



universität  
wien

# **DIPLOMARBEIT**

Titel der Diplomarbeit

## **Das Erleben der Diagnose beim Mammakarzinom**

Verfasserin

Christa Heindl-Steidl

angestrebter akademischer Grad

Magistra (Mag.)

Wien, 2012

Studienkennzahl: A 057 122

Studienrichtung: Individuelles Diplomstudium Pflegewissenschaft an  
der Fakultät der Sozialwissenschaften der  
Universität Wien

Betreuerin: Univ. Prof. Dr. Elisabeth Seidl

## **Eidesstattliche Erklärung**

Ich erkläre hiermit an Eides statt, dass ich die vorliegende Diplomarbeit selbstständig verfasst habe. Die aus fremden Quellen direkt oder indirekt übernommenen Gedanken sind als solche kenntlich gemacht und mich sonst keiner unerlaubten Hilfe bedient habe.

Die Diplomarbeit wurde von mir weder im In- noch Ausland in gleicher noch in ähnlicher Form einer anderen Prüfungsbehörde vorgelegt und auch noch nicht veröffentlicht.

Christa Heindl-Steidl

Wien, November 2012

# 1 Danksagung

Ich möchte mich herzlich bei allen jenen Menschen bedanken, die mich bei dieser Arbeit und dem vorausgehenden Studium so tatkräftig unterstützt haben, ohne deren Hilfe hätte diese nun vorliegende Arbeit nicht entstehen können.

Besonderer Dank gilt dabei den Frauen, die bereitwillig über ihre schwierige Situation und ihre Krankheit Auskunft gaben, auch wenn sie zum Zeitpunkt des Interviews noch selber in dieser schwierigen Situation gefangen waren. Dank gilt Oberarzt Dr. Christian Wogritsch als jene Person, die mir den Zugang zu den betroffenen Frauen ermöglichte.

Besonderer Dank gilt meiner Betreuerin dieser Diplomarbeit Univ. Prof. Dr. Elisabeth Seidl, die mich in jeder Phase und in allen Dingen der Ausführung dieser Arbeit fachlich und organisatorisch unterstützt hat.

Bedanken möchte ich mich bei Oberarzt Dr. Helge Raynoschek, der seine Zeit als Zweitprüfer zur Verfügung gestellt hat und mich in medizinischen Fragen zum Mammakarzinom unterstützt hat.

Dank gebührt meiner Familie, meinen Freundinnen und Freunden, die ihren Beitrag geleistet haben, um zu ermöglichen, dass diese Diplomarbeit entstanden ist.

Weiteres gilt mein Dank meiner Freundin und Studienkollegin Gabriele Thalhammer, sowie sämtlichen Studienkolleginnen und Studienkollegen für die gegenseitige Unterstützung, die immer wiederkehrende Motivation, fruchtbaren Diskussionen und wertvollen Beiträge.

Zu guter Letzt gilt mein besonderer, innigster Dank meinem Mann Patrik und meinen Söhnen Daniel und David, die durch ein wirklich tiefes Verständnis zum Erfolg dieser Arbeit beigetragen haben. Nicht nur während der ganzen Zeit des Studiums über, sondern vor allem gegen Ende der Arbeit, wo die Kraft des Schreibens schwand, gaben sie mir immer wieder einen guten Grund, diese Diplomarbeit abzuschließen.

## 2 Inhaltsverzeichnis

<b>Eidesstattliche Erklärung .....</b>	<b>2</b>
<b>1 Danksagung.....</b>	<b>3</b>
<b>2 Inhaltsverzeichnis .....</b>	<b>4</b>
<b>3 Einleitung .....</b>	<b>9</b>
<b>4 Ziel und Fragestellung .....</b>	<b>14</b>
<b>5 Aktueller Forschungsstand.....</b>	<b>14</b>
<b>6 Theoretischer Hintergrund.....</b>	<b>17</b>
<b>6.1 Bedürfnismodelle .....</b>	<b>21</b>
<b>6.2 Interaktionsmodelle.....</b>	<b>21</b>
<b>6.3 Ergebnismodelle.....</b>	<b>21</b>
<b>6.4 Interpersonale Beziehung in der Pflege .....</b>	<b>22</b>
<b>6.5 Bedürfniserkennung im Beziehungsprozess.....</b>	<b>23</b>
<b>6.6 Das Interaktionsmodell von King.....</b>	<b>24</b>
<b>6.7 Nicht die Krankheit steht im Vordergrund, sondern die Person ..</b>	<b>25</b>
<b>7 Das Mammakarzinom.....</b>	<b>29</b>
<b>7.1 Definition .....</b>	<b>29</b>
<b>7.2 Ätiologie .....</b>	<b>29</b>
7.2.1 Familiäre Disposition und genetische Faktoren .....	30
7.2.2 Reproduktive Faktoren .....	30
7.2.3 Kontrazeptiva und Hormonersatztherapie.....	30
7.2.4 Ernährung und assoziierte Faktoren .....	30
7.2.5 Zunahme des Brustkrebsrisikos .....	30
7.2.6 Abnahme des Brustkrebsrisikos .....	31
7.2.7 Tabakkonsum .....	31
7.2.8 Ionisierende Strahlen und andere Umweltbelastungen .....	31
<b>7.3 Prävention .....</b>	<b>31</b>
<b>7.4 Symptome .....</b>	<b>34</b>
<b>7.5 Diagnose .....</b>	<b>34</b>
7.5.1 Mammographie.....	35
7.5.2 Mammasonographie .....	35
7.5.3 Magnetresonanztomographie mit Kontrastmittel (KM-MRT).....	36
7.5.4 Mammographisch/ sonographisch gesteuerte perkutane Biopsiemethoden.....	36

7.5.4.1	Feinnadelpunktion (FNP):.....	37
7.5.4.2	Hochgeschwindigkeitsstanzbiopsie (HSB):.....	37
7.5.4.3	Vakuumbiopsie (VSB): .....	37
7.5.5	Dopplersonographie .....	37
7.5.6	Galaktographie .....	37
7.5.7	Nuklearmedizinische Untersuchungsmethoden (Szintigraphie, PET = Positronen- Emissions- Tomographie).....	37
<b>7.6</b>	<b>Therapie.....</b>	<b>38</b>
7.6.1	Operative Therapie .....	38
7.6.1.1	Brusterhaltende Therapie (BET).....	39
7.6.1.2	Ablative Therapie .....	39
7.6.2	Strahlentherapie .....	40
7.6.3	Adjuvante systemische Therapie.....	41
<b>7.7</b>	<b>Medizinische Nachsorge beim Mammakarzinom .....</b>	<b>43</b>
<b>8</b>	<b>Soziodemographische Entwicklung.....</b>	<b>44</b>
8.1	Demographische Entwicklung .....	44
8.2	Die Demographie des Mammakarzinoms.....	47
<b>9</b>	<b>Körperbild .....</b>	<b>50</b>
<b>10</b>	<b>Mammakarzinom als Trauma .....</b>	<b>53</b>
10.1	Akute Belastungsstörung = ABS .....	54
10.2	Posttraumatische Belastungsstörung = PTBS .....	55
<b>11</b>	<b>Ärztin/Arzt- Patientin/Patient- Beziehung .....</b>	<b>59</b>
11.1	Asymmetrie in der Ärztin/Arzt- Patientin/Patient- Beziehung.....	60
11.2	Ursachen für eine problematische Ärztin/Arzt- Patientin/Patient- Beziehung .....	61
11.3	Gesprächsführung .....	62
<b>12</b>	<b>Gesundheit und Krankheit .....</b>	<b>66</b>
12.1	Gesundheit im Bezugssystem der Gesellschaft.....	67
12.2	Das Bezugssystem der betroffenen Personen: Subjektive Konzepte von Gesundheit und Krankheit.....	67
12.3	Das Bezugssystem der Professionen: Definitionen von Gesundheit und Krankheit aus Sicht der medizinischen Fächer.....	68
<b>13</b>	<b>Akute und chronische Krankheiten.....</b>	<b>69</b>
13.1	Akute Krankheit.....	70
13.2	Chronische Krankheit .....	70
13.2.1	Merkmale chronischer Erkrankung.....	71
13.2.1.1	Ursachen .....	71
13.2.1.2	Dauer und Vorhersagbarkeit .....	71
13.2.1.3	Verlaufsdynamik.....	71

13.2.1.4	Nicht-Heilung und Komplexität.....	72
13.2.1.5	Belastung.....	72
13.2.1.6	Hilfe und Pflegebedürftigkeit .....	73
<b>14</b>	<b>Gesundheitsförderung und Prävention .....</b>	<b>74</b>
14.1	<i>Gesundheitsförderung.....</i>	<i>74</i>
14.2	<i>Prävention.....</i>	<i>77</i>
14.3	<i>Die Rolle der Gesundheitsförderung und Prävention für verschiedene Versorgungsgruppen.....</i>	<i>81</i>
14.4	<i>Verbindung von Kuration, Rehabilitation, Pflege und Gesundheitsförderung.....</i>	<i>83</i>
14.5	<i>Advanced Nursing Practice.....</i>	<i>84</i>
<b>15</b>	<b>Empirischer Teil .....</b>	<b>89</b>
15.1	<i>Beschreibung der empirischen Untersuchung.....</i>	<i>89</i>
15.2	<i>Forschungsansatz.....</i>	<i>89</i>
15.3	<i>Forschungsfrage .....</i>	<i>89</i>
15.4	<i>Gütekriterien qualitativer Forschung.....</i>	<i>90</i>
15.4.1	Verfahrensdokumentation.....	90
15.4.2	Argumentative Interpretationsabsicherung .....	90
15.4.3	Regelgeleitetheit.....	90
15.4.4	Nähe zum Gegenstand .....	91
15.4.5	Kommunikative Validierung .....	91
15.4.6	Triangulation .....	91
15.5	<i>Methode der Datenerhebung.....</i>	<i>91</i>
15.6	<i>Beschreibung des Feldzuganges.....</i>	<i>92</i>
15.7	<i>Beschreibung der Interviewpartnerinnen.....</i>	<i>92</i>
15.8	<i>Methode der Datenauswertung .....</i>	<i>93</i>
15.9	<i>Forschungsethik.....</i>	<i>93</i>
15.9.1	Begründung des Themas.....	93
15.9.2	Ziele der Forschung .....	93
15.9.3	Forschungsmethoden.....	93
15.9.4	Ethisch relevante positive oder negative Folgen für Probandinnen 94	
15.9.5	Vulnerabilität .....	94
15.9.6	Ethische Prävention .....	94
15.9.7	Keine falschen Aussagen über Nutzen .....	94
15.9.8	Datenschutzbestimmungen .....	94
<b>16</b>	<b>Ergebnisse.....</b>	<b>96</b>
<b>17</b>	<b>Resümee und Schlussfolgerung .....</b>	<b>123</b>
<b>18</b>	<b>Ausblick .....</b>	<b>134</b>

<b>19</b>	<b>Glossar</b> .....	<b>135</b>
<b>20</b>	<b>Literaturverzeichnis</b> .....	<b>140</b>
<b>21</b>	<b>Anhang</b> .....	<b>153</b>
21.1	<i>Tabellenverzeichnis</i> .....	<i>154</i>
21.2	<i>Abbildungsverzeichnis</i> .....	<i>155</i>
21.3	<i>Interviewleitfaden</i> .....	<i>156</i>
21.4	<i>Transkriptionsschlüssel</i> .....	<i>159</i>
21.5	<i>Einverständniserklärung</i> .....	<i>160</i>
21.6	<i>Informationsschreiben</i> .....	<i>161</i>
21.7	<i>Zusammenfassung</i> .....	<i>163</i>
21.8	<i>Abstract</i> .....	<i>164</i>
21.9	<i>Lebenslauf</i> .....	<i>165</i>

„Buddha wunderte sich über die Menschen. Sie setzen ihre Gesundheit aufs Spiel um Reichtümer anzuhäufen und benutzen dann das erworbene Geld, um ihre Gesundheit wiederherzustellen. Sie denken ängstlich in die Zukunft und vergessen dabei die Gegenwart, so leben sie weder in der Gegenwart noch in der Zukunft. Sie leben, als ob sie nie sterben würden, und sterben, ohne je gelebt zu haben.“<sup>1</sup>

---

<sup>1</sup> <http://www.krebspatient.de/krebspatient/zitate.htm>

### 3 Einleitung

Brustkrebs ist ein Thema, das jede Frau auf eine bestimmte Art und Weise beschäftigt. Entweder ist in der Familie oder im Freundeskreis und Bekanntenkreis eine Frau an einem Mammakarzinom erkrankt, oder das Mammakarzinom ist in den Medien immer wieder präsent. Medien sollen zur Aufklärung über Brustkrebs dienen, es wird Werbung für die Mammographie als Vorsorgeuntersuchung gemacht. Die Medien berichten mit einer Schlagzeile „Sylvie van der Vaart und das Leben mit Brustkrebs“<sup>2</sup> über einen „harten Schlag des Schicksals“, wenn eine prominente Sängerin oder Schauspielerin an Brustkrebs erkrankt ist oder daran verstirbt.

Die Diagnose Mammakarzinom ist für jede Frau eine schreckliche Vorstellung.

Während meiner 25-jährigen Berufslaufbahn als Diplomierte Gesundheits- und Krankenschwester habe ich viele Brustkrebspatientinnen begleitet und gepflegt. Sowohl durch positive als auch durch negative Erfahrungen (wie zum Beispiel Diagnosestellung, Diagnosevermittlung, Therapieverlauf, Kommunikation, Sterbebegleitung) während der Erkrankung der Betroffenen entwickelte ich ein besonderes Interesse an diesem Thema. Durch meine Erfahrungen legte ich bewusst die Schwerpunkte in meinem Studium der Pflegewissenschaften auf chronische Erkrankungen, ethische Aspekte und Herausforderungen in der Pflege, Kommunikation, Gesprächsführung, Angehörigenbetreuung und Palliativmedizin. Durch das Studium begann eine bewusste Selbstreflexion meiner Arbeit als Diplomierte Gesundheits- und Krankenschwester der vergangenen Jahre.

Am Anfang meiner Berufslaufbahn scheute ich Gespräche mit Patientinnen, die an Brustkrebs erkrankt waren. Ich wich durch meine eigene Betroffenheit und Unsicherheit Fragen aus, die mir diese Frauen stellten. Sehr ähnlich, wie meine Erfahrungen am Beginn meiner Laufbahn als Pflegeperson, beschreibt Corner Situationen, in denen Pflegepersonen<sup>3</sup> versuchen, schwierige Gespräche zu umgehen, weil sie sich nicht in der Lage fühlen, die Antworten auf die Fragen

---

<sup>2</sup> Kohnen (2010)

<sup>3</sup> Pflegepersonen: Es sind in dieser Arbeit in gleicher Weise weibliche und männliche Diplomierte Gesundheits- und Krankenschwestern/Krankenpfleger gemeint

der betroffenen Frauen zu geben.<sup>4</sup> Während meiner Ausbildung als Diplomierte Gesundheits- und Krankenschwester waren Seminare über den Umgang mit Schwerkranken und Sterbenden in der gesamten Schullaufbahn auf einen Nachmittag beschränkt. Dadurch wurden diese Themen lediglich angerissen, von geschult war keine Rede. Tod und Sterben sind belastende und konflikträchtige Ereignisse und ein sehr sensibles Thema im multidisziplinären Krankenhausalltag.<sup>5</sup> Erst im Laufe der Jahre eignete ich mir eine strukturierte, jedoch, so meine ich, eine menschliche Umgangsart mit Tumorpatientinnen an, wobei ich nicht genau wusste, was richtig oder falsch war. Durch den intensiveren Kontakt mit Patientinnen auf einer onkologischen Station über zehn Jahre hindurch wurde mir die Tragweite einer bösartigen Erkrankung erst richtig bewusst. Die Pflege, die Beratung und die Begleitung von Tumorpatientinnen waren immer eine besondere Herausforderung für mich. Eine besondere Belastung waren für mich die Pflege und die Betreuung von Brustkrebspatientinnen, wenn die Frauen in meinem Alter waren. Hier war es für mich zwar leichter eine Gesprächsbasis zu finden, jedoch musste ich aufpassen, nicht in die persönliche emotionale Falle zu tappen. Daher war es für mich während meines Studiums sehr wichtig, mir durch gezielte Lehrveranstaltungen jenes Wissen und jene Fähigkeiten anzueignen, die wichtig für die Betreuung von Brustkrebspatientinnen sind. Retrospektiv betrachtet habe ich ein breites Spektrum an Pflege, Beratung und Begleitung von Frauen mit einem Mammakarzinom abgedeckt. Ich erlernte medizinische Aspekte wie beim Seminar von Ursula Kunze „Gesundheitsrisiken im Lebenszyklus der Frau“.

Ein wesentlicher Punkt in meinem Studium beinhalteten Themen zu Ethik, nicht nur die „Pflegeethik“, sondern auch spezielle „Ethische Herausforderungen am Lebensende“ von Stein Husebø. Wichtig waren auch die praxisbezogenen Seminare, die heute bei Frauen mit Brustkrebs immer noch ihre Aktualität behalten haben, wie zum Beispiel „Patientenverfügung, Behandlungsabbruch, Intensivmedizin“ von Matthias Beck oder „Trauer und Verlust bei chronischer Krankheit“ von Christian Metz oder „Chronische Erkrankungen“ von Doris Schaeffer. Erfahrung, Wissensaustausch, Wissensvermehrung sowie eine

---

<sup>4</sup> Vgl. Corner (2002)

<sup>5</sup> Vgl. Ruppert, Heindl, Kozon (2010) S.178

Reflexion der eigenen beruflichen Tätigkeit ist notwendig, um professionell Tumorpatientinnen begleiten und pflegen zu können.

Wenn man sich dem Thema „Diagnose Mammakarzinom und Diagnosevermittlung“ zuwendet, ist es unerlässlich, auf die Thematik Ärztin/Arzt- Patientin/Patienten- Beziehung einzugehen. Es haben sich Rollenbilder für Ärztinnen/Ärzte und Patientinnen/Patienten in unserer Gesellschaft entwickelt, die als Basisorientierung gelten.<sup>6</sup> Ziel einer funktionierenden Ärztin/Arzt- Patientin/Patienten- Beziehung ist es, in einem geschützten Raum Vertrauen bei diagnostischen und therapeutischen Gesprächen zu schaffen, ohne dass die Asymmetrie zwischen Ärztin/Arzt und Patientin/Patienten merkbar wird. Diese Empathie und gegenseitige Wertschätzung sind notwendig, um ein gemeinsames Ziel formulieren zu können. Ein wesentlicher Punkt sind selbstverständlich die Angehörigen.

Der Focus meiner Diplomarbeit liegt bei der Diagnosevermittlung von betroffenen Frauen und nicht bei den Angehörigen. Darum werden sie nur kurz zur Vollständigkeit angeführt. Die Situation von Angehörigen von Tumorerkrankten ist ein eigenes Forschungsfeld. Angehörige von Tumorerkrankten befinden sich in einer Doppelrolle, sie sind Mitbetroffene = Care- Recipients und andererseits sind sie Unterstützer = Care- Givers für die/den Patientin/Patienten.<sup>7</sup> Forschungen haben gezeigt, dass sich die Lebensqualität der Angehörigen mit dem Fortschreiten der Tumorerkrankungen verändert.<sup>8</sup> Die Belastungssituationen von Angehörigen sind unterschiedlich.

Brandstätter und Fegg haben sie wie folgt gegliedert:

- Äußere Belastungsfaktoren sind vielfältige Übernahmen von Aufgaben aufgrund der neuen Lebenssituation
- Emotionales Erleben, das sind Angst vor Trennung und Verlust, Ungewissheit bezüglich des Krankheitsverlaufes.

---

<sup>6</sup> Vgl. Peintinger (2008) S.99

<sup>7</sup> Vgl. Fegg (2012) S.36

<sup>8</sup> Vgl. Weitzner (1999)

Die Interaktion zwischen Patientin/Patienten und Angehörigen kann zu Belastungen führen. Eine gegenseitige Schonhaltung von Patientin/Patienten und Angehörigen können offene Gespräche und den Verarbeitungsprozess verhindern.<sup>9</sup>

„A person has the illness and that illness is embedded within a network of people who also are affected by the illness“<sup>10</sup>

Bei der Diagnose Brustkrebs, aber auch bei allen anderen kritischen Lebensereignissen, besteht die normative Verpflichtung für die Angehörigen, die notwendige Unterstützung zu gewähren. Dies bedeutet, eine Erkrankung ist nicht nur für die erkrankte Frau belastend, sondern wirkt sich auf das ganze familiäre System aus. Aus Rücksichtnahme oder aus der Liebe heraus, den anderen nicht zu belasten, werden Konflikte, Ängste, Bedürfnisse und Belastungen der Patientin oder der Angehörigen nicht besprochen und können ungelöst bleiben. Die Fähigkeit über Konflikte, Ängste, Bedürfnisse und Belastungen zu reden ist sicherlich von Mensch zu Mensch unterschiedlich. Starke extrovertierte Persönlichkeiten, die gelernt haben Probleme zu besprechen, werden damit besser umgehen können als introvertierte Menschen. Auch während eines Krankheitsprozesses sind die Belastungen der Angehörigen unterschiedlich ausgeprägt. Die Belastungen können in drei Hauptphasen unterschieden werden:

- „Anfangsphase
- Adaptionenphase
- Terminale Phase“<sup>11</sup>

Es gibt sehr viele Studien, die die negativen Auswirkungen von Angehörigen krebserkrankter Menschen darstellen. Ich möchte die Einleitung mit den positiven Auswirkungen auf Angehörige schließen. In der Studie von Cohen et al., die zwar pflegende Angehörige untersuchten, konnten unterschiedliche positive Aspekte beschrieben werden. Das Erleben von Gemeinschaft und die Pflege des Partners werden als Belohnung gesehen. Die Angehörigen

---

<sup>9</sup> Vgl. Brandstätter, Fegg (2009) S.13-18 Vgl. Fegg (2012) S.37

<sup>10</sup> McDaniel, Hepworth, Doherty (1992) S.16

<sup>11</sup> Paersch (2011) S.7-9

beschreiben die Pflege als ihre Aufgabe, es ist für sie persönlich wichtig und ermöglicht das Bereitstellen von Lebensqualität ihrer Partner.<sup>12</sup>

Paersch beschreibt am Ende ihrer Ausführungen über die positiven Auswirkungen einer lebensbedrohenden Erkrankung auf die Angehörigen, dass es den Angehörigen hilft, wenn sie die Möglichkeit haben, die/den Patientin/Patient ihre Liebe zu zeigen und ihnen auf diese Weise das zurückgeben, was sie von ihnen erhalten haben.<sup>13</sup>

---

<sup>12</sup> Cohen, Colantonio, Vernich (2002) S.184-188

<sup>13</sup> Vgl. Paersch (2011) S.9

## **4 Ziel und Fragestellung**

Ziel dieser empirischen Diplomarbeit ist es, Aspekte des Erlebens von Betroffenen der Diagnose beim Mammakarzinom darzustellen. In dieser Diplomarbeit wird ausschließlich das Erleben der Diagnosevermittlung bei Frauen dargestellt. Mir ist durchaus bewusst, dass auch Männer an einem Mammakarzinom erkranken können, dies stellt aber meiner Meinung nach ein sehr spezielles Setting dar, auf das ich hier nicht eingehen möchte. Es sind nicht nur die unterschiedlichen Dimensionen des Erlebens zu beschreiben, sondern auch wie man als Pflegeperson auf diese Bedürfnisse eingehen kann. Folgende Fragestellungen sind Ausgangspunkt in dieser Diplomarbeit:

- Wie erleben Frauen die Diagnosevermittlung beim Mammakarzinom?
- Was bedeutet die Diagnose Mammakarzinom für die betroffenen Frauen?

## **5 Aktueller Forschungsstand**

Wenn man sich auf die Literatursuche bezüglich des Mammakarzinoms begibt, erhält man eine Unmenge an Studien und Büchern. Wenn man zum Beispiel in der Datenbank PUBMED zum Thema „breast cancer diagnosis“ sucht, bekommt man 146.850 Einträge, bei „breast cancer therapy“ sind es 118.677 Einträge. Natürlich sind hiervon der größte Teil medizinische Artikel. Es sind aber auch weitere Thematiken, wie zum Beispiel Religion und das seelische Wohlbefinden der betroffenen Frauen in dieser Datenbank zu finden.<sup>14</sup>

Unbestreitbar ist die Diagnose Mammakarzinom für die Frau und für ihr soziales Umfeld ein völlig unerwartetes Ereignis.<sup>15</sup> Die betroffenen Frauen sprechen von einer Krise, einer Katastrophe. Diese Krankheit ist eine existentielle Bedrohung, die in allen Bereichen ihres Lebens eingreift. Unterschiedlichste Aspekte sind hier zu erwähnen. Frauen werden mit ihrer eigenen Sterblichkeit plötzlich konfrontiert. Tod und Sterben werden hier nicht nur als Funktionsverlust von Körperfunktionen gesehen, sondern es kommt zur

---

<sup>14</sup> Vgl. Schreiber, Brockkopp (2011)

<sup>15</sup> Vgl. Schmid-Büchi, Dassen, Ruud J. G. Halfens (2005) S.347

Auseinandersetzung mit den Todes- und Trauerritualen innerhalb einer Gesellschaft.<sup>16</sup>

Durch den medizintechnischen Fortschritt können viele Krankheiten und Krankheitszustände verbessert und auch geheilt werden. Es kann dadurch auch zu Situationen beziehungsweise Zuständen kommen, die menschenunwürdig wirken oder sind. Durch diesen medizinischen Fortschritt wird es manchmal schwieriger, dass Patientinnen/Patienten sterben dürfen<sup>17</sup>. Mit der technischen Entwicklung zur Lebensverlängerung zeigt sich, dass „dieser Fortschritt zwar das Leben, aber nicht unbedingt auch das gute Leben verlängerte“<sup>18</sup>. Die Gefahr ist heutzutage nicht ein zu schneller Tod, sondern ein zu lange künstlich verlängertes Leben.<sup>19</sup> Vor allem bei ethischen Entscheidungen am Lebensende spielen die Pflegepersonen eine bedeutende Rolle, die jedoch nicht immer zum Tragen kommt beziehungsweise nicht sichtbar gemacht wird. Die Pflegepersonen gestalten ihre Rolle eher passiv und die Prozesse im Zusammenhang mit ethischen Entscheidungen am Lebensende werden nicht aktiv wahrgenommen.<sup>20</sup> Ethische Entscheidungen am Lebensende werden in der internationalen Literatur sehr breit diskutiert und erforscht. Zentrale Themen sind die EOLD's (End of life Decisions) an sich. Es werden Entscheidungs- und Durchführungskriterien für EOLD's diskutiert sowie die Einstellung von Ärztinnen und Ärzten, Pflegepersonal, Patientinnen/Patienten und Angehörigen zu dieser Thematik.<sup>21</sup>

Ein wichtiger Punkt ist das eigene Körperbild der Frau. Durch eine Operation, durch Strahlentherapien und durch Chemotherapien kommt es zu Veränderungen im Körperbild und dem Selbstwertgefühl der Frauen.<sup>22</sup> Die Therapie des Brustkrebses ist oft ein langwieriger und kräfteaubender Prozess. Nicht nur die körperlichen Auswirkungen sind zu beobachten, wie zum

---

<sup>16</sup> Vgl. Sagmeister (2011) S193

<sup>17</sup> Vgl. Müller-Busch (2000) S.9-10, Ankermann (2004) S.19

<sup>18</sup> Fuchs (1997) S.31-32

<sup>19</sup> Vgl. Kneihls (1998), S.44, Kodalle (2003) S.7

<sup>20</sup> Vgl. Ruppert, Heindl, Kozon (2010)

<sup>21</sup> Vgl. Ruppert, Heindl, Kozon (2010), Sprung et al. (2007), Nava. et al. (2007), Arino Yaguchi et al. (2005)

<sup>22</sup> Vgl. Monteiro-Grillo, Marques-Vidal, Jorge (2005), Trattinig (2011) S119

Beispiel Haarverlust, Gewichtsabnahme, Appetitlosigkeit und Schmerzen, sondern auch psychische Veränderungen können auftreten. Diese psychischen Veränderungen sind Angstzustände, Schlafstörungen, Depressionen und allgemeine Erschöpfung.<sup>23</sup> Durch all die physischen und psychischen Probleme während der Diagnose, während und nach der Therapie und auch bei der Nachsorge kommen betroffene Frauen mit einem Mammakarzinom mit vielen Bereichen des Gesundheitswesens in Berührung. Frauen brauchen fachliche Information über Diagnostik und Therapie, um sich mit der Erkrankung zurecht zu finden. Hier ist ein wichtiger Ansprechpartner die Pflegeperson. Patientinnen sind sehr oft bei der Befund- oder Therapiebesprechung überfordert. Die Pflegeperson hat hier eine vermittelnde und erklärende Funktion. Diese Funktion ist für die Frauen sehr wichtig und sie sind sehr dankbar dafür, „das vermittelt ihnen Sicherheit und gibt ihnen eine Orientierung“.<sup>24</sup>

Die Ergebnisse vieler Studien zeigen, dass die Pflegeperson eine hohe fachliche Kompetenz braucht, um die betroffenen Frauen und ihre Angehörigen so konkret und so verständlich wie möglich beraten zu können. Durch diese Hilfestellung ist es möglich, dass die betroffenen Frauen die größtmögliche Unterstützung erhalten, um mit den physischen und psychischen Belastungen während der Diagnose, während und nach der Therapie und bei der Nachsorge umgehen zu können.

---

<sup>23</sup> Vgl. Schmid-Büchi, Dassen, Ruud J. G. Halfens (2005) S.348

<sup>24</sup> Schmid-Büchi, Dassen, Ruud J. G. Halfens (2005) S.349

## 6 Theoretischer Hintergrund

In diesem Kapitel gebe ich meiner Diplomarbeit einen theoretischen Rahmen. Bevor dies möglich ist, ist es notwendig, sich die Frage zu stellen:

*Was ist „Pflege“?*

Aus dieser Frage haben sich unterschiedliche Definitionen entwickelt und was noch wichtiger ist, es haben sich noch mehr Fragen eröffnet, wie zum Beispiel „Was tut die Pflege bzw. was tut die Pflege nicht, was kann die Pflege erreichen, wie tut sie es, warum tut sie es auf diese Art und Weise und was bewirkt die Pflege?“ Eine allumfassende Definition was „Pflege“ ist, gibt und wird es wahrscheinlich in Zukunft nicht geben. Es gibt eine Vielzahl an unterschiedlichen Definitionen. Durch unterschiedliche Betrachtungen entstehen unterschiedliche Definitionen.

So kann die Pflege auf einzelne face to face Tätigkeiten an der/dem Patientin/Patienten reduziert werden, oder sie wird als eine aktive oder passive Interaktion zwischen Patientin/Patienten und Pflegenden betrachtet. Genauso ist die Kommunikation zwischen Patientin/Patienten und Pflegenden ein Teilbereich der Pflege, die als Ausgangspunkt dienen kann. Die Pflege findet in sozialen Strukturen statt, die durch andere Ebenen, wie zum Beispiel kulturelle, religiöse, geschlechtsspezifische und gesellschaftliche Ebenen beeinflusst wird.

Im Jahr 1997 trat in Österreich das Bundesgesetz über Gesundheits- und Krankenpflegeberufe (Gesundheits- und Krankenpflegegesetz - GuKG) in Kraft. In diesem sehr umfassenden Bundesgesetz sind allgemeine Bestimmungen zu den Gesundheits- und Krankenpflegeberufen, Berufspflichten, Tätigkeitsbereichen, Berufsberechtigungen, zur Ausbildung, Fort-, Weiter- und Sonderausbildungen und speziellen Grundausbildungen für den gehobenen Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege und die Pflegehilfen geregelt. Im Abschnitt zwei werden die allgemeinen Berufspflichten sowie eine ethische Grundhaltung der Pflege beschrieben.

Ein wesentlicher Punkt des GuKG ist die Definition von Pflege, diese wird im „2. Hauptstück Gehobener Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege 1. Abschnitt“ beschrieben.

- §11. (1) Der gehobene Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege ist der pflegerische Teil der gesundheitsfördernden, präventiven, diagnostischen, therapeutischen und rehabilitativen Maßnahmen zur Erhaltung oder Wiederherstellung der Gesundheit und zur Verhütung von Krankheiten.
- (2) Er umfasst die Pflege und Betreuung von Menschen aller Altersstufen bei körperlichen und psychischen Erkrankungen, die Pflege und Betreuung behinderter Menschen, Schwerkranker und Sterbender sowie die pflegerische Mitwirkung an der Rehabilitation, der primären Gesundheitsversorgung, der Förderung der Gesundheit und der Verhütung von Krankheiten im intra- und extramuralen Bereich.
- (3) Die in Abs. 2 angeführten Tätigkeiten beinhaltet auch die Mitarbeit bei diagnostischen und therapeutischen Verrichtungen auf ärztliche Anordnung.<sup>25</sup>

Der Deutsche Berufsverband für Pflegeberufe definiert Pflege wie folgt:

„Pflege umfasst die eigenverantwortliche Versorgung und Betreuung, allein oder in Kooperation mit anderen Berufsangehörigen, von Menschen aller Altersgruppen, von Familien oder Lebensgemeinschaften, sowie von Gruppen und sozialen Gemeinschaften, ob krank oder gesund, in allen Lebenssituationen (Settings). Pflege schließt die Förderung der Gesundheit, Verhütung von Krankheiten und die Versorgung und Betreuung kranker, behinderter und sterbender Menschen ein. Weitere Schlüsselaufgaben der Pflege sind Wahrnehmung der Interessen und Bedürfnisse (Advocacy), Förderung einer sicheren Umgebung, Forschung, Mitwirkung in der Gestaltung der Gesundheitspolitik sowie im Management des Gesundheitswesens und in der Bildung.<sup>26</sup>

International Council of Nurses definiert Pflege als:

„Nursing encompasses autonomous and collaborative care of individuals of all ages, families, groups and communities, sick or well and in all settings. Nursing

---

<sup>25</sup><http://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Gesetzesnummer=10011026&FassungVom=2012-09-25> aufgerufen am 25.9.2012

<sup>26</sup> <http://www.dbfk.de/download/ICN-Definition-der-Pflege-DBfK.pdf> aufgerufen am 25.9.2012

includes the promotion of health, prevention of illness, and the care of ill, disabled and dying people. Advocacy, promotion of a safe environment, research, participation in shaping health policy and in patient and health systems management, and education are also key nursing roles.<sup>27</sup>

Im umfassenden Feld der Pflege kann es keine Theorie geben, die alle Teilbereiche der Pflege vollständig inkludiert. Die Klassifikation ist abhängig von der Sichtweise, mit der man sich einem Modell nähert. Von diesen Klassifikationsmodellen hat sich keines durchsetzen können.

In der Pflege kommt es zu empirischer Pflegeforschung, die mit den Theorien im Zusammenhang steht. Diese theoretische und empirische Beschreibung in einem Teilgebiet der Pflege bezeichnet man als middle range theory und ist heute der wesentliche Teil bei der Entwicklung von Pflege-theorien. Diese Theorien mittlerer Reichweite sind von Robert Merton in der Soziologie erstmals 1962 beschrieben worden. Neben der empirisch fundierten Pflegepraxis gibt es noch einen weiteren Bereich in der Pflegeforschung. Dieser Bereich beschäftigt sich mit den Lebenswelten von Pflegebedürftigen, um daraus Handlungskonzepte und Handlungsempfehlungen für die Pflegepraxis ableiten zu können. Die jeweiligen Pflege-theorien sind immer unter einem bestimmten Bild des Menschen von Gesundheit und Krankheit entstanden. Bei der Entstehung der Pflege-theorien muss der Einfluss der geschichtliche, geistige und kulturelle Kontext berücksichtigt werden.<sup>28</sup>

„Die Frage, ob die verschiedenen Pflege-theorien die Kriterien einer wissenschaftlichen Theorie erfüllen, ist innerhalb und außerhalb der Pflegewissenschaft sehr umstritten und wird häufig negiert.“<sup>29</sup>

Deswegen werden die Pflege-theorien oft auch als Pflegekonzept oder Pflegemodell bezeichnet. Diese Bezeichnungen werden oft synonym in der Pflege verwendet.<sup>30</sup> Meiner Meinung nach ist dieser synonyme Gebrauch nicht

---

<sup>27</sup> <http://www.icn.ch/about-icn/icn-definition-of-nursing/> aufgerufen am 25.9.2012

<sup>28</sup> Vgl. Kostkai (2000) S.343

<sup>29</sup> Kostkai (2000) S.343

<sup>30</sup> Vgl. Hallensleben (2003) S.59

unproblematisch, da Pflege­theorie, Pflege­modell und Pflege­konzept unterschiedliche Ebenen berühren. Ohne dass ich tiefer in die Klärung der wissenschaftlichen Begriffe und ihrer Bestimmung eingehen möchte, werde ich in weiterer Folge von Pflege­theorien sprechen, um Unklarheiten zu vermeiden.

Meleis definiert eine Pflege­theorie als „Nursing theory is defined as a conceptualization of some aspects of nursing reality communicated for the purpose of describing phenomena, explaining relationships between phenomena, predicting consequences, or prescribing nursing care.“<sup>31</sup>

Pflege­theorie wird als Konzeptualisierung verstanden, die einige Aspekte der Pflege­realität und die Beschreibung der Phänomene definiert. Die Pflege­theorie erklärt beziehungsweise beschreibt die Zusammenhänge zwischen den Phänomenen, den Vorhersagen und den Folgen in der Pflege.

Sie unterscheidet die Reichweite der Pflege­theorien nach ihrer Abstraktion:

- Grand Theories
- Middle- Range Theories
- Situation- Specific Theories<sup>32</sup>

Die Pflege­theorien sind in drei Typologien zu unterteilen:<sup>33</sup>

- Bedürfnismodelle
- Interaktionsmodelle
- Ergebnismodelle

---

<sup>31</sup> Meleis (2012) S.29

<sup>32</sup> Vgl. Meleis (2012) S.33-34

<sup>33</sup> Vgl. Friesacher (2005) S.40 Vgl. Kostkai (2000) S.343, Vgl. Meleis (1999)

## **6.1 Bedürfnismodelle**

Bei diesen Modellen steht die/der Patientin/Patient mit all ihren/seinen Bedürfnissen sowie deren Befriedigung im Zentrum pflegerischer Handlungen. Menschen sind nicht mehr in der Lage die eigenen Bedürfnisse selbst zu befriedigen. Menschen wollen aber in dieser Situation den erlebten Mangel ausgleichen, damit ihre Bedürfnisse befriedigt werden, dazu benötigen sie Pflege. Darum ist es die Aufgabe der Pflegeperson, die Bedürfnisse zu erkennen, zu erfassen und die Ursachen im Rahmen der Pflege zu beseitigen.

„Die Bedürfnismodelle gehen vor allem von der Motivationstheorie von Maslow und den Entwicklungsstufen nach Erikson aus. Sie gehören zu den ersten Pflege-theorien, die ausgearbeitet wurden und sind gekennzeichnet durch ihre Nähe zum biomedizinischen Modell. Schwerpunkt dieser Modelle sind Krankheit und daraus resultierende Pflegebedürfnisse oder Defizite der Patienten, denen mit entsprechenden pflegerischen Maßnahmen begegnet werden soll.“<sup>34</sup>

Zu den Vertretern der Bedürfnismodelle zählen Juchli, Krohwinkel, Orem, Roper, Abdellah, Logan, Tierney, Leiniger, Henderson und andere.

## **6.2 Interaktionsmodelle**

In diesem Modell liegt der Schwerpunkt auf der Beziehung zwischen der Pflegeperson und dem Menschen. Jede Reaktion und jede Interaktion erzeugt eine gewünschte oder ungewünschte Gegenreaktion zwischen der/dem Patientin/Patienten und der Pflegeperson. Patientin/Patient und Pflegeperson kommunizieren die gemeinsamen Ziele, die notwendigen Maßnahmen und die Voraussetzungen der Realisierung. Gemeinsames Ziel ist die Erreichung eines Zustandes, um die soziale Rolle wieder erfüllen zu können.

Zu den Vertretern der Interaktionsmodelle zählen Peplau, King, Orlando, Friedemann, Böhm, Rizzo- Parse und andere.

## **6.3 Ergebnismodelle**

Dieses Modell orientiert sich an den Resultaten der Pflege. Der Mensch ist mehr als die Summe seiner Teile, die wiederum auf die Umwelt wirken. Nicht Krankheit ist der Ausgangspunkt, sondern Gesundheit, Selbstständigkeit und

---

<sup>34</sup> Seidl (1993) S.150-151

Wohlbefinden sollten gefördert werden. Die Menschen verfügen über persönliche Systeme, die ihnen ermöglichen, Störungen von innen und außen auszugleichen, um das dynamische Gleichgewicht wiederherstellen zu können. Ziel der Pflege ist es, zwischen Patientin/Patienten und seiner Umwelt wieder ein stabiles System zu schaffen, einen Zustand herzustellen, in dem Mensch und Umwelt wieder eine Balance erreichen.

Zu den Vertretern des Ergebnismodelles zählen Johnson, Roger, Roy, Levine und andere.

Meiner Auffassung nach ist die Thematik meiner Diplomarbeit den Interaktionsmodellen zuzuordnen. Im Speziellen sind die Phänomene in den Pflege-theorien von Peplau, Orlando und King wiederzufinden. In den nachfolgenden Seiten werde ich die Theorien von Peplau, Orlando und King kurz skizzieren. Am Ende dieses Kapitels nehme ich auf das Pflegemodell von Grypdonck Bezug. Dieses Pflegemodell ist keine Grand Theory wie die drei oben genannten theoretischen Konzepte. Die eingeschränkte Reichweite dieses Pflegemodelles ist auch der Grund, warum es so viele Berührungspunkte mit meinem Forschungsfeld hat. Dadurch ist es meiner Einschätzung nach wichtig, auch diese middle- range- theory von Grypdonck zu beschreiben.

#### **6.4 Interpersonale Beziehung in der Pflege**

Im Mittelpunkt der Theorie von Hildegard E. Peplau steht die Interaktion oder die Beziehung von Pflegepersonen und Patientin/Patienten. Sie beschreibt, wie die Interaktion oder wie die Beziehung zwischen einer Pflegeperson und einer/einem Patientin/Patienten aussehen soll. Ziel ist es, die größtmögliche Unterstützung für die/den Patientin/Patienten beim Gesundwerden anzubieten. Peplau's Theorie umfasst drei Schwerpunkte:<sup>35</sup>

- Die Beschreibung der psychodynamischen Pflege
- Die Phasen der Interaktion zwischen Pflegeperson und Patientin/Patient
- Die Beschreibung der Rollen, die die Pflegeperson in den jeweiligen Phasen der Beziehung übernimmt

---

<sup>35</sup> Vgl. Seidl (1993) S.152

Pflege ist nach Peplau „ein signifikanter, therapeutischer, interpersonaler Prozess. Sie wirkt in Kooperation mit anderen menschlichen Prozessen, die dem einzelnen in der Gesellschaft Gesundheit ermöglicht“.<sup>36</sup>

### **6.5 Bedürfniserkennung im Beziehungsprozess**

Alle Menschen sind mit Bedürfnissen ausgestattet. Normalerweise sind die Menschen fähig, ihre Bedürfnisse selbst zu erfüllen. Bei Krankheit kann eine vorübergehende oder dauerhafte Abhängigkeit auftreten.

Eine Pflegesituation ist durch drei wesentliche Elemente gekennzeichnet:

1. Dem Verhalten der/des Patientin/Patienten,
2. der Reaktion der Pflegenden,
3. den pflegerischen Handlungen.

Dieses Verhalten, die Reaktion und die pflegerische Handlung sind zum Nutzen der/des Patientin/Patienten bestimmt. „Die Interaktion dieser Elemente untereinander bilden den Pflegeprozess.“<sup>37</sup> Diese Beziehung zwischen Pflegeperson und Patientin/Patienten ist ein dynamisches Modell, das sich durch verbales und nonverbales Verhalten weiterentwickelt und sich dadurch charakterisieren lässt. Jede Handlung und jede Äußerung der Pflegeperson oder der/des Patientin/Patienten erzeugt eine Reaktion mit der entsprechenden Rückmeldung der Pflegeperson oder der/des Patientin/Patienten, das ist wiederum Anlass zu neuen Reaktionen. Auf diese Art und Weise erfahren Pflegeperson und die/der Patientin/Patient, was der jeweils andere braucht und denkt. Eine angemessene Pflegehandlung kann erst dann stattfinden, wenn der unmittelbare Bedarf der/des Patientin/Patienten ermittelt worden ist.

Die Pflegeperson ist in dieser Pflgetheorie die Schnittstelle zwischen Patientin/Patient und Ärztin/Arzt und trennt deutlich die medizinische und die pflegerische Behandlung.<sup>38</sup>

Die Beurteilung der Hilfsbedürftigkeit basiert auf den Begriffen der Kommunikation, des Patientenverhaltens, der Reaktion der Pflegeperson und der Aktion der Pflegeperson und ist eine dynamische Beziehung zwischen

---

<sup>36</sup> Peplau (1995) S.39

<sup>37</sup> Orlando (1996) S.43, Vgl. Elsbernd (2000) S.42

<sup>38</sup> Fawcett (1999) S.104

Pflegeperson und Patientin/Patienten.<sup>39</sup> „Aus der Interaktion dieser Elemente untereinander“ entsteht nach Orlando „der Pflegeprozess.“<sup>40</sup>

## 6.6 Das Interaktionsmodell von King

In diesem Modell wird der Mensch als ein Teil des offenen Systems betrachtet.

Der Mensch als Individuum ist ein:

- soziales Wesen
- fühlendes Wesen
- vernünftiges Wesen
- reagierendes Wesen
- wahrnehmendes Wesen
- kontrollierendes Wesen
- zielgerichtetes Wesen
- handlungsorientiertes Wesen
- zeitorientiertes Wesen.<sup>41</sup>

Der Mensch ist mit seiner Umwelt in fortwährender, wechselseitiger Interaktion. Bei Krankheit können die gewohnten sozialen Rollen im System nicht erfüllt werden. Die Pflege kann durch den zwischenmenschlichen Prozess der Interaktion, Aktion und Reaktion gemeinsam mit der/dem Patientin/Patienten das Gleichgewicht der sozialen Rolle im System wiederherstellen oder erhalten. King meint, dass es für die Pflegepersonen wichtig ist, dass die Menschen mit ihrer Umwelt interagieren, um die Gesundheit zu erlangen oder zu bewahren.<sup>42</sup>

---

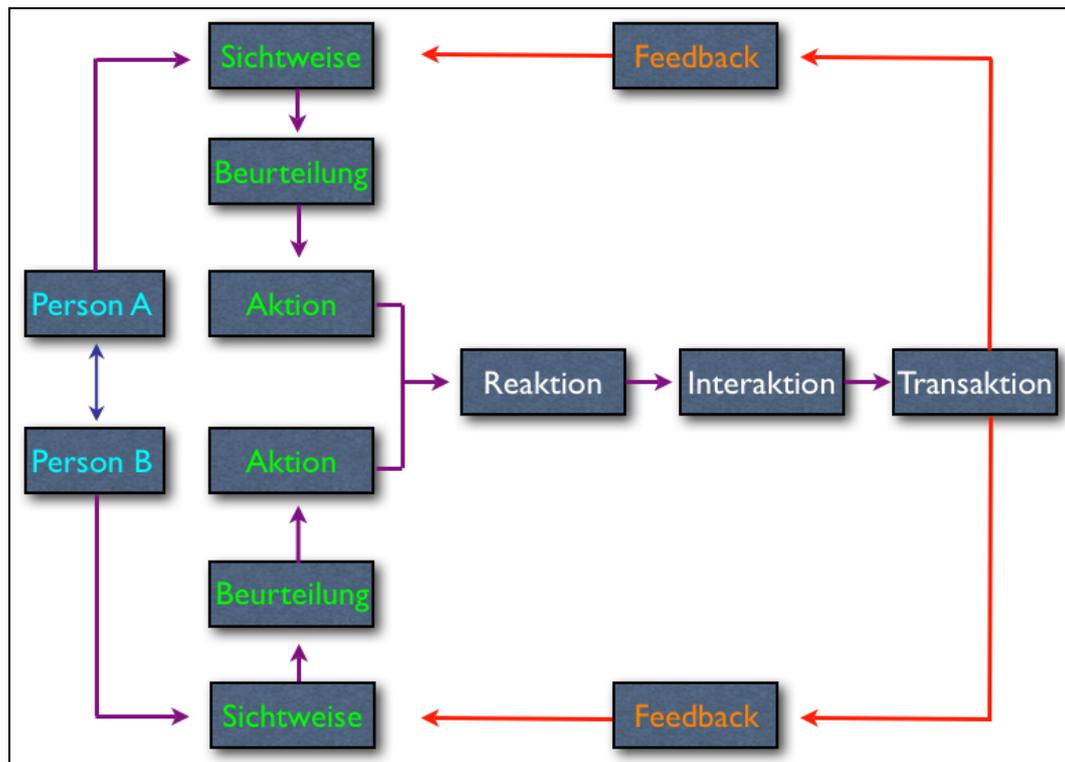
<sup>39</sup> Vgl. Fawcett (1999) S.106

<sup>40</sup> Orlando (1961) S.36

<sup>41</sup> Vgl. Juchli (1994) S.59

<sup>42</sup> Vgl. King (1981), Vgl. Juchli (1994) S.60

Abbildung 1: Interaktionsmodell nach King



Quelle: [http://www.pflegewiki.de/wiki/Datei:Interaktionsmodell\\_King\\_01.jpg](http://www.pflegewiki.de/wiki/Datei:Interaktionsmodell_King_01.jpg) aufgerufen am 27.5.2011

### 6.7 Nicht die Krankheit steht im Vordergrund, sondern die Person

Das letzte abschließende Pflegemodell, das ich in meiner Diplomarbeit behandle, ist jenes, welches inhaltlich meiner Forschungsfrage und meinem Forschungsfeld am nächsten steht: „Ein Modell zur Pflege chronisch Kranker“ von Mieke Grypdonck.

Nachfolgend werde ich dieses Pflegemodell beschreiben und erklären, warum ich der Meinung bin, dass es für das Erleben des Mammakarzinoms anwendbar ist. Grypdonck hat dieses Pflegemodell „Pflege chronisch Kranker“ aufgrund ihrer eigenen Forschung entwickelt. Ein wichtiger Punkt ist, dass das Mammakarzinom als chronische Erkrankung zu sehen ist. Das Mammakarzinom zeigt in unterschiedlichen Phasen die Inhalte einer chronischen Erkrankung, nicht alle Patientinnen erreichen beziehungsweise durchlaufen alle Phasen einer chronischen Erkrankung.

„Mein Ausgangspunkt sind die Bedürfnisse der chronisch Kranken, wie sie in unserer Arbeit über Leben mit einer chronischen Krankheit sichtbar werden.“<sup>43</sup>

Aufmerksame Leser werden jetzt zu Recht Einwände einbringen, da ich auf der Seite 19 beschreibe, dass ich die Thematik meiner Diplomarbeit den Interaktionsmodellen zuordne. Bei Mieke Grypdonck werden als Ausgangspunkte die Bedürfnisse gesehen. Dies ist nur ein Punkt in ihrer Sichtweise. Die/der chronisch Kranke kann eine Anzahl von Tätigkeiten im täglichen Leben nur mehr eingeschränkt oder gar nicht mehr erfüllen. Ebenso sind bei chronisch Kranken therapeutische, diagnostische und prophylaktische Maßnahmen durchzuführen. „Die Pflegeperson soll dem chronisch Kranken dabei helfen und ihn unterstützen, am besten dadurch, dass sie ihn dazu befähigt, die Funktionen zu erfüllen, und, wenn er das nicht kann, diese selbst übernimmt.“<sup>44</sup>

Die andere Perspektive in Grypdonck's Pflegemodell ist „Am Erleben orientieren.“<sup>45</sup>

Das Erleben der Diagnose, der Therapie und der Einschränkungen erlangen durch den Menschen an Bedeutung. Ohne diese Bedeutung kann ich die Wirklichkeit der/des Betroffenen nicht erfassen. Krankheit ist nicht ein objektives Geschehen, das nur den Körper betrifft, sondern krank sein wird durch die/den Betroffene/Betroffenen erlebt und bekommt dadurch eine spezielle Ausprägung. Diese veränderte Lebensperspektive, die Erfahrung und die Bedeutung für die/den Patientin/Patienten sind der zweite Ausgangspunkt für die Pflegeperson.

Nur durch die Interaktion erreicht die Pflegeperson, dass diese erlebensorientierte Perspektive erfasst wird und zielgerechte Unterstützung anbieten kann. Viele unterschiedliche Aspekte werden hier noch einmal thematisiert. Die/der chronisch Kranke muss mit Einschränkungen leben, das Leben ist unsicher geworden. Der Körper reagiert unerwartet, er ist unzuverlässig und die Endlichkeit des Lebens wird sichtbar. Es besteht die Hoffnung, dass der medizinische Fortschritt das Schicksal noch wendet oder dass eine

---

<sup>43</sup> Grypdonck (2005) S.18

<sup>44</sup> Grypdonck (2005) S.17

<sup>45</sup> Grypdonck (2005) S.18

Verbesserung erreicht wird. Hier wird das Interaktionsmodell sichtbar, wo der Schwerpunkt auf der Beziehung zwischen der Pflege und dem Menschen liegt. Patientin/Patient und Pflegeperson kommunizieren die gemeinsamen Ziele, die notwendigen Maßnahmen und die Voraussetzungen der Realisierung. Gemeinsames Ziel ist die Erreichung eines Zustandes, um die soziale Rolle wieder erfüllen zu können.

In diesem geschaffenen Kontext gibt die/der chronisch Kranke ihrem/seinem Leben mit der Krankheit eine Form. Die/der chronisch Kranke gibt dem Leben einen neuen Sinn und eine neue Bedeutung, indem die Krankheit nicht den wichtigsten Platz einnimmt.

„Je mehr es ihm gelingt, die Krankheit am Rande seines Lebens zu positionieren, desto mehr rückt sein eigentliches Leben ins Zentrum und umso besser wird es ihm gelingen, mit der Krankheit zu leben.“<sup>46</sup>

Im Pflegemodell von Grypdonck sind wesentliche Punkte thematisiert, die auch beim Erleben des Mammakarzinoms eine wichtige Rolle spielen. Für die meisten Menschen, aber auch für viele im Gesundheitswesen tätigen Personen sind chronische Krankheiten wie Diabetes Mellitus, Herzinsuffizienz, COPD oder Einschränkungen im Bewegungsapparat mit einem ganz bestimmten Bild verbunden.

Ich sehe, dass das Mammakarzinom durchaus Parallelen zu chronischen Krankheiten aufzuweisen hat:

- Erleben der Krankheit als eine existentielle Krise
- Die Beziehung zu seinem Körper verändert sich
- Veränderungen im täglichen Leben und der sozialen Rolle
- Management von therapeutischen, diagnostischen, prophylaktischen und pflegerischen Maßnahmen
- Die Krankheit trifft die ganze Familie
- Beziehung zwischen Patientin/Patient und Pflegeperson oder Ärztin/Arzt

Grypdonck ist der Überzeugung, dass die Hauptaufgabe der Pflege darin besteht, den betroffenen Menschen „zu helfen, sein Leben über die Krankheit

---

<sup>46</sup> Grypdonck (2005) S.19

hinauszuheben.“<sup>47</sup> In diesem Verständnis müssen sich die Pflegepersonen bewusst sein, dass das Leben im Zentrum steht. Gesundheit, Krankheit oder ihre Folgen stehen am Rand.

„Die primäre Aufgabe der Pflegeperson besteht darin, zu einem sinnvollen Leben beizutragen, dem Menschen mit einer chronischen Krankheit zu helfen, das Leben zu leben, das er zu leben wünscht.“<sup>48</sup>

Chronische Krankheit und damit auch Brustkrebs ist durch einen prozesshaften Verlauf gekennzeichnet. Eine bestimmte Zeit lang kann die Erkrankung in einem stabilen Niveau gehalten werden. Wenn aufgrund des Fortschreitens der Erkrankung die Krankheit in eine neue Phase übergeht, muss uns bewusst sein, dass der Anpassungsprozess von der/dem Patientin/Patienten, den Angehörigen und den Pflegenden von Neuem beginnt. Zusammen müssen wir abermals darum kämpfen, dass sie ihr Leben ins Zentrum rücken und der Krankheit weniger Raum geben.

---

<sup>47</sup> Grypdonck (2005) S.30

<sup>48</sup> Grypdonck (2005) S.31

## 7 Das Mammakarzinom

Bei meiner Diplomarbeit handelt es sich um eine pflegewissenschaftliche Arbeit und nicht um eine medizinische Arbeit, deswegen werde ich auf die Ursachen, Symptome, Diagnose und Therapie des Mammakarzinoms nicht im Detail eingehen. Um dieses Thema ganzheitlich darstellen zu können, müssen einige wesentliche Daten des Mammakarzinoms aufgezeigt werden. Im nachfolgenden Kapitel werden diese dargestellt.

In den vergangenen Jahrzehnten nahm weltweit die Prävalenz an Brustkrebs zu. Vor allem in den Industrieländern stellt das Mammakarzinom den häufigsten malignen Tumor der Frau dar. Die höchsten Inzidenzraten werden in Europa und Nordamerika beobachtet.<sup>49</sup> Im Jahr 2005 verstarben in Österreich 1583 Frauen an Brustkrebs (Statistik Austria, 2005).

Tabelle 1: Absolute Inzidenz und Mortalität im internationalen Vergleich

Land	Jahr	Inzidenz absolut	Mortalität absolut
Australien	2006	12.614	674
Norwegen	2006	2.701	2.618
Niederlande	2006	12.416	3.335
Österreich	2006	4.841	1.563
Deutschland	2006	57.970	17.286

Quelle: Engel et al., Mammakarzinom Interdisziplinär, S.3

### 7.1 Definition

Unter einem Mammakarzinom versteht man einen bösartigen Tumor der Brust, selten auch der männlichen Brust.<sup>50</sup>

### 7.2 Ätiologie

Für die Entstehung des Mammakarzinoms gibt es noch keine einheitliche Hypothese. Es gibt eine allgemein akzeptierte Lehrmeinung, die besagt, dass für die Entstehung der Erkrankung ovarielle Hormone als Wachstumsfaktor für

---

<sup>49</sup> Vgl. Maurer, Tödtmann (2003) S.13, Vgl. Engel, Schrodi, Schubert- Fritschle, Bauerfeind (2010) S.3

<sup>50</sup> Vgl. Hagen, Fey (1997) S.38, Vgl. Kaufmann, Rody (2008) S.256

das Mammakarzinom von entscheidender Bedeutung sind. Aus analytischen Studien geht hervor, dass es eine Reihe von Risikofaktoren gibt, die an der Entstehung von Brustkrebs beteiligt sein können. Die häufigsten angeführten und diskutierten Aspekte in der Literatur sind nachfolgend angeführt.<sup>51</sup>

### **7.2.1 Familiäre Disposition und genetische Faktoren**

Das Risiko an Brustkrebs zu erkranken ist zwei- bis dreimal höher, wenn in der Familienanamnese eine erkrankte Mutter oder Schwester vorkommt. Bei Angehörigen zweiten Grades ist die Risikozunahme etwas schwächer ausgeprägt. In den letzten Jahren wurden auch Gene für die Entstehung von Brustkrebs verantwortlich gemacht.

### **7.2.2 Reproduktive Faktoren**

Eine Reihe reproduktiver Merkmale kann mit einem erhöhten Brustkrebsrisiko in Verbindung gebracht werden. Eine frühe Menarche (vor dem 11. Lebensjahr) und eine späte Menopause (nach dem 50. Lebensjahr) erhöhen das Brustkrebsrisiko. Auch spielen Nulliparität und höheres Alter (30 Jahre und älter) bei der Geburt des ersten Kindes eine Rolle. Multiparität senkt das Risiko.

### **7.2.3 Kontrazeptiva und Hormonersatztherapie**

Untersuchungen ergaben, dass ein geringfügiges erhöhtes Risiko in Zusammenhang mit oralen Kontrazeptiva besteht. Auch wird die Zunahme am Brustkrebsrisiko im Zusammenhang mit einer Hormonersatztherapie beobachtet.

### **7.2.4 Ernährung und assoziierte Faktoren**

Internationale Studien zeigen, dass es einen Zusammenhang zwischen fettreicher Ernährung (tierische Fette) und einem erhöhten Risiko an Brustkrebs zu erkranken gibt. Auch wird aufgezeigt, dass Obst und Gemüse eine protektive Wirkung auf die Gesundheit haben und dadurch weniger Personen an Krebs erkranken.

### **7.2.5 Zunahme des Brustkrebsrisikos**

Ein Zusammenhang mit starkem Übergewicht (nach der Menopause), Gewichtszunahme im Erwachsenenalter und Alkoholkonsum gilt als wahrscheinlich.

---

<sup>51</sup> Vgl. Schmidt-Matthiesen et al. (2003), Vgl. Senn, Glaus (1997) S.316, Vgl. Bender, Schnürch (1991)

Ein Zusammenhang mit Fettkonsum insgesamt, Konsum tierischer Fette/ gesättigter Fettsäuren und Fleisch gilt als möglich.

### **7.2.6 Abnahme des Brustkrebsrisikos**

Es gilt als wahrscheinlich, dass Gemüse- und Obstkonsum das Brustkrebsrisiko senkt. Ein Zusammenhang mit Polysacchariden/ Ballaststoffen und Carotinoiden gilt als möglich, ebenso mit körperlicher Aktivität.

Kein Einfluss auf das Brustkrebsrisiko wird für Kaffee als gesichert angesehen, für Cholesterin als wahrscheinlich und für Geflügelfleisch und Tee als möglich.

### **7.2.7 Tabakkonsum**

Obwohl das Rauchen für die Entstehung einer Reihe von Krebserkrankungen verantwortlich ist, ist dies beim Mammakarzinom nicht eindeutig belegt.

### **7.2.8 Ionisierende Strahlen und andere Umweltbelastungen**

Ein Zusammenhang zwischen ionisierenden Strahlen und dem Brustkrebsrisiko konnte in Studien nicht nachgewiesen werden. Auch ein kausaler Zusammenhang zwischen hormonell wirksamen Umweltchemikalien und einem Brustkrebsrisiko konnte nicht nachgewiesen werden.<sup>52</sup>

## **7.3 Prävention**

Eine detaillierte Auseinandersetzung und Beschreibung der unterschiedlichen Präventionsebenen des Mammakarzinoms generell und im speziellen wird im Kapitel 16 Gesundheitsförderung und Prävention dargestellt. Die sekundäre Prävention (Früherkennung) scheint eine Möglichkeit zu sein, die Sterblichkeit beim Mammakarzinom zu senken. Ziel ist hier das frühzeitige Erkennen des Mammakarzinoms, noch bevor es zu Metastasenbildung kommt.

Es gibt zwei verfügbare Methoden zur Früherkennung. Die eine Methode ist die Mammographie und die zweite Methode die Palpation, das Abtasten der Brust von geschultem Personal oder von der Frau selbst. Wie bei allen Screening-Methoden besteht hier die Gefahr der falsch positiven Befunde. Das bedeutet, dass die Screening Methode positiv ist (Tumor vorhanden), die Person aber gesund ist.

Die Mammographie wird in einigen Staaten, wie zum Beispiel Niederlande, Schweden und Finnland, als Screening- Untersuchung im Rahmen des staatlich organisierten Gesundheitsprogrammes durchgeführt.

---

<sup>52</sup> Vgl. Hanf, Körner (2006) S.75-77, Vgl. Hanf, Körner (2010)12-24

Wie Daten aus den Niederlanden zeigen (Tabelle 2), kann die Mammographie als Screening- Untersuchung positiv eingeschätzt werden.<sup>53</sup>

Tabelle 2: Zahlen des niederländischen Brustkrebs- Screening- Programmes. Screening- Untersuchung, Überweisung, Biopsien, Brustkrebs Diagnose

	Screening- Untersuchung	Überweisung	Biopsien	Brustkrebs Diagnose
Jahr	n	n	n	n
1990	43.025	681	451	195
1994	224.848	3.178	2.226	1.387
1998	125.884	1.934	1.135	661
1990-1998	1.604.457	21.294	14.822	9.691

Quelle: Hendriks (2001) S.38

Die Situation in Österreich ist derzeit die „diagnostische oder kurative Mammographie“, zusätzlich wird die Mammographie, wenn Krankheitssymptome oder eine Prädisposition für Brustkrebs vorliegen, zur Abklärung eines Tumors eingesetzt. Beim sogenannten „opportunistischen Screening“ geht die Frau zur Mammographie, zum Früherkennungsröntgen, wenn sie das selbst möchte oder wenn es von der/dem Ärztin/Arzt angeraten wird. Einen Qualitätsstandard, eine Dokumentationspflicht oder geregelte Untersuchungsintervalle sind zurzeit nicht vorgegeben. Dadurch werden aktuell nur 40 % aller Frauen in Österreich der 45- bis 69-jährigen regelmäßig mammographiert.<sup>54</sup>

2013 wird in Österreich das neue „Brustkrebs- Früherkennungs- Programm“ gestartet. Dieses Programm beinhaltet zwei wesentliche Eckpunkte, diese sind „System und Qualität.“<sup>55</sup> Gekennzeichnet ist das neue Programm durch das bundesweite Einladungssystem zur Mammographie und eine umfassende Qualitätssicherung der Mammographie. Jeder Mammographiebefund wird von

<sup>53</sup> Vgl. Hendriks (2001) S.45

<sup>54</sup> [http://www.senologie.at/files/pa\\_pk1\\_o\\_gs.pdf](http://www.senologie.at/files/pa_pk1_o_gs.pdf) aufgerufen am 25.9.2012

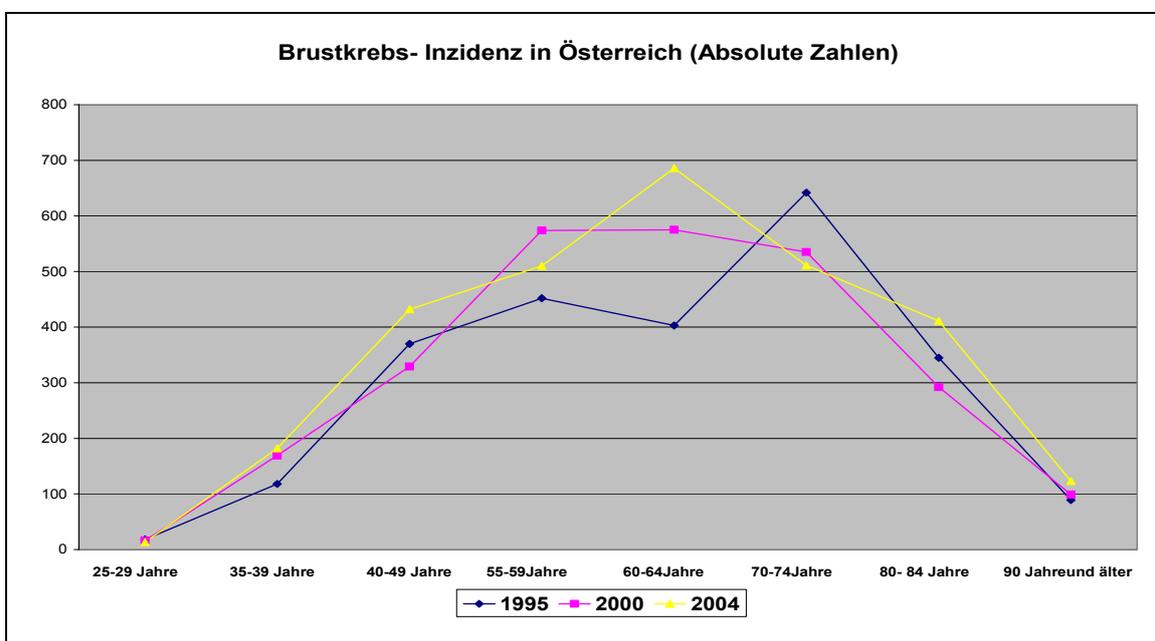
<sup>55</sup> [http://www.hauptverband.at/portal27/portal/hvbportal/channel\\_content/cmsWindow?action=%202&p\\_menuid=71690&p\\_tabid=2](http://www.hauptverband.at/portal27/portal/hvbportal/channel_content/cmsWindow?action=%202&p_menuid=71690&p_tabid=2) aufgerufen am 20.1.2012

zwei Radiologinnen/Radiologen unabhängig voneinander befundet, außerdem müssen alle teilnehmenden Ärztinnen und Ärzte die Erfüllung strenger Qualitätskriterien nachweisen können. Die Teilnahme am Früherkennungs-Programm ist für die eingeladenen Frauen freiwillig und kostenlos.

Ab welchem Alter ist es sinnvoll in ein Früherkennungs- Programm eingeschlossen zu werden? Im österreichischen Brustkrebsbericht 2008 betrug das Durchschnittsalter rund 63,5 Jahre im Zeitraum von 2002 bis 2004. Rund 44 Prozent der Diagnose Mammakarzinom bei Frauen wurden im Alter zwischen 60-69 Jahren gestellt. Berücksichtigt man den Bevölkerungsumfang in den Altersgruppen, zeigt sich der Anstieg der Inzidenzrate beim Mammakarzinom.<sup>56</sup> (Abbildung 2)

Das Brustkrebsrisiko steigt mit zunehmendem Alter der Frauen an. Damit hätten den größten Nutzen eines Brustkrebs- Früherkennungs- Programmes Frauen in der Altersgruppe von 45-69 Jahren. Dies wird auch in der Literatur beschrieben, und es wird empfohlen, dass Frauen ab 45 alle zwei Jahre eine Mammographie machen sollen.<sup>57</sup>

Abbildung 2: Brustkrebs- Inzidenz in Österreich im Zeitraum 1995/2000/2004



Quelle: Statistik Austria im österreichischen Brustkrebsbericht 2008 S.1 im Anhang

<sup>56</sup> Vgl. Feichter, Czirkovits, Hofer, Im Österreichischen Brustkrebsbericht (2008) S.9

<sup>57</sup> Vgl. Kreinberg (2008) S.54, Vgl. Barth, Barth (2003) S.16, Vgl. Giersiepen, Greiser (2001) S.67

Die Mammographie beziehungsweise das Früherkennungs- Programm zeigen eine Schwäche auf. Innerhalb des zweijährigen Screenig- Intervalls können vor allem schnell wachsende Tumore entstehen. In dieser zweijährigen Pause können bei der Selbstuntersuchung oder bei der Routineuntersuchung bei der/dem Gynäkologin/Gynäkologen Veränderungen der Brust entdeckt werden. Größe der Brust und die Dichte des Brustgewebes sind weitere limitierende Faktoren bei der Mammographie. Bei sehr dichtem Brustgewebe und unsicherem Mammographiebefund sollte zur Abklärung eine Sonographie der Brust durchgeführt werden.

Das Abtasten der Brust entdeckt nur wenige Mammakarzinome, es hat aber nach wie vor seine Berechtigung als Prävention und sollte von jeder Frau regelmäßig und konsequent durchgeführt werden.

#### **7.4 Symptome**

In einem sehr frühen Stadium ist das Mammakarzinom schmerzfrei und kaum tastbar. Erst mit dem Wachstum des Mammakarzinoms werden bestimmte Symptome evident.<sup>58</sup>

- Tastbare Knoten
- Veränderung von Größe und Form der Brust
- Hautveränderungen
- eingezogene Brustwarzen

#### **7.5 Diagnose**

Folgende Untersuchungsmethoden stehen zur Verfügung:<sup>59</sup>

- Brustuntersuchung zu Hause<sup>60</sup>
- Mammographie
- Mammasonographie
- Magnetresonanztomographie mit Kontrastmittel (KM-MRT)
- Mammographisch/ sonographisch gesteuerte perkutane Biopsiemethoden
- Dopplersonographie

---

<sup>58</sup> Vgl. Höffken (2003)

<sup>59</sup> Vgl. Goldmann- Posch, Martin (2009) S.37, Vgl. Bender, Schnürch (1991)

<sup>60</sup> Vgl. Höffken (2003) S.14

- Galaktographie
- Nuklearmedizinische Untersuchungsmethoden (Szintigraphie, PET = Positronen- Emissions- Tomographie)<sup>61</sup>

### **7.5.1 Mammographie**

Sie gilt als die erprobteste und evaluierteste diagnostische Untersuchungsmethode der Brust. Die Mammographie wird zur Primärdiagnostik bei der Abklärung eines pathologischen Tastbefundes eingesetzt. Außerdem ist die Mammographie eine etablierte Screening-Methode. In der Literatur wird diese kontrovers diskutiert, wann und wie oft eine Mammographie durchgeführt werden soll. So wird in Österreich und in Deutschland zwischen dem 40. und 50. Lebensjahr alle 2 Jahre eine Mammographie empfohlen, falls keine weiteren Risikofaktoren vorliegen. Die American Cancer Society dagegen empfiehlt in dieser Lebensspanne eine jährliche Mammographie. Es würde zu einer Mortalitätsreduktion von 35 Prozent führen, bei einer zweijährigen Mammographiekontrolle wäre die Mortalitätsreduktion nur bei 24 Prozent.

Die von vielen Frauen geäußerte Angst, die wiederholte Strahlenbelastung bei der Mammographie führe zu einem erhöhten Risiko an einem Mammakarzinom zu erkranken, konnte nicht nachgewiesen werden (siehe Kapitel 9.2.8.). Durch die Einhaltung der Qualitätskriterien und durch laufende technische Verbesserungen ist ein strahleninduziertes Mammakarzinom trotz wiederholten Untersuchungen nicht zu erwarten.

### **7.5.2 Mammasonographie**

Der Ultraschall der Brust ist die wichtigste Ergänzungsuntersuchung zur Mammographie. Durch die Verbesserung der Hochfrequenz-Sonden ist die Aussagekraft der Sonographie in den letzten Jahren deutlich besser geworden. Mit dem Ultraschall können einzelne Strukturen klar abgebildet werden, im Gegensatz zur Mammographie, wo die Strukturen überlagert dargestellt sind. Die Domäne des Brustultraschalls ist die Unterscheidung von zystischen und soliden Befunden, besonders bei jungen Frauen und bei Frauen mit sehr dichtem Brustgewebe und bei Frauen mit fibrozystischer Mastopathie.

---

<sup>61</sup> Vgl. Jonat (2005), Vgl. Maurer (2003), Vgl. Meden (2009)

Trotz technischer Verbesserung können Mammakarzinome mit einem Durchmesser kleiner als 5 mm sowie Mikrokalzifizierungen nicht erkannt werden, sodass die Mammasonographie als Screening-Methode derzeit (noch) nicht eingesetzt werden kann.

### **7.5.3 Magnetresonanztomographie mit Kontrastmittel (KM-MRT)**

Es werden mittels Magnetfelder Schnittbilder der Brust erzeugt. Durch die intravenöse Gabe von Kontrastmittel können Anreicherungen in den neoplastischen Veränderungen der Brust dargestellt werden. Diese Untersuchungsmethode hat eine sehr hohe Sensitivität und dient vorwiegend als ergänzendes diagnostisches Mittel bei unklaren oder nicht eindeutigen Befunden.

Indikationen sind:

- Unterscheidung zwischen Narbe und Karzinom, vor allem bei Patientinnen im Zustand nach brusterhaltender Therapie eines Mammakarzinoms
- Klärung suspekter Befunde nach Brustvergrößerung mittels Implantatchirurgie
- Mammographisch und sonographisch schwer beurteilbare Brust, insbesondere zum Ausschluss von multizentrischen Karzinomherden bei geplanter brusterhaltender Therapie

Als Screening- Methode besitzt die Magnetresonanztomographie aufgrund ihrer geringen Spezifität (< 60 Prozent) keinen Stellenwert.<sup>62</sup>

### **7.5.4 Mammographisch/ sonographisch gesteuerte perkutane Biopsiemethoden**

Es wird unterschieden in:

- Feinnadelpunktion (FNP)
- Hochgeschwindigkeitsstanzbiopsie (HSB)
- Vakuumbiopsie (VSB)

---

<sup>62</sup> Vgl. Maurer, Thödtmann (2003)

#### 7.5.4.1 Feinnadelpunktion (FNP):

Die Vorbedingung für eine ultraschallgesteuerte Feinnadelpunktion ist ein sonographisch darstellbarer Herd. Bei der Feinnadelpunktion wird mithilfe möglichst dünner Kanülen Zellmaterial aus dem Gewebe zur Erstellung zytologischer Präparate aspiriert.

#### 7.5.4.2 Hochgeschwindigkeitsstanzbiopsie (HSB):

Die Vorbedingung für eine ultraschallgesteuerte Punktion ist ein sonographisch darstellbarer Herd. Bei der Stanzbiopsie werden mithilfe speziell geschliffener Nadeln Gewebszylinder zur Erstellung histologischer Präparate gewonnen.

#### 7.5.4.3 Vakuumbiopsie (VSB):

Die Vakuumbiopsie ist eine Weiterentwicklung der Hochgeschwindigkeitsstanzbiopsie, mit deren Hilfe ergiebigere Gewebszylinder zur sicheren histologischen Abklärung gewonnen werden.

### **7.5.5 Dopplersonographie**

Mit der Dopplersonographie lassen sich Gefäße erkennen, analysieren und beurteilen. Sie ist als ergänzende Untersuchung der Brust anzusehen, trägt aber nicht entscheidend zur Differenzierung zwischen benignen und malignen Tumoren bei.

### **7.5.6 Galaktographie**

Die Galaktographie wird bei einer pathologischen Mamillensekretion neben einer zytologischen Untersuchung des Mamillensekretes eingesetzt. Der sezernierende Milchgang wird sondiert und Kontrastmittel wird injiziert. Dadurch ist eine bildgebende Diagnostik der Milchgänge möglich. So können eventuelle intraduktale Veränderungen (z.B. Papillome) dargestellt werden.

### **7.5.7 Nuklearmedizinische Untersuchungsmethoden (Szintigraphie, PET = Positronen- Emissions- Tomographie)**

Die Szintigraphie befindet sich momentan noch im Stadium der Erprobung. Spezifischere Ergebnisse verspricht man sich durch die Positronen- Emissions- Tomographie. Durch eine Gammakamera kann die Speicherung von radioaktiven markierten Zuckermolekülen dargestellt werden. Maligne Tumore

haben einen erhöhten Glukosestoffwechsel. Diese Methode kommt aufgrund ihrer geringen Spezifität und der hohen Kosten nur in Ausnahmefällen zur Anwendung.

## **7.6 Therapie**

Durch die laufende Forschung gibt es bei den systemischen Therapien permanente Veränderungen und Verbesserungen. Deswegen wird hier ein Gesamtüberblick über die einzelnen Therapiemöglichkeiten des Mammakarzinoms gegeben.<sup>63</sup>

Die momentane Standardtherapie beim Mammakarzinom ist eine interdisziplinäre Therapie. Sie besteht aus einzelnen Bausteinen (Tumorentfernung, axilläre Dissektion, medikamentöse Therapie und Strahlentherapie). Diese werden aufeinander abgestimmt, um einen maximalen Therapieerfolg mit möglichst geringen Nebenwirkungen zu erreichen.

Folgende Therapiemethoden stehen zur Verfügung:

- Operative Therapie
- Strahlentherapie
- Adjuvante systemische Therapie

### **7.6.1 Operative Therapie**

Bei der operativen Therapie wird in den meisten Fällen ein multimodales Vorgehen gewählt. Die operative Behandlung kann man einteilen in:

- Brusterhaltende Therapie (BET)
- Ablative Therapie

Der plastische Wiederaufbau der Brust kann im Rahmen der Primäroperation oder nach Abschluss der adjuvanten Behandlung stattfinden.

Es ist bekannt, dass kein Unterschied in der Überlebensrate zwischen der brusterhaltenden oder der ablativen Therapie besteht.<sup>64</sup>

---

<sup>63</sup> Vgl. Goldmann-Posch, Martin (2009), Vgl. Schmidt-Matthiesen et al. (2003), Vgl. Bender, Schnürch (1991)

<sup>64</sup> Vgl. Van Dogen et al. (2000), Vgl. Fischer et al. (1995), Vgl. Jacobsen et al (1995)

### 7.6.1.1 Brusterhaltende Therapie (BET)

Bei der brusterhaltenden Therapie kommt es zur vollständigen Exzision des Tumors mit ausreichendem umgebendem gesundem Gewebe und zur axillären Lymphonodektomie. Wie schon oben beschrieben, gibt es in der Literatur keine Unterschiede in der Überlebensrate zwischen den zwei operativen Methoden. Jedoch gibt es Kontraindikationen für ein brusterhaltendes Vorgehen:

- Inkomplette Tumorresektion trotz eventuell erfolgter mehrfacher Nachresektion
- Inflammatorisches Karzinom
- Ausgedehnte Lymphangiosis carcinomatosa
- Multizentrisches Wachstum
- Ungünstiges Verhältnis zwischen Tumorgröße und Brustgröße
- Ablehnung der postoperativen Strahlentherapie durch die Patientin oder vorhandene Kontraindikationen für eine Bestrahlung
- Schwangerschaft im 1. und 2. Trimester

Bis zu 70 % aller Patientinnen können bei der Anwendung der oben genannten Kriterien brusterhaltend operiert werden. Es wird empfohlen, dass nach einer brusterhaltenden Operation oder nach einer ablativen Operation eine Bestrahlung der betroffenen Brust durchgeführt wird.

### 7.6.1.2 Ablative Therapie

Bei bestehenden Kontraindikationen für das brusterhaltende Vorgehen wird die ablativ Therapie (Mastektomie) durchgeführt. Auch hier ist das Ziel eine vollständige Entfernung des Tumors. Früher wurde eine radikale Mastektomie mit der Entfernung des Musculus pectoralis major durchgeführt. Die operative Technik heute ist eine modifizierte radikale Mastektomie. Der Drüsenkörper und die Faszie des Musculus pectoralis major werden entfernt. Es wird, wie auch bei der brusterhaltenden Vorgehensweise, hier die Lymphonodektomie durchgeführt.

Wichtig ist, dass schon präoperativ mit der Patientin geklärt wird, ob ein Wiederaufbau der Brust gewünscht wird. Dies kann entweder in einer Sitzung mit der Mastektomie oder zu einem späteren Zeitpunkt durchgeführt werden.

## 7.6.2 Strahlentherapie

Ionisierende Strahlen bewirken in der Zelle und im Gewebe physikalische, biologische und biochemische Veränderungen, die zum Zellschaden und zum Zelltod führen. Das Ziel einer strahlentherapeutischen Behandlung ist die größtmögliche Zerstörung von Tumorzellen und eine geringe Zerstörung des umliegenden gesunden Gewebes. Möglich ist dies aufgrund der unterschiedlichen Empfindlichkeit von Tumorgewebe und Normalgewebe auf ionisierende Strahlen. Eine Strahlentherapie ist umso erfolgreicher, je empfindlicher das Tumorgewebe und je unempfindlicher das umliegende Normalgewebe ist. Diese Beziehung zwischen Tumor und Normalgewebe wird „Therapeutische Breite“ genannt.

Es gibt noch weitere Faktoren, die die Strahlensensibilität beeinflussen:

- Adjuvante systemische Therapie
- Hämatome
- Sekundäre Wundheilung
- Durchblutung
- Vorbestrahlung
- Tumolvolumen

Ziel der postoperativen Strahlentherapie ist die Senkung des Lokalrezidivrisikos. Nach alleiniger Tumorentfernung beträgt das Lokalrezidivrisiko bis zu 40 % innerhalb von 10 Jahren. Durch die Strahlentherapie konnte das Lokalrezidivrisiko auf 5 bis 10 Prozent verringert werden. Die Reduktion des Lokalrezidives ist wichtig, weil viele Autoren der Meinung sind, dass diese Lokalrezidive der Ausgangspunkt von späteren Fernmetastasen sein könnten.

Die Indikation zur Strahlentherapie der Lymphknoten und Lymphabflüsse wird kontrovers diskutiert. Dem therapeutischen Nutzen steht den möglichen therapeutischen Komplikationen (Lymphödemrisiko, partielle Mitbestrahlung des Herzens) gegenüber.

Es gibt auch die Strahlentherapie bei Metastasen. Sie ist in diesem Fall eine palliative Therapie. Im Vordergrund steht die Verbesserung der Lebensqualität der Patientin.

Indikation zur Bestrahlung von Metastasen:

- Schmerzhaftes Knochenmetastasen
- Frakturgefährdung
- Funktionsstörungen
- Myelokompression
- Postoperativ nach Osteosynthese oder Endoprothese

### **7.6.3 Adjuvante systemische Therapie**

Als adjuvante Therapie wird in der Onkologie eine Therapie bezeichnet, die nach der vollständigen operativen Primärbehandlung angewandt wird, um möglicherweise noch vorhandene Tumorzellen oder Tumorabsiedelungen (Mikrometastasen) zu zerstören und damit die Prognose zu verbessern.<sup>65</sup>

Je nach Tumorart kommen bei der adjuvanten Therapie die Hormontherapie und die Chemotherapie zum Einsatz, dies ist der kurative Ansatz.

Es gibt bei dieser Form der Therapie auch einen palliativen Ansatz. Das Ziel dieser palliativen Therapie ist es, krankheitsbedingte Beschwerden zu lindern, das Fortschreiten der Erkrankung zu hemmen, Beschwerdefreiheit und eine möglichst hohe Lebensqualität zu erreichen und diese Lebensqualität möglichst lange zu erhalten. Es sollte aber hier der Grundsatz gelten, angesichts der Unheilbarkeit, dass so wenig wie möglich Schaden und Belastungen für die Patientin entstehen und die Lebensqualität der Patientin im Mittelpunkt stehen muss.

Eine neoadjuvante systemische Therapie ist eine Chemotherapie vor einer operativen Behandlung. Ziel ist es, mit dieser Therapie den Tumor zu verkleinern (einzuschmelzen), um damit den Tumor besser oder überhaupt operierbar zu machen.

Die Indikation für eine Hormontherapie oder Chemotherapie richtet sich nicht alleine nach dem Tumor, sondern auch nach dem Rezidivrisiko der Patientin.

---

<sup>65</sup> Vgl. Harbeck, Gottschalk (2009)

Zurzeit wird von fünf klinischen Prognosefaktoren ausgegangen.<sup>66</sup>

- Alter der Patientin unter 35 Jahren
- Tumorgröße
- Tumorgrading
- Lymphknotenstatus
- Hormonrezeptorstatus

Tabelle 3: Tumorgröße und 5- Jahres Überlebensrate bei Patientinnen mit Mammakarzinom ohne axillären Lymphknotenbefall

Durchmesser (cm)	Patientinnenzahl	Überlebende in %
< 0,5	269	99,2
0,5 - 0,9	791	98,3
1,0 - 1,9	4.668	90,6
2,0 – 2,9	4.010	92,3
3,0 - 3,9	2.072	86,2

Quelle: Jonat, Mammakarzinom – aktuelle Diagnostik und Therapie, S.107

Tabelle 4: Rückfallrate in Abhängigkeit von der Anzahl tumorös infiltrierter axillärer Lymphknoten

Positive Lymphknoten	5-Jahres- Rückfallrate %
0	19
1	23
2	40
3	43
4	44
5	54
6	63
7-10	72
11-20	75
>21	92

Quelle: Jonat, Mammakarzinom – aktuelle Diagnostik und Therapie, S. 107

<sup>66</sup> Vgl. Jonat (2005), Vgl. Maurer (2003)

## 7.7 Medizinische Nachsorge beim Mammakarzinom

Die medizinische Nachsorge beim Mammakarzinom ist die frühzeitige Entdeckung eines lokalen Rezidives und/oder einer Metastase. Metastasen entstehen meistens hämatogen, eine lymphogene Metastasierung ist seltener. Die bevorzugten Lokalisationen sind in Tabelle 5 dargestellt.

Tabelle 5: Metastasen des Mammakarzinoms

Häufige Metastasen	Seltene Metastasen
Lunge	Ovarien
Leber	Peritoneum
Skelett	Lymphogene Metastasen
Hirn	
Haut	

Quelle: Goldmann-Posch, Martin, Überlebensbuch Brustkrebs. Die Anleitung zur aktiven Patientin. S 63

Die Entdeckungsrate von Fernmetastasen bei regelmäßig durchgeführten bildgebenden Untersuchungen ist sehr gering. Auch die Tumormarkerbestimmung ohne klinische Hinweise ist in den meisten Fällen sehr erfolglos. Besonders wichtig sind die sorgfältige Anamnese und die regelmäßige klinische Untersuchung. Klinische Untersuchungen sollten in den ersten 3 Jahren nach dem Auftreten des Mammakarzinoms alle drei Monate, im 4. und 5. Jahr alle 6 Monate, danach einmal jährlich durchgeführt werden. Nur bei klinischen Hinweiszeichen auf Vorliegen einer Metastase sollte gezielt eine bildgebende Diagnostik durchgeführt werden.

Der regelmäßige Einsatz der Mammographie aufgrund des erhöhten Risikos für ein Zweitkarzinom beziehungsweise das Risiko eines intramammären Rezidivs ist indiziert. Die betroffene Brust sollte in den ersten drei Jahren halbjährlich, ab dem vierten Jahr jährlich untersucht werden. Die gesunde Brust der Frau sollte ebenfalls ein Mal pro Jahr mammographiert werden.

## 8 Soziodemographische Entwicklung

Wenn man sich mit dem Thema Mammakarzinom beschäftigt, sollte man die demographischen Entwicklungen in den letzten Jahren mit einbeziehen. Dank Statistik Austria gibt es hier Daten, die im folgenden Kapitel beschrieben werden.

### 8.1 Demographische Entwicklung

Die durchschnittliche Lebenserwartung ist in den letzten Jahren in den westlichen Industriestaaten stetig gestiegen. In den osteuropäischen Ländern liegt die durchschnittliche Lebenserwartung noch deutlich unter den der westlichen Staaten. In Österreich liegt die durchschnittliche Lebenserwartung bei der Geburt bei 81,6 Jahren für Frauen und 75,9 Jahren für Männer. Im Vergleich dazu liegt in Japan die durchschnittliche Lebenserwartung bei der Geburt bei 84,9 Jahren für Frauen und 78,1 Jahren für Männer. Bei einer 45-jährigen Frau aus Japan beträgt die durchschnittliche Lebenserwartung immer noch 41 Jahre, bei einem 45-jährigen Mann 34,8 Jahre.

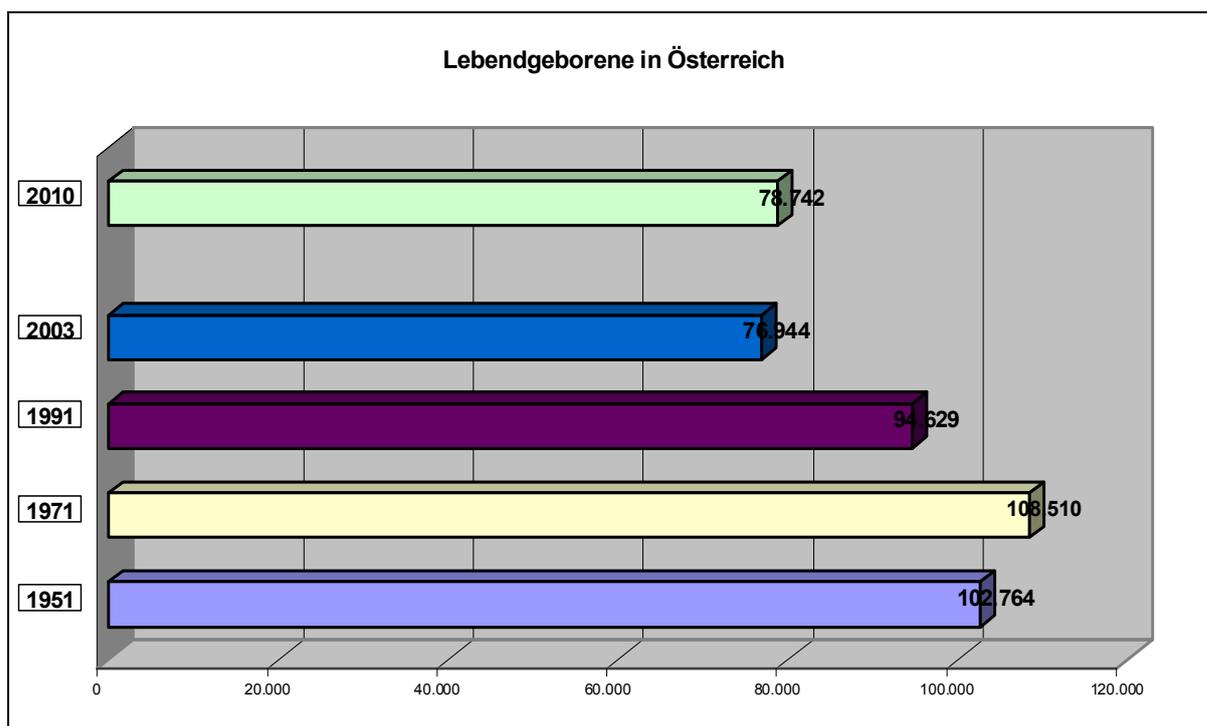
Die durchschnittliche Lebenserwartung bei der Geburt in der Russischen Föderation liegt für Frauen bei 71,9 Jahren, für Männer bei 58,8 Jahren. Bei einer 45-jährigen Frau aus der Russischen Föderation beträgt die durchschnittliche Lebenserwartung 30,5 Jahre, bei einem 45-jährigen Mann 21,6 Jahre (Statistik Austria 2004).

Tabelle 6: Bevölkerungsbilanz 1960 bis 2010 in Österreich (heutiger Gebietstand)

Bevölkerung 1960	<i>7.047.437 Einwohner</i>
Bevölkerung 1970	<i>7.467.086 Einwohner</i>
Bevölkerung 1980	<i>7.549.433 Einwohner</i>
Bevölkerung 1990	<i>7.677.850 Einwohner</i>
Bevölkerung 2000	<i>8.011.566 Einwohner</i>
Bevölkerung 2010	<i>8.387.742 Einwohner</i>

Quelle: STATISTIK AUSTRIA 2011. Aufgerufen am 15.11.2011

Abbildung 3: Lebendgeborene in Österreich von 1951 bis 2010



Quelle: STATISTIK AUSTRIA 2011. Aufgerufen am 15.11.2011

Tabelle 7: Todesursachenstatistik

	1978	1980	1985	1990	1995	2000	2005	2010
<b>Insgesamt</b>	<b>94.617</b>	<b>92.442</b>	<b>89.578</b>	<b>82.952</b>	<b>81.171</b>	<b>76.780</b>	<b>75.189</b>	<b>77.199</b>
Bösartige Neubildungen	18.927	19.284	18.837	19.330	19.154	18.749	19.124	19.757
Krankheiten des Herz-Kreislaufsystems	49.408	49.014	47.908	42.629	43.447	40.111	32.836	33.196
Krankheiten der Atmungsorgane	5.362	4.692	4.911	4.198	3.422	4.087	4.670	4.216
Krankheiten der Verdauungsorgane	5.431	5.195	4.539	4.071	3.832	3.464	3.354	3.111
Sonstige Krankheiten	8.277	7.367	6.933	7.148	6.420	5.970	10.966	12.719
Verletzungen und Vergiftungen	7.222	6.890	6.450	5.576	4.896	4.399	4.439	4.200

Quelle: STATISTIK AUSTRIA 2011. Aufgerufen am 15.11.2011

Wenn man die Daten der Lebenserwartung, Lebendgeborenen und der Verstorbenen in Österreich betrachtet, sieht man, dass die Lebenserwartung steigt, dass in den letzten Jahren immer weniger Menschen verstorben sind und die Geburtenrate unverändert niedrig ist. Unsere moderne Gesellschaft hat medizinische, pflegerische und soziale Verbesserungen geschaffen, die uns immer älter werden lassen. Damit treten neue Probleme und Herausforderungen auf, zum Beispiel der steigende Pflegebedarf von chronisch Kranken, hohe Kosten des Gesundheitswesens und die Veränderungen in den Familienstrukturen. Es haben in den 60er und 70er Jahren des 20. Jahrhunderts in den Industriestaaten starke familiäre Veränderungen stattgefunden.<sup>67</sup>

Tabelle 8: Entwicklung der Eheschließungen im internationalen Vergleich je 1000 Einwohner

Land	1980	1990	2000
Russische Föderation	10,6	8,9	6,2
Niederlande	6,4	6,4	5,5
Spanien	5,9	5,7	5,3
Deutschland	6,3	6,5	5,1
Irland	6,4	5,1	5,0
Österreich	6,2	5,8	4,8
Schweden	4,5	4,7	4,5

Quelle: Statistisches Jahrbuch für das Ausland 2001. In Nava-Herz (2006) S. 59

Wenn man sich die Daten der Familiensoziologie ansieht, stellt sich die Frage, ob es nur zu einer Veränderung der Formen von Ehe und Familie kommt oder ob es zu Veränderungen in der subjektiven Bedeutung von Ehe und Familie kommt. So haben soziologische Untersuchungen gezeigt, dass Familie wichtig ist aber die Institution Ehe nicht mehr so stark verteidigt wird.<sup>68</sup>

<sup>67</sup> Vgl. Nave-Herz (2006) S.59

<sup>68</sup> Vgl. Noelle-Neumann, Köcher (2002), Vgl. Shell (2002)

Trotz eines Anstieges von anderen Familienformen wird „der Eltern-Familien-Form eine hohe Wertschätzung ...“ entgegengebracht.<sup>69</sup>

## 8.2 Die Demographie des Mammakarzinoms

Wenn man sich die Zahlen der verstorbenen Frauen seit 1978 bis heute ansieht, ist nur in einigen Bereichen eine Dynamik zu erkennen (Tabelle 9). So hat die Gesamtzahl der verstorbenen Frauen abgenommen. Bei den bösartigen Neubildungen gibt es nur geringfügige Schwankungen. Eine deutliche Abnahme ist jedoch bei den Krankheiten des Herz-Kreislaufsystems zu erkennen. Eine weitere deutliche Zunahme ist in der Gruppe sonstiger Erkrankungen zu beobachten. Unter sonstigen Erkrankungen werden folgende Krankheiten verstanden: Infektiöse und parasitäre Krankheiten, Ernährungs- und Stoffwechselerkrankungen, Diabetes Mellitus, Krankheiten des Urogenitalsystems, Altersschwäche und ungenau bezeichnete unbekannte Todesursachen. Diese Aufzählung ist nur ein Teil der sonstigen Krankheiten, detaillierte Informationen sind im Jahrbuch der Gesundheitsstatistik aufgelistet und nachzulesen.

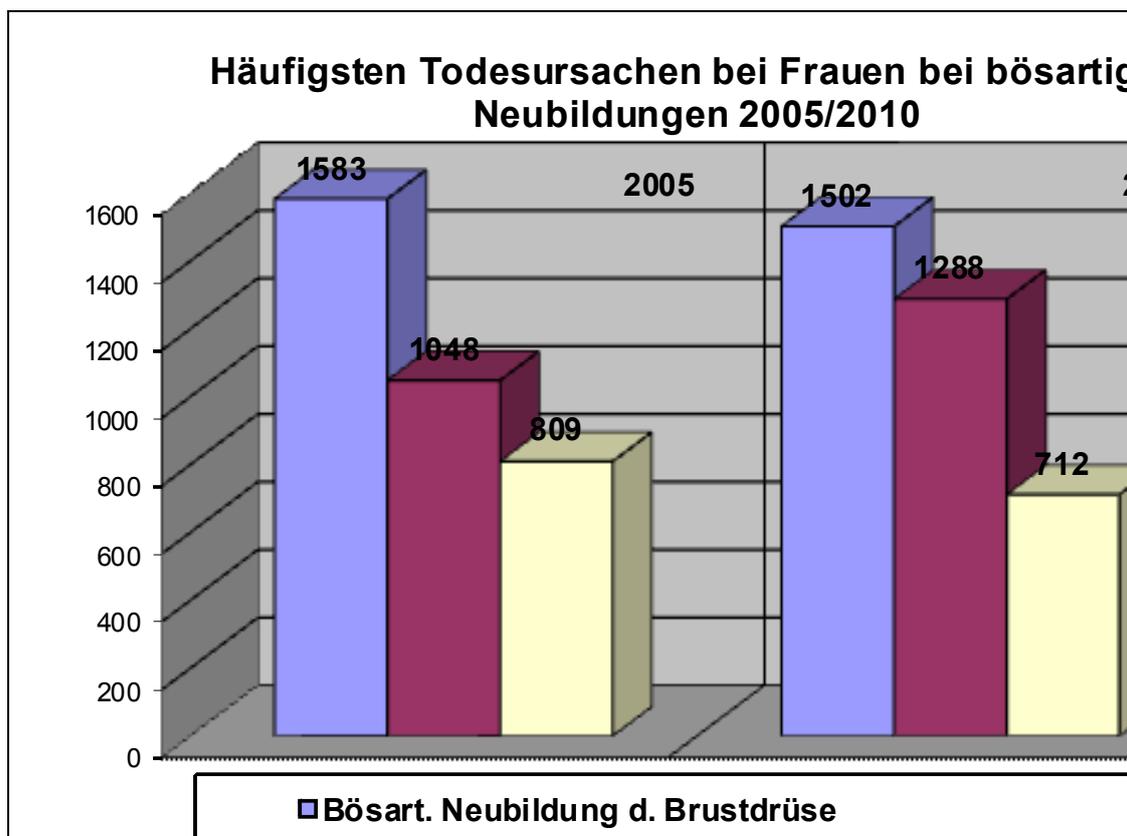
Tabelle 9: Verstorbene Frauen nach Todesursachen seit 1978

	1978	1980	1985	1990	1995	2000	2005	2010
<b>Insgesamt</b>	<b>48.982</b>	<b>48.303</b>	<b>47.705</b>	<b>44.566</b>	<b>43.531</b>	<b>41.569</b>	<b>40.203</b>	<b>40.507</b>
Bösartige Neubildungen	9.228	9.530	9.526	9.664	9.530	9.225	9.133	9.295
Krankheiten des Herz-Kreislaufsystems	27.679	27.822	27.670	24.957	25.626	23.852	19.588	19.477
Sonstige Erkrankungen	4.540	3.916	3.853	4.169	3.614	3.392	6.135	6857

Quelle: STATISTIK AUSTRIA 2011. Aufgerufen am 15.11.2011

<sup>69</sup> Nava-Herz (2006) S.76

Abbildung 4: Häufigste Todesursachen bei Frauen in Österreich bei bösartigen Neubildungen 2005/2010



Quelle: STATISTIK AUSTRIA 2011. Aufgerufen am 15.11.2011

Was sind die häufigsten bösartigen Neubildungen bei Frauen? In der Tabelle 10 sind die vier häufigsten bösartigen Neubildungen angeführt. Auch hier hat es von 1978 bis 2005 einige Veränderungen gegeben. Diese Entwicklung lässt sich mit den Lebensstilveränderungen und mit der Lebenserwartung der Frauen erklären, aber auch die Prävention und die Behandlung der verschiedenen bösartigen Neubildungen hängen damit zusammen. Das Mammakarzinom war und ist immer noch die häufigste Todesursache bei den bösartigen Neubildungen bei Frauen. Es stellt sich aber die Frage, wie lange noch? Wenn man die Abbildung 4 genauer betrachtet, sieht man, dass in den letzten 10 Jahren weniger Frauen am Mammakarzinom verstorben sind. Andererseits ist eine deutliche Zunahme bei den verstorbenen Frauen im Bereich der bösartigen Neubildungen des Kehlkopfes, der Bronchien und der Lunge festzustellen. Hier haben Lebensstilfaktoren einen bedeutenden Einfluss. Der Anstieg des Kehlkopfkarcinoms, Bronchuskarzinoms und Lungenkarzinoms ist sicherlich mit dem Einfluss des Rauchens in

Zusammenhang zu setzen. Früher haben weit weniger Frauen geraucht als heute. Viele Frauen sind heute berufstätig und haben eine Doppelbelastung durch Familie und Beruf. Auch die Umweltbelastungen und Umwelteinflüsse sind meiner Meinung nach ein wichtiger Punkt, die Einfluss auf bösartige Neubildungen bei Frauen haben.

Es gibt aber auch positive Lebensstilveränderungen, die sich bemerkbar machen. Durch Aufklärungen und Schulungen wird das Bewusstsein der Frauen geschärft. Besonders beim Mammakarzinom lässt sich diese Entwicklung erkennen. Vorsorgeuntersuchungen werden gerade beim Mammakarzinom sehr gut angenommen. Gesellschaftliche Einflüsse auf Gesundheit und Krankheit sowie Gesundheitsförderung und Prävention werden in den nachfolgenden Kapiteln dargestellt.

Tabelle 10: Gestorbene Frauen nach bösartigen Neubildungen 1978-2010

	1978	1980	1985	1990	1995	2000	2005	2010
Bösartige Neubildungen des Dickdarmes	<b>901</b>	<b>903</b>	<b>942</b>	<b>989</b>	<b>973</b>	<b>906</b>	<b>809</b>	<b>712</b>
Bösartige Neubildungen des Kehlkopfes, der Bronchien und der Lunge	<b>602</b>	<b>640</b>	<b>706</b>	<b>767</b>	<b>854</b>	<b>1.002</b>	<b>1.048</b>	<b>1288</b>
Bösartige Neubildungen der Brustdrüse	<b>1.307</b>	<b>1.436</b>	<b>1.618</b>	<b>1.736</b>	<b>1.737</b>	<b>1.671</b>	<b>1.583</b>	<b>1502</b>
Bösartige Neubildungen des lymphatischen und hämatopoetischen Gewebes	<b>556</b>	<b>551</b>	<b>592</b>	<b>703</b>	<b>739</b>	<b>732</b>	<b>753</b>	<b>823</b>

Quelle: STATISTIK AUSTRIA 2011. Aufgerufen am 15.11.2011

## 9 Körperbild

„Auch wenn der Verstand sagt, Hauptsache der Krebs ist weg, so wird doch der Spiegel zum Feind.“<sup>70</sup> So beschreibt eine betroffene Frau und Autorin die Veränderung ihres Körpers. Ein Teil unserer Identität ist unser Körperbild. Jede/Jeder von uns hat eine Vorstellung über seinen Körper verinnerlicht. Dieses Bild muss nicht mit den objektiven Körperformen übereinstimmen. Dieses verinnerlichte Körperbild kann verletzt werden. So kann eine Operation der Brust zu einer Verletzung des Körperbildes führen und nicht selten zu einer existentiellen Krise.<sup>71</sup> Dieses Körperbild ist uns nicht angeboren, sondern es hat sich ontogenetisch entwickelt, und es unterliegt einer ständigen Veränderung. Beeinflusst wird das Körperbild durch individuelle und durch soziokulturelle Veränderungen.<sup>72</sup> Es gibt eine Vielzahl an unterschiedlichen Konzepten des Körperbildes. Diese unterschiedlichen Konzepte arbeiten mit synonym verwendeten Begrifflichkeiten, wie zum Beispiel Körperschema, Selbstwert, Selbstwertgefühl, Selbstbild, Körpererfahrung und Selbstkonzept. Kein Konzept konnte sich bis jetzt durchsetzen. In der Diskussion über das Körperbild ist aber zu erkennen, dass bei allen Autorinnen/Autoren das Körperbild als Teil des Selbstkonzeptes begriffen wird.<sup>73</sup> Ein sehr multidimensionaler Strukturierungsversuch von Körperbild stammt von Bielefeld. Er führt dazu den Begriff der Körpererfahrung als Überbegriff ein und unterscheidet dann zwei Ebenen des Körperschemas und des Körperbildes, siehe Abbildung 5. Körperschema ist der neurophysiologische Teil und Körperbild ist der psychologische Teil des Körpererfahrungskonzeptes.

---

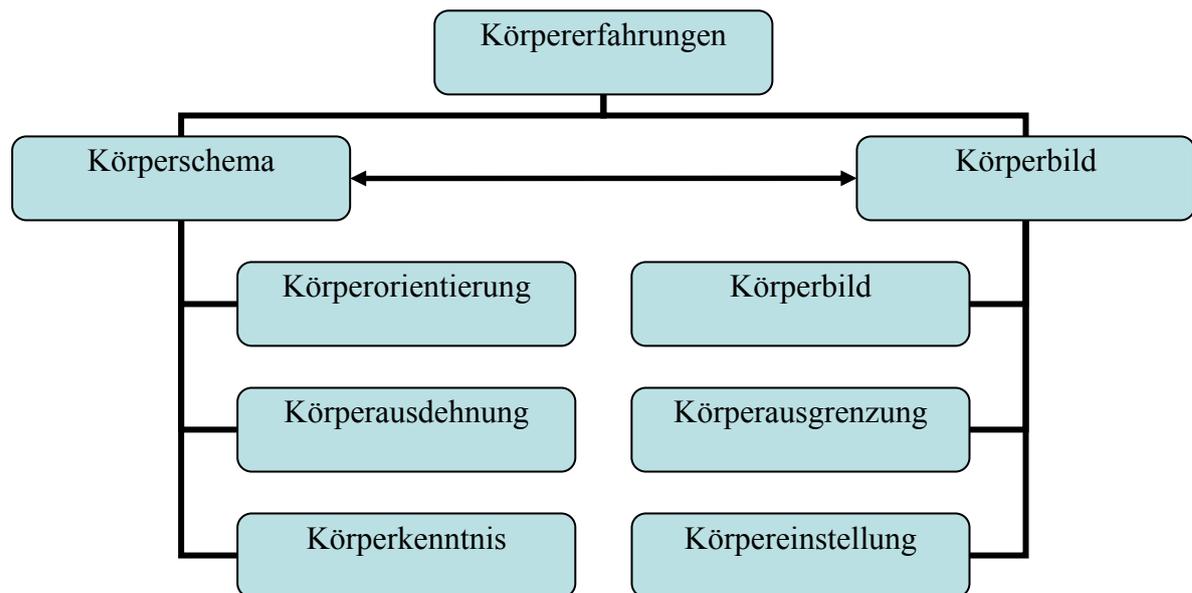
<sup>70</sup> Brant- Schwarz (2010) S.87

<sup>71</sup> Vgl. Creutzfeldt-Glees (2007)

<sup>72</sup> Vgl. Joraschky, Loew, Röhrich (2009)

<sup>73</sup> Vgl. Uschok (2009)

Abbildung 5: Unterteilung der Körpererfahrung in Körperschema und Körperbild



Quelle: Bielefeld, Körpererfahrungen- Grundlagen menschlichen Bewegungsverhaltens, S.17

Eine Definition von Körperbild stammt von Clement und Löwe, die versuchen, die zwei oben beschriebenen Ebenen zusammenzuführen „Unter Körperbild wird von uns derjenige Aspekt des Selbstkonzeptes verstanden, der sich aus der Gesamtheit der Einstellungen zum eigenen Körper (Wahrnehmung, Kognitionen, Affekte und Wertungen) konstituiert.“<sup>74</sup>

Eine brusterhaltende Operation ist manchmal genauso belastend wie eine Brustamputation. Je nachdem wo der Tumor lokalisiert ist und wie groß der Tumor oder die Brust ist, verändert sich nach der Operation die Brust. Die Brust kann asymmetrisch sein, sie kann kleiner sein und die Lage der Brustwarze ist anders. Die Narbe ist eine sichtbare Spur am Körper. Körperschema und Körperbild sind durch diese massiven Veränderungen gestört. Unterschiedliche Probleme werden von den Frauen beschrieben. Eines der häufigsten Probleme ist sicherlich, dass Frauen glauben, ihre sexuelle Attraktivität vermindert sich, das sich sogar bis zur Angst steigern kann, dass sie ihren Partner verlieren könnten. Die Narbe ist für viele Frauen ein Problem. Sie ist ein Zeichen, das immer sichtbar bleibt, dadurch vermeiden Frauen sich „oben ohne“ zu zeigen oder tragen keine Kleidungsstücke, wo das Dekolleté betont wird. Ein Wiederaufbau der Brust ist bei manchen Frauen aus medizinischer Sicht möglich. Diese Möglichkeit wird von einigen Frauen in Anspruch genommen,

<sup>74</sup> Clement, Löwe (1996) S.9

andere lehnen diese ab. Eine andere Möglichkeit, um ein vollständiges Körperbild in der Öffentlichkeit zu erreichen, ist die Brustprothese.

Egal in welcher Phase Frauen mit Brustkrebs im Krankenhaus angetroffen werden, in der diagnostischen oder der therapeutischen Phase oder auch später bei der Brustrekonstruktion, einer Pflegeperson muss bewusst sein, dass bei den Frauen eine Störung der Körperwahrnehmung vorliegt. Auf diese Tatsache muss Rücksicht genommen werden. Durch begleitende Unterstützung und intensive Gespräche zwischen Patientin und Pflegeperson können gemeinsame Ziele definiert werden. Der gemeinsame Weg unterstützt die Frauen, ein neues Körperbild zu entwickeln. Mit dem neuen oder wieder gefundenen Selbstwertgefühl und Selbstkonzept können sich die Frauen wieder in ihrem Alltag entfalten.

## 10 Mammakarzinom als Trauma

In vielen Fällen kommt die Diagnose Brustkrebs für die Frauen sehr überraschend. Aus einem gesunden, symptomfreien Zustand der Frau wird innerhalb einiger Tage ein Zustand, der für die Frau lebensbedrohlich ist. Die Mitteilung der Krebsdiagnose ist für die betroffenen Frauen ein Schock und kann bis zu einer akuten Belastungsreaktion führen.<sup>75</sup> Nicht nur die akute Situation der Diagnosevermittlung bei Brustkrebs ist als traumatisch zu betrachten. Auch ein chronischer Verlauf der Krankheit und Störungen, die eine mögliche dauerhafte Behinderung bedeuten, sind traumatische Faktoren.<sup>76</sup> Als Beispiel sei die Veränderung des Körperbildes angeführt, die bei den betroffenen Frauen zu einer Krise führen kann und somit direkt und indirekt das weitere Leben der Frauen und ihre Umwelt beeinflusst. Das reale Leben der betroffenen Frauen wird verändert. So wird zum Beispiel durch eine ablative Brustoperation das körperliche Erscheinungsbild der Frau massiv verändert. Auch das Bewusstsein, dass die Frau eine mögliche tödlich verlaufende Erkrankung hat, hat eine reale Auswirkung auf die Frauen. Auch hier gibt es unterschiedlichste Modelle, wie zum Beispiel von Kübler-Ross und von Buckmann, wie darauf reagiert wird und wie damit umgegangen wird. Eines der ersten Modelle ist jenes von Seyle, er beschäftigte sich mit dem „einfachen Kranksein“. Doch so einfach ist Kranksein gar nicht. Seyle's Modell geht davon aus, dass eine Stressreaktion eine bestimmte psychobiologische Reaktion auslöst. Die Symptome werden in drei Hauptphasen eingeteilt:

- Alarmreaktion
- Widerstands- oder Adaptionsphase
- Erschöpfungsphase

„Im heutigen Verständnis wird ein Trauma immer durch ein Ereignis ausgelöst, das die Psyche angreift und die persönliche Integrität bedroht.“<sup>77</sup> Es werden massive neurochemische Prozesse ausgelöst, die unter normalen Bedingungen nicht möglich wären. Wenn in diesen Extremstresssituationen

---

<sup>75</sup> Vgl. Dorn, Wollenschein, Rohde (2007) S.37

<sup>76</sup> Vgl. Fischer, Riedesser (1999) S.326

<sup>77</sup> Kluwe-Schleberger, Tammer <http://www.sgipt.org/forpsy/opfer/opfer1.htm> aufgerufen am 31.1.2012

eine Flucht oder ein Kampf nicht möglich ist, kommt es zu „unvernünftigen oder sinnlosen Reaktionen“. Dieses Trauma kann so nachhaltig wirken, dass es die Betroffene auf Dauer beeinflusst.

Es kann bei jeder akuten, aber vor allem bei jeder chronischen Krankheit, das Belastungssyndrom beobachtet werden. Für die Diagnose der Belastungsreaktion sind im Gegensatz zu psychischen Störungen äußere Stressoren als Ursache eine unbedingte Voraussetzung. Gemäß „DSM-IV (Diagnostische Kriterien des Diagnostischen und Statistischen Manuals Psychischer Störungen, American Psychiatric Association 1996) können Erlebnisse wie zum Beispiel Folter, Vergewaltigung, Naturkatastrophen, Terroranschläge, aber auch lebensbedrohende Erkrankungen äußere Stressoren sein“.<sup>78</sup> Die zentralen Traumakriterien sind, dass die Frauen selbst körperlich betroffen sind und Angst um ihr eigenes Leben haben. Weitere Gefühle wie Hilflosigkeit, starke Angst, Furcht, Entsetzen können auftreten.<sup>79</sup> Durch die Klassifizierung im DSM-IV ist zwischen der akuten Belastungsstörung und der posttraumatischen Belastungsstörung = PTBS zu unterscheiden.

### **10.1 Akute Belastungsstörung = ABS**

Die akute Belastungsstörung = ABS ist durch dissoziative Symptome gekennzeichnet. Dissoziation bedeutet die Unterbrechung der normalen integrativen Funktionen eines Menschen, sein Bewusstsein, des Gedächtnisses, der Identität und der Wahrnehmung der Umwelt. Als Symptom ist die Amnesie zum Traumaereignis zu nennen. Wichtige Ereignisse im Zusammenhang mit der Diagnosevermittlung werden vergessen oder nicht gemerkt. Desorientierung und Reizverarbeitungsstörungen können auftreten. Es werden Handlungen durchgeführt, die sinnlos sind oder in der Situation unpassend. Emotionale Schwankungen sind ebenso ein beobachtbares Phänomen, vor allem bei der Trauer kommt es zu schnellen und großen Schwankungen, Wut, Verzweiflung, Aggression und scheinbare

---

<sup>78</sup> Dorn, Wollenschein, Rohde (2007) S.37

<sup>79</sup> Vgl. Isermann (2006) S.110, Vgl. Dorn, Wollenschein, Rohde (2007) S.37, Vgl. Fischer, Riedesser (1999) S.93

Teilnahmslosigkeit wechseln sich ab. Neben den psychologischen Reaktionen sind auch physiologische Reaktionen sichtbar, die als allgemeine Stressreaktionen bekannt sind, wie zum Beispiel Schwitzen, Herzrasen, erhöhter Blutdruck, Kopfschmerzen oder Übelkeit. Der Beginn der akuten Belastungsstörung ist je nach eigener Persönlichkeit unterschiedlich, tritt aber in der Regel unmittelbar nach der Traumatisierung auf. Die Dauer der akuten Belastungsstörung beträgt zwischen zwei Tagen und vier Wochen. In der erfolgreichen Verarbeitungsphase verändern sich die Beschwerden, sie werden weniger und verschwinden ganz.

Eine akute Belastungsreaktion ist nicht als Krankheit definiert, sondern als normale Reaktion der menschlichen Psyche auf eine außergewöhnliche Erfahrung. Für die Behandlung und Unterstützung der betroffenen Frauen in der akuten Belastungsstörung ist es wichtig zu unterscheiden, was der Auslöser der Dysregulation (Primärbelastung) war und was die Auslöser der Beschwerden sind (Sekundärbelastung).<sup>80</sup>

## **10.2 Posttraumatische Belastungsstörung = PTBS**

Die posttraumatische Belastungsstörung tritt erst Wochen oder Monate nach dem traumatischen Ereignis auf. Da keine erfolgreiche Verarbeitungsphase durchgemacht worden ist, kann es immer wieder zum erneuten Erleben des traumatischen Ereignisses kommen, dies ist die Intrusion. Dieses erneute Erleben kann in Form von Träumen oder sogenannten Flashbacks geschehen. Oft reichen Geräusche oder ähnliche Situationen aus, um diese erneute Wahrnehmung auszulösen. Dadurch kann es bei den betroffenen Menschen zum Vermeidungsverhalten führen. Ein extremes Vermeidungsverhalten ist der völlige soziale Rückzug. Eine andere Form des Rückzuges ist die emotionale Taubheit, damit bezeichnet man das Vermeiden von Gefühlen. Außerdem kann es zum erhöhten Erregungsniveau führen, das wird Arousal genannt, dies sind Schlafstörungen, Konzentrationsschwierigkeiten, Reizbarkeit, übertriebene Schreckreaktionen, Hypervigilanz und dass die Schmerzschwelle sinkt.<sup>81</sup>

Nicht alle Menschen, die ein traumatisches Ereignis erleben, entwickeln eine posttraumatische Belastungsstörung. „Studien zeigen eine Prävalenz von etwa

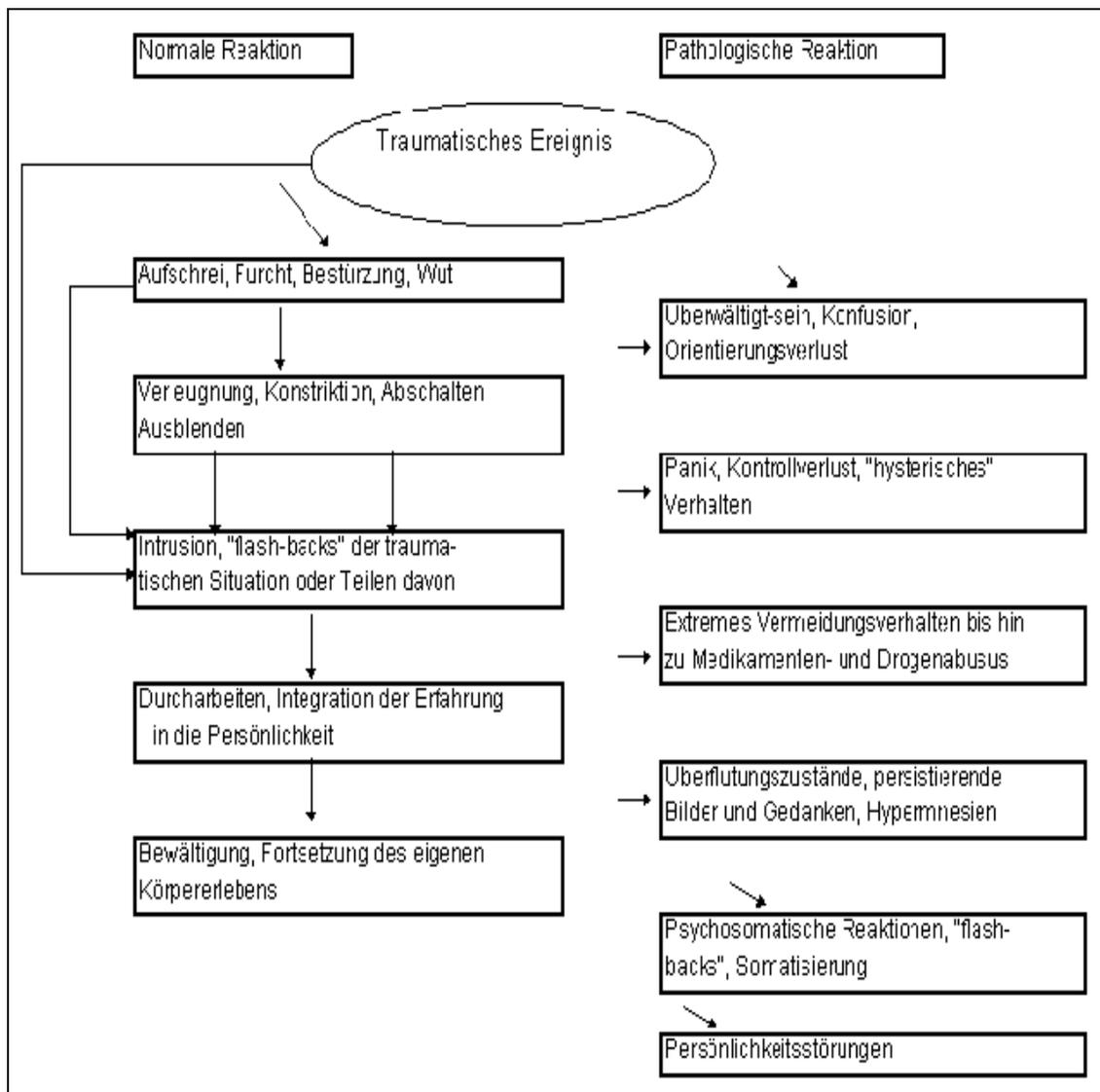
---

<sup>80</sup> Vgl. Bergmann, Bergmann (1998)

<sup>81</sup> Vgl. Isermann (2006) S.108, Vgl. Dorn, Wollenschein, Rohde (2007) S.37

50% nach Vergewaltigung, zirka 25% nach anderen Gewaltverbrechen und ungefähr 15% bei schweren Organerkrankungen wie Herzinfarkt oder Krebs“.<sup>82</sup> Wenn die posttraumatische Belastungsstörung nicht erkannt und nicht behandelt wird, kann diese in ein chronisches Stadium übergehen und im schlimmsten Fall zu einer andauernden Persönlichkeitsstörung führen.

Abbildung 6: Das Geschehen eines Traumaablaufes



Quelle: <http://www.sgpt.org/forpsy/opfer/opfer1.htm> aufgerufen am 31.1.2012

<sup>82</sup> Flatten et. al. (2004) zitiert nach Isermann (2006) S.114

In der Abbildung 6 ist erkennbar, dass der Ablauf einer Traumasituation für alle Menschen gleich erlebbar ist. Unter bestimmten Bedingungen kann es aber zum pathologischen Ablauf kommen.

In einem Brustkrebs Literatur Review von Al-Azri et al. wurden die Copingstrategien der Frauen mit Brustkrebs untersucht.<sup>83</sup> Die Ergebnisse zeigen, dass es unterschiedliche Bewältigungsstrategien bei Frauen gibt. Es gibt keine einheitlichen Bewältigungsstrategien der Frauen mit Brustkrebs, es besteht aber immer ein existentielles Trauma. Die häufigsten beschriebenen Copingstrategien von Al-Azri et al:

- Humor
- Religion
- Familie
- Freundinnen/Freunde

Die Diagnose Brustkrebs ist ein Trauma, das durch eine geringe Entscheidungs- und Einflussmöglichkeit gekennzeichnet ist. Das Ereignis Brustkrebs unterscheidet sich in einem Punkt wesentlich von einer Naturkatastrophe oder anderen traumatischen Ereignissen. Naturkatastrophen, wie zum Beispiel eine Überschwemmung oder ein Erdbeben, aber auch ein Terroranschlag, sind in der Regel einmalig. Bei Brustkrebs und anderen chronischen Erkrankungen gibt es eine chronische Bedrohung der betroffenen Person. „Krebspatienten haben nicht das Gefühl einer direkten Todesbedrohung im Diagnosegespräch, sondern haben Angst, in naher oder ferner Zukunft an der Krankheit zu sterben.“<sup>84</sup> Das Vermeidungsverhalten bei Brustkrebs ist eigentlich unmöglich, da der Körper als Stressor für die Frauen immer da ist und sie dadurch gezwungen sind, sich mit ihrem Körper und mit der Erkrankung auseinandersetzen zu müssen. Das Wissen und die Unterscheidung um die Folgen einer akuten Belastungsstörung und einer posttraumatischen Belastungsstörung sind für die ärztliche, pflegerische und psychotherapeutische Profession von größter Wichtigkeit. Die richtigen Interventionen zum richtigen Zeitpunkt helfen die krankheitsbezogene

---

<sup>83</sup> Vgl. Al-Azri, Al-Awisi, Al-Moundhri (2009), Vgl. Schreiber, Brockkopp (2011), Vgl. Mols, Vingerhoets, Coebergh, Lonneke V. van de Poll-Franse (2005)

<sup>84</sup> Dorn, Wollenschein, Rohde (2007) S.38

Lebensqualität der betroffenen Frauen zu erhöhen oder zu halten, hat einen positiven Krankheitsverlauf und möglicherweise eine positive Wirkung auf die Überlebenszeit.<sup>85</sup>

---

<sup>85</sup> Vgl. Isermann (2006) S.115

## 11 Ärztin/Arzt- Patientin/Patient- Beziehung

Es wird sehr viel über die Ärztin/Arzt- Patientin/Patienten- Beziehung gesprochen und darüber in der Literatur geschrieben. „Das Ärztliche Gespräch steht im Zentrum der sogenannten Arzt-Patient-Beziehung.“<sup>86</sup> Über die Beziehung Pflegeperson- Patientin/Patient wird in diesem Sinn wenig beschrieben, obwohl durch die Tätigkeit der Pflegeperson am und mit der/dem Patientin/Patienten dies durchaus als Beziehung definiert werden kann. Natürlich haben Pflege-theorien diesen Aspekt der Beziehung aufgegriffen und thematisiert. Aber eine so detaillierte Auseinandersetzung, wie es bei der Ärztin/Arzt- Patientin/Patienten- Beziehung gemacht wird, ist mir nicht bekannt. Komatsu et al. beschreiben in ihrer Studie den positiven Effekt der komplexen Vernetzung und Zusammenarbeit der Gesundheitsberufe in einer Institution bei Patientinnen mit Brustkrebs.<sup>87</sup>

Da es für diese Diplomarbeit von größter Bedeutung ist, wie die Diagnosevermittlung zwischen Ärztin/Arzt und Patientin/Patienten abläuft, wird dieser Aspekt im nachfolgenden Kapitel dargestellt.

Wie in der Einleitung schon kurz angeschnitten, kam es zu einer Entwicklung der Krankenrolle und der Arztrolle. Der Begriff Rolle wird von der Gesellschaft geprägt. Das bedeutet, dass die Rolle auch immer mit bestimmten Normen und Werten verbunden ist.<sup>88</sup> Das Konzept der Rollendefinition zwischen Ärztin/Arzt und Patientin/Patient geht auf den Soziologen Talcott Parsons zurück.<sup>89</sup> Er stellte sich die Frage, wie soziales Handeln strukturiert sein muss, um einen Beitrag für die Gesellschaft leisten zu können und dadurch das Funktionieren der Gesellschaft sichert. In der strukturfunktionalistischen Theorie hat jedes Individuum beziehungsweise bekommt jedes Individuum eine bestimmte Aufgabe in der Gesellschaft. Diese Rollen beziehungsweise die Aufgaben ermöglichen, dass die Gesellschaft funktioniert. Die/der Ärztin/Arzt ist unter

---

<sup>86</sup> Egger [http://www.psygraz.at/fileadmin/user\\_upload/Psy\\_1/Psy102Gespr\\_Egger.pdf](http://www.psygraz.at/fileadmin/user_upload/Psy_1/Psy102Gespr_Egger.pdf)  
aufgerufen am 07.04.2010

<sup>87</sup> Vgl. Komatsu, Nakayama, Togari et al. (2011)

<sup>88</sup> Vgl. Buser, Kaul- Hecker (2003)

<sup>89</sup> Vgl. Parson (1951), Vgl. Peintinger (2008) S.100, Vgl. Schickler (2008) S.7

diesem Gesichtspunkt für die gesellschaftliche Ordnung Gesundheit verantwortlich.<sup>90</sup>

Tabelle 11: Wesentliche Aspekte der Krankenrolle und der Arztrolle

Die Krankenrolle	Die Arztrolle
Entbindung von geltenden Rollenverpflichtungen und Verantwortlichkeiten	Das ärztliche Handeln soll affektiv neutral sein
Der Kranke ist für seinen Zustand und die daraus resultierenden sozialen Abweichungen nicht verantwortlich	Es soll funktional spezifisch sein
Bestehende Verpflichtung, den Zustand nach Möglichkeit zu verbessern	Ärztliches Handeln soll von Kollektivitätsorientierung und universalistischer Einstellung geprägt sein
Verpflichtung, Experten aufzusuchen und mit ihnen zu kooperieren	

Quelle: Peintinger, 2008. S.100-101

### 11.1 Asymmetrie in der Ärztin/Arzt- Patientin/Patient- Beziehung

Diese Asymmetrie beruht auf der unterschiedlichen Sichtweise von Gesundheit und Krankheit.<sup>91</sup> Der Arzt, der zum größten Teil noch immer dem naturwissenschaftlichen Paradigma verhaftet ist, gilt als Experte und kann fachlich argumentieren. Es ist nicht notwendig, sich selbst als Person in die Beziehung einzubringen, es besteht die Möglichkeit sich immer auf den Expertenstand zurückzuziehen. Dadurch ist es nur schwer möglich eine integrative Partnerschaft zwischen Ärztin/Arzt und Patientin/Patienten zu schaffen. Die/der Patientin/Patient erlebt ihre/seine Erkrankung als einen Angriff oder eine Einschränkung ihres/seines psychischen, physischen, sozialen und spirituellen Lebens.

Patientinnen/Patienten sind sich dem Informationsdefizit bewusst und wollen informiert werden. Durch die Entwicklung der technischen Möglichkeiten in der Medizin von heute werden die Defizite der Ärztin/Arzt- Patientin/Patienten-

<sup>90</sup> Vgl. Fischer (2008) S.13

<sup>91</sup> Vgl. Peintinger (2008) S.104

Beziehung wieder vergrößert. Die „Technik“ hätte sich „zwischen die beiden Partner geschoben“ und die Kommunikation lahm gelegt.<sup>92</sup>

## **11.2 Ursachen für eine problematische Ärztin/Arzt- Patientin/Patient- Beziehung**

Wir alle haben bereits Erfahrungen als Patientin oder Patient gesammelt. Diese Erfahrungen können positiv aber auch negativ gewesen sein. Sei es, weil wir Blinddarm operiert worden sind oder durch schreckliche Geschichten aus unserem Familienkreis und Bekanntenkreis. Warum ist eine Ärztin /Arzt-Patientin/Patient- Beziehung manchmal so problematisch?

Kommunikation ist die Basis einer guten Ärztin/Arzt- Patientin/Patienten-Beziehung. Wie soll der jeweils andere wissen, wie es mir geht, was ich brauche, ohne dass ich gefragt werde oder ohne dass ich es ihm sage? Diese Kommunikationsdefizite im Ärztin/Arzt- Patientin/Patient- Gespräch führen zu negativen Effekten, die wiederum auf die Ärztin/Arzt- Patientin/Patienten-Beziehung wirken:

- „Mangelhafte Compliance,
- Gestörtes Vertrauensverhältnis,
- Bruch der Arzt-Patient-Beziehung,
- Arztwechsel“<sup>93</sup>

Unter einer schlechten Kommunikationsstruktur, an der Ärztin/Arzt und Patientin/Patient gleichermaßen leiden können, sind auf der institutionellen und auf der persönlichen Ebene zu finden.

Die Gründe für die oft schlechte Kommunikationsstruktur, an der Ärztinnen/Ärzte und Patientinnen/Patienten gleichermaßen leiden, sind auf unterschiedlichen Ebenen zu finden.<sup>94</sup> Die Österreichische Krebshilfe Wien hat einige wesentliche Punkte herausgearbeitet, die für das gegenseitige Verständnis für die/den Ärztin/Arzt und die/den Patientin/Patienten wichtig sind.

---

<sup>92</sup> Vasse Denis, zitiert in: Peintinger, (2008): Ethische Grundfragen in der Medizin S.110

<sup>93</sup> <http://www.linus-geisler.de/art2002/0514enquete-dialogisches.html> aufgerufen am 07.04.2010

<sup>94</sup> <http://krebshilfe-wien.at/Tipps-fuer-AErztInnen.198.0.html> aufgerufen am 07.04.2010

Mit diesem empathischen Verständnis können die/der Ärztin/Arzt und die/der Patientin/Patient besser mit den emotionalen Situationen umgehen.<sup>95</sup>

- Ärztin/Arzt steht unter permanentem Zeitdruck und Stress und ist oft hoffnungslos überfordert.
- Täglich mit schwerkranken Menschen zu arbeiten, Überbringer schlechter Nachrichten zu sein, Entscheidungen über Behandlungsmethoden zu treffen.
- Jede/r Patientin/Patient löst bei Ärztin/Arzt unterschiedliche Gefühle aus.
- Wichtig ist, dass sich Ärztin/Arzt selbst sehr gut kennt.
- Die/der Ärztin/Arzt verwendet eine eigene Sprache und spricht meist in Fachausdrücken, die die/der Patientin/Patient nicht verstehen kann.
- Jede/jeder Ärztin/Arzt wird in der Arbeit mit Krebspatientinnen/Krebspatienten auf seine eigenen Gefühle wie Ängste, Aggressionen, Hoffnungslosigkeit, Verzweiflung und ähnliche zurückgeworfen.
- Die/der Patientin/Patient sieht in der/dem behandelnden Ärztin/Arzt eine/einen Partnerin/Partner und eine/einen Helferin/Helfer, deren Wissen wichtig für sie/ihn ist.
- Die/der Patientin/Patient spricht mit der/dem behandelnden Ärztin/Arzt und sagt ihr/ihm, was sie/er braucht.

„Das wichtigste Instrument der Begleitung ist der Begleiter selbst.“<sup>96</sup>

### 11.3 Gesprächsführung

Wie schon im vorherigen Kapitel angedeutet, sind die Gesprächsführung und die Kommunikation von essentieller Bedeutung, um Vertrauen aufzubauen. Das Gespräch ist ein Prozess, in dem Informationen zwischen der/dem Gesprächspartnerin/Gesprächspartner ausgetauscht werden.<sup>97</sup> Dieser Prozess findet immer mit allen Sinnen statt, das bedeutet nicht nur das Hören spielt eine Rolle, auch das Sehen, das Riechen und das Tasten sind beeinflussende Faktoren. Wenn ich Information bekomme, so wird diese von mir gedeutet.

---

<sup>95</sup> <http://krebshilfe-wien.at/Tipps-fuer-AErztInnen.198.0.html> aufgerufen am 07.04.2010

<sup>96</sup> König, zitiert in: <http://krebshilfe-wien.at/Tipps-fuer-AErztInnen.198.0.html> aufgerufen 07.04.2010

<sup>97</sup> Vgl. Buser, Kaul- Hecker (2003)

Grundlagen dafür sind meine persönlichen Einstellungen, Meinungen, Erfahrungen und mein Wissensstand. Diese sind bei allen Menschen sehr unterschiedlich und wenn man sich dem nicht bewusst ist, kommt es zu Störungen in der Kommunikation. Das Sender- Empfänger Modell ist dafür ein oft verwendetes Beispiel, es muss nicht zwangsläufig zu einer Störung kommen, oft wissen wir, was damit gemeint wird, eine Störung ist aber möglich. Sie sitzen mit ihrer Familie in einem Restaurant und warten auf das Essen. Der Kellner kommt: „Kinderpöte!“, einer antwortet „Ja ich“, Kellner weiter „Reh!“, der nächste antwortet „Ich bitte“...

Bei so banalen Situationen gibt es meist keine Probleme, aber bei sehr komplexen und bedrohlichen Situationen wie bei der Diagnosevermittlung von Brustkrebs ist eine erfolgreiche Gesprächsführung von größter Wichtigkeit.

Ein anderes banales Beispiel, um das Sender- Empfänger Modell darzustellen, ist in Abbildung 7 deutlich erkennbar. Die selektive Wahrnehmung, nur bei dem einen Bild, führt dazu, dass verschiedene Personen das Bild verschieden beschreiben und interpretieren. Bei einem Gespräch kommen zu diesen nonverbalen Faktoren noch weitere sprachliche Faktoren und Situationsfaktoren dazu.

Abbildung 7: Optische Täuschung



Quelle: <http://www.ariva.de/forum/Echt-kraess-Optische-Taeuschungen-282146> aufgerufen am 07.04.2010

Was zeichnet ein gutes Gespräch mit einer/einem Patientin/Patienten aus, was hat Einfluss auf ein gutes oder ein schlechtes Gespräch? Die wichtigsten Punkte sind in der folgenden Aufzählung von Buser, Kaul- Hecker (2003) und Dahmer, Dahmer (1989) zusammengefasst worden.

Die Punkte sind nicht nur auf die Ärztin/Arzt und Patientin/Patienten Gespräche anzuwenden, sondern in gleicher Form gilt es für Gespräche zwischen Patientin/Patient und Pflegepersonen oder genauso für Pflegeperson und Ärztin/Arzt:

- Gesprächskultur
  - Vorstellen
    - Name
    - Funktion
  - Gesprächsinhalt klären
  - Zeit nehmen

- Aktives Zuhören
  - Averbale Zeichen
    - Blickkontakt
    - Körperhaltung
    - Räumliche Distanz
  - Verbale Zeichen
    - Aussprechen lassen
    - Zuhören
    - Auf Fragen antworten
    - Laut und deutlich sprechen
    - Verständlich sprechen
- Gestaltung des Gesprächsortes
  - Für Ruhe sorgen
  - Gespräch nicht zwischen Tür und Angel führen
  - Nicht über die/den Patientin/Patienten sprechen (Visite)
- Persönliche Gestaltung
  - Visuell: Keine verschmutzte Kleidung oder Hände, wenn ich bei der/dem Patientin/ Patienten bin
  - Olfaktorisch: rieche ich nach Zigarettenrauch
  - Taktil: Wie ist mein Händedruck, wirke ich unsicher oder bestimmend

Krankheit ist für Patientinnen/Patienten ein aktuelles, bedrohendes Problem, das sie gelöst wissen möchten. In einem Gespräch darf es nicht sein, dass es im Informationsprozess nur Handlungsanweisungen und Verhaltensregeln gibt, sondern man muss zuhören und auf die/den Patientin/Patienten eingehen. Damit kann erreicht werden, dass die/der Patientin/Patient die eigene Situation besser verstehen und einschätzen kann. Aus diesem Verständnis heraus kann sich die/der Patientin/Patient selber helfen.

## 12 Gesundheit und Krankheit

„Gesundheit ist das Wichtigste“, wir wünschen uns „Gesundheit und ein langes Leben“. Gesundheit ist bei uns Menschen ein zentrales Thema, das die Menschen bewegt, wofür wir etwas tun. Gesundheit oder Krankheit ist nur durch das negative oder positive Pendant zu definieren. Nietzsche meinte „Gesundheit ist dasjenige Maß an Krankheit, das es mir noch erlaubt, meinen wesentlichen Beschäftigungen nachzugehen.“<sup>98</sup>

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) hat bereits 1949 eine ganzheitlichere Definition aufgestellt, bei der Gesundheit des Menschen „ein Zustand des vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlergehens und nicht nur das Fehlen von Krankheit oder Gebrechen ist.“<sup>99</sup>

Auch der medizinische Fortschritt in den vergangenen Jahrzehnten kann uns keine scharf abgegrenzte Definition für Gesundheit und Krankheit liefern. Der Medizinsoziologe Antonovsky leitete durch den komplementären Begriff zur Pathogenese einen Paradigmenwechsel von Krankheit zu Gesundheit ein. Antonovsky formulierte das Salutogenese-Modell, in dem Gesundheit nicht als Zustand gesehen wird, sondern ein Prozess ist. Die Salutogenese fragt nach der Gesundheit und nicht nach der Krankheit.<sup>100</sup>

Das Begriffspaar Gesundheit und Krankheit hat für jeden einzelnen Menschen einen zentralen Stellenwert. Es sind einerseits unsere individuellen Erfahrungen mit Gesundheit und Krankheit und andererseits die gesellschaftlichen Normen, die eine allgemein gültige Definition von Gesundheit und Krankheit unmöglich machen.

Es gibt natürlich von Organisationen und Gesetzgebern Definitionen von Gesundheit und Krankheit. Ist es aber nicht so, dass Gesundheit und Krankheit unterschiedlich definiert werden? Das Alter, das Geschlecht, soziokulturelle Orientierung und religiöse Orientierung schaffen vielfältige Übergänge und Zwischenstufen von Gesundheit und Krankheit.

---

<sup>98</sup> <http://www.holistic-innovation.org/themen/gesundheitsforderung/was-ist-gesundheit/>  
aufgerufen am 25.9.2012

<sup>99</sup> <http://www.admin.ch/ch/d/sr/i8/0.810.1.de.pdf> aufgerufen am 25.9.2012

<sup>100</sup> Vgl. Heising (2009) S.5

Schwartz beschreibt im Buch „Public Health“ Vorstellungen und Bedeutung von Gesundheit und Krankheit, diese lassen sich in drei Bezugssystemen analysieren.<sup>101</sup>

### **12.1 Gesundheit im Bezugssystem der Gesellschaft**

Gesundheit und Krankheit werden hier unter dem Aspekt der Werteorientierung betrachtet. Gesundheit ist in unserer heutigen Zeit ein Grundwert geworden. Dieser Grundwert berechtigt aber auch die Forderungen nach allen Maßnahmen und Tätigkeiten, um die Gesundheit wiederherzustellen. Gesundheit und Krankheit sind ein wichtiger Wirtschaftszweig geworden, im Jahr 2000 waren in Deutschland 4,1 Millionen Menschen direkt oder indirekt im deutschen Gesundheitswesen beschäftigt, das entspricht 11 % aller Beschäftigten in Deutschland. Die Feststellung von Leistungsminderung oder der Notwendigkeit von Pflege sowie das „Krank-schreiben“ unterliegt nicht der Einschätzung des Einzelnen. Diese Entscheidung ist an die ärztliche Profession abgegeben worden.

### **12.2 Das Bezugssystem der betroffenen Personen: Subjektive Konzepte von Gesundheit und Krankheit**

Das Konzept Gesundheit orientiert sich an den Fähigkeiten für Aktivitäten oder die Voraussetzung, Alltagsverpflichtungen und soziale Kontakte zu bewältigen. Das Konzept von Krankheit ist ähnlich gelagert- nur in die entgegengesetzte Richtung- der Verlust der eigenen und der sozialen Rolle, Inaktivität und Isolation herrschen vor. Bei diesem Konzept kommt aber noch ein weiterer Aspekt hinzu. Krankheit kann hier auch als Ruhepause und als Chance für Ausstieg, Veränderung und Reife erlebt werden.

Unbestritten ist, dass Gesundheit und Krankheit eng mit der soziokulturellen Bildung in Zusammenhang stehen. Je höher der Bildungsgrad ist, desto höher sind die Präventionsorientierung = Lebensstilfaktoren und die Symptomaufmerksamkeit = das Wissen um Symptome von einzelnen Erkrankungen.

---

<sup>101</sup> Vgl. Schwartz (2003)

### **12.3 Das Bezugssystem der Professionen: Definitionen von Gesundheit und Krankheit aus Sicht der medizinischen Fächer**

Die bekannteste Definition ist sicher die Definition der Weltgesundheitsorganisation WHO (World Health Organisation) aus dem Jahr 1946:

„Gesundheit ist ein Zustand des vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens und nicht nur die Abwesenheit von Krankheit und Gebrechen.“

Die Medizin und andere naturwissenschaftliche Fächer haben unbestritten wichtige Ergebnisse geliefert. Die Hauptleistungen waren aber in den letzten Jahren immer noch die Erklärung und Identifikationen von biologischen, morphologischen und funktionellen Grundlagen. Als Krankheit wird eine Abweichung des physiologischen Gleichgewichtes definiert, das auf eine oder mehrere Ursachen zurückzuführen ist. Auch in der Epidemiologie orientiert man sich an den Krankheiten und setzt dann die entsprechenden Maßnahmen. In den letzten Jahren haben Fächer wie Medizinpsychologie, Gesundheitsökonomie, Medizinsoziologie und auch die Pflegewissenschaft größere Bedeutung erlangt. Sie zeigen uns, dass sich bei einem chronisch kranken Menschen nicht die Krankheitsbekämpfung in den Vordergrund stellt, sondern die Stärkung der vorhandenen eingeschränkten Gesundheit.

### **13 Akute und chronische Krankheiten**

Den akuten und chronischen Krankheitsverlauf hat es immer schon gegeben und wird es natürlich auch weiterhin geben. Nur die Inzidenz und Prävalenz von akuten und chronischen Erkrankungen haben sich verändert und sie werden sich wahrscheinlich in den nächsten Jahrzehnten noch weiter verändern. In Berichten wird oft beschrieben, dass in unserer heutigen Gesellschaft die chronischen Erkrankungen die Infektionserkrankungen abgelöst haben. Die heutigen Krankheitsbilder in den Industrieländern sind Herz-Kreislaufkrankungen, Diabetes Mellitus, Erkrankungen der Atmungsorgane, psychische Störungen, bösartige Neubildungen und viele weitere Erkrankungen.

Die zunehmenden Beeinträchtigungen bei einer chronischen Erkrankung stellt in Zukunft für alle Gesundheitsprofessionen und vor allem für die Pflege eine große Herausforderung dar. Nach unserem heutigen Wissensstand beinhaltet die Klassifizierung „akut“ und „chronisch“ eine gewisse Unschärfe. Eine akute Erkrankung dauert 3 bis 14 Tage, von einer chronischen Erkrankung spricht man ab einer Dauer von 4 Wochen. Ein Zeitraum von 14 Tagen ist undefiniert. Der Bruch der Elle wird wahrscheinlich nicht als eine chronische Erkrankung gesehen, obwohl der Knochen sechs Wochen ruhig gestellt werden soll und der Heilungsprozess noch länger dauern kann. Auch haben viele Erkrankungen sowohl einen akuten als auch einen chronischen Aspekt. Der akute Herzinfarkt ist ein plötzliches Geschehen, hat aber eine langfristige Auswirkung auf den Gesundheitszustand der Betroffenen. In den meisten Fällen hat die/der Patientin/Patient beim akuten Herzinfarkt im Vorfeld schon eine längere Krankheitsgeschichte, wie zum Beispiel Hypertonie und Diabetes Mellitus. Es ist auch der akute Herzinfarkt nach 14 Tagen nicht ausgeheilt, die/der Patientin/Patient muss für den Rest seines Lebens mit dieser Beeinträchtigung leben. Besser finde ich die Definition anhand von spezifischen Charakteristika der chronischen Krankheit. Diese sind ein kontinuierliches oder periodisches Auftreten von Symptomen, verursacht von einem irreversiblen Krankheitsprozess. Chronische Krankheit ist durch eine lange Versorgungsbedürftigkeit und Pflegebedürftigkeit gekennzeichnet.<sup>102</sup>

---

<sup>102</sup> Vgl. Kuhlmeiy, Blüher (2011), S.189, Vgl. Ewers (2011), S.562

Der Begriff akut und chronisch dient letztendlich zur Klassifizierung eines Krankheitsprozesses.

### **13.1 Akute Krankheit**

In den klinischen Wörterbüchern und im Internet wird der Begriff akut wie folgt beschrieben:

„Akut (abgeleitet vom lateinischen Wort acutus und bedeutet: scharf, spitz) kennzeichnet eine plötzlich auftretende oder schnell zum Ausbruch kommende Erkrankung vergleichsweise kurze Dauer von 3 bis 14 Tagen.“

Es gibt aber einige weitere Abstufungen der Grundform:

- perakut
- subakut
- transitorisch

### **13.2 Chronische Krankheit**

Bei meinen Recherchen konnte ich keine einheitliche Definition des Begriffes „chronisch krank“ finden. Es ist jedem klar, was mit einer chronischen Krankheit gemeint ist, nämlich eine lang anhaltende Krankheit. In den klinischen Wörterbüchern und im Internet wird chronisch wie folgt beschrieben:

„Chronisch (abgeleitet vom griechischen Wort chronos und bedeutet: die Zeit) kennzeichnet eine langsam entwickelnde oder lang andauernde Erkrankung. Der Krankheitsverlauf erstreckt sich über mehr als vier Wochen. Eine Erkrankung kann chronisch sein und trotzdem eine akute Komponente haben.“

Es gibt einige weitere Abstufungen der Grundform:

- subchronisch
- chronisch-progredient
- prologiert

Weitere Eigenschaften im zeitlichen Verlauf sind:

- rezidivierend
- episodisch
- intermittierend
- tardiv
- progressiv
- persistierend

### **13.2.1 Merkmale chronischer Erkrankung**

Auch wenn es keine allgemein gültige Definition von chronischen Erkrankungen gibt, so gibt es aber mindestens ein Merkmal oder mehrere Charakteristika, die eine chronische Erkrankung aufweisen. Sie sind lange andauernd und die Ursachen sind nicht immer klar erkennbar. Es kommt zu pathologischen Veränderungen mit dauerhaften Einschränkungen. Für die/den Patientin/Patienten sind spezielle Schulungen und Rehabilitationen notwendig. Für eine lange Zeit sind Beobachtung, Therapie, Begleitung und Pflege für die/den Patientin/Patienten zu erwarten.

#### 13.2.1.1 Ursachen

Chronische Erkrankungen haben meistens nicht einen einzigen Auslöser und sind dadurch meistens nicht klar abgrenzbar. Es kommt hier zu einem Zusammenwirken von endogenen und exogenen Faktoren. Der Großteil der chronischen Erkrankungen steht eng mit dem Lebensstil in Verbindung. Trotz der beachtlichen Möglichkeiten der heutigen Medizin können die Erkrankungen nur bedingt verzögert und aufgehalten werden.

#### 13.2.1.2 Dauer und Vorhersagbarkeit

Im Gegensatz zu den Akuterkrankungen (z. B. Infektionskrankheiten), die meist rasch auftreten, zeitlich begrenzt und relativ gut vorhersagbar verlaufen, entwickeln sich chronische Krankheiten langsam und am Anfang im Verborgenen. Eine 20-30-jährige Verlaufsdauer ist möglich und ihr Verlauf ist schwer vorauszusagen. Bedingt durch den lang anhaltenden Charakter der Erkrankungen kann es bis zur Multimorbidität kommen und beeinflusst dadurch den Lebenslauf der Betroffenen. Der Krankheitsverlauf bei chronischen Erkrankungen kann

- chronisch- progredient = fortschreitend, sich verschlechternd
- chronisch- rezidivierend = immer wiederkehrend
- chronisch- stabil = gleichbleibend

sein.

#### 13.2.1.3 Verlaufsdynamik

Neben der Dauerhaftigkeit einer Krankheit ist der Wechsel zwischen stabilen und instabilen Phasen charakteristisch. Es kommt im Krankheitsverlauf zu einer

oszillierenden auf- und abwärts bewegenden Kurve, deren Richtung langfristig gesehen nach unten zeigt. Dieser Wechsel von stabilen und instabilen Phasen im Krankheitsverlauf stellt sehr große Anforderungen an die/den Patientin/Patienten. Es kann zu somatischen und zu psychosozialen Veränderungen kommen, sowie eine Zunahme des Hilfebedarfs von außen. Ein aktives Mitwirken der/des Patientin/Patienten bei der Therapie und bei der Rehabilitation ist für den Behandlungserfolg notwendig.

#### 13.2.1.4 Nicht-Heilung und Komplexität

Eine vollständige Heilung bei chronischen Erkrankungen ist nicht möglich. Bei einer chronischen Erkrankung ist eine lebenslange Therapie notwendig. Durch ihre Dauerhaftigkeit und durch die lebenslange Therapie kommt es in späteren Krankheitsphasen zu einer Vielzahl an Folgeerkrankungen. Ein Großteil dieser chronischen Folgeerkrankungen bedarf zusätzlicher Therapien und können in späteren Phasen des Krankheitsverlaufes zu Behinderungen und Invalidität führen. Neben den körperlichen Beschwerden zeigen sich psychische, soziale und ökonomische Konsequenzen, die in einem Wechselspiel mit der Krankheit stehen.

#### 13.2.1.5 Belastung

Wir müssen hier zwei Belastungen unterscheiden. Erstens aufgrund der ständigen Bedrohung durch die Krankheit und ihrer Folgen: „Wann kommt die nächste Verschlechterung, kann ich das noch alleine machen?“ Die Beeinträchtigung und die Einschränkungen der autonomen Lebensführung und Lebensgestaltung sind sehr große Belastungen für die/den Patientin/Patienten aber auch für ihr/sein soziales Umfeld. Die zweite Belastung ist, dass durch die lange Krankengeschichte viele unterschiedliche Therapien und Rehabilitationen notwendig sind. Das bedeutet eine Inanspruchnahme von verschiedenen professionellen Versorgungsbereichen. Eine Vielzahl an Medikamenten, Geräten und speziell ausgebildeten Personen in der Gesundheits- und Krankenversorgung verursachen Kosten. Diese Kosten werden sowohl von den Betroffenen als auch vom Gesundheitssystem und Sozialsystem getragen.

#### 13.2.1.6 Hilfe und Pflegebedürftigkeit

Chronische Erkrankung bedeutet nicht automatisch, dass in der Spätphase die/der Erkrankte pflegebedürftig ist und dauernde Fremdhilfe in Anspruch nehmen muss. Im Laufe der Zeit kommt es aber zu Einschränkungen der Funktions- und Selbstversorgungsfähigkeit. Viele dieser Versorgungsdefizite werden heute immer noch durch das soziale Umfeld (Familie, Freundinnen/Freunde und Nachbarinnen/Nachbarn) abgedeckt. Durch den Wandel in unseren Familienstrukturen und durch die demographischen Entwicklungen ist eine Veränderung dieser Situation zu erwarten. Eine chronische Erkrankung ist nicht revidierbar, aber es gibt sehr wohl die Möglichkeit, die negativen Begleiterscheinungen zu lindern, wenn zum Beispiel ein strukturierter Therapie- und Rehabilitationsplan angewendet wird. Auch das Konzept der Prävention und der Gesundheitsförderung sei hier noch einmal erwähnt, mit dem Ziel, trotz vorhandener Beeinträchtigung die vorhandene Gesundheit zu erhalten und zu sichern.

## **14 Gesundheitsförderung und Prävention**

In der Gesundheitspolitik sind die Themen Gesundheitsförderung und Prävention vor dem Hintergrund der demographischen Entwicklungen und dem Strukturwandel in der Gesellschaft aktuell. Wenn man sich mit dem Thema Mammakarzinom beschäftigt, ist es unvermeidlich, dass man sich mit den Themen der Gesundheitsförderung und Prävention auseinandersetzt. Diese Begriffe werden oft in Zeitungen oder bei Diskussion als eine identische Strategie dargestellt. Es handelt sich aber um zwei unterschiedliche Ansätze.

Der heutige Gebrauch des Begriffes Gesundheitsförderung geht weiter, weil er nicht nur Maßnahmen zum Schutz vor Krankheiten beinhaltet, sondern auch Maßnahmen zur Verbesserung einer nie mehr erreichten Gesundheit meint. In diesem Sinne grenzt sich der Begriff der Gesundheitsförderung klar von der Prävention ab, weil hier der Focus nicht auf die Krankheitsvermeidung gelegt wird.

Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention kann man als eine verhaltensorientierte Strategie und als eine verhältnisorientierte Strategie beschreiben. Gesundheitsförderung ist auf die Stärkung der Gesundheitsressourcen ausgerichtet. Als Krankheitsprävention bezeichnet man alle Interventionen, die das Auftreten einer Krankheit durch vorbeugende Maßnahmen verhindern. Bei der Gesundheitsförderung kommt es zur Stärkung der persönlichen Fähigkeiten. Bei der Prävention kommt es zur Änderung der Gesundheitsbedingungen mit einer Stärkung im sozialen Gemeinwesen. Am Beginn dieses Kapitels werden die Begriffe allgemein beschrieben, danach wird speziell auf das Mammakarzinom eingegangen. Neben Impfungen und der Aidsaufklärung in den 1980er Jahren ist das Mammakarzinom ein Paradebeispiel für die Profession der Gesundheitsförderung und Prävention.

### **14.1 Gesundheitsförderung**

Gesundheitsförderung ist ein wichtiger Teil der Public-Health-Entwicklung geworden. Sie verbindet Erkenntnisse der Gesundheits- und Sozialwissenschaften mit grundlegenden Veränderungen im Bereich der Gesundheitspolitik und der Professionalisierung im Gesundheitswesen.

Seit Beginn der Professionalisierung in der Pflege ist es das Ziel, eine bestmögliche Gesundheit der/des Patientin/Patienten zu erreichen. In der früheren Berufsbezeichnung war das bis zum Inkrafttreten des GuKG nicht erkennbar. Olbrich beschreibt vier grundlegende Aufgaben in der Pflege: „Gesundheit zu fördern, Krankheit zu verhüten, Gesundheit wiederherzustellen, Leiden zu lindern.“<sup>103</sup> Gesundheitsförderung ist und wird damit ein zentrales Thema und Aufgabenfeld in der Pflege.

Nach Ilona Kickbusch in Public Health definiert sich Gesundheitsförderung durch das Zusammenführen von zwei strategischen Ansätzen: der Stärkung von persönlicher und sozialer Gesundheitskompetenz verbunden mit einer systematischen Politik, die auf die Verbesserung von Gesundheitsdeterminanten und den Abbau von gesundheitlicher Ungleichheit abzielt. Die strategischen Schlüsselpunkte sind:

- Empowerment,  
das heißt, die Stärkung von Kompetenz und Selbstbestimmungsrecht über die eigene Gesundheit und
- Intersektoralität,  
das heißt, die Einbindung von Gesundheit als Handlungsziel in einer Vielzahl von Politikbereichen.

Früher wurden das Modell der Gesundheitserziehung und das Risikofaktorenmodell angewendet, und man hat damit versucht, eine verbesserte Gesundheit der Bevölkerung zu erreichen. Schon vor Jahren zeigte sich, dass dieser Ansatz nicht den gewünschten Erfolg brachte. Durch den Wissenszuwachs in den verschiedenen wissenschaftlichen Disziplinen und durch die moderne wohlhabendere Gesellschaft in unseren Breitengraden kam es zur Entwicklung der Gesundheitsförderung.

#### *Definition von Gesundheitsförderung*

Die Weltgesundheitsorganisation WHO (World Health Organisation) beschäftigt sich seit 1978 mit Programmen der Gesundheitsförderung. Im Mittelpunkt steht die Frage, wie und mit welchen Mitteln das Gesundheitspotential von

---

<sup>103</sup> Olbrich(1999) S.116

Menschen gefördert werden kann. Die Weltgesundheitsorganisation definiert in der Ottawa Charta wie folgt:

„Gesundheit 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. Um ein umfassendes körperliches, seelisches und soziales Wohlbefinden zu erlangen, ist es notwendig, dass sowohl einzelne als auch Gruppen ihre Bedürfnisse befriedigen, ihre Wünsche und Hoffnungen wahrnehmen und verwirklichen sowie ihre Umwelt meistern beziehungsweise sie verändern können. In diesem Sinne ist die Gesundheit ein wesentlicher Bestandteil des alltäglichen Lebens zu verstehen und nicht als vorrangiges Lebensziel. Gesundheit steht für ein positives Konzept, das die Bedeutung sozialer und individueller Ressourcen für die Gesundheit ebenso betont wie die körperlichen Fähigkeiten. Die Verantwortung für Gesundheitsförderung liegt deshalb nicht nur bei dem Gesundheitssektor, sondern bei allen Politikbereichen und zielt über die Entwicklung gesünder Lebensweisen hinaus auf die Förderung von umfassendem Wohlbefinden.“<sup>104</sup>

Mit diesem Prozess meint die WHO eine gesundheitsfördernde Gesamtpolitik. Das beginnt bei der persönlichen Kompetenz der Menschen und geht bis zu politischen Entscheidungen. Gesundheitsförderung soll auf unterschiedlichen gesellschaftlichen Ebenen und durchaus auch in informellen und privaten Systemen stattfinden und nicht nur bei professionellen Anbietern.

Hurrelmann beschreibt Gesundheitsförderung als Stärkung von Ressourcen. Durch Veränderungen in der Umwelt oder in den physischen, psychischen oder sozialen Einstellungen ist es das Ziel, die Gesundheit herzustellen, zu stabilisieren oder wiederherzustellen. Die Zielgruppe ist bei diesem Verständnis nicht nur der gesunde Mensch, sondern es sind alle Menschen. Auch chronisch Kranke können mit ihrer Beeinträchtigung ein gesundes Leben führen. Gesundheitsförderung wäre zum Beispiel, einem Menschen durch physische, soziale und materielle Komponenten zu helfen, seine Behinderung zu bewältigen. Gesundheit kann als gelungene Balance von psychischen und körperlichen Aspekten einerseits, und sozialer und materieller Umwelt

---

<sup>104</sup> World Health Organisation; Ottawa Charta (1986) S.1

andererseits verstanden werden, die die täglichen Lebensaufgaben mit Lebensfreude erledigt.<sup>105</sup>

## **14.2 Prävention**

Prävention (Krankheitsverhütung, lat. *praevenire*: zuvorkommen) versucht anders als bei der Gesundheitsförderung eine gesundheitliche Schädigung durch gezielte Aktivitäten zu verhindern, weniger wahrscheinlich zu machen oder zu verzögern.

Strategien der Krankenprävention lassen sich je nach Zeitpunkt und Art des Eingriffes in primäre, sekundäre und tertiäre Maßnahmen unterscheiden.<sup>106</sup>

---

<sup>105</sup> Hurrelmann (2003), Hurrelmann, Horn (2010)

<sup>106</sup> Caplan, Grunebaum (1967)

Abbildung 8: Einteilung der präventiven Maßnahmen (nach Caplan & Grunebaum 1967)

- Primäre Prävention zielt auf das Vorfeld von Krankheitsentstehung und richtet sich darauf, das Auftreten einer Krankheit möglichst ganz zu vermeiden oder doch zumindest die Verbreitung einer Krankheit so niedrig wie möglich zu halten. Sie kann generell orientiert sein und die gesamte Bevölkerung ansprechen, zum Beispiel bei der Aufklärung über Fehlernährung, sie kann aber auch, was häufiger der Fall ist, spezifisch sein und sich gezielt an Menschen richten, die „Risikomerkmale“ tragen, also zum Beispiel erhöhten Blutdruck oder Übergewicht haben.
- Sekundäre Prävention richtet sich darauf, das Ausmaß der Ausbreitung und die Dauer einer Krankheit zu reduzieren. Sie spricht in erster Linie Menschen an, die bereits eindeutige Anzeichen einer Krankheit tragen, zum Beispiel Herzstörungen und Kreislaufprobleme. Um Krankheitsfrühstadien zu identifizieren, werden geeignete Testverfahren (Screening- Instrument) entwickelt. Wichtigste Aufgabe ist die frühe und schnelle Behandlung einer Gesundheitsstörung, um die weitere Ausweitung der Krankheit zu vermeiden oder früh abubrechen.
- Tertiäre Prävention richtet sich darauf, die Schwere einer Krankheit und ihre Auswirkungen auf Funktionseinschränkungen und Begleitkrankheiten zu reduzieren. Sie ist auf Menschen gerichtet, die bereits an einer Krankheit in einem vorgerückten Stadium leiden. Ziel ist es Funktionsfähigkeit und Lebensqualität nach einem Krankheitsereignis möglichst wieder herzustellen und verbleibende Gesundheitspotentiale zu stärken.

Quelle: Klaus Hurrelmann im Handbuch Pflegewissenschaft 2003, S.595

Das wichtigste Ziel der Prävention ist das Absinken der Inzidenzrate von Krankheiten, Behinderungen durch Krankheiten und der vorzeitige Tod, sowie den möglichst langen Erhalt der Selbstständigkeit. Im heutigen Gesundheitswesen sind der krankheitsorientierte Ansatz der Prävention und auch der ressourcenorientierte Ansatz der Gesundheitsförderung unbedingt als sich ergänzende Strategien anzusehen. Sie mögen unterschiedliche

Blickwinkel haben, das Ziel, eine bessere Gesundheit der Bevölkerung haben sie aber beide.

### *Prävention des Mammakarzinoms*

Wie schon in einem vorherigen Kapitel kurz angesprochen worden ist, ist die Prävention des Mammakarzinoms in primäre, sekundäre und tertiäre Prävention zu unterteilen.

Eine primäre Prävention des Mammakarzinoms sind gesundheitsbewusste Verhaltensformen wie zum Beispiel kalorienarmes Essen, Sport, der Verzicht auf Rauchen und Alkohol.<sup>107</sup>

Die sekundäre Prävention ist die frühe Diagnose einer bereits bestehenden Erkrankung. Durch ein Brustkrebs- Früherkennungs- Programm kann eine erhebliche Reduktion der Brustkrebsmortalität erreicht werden. Dieses Programm kann im Rahmen eines altersadaptierten Stufenprogrammes wie in Abbildung 9 erfolgen.<sup>108</sup>

---

<sup>107</sup> Vgl. Cuzick, Powels, Veronesi, Forbes, Edwards, Ashly, Boyle (2003), Vgl. Gerber (2008)

<sup>108</sup> <http://www.onkodin.de/e2/e32345/e32404/> aufgerufen am 25.9.2012

Abbildung 9: Altersadaptiertes Stufenprogramm bei der sekundären Prävention des Mammakarzinoms bei der Frau

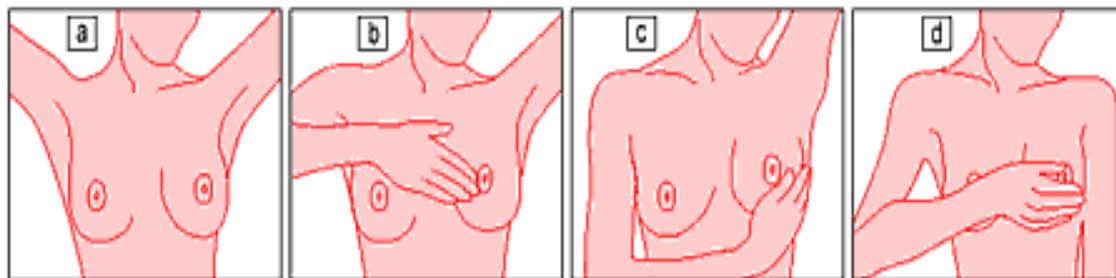
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <math>\geq 20</math>. Lebensjahr: Aufklärungsgespräch über Brustkrebs-Risikofaktoren und Ermittlung des individuellen Risikoprofils.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <math>\geq 30</math>. Lebensjahr: Anleitung zur Selbstuntersuchung der Brust. Günstigster Zeitpunkt zu Beginn der 2. Zykluswoche. Eine effektive Brustkrebsfrüherkennung ist hierdurch nicht möglich, da selbst kleine Tumore bereits Fernmetastasen abgesiedelt haben können, doch wird das Gesundheitsbewusstsein gefördert.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <math>\geq 40</math>. Lebensjahr: regelmäßige ärztliche Untersuchung der Brustdrüse und ihrer regionären Lymphabflussgebiete. Bei Risikopatientinnen Mammographie in mindestens 2-jährigen Abständen. Ab dem 50. Lebensjahr bei allen Frauen Mammographie in 2-jährigen Abständen.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <math>\geq 60</math>. Lebensjahr: regelmäßige ärztliche Untersuchung der Brustdrüse und ihrer regionären Lymphabflussgebiete. Mammographie in 3-jährigen Abständen.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Um eine möglichst frühzeitige Tumordiagnose zu ermöglichen, sollten Frauen mit erhöhtem Brustkrebsrisiko (familiäre Anamnese, proliferative Mastopathie etc.) engmaschig untersucht bzw. zur monatlichen Selbstuntersuchung angehalten werden.</li> </ul>

Quelle: ONKODIN <http://www.onkodin.de/e2/e32345/e32404/> aufgerufen am 25.9.2012

Die Selbstuntersuchung der Brust wird zur sekundären Prävention gezählt. Sie ist aber eine wesentliche präventive Maßnahme. Es wird hier das Gesundheitsbewusstsein der Frauen gefördert. Viele maligne Tumore werden von den Frauen selbst entdeckt. Wichtig ist hier, dass die Selbstuntersuchung, wie in Abbildung 10 dargestellt, regelmäßig durchgeführt wird und dass die Frauen durch das Fachpersonal (Gynäkologin/Gynäkologen) geschult und kontrolliert werden. Die Selbstuntersuchung ist keine effiziente Früherkennungsmaßnahme. „Unter günstigen Tastbedingungen sind bei normal großer Brust allenfalls Veränderungen zwischen ein und zwei cm Größe feststellbar. Wünschenswert wäre der Nachweis von Tumoren kleiner als ein cm, da hier mehrheitlich noch keine Lymphknotenmetastasen oder gar Fernmetastasen vorliegen. Solch kleine Tumore hilft die Mammographie aufzudecken“.<sup>109</sup>

<sup>109</sup> <http://www.onkodin.de/e2/e32345/e32404/> aufgerufen am 25.9.2012

Abbildung 10: Vorgehen bei der Selbstuntersuchung der Brust



Quelle: ONKODIN <http://www.onkodin.de/e2/e32345/e32404/> aufgerufen am 25.9.2012

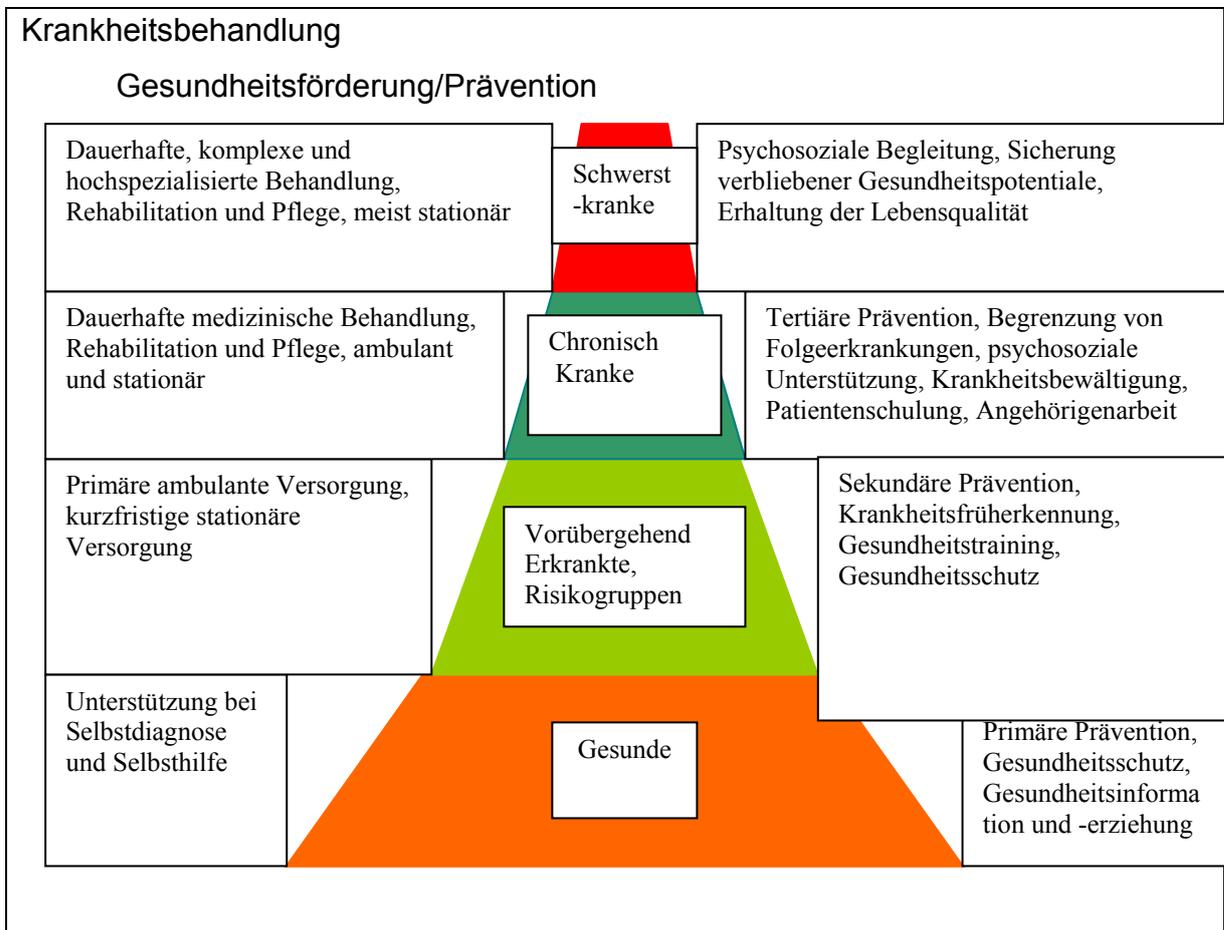
Eine tertiäre Prävention könnte man als Nachsorge zur Vorsorge bezeichnen. Die ärztliche Nachsorge und die Rehabilitation sind ein wesentlicher Punkt im Behandlungsschema von Brustkrebs. Inhalte der ärztlichen Nachsorge umfassen das Abtasten der Brust einschließlich der Achselhöhlen, Ultraschalluntersuchung, Mammographie und Blutabnahmen zur Bestimmung der Tumormarker.

#### **14.3 Die Rolle der Gesundheitsförderung und Prävention für verschiedene Versorgungsgruppen**

Gesundheitsförderung und Prävention müssen sich an alle Gruppen in einer Bevölkerung richten. Um erfolgreich zu sein, müssen die angewandten Strategien auf die Eigenschaften, auf die Bedürfnisse und auf die Unterschiede (wie Alter, Geschlecht, beruflicher Status, Erwartungen und Einstellungen) in den verschiedenen Gruppen Rücksicht nehmen. Je nachdem man welche Gruppe über einen bestimmten Risikofaktor oder eine Krankheit erreichen will, müssen die geeigneten Informationsmedien eingesetzt werden. Jugendliche erreicht man über Videoclips und Computerprogramme schneller als ältere Menschen, die über Bücher, Broschüren und Informationsveranstaltungen effizienter erreichbar sind.

Abrahams, Emmons und Linnan in Abbildung 11 haben ein Modell entwickelt, wo die Unterschiede von Gesundheit und Krankheit in der Bevölkerung aufgezeigt werden, zudem haben sie nach der Gesundheitsausprägung des Einzelnen gesundheits- und krankheitsbezogene Interventionen zugeordnet.

Abbildung 11: Krankheitsbehandlung und Gesundheitsförderung/  
 Krankheitsprävention für verschiedene Gruppen der Bevölkerung (nach  
 Abrahams, Emmons & Linnan 1997, S.458)



Quelle: Klaus Hurrelmann im Handbuch Pflegewissenschaft 2003, S.598

Der untere Teil des Dreiecks nimmt die erste und damit die größte Gruppe der Bevölkerung ein und zwar die Gesunden. Dieser Teil der Bevölkerung hat keine oder nur kleine und kurze gesundheitliche Störungen. Dadurch haben sie nur einen kleinen Bedarf an therapeutischer Krankenversorgung. Bei der Gruppe der Gesunden werden eine unspezifische Gesundheitsförderung und primäre Prävention angewendet, wie zum Beispiel Gesundheitsinformation und Gesundheitserziehung mit Stärkung der Selbstbeteiligung der Menschen. Die zweite Gruppe der vorübergehenden, akuten und heilbaren Erkrankungen benötigt ein flexibles Angebot an ambulanten und stationären Behandlungen. Gesundheitsförderung in dieser Gruppe sind Testverfahren zur Identifizierung und zur Früherkennung von Krankheiten. Ergänzt wird die

Gesundheitsförderung durch sekundäre Prävention wie zum Beispiel Raucherentwöhnung und Ernährungsberatung.

Die dritte Gruppe ist die Gruppe, die am schnellsten wächst, und zwar die Gruppe mit chronischen nicht heilbaren Erkrankungen. Die Krankenbehandlung erfolgt in dieser Gruppe meistens im ambulanten und stationären Bereich, verbunden mit Rehabilitation und Pflege. Gesundheitsförderung beinhaltet in dieser Gruppe psychosoziale Beratung und Begleitung für die Krankheitsbewältigung, weiters eine tertiäre Prävention zur Verhinderung von Folgeerkrankungen. Durch gezielte Krankheitsinformation soll die/der Patientin/Patienten fähig sein, mit ihrer/seiner Erkrankung umgehen zu können.

An der Spitze des Dreieckes befinden sich die Patientinnen/Patienten mit schweren Erkrankungen. Diese Gruppe braucht eine spezielle therapeutische, rehabilitative und pflegerische Behandlung. Auch diese Gruppe braucht, wie in der Gruppe drei beschrieben, Gesundheitsförderung, um das noch vorhandene Gesundheitspotential optimal nutzen zu können.

Um dieses Konzept umsetzen zu können, bedarf es einer interdisziplinären Zusammenarbeit, nicht nur die innerhalb einer Gruppe, sondern auch die Arbeit einer Gesamtabstimmung der Krankenbehandlung ist wichtig, um die Gesundheitsförderung zu gewährleisten.

#### **14.4 Verbindung von Kuration, Rehabilitation, Pflege und Gesundheitsförderung**

Verbindung von Kuration, Rehabilitation, Pflege und Gesundheitsförderung muss in den nächsten Jahren besondere Aufmerksamkeit geschenkt werden, weil nur diese vier Punkte zusammen die Gesundheit wiederherstellen können. Um dieser Anforderung gerecht werden zu können, muss man sich an den Bedürfnissen der/des Patientin/Patienten orientieren. Die Belastungen, die Bedürfnisse aber auch die Ressourcen und das soziale Umfeld der/des Patientin/Patienten sollten berücksichtigt werden. Ziel für die/den Patientin/Patienten ist es, dass sie/er mit einer chronischen oder schweren Erkrankung einen relativ selbstständigen Lebensalltag führen kann. Chronisch Kranke befinden sich in einem Stadium von „relativer Krankheit“. Wenn man die Definition umgekehrt formuliert, sind sie auch „relativ gesund“. Das bedeutet,

dass alle noch vorhandenen psychischen, physischen und sozialen Ressourcen aktiviert und mobilisiert werden, um ein gesundheitliches Gleichgewicht herzustellen. Dieser Paradigmenwechsel von der Krankheitsorientierung hin zur Gesundheitsorientierung, von der Defizitorientierung hin zur Ressourcenförderung ist in unserem derzeitigen Gesundheitssystem nur teilweise realisiert.

Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention sind unbestritten ein wesentlicher Bestandteil unseres Gesundheitssystems. Durch die jahrzehntelange Erfahrung der Pflege könnten einzelne Konzepte oder Programme bereichert und erweitert werden. Großes Potential für die Pflege sehe ich vor allem in der Schulung und Information von Patientinnen und Patienten. Diese Weiterentwicklungen würden zu einer effizienteren Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention führen.

#### **14.5 Advanced Nursing Practice**

Ich habe lange überlegt, wie ich die Fachspezialisierung in der Pflege in meiner Diplomarbeit thematisiere und wo ich sie verorten soll. Ich bin der Meinung, dass diese Thematik sehr gut zu Gesundheit und Krankheit passt. Durch die Veränderung des Paradigmas von Krankheitsorientierung zur Gesundheitsförderung und Prävention hat die Pflege ein weites Aufgabenfeld vor sich. Wie schon in den vorherigen Kapiteln immer wieder angesprochen, ist die Pflege in unserem heutigen Gesundheitswesen ein wesentlicher Bestandteil. Um diese unterschiedlichen Aufgabenfelder bedienen zu können, ist es notwendig, genügend fachlich qualifizierte Pflegepersonen zu haben. Wenn man die stetig steigende Anzahl der Pflegenden in den Krankenanstalten in Österreich, wie in Tabelle 12 zu sehen ist, mit den Zahlen der nahezu unveränderten Aufenthaltsdauer pro Tag und der Aufnahmen und Entlassungen, siehe Tabelle 13, in den Akutkrankenhäusern in Verbindung bringt, so zeigt es die Wichtigkeit der qualifizierten Pflege im österreichischen Gesundheitswesen. Leider erfasst die Statistik Austria derzeit nicht die unterschiedlichen Qualifikationsebenen in der Pflege, dadurch kann ich keine aktuellen und seriösen Zahlen der akademischen Pflegepersonen nennen, die in der Praxis tätig sind.

Tabelle 12: Personalstand in den Krankenanstalten Österreichs seit 1990

<b>Dienstsparte</b>	<b>1990</b>	<b>1995</b>	<b>2000</b>	<b>2005</b>	<b>2010</b>
Gehobene Dienste für Gesundheits- u. Krankenpflege	30.842	40.756	46.219	49.294	54.601
Gehobene med. techn. Dienste	5.896	7.563	8.893	10.704	11.959
Sanitätshilfsdienste	17.003	17.741	5.348	4.109	4.294
Hebammen	801	1.030	1.073	1.198	1.313

Quelle: STATISTIK AUSTRIA (2011) aufgerufen am 15.11.2011

Tabelle 13: Entlassungen aus Akutkrankenanstalten/Aufenthaltsdauer

	<b>Stationäre Aufenthalte</b>	<b>Aufenthaltsdauer/Tag</b>
2007	2.632.980	6,8 Tage
2008	2.678.627	6,8 Tage
2009	2.672.253	6,7 Tage
2010	2.668.772	6,6 Tage

Quelle: STATISTIK AUSTRIA (2011) aufgerufen am 15.11.2011

Nicht nur die Medizin hat sich rasant weiterentwickelt, auch die Pflege hat diese Entwicklung durchlebt. Die Pflege in Österreich wurde von dieser Entwicklung nicht verschont. Diese Entwicklung wurde einerseits durch die Spezialisierung in der Medizin vorangetrieben. Auf der anderen Seite hat sich die Pflege universitär entwickelt. Etwas anders beschrieben ist die universitäre Entwicklung eine intrinsische Entwicklung der Pflege. Die Pflege hat in den letzten Jahrzehnten die Fähigkeit zu „Warum-Fragen“ entwickelt. Dieses Bedürfnis, die dahinterliegenden Gründe zu erfassen, zu verstehen, zu ändern, zu evaluieren und zu reflektieren, ist nur durch eine Akademisierung in der Pflege möglich. Der zweite Entwicklungsmotor ist die Medizin. Auch wenn viele gern die Medizin und die Pflege strikt in zwei unterschiedliche Systeme trennen möchten, jede Pflegeperson, die in der Praxis gearbeitet hat, wird erkennen, dass diese zwei Systeme doch miteinander verbunden sind. Keine Berufsgruppe kann alleine arbeiten und damit eine vollständige hochqualitative Betreuung der Patientinnen/Patienten gewährleisten. Noch einmal zurück zum

zweiten Entwicklungsmotor, der Medizin, der sich in verschiedene unterschiedliche Fächer geteilt hat und es innerhalb dieser Fächer zu weiteren Spezialisierungen gekommen ist. Damit verbunden sind neue Technologien und Therapiemöglichkeiten, die an der/dem Patientin/Patienten angewendet werden. Für die Anwendung, Überwachung und für Schulungen der neuen Technologien und Therapiemöglichkeiten wird die Pflege gebraucht und dies ist der Motor zur Spezialisierung in der Pflege.

Was ist mit Advanced Nursing Practice (ANP) eigentlich gemeint? „Mit ANP wird die Praxis von universitär (Master- oder Doktoratsebene) ausgebildeten und praxiserfahrenen Pflegenden umschrieben, die sich in einem bestimmten Fachgebiet spezialisieren.“<sup>110</sup> Diese Expertinnen/Experten sind auf ein bestimmtes Teilgebiet der Pflege spezialisiert, aufgrund der neuesten wissenschaftlichen Erkenntnisse und dem gesammelten Erfahrungswissen in der Praxis. Mit der normalen Ausbildung zur Gesundheits- und Krankenpflege ist dies nicht zu erreichen.<sup>111</sup>

Es gibt bereits viele spezialisierte Pflegepersonen:

- Stomapflege
- Wundmanagement
- Onkologische Pflegeperson
- Palliativpflege
- Lehrende Gesundheits- und Krankenpflegeperson
- Hygienefachkraft in der Pflege
- Pflegeperson für Inkontinenzversorgung
- Intensivpflege
- Pflegeperson in der Psychiatrie und weitere

Die Aufgabe der Clinical Nurse Specialists (CNS) ist das Schulen der Pflegepersonen auf den Stationen und nicht oder nur zu einem geringen Teil die Schulung oder die Beratung der/des Patientin/Patienten. Die Clinical Nurse Specialists sind eigentlich die Vorstufe zur Advanced Nursing Practice beziehungsweise haben sich daraus entwickelt.

---

<sup>110</sup> Spirig, De Geest (2004) S.233, Vgl. Römmich, Weydert-Bales (2010) S.13

<sup>111</sup> Vgl. Spirig, Nicca, Werder, Voggensperger, Unger (2004)

Advanced Nursing Practice ist eine Erweiterung der traditionellen Pflege und umfasst auch das klinische Assessment, eine körperliche Untersuchung, Familieninterventionen, Familienpflege und Pflege im häuslichen Umfeld. Dieser Entwicklungsprozess ist Ausdruck der Berufskompetenz und orientiert sich an den Bedürfnissen der Patientinnen/Patienten. „Die kontinuierliche Anwendung von neuesten Forschungsergebnissen und der Austausch innerhalb eines interdisziplinären Teams, das sich an Patientenresultaten orientiert, schafft zudem eine Auseinandersetzung, welche nicht nur zu Fortschritten in der Pflege, sondern in einem ganzen Bereich führt, die schließlich das gesamte Behandlungs- und Pflegeangebot beeinflusst.“<sup>112</sup>

In den letzten Jahren stieg die Anzahl der Möglichkeiten an verschiedenen Institutionen ein Studium zur ANP- Ausbildung zu absolvieren. Das Ziel des Studiums ist die inhaltliche Verknüpfung von Fachwissenschaft und das Pflegemanagement in der Praxis.

Advanced Practice Nurses verfügen über folgende fachliche Kompetenzen:

- Expertenwissen in einem spezifischen Pflegebereich
- Fähigkeiten, andere Pflegepersonen zu führen
- fachliche Fähigkeiten, Pflegepersonen zu schulen
- Fähigkeiten zur interdisziplinären Zusammenarbeit
- Fähigkeiten zur multidisziplinären Zusammenarbeit
- Solide Kenntnisse wissenschaftlicher Methoden
- Fähigkeiten, diese zur Entwicklung der Pflege einzusetzen
- Fähigkeiten, Beratung durchzuführen
- Fähigkeiten zu ethischen Entscheidungsfindungen beizutragen
- Fähigkeiten, ethische Entscheidungen zu treffen

„APN’s sind Schrittmacher, indem sie zu einer Verbesserung der Patientenergebnisse und der Pflegequalität beitragen. So sind sie beispielsweise mit den Nebenwirkungen einer Chemotherapie bei Patientinnen mit Krebs vertraut und kennen den Stand der Forschung

---

<sup>112</sup> Spirig, De Geest (2004) S.233

bezüglich Leidenslinderung. Oder: Sie kennen sich aus mit der Prävention von Stürzen bei älteren Menschen, und sind auf dem neuesten Stand in der Früherkennung oder Vermeidung von akuten Verwirrungszuständen nach operativen Eingriffen. Sie erforschen Hintergründe mangelhafter Therapietreue oder wenden wissenschaftliche Erkenntnisse an, um Angehörige von Patienten in ihrer Pflege zu unterstützen.“<sup>113</sup>

---

<sup>113</sup> Universität Basel <http://nursing.unibas.ch/studium/advanced-nursing-practice/> aufgerufen am 27.5.2011

## **15 Empirischer Teil**

### **15.1 Beschreibung der empirischen Untersuchung**

In diesem Kapitel wird die angewandte Forschungsmethodik dargestellt. Die Wahl der Forschungsmethode wird begründet und die Gütekriterien qualitativer Sozialforschung werden dargestellt. Danach erfolgen die Darstellung des Zuganges zum Forschungsfeld, eine Beschreibung der Stichprobe, der Datenerhebung, die Schwerpunkte des Interviewleitfadens, die Datenauswertung und auf das ethische Clearing wird eingegangen.

### **15.2 Forschungsansatz**

Unsere Lebenswelt hat immer eine bestimmte Sinnkonstruktion und unser soziales Handeln wird durch unseren kulturellen Kontext beeinflusst. Dies steht im Gegensatz zu den naturwissenschaftlichen Fächern. Der Mensch als Subjekt ist der Forschungsgegenstand in der Sozialwissenschaft. Der Mensch ist durch seine Erfahrungen und durch seine Einbettung in den kulturellen Kontext in einer gewissen Weise schon vorstrukturiert und reflektiert. Das Ziel dieses qualitativen Forschungsansatzes ist die Entwicklung und die Überprüfung von Theorien über diese Wirklichkeit.<sup>114</sup>

Die Fragestellung zielt auf die Erforschung „des Erlebens der Diagnose beim Mammakarzinom.“ Es sollen keine objektiven Wahrheiten erhoben werden, sondern das subjektive Erleben und die eigene Meinung der betroffenen Frauen bei der Diagnose Mammakarzinom sollen erhoben werden. Aus diesen Gründen wurde ein qualitativer Forschungsansatz gewählt.<sup>115</sup>

### **15.3 Forschungsfrage**

Ziel in dieser Diplomarbeit ist es, die unterschiedlichen Aspekte des Erlebens von Frauen in der Phase der Diagnose eines Mammakarzinoms aufzuzeigen, sowie die Bedeutung dieser Diagnose für die betroffenen Frauen. Die Erkenntnisse sollen dazu beitragen, das Pflegepersonal und auch Ärztinnen/Ärzte zu sensibilisieren, wie schwierig und vulnerabel die

---

<sup>114</sup> Vgl. Mayring (2002)

<sup>115</sup> Vgl. Mayer (2007) S.87

Diagnosevermittlung und die erste Zeit für betroffene Frauen mit der Diagnose Mammakarzinom sind.

Forschungsfragen:

- Wie erleben Frauen die Diagnosevermittlung beim Mammakarzinom?
- Was bedeutet die Diagnose Mammakarzinom für die betroffenen Frauen?

#### **15.4 Gütekriterien qualitativer Forschung**

Im nachfolgenden Kapitel werden die Gütekriterien der qualitativen Forschung dargestellt.<sup>116</sup>

##### **15.4.1 Verfahrensdokumentation**

Um die wissenschaftlichen Ansprüche zu erfüllen, ist der angewandte Forschungsprozess dokumentiert worden. Damit ist der Forschungsprozess für andere nachvollziehbar. Dokumentiert wurden das Analyseinstrumentarium und die praktische Umsetzung der Datenerhebung und Datenauswertung.

##### **15.4.2 Argumentative Interpretationsabsicherung**

Interpretation ist der wesentliche Teil im qualitativen Forschungsprozess. Diese Interpretationen lassen sich nicht wie mathematische Formeln beweisen, sondern müssen argumentativ begründet sein. Das Vorverständnis der Interpretation muss adäquat mit der Interpretation übereinstimmen, damit die Deutung theoriegeleitet ist. Interpretationen müssen schlüssig sein, Brüche in der Interpretation müssen erklärt werden können. Nach Alternativdeutungen muss gesucht und diese überprüft werden. Die Interpretation kann durch Widerlegung von Negativfällen Argumente für die Absicherung und zur Geltungsbegründung der Interpretation beitragen.

##### **15.4.3 Regelgeleitetheit**

Trotz Offenheit und Variationsmöglichkeiten in der qualitativen Forschung muss sie sich an bestimmte Vorgehensweisen, Regeln und an ein systematisches Vorgehen halten. Dies bedeutet aber nicht, dass die vorgegebenen Forschungsschritte und Analyseeinheiten beibehalten werden müssen. Wenn

---

<sup>116</sup> Vgl. Mayring (2002) S.140-144

es innerhalb der Forschung notwendig ist eine Anpassung der Regeln durchzuführen, so ist dies zu tun und zu dokumentieren

#### **15.4.4 Nähe zum Gegenstand**

Die Nähe zum Gegenstand wird erreicht, wenn man möglichst nahe am Forschungssubjekt in der Alltagswelt ist. Qualitative Forschung will konkrete soziale Probleme darstellen. Darum ist es notwendig zwischen Forscherin/Forscher und Forschungssubjekt ein offenes, gleichberechtigtes Verhältnis herzustellen. Zum Abschluss einer qualitativen Forschung ist immer zu prüfen, inwieweit es gelungen ist, Forschung für die Betroffenen zu machen.

#### **15.4.5 Kommunikative Validierung**

Die Gültigkeit der Ergebnisse ist zu überprüfen, indem man nach der Interpretation wieder zu der/dem Beforschten geht, die Ergebnisse vorlegt und mit ihr/ihm darüber diskutiert. Werden die Ergebnisse von der/dem Beforschten bestätigt und findet sich selbst darin wieder, kann das ein Argument zur Absicherung der Ergebnisse sein. Die beforschten Personen sind unter diesem Gesichtspunkt denkende Subjekte, die in der Diskussion wichtige Argumente zur Relevanz der Ergebnisse liefern. In diesem Prozess können wichtige Erkenntnisse zur Interpretation und Absicherung der Ergebnisse gewonnen werden.

#### **15.4.6 Triangulation**

„Triangulation meint für die Fragestellung unterschiedliche Lösungswege zu finden und die Ergebnisse zu vergleichen.“<sup>117</sup> Die gewonnenen Ergebnisse werden zwar miteinander verglichen, Ziel ist es nicht die völlige Übereinstimmung, sondern die Möglichkeit, Stärken und Schwächen der jeweiligen Analysewege aufzuzeigen. Eine Verbindung von qualitativen und quantitativen Analyseverfahren ist möglich.

### **15.5 Methode der Datenerhebung**

Für diese Diplomarbeit wurde ein qualitativer Forschungsansatz gewählt. Ziel ist die ganzheitliche Darstellung der Betroffenenperspektive von Frauen mit

---

<sup>117</sup> Mayring, 2002, S.147

einem Mammakarzinom. Aus diesem Grund wurde das narrative Interview als Methode der Wahl angesehen.

Die Initialfrage lautete:

"Bitte erzählen Sie mir, wie und von wem haben Sie erfahren, dass Sie Brustkrebs haben, erzählen Sie mir bitte Ihre Geschichte von Anfang an." Durch immanentes Nachfragen wurden die Interviewpartnerinnen immer wieder auf das Erleben der Diagnose beim Mammakarzinom zurückgeführt.

Mit einem Diktiergerät wurden die Interviews aufgezeichnet und wörtlich transkribiert.

### **15.6 Beschreibung des Feldzuganges**

Zugang zu den potentiellen Interviewpartnerinnen hatte ich durch meine Tätigkeit als diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegeperson in einem privaten Krankenhaus und durch die Kontaktvermittlung eines Onkologen. Es wurden nur Frauen interviewt, denen in den letzten sechs Monaten die Diagnose Mammakarzinom mitgeteilt worden ist. Insgesamt wurde mit 16 Frauen Kontakt aufgenommen. Von den 16 Frauen haben fünf die Kriterien, die Diagnose in den letzten sechs Monaten erhalten zu haben, nicht erfüllt. Vier Frauen wollten nicht interviewt werden. Eine Frau sagte aus gesundheitlichen Gründen kurzfristig ab und das Interview konnte leider nicht mehr nachgeholt werden. Zwei Frauen konnte ich im Rahmen meiner beruflichen Tätigkeit als diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegeperson in einem privaten Krankenhaus für die Teilnahme gewinnen. Daraus ergab sich, dass acht Frauen an der Untersuchung teilgenommen haben.

### **15.7 Beschreibung der Interviewpartnerinnen**

Es wurden acht Frauen interviewt, die in den letzten sechs Monaten an einem Mammakarzinom erkrankt waren. Die Frauen waren zwischen 36 und 66 Jahre alt, wobei zwei Frauen eine Ablatio der Brust hatten, die restlichen sechs Frauen hatten eine brusterhaltende Operation. Alle acht Frauen lebten in einer Partnerschaft, wobei fünf verheiratet waren. Eine Frau hatte keine Kinder. Vier Frauen hatten eine Strahlentherapie und eine Chemotherapie, drei Frauen eine Strahlentherapie und eine Frau hatte eine Hormontherapie.

Die betroffenen Frauen wurden im Vorfeld über Ziel und Zweck dieser Diplomarbeit schriftlich und persönlich informiert. Die interviewten Frauen bestimmten selbst Zeitpunkt und Ort, sowie das zeitliche Ausmaß des Interviews. Durchschnittlich dauerte jedes Interview 52 Minuten.

### **15.8 Methode der Datenauswertung**

Die offenen Fragen wurden in Anlehnung an die Inhaltsanalyse nach Mayring ausgewertet<sup>118</sup>. Dabei wurden die wesentlichen Inhalte aus den Antworten der Teilnehmerinnen auf die offenen Fragen zusammengefasst und generalisiert. Daraus erfolgte eine erste Kategoriebildung. Nach einer erneuten Reflexion wurden nochmals einige inhaltsähnliche Kategorien zusammengefasst. Abschließend wurden die verschiedenen Kategorien quantitativ deskriptiv dargestellt.

### **15.9 Forschungsethik**

Zu dem Zeitpunkt, als ich begonnen habe diese Diplomarbeit zu schreiben, gab es in Österreich keine Ethikkommissionen für pflegewissenschaftliche Forschungsarbeiten. Deshalb wurde in dieser Diplomarbeit ein ethisches Clearing angewendet. Anhand der forschungsethischen Prinzipien wurde die Diplomarbeit geprüft und ein Ethikprotokoll verfasst.<sup>119</sup>

#### **15.9.1 Begründung des Themas**

Begründungen für die Auswahl dieses Themas wurden bereits im Kapiteln fünf bis sieben ausführlich dargestellt.

#### **15.9.2 Ziele der Forschung**

Diese wurden bereits in Kapitel sechs erläutert.

#### **15.9.3 Forschungsmethoden**

Diese wurden bereits oben in Kapitel 15.2 erläutert.

---

<sup>118</sup> Vgl. Mayring (2007) S.42-95

<sup>119</sup> Vgl. Schnell (2006) S.15-16

#### **15.9.4 Ethisch relevante positive oder negative Folgen für Probandinnen**

Da zu einem großen Teil professionelle Themen behandelt werden, sollten keine ethisch relevanten negative Folgen für die Interviewpartnerinnen auftreten. Ethisch relevante positive Folgen könnten aufgrund der Ergebnisse und einer eventuellen Diskussion in der Öffentlichkeit auftreten, indem die Bedeutung der Pflegepersonen und ihre Rolle neu diskutiert und beurteilt werden.

#### **15.9.5 Vulnerabilität**

Bei der Beurteilung der Vulnerabilität der Interviewpartnerinnen wurden Überlegungen zu möglicherweise auftretenden Verletzungen und Schäden aufgrund der Teilnahme an der Untersuchung angestellt. Aufgrund des sensiblen Themas können emotionale Belastungen für Interviewpartnerinnen auftreten. Deswegen wurde mit einer Psychotherapeutin vereinbart, dass eine Krisenintervention für die Frauen nach dem Interview angeboten wurde.

#### **15.9.6 Ethische Prävention**

Die Interviewpartnerinnen wurden vor dem Interview über die Untersuchung informiert und um ihr Einverständnis gefragt. Sowohl Interviewpartnerinnen als auch die Forscherin selbst unterzeichneten die Einverständniserklärung. Damit wurde die Zusage der Anonymität nochmals bekräftigt. Weiteres wurde den Interviewpersonen die Möglichkeit gegeben, in emotional belastenden Situationen eine Pause einzulegen, das Tonband zu stoppen oder bei Bedarf das Interview abubrechen. Am Ende des Interviews wurde noch einmal auf die Möglichkeit einer Krisenintervention durch eine Psychotherapeutin hingewiesen.

#### **15.9.7 Keine falschen Aussagen über Nutzen**

Im Informationsschreiben wurde über die Ziele der Forschungsarbeit berichtet.

#### **15.9.8 Datenschutzbestimmungen**

Die Interviewpartnerinnen wurden in einem Informationsschreiben und auch in der Einverständniserklärung über die Datenschutzbestimmungen informiert. Die

erhobenen Daten wurden anonymisiert und ausgewertet und an einem nicht öffentlichen Ort sicher aufbewahrt.

Die Ergebnisse werden ausschließlich für wissenschaftliche Zwecke verwendet.

## 16 Ergebnisse

Das Erleben der Diagnose Mammakarzinom ist für jede Frau sehr individuell. Auf jeden Fall ist es für die betroffenen Frauen ein massiver Einschnitt in ihr bisheriges Leben. Durch die Diagnose wird ihr Leben auf den Kopf gestellt. Diese Veränderungen betreffen den Lebenspartner, die Kinder, Freundinnen/Freunde und das Berufsleben. Die Diagnose hat Einfluss auf das Körperbild der Frau. Diese lebensbedrohliche Krankheit führt unweigerlich dazu, dass sich die betroffenen Frauen mit ihrer eigenen Sterblichkeit auseinandersetzen müssen.

Nach der Auswertung der acht Interviews konnten 10 Kategorien gebildet werden, deren Inhalte im folgenden Kapitel dargestellt werden.

### Kategorie 1: Diagnosevermittlung

Die Diagnosevermittlung beim Mammakarzinom ist ein wichtiger Punkt im Krankheitsprozess. Bei diesem Gespräch wird die Diagnose Brustkrebs Realität. Die Diagnosevermittlung steht direkt mit der Kategorie 2, der Vorahnung und mit der Kategorie 5, der Angst in Verbindung. Durch die Diagnose wird die quälende Vorahnung mit einem Schlag real. Plötzlich ist das beherrschende Gefühl der Frauen Angst. Deshalb ist eine gelungene Diagnosevermittlung von größter Wichtigkeit. Die Therapie des Brustkrebses beginnt meiner Meinung nach mit der Diagnosevermittlung. Hier meine ich nicht unbedingt die Rahmenbedingungen für ein aufklärendes Gespräch, die selbstverständlich auch eingehalten werden müssen, sondern viel mehr, wie die persönliche Haltung und Einstellung der/des Ärztin/Arztes gegenüber den Patientinnen ist.

Eine positive Ärztin/Arzt-Patientinbeziehung hätten sich alle Interviewpartnerinnen gewünscht, aber nur wenige haben diese auch in der Diagnosevermittlung erlebt.

*„ich hab mich in ihrer Gegenwart sehr wohl gefühlt und sie war eigentlich obwohl ich eine Kassenpatientin bin“*

In manchen Interviews entwickelte sich eine gute Ärztin/Arzt-Patientinbeziehung im Verlauf des Krankheitsprozesses. Bei der

Diagnosevermittlung konnte noch nicht von einer empathischen Ärztin/Arzt-Patientinbeziehung gesprochen werden.

*"hab den Arzt erst das dritte Mal gesehen"*

Die Art und Weise der Diagnosevermittlung von/von Ärztinnen/Ärzten ist so unterschiedlich wie wir Menschen selbst. Dies zeigt auch diese Kategorie. Bei manchen Patientinnen gab es eine Diagnosevermittlung, die gelungen und einfühlsam abgelaufen ist. Bei anderen Patientinnen war die Diagnosevermittlung durch die/den Ärztin/Arzt ein schreckliches Erlebnis und in keinsten Weise einfühlsam, ja sogar erschreckend.

*„ging ich wieder ins (##) zur Befundbesprechung und der Arzt dort hat wirklich wie soll man sagen (-) das Gemüt eines Fleischhackerhundes“*

Nach einem Diagnosevermittlungsgespräch ist die Patientin geschockt, ängstlich und verunsichert. Wenn eine/ein Ärztin/Arzt überfordert ist, unter Zeitdruck steht, mit Emotionen der Patientinnen und mit den eigenen Empfindungen schlecht umgehen kann, wird eine gelungene Diagnosevermittlung auf keinen Fall stattfinden.

Die Patientinnen wollten, auch wenn es ihnen Angst machte, eine konkrete Auskunft über ihren Befund.

*„Die hat mir schon gesagt dass das Ergebnis nicht gut aussieht sie müssen irgendetwas machen“*

In einigen Interviews bekamen die betroffenen Frauen keine klaren Informationen zu ihren Befundergebnissen oder die Befundergebnisse wurden umschrieben.

*„Sie hat gesagt es schaut nicht gut aus (-) gehört sofort untersucht (-) dann noch einmal und“*

In manchen Fällen wurde die Patientin nicht von der/dem Ärztin/Arzt persönlich über den „schlechten Befund“ informiert. In einigen Fällen erfuhren die Betroffenen die Diagnose durch nicht befugte Personen oder durch nonverbale Äußerungen.

*„Nicht die Gynäkologin die die Assistentin ja hat mich angerufen und hat gesagt wissen sie schon dass sie einen schlechten Befund haben“*

Konkret bedeutet dies, dass erstens nicht einmal eine genaue Aussage zum Befund oder zur Diagnose Brustkrebs von der/dem Ärztin/Arzt gemacht wurde, und dass zweitens auch eine grobe Verletzung der Informationspflicht durch die Ärztin und den Arzt stattgefunden hat.

Wenn die Diagnosevermittlung kurz und bündig erfolgt, nicht durch die/den betreuende/betreuenden Ärztin/Arzt, wenn nicht auf die Ängste und Emotionen der Betroffenen eingegangen wird, kann auf keinen Fall von einer gelungenen Diagnosevermittlung gesprochen werden. Für eine gelungene Diagnosevermittlung muss versucht werden, Rahmenbedingungen und eine gegenseitige wertschätzende Ärztin/Arzt- Patientinbeziehung herzustellen. Die Pflegepersonen können durch das Schaffen von Rahmenbedingungen einen positiven Einfluss auf die Diagnosevermittlung haben.

Oft kommt es nach der Diagnosevermittlung durch die/den Ärztin/Arzt zu weiteren Fragen der betroffenen Frauen. Diese Fragen richten die Frauen oft an die Pflegepersonen. Grund dafür ist die Nähe der Pflegepersonen zu den Patientinnen. Fragen der Frauen dürfen nicht ignoriert werden, und durch gezielte Gesprächsführung können Pflegepersonen die Betroffenen unterstützen. Die persönlichen Einstellungen, Werte und Haltungen der Pflegepersonen den Patientinnen gegenüber sind bei der Information der betroffenen Frauen besonders wichtig.

In meiner Berufspraxis hat sich gezeigt, dass sich Frauen bei den Pflegepersonen über ihre Krankheit informieren wollen. Ohne auf medizinische Diagnosen und Therapien antworten zu müssen, hat sich oft folgende Frage an die Betroffenen bewährt: *„Was wissen Sie über Ihre Krankheit?“*

Die Aufgabe der Pflegepersonen ist nicht nur das Schaffen von Rahmenbedingungen bei der Diagnosevermittlung, sondern vor allem der offene, sensible, respektvolle und einfühlsame Umgang mit den Frauen.

Die Ergebnisse meiner Interviews haben gezeigt, dass alle Frauen ohne viele Worte und Diagnosegespräche wussten, dass sie Brustkrebs hatten.

## Kategorie 2: Vorahnung

Die Zeit zwischen dem Verdacht und der Diagnosevermittlung ist für jede Frau eine sehr emotionale und psychisch belastende Zeit. Diese Kategorie hat zwei unterschiedliche Ebenen.

### *1. Ebene*

Die erste Ebene ist die „unbestimmte Vorahnung“.

Die meisten Patientinnen ahnten, dass sie Krebs bekommen würden.

*„man denkt dann im Nachhinein wieder ich hab es damals gespürt“*

Ich finde diesen Aspekt überaus spannend und interessant, weil in allen acht Interviews die Frauen angaben, dass sie gewusst oder gespürt haben, dass ein Unglück eintreten wird.

*„ich muss schon ganz ehrlich sagen ich hab zwar das ganze Jahr immer das Gefühl gehabt irgendwas ist (-) vielleicht spürt man da irgendwas“*

Diese unbestimmte Vorahnung konnte nicht genau beschrieben werden, es war ein allgemeines, nicht näher bestimmbares Gefühl, das die Frauen beschrieben haben.

*„ich hab mich in meiner Haut nicht wohl gefühlt“*

Natürlich könnte man einwenden, dass diese Frauen mit dieser schrecklichen Diagnose retrospektiv versucht haben, Gründe oder Befindlichkeiten zu finden, um diesen Schicksalsschlag zu erklären. Mir ist bewusst, dass die Frauen in diesem geschockten Zustand Erklärungen suchten, um zu verstehen, was gerade mit ihnen passierte.

### *2. Ebene*

Die zweite Ebene ist die „bestimmte Vorahnung.“ Damit ist gemeint, dass die betroffenen Frauen einen ganz konkreten Verdacht über ihre Krankheit hatten. Drei Frauen beschrieben, dass sie bei der Selbstuntersuchung bemerkten, dass etwas nicht stimmte.

*„auf der rechten Seite hab ich gewusst dass es Krebs ist das ist so zumindest“*

Ein weiteres Beispiel aus den Interviews war der auffällige Befund der Mammographie und des Ultraschalls der Brust.

*„für mich war das eigentlich klar dass das was Bösartiges ist“*

*„somit hab ich gewusst dass es Brustkrebs ist ohne viele Worte“*

Die Einladungen zu einer Befundbesprechung war für einige Frauen der Ausgangspunkt für die „bestimmte Vorahnung.“

*„aber da hab ich mir schon gedacht (---) wenn er sagt kommen Sie her dann ist es sicher bösartig“*

*„irgendwie das gehört näher untersucht und das hab ich es eh gewusst“*

In dieser Zeit der „bestimmten Vorahnung“ haben sich Frauen intensiv mit der Diagnose Brustkrebs und all ihren Folgen auseinandergesetzt. Die bestimmte Vorahnung war jener Zeitraum zwischen dem Verdacht auf Brustkrebs und der Zeit der Diagnosevermittlung.

*„und deswegen war es für mich die Bestätigung (//) (..) dass ich na ja irgendwie (//) die Gedankengänge waren dass ich mir schon immer gedacht habe“*

Alle interviewten Frauen gaben sinngemäß an „Ich habe es gewusst“, dass sie die Diagnose schon vorher gewusst haben, obwohl sie kein aufklärendes Gespräch mit der/dem Ärztin/Arzt geführt hatten.

*„die hat gar nichts sagen müssen und ich hab gesagt gell das ist negativ also positiv (---) sagt sie na wieso wissen Sie das und also ich war dann total zornig“*

*„Irgendwie hab ich nichts erlebt weil irgendwo ganz tief im Inneren im Hinterkopf hab ich es eigentlich gewusst dass es Krebs ist“*

*„ich hab gewusst das ist Brustkrebs (-) hätte die Mammographie nicht gebraucht ich habe es gewusst“*

Die Betroffenen wussten in allen Interviews über die Diagnose Bescheid, ohne viele Worte von Seiten der/des aufklärenden Ärztin/Arztes und waren auf die Diagnose vorbereitet.

*„hab ich das so gespürt und empfunden“*

Diese Kategorie hat enge Verbindungen zu anderen Kategorien. Die stärkste Verbindung sehe ich zur Kategorie 5, der Angst. Die Ängste, Sorgen und Befürchtungen beziehen sich auf die unterschiedlichsten Dinge. Dies beginnt bei der bestimmten Vorahnung, dass es Krebs ist oder doch nicht. Ist die Diagnose gestellt, beziehen sich die Ängste auf den eigenen Körper, auf das Leben, auf die Familie und auf den Tod. Eine wichtige Verbindung besteht auch zur Kategorie 4, der Familie, zur Kategorie 3, der Hilfe und zur Kategorie 6, der Hoffnung. In der Zeit, wo die Diagnose noch nicht zu 100 Prozent manifest ist, haben die Frauen die größte Hoffnung. Der Zeitraum des Verdachtes bis zur endgültigen Diagnosevermittlung stellt eine enorme physische und psychische Belastung für die Frauen dar. Hier brauchen die betroffenen Frauen Hilfe und Unterstützung.

Am Ende dieser Kategorie möchte ich noch das Subthema Schicksal anführen. Die Ausprägungen waren nicht in allen Interviews evident, dennoch möchte ich das Schicksal hier kurz anführen. Es ist das Schicksal, das ich am Beginn der Auswertung in diese Kategorie mit eingeschlossen hatte. Wie bei allen schrecklichen Erlebnissen und Katastrophen stellten sich auch die Frauen die Frage „Warum trifft es gerade mich?“

*„man fragt sich immer warum wieso weshalb weswegen“*

Das Schicksal Brustkrebs wird oft anderen Frauen zugeschrieben und darum hadern die Frauen mit dem Schicksal und fragen sich, warum gerade sie von der Krankheit betroffen sind.

Alle Frauen wehrten sich gegen die Diagnose, sie konnten nur schwer die Krankheit annehmen.

*„selber will man es eh nicht wahrhaben verdrängt man es“*

Auch fragten sie sich, warum gerade sie diese Krankheit erleiden mussten und haderten mit dem Schicksal. Letztendlich nahmen die Betroffenen die Diagnose in irgendeiner Form an.

*„wie gesagt es war nicht überraschend und es war schrecklich“*

*„ich hab gewusst ich muss jetzt laufen weil es geht um mein Leben“*

Bemerkenswert für mich war, dass alle acht Frauen berichteten, dass sich die bestimmte Vorahnung durch die Diagnosestellung Brustkrebs bestätigte.

### Kategorie 3: Hilfe

In allen Interviews war die soziale Unterstützung ein wichtiges Thema. In dieser sehr schwierigen Zeit der Erkrankung brauchten die betroffenen Frauen Unterstützung.

Diese Kategorie beinhaltet Subkategorien, die unterschiedliche Ebenen der Hilfe darstellt, die in Folge einzeln dargestellt werden:

- familiäre Hilfe
- fremde Hilfe
- professionelle Unterstützung
- spirituelle Unterstützung

Die Unterstützung der betroffenen Frauen kann in professionelle und informelle Hilfe unterschieden werden.

Informelle Hilfe erfuhren die betroffenen Frauen vor allem durch den Ehe- oder Lebenspartner, die Eltern, Kinder, Verwandten, Freundinnen/ Freunde und Arbeitskolleginnen/Arbeitskollegen. Alle informellen Helfer erfüllten im Leben der betroffenen Frauen unterschiedliche Funktionen.

#### *Familiäre Hilfe*

Die größte Unterstützung erfuhren die betroffenen Frauen von der Familie. Vor allem der Partner beziehungsweise der Ehemann waren die größten Stützen während der Krankheit.

*„Mein Mann war immer immer da, der hat mich nirgends alleine hin gelassen“*

Der Ehemann beziehungsweise der Partner nahmen bei der familiären Hilfe eine entscheidende Rolle ein.

Eine Partnerbeziehung, sei sie ehelich oder nicht ehelich, ist immer durch eine starke emotionale Verbundenheit gekennzeichnet.

*„aber ich hab einen sehr lieben Mann der hat mir geholfen“*

Liebe, Zuneigung, Geborgenheit, Vertrautheit, Verlässlichkeit und gemeinsame Erfahrungen sind Voraussetzungen, warum die soziale Unterstützung durch den Ehe- oder Lebenspartner so wichtig und stärkend war.

*„weil ich glücklich verheiratet bin“*

Familie bedeutete für die betroffenen Frauen Liebe und Vertrautheit. Diese emotionale Verbundenheit mit den Familienmitgliedern war durch ein unterschiedliches emotionales Niveau gekennzeichnet. Ehe- oder Lebenspartner und andere Familienmitglieder standen für gemeinsame Lebenserfahrungen, Verlässlichkeit und Verbundenheit.

*„also ich muss sagen ich bin wirklich (-) wie soll ich das jetzt erklären  
(---) meinem Mann sehr dankbar dass er hinter mir gestanden ist“*

Ein wesentlicher Punkt der familiären Hilfe war das Dasein, das Zuhören des Ehe- oder Lebenspartners. Dieses Dasein und das Zuhören ermöglichten den betroffenen Frauen über ihre Ängste und Sorgen zu sprechen und gaben ihnen Sicherheit.

*„hab sehr viele Gespräche mit meinem Mann geführt“*

*„mein Mann ist immer für mich da, ich bin nie alleine (---) ist schon gut zu wissen“*

### *Fremde Hilfe*

Fremde Hilfe ist ebenso wie die Hilfe des Ehe- oder Lebenspartner eine informelle Hilfe. In dieser Subkategorie sind mit fremder Hilfe Freundinnen/Freunde, Bekannte, Nachbarinnen/ Nachbarn, Arbeitskolleginnen/Arbeitskollegen und auch professionelle Berufsgruppen gemeint.

Eine Interviewpartnerin hat fremde Hilfe in schriftlicher Form gesucht. Sie hat mit Büchern und mit angeeignetem Wissen versucht, dem Stressor „Brustkrebs“ zu begegnen.

*„was hab ich dann gemacht das hat mir sehr geholfen ich hab alle Bücher gekauft damals von Frauen die den Brustkrebs überlebt haben das war für mich die beste Therapie dann (-) ja“*

Hilfe erfahren die betroffenen Frauen nicht nur vom Partner, sondern auch von Personen, die ihnen nicht so nahe standen. Freundinnen/ Freunde, Bekannte, Nachbarinnen/ Nachbarn konnten den betroffenen Frauen Unterstützung geben.

*„wirkliche Stütze muss ich sagen war eigentlich mein Sportverein der Tennisverein obwohl das lauter Leute sind die ich nur flüchtig kenne und gerade deshalb sind sie einem eine Stütze“*

Auch „professionelle Berufsgruppen“ beziehungsweise Vortragende und Leiter eines Selbsthilfekurses konnten den betroffenen Frauen Unterstützung geben. Dies wird aber in der nächsten Subkategorie genauer dargestellt.

*„Ich hab ein Seminar im (##) Spital gemacht geleitet von einem ganz bekannten Arzt“*

*„ich bin in einer Malgruppe da redet man darüber die geht über die Krebshilfe“*

Für eine Interviewpartnerin war die Arbeit ein wichtiger Punkt in der Krankheitsbewältigung.

*„ich voll gearbeitet und es ist gegangen weil es mich abgelenkt hat“*

Wichtig für diese Frau war eine Aufgabe zu haben, die sie erfüllen konnte, zu versuchen, das alltägliche Leben aufrecht zu erhalten und sich mit Arbeit abzulenken und die schreckliche Krankheit Brustkrebs zu vergessen.

Die Beziehungen zwischen Freundinnen/Freunden, Bekannten, Nachbarinnen/Nachbarn, Arbeitskolleginnen/Arbeitskollegen und auch professionellen Berufsgruppen waren durch eine geringere emotionale Bindung gekennzeichnet. Die Unterstützung durch Nachbarinnen/Nachbarn und Arbeitskolleginnen/Arbeitskollegen war eher oberflächlich, da sie in den Krankheitsprozess nicht involviert waren und nicht persönlich betroffen waren, im Gegensatz zur Familie. Die Hilfe beschränkte sich auf alltägliche Situationen und Unterstützung im täglichen Leben, wie das Rasenmähen und Einkäufe erledigen.

Die professionellen Berufsgruppen sind nicht persönlich betroffen, aber durch die empathische Haltung gegenüber ihren Patientinnen waren sie Hilfe und Unterstützung, vor allem in den Gesundheitseinrichtungen.

Freunde und Bekannte wählen wir uns selber aus und wir erfahren durch Freundinnen/Freunde und Bekannte Anerkennung und Wertschätzung, soziale Gemeinsamkeiten und gemeinsame Lebenserfahrungen sind vorhanden. Freundinnen/Freunde und Bekannte hatten eine protektive Wirkung und stärkten das Selbstbewusstsein der betroffenen Frauen.

### *Professionelle Unterstützung*

Eine weitere Subkategorie ist die professionelle Unterstützung. In meinen Interviews wurde vor allem die professionelle Unterstützung durch das Krankenhauspersonal genannt.

*„Die Schwester auf der Station hat mir sehr geholfen“*

*„ein ganz ein toller Arzt muss ich sagen sehr nett und aufmerksam“*

Es gibt auch noch andere professionelle Quellen der Unterstützung, die in meinen Interviews nur wenig thematisiert wurden. Ich möchte sie an dieser Stelle zur Vervollständigung anführen: Selbsthilfegruppen, Psychotherapeutinnen/Psychotherapeuten und Psychologinnen/Psychologen. Wichtig ist zu verstehen, dass eine soziale Unterstützung durch professionelle Helfer im Prozess der Therapieinanspruchnahme und Therapieentscheidung von größter Wichtigkeit war.

*„Ich hab ein Seminar im (##) Spital gemacht geleitet von einem ganz bekannten Arzt“*

*„Gott sei Dank habe ich die Schwester auf der Straße getroffen und hab ihr gesagt ich brauche dringend eine Überweisung“*

*„ich bin in einer Malgruppe da redet man darüber die geht über die Krebshilfe“*

*„Die Gruppe hat mich schon geholfen abgelenkt eigentlich“*

Diese professionelle Unterstützung unterscheidet sich wesentlich von den vorher genannten Subkategorien. Der Unterschied ist die fachliche Kompetenz. Bücher und Zeitschriften können zwar Wissen vermitteln, bleiben aber auf

dieser Ebene. Unklarheiten und Fragen können nicht immer vollständig beseitigt und beantwortet werden. In Seminaren kann Wissen vermittelt werden, und auch Selbsthilfegruppen und Malgruppen sind Orte, wo es zum Wissensaustausch kommt. An diesen Orten findet ein kommunikativer Austausch der beteiligten Personen statt.

Die betroffenen Frauen hatten ein großes Bedürfnis nach einer qualifizierten Auskunft. Diese qualifizierte Information war für die Frauen von größter Wichtigkeit, um sich orientieren zu können.

*„der Therapeut hat es auf den Punkt gebracht er hat mit mir über den Krebs gesprochen“*

*„ich kenn mich ja nicht aus so wie die anderen“*

Die qualifizierten Informationen brauchten die betroffenen Frauen zu den Themen Diagnose, Therapiemöglichkeiten, Therapiealternativen, Prognose, Nebenwirkungen und Hilfsangebote.

Neben der qualifizierten Information soll diese auch ehrlich und respektvoll überbracht werden. Nicht nur gesprochene Wörter liefern Information. Gestik, Mimik und das Vermeiden von Berührung und Blickkontakt werden vom anderen registriert und interpretiert. Es muss den Professionellen bewusst sein, dass eine negative Grundhaltung die Gefühle der betroffenen Frauen negativ verstärken kann.

Durch eine positive, offene Grundhaltung der Professionellen konnten die Frauen trotz der Diagnose Brustkrebs positiv in die Zukunft blicken.

*„das menschliche von der Schwester ist wichtig (-) für mich“*

*„ist eigentlich oft eine andere Schwester dort die das macht und die haben das alle super gemacht muss ich sagen“*

Nur wenn die betroffenen Frauen eine qualifizierte Information von Professionellen bekamen, diese Personen auch noch einfühlsam, ehrlich und respektvoll waren, dann erlebten die Frauen mit Brustkrebs Unterstützung vom professionellen Krankenhauspersonal.

In dieser Kategorie finden sich viele Verbindungen zu anderen Kategorien. Eine nicht vollständig aufgeklärte Frau mit Brustkrebs wird Angst (Kategorie 5) vor der Therapie haben. Angst, was passiert mit ihrem Körper, Angst, was passiert

mit ihrer Familie, Angst vor dem Tod (Kategorie 10). Frauen, die eine einfühlsame, ehrliche und respektvolle qualifizierte Information bekamen, empfanden Hoffnung (Kategorie 6) und Trost (Kategorie 7).

Wissen ist ein wesentlicher Punkt der Hilfe. Frauen können sich nur bis zu einem bestimmten Teil Wissen selbst aneignen, sie sind auf die professionellen Helferinnen/Helfer angewiesen, um an alle für sie wichtigen Informationen zu kommen. Die Unterscheidung zu den anderen informellen Subkategorien sind die qualifizierten Informationen, die einfühlsam, ehrlich und respektvoll an die betroffenen Frauen weitergegeben werden sollen. Nur wenn dieses Verständnis in der Praxis angewendet wird, ist eine unterstützende Hilfe möglich.

### *Spirituelle Unterstützung*

Die „spirituelle Unterstützung“ ist die letzte Subkategorie, die ich bei einigen Interviews herausarbeiten konnte. Für jeden Einzelnen bedeutet Spiritualität etwas anderes, ich sehe sie als eine Verbindung zur geistigen Welt. Spiritualität hilft Wege zu finden, um Wünsche, Bedürfnisse und Ängste mit dem Leben zu harmonisieren und in Einklang zu bringen. Sie ist unabhängig von einer Religionszugehörigkeit und umfasst auch das Bewusstsein über das Leben selbst.

In den Interviews war Gott wichtig, er spielte im Ausgang der Erkrankung eine wichtige Rolle.

*„da hab ich dann gebetet“*

*„da habe ich zu beten begonnen“*

Die betroffenen Frauen gingen nicht regelmäßig in die Kirche, aber alle Frauen beteten um einen guten Ausgang der Krebserkrankung.

*„ich gehe nur selten in die Kirche“*

Für manche betroffenen Frauen waren der Glaube und die spirituelle Unterstützung ein wesentlicher Punkt in der Krankheitsbewältigung.

Auch in dieser Subkategorie sind Verbindungen zu den Kategorien Hoffnung, Tod und Trost zu finden. Spiritualität half einigen Frauen Hoffnung zu haben, Trost zu bekommen und die Lebensziele zu ändern. Der Weg der spirituellen

Hilfe bedeutete für die Frauen ihr Leben und ihre Beziehungen in Einklang zu bringen und ihr Leben mit der Diagnose Brustkrebs mit allen Aspekten anzunehmen.

#### Kategorie 4: Familie

Es gibt unterschiedliche Möglichkeiten, wie man Familie definieren kann. In meinem Verständnis und in der Darstellung der Ergebnisse ist Familie als eine soziale Einheit zu sehen, die in Wechselbeziehung mit der Umwelt steht. Die Familie wird als ein System bezeichnet, das unterschiedliche Subsysteme aufweist, die mit unterschiedlichen Rollen und Aufgaben verbunden sind. Zum Beispiel ist das Elternsein ein Subsystem innerhalb der Familie, ihre Aufgabe ist es, die Kinder groß zu ziehen. Gleichzeitig steht sie aber mit anderen Subsystemen in Verbindung. Das bedeutet, die Person ist nicht nur Mutter oder Vater, sondern in einem weiteren Subsystem Tochter/Sohn oder Tante/Onkel. Die Wahrnehmung von Familie erfolgt durch Zusammengehörigkeit, Zusammenhalt und regelmäßigen Kontakt.

Alle Befragten hatten eine enge Beziehung zu ihren Familien angegeben. Die Diagnose Mammakarzinom der Frau stellte eine massive Veränderung im Familienleben dar.

*„mein Sohn war in der Schule auch nicht involviert in das Ganze nicht wirklich“*

Die massiven Auswirkungen auf das Familiensystem können in „positive und negative“ Veränderungen zusammengefasst werden.

Ich möchte bei der Darstellung der Ergebnisse dieser Kategorie mit den positiven Veränderungen beginnen.

Die betroffenen Frauen hatten innerhalb der Familie unterschiedliche Rollen und Aufgaben, die ihnen zugeschrieben wurden. Es zeigte sich in den Interviews, dass sich die Beziehungen verändert haben. In einem Fall wurde die Beziehung zum Sohn besser.

*„ich hab auch zu meinem Sohn eine ganz andere Beziehung ich glaube besser ja besser“*

Es wurden auch Aufgaben, die vor der Erkrankung die Frauen erfüllten, von anderen Familienmitgliedern übernommen. Familienmitglieder versuchten die Belastungen der betroffenen Frauen im täglichen Alltag zu reduzieren. Die Frauen sollten sich auf die Therapie und das Gesundwerden konzentrieren.

*„mein Sohn schaut mehr auf das ich mag das nicht so“*

*„Ja schon ja schon (-) ein bisschen aufmerksamer kann man sagen“*

*„die haben mich hin und her geführt wenn sie Zeit nicht in der Arbeit waren“*

*„Mein Mann und zwei Freundinnen haben viel übernommen das konnte ich nicht “*

Die Beziehung zu anderen Familienmitgliedern kann durch die Diagnose Brustkrebs positiv verändert werden.

So berichtete eine Interviewpartnerin über die innigere Beziehung zu ihrer Schwester. Hier zeigten sich Verbindungen zu der Kategorie 1, der Diagnosevermittlung und zur Kategorie 7, dem Trost.

*„bin ich dann in den Aufwachraum gekommen und meine Schwester war so lieb und war bei mir und hat mir halt so die Hand gehalten und ich hab halt die Augen aufgemacht war ganz schwindelig und sag zu ihr (##) (##) heißt sie Du (##) ist das jetzt Krebs oder nicht und sie hat gesagt ja Schatzl ja das ist Krebs“*

Ihre eigene Schwester war für die Frau einfach nur da, und durch das Händehalten spendete sie Trost.

Das Spenden von Trost und die Anwesenheit der Familie gab den Frauen Hoffnung. Die betroffene Frau brauchte so bald als nur möglich eine konkrete Diagnose, auch wenn sie noch durch die Narkose beeinträchtigt war und im Aufwachzimmer lag.

Eine konkrete Diagnose stellt den Beginn des Bewältigungsprozesses dar, ohne eine klare Diagnose bleibt es, wie in Kategorie 2 beschrieben, einfach nur eine belastende Vorahnung. Auf unbestimmte Vorahnungen können sich Frauen nur sehr schwer einstellen. Ohne konkrete Information sind die betroffenen Frauen orientierungslos. Erst mit der konkreten Diagnose

Brustkrebs ist ein Weg erkennbar und sie können ihre eigenen Bewältigungsstrategien anwenden.

Die Interviews haben ergeben, dass ein starkes Familienkonstrukt keine Garantie ist, dass es zum positiven Verlauf und zu positiven Auswirkungen im Krankheitsprozess der betroffenen Frauen kam. Es kam auch zu negativen Veränderungen innerhalb der Familie, so zum Beispiel die Sorge, dass der Sohn noch nicht erwachsen genug war, wenn die betroffene Frau sterben würde. Hier gab es eine enge Verbindung zu der Kategorie 10, dem Tod und der Kategorie 5, der Angst.

*„mein Sohn ich wollte unbedingt dass der erwachsen ist bevor ich sterbe  
(-) ich hab ihm gesagt dass ich krank bin“*

Besonders Ängste standen sehr eng in Verbindung mit diesen negativen Veränderungen. Es war die Angst, die Familie im Stich zu lassen, etwas zu versäumen. Angst, ihre Aufgaben nicht mehr erfüllen zu können, sie unterstützten die Kinder bei der Versorgung der Enkelkinder, wie zum Beispiel zwei Mal pro Woche die Enkelkinder von der Schule abzuholen.

*„das geht jetzt nicht mehr“*

Einige betroffene Frauen hatten noch Eltern, die ein Mal in der Woche zu ihnen nach Hause zum Mittagessen kamen. Frauen fühlten sich ihren Familien gegenüber verpflichtet. Frauen haben sich die Frage gestellt, was ihre Lieben ohne sie machen würden, der Mann, der Sohn oder die Eltern hatten ja nur sie.

*„wie sag ich es meinen Eltern“*

*„mein Vater den hat es ziemlich getroffen“*

In manchen Fällen fehlte die Hilfe und Unterstützung von Seiten der Familie. Die Aufgaben wurden nicht von anderen Familienmitgliedern übernommen. Es wurde von der Familie nicht versucht, die Belastungen der betroffenen Frauen im täglichen Alltag zu reduzieren. Die Frauen konnten sich nicht auf die Therapie und das Gesundwerden konzentrieren, sondern erfüllten ihre sozialen Rollen weiterhin.

*„die ist eh so beschäftigt mit Beruf und Kinder also wollte ich sie auch nicht so belasten“*

*„es war anstrengend hab es weitergemacht wer soll es denn machen“*

*„wir haben dann auch die Familie informiert dass ich ins Krankenhaus gehe“*

Die betroffenen Frauen mussten der Familie beistehen und sie stützen. Eine Interviewpartnerin beschrieb, wie schwierig es für ihren Sohn war, dass seine Mutter an Brustkrebs erkrankt war.

*„mein Sohn stand völlig neben sich wie ich es ihm gesagt habe“*

Diese Situationen waren für die Frauen sicherlich sehr belastend. Einerseits hatten sie selbst eine schreckliche lebensbedrohende Krankheit und andererseits mussten und wollten sie ihre Familien schützen und ihnen beistehen.

Für ein paar Frauen war die Familie oft mehr Belastung als Hilfe. Vor allem das Verschweigen der Diagnose stellte für die betroffenen Frauen eine Belastung dar. Dieses Schweigen hatte weitreichende Konsequenzen, nicht nur dass sie über ihre Ängste und Hoffnungen nicht sprechen konnten, sondern auch Trost und Hilfe blieben aus. Unerledigte Dinge blieben unerledigt, Unausgesprochenes blieb unausgesprochen, weil die Frauen zum Schutz ihrer Familien über die Krankheit schwiegen.

*„den Enkelkindern sagen wir nichts (-) sind noch zu klein“*

*„wie sag ich es meinen Eltern nicht weil die ja ein Kind wegen dieser blöden Krankheit verloren haben und jetzt ich hab mir gedacht das kann ich ihnen nicht antun“*

Belastend empfanden die Frauen, wenn sie die Diagnose der Familie mitteilten und die Reaktion darauf negativ ausfiel. Ich meine damit nicht den Schock, sondern das "Nicht wahr haben wollen", das Ignorieren der Mutter mit der Diagnose Brustkrebs. Eine Interviewpartnerin beschrieb, dass sich die Beziehung zu ihrem Sohn sogar verschlechtert hat.

*„die sind mir fast aus dem Weg gegangen die haben das also meine Schwiegertochter hat gesagt ich soll nicht böse sein aber mein der Bub ist so er fängt sofort zu weinen an mein Sohn ja ja“*

Diese Verschlechterung der Beziehung hatte einen emotionalen Einfluss auf die betroffene Frau und war für die Therapie und Genesung wenig förderlich. Das Verharmlosen der lebensbedrohlichen Erkrankung Brustkrebs war auch in einigen Interviews Thema. Hier wurde ebenfalls versucht, die Familie durch „Zwangsoptimismus“ zu schützen.

*„ich hab immer gesagt geh macht euch nichts draus und das schaff ich schon“*

*„mein Vater den hat es ziemlich getroffen also auch nach außen hin meine Mutter natürlich auch aber die verhält sich da anders“*

*„nur eben nicht mit der Familie weil da tu ich immer als wäre ich so unantastbar“*

Als letzten Punkt dieser Kategorie möchte ich noch das schlechte Gewissen der Betroffenen ansprechen.

Frauen hatten teilweise ein schlechtes Gewissen gegenüber der Familie, weil sie erkrankt waren und damit eine Belastung für die Familie waren.

*„ja sie waren halt schon sehr betroffen (-) sie haben mir so leid getan sie haben ja nur mich“*

Für die betroffenen Frauen ist für eine erfolgreiche Krankheitsbewältigung ein schlechtes Gewissen auf gar keinen Fall hilfreich.

#### Kategorie 5: Angst

Diese Kategorie hat meiner Meinung nach die meisten Querverbindungen zu allen anderen Kategorien. In allen Interviews sprachen die Betroffenen sehr offen über ihre Ängste, Sorgen und Befürchtungen in Verbindung mit Krebs.

Die erste Verbindung möchte ich mit der Kategorie 8, des Erlebens erörtern. Die Diagnose Brustkrebs war für alle Frauen ein Schock.

*„Schock Schock (---) einfach nur Schock (-) Schock Angst“*

Obwohl alle Frauen angegeben haben, dass sie Vorahnungen hatten und eigentlich vorbereitet waren, traf sie die Diagnose. Es machte die Frauen im ersten Moment handlungsunfähig, sie zeigten alle Symptome der akuten Belastungsreaktion. Für Außenstehende waren die abwechselnden Gefühle wie ausgeprägte Trauer und Wut oder Aggression, aber auch die scheinbare Teilnahmslosigkeit eindrucksvoll und belastend.

*„wenn jemand sagt er fällt nicht in das schwarze Loch meiner Meinung nach fällt jeder ins schwarze Loch jeder fällt hinein“*

*„wenn man nicht durchatmen kann und das brennt ununterbrochen (-) das ist auch ein Wahnsinn“*

Als die Schockphase überwunden war, gab es noch andere Ängste, wie zum Beispiel die Sorge um die Familie oder auch die Sorge um den Beruf und die soziale Sicherheit.

*„Was wird mit meinen Eltern einmal sein“*

*„wie geht es weiter (-) das fragt man sich oft“*

Die Ängste bezogen sich auf den eigenen Körper, auf das Frau Sein, wie in Kategorie 9 beschrieben.

*„Schwer sehr schwer wie leb ich jetzt mit meinem Körper wie leb ich jetzt mit meinem Krebs (---) also Angst“*

Es gab Ängste, die sich auf die Therapie und die Kontrolluntersuchungen bezogen. Die Frauen hatten Angst, ob die Therapien wirken werden, wie die Nebenwirkungen sein werden, ob sie die Therapie vertragen werden oder nicht. Sie hatten Ängste vor jeder Kontrolluntersuchung.

Diese Angst wird die Frauen ein Leben lang bei jeder Untersuchung begleiten.

*„bisschen Angst hab ich natürlich schon vor dem Verlauf der Krankheit“*

*„natürlich zittert man zur nächsten Untersuchung hin“*

Es gab Ängste, die sich auf das Leben und den Tod bezogen.

Ängste können so stark ins Bewusstsein rücken, dass wir von Todesangst sprechen. Es ist hier besonders für Pflegepersonen wichtig, diesen Aspekt der

Angst bei Frauen mit Brustkrebs wahrzunehmen und adäquate Hilfe anzubieten.

*„ja es ist schrecklich kann schlecht ausgehen“*

*„Schrecklich (---) für mich ist Krebs schrecklich“*

*„nur mit dem da kommt es mir immer hoch“*

Das Spektrum der Angst der interviewten Frauen reichte von einem Zustand einfacher Furcht bis zur nackten Panik. Angst war und ist ein ständiger Begleiter der betroffenen Frauen.

#### Kategorie 6: Hoffnung

Es ist nicht einfach, Hoffnung in Worte zu fassen. Hoffnung kann man als eine positive innere Erwartungshaltung beschreiben. Wir wünschen uns etwas, was in Zukunft eintreten soll. Wir können das Ereignis zwar benennen aber es nur gering beeinflussen. Ob diese Erwartungshaltung Wirklichkeit wird, darüber gibt es keine Gewissheit. In allen Lebensphasen und Lebensbereichen ist Hoffnung zu finden. Der Hoffnungsindex nach Herth (1992) basiert auf dem Verständnis, dass Hoffnung eine multidimensionale dynamische Lebenskraft ist. Diese Lebenskraft ist durch Zuversicht mit unsicherer Erwartung gekennzeichnet. Herth beschreibt sechs Dimensionen von Hoffnung.<sup>120</sup>

Hoffnung war ein wichtiges Thema für alle befragten Frauen.

*„man hört halt von anderen was sie für Erfahrungen haben und man sieht halt auch welche die schon Jahre lang gesund sind und dann kriegt man wieder ein bisschen Hoffnung“*

Hoffnung war ein tiefes emotionales Gefühl, das den Frauen die Kraft gab, handlungsorientiert agieren zu können. Das bedeutete, sie informierten sich über den Brustkrebs, die Therapiemöglichkeiten und die Prognose. Die Frauen hatten die Familie integriert und haben begonnen, die Diagnose Brustkrebs zu verarbeiten. Die positive Hoffnung war eine Voraussetzung, um das Mammakarzinom zu überstehen und immer wieder Kraft zu schöpfen.

*„ja (-) da war ich eigentlich sehr zuversichtlich (-) ich bin es jetzt noch“*

---

<sup>120</sup> Vgl. Huppmann, Lipps (2006) S.201-214.

Hoffnung führte zu neuen Zielen der betroffenen Frauen. Hoffnung selbst war hier als Bewältigungsstrategie zu sehen, Hoffnung auf Heilung und die Hoffnung, den Berufsalltag und den Lebensalltag selbständig zu bewältigen, um Normalität der betroffenen Frauen und ihrer Familien zu erreichen.

Es hat sich in den Interviews gezeigt, dass die Hoffnung immer da war, egal wie schrecklich die Diagnose oder die Situation waren.

*„ich hab immer eine klitzekleine Hoffnung gehabt“*

Die Kategorie Hoffnung hat enge Verbindungen zu anderen Kategorien. Eine besonders enge Verbindung sehe ich mit der Kategorie 3, der Hilfe, genauer mit der Subkategorie „spirituelle Hilfe“. Hoffnung ist eine der christlichen beziehungsweise theologischen Tugenden. Glaube, Liebe und Hoffnung- diese drei Tugenden stellen die Grundlehre des Christentums in Bezug auf das Verhalten von Christen gegenüber ihrer Umwelt dar.

Die betroffenen Frauen glaubten, dass sie mit der Hilfe anderer oder mit Gottes Hilfe eine Lösung finden werden.

*„ich hab gehofft dass das schnell vorbei geht“*

Warum ist es so wichtig, sich seine Hoffnung und Zuversicht zu bewahren?

Wer hoffnungsvolle Gedanken und ein positives Denken hat, verfügt über eine positive, emotionale innere Einstellung, dass man selbst im Leben Einflussmöglichkeiten hat oder dass andere helfen werden. Das gibt Kraft und Energie zu handeln und eine positive Lebenseinstellung zu bewahren. Dies sind wesentliche Aspekte, die helfen, sich schneller von Krankheiten und Operationen zu erholen. Auch wenn meine empirische Arbeit auf Daten und Analysen gründet, so bin ich doch der Meinung, auch wenn Hoffnung schwierig zu erheben und zu benennen ist, dass Hoffnung für die betroffenen Frauen ein inneres Lebenselixier ist.

### Kategorie 7: Trost

Um näher auf diese Kategorie und ihre Verbindungen eingehen zu können, muss erklärt werden, was Trost ausmacht. Trost ist zwischenmenschliche

Zuwendung, wenn die/ der Gegenüber physische oder psychische Schmerzen erleiden muss. Trost wird nicht nur durch Worte ausgedrückt, auch Gesten und eine Umarmung können Trost spenden. Ziel ist es, dass physische oder psychische Schmerzen der/ des Getrösteten gelindert werden sollen und sie/ er soll wissen, dass sie/ er nicht alleine ist. Das Wort „Trost“ bedeutet auch „Ermutigung“.

Einige Interviewpartnerinnen waren noch nicht so weit, dass ihnen Trost in irgendeiner Form helfen konnte.

*„für mich gibt es keinen Trost die Realität beim Trost ist dass Sie eigentlich gar nichts sagen können“*

Trost steht mit den anderen Kategorien in Verbindung, jedoch die Kategorie 6, die Hoffnung, steht in enger Beziehung mit dem Trost.

Trost erfuhren die Befragten innerhalb der eigenen Familie, von Freundinnen/Freunden, vom eigenen Partner oder von Personen im Krankenhaus.

*„das wird schon werden das schaffen Sie schon und so weiter“  
„er mein Mann hat mich immer beruhigt“*

Trost ist mit den beiden Kategorien Familie und Hoffnung sehr eng verflochten. Ich habe dieser Kategorie deshalb Raum gegeben, weil sie von den Kategorien Familie und Hoffnung wesentliche Aspekte zusammenführt. Familie, aber auch Freundinnen/Freunde, Bekannte und auch professionelles Krankenhauspersonal konnten den betroffenen Frauen Trost spenden.

*„da drinnen im Krankenhaus gleich Kontakte geknüpft was haben Sie welchen Krebs haben Sie so ist man gleich ins Gespräch gekommen mit den anderen“*

*„eine halbe Stunde später war dann die Frau Doktor da (-) und hat zwei Stunden mit mir gesprochen“*

*„und drinnen im Krankenhaus wie gesagt ich hab mit ziemlich vielen Leuten gesprochen“*

Trost gab den Frauen Kraft das Mammakarzinom zu überstehen, aus diesem Trost schöpften sie neue Kraft.

Manche Frauen erfuhren keinen oder nur wenig Trost. Die Familie, aber auch Freundinnen/Freunde, Bekannte und auch professionelle Helferinnen/Helfer konnten nicht immer Trost spenden.

*„er hat mir halt gesagt es ist nicht das Wichtigste es geht auch so weiter“  
„ich gehe jetzt zur Psychotherapie (-) das hilft ein wenig“*

Die Ursachen können unterschiedlicher Natur sein, warum kein Trost gespendet wurde. Wichtig für mich ist noch einmal aus der Sicht einer professionellen Krankenschwester festzuhalten, dass es auf die persönliche Haltung als Mensch und als Krankenschwester ankommt, um Betroffenen Trost spenden zu können. Ich möchte bei dieser Kategorie mit zwei für mich persönlich sehr wichtigen Aussagen von betroffenen Frauen schließen. Es sind zwei Zitate von Interviewpartnerinnen, mit denen ich lange gesprochen habe und die mich immer wieder zum Reflektieren anregen.

*„Wer noch nie gelitten hat, weiß auch nicht, wie man tröstet“  
„Ich bin froh dass ich mit Ihnen reden durfte (-)“*

### Kategorie 8: Erleben

Am Beginn meiner Auswertung hieß diese Kategorie Erleben und Gefühl. Ich habe lange überlegt, ob ich die Kategorien trennen soll oder sie als eine gesamte Kategorie belassen kann. Letztendlich ist es eine Kategorie mit dem Titel Erleben geworden, weil ich meine, dass Gefühle, ob positiv oder negativ, Gefühle sind, die intensiv erlebt werden.

Sehr offen sprachen die Frauen in den Interviews über ihre Gefühle und das Erleben während der Zeit der Diagnose und der Krankheit.

*„hab ich gewusst dass es Krebs ist das ist so zumindest hab ich das so gespürt und empfunden“*

Diese Gefühle waren überwiegend negativ. Es wurden alle Aspekte einer plötzlich schrecklichen lebensbedrohenden Erkrankung beschrieben. Empfinden von Schock, Orientierungslosigkeit, Verlust von Funktionen, Angst, Tod, Ungewissheit und auch Leere waren vorherrschend.

*„Eigentlich gar nichts gar nichts“*

*„Ja also irgendwie leer im Kopf war ich dann und bin dann wie ferngesteuert dann nach Hause gegangen“*

Diese Kategorie ist mit der Kategorie 5, der Angst verbunden, sie beinhaltet den Schock, den die Frauen erlebten und wie sie die Hilflosigkeit in dieser schwierigen Situation erlebten.

*„da ist es mir wirklich schlecht gegangen“*

*„natürlich kriegt man da noch so so komische Wallungen das ganze Gefühl steigt in einem auf“*

Das Erleben dieser Diagnose war für alle Betroffenen ein traumatisches Ereignis und wurde von den Frauen meist durch negative Gefühle beschrieben.

*„jetzt kann ich weniger machen als früher“*

*„ist natürlich eine Welt zusammengestürzt für mich“*

*„man kann sehr schwer damit umgehen sehr schwer“*

*„da hast du keine Kraft (-) es ist vorbei“*

Das Erleben hat natürlich auch Verbindungen zu weiteren Kategorien, die bei den acht Interviews nicht besonders stark herausgearbeitet werden konnten. Es gibt Verbindungen zu den Kategorien Familie, Hilfe und Hoffnung. Wie schon bei diesen Kategorien angeführt, gab es positive Berichte der Frauen, dass zum Beispiel die Beziehungen zum Sohn oder zum Partner wieder besser wurden. Wenn man die Frauen aber nach dem Erleben der Diagnose Brustkrebs fragte, ergab es eindeutig das Ergebnis, dass das negative Erleben und die negativen Gefühl im Vordergrund standen. Im Grunde war es nicht verwunderlich, denn das Ereignis Brustkrebs war ein tiefgreifender Einschnitt im Leben der betroffenen Frauen und änderte ihre Eigen- und Selbstwahrnehmung radikal.

#### Kategorie 9: Frau sein

Ein zentrales Thema in allen Interviews war die Rolle der Frau während der Diagnosestellung und der Krankheit. Ich habe hier ganz bewusst den Begriff der Rolle verwendet, denn man muss in dieser Kategorie zwischen der Rolle

als Ehefrau beziehungsweise Lebenspartnerin und der Rolle als Frau in der Gesellschaft unterscheiden.

Ein weiterer wesentlicher Punkt war die persönliche Beeinträchtigung, wie sich die Betroffenen als Frauen selber wahrnahmen.

*„man fühlt sich sehr schwer ohne Brust ja also sich als Frau anzunehmen“*

Fast alle Frauen empfanden durch die Operation und durch die darauffolgende Therapie den Verlust der Weiblichkeit als sehr belastend. Die Frauen fürchteten, ihren weiblichen Körper zu verlieren.

*„Na ja es ist ein bisschen verstümmelt aber ich hab mich damit abgefunden“*

Der Verlust der Weiblichkeit lässt sich nicht nur an der Brust festmachen. Auch andere Veränderungen des Körperbildes der Frauen durch Therapien empfanden die Frauen als Belastung.

*„er sagt dann immer mein Glatzkopferl halt oder so und nur wie soll ich sagen“*

*„hab ich gesagt lieber ich verliere die Haare und sie kommen neu nach“*

*„mir halt die Haare ausgegangen sind da hab ich mir halt natürlich gedacht so was das ist ja für eine Frau schon ein einschneidendes Erlebnis und vor allem wenn man dann einen jüngeren Freund hat“*

Bei manchen Frauen litten die Partnerschaft und die Sexualität durch die Diagnose Krebs.

*„im Zuge dessen die Sexualität nicht mehr so vorherrschend ist“*

*„am Anfang war es schon ein Problem (-) mehr für mich als für meinen Mann (-) ehrlich“*

*„in der Zeit der Diagnose und Therapie hat er mich überhaupt nicht hat er keine Anstalten gemacht“*

Nicht bei allen Frauen kam es durch die Diagnose Brustkrebs zu Schwierigkeiten in der Beziehung, bei einigen wurde die Beziehung sogar wieder intensiver.

*„die Beziehung rennt wesentlich besser als vorher“*

Eine besonders starke Veränderung des Körperbildes war bei einer Ablatio der Brust zu bemerken, wo der BH offensichtlich nicht mehr passte. Diese anatomischen Veränderungen der Weiblichkeit hatten auch eine Veränderung des Selbstwertes und der Selbstsicherheit der Frauen zur Folge.

*„wissen Sie ich kann kein Dekolleté tragen ich hab keine Brust“*

*„erstens ist die Brust weg und zweitens hast du Krebs“*

Frauen waren in der Öffentlichkeit unsicher und versuchten die Folgen ihrer Erkrankung zu verbergen.

In unserer Gesellschaft ist die weibliche Brust ein Ausdruck von Mütterlichkeit, Weiblichkeit und Sexualität. Dieser gesellschaftliche Druck und die erlebte, persönliche Beeinträchtigung der Frauen, wie sie sich selber wahrnehmen, wird als sehr belastend erlebt.

Frauen waren in der Öffentlichkeit unsicher und versuchten die Folgen ihrer Erkrankung zu verbergen.

*„am Anfang hab ich schon geglaubt dass man es sieht (-) jetzt ist mir das schon irgendwie egal schon wenn ich baden gehe und ich geh da unter das Volk geh ich meistens mit einem Handtuch also es ist nicht so dass ich so gehe (-) also da brauch ich schon einen Schutz“*

Es gab auch Rollen, die von den betroffenen Frauen beschrieben wurden, die durch die Diagnose nicht beeinträchtigt waren. Es war für die Frauen so wichtig, dass sie diese Rollen in den Interviews thematisierten.

*„Mutter(---)Tochter bin ich ja immer noch“*

*„die Rolle als Mutter (---) hab ich immer wahrgenommen das schon das war nicht schwierig“*

Meiner Einschätzung nach haben Frauen durch die Diagnose Brustkrebs in ihren unterschiedlichen Rollen sehr viele unterschiedliche Einschränkungen erlebt. Es gab Veränderungen der Sexualität mit dem Partner und es gab gesellschaftliche Einschränkungen als Frau ohne Brust. Die betroffenen Frauen haben trotz Einschränkung ihre sozialen Rollen erfüllt.

*„so hab ich gesehen ich bin genauso viel Wert wie vorher und ich kann das“*

#### Kategorie 10: Tod

Den Gedanken an die eigene Sterblichkeit und an den Tod verdrängen wir allzu gerne. In unserer heutigen Gesellschaft steht das Leben für die meisten Menschen im Mittelpunkt und hat den Tod aus dem Bewusstsein verschwinden lassen. Dennoch sind der Tod und das Sterben allgegenwärtig. Solange wir nicht unmittelbar vom Tod und Sterben betroffen sind, ist unsere persönliche kleine Welt in Ordnung.

Durch die Diagnose Brustkrebs wurde den betroffenen Frauen plötzlich die Endlichkeit des Lebens am eigenen Leib bewusst. Durch die Diagnose Brustkrebs beschäftigten sich alle Frauen mit dem eigenen Tod.

*„ich habe gedacht ich werde sterben man denkt ans Sterben“*

Aufgrund der Erkrankung haben sich viele Frauen Gedanken gemacht, was nach dem Tod sein wird. Hier findet man die Verbindung zu der Kategorie 4, der Familie, wo noch Dinge erledigt oder geregelt werden musste.

*„ich hab ein Testament gemacht also ich wollte das was ich habe jemanden weitergeben was ich mir erwirtschaftet habe“*

Wegen des ungewissen Ausgangs der Erkrankung Brustkrebs war einigen betroffenen Frauen wichtig, ihre Familie in Sicherheit und geordneten Verhältnissen zu wissen. Ebenso schien es einigen Frauen wichtig, das Geschaffene an die Familie weitergeben zu können. Nicht nur finanzielle und materielle Güter, sondern auch geistige Güter sollten nicht in Vergessenheit geraten.

*„für die Enkelkinder da haben die auch noch was von mir wenn ich vielleicht nicht mehr da bin“*

Es gab noch einen weiteren Punkt, der mit der Kategorie 4, der Familie, in Verbindung stand. Der Tod von nahestehenden Personen war in einigen Interviews ein berührendes Thema. Einige Interviewpartnerinnen erzählten von

ihren Erfahrungen und Erlebnissen vom Tod und vom Sterben naher Angehöriger.

*„weil ich erlebt hab wie mein Vater wirklich also aber der war Gott sei Dank vielleicht hab ich das von ihm der ist auch also mit so einer Würde gestorben“*

Die heutigen therapeutischen Möglichkeiten stehen im Spannungsfeld des maximalen medizinischen Machbarem und dem Wunsch, das Leben und auch das Sterben autonom und würdevoll zu gestalten. Hier zeigt sich auch die Verbindung zur Kategorie 5, der Angst.

Frauen hatten sich sehr konkrete Gedanken zum Thema Sterben gemacht. Sie machten sich Gedanken darüber, ob sie Schmerzen haben würden, ob sie alleine sein würden, wenn sie sterben sollten und ob sie einen würdevollen Tod erleben würden. Diese Ungewissheit machte den Frauen Angst.

Die betroffenen Frauen machten sich auch immer Sorgen um die Familie, wenn sie sterben würden, weil ihre Familien den Schock der Diagnose Brustkrebs und den eventuellen Tod noch nicht verarbeiten konnten.

*„er hat so viel immer die Angst die Mutter könnte sterben“*

Das Begreifen des Todes, als etwas Natürliches zum Leben Gehörendes, ist eine Voraussetzung, um diesen zu akzeptieren.

*„weil jeder muss irgendwann einmal sterben also (//) (---)“*

In jeder Kultur und in jeder Epoche gibt es ein Verständnis von Leben und Tod. Das bedeutet das Wissen um die begrenzte individuelle Existenz der Menschen auf dieser Welt.

*„dass der Mensch überhaupt solche Vorahnungen hat auch Todesvorahnungen ich glaube dass jeder Mensch Todesvorahnungen hat“*

*„was im Leben die Diagnose Krebs ist Angst Tod wann wirst du sterben“*

Das Verdrängen der Diagnose Mammakarzinom funktionierte nicht, da durch Untersuchungen, durch Schmerzen, Strahlentherapien oder Chemotherapien die Erkrankung und die Auseinandersetzung mit der eigenen Sterblichkeit immer präsent waren.

## 17 Resümee und Schlussfolgerung

Am Beginn dieses Kapitels möchte ich noch einmal die Forschungsfragen und alle Kategorien darstellen. Die zwei bedeutendsten Ergebnisse dieser Diplomarbeit, die Diagnosevermittlung und Vorahnung, werden noch einmal explizit dargestellt.

„Wie erleben Frauen die Diagnosevermittlung beim Mammakarzinom?“

„Was bedeutet die Diagnose Mammakarzinom für die betroffenen Frauen?“

*Erhobene Kategorien:*

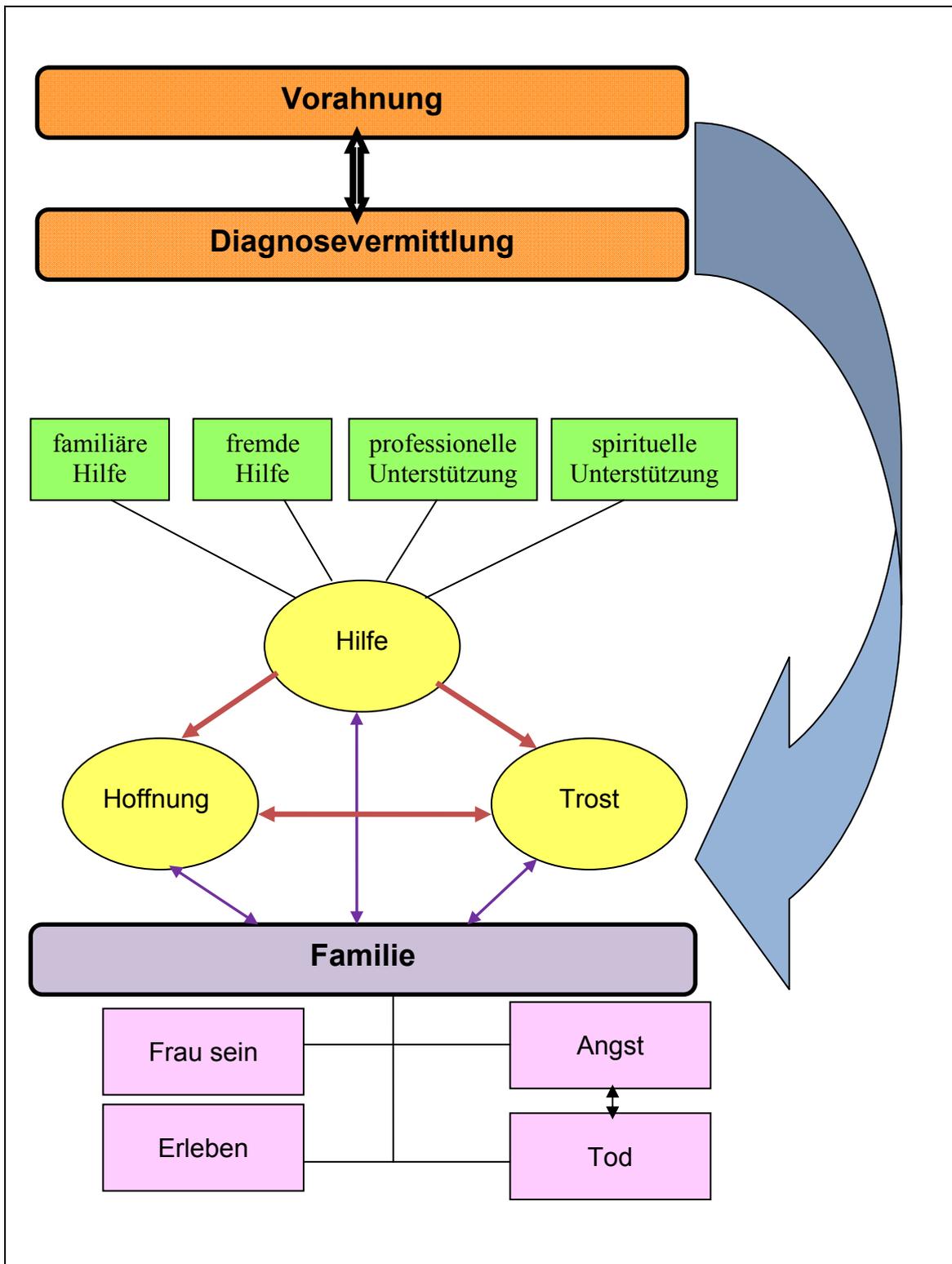
- Diagnosevermittlung
- Vorahnung
- Hilfe
- Familie
- Angst
- Hoffnung
- Trost
- Erleben
- Frau sein
- Tod

Die Diagnose Mammakarzinom war für die interviewten Frauen ein dramatischer Wendepunkt in ihrem bisherigen Leben. Nichts blieb so wie es war. Die Diagnose Brustkrebs war mit psychischen und physischen Auswirkungen verbunden, die je nach eigener Konstitution und familiärer Unterstützung, Belastungen erzeugte. Die Diagnose war der Zeitpunkt, in dem die Krankheit Mammakarzinom zur Gewissheit wurde.

Die Diagnose Brustkrebs war für die betroffenen Frauen ein einschneidendes Erlebnis und erfasste die Frauen in ihrer Gesamtheit. Die Art und Weise, wie die Diagnose vermittelt wurde, war für die Frauen von Bedeutung. Jedoch war es für alle acht Frauen kein unvorhergesehenes Ereignis und keine überraschende Diagnose, weil mit dem Ertasten des Knotens in der Brust die Vorahnung entstanden ist, dass sie Krebs hatten.

In Abbildung 12 werden die Kategorien und ihre Verbindungen und Beziehungen zueinander dargestellt.

Abbildung 12: Darstellung der Kategorien



### *Diagnosevermittlung*

Alle Frauen machten sich Gedanken zur Diagnose Brustkrebs, aber erst im Gespräch mit der/dem Ärztin/Arzt wurde sie zur Gewissheit.

Darum war es unbedingt notwendig, dass bei diesen Diagnosevermittlungsgesprächen ein gewisser Rahmen eingehalten wurde.

Dieser Rahmen wirkt so einfach, doch die Praxis zeigt - warum auch immer - dass dieser Rahmen in wenigen Fällen angewendet wird.

Inhalte des Rahmens zur Diagnosevermittlung:

- Die Frauen sollten nicht alleine zum Diagnosevermittlungsgespräch kommen. Wenn die Patientin alleine beim Diagnosevermittlungsgespräch sein möchte, sollte eine Bezugsperson auf die betroffene Frau im Besprechungszimmer warten.
- Beim Diagnosevermittlungsgespräch sollte die/der Ärztin/Arzt auch nicht alleine sein.
- Auf Ruhe achten, genügend Zeit nehmen und Fragen zulassen.
- Das Diagnosevermittlungsgespräch soll dokumentiert werden.
- Auf physische und psychische Symptome soll geachtet und bei Bedarf darauf reagiert werden.
- Eine empathische Haltung soll kommuniziert werden und es soll versichert werden, dass jemand bei späteren Fragen da ist. Ansprechpartnerin/Ansprechpartner soll definiert werden, an die/den sich die Betroffene wenden kann, wenn Probleme oder Unsicherheiten auftreten. Diese Person ist oder kann durchaus die Pflegeperson sein.
- Ein Therapieplan sollte erstellt und mit der Patientin besprochen werden.

Die Frauen versuchten nach der Diagnosevermittlung und in der Zeit der Erkrankung das Leben und ihre Aufgaben so lange wie möglich autonom zu führen. Dies gab Hoffnung und Kraft, die Erkrankung zu überstehen. Grypdonck beschreibt „Sinn im Leben zu finden, hilft die existentielle Krise zu überwinden“.<sup>121</sup>

---

<sup>121</sup> Grypdonck (2005) S.25

Ein wesentlicher Punkt, der unbedingt bei der Diagnosevermittlung berücksichtigt werden muss, ist die Vorahnung der betroffenen Frauen.

Vor der eigentlichen Diagnosestellung hatten die betroffenen Frauen Vorahnungen. Im Innersten wussten sie die Diagnose schon bevor die eigentliche Diagnosevermittlung durch eine/einen Ärztin/Arzt stattgefunden hat.

In der Praxis muss das Betreuungsteam auf diese Vorahnung der Frauen Rücksicht nehmen. Wenn Frauen bei der Selbstuntersuchung einen Knoten in der Brust spüren, haben sie Möglichkeiten, sich über Brustkrebs im Internet oder in Büchern zu informieren. Sie haben bis zu einer medizinischen Untersuchung und Diagnosestellung einen gewissen Zeitrahmen darüber nachzudenken, was die Erkrankung Krebs für die betroffene Frau, für ihre Familie und für ihr weiteres Leben bedeutet.

Die Art und Weise der Diagnosevermittlung ist für die Frauen bedeutsam. Die Diagnose Brustkrebs darf nicht per Telefon oder zwischen Tür und Angel mitgeteilt werden. Es muss eine empathische und symmetrische Ärztin/Arzt-Patientin- Beziehung aufgebaut werden. Bei einer optimalen Diagnosevermittlung werden die Copingstrategien der betroffenen Frauen aktiviert, damit sie die Diagnose Krebs annehmen können.

Die Vorahnung und das Wissen über die Krankheit der Patientinnen sind wesentliche Punkte, auf die das Betreuungsteam eingehen muss und diese Ressourcen nützen soll.

### *Vorahnung*

Das zentrale Thema, das aus den Interviews herausgearbeitet werden konnte, war die Vorahnung. Vor der eigentlichen Diagnosestellung hatten die betroffenen Frauen Vorahnungen. Diese Vorahnungen konnten in unbestimmte und bestimmte Vorahnungen unterteilt werden. Im Innersten wussten sie bereits die Diagnose bevor die eigentliche Diagnosevermittlung durch eine/einen Ärztin/Arzt stattgefunden hat. Das Gespräch mit der/dem Ärztin/Arzt war die fachliche Bestätigung durch eine/einen Expertin/Experten. Natürlich hofften die Frauen, der Tumor könnte gutartig sein oder die/der Ärztin/Arzt

hatte sich geirrt. Dies sind alles Handlungen, die für Verdrängung der so emotional belastenden Situation dient.<sup>122</sup>

Diese Störungen findet man auch in der Theorie von Grypdonck wieder.<sup>123</sup>

Das bisherige Leben der Betroffenen wurde auf allen Ebenen (Beruf und Alltag) durcheinander gebracht.

Die Vorahnungen werden in unbestimmte und bestimmte Vorahnungen unterteilt. Die unbestimmte Vorahnung ist schwer greifbar und unspezifisch. Die bestimmte Vorahnung ist in einem bestimmten Zeitpunkt fest zu machen. Mit dem Ertasten des Knotens in der Brust entsteht eine bestimmte Vorahnung. Das ist meiner Meinung nach der wesentliche Unterschied zu anderen Karzinomarten. Bei vielen anderen Krebsarten gibt es keine bestimmte Vorahnung. Sicher sind nicht alle Krebsarten symptomlos, aber viele Karzinome werden erst bei Vorsorge- oder Routineuntersuchungen entdeckt.

Die Diagnose traf die Patientinnen nicht überraschend. Trotzdem war die Diagnose Brustkrebs für die Frauen ein Schock. Der Unterschied bestand aber darin, dass sich die Frauen durch ihre bestimmte Vorahnung mit der Möglichkeit, dass es vielleicht Brustkrebs sein könnte, beschäftigt haben.

Es soll nicht der Eindruck entstehen, dass die Frauen auf ihre Diagnose vorbereitet waren, aber die Ergebnisse zeigten, dass für die Frauen die Diagnose Brustkrebs keine Überraschung war. Nur weil sich die Frauen bereits vor der Diagnosevermittlung mit dem Gedanken auseinandergesetzt hatten, es könnte Brustkrebs sein, mussten trotzdem die Regeln der Diagnosevermittlung eingehalten werden. Die betroffenen Frauen konnten trotz bestimmter Vorahnung und dem bewussten Auseinandersetzen mit ihrer Erkrankung nicht besser oder schneller die Diagnose Brustkrebs annehmen.

Hier gibt es eine Verflechtung mit den Kategorien Hoffnung und Trost. Hoffnung wird als Voraussetzung gesehen, die Krankheit zu überstehen. Pläne zu schmieden, neue Ziele zu formulieren und optimistisch zu bleiben hilft die Ängste und die Sorgen in ein erträgliches Maß zu halten.<sup>124</sup>

---

<sup>122</sup> Vgl. Schaeffer, Moers (2008)

<sup>123</sup> Vgl. Grypdonck (2005)

<sup>124</sup> Vgl. Führinger (2010) S.239

Vielmehr gilt es diese bestimmte Vorahnung in die Diagnosevermittlung und in die Behandlung zu integrieren und als Ressource zu nützen. Es muss dem Betreuungsteam bewusst sein, dass durch eine bestimmte Vorahnung die Diagnose Krebs nicht so dramatisch ist wie bei anderen Krebsarten, wo es keinerlei Vorahnung gibt.

### *Hoffnung und Trost*

Hoffnung war ein Schritt zur Bewältigung der Erkrankung. Hoffnung war eine innere Haltung, im Gegensatz zu Trost, die von extern kam. Trost wurde von der Familie, vom Partner oder den Freundinnen/Freunden gegeben und die betroffenen Frauen konnten daraus Kraft schöpfen, um Pläne zu schmieden, neue Ziele zu formulieren und optimistisch zu bleiben. Hoffnung und Trost waren sehr eng mit der Familie und Hilfe verbunden. Es gab ein intrinsisches und extrinsisches System, welches den Frauen half, mit der Krankheit umgehen zu lernen und diese zu bewältigen.

### *Familie und Hilfe*

Obwohl das gesamte soziale System durch die Krebserkrankung ins Wanken gekommen war, erfuhren die Betroffenen innerhalb des Familiensystems die größte Geborgenheit. Die Frauen und die Familie mussten eine neue Rollenverteilung aushandeln und lernen, wie sie mit den neuen Rollen umzugehen hatten. In dieser Zeit waren Gespräche mit Außenstehenden, wie zum Beispiel im Tennisverein, oft leichter zu führen als innerhalb der Familie. Grund dafür war, dass Außenstehende nicht direkt in den Krankheitsprozess integriert waren. Eine professionelle Hilfe, sei es durch eine/einen Psychotherapeutin/Psychotherapeuten, Ärztinnen/Ärzte und Pflegepersonen, wurde oft bewusst oder unbewusst in Anspruch genommen. Die Familie konnte aber auch Belastung sein, vor allem wenn einige Sachen unerledigt waren oder wenn die Frauen das Gefühl hatten, sie ließen ihre Familie im Stich.

Die Hilfe war auf unterschiedlichen Ebenen zu finden.

Wichtig ist für die/den professionelle/n professionellen Hilfestellerin/Hilfesteller, dass die Hilfe und Unterstützung in einer menschlichen, empathischen, ehrlichen und respektvollen Interaktion zwischen der Patientin und den

professionellen Gesundheitsberufen stattfinden.<sup>125</sup> Die/der professionelle Helfstellerin/Helfsteller muss in der Lage sein, eine Vertrauensbasis zu schaffen, damit gemeinsam das Leben ins Zentrum gerückt werden kann. Wenn das gelingt, hat dies eine positive Auswirkung auf die Bewältigung der Krebserkrankung und einen positiven Einfluss auf den Krankheitsprozess.

### *Angst*

Die Kategorie Angst war eine sehr intensiv geschilderte Kategorie und war mit der Kategorie Tod verflochten. Die Angst war bei den Frauen in einer vielfältigen Form zu finden. Bei der Diagnosevermittlung war die Angst ein Schock, und die Betroffenen berichteten über die Todesangst. Diese Form der Angst war akut auftretend. Es gab Ängste, die mit der Zeit kamen, wie zum Beispiel die Fragen, ob die Frauen starke Schmerzen oder Angst vor der nächsten Therapie oder Untersuchung hatten. Viele dieser Ängste entstanden, wenn die Schockphase überwunden war und der Bewältigungsprozess begann. Dann gab es noch die Sorgen und Befürchtungen der Frauen um ihre Familien oder wie die Partnerschaft nach dieser Erkrankung werden würde. In diese Form der Angst wurden die Familie oder der Partner mit einbezogen, es ging hier nicht um die Frau alleine.

Sorgen und Befürchtungen der Frauen konnten erst nach der Schockphase entstehen. Diese unterschiedlichen Ebenen der Angst bedeuteten aber nicht, dass sie deswegen weniger belastend waren als in der Schockphase.

Ängste, Sorgen und Befürchtungen waren Themen, die die Frauen beschäftigte und wo die Pflegepersonen Hilfe anbieten konnte.

### *Frau sein*

Ein wichtiges Thema war „Frau sein“. Trotz der Diagnose, der Therapie und der eventuelle Tod war der Verlust der Weiblichkeit belastend. Oft wurde versucht, diesen Gedanken zu verstecken, oder es kam zu einem vermeidenden Verhalten der Frauen, wie zum Beispiel, dass sie nicht mehr öffentlich baden gingen.

---

<sup>125</sup> Vgl. Führinger (2010) S.242

Die Sexualität kann unter der Krankheit leiden. Durch die Erkrankung verändern sich auch die Bedürfnisse in der Sexualität. Oft muss nach der Operation und der Therapie die Sexualität der Frauen neu gefunden werden. „Körper und Seele brauchen Zeit, um Sexualität wieder genießen zu können.“<sup>126</sup>

Die Partner sollten wissen, dass die Frauen bei der Diagnosevermittlung und während der Therapie ein großes Bedürfnis nach Unterstützung und körperlicher Nähe brauchten. Neben der Verletzung des Selbstbildes und der sexuellen Belastungen war das Rollenbild der Mutter auch in Mitleidenschaft gezogen.

Das Rollenbild der Mutter wird aber weniger über die Brust und über die Fruchtbarkeit definiert, sondern über die Familie, über die Kinder und den Lebenspartner, darum ist hier die Belastung nicht so groß.<sup>127</sup>

Um eine ganzheitliche Krebstherapie zu ermöglichen, ist es für die professionellen Helfer notwendig, auch auf Fragen wie zu sexuellen Unsicherheiten und die damit verbundenen Ängste im Bezug auf die Krebserkrankung der Frauen vorbereitet zu sein.

Familie, Partner, Freundinnen/Freunde, Bekannte aber auch Ärztinnen/Ärzte und Pflegepersonen sind in der Lage, Trost und Unterstützung für die Frauen zu leisten. Eine besondere Bedeutung haben natürlich die Familie und der Partner.

### *Erleben*

Die Kategorie Erleben beschreibt die Gefühle der Frauen im Bezug auf das Mammakarzinom.

Diese beschriebenen Gefühle der betroffenen Frauen waren meist negativ. Dies war nicht verwunderlich, da die Diagnose Brustkrebs zum Zeitpunkt des Interviews noch nicht lange her war und die Frauen noch verschiedene Therapien erhielten. Die Erinnerung an den Schock war noch sehr lebhaft vorhanden. Frauen erlebten die Funktionseinschränkungen im täglichen Leben,

---

<sup>126</sup> Vgl. Creuzfeldt- Glees (2007) S.141

<sup>127</sup> Vgl. Schöning (2002) S.7

sie erlebten auch die Veränderung im Familiensystem. Auch die Zukunft war ungewiss, Fragen, wie zum Beispiel, werde ich überleben oder werde ich sterben, waren sehr präsent.

### *Tod*

In diesem Zusammenhang wurden der Tod und das Sterben ein wichtiges Thema, wie in Kategorie 10 beschrieben. Der Ausgang von Brustkrebs war zum Zeitpunkt der Diagnosevermittlung noch unklar. Trotzdem wurden der Tod und das Sterben auf eine schreckliche Art und Weise ins Bewusstsein gerückt.<sup>128</sup> Viele weitere Dinge, die noch ungeregelt waren oder Dinge, die die Betroffenen noch gerne gemacht hätten, rückten ins Bewusstsein. Es gab hier die unterschiedlichsten Wünsche und Vorstellungen. Der Tod bedrohte nicht nur die Frauen selbst, sondern auch ihr ganzes Familiensystem.

Die Ergebnisse sind dahingehend zu interpretieren, dass bei der Diagnosevermittlung des Mammakarzinoms einiges falsch gemacht werden kann. Betroffene Frauen haben eine Vorahnung. Wenn die Diagnose nicht in einem geordneten Rahmen übermittelt wird, entstehen noch zusätzliche psychische Belastungen. Diese psychischen Belastungen können nur in einem geordneten Rahmen erfasst werden und es kann darauf adäquat reagiert werden. Posttraumatische Störungen können durchaus negative Folgen für die betroffenen Frauen und ihr Umfeld haben. Es ist erschreckend, wenn man in den Ergebnissen sieht, dass die Diagnosevermittlung über das Telefon erfolgt oder die Diagnose von der Sprechstundenhilfe übermittelt wird.

Frauen haben zu diesem Zeitpunkt nicht die Möglichkeit zu fragen „was jetzt“. Anders gesagt, sie bekommen in dieser Situation keine Antworten. Sie müssen warten bis die/der Expertin/Experte Zeit hat, um ihre Fragen zu beantworten. Sie sind in dieser Situation alleine gelassen worden.

Eine belastungsfreie Diagnosevermittlung gibt es sicherlich nicht. Natürlich sind solche Gespräche auch für die professionellen Berufsgruppen belastend. Durch die Schaffung eines geordneten Rahmens bei der Diagnosevermittlung kann Vertrauen und Professionalität vermittelt werden. Wenn die betroffenen Frauen

---

<sup>128</sup> Vgl. Führinger (2010) S.241

Vertrauen gewonnen haben, kann fachliche Unterstützung angeboten und angenommen werden. Nur gegenseitiges Vertrauen wirkt sich positiv auf den Krankheitsprozess aus.

Familie und Bekannte sind bei der Diagnose Mammakarzinom etwas ambivalent zu sehen. Die Familie, Freundin/Freunde und Bekannte sind in den meisten Fällen eine große Unterstützung, obwohl auch ihr Lebensgefüge massiv bedroht wird. Für die Familie bedeutet die Diagnose Krebs ihrer Lieben eine Umstrukturierung des Lebensablaufes mit einem ungewissen Ausgang. Mit dieser Belastung muss die Familie fertig werden. Familie und Bekannte können aber auch für die Frauen eine Belastung sein. Gründe sind hier sehr unterschiedlich. Es tauchen Fragen und Gedanken auf: Angst, die Eltern würden die Diagnose nicht verkraften, sie haben nur mich. Oder wenn ich sogar sterben sollte, wir haben Schulden, ich habe mein Erbe noch nicht geregelt. Ich wollte noch so viele Länder mit meinem Mann bereisen, das können wir jetzt nicht machen oder sogar nie mehr machen.

Nicht nur der histologische Befund ist ein „hard fact“. Nach den erhobenen Daten meiner Diplomarbeit und teilweise in der Literatur angeführten Ergebnisse sind psychische, soziale und biographische Zeichen genauso „hard facts“, die nur schwer oder gar nicht diagnostisch erfasst werden.<sup>129</sup>

Die Diagnose Mammakarzinom bedeutet nicht das Ende des Lebens. Unbestritten ist sie eine Krise. Wie man aus vielen Berichten erfahren kann, ist diese Krise bewältigbar, auch wenn der Ausgang zum Zeitpunkt der Diagnose noch offen ist. Die Erkrankung Brustkrebs und auch die Diagnosevermittlung sind hier als Prozess zu sehen. Zuerst tastet die Frau einen Knoten in der Brust, danach kommen die Mammographie und der Ultraschall zur Diagnoseermittlung hinzu. Biopsie und Therapie sind die nächsten Schritte, diesen Prozess könnte man noch um einige Zeilen verlängern.

Den Pflegenden muss bewusst sein, dass unterschiedliche physische und psychische Symptome vorhanden sein können. Je nachdem, in welcher Phase sich die Erkrankung Brustkrebs befindet, sind körperliche, psychische, soziale und biographische Symptome zu bemerken. Die gilt es, ernst zu nehmen und darauf zu reagieren.

---

<sup>129</sup> Vgl. Keil (2001) S.121

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass die Ergebnisse der Interviews deutlich zum Ausdruck bringen, mit welchen Problemen und Ängsten die betroffenen Frauen konfrontiert waren.

Wenig überraschend für mich war die Vorgehensweise der Diagnosevermittlung, die in den meisten Interviews nicht gelungen ist. Beeindruckend für mich war, dass die Frauen, obwohl sie keine konkreten Befunde vorgelegt bekamen, alle gewusst haben, dass sie Brustkrebs hatten.

*„für mich war das eigentlich klar dass das was Bösartiges ist“*

Durch die Vorahnung brauchte es nicht viele Worte und die betroffenen Frauen wussten Bescheid, dass sie Brustkrebs hatten.

*„somit hab ich gewusst dass es Brustkrebs ist ohne viele Worte“*

Die größte Hilfe und den Trost erfuhren die Frauen von ihren Familien. Jedoch muss den professionellen Helfern bewusst sein, dass sie ebenso Hilfe und Trost spenden und sogar Ängste lindern und beseitigen können.

Für mich war es sehr beeindruckend und berührend, wie alle betroffenen Frauen mit ihrer Diagnose Brustkrebs offen und optimistisch umgegangen sind, und dass sie gewusst haben, dass sie den Krebs überstehen werden.

Eine empathische Diagnosevermittlung ist unbedingt notwendig, dies bedeutet ein persönliches Gespräch mit den Betroffenen und sicherlich nicht eine Übermittlung der Diagnose über das Telefon. Ebenso wichtig ist eine fachliche Unterstützung der Frauen mit Brustkrebs. Die Pflegepersonen müssen ihre Erfahrungen mit Frauen, die ein Mammakarzinom haben, reflektieren und diese in ihre fachliche Expertise integrieren. Nur durch die subjektiven Erfahrungen der betroffenen Frauen, der fachlichen Expertise und der zwischenmenschlichen Interaktion können professionelle Pflegepersonen ein objektives Verständnis entwickeln, was in Zukunft eine bessere Pflege, Beratung und Begleitung von Frauen mit einem Mammakarzinom ermöglichen.

## **18 Ausblick**

Ein neuer Aspekt dieser Arbeit ist die bestimmte Vorahnung. Es bedarf weiterer Forschung, um zu klären, ob es bei anderen Karzinomarten ebenfalls eine bestimmte Vorahnung gibt. Ebenso bedarf es weiterer Forschung, wie die Diagnosevermittlung durch die bestimmte Vorahnung beeinflusst wird.

Ein wichtiger Punkt ist die Vorgehensweise der Diagnosevermittlung, hier ist es unbedingt notwendig das Betreuungsteam zu schulen. Das Betreuungsteam muss sich bewusst sein, dass es ein Überbringer einer schlechten Nachricht ist. Hier sind vor allem die Ärztinnen/Ärzte in ihre Pflicht zu nehmen. Es bedarf Schulungen von Kommunikation und Gesprächsführung zur Ärztin/Arzt-Patientinnen-Beziehung. Ebenso benötigen die Pflegepersonen Schulungen zu diesen Themen.

Durch eine offene, empathische Haltung kann das Betreuungsteam körperliche, psychische, soziale und biographische Symptome der Betroffenen wahrnehmen und adäquate Hilfe anbieten.

## 19 Glossar

**ABS:** (=Akute Belastungsstörung)

Eine akute Belastungsreaktion ist, wenn durch eine außergewöhnliche körperliche oder seelische Belastung ein gemischtes Bild an Symptomen auftritt. Die Symptome sind Angst, Depression, Ärger, Verzweiflung und Rückzug und dabei unterschiedlich stark und nach zwei bis drei Tagen nur mehr minimal vorhanden. Vergleichbare Begriffe sind psychischer Schock oder akute Krisensituation.

**Affektiv:** emotional, gefühlsmäßig, mental

**ANP:** (=Advanced Nursing Practice)

Sind akademisch ausgebildete Pflegepersonen mit einer Spezialisierung, die weiterhin in der Pflege tätig sind. Arbeitsfelder von ANP sind vielfältig, jedoch immer mit Pflege verbunden, es geht über das traditionelle pflegerische Aufgabenspektrum hinaus, zum Beispiel klinisches Assessment, klinische Expertise, medizinische Diagnostik, Familieninterventionen.

**Ablatio:** lateinisch: ablatio, steht für Entfernen von Körpergewebe.

**Ablativ:** Trennung

**Ablative Therapie:** Durch die Ablatio erfolgt die möglichst weitreichende Entfernung der weiblichen Brustdrüse mit der Brustwarze. Die Radikalität dieser Operation wurde zunehmend reduziert, um eine Rekonstruktion der Brust zu ermöglichen.

**benigen:** gutartig

**Carotinoide:** Umfangreiche Klasse an natürlichen Farbstoffen, die eine gelbe bis rötliche Färbung verursachen.

**Compliance:** In den medizinischen Fächern wird damit Therapietreue gemeint, ein kooperatives Verhalten der/des Patientin/Patient für eine Therapie. Im Englischen wird der Begriff Adherence verwendet.

**CNS:** (=Clinical Nurse Specialist)

Sind spezialisierte Pflegepersonen, deren Weiterbildung im Laufe der Zeit akademisiert wurde. Daraus ist dann der Begriff Advanced Nursing Practice entstanden.

**Dissektion:** lateinisch- dissectio, von dissecare „zerschneiden“, beschreibt die chirurgische Entfernung von Weichteilgewebe oder Lymphknoten.

**DSM-IV:** (= Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders)

Ein Klassifikationssystem für die Erfassung psychischer Störungen, das mehrere Achsen umfasst:

Achse I: Klinische Störungen und andere klinisch relevante Probleme

Achse II: Persönlichkeitsstörungen und geistige Behinderung

Achse III: medizinische Krankheitsfaktoren

Achse IV: psychosoziale und umgebungsbedingte Probleme

Achse V: globale Erfassung des Funktionsniveaus

**EOLD's:** (=end of life decisions) sind Entscheidungen am Lebensende. Es sind hier die Therapieentscheidungen am Lebensende gemeint.

**Erythem:** Bezeichnet man eine mit dem bloßen Auge erkennbare Rötung der Haut, sie wird durch eine gesteigerte Durchblutung der Haut im Rahmen einer Entzündung hervorgerufen.

**Exzision:** lateinisch- excidere: herausschneiden, bezeichnet das chirurgische Entfernen von Gewebe aus dem Körper.

**GuKG:** Gesundheits- und Krankenpflegegesetz, Bundesgesetz

**ICN:** International Council of Nurses.

**inflammatorisches Mammakarzinom:** Ist ein Mammakarzinom, das mit einem unregelmäßig begrenzten Erythem einhergeht, gleichzeitig besteht meist eine Induration mit knotigen und ulzerierten Arealen.

**Induration:** Ist eine pathologische Verhärtung von Gewebe. Sie kann umschrieben oder diffus vorliegen.

**intravenös:** Eine direkte Verabreichung eines Medikamentes oder einer Flüssigkeit in ein venöses Blutgefäß.

**kurative Therapie:** Ist eine Behandlung, wenn sie auf eine vollständige Wiederherstellung der Gesundheit einer/eines Patientin/Patienten abzielt.

**Lymphonodektomie:** operative Entfernung von Lymphknoten.

**maligen:** bösartig

**Mammakarzinom:** (= Brustkrebs)

Häufigster bösartiger Tumor der Brustdrüse des Menschen. Er kommt hauptsächlich bei Frauen vor.

**Mastektomie:** Entfernung der weiblichen oder männlichen Brustdrüse.

**Menarche:** Das erste Auftreten der Regelblutung in der Pubertät.

**Menopause:** Ist der Zeitpunkt der letzten spontanen Menstruation im Leben einer Frau, damit ist die Fruchtbarkeit der Frau beendet.

**Musculus pectoralis major:** lateinisch- ist der größere Brustmuskel.

**Osteosynthese:** Ist die operative Versorgung von Knochenbrüchen mit einem Implantat meist aus Metall.

**Ovarien:** Ein primäres weibliches Geschlechtsorgan, paarig angelegter Eierstock und ist der Produktionsort der Eizellen und des weiblichen Geschlechtshormones.

**Palliative Therapie:** (=Palliativtherapie)

Ist eine medizinische Behandlung, die nicht kurativ auf eine Heilung einer bestehenden Grunderkrankung abzielt, sondern auf die Reduzierung der Symptome und Linderung der Folgen einer bestehenden Erkrankung. Palliative Therapie ist ein Teilgebiet der Palliative Care.

**Peritoneum:** (= Bauchfell)

Kleidet den Bauchraum aus und umgibt die meisten inneren Organe unterhalb des Zwerchfells bis zum Eingang des kleinen Beckens.

**präoperativ:** Bedeutet vor der Operation. Hier ist ein Zeitraum von mehr als 24 vor der Operation oder weniger als 24 Stunden vor der Operation zu unterscheiden. Wichtig sind nicht nur Befunde, um Komplikationen vermeiden zu können, sondern auch die Information. Die präoperative Diagnostik und Information dienen zur Sicherheit und zum Wohlbefinden der/des Patientin/Patienten.

**PTBS:** (= posttraumatische Belastungsstörungen)

Ist eine psychische Traumatisierung durch ein objektives, plötzliches, kurz oder lang anhaltendes oder wiederkehrendes, existentiell bedrohliches und auswegloses Ereignis, welches außerhalb der normalen menschlichen Erfahrungsnorm liegt. Das subjektive Erleben von absoluter Hilflosigkeit und Ohnmacht lösen intensive Furcht und Entsetzen aus.

**Rezidiv:** Ist das Wiederauftreten einer Krankheit (wie Krebs) mit ihren Symptomen nach erfolgter Behandlung. Ein Rezidiv bei der Behandlung von Krebs wird durch eine unvollständige Entfernung des Tumors verursacht, der nach einiger Zeit zu einem erneuten Auftreten der Krankheit führt. Nach fünf

Jahren der Behandlung eines Tumors und wenn kein Rezidiv auftritt, gilt die Krankheit nach allgemeiner Norm als geheilt.

**Tumormarker:** Sind biologische Substanzen im Blut oder anderen Körperflüssigkeiten, die bei einer erhöhten Konzentration auf einen Tumor oder auf ein Rezidiv hinweisen können. Aufgrund geringer Spezifität sind sie als Krebs-Screening-Methoden nicht geeignet, sondern nur bei der Verlaufskontrolle anzuwenden.

**Ulzeriert:** geschwürig

**WHO:** (World Health Organisation) Die Weltgesundheitsorganisation

## 20 Literaturverzeichnis

- Abrahams A., Emmons B., Linnan H. (1997):* Health behaviour and health education. In: Glanz Karen, Lewis Frances Marcus, Rimer Barbara K. (Hrsg.): Health behaviour and health education theory, research and practice. San Francisco, Jossey Bass S.453-478.
- Al-Azri Mohammed, Al-Awisi Huda, Al-Moundhri Mansour (2009):* Coping with a Diagnosis of Breast Cancer-Literature Review and Implications for Developing Countries. Wiley Periodicals, Inc., 1075-122X/09. The Breast Journal, Volume 15 Number 6, 2009 S.615-622.
- Ankermann Ernst (2004):* Sterben zulassen. Selbstbestimmung und ärztliche Hilfe am Ende des Lebens.: Ernst Reinhardt-Verlag, München.
- Barth V., Barth A. (2003):* Brustkrebs: schnell verstehen- richtig behandeln. Antworten auf Ihre wichtigen Fragen. TRIAS Verlag, Stuttgart.
- Bender G.H., Schnürch H.G. (1991):* Diagnostik und Therapie von malignen Tumoren und deren Vorstadien an der Mamma. In: Bender H.G. Gynäkologische Onkologie. Georg Thieme Verlag, Stuttgart. S.347-374.
- Bergsmann O., Bergsmann R. (1998):* Chronische Belastungen: Die unspezifische Basis klinischer Syndrome. Facultas, Wien.
- Bielefeld J. (1991):* Körpererfahrungen- Grundlagen menschlichen Bewegungsverhaltens. Hogrefe, Göttingen.
- Brandstätter Monika, Fegg Martin (2009):* Erwachsene Angehörige. In: Heußner P., Bessler M., Dietzfelbinger H., Fegg M., Lang K., Mehl U., Pouget-Schores., Riedner C., Sellschopp A. (Hrsg.) Psychoonkologie. München Wien New York, W. Zuckschwert Verlag. S. 13-18
- Brandt-Schwarz U. (2010):* Brustkrebs. Was mir geholfen hat. TRIAS Verlag, Stuttgart.
- Buser K., Kaul- Hecker U. (2003):* Medizinische Psychologie. Medizinische Soziologie. 5. Auflage Urban & Fischer, München.
- Caplan G. Grunebaum H. (1967):* Perspectives on primary prevention. In: Archives in Genetic Psychiatry 17. S. 331-346
- Cuzick J., Powels T., Veronesi U., Forbes S., Edwards R., Ashly S., Boyle P. (2003):* Overview of the main outcomes in breast-cancer prevention trials. Lancet 2003;361:296-300. PM:12559863

- Clement U., Löwe B. (1996):* Fragebogen zum Körperbild (FKB-20). Hogrefe, Göttingen.
- Cohen C.A., Colantonio A., Vernich L. (2002):* Positive aspects of caregiving: rounding out the caregiver experience. *International Journal of Geriatric Psychiatry* 17 (2). S. 184-188.
- Corner J. (2002):* Nurses experiences of cancer. *European Journal of Cancer Care* 11 S. 193-199.
- Creuzfeldt- Glees C. (2007):* Schicksal Brustkrebs- Wege zur Bewältigung. Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen.
- Dahmer H., Dahmer J. (1989):* Gesprächsführung. Eine praktische Anleitung. Georg Thieme Verlag, Stuttgart New York.
- Ditz S., Diegelmann C., Isermann M. (2006):* Psychoonkologie- Schwerpunkt Brustkrebs. Verlag W. Kohlhammer.
- Dorn A., Wollenschein M., Rohde A. (2007):* Psychoonkologische Therapie bei Brustkrebs. Deutsche Ärzte Verlag, Köln.
- Elsbernd A. (2000):* Pflegesituationen. Erlebnisorientierte Situationsforschung in der Pflege. Robert Bosch Stiftung (Hrsg.). Reihe Pflegewissenschaft. Verlag Hans Huber, Bern Göttingen Toronto Seattle.
- Engel J., Schrodi S., Schubert-Fritschle G., Bauerfeind I. (2010):* Epidemiologie. In: Kreinberg R., Möbus V., Jonat W., Kühn T. Mammakarzinom Interdisziplinär. Springer Verlag, Berlin Heidelberg. S. 2-10
- Ewers F. (2011):* Pflege und Versorgung am Ende des Lebens. In: Schaeffer D., Wingenfeld K. Handbuch Pflegewissenschaft. Juventa Verlag, Weinheim und München, S. 185-198.
- Fawcett J. (1999):* Spezifische Theorien der Pflege im Überblick. Verlag Hans Huber, Bern Göttingen Toronto Seattle.
- Feichter A., Czirkovits C., Hofer C. (2008):* Brustkrebsbericht 2008. Wien.
- Fegg Martin (2012):* Perspektiven der Angehörigen In: Borasio Gian Domenico, Heßler Hans-Joachim, Jox Ralf J., Meier Christoph (Hrsg.) Patientenverfügung. Das neue Gesetz in der Praxis. Münchner Reihe Palliative Care Band 7, Verlag W. Kohlhammer.

- Fischer B., Anderson S., Redmond CK. et al. (1995):* Reanalysis and results after 12 years of follow-up in a randomised clinical trial comparing total mastectomy with lumpectomy with or without radiation therapy in the treatment of breast cancer. *New England Medical Journal* 1995; 333: 1456-61.
- Fischer G., Riedesser P. (1999):* Lehrbuch der Psychotraumatologie. UTB für Wissenschaft Reinhardt Verlag, München, Basel.
- Fischer S. (2008):* Entscheidungsmacht und Handlungskontrolle am Lebensende: Eine Untersuchung bei Schweizer Ärztinnen und Ärzten zum Informations- und Sterbehilfeverhalten. VS Verlag Wiesbaden.
- Friesacher H. (2005):* Pflegeverständnis. Pflegewissenschaft und Pflegeforschung. In: Ullrich L., Stolecki D., Grünwald M. Georg Thieme Verlag, Stuttgart. S.38-45
- Flatten G., Gast U., Hofmann A., Liebermann P., Reddemann L., Siol T., Wöller W., Petzold E.R. (2004):* Posttraumatische Belastungsstörung. Leitlinie und Quellentext. Schattauer, Stuttgart.
- Fuchs Thomas (1997):* Euthanasie und Suizidbeihilfe. Das Beispiel der Niederlande und die Ethik des Sterbens. In: Spaemann Robert, Fuchs Thomas (Hrsg.): Töten oder sterben lassen? Worum es in der Euthanasiedebatte geht. Freiburg: Herder, S. 31-107.
- Führinger S. (2010):* Kolorektalkarzinom. Wie Betroffene die Diagnose erleben. In: Mayer H., Zellhofer H. Krebs – (Er)Leben Eine pflegewissenschaftliche Perspektive. Facultas wuv, Wien, S.223-250.
- Gerber B. (2008):* Prävention des Mammakarzinoms. *Der Gynäkologe* 2008/7 Springer Medizin Verlag DOI: 10.1007/s00129-008-2142-8.
- Giersiepen K., Greiser E. (2001):* Epidemiologie und Risikofaktoren des Brustkrebses. In: Koppelin F., Müller R., Keil A., Hauffe U. (2001): Die Kontroverse um die Brustkrebs- Früherkennung. Verlag Hans Huber, Bern Göttingen Toronto Seattle. S.65-78.
- Goldmann- Posch U., Martin R.R. (2009):* Überlebensbuch Brustkrebs. Die Anleitung zur aktiven Patientin. Schattauer, Stuttgart.
- Grypdonck Mieke (2005):* Ein Modell der Pflege chronisch Kranker. In: *Seidl Elisabeth, Walter Ilsemarie:* (Hrsg.): Chronisch Kranke in ihrem Alltag. Wien, München, Berlin, Verlag Wilhelm Maudrich. S.15-57.

- Hagen M., Fey M.F. (1997):* Epidemiologie und Ätiologie maligner Tumoren. In: Glaus A., Jungi W.F., Senn H.J. Onkologie für Pflegeberufe. Thieme Verlag, Stuttgart. S.22-40.
- Hallensleben J. (2003):* Typologie von Pflegemodellen Diskussion ihrer Nützlichkeit unter besonderer Berücksichtigung der Typologie von A.I. Meleis. Pflege & Gesellschaft 8. Jahrgang Nr. 2/2003. S.59-67.
- Hanf Volker, Körner Wolfgang (2006):* Mammakarzinom und Umweltfaktoren. In: Kreinberg Rolf, Jonat Walter, Volm Tanja, Möbus Volker, Alt Dieter (2010): Mammakarzinom Interdisziplinär. Springer Verlag, Berlin Heidelberg. S.75-77
- Hanf Volker, Körner Wolfgang (2010):* Mammakarzinome und Umweltfaktoren. In: Kreinberg Rolf, Möbus Volker, Jonat Walter, Kühn Tanja Mammakarzinom Interdisziplinär. Springer Verlag, Berlin Heidelberg. S. 12-24.
- Harbeck N., Gottschalk N. (2009):* Systemische Therapie des Mammakarzinoms in der adjuvanten Situation. In: Meden H. Mammakarzinom Neue Aspekte zur Diagnostik und Therapie. Walter de Gruyter, Berlin. S. 19-33.
- Heising Sibylle (2009):* Modell zur Entmystifizierung der Gesundheit nach Aaron Antonovsky. GRIN Verlag. Norderstadt.
- Hendriks J. (2001):* Das niederländische Brustkrebs- Screening- Programm 1990- 1998. In: Koppelin F., Müller R., Keil A., Hauffe U. (2001): Die Kontroverse um die Brustkrebs- Früherkennung. Verlag Hans Huber, Bern Göttingen Toronto Seattle. S.35-46.
- Herth K. (1992):* Abbreviated instrument to measure hope: development and psychometric evaluation. Journal of Advances Nursing 17. S.1251-1259
- Holmberg Ch. (2005):* Diagnose Brustkrebs. Campus Verlag, Frankfurt/Main.
- Höffken K. (2003):* Den Brustkrebs besiegen. Rechtzeitig erkennen, richtig behandeln, heilen und leben. Methoden der Früherkennung. Erfolgreiche Therapien und wirksame Nachsorge. Möglichkeiten zum Wiederaufbau der Brust. Südwest Verlag, München.
- Huppmann Gernot, Lipps Beate (2006):* Prolegomena einer Medizinischen Psychologie der Hoffnung. Verlag Königshausen & Neumann, Würzburg. S.201-214.

- Hurrelmann K. (2003): Gesundheitsförderung- Neue Perspektive für die Pflege.*  
In: Rennen- Allhoff B., Schaeffer D. Handbuch Pflegewissenschaft.  
Juventa Verlag, Weinheim und München. S. 591-610.
- Hurrelmann K., Horn A. (2010): Das komplementäre Verhältnis von  
Gesundheitsförderung und Pflege.* In: Schaeffer D. Wingenfeld K.  
Handbuch Pflegewissenschaft. Juventa Verlag, Weinheim und München.  
S. 727-744.
- Isermann M. (2006): Brustkrebs als Psychotrauma.* In: Ditz S., Diegelmann C.,  
Isermann M. Psychoonkologie- Schwerpunkt Brustkrebs. Ein  
Handbuch für die ärztliche und psychotherapeutische Praxis. Verlag  
W. Kohlhammer, Stuttgart. S.110-115.
- Jacobson JA., Danforth DN., Cowan KH., et al. (1995): Ten-year results of a  
comparison of conservation with mastectomy in the Treatment of Stage  
1 and stage 2 breast cancer.* New England Medical Journal 1995; 332:  
907-11.
- Joraschky P., Loew T., Röhrich P. (2009): Körpererleben und Körperbild: Ein  
Handbuch zur Diagnostik.* Schattauer, Stuttgart.
- Jonat W., Maass N. (2005): Mammakarzinom- aktuelle Diagnostik und  
Therapie.* UNI-MED Verlag AG, Bremen - London – Boston.
- Juchli L. (1994): Pflege. Praxis und Theorie der Gesundheits- und  
Krankenpflege.* Georg Thieme Verlag, Stuttgart New York.
- Kaufmann M. Rody A. (2008): Mammakarzinom Medizin.* In: Bäumer R.,  
Maiwald A. Onkologische Pflege. Thieme Verlag, Stuttgart. S. 256-260.
- Keil A. (2001): Die Diagnose Krebs ist noch nicht das Ende. Über den Anfang  
der Gesundheit in der Krankheit.* In: Koppelin F., Müller R., Keil A.,  
Hauffe U. Die Kontroverse um die Brustkrebs- Früherkennung. Verlag  
Hans Huber, Bern Göttingen Toronto Seattle. S.117-132.
- King I.M. (1981): A theory for nursing. Systems, Concepts, Process.* J. Wiley,  
New York.
- Kneihls Benjamin (1998): Grundrechte und Sterbehilfe.* Juristische  
Schriftenreihe, Band 121. Wien: Österreich.

- Kodalle Klaus- M. (2003):* Vorwort. In: Kodalle Klaus- M. (2003) Das Recht auf ein Sterben in Würde. Eine aktuelle Herausforderung in historischer und systematischer Perspektive. Kritisches Jahrbuch der Philosophie/Beiheft 4. Würzburg: Königshaus & Neumann, S. 7-8.
- Komatsu Hiroko, Nakayama Kazuhiro, Togari Taisuke, Suzuki Kumi et al. (2011):* Information Sharing and Case Conference Among the Multidisciplinary Team Improve Patients Perceptions of Care. The Open Nursing Journal, 2011; 5: 79-85.
- Kostkai U. (2000):* Der Mensch in Krankheit, Heilung und Gesundheit im Spiegel der modernen Medizin. Eine biblische und theologische-ethische Reflexion. LIT Verlag Münster, Hamburg, London.
- Kreienberg Rolf, Möbus Volker, Alt Dieter. (1998):* Management des Mammakarzinoms. Springer-Verlag, Berlin.
- Kreinberg Rolf, Möbus Volker, Jonat Walter, Kühn Tanja. (2010):* Mammakarzinom Interdisziplinär. Springer Verlag, Berlin Heidelberg.
- Kuhlmey A., Bühler S. (2011):* Demographische Entwicklung in Deutschland-Konsequenzen für Pflegebedürftigkeit und pflegerische Versorgung. In: Schaeffer D., Wingenfeld K. Handbuch Pflegewissenschaft. Juventa Verlag, Weinheim und München, S. 185-198.
- Kunze U. (2003):* Präventivmedizin, Epidemiologie, Sozialmedizin. Facultas Universitätsverlag, Wien.
- Maurer S., Thödtmann J. (2003):* Das Mammakarzinom- Diagnose und Therapie. GOVI-Verlag, München
- Mayring P. (2002):* Einführung in die qualitative Sozialforschung. 5. Auflage. Beltz Weinheim Basel.
- Mayring P. (2007):* Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken. 9. Auflage. Beltz UTB, Weinheim Basel.
- Mc Daniel S.H., Hepworth J., Doherty W.J. (1992):* Medical family therapy: A biopsychosocial approach to families with health problems. New York: Basic Books.
- Meden H. (2009):* Mammakarzinom Neue Aspekte zur Diagnostik und Therapie. Walter de Gruyter, Berlin.

- Meleis A.I. (1999):* Pflgeetheorie: Gegenstand, Entwicklung und Perspektiven des theoretischen Denkens in der Pflege. Hans Huber Verlag, Bern Göttingen Toronto Seattle.
- Meleis A.I. (2012):* Theoretical Nursing: Development and Progress. 5. Auflage. Wolters Kluwer Health/ Lippeincott Williams & Wilkins Philadelphia, Baltimore, New York, London, Buenos Aires, Hong Kong, Sydney, Tokyo.
- Mols Floortie, Vingerhoets Ad J.J.M., Coebergh Jan Willem, Lonneke V. van de Poll-Franse (2005):* Quality of life among long-term breast cancer survivors: A systematic review. European Journal of Cancer Volume 41, Issue 17, S 2613-2619.
- Monteiro-Grillo I., Marques-Vidal P., Jorge M. (2005):* Psychosocial effect of mastectomy versus conservative surgery in patients with early breast cancer. Clinical and Translational Oncology, 7(11), S.499-503.
- Müller-Busch H. Christof (2000):* Palliativmedizin im 21. Jahrhundert. Was tun? Was unterlassen? In: Zeitschrift für Palliativmedizin 2000; 1: 8-16.
- Nava-Herz Rosemarie (2006):* Ehe- und Familiensoziologie. Eine Einführung in Geschichte, theoretische Ansätze und empirische Befund. Juventa Verlag, Weinheim und München.
- Noelle-Neumann E., Köcher R. (2002):* Allensbacher Jahrbuch der Demoskopie 1998-2002, Band 11, München.
- Olbrich Christa (1999):* Pflegekompetenz. Huber Verlag. Bern.
- Orlando I.J. (1961):* The dynamic nurse- patient relationship. Function, Process, and Principles. Reprinted (1990). National League for Nursing, New York.
- Orlando I.J. (1996):* Die lebendige Beziehung zwischen Pflegenden und Patienten. Hans Huber Verlag, Bern Göttingen Toronto Seattle.
- Paersch Christina C.A. (2001):* Die wahrgenommene soziale Unterstützung von Angehörigen palliativer Patienten. Diplomarbeit der Psychologie an der Ludwig-Maximilians-Universität München.
- Parson T. (1951):* The Social System. New York, The Free Press.
- Peintinger M. (2008):* Ethische Grundfragen in der Medizin. Facultas wuv, Wien.

- Peplau H (1995):* Interpersonale Beziehung in der Pflege. Ein konzeptueller Bezugsrahmen für eine psychodynamische Pflege, RECOM- Verlag, Basel.
- Pschyrembel, (1994):* Klinisches Wörterbuch. Walter de Gruyter, Berlin, New York.
- Rennen-Allhoff B., Schaeffer D. (2003):* Handbuch Pflegewissenschaft, Juventa Verlag, Weinheim und München.
- Römmich S., Weydert- Bales G. (2010):* Advanced Nursing Practice- Die Pflegeexpertin in der Schweiz. GRIN Verlag, Norderstedt.
- Ruppert S., Heindl P., Kozon V. (2010):* Rolle der Pflege bei ethischen Entscheidungen am Lebensende. Eine empirische Untersuchung von Gesundheits- und Krankenpflegepersonen im Allgemeinen Krankenhaus der Stadt Wien. Forschungsbericht Allgemeines Krankenhaus – Medizinischer Universitätscampus, Wien.
- Sagmeister E. (2011):* Angezählt – Brustkrebs als Endlichkeitserfahrung. In: Mayer H., Zellhofer H. Krebs – (Er)Leben Eine pflegewissenschaftliche Perspektive. Facultas wuv, Wien. S.190-222.
- Schickler A. (2008):* Die Arzt- Patient- Beziehung. GRIN Verlag, Norderstedt.
- Schirren J., Orend KH., Bölükbas S., Stalb L., Schulte M. (2010):* In: Kreinberg R., Möbus V., Jonat W., Kühn T. Mammakarzinom Interdisziplinär. Springer Verlag, Berlin Heidelberg. S.200-218.
- Schmidt B. (2004):* Burnout in der Pflege. Verlag W. Kohlhammer, Stuttgart.
- Schmidt-Matthiesen H., Bastert G., Wallwiener D. (2003):* Gynäkologische Onkologie. Diagnostik, Therapie und Nachsorge auf der Basis der AGO-Leitlinien. Schattauer, Stuttgart.
- Schmid-Büchi S., Dassen T., Ruud J.G. Halfens (2005):* Die Erfahrung, an Brustkrebs zu erkranken, und wie die betroffenen Frauen ihr Leben wieder unter Kontrolle bringen. Pflege 2005; 18: 345–352.
- Schnell Martin, Heinritz Charlotte (2006):* Forschungsethik – Ein Grundlagen- und Arbeitsbuch für die Gesundheits- und Pflegewissenschaft. Huber Verlag, Bern.
- Schöning S. (2002):* Zu den psychosozialen Auswirkungen von Brustkrebs GRIN Verlag, Norderstedt.

- Schreiber JA., Brockopp DY. (2011):* Twenty-five years later—what do we know about religion/spirituality and psychological well-being among breast cancer survivors? A systematic review. *Journal of Cancer Survivorship*, DOI: 10.1007/s11764-011-0193-7. Articles available before print publication. <http://www.springerlink.com/content/b55x370w17109214/> aufgerufen am 10.01.2012
- Schwartz F.W. (2003):* Public Health Gesundheit und Gesundheitswesen. Urban&Fischer, München, Jena
- Senn H.J., Glaus A (1997):* Mammakarzinom. In: Glaus A., Jungi W.F., Senn H.J. *Onkologie für Pflegeberufe*. Thieme Verlag, Stuttgart. S. 316-341.
- Seidl E. (1993):* Pflege im Wandel. Verlag Wilhelm Maudrich 2. Auflage. Wien, München, Bern.
- Seidl E., Walter I. (2005):* Chronisch Kranke in ihrem Alltag. Verlag Wilhelm Maudrich, Wien, München, Berlin.
- Shell-Studie (2002):* Jugend 2002. Frankfurt am Main.
- Spirig R., Nicca D., Werder V., Voggensperger J., Unger M. (2004):* The Advanced Nursing Practice team as a model for caregiving in HIV/AIDS. *Journal of the Association of Nurses in AIDS Care*, 15(3):47-55.
- Spiring R., De Geest S. (2004):* Advanced Nursing Practice lohnt sich! *Pflege* 2004, 17:233-236.
- Statistik Austria*, Statistisches Jahrbuch 2004/05.
- Trattnig T. (2011):* Brustamputation nach malignem Tumor, Auswirkungen auf das Selbstkonzept betroffener Frauen. In: Mayer H., Zellhofer H. *Krebs – (Er)Leben Eine pflegewissenschaftliche Perspektive*. Facultas. wuv, Wien, S.117-154.
- Uschok A. (2009):* Das Körperbild von Menschen mit chronischen Wunden. In: Panfil E.M., Schröder G. *Pflege von Menschen mit chronischen Wunden*. Verlag Hans Huber, Bern. S. 343-357.
- Van Dongen JA., Voogd AC., Fentiman IS., Legrand C., Sylvester RJ., Tong D., et al. (2000):* Long-term results of a randomized trial comparing breast-conserving therapy with mastectomy: European Organization for Research and Treatment of Cancer 10801 Trial. *J Natl Cancer Inst.* 2000; 92: 1143-50.

*Weitzner M, McMillan C., Jacobsen P.B. (1999): Family caregiver quality of life: Differences between curative and palliative cancer treatment settings. Journal of Pain& Symptom Management 17 (6): 418-428.*

*World Health Organisation Ottawa Charta (1986):*

[www.dngfk.de/downloads/?eID=dam\\_frontend\\_push&docID=264](http://www.dngfk.de/downloads/?eID=dam_frontend_push&docID=264)

aufgerufen 07.04.2010

*Zielinski Ch., Jakesz R. (1999): Onkologie heute- Mammakarzinom, Springer-Verlag, Wien*

## Internet

World Health Organisation Ottawa Charta (1986):

[www.dngfk.de/downloads/?eID=dam\\_frontend\\_push&docID=264](http://www.dngfk.de/downloads/?eID=dam_frontend_push&docID=264)

aufgerufen am 07.04.2010

Optische Täuschung

<http://www.ariva.de/forum/Echt-krass-Optische-Taeuschungen-282146>

aufgerufen am 07.04.2010

Kohnen A. (2010): Sylvie van der Vaart und das Leben mit Brustkrebs.

<http://www.welt.de/vermishtes/article7086216/Sylvie-van-der-Vaart-und-das-Leben-mit-Brustkrebs.html>

aufgerufen am 07.04.2010

<http://krebshilfe-wien.at/Tipps-fuer-AErztInnen.198.0.html>

aufgerufen am 07.04.2010

Egger J. W.

[http://www.psygraz.at/fileadmin/user\\_upload/Psy\\_1/Psy102Gespr\\_Egger.p](http://www.psygraz.at/fileadmin/user_upload/Psy_1/Psy102Gespr_Egger.pdf)

df aufgerufen am 07.04.2010

Stangl W. (2009): Gütekriterien qualitativer Forschung.

[http://www.stangl-](http://www.stangl-taller.at/ARBEITSBLAETTER/FORSCHUNGSMETHODEN/Guetekriterien.shtm)

[taller.at/ARBEITSBLAETTER/FORSCHUNGSMETHODEN/Guetekriterien.shtm](http://www.stangl-taller.at/ARBEITSBLAETTER/FORSCHUNGSMETHODEN/Guetekriterien.shtm)

l aufgerufen am 27.5.2011

<http://www.krebspatient.de/krebspatient/zitate.htm>

aufgerufen am 27.5.2011

<http://www.linus-geisler.de/art2002/0514enquete-dialogisches.html>

aufgerufen am 20.01.2012

Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger

[http://www.hauptverband.at/portal27/portal/hvbportal/channel\\_content/cmsWindow?action=2&p\\_menuid=71690&p\\_tabid=2](http://www.hauptverband.at/portal27/portal/hvbportal/channel_content/cmsWindow?action=2&p_menuid=71690&p_tabid=2)

aufgerufen am 20.01.2012

Kluwe- Schleberger G., Tammer J. SGIPT – Gesellschaft für Allgemeine und Integrative Psychotherapie - Deutschland.

<http://www.sgipt.org/forpsy/opfer/opfer1.htm>

aufgerufen am 27.5.2011

Interaktionsmodell King

[http://www.pflegewiki.de/wiki/Datei:Interaktionsmodell\\_King\\_01.jpg](http://www.pflegewiki.de/wiki/Datei:Interaktionsmodell_King_01.jpg)

aufgerufen am 27.5.2011

Universität Basel <http://nursing.unibas.ch/studium/advanced-nursing-practice/>

aufgerufen am 27.5.2011

Bundeskanzleramt Rechtsinformationssystem

<http://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Gesetzesnummer=10011026&FassungVom=2012-09-25>

aufgerufen am 25.9.2012

International Council of Nurses ICN

<http://www.icn.ch/about-icn/icn-definition-of-nursing/>

aufgerufen am 25.9.2012

Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe

<http://www.dbfk.de/download/ICN-Definition-der-Pflege-DBfK.pdf>

aufgerufen am 25.9.2012

Österreichische Gesellschaft für Senologie. Interdisziplinäres Forum für Brustgesundheit

[http://www.senologie.at/files/pa\\_pk1\\_o\\_gs.pdf](http://www.senologie.at/files/pa_pk1_o_gs.pdf)

aufgerufen am 25.9.2012

Holistic Innovation

<http://www.holistic-innovation.org/themen/gesundheitsforderung/was-ist-gesundheit/>

aufgerufen am 25.9.2012

WHO

<http://www.admin.ch/ch/d/sr/i8/0.810.1.de.pdf>

aufgerufen am 25.9.2012

Onkologie, Hämatologie - Daten und Informationen

<http://www.onkodin.de/e2/e32345/e32404/>

aufgerufen am 25.9.2012

Gesundheits- und Krankenpflegegesetz (GuKG)

[http://www.jusline.at/index.php?cpid=f04b15af72dbf3fdc0772f869d4877ea&law\\_id=293](http://www.jusline.at/index.php?cpid=f04b15af72dbf3fdc0772f869d4877ea&law_id=293)

aufgerufen am 24.10.2012

## **21 Anhang**

Tabellenverzeichnis

Abbildungsverzeichnis

Interviewleitfaden

Transkriptionsschlüssel

Einverständniserklärung

Informationsschreiben

Abstract

Lebenslauf

## 21.1 Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Absolute Inzidenz und Mortalität im internationalen Vergleich .....	29
Tabelle 2: Zahlen des niederländischen Brustkrebs- Screening- Programmes. Screening- Untersuchung, Überweisung, Biopsien, Brustkrebs Diagnose ..	32
Tabelle 3: Tumorgröße und 5- Jahres Überlebensrate bei Patientinnen mit Mammakarzinom ohne axillären Lymphknotenbefall .....	42
Tabelle 4: Rückfallrate in Abhängigkeit von der Anzahl tumorös infiltrierter axillärer Lymphknoten.....	42
Tabelle 5: Metastasen des Mammakarzinoms.....	43
Tabelle 6: Bevölkerungsbilanz 1960 bis 2010 in Österreich (heutiger Gebietstand) .....	44
Tabelle 7: Todesursachenstatistik.....	45
Tabelle 8: Entwicklung der Eheschließungen im internationalen Vergleich je 1000 Einwohner .....	46
Tabelle 9: Verstorbene Frauen nach Todesursachen seit 1978 .....	47
Tabelle 10: Gestorbene Frauen nach bösartigen Neubildungen 1978-2010.....	49
Tabelle 11: Wesentliche Aspekte der Krankenrolle und der Arztrolle .....	60
Tabelle 12: Personalstand in den Krankenanstalten Österreichs seit 1990 .....	85
Tabelle 13: Entlassungen aus Akutkrankenanstalten/Aufenthaltsdauer .....	85

## 21.2 Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Interaktionsmodell nach King .....	25
Abbildung 2: Brustkrebs- Inzidenz in Österreich im Zeitraum 1995/2000/2004 ..	33
Abbildung 3: Lebendgeborene in Österreich von 1951 bis 2010 .....	45
Abbildung 4: Häufigste Todesursachen bei Frauen in Österreich bei bösartigen Neubildungen 2005/2010.....	48
Abbildung 5: Unterteilung der Körpererfahrung in Körperschema und Körperbild	51
Abbildung 6: Das Geschehen eines Traumaablaufes .....	56
Abbildung 7: Optische Täuschung .....	64
Abbildung 8: Einteilung der präventiven Maßnahmen (nach Caplan & Grunebaum 1967).....	78
Abbildung 9: Altersadaptiertes Stufenprogramm bei der sekundären Prävention des Mammakarzinoms bei der Frau .....	80
Abbildung 10: Vorgehen bei der Selbstuntersuchung der Brust .....	81
Abbildung 11: Krankheitsbehandlung und Gesundheitsförderung/ Krankheitsprävention für verschiedene Gruppen der Bevölkerung (nach Abrahams, Emmons & Linnan 1997, S.458).....	82
Abbildung 12: Darstellung der Kategorien .....	124

### 21.3 Interviewleitfaden

## Interviewleitfaden/Datenblatt

Interviewcode:

### Persönliche Daten:

Geschlecht:

Alter:

Berufstätigkeit:

Wann wurde die Diagnose Brustkrebs gestellt:

Interview durchgeführt am:

Ort des Interviews:

Dauer des Interviews:

**Bedanken für die Bereitschaft für das Interview.**

**Einverständniserklärung unterzeichnen**

1. Fragen zur Diagnosevermittlung Brustkrebs

Einstiegsfrage:

Bitte erzählen Sie mir, wie und von wem haben Sie erfahren, dass Sie Brustkrebs haben, erzählen Sie mir bitte Ihre Geschichte von Anfang an.

- Wie haben Sie die Diagnosevermittlung erlebt?
- Was bedeutet die Diagnose Mammakarzinom für Sie?
- Wer war bei der Diagnosevermittlung dabei?
- War die Familie bei der Diagnosevermittlung dabei?
- Waren Freundinnen/Freunde bei der Diagnosevermittlung dabei?
- Erzählen Sie mir bitte, wie ist diese Situation abgelaufen?

**Immanentes Nachfragen, um die Interviewpartnerinnen immer wieder auf das Erleben der Diagnose Mammakarzinom zurückzuführen.**

2. Fragen zur Veränderung im Familiensystem

- Was hat sich beruflich seit der Diagnosestellung verändert?
- Hat sich innerhalb der Familie etwas verändert?
- Gibt es Veränderungen in Ihrem Tagesablauf?

**Immanentes Nachfragen, um die Interviewpartnerinnen immer wieder auf das Erleben der Diagnose Mammakarzinom zurückzuführen.**

### 3. Fragen zur Unterstützung/ Belastung

- Von wem wurden Sie unterstützt?
- Würden Sie mehr Unterstützung brauchen?
- Ist die Unterstützung eine Belastung?
- Wie gehen Sie mit dieser Belastung/ Situation um?
- Was machen Sie, dass Sie mit dieser Belastung umgehen können?
- Müssen Sie mit dieser Belastung alleine fertig werden?

**Immanentes Nachfragen, um die Interviewpartnerinnen immer wieder auf das Erleben der Diagnose Mammakarzinom zurückzuführen.**

### 4. Abschluss

- Was ist noch offen geblieben, was möchten Sie noch erwähnen?
- Vielen Dank für das Gespräch!

## 21.4 Transkriptionsschlüssel

Geführt am: XX.XX.XXXX

Dauer: XX Minuten

Ort des Interviews: W in Wien

Geführt von: Christa Heindl-Steidl

I	Interviewerin
IP	Interviewpartnerin
(-)	kurze Pause
(---)	lange Pause
(//)	weinen
(..)	unverständlich
(\$\$)	lachen
(##)	Datenschutz
(_____)	besondere Betonung
Keine Satzzeichen	
Fortlaufende Zeilennummerierung	
Dokumentationsblatt als Deckblatt	

## 21.5 Einverständniserklärung

Einverständniserklärung für die Teilnahme an der Forschungsarbeit:

### **„Das Erleben der Diagnose beim Mammakarzinom“**

Ich wurde von der verantwortlichen Person Christa Heindl-Steidl ausführlich über Ziel und Zweck dieser Forschungsarbeit aufgeklärt. Ich hatte die Möglichkeit Fragen zu stellen und habe die Antworten verstanden.

Ich bin damit einverstanden, dass das Interview mit einem Tonband aufgezeichnet und anschließend wörtlich verschriftlicht wird. Die Daten werden anonymisiert und an einem nicht öffentlichen Ort aufbewahrt. Aus meiner Beteiligung an der Untersuchung entstehen mir weder Kosten noch werde ich dafür finanziell entschädigt.

Ich kann jederzeit und ohne Angabe von Gründen meine Zustimmung zurücknehmen, ohne einen Nachteil daraus zu haben.

Ich habe eine Kopie des Informationsmaterials und der Einverständniserklärung erhalten. Ich erkläre hiermit meine freiwillige Teilnahme an dieser Forschungsarbeit.

\_\_\_\_\_  
Ort und Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der Teilnehmerin

\_\_\_\_\_  
Ort und Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der Untersucherin

**Adresse:** Christa Heindl-Steidl  
Breitenseerstrasse 76-80/1/4/32, 1140 Wien  
Tel. 92 30 773

## 21.6 Informationsschreiben

Information über das Mitwirken an der Forschungsarbeit:

### **„Das Erleben der Diagnose beim Mammakarzinom“**

#### **Was ist der Zweck der Forschungsarbeit?**

Mit dieser Forschungsarbeit möchte ich das Erleben der Diagnose beim Mammakarzinom erfassen. Durch Ihr Wissen und Ihre Beschreibungen können Sie helfen, dass die Diagnosevermittlung in einem optimalen strukturierten Rahmen von Pflegepersonen und Ärztinnen/Ärzten für die betroffenen Patientinnen gestaltet wird.

#### **Warum werden Sie um eine Teilnahme gebeten?**

Bei Ihnen ist im letzten halben Jahr die Diagnose Mammakarzinom gestellt worden. Dies ist eine ganz besondere Situation, die Sie erleben. Dieses Erleben und die Erfahrungen, egal ob positiv oder negativ, sind wertvolle Erkenntnisse für diese Forschungsarbeit.

#### **Wie sieht Ihre Teilnahme an dieser Forschungsarbeit aus?**

Um Sie zu dieser Thematik befragen zu können, würde ich mir gerne ein Treffen mit Ihnen vereinbaren. Ort und Zeit für das Interview können nach Ihren Wünschen gewählt werden. Die Dauer des Interviews beträgt zwischen 30- 60 Minuten. Das Interview wird auf ein Tonband aufgezeichnet und anschließend wörtlich verschriftlicht.

#### **Wie sehen Ihre Rechte an dieser Forschungsarbeit aus?**

Die Teilnahme an dieser Forschungsarbeit ist freiwillig. Sie können jederzeit, auch nach Beginn des Interviews, unterbrechen oder abbrechen, ohne dies zu begründen. Alles, was Sie mir erzählen, werde ich vertraulich behandeln. Namen und Ortsbezeichnungen werden anonymisiert.

### **Was geschieht mit den Ergebnissen der Forschungsarbeit?**

Die Ergebnisse und ihre Auswertung werden in einer Abschlussarbeit zusammengefasst und dienen zur Erlangung des akademischen Grades Magistra des Individuellen Diplomstudiums Pflegewissenschaft an der Fakultät der Sozialwissenschaften der Universität Wien.

Betreuerin: Univ. Prof. Dr. Elisabeth Seidl

Alle Ergebnisse werden ausschließlich für wissenschaftliche Zwecke verwendet. Alle Tonbänder und Transkripte werden an einem nicht öffentlichen Ort aufbewahrt.

---

Ort und Datum

---

Unterschrift der Untersucherin

## 21.7 Zusammenfassung

Die Diagnose Mammakarzinom ist für jede Frau eine schreckliche Erfahrung. Die Krankheit hat Einfluss auf das soziale Umfeld der Frauen und erschüttert die Grundfesten der Betroffenen und erfasst sie in ihrer Gesamtheit. Die vorliegende Forschungsarbeit leistet einen spezifischen Beitrag für eine empathische Diagnosevermittlung beim Mammakarzinom.

Für diese Diplomarbeit wurde ein qualitativer Forschungsansatz gewählt. Ziel ist die ganzheitliche Darstellung der Betroffenenperspektive von Frauen mit einem Mammakarzinom. Aus diesem Grund wurde das narrative Interview angewendet. Die Fragestellung zielt auf die Erforschung des Erlebens der Diagnose beim Mammakarzinom ab. Es wurden acht Frauen interviewt, die zum Zeitpunkt der Befragung in den letzten sechs Monaten an einem Mammakarzinom erkrankt waren. Die offenen Fragen wurden in Anlehnung an die Inhaltsanalyse nach Mayring ausgewertet. Dabei wurden die wesentlichen Inhalte der Interviews generalisiert und nach erneuter Reflexion in Kategorien zusammengefasst.

Die vorliegenden Ergebnisse sind dahingehend zu interpretieren, dass die Frauen durch ihre Vorahnung gewusst haben, dass sie Brustkrebs hatten. Die Art und Weise, wie die Diagnose übermittelt wurde, war für die Frauen von Bedeutung. Trotzdem war die Diagnose Brustkrebs ein Schock, jedoch keine Überraschung. Es bedurfte nicht vieler Worte, und die Frauen wussten bereits vor dem Diagnosevermittlungsgespräch, dass sie Krebs hatten. Die Familie, Freundin/Freund, Bekannte und die professionellen Helfer sind in den meisten Fällen eine große Hilfe. Sie spenden Trost und können Ängste lindern.

Bei der Diagnosevermittlung des Mammakarzinoms kann einiges falsch gemacht werden. Wenn die Diagnose nicht in einem geordneten Rahmen übermittelt wird, entstehen noch zusätzliche psychische Belastungen. Den professionellen Helfern muss bewusst sein, dass unterschiedliche Krankheitszeichen vorhanden sein können. Je nachdem, in welcher Phase sich die Erkrankung Mammakarzinom befindet, sind körperliche, psychische, soziale und biographische Symptome zu bemerken. Diese gilt es ernst zu nehmen und darauf zu reagieren.

## **21.8 Abstract**

The diagnosis of breast cancer is for every woman a devastating experience. The disease has an influence on the social environment of these women and shocks the foundation of the relevant people and engages them in their entirety. This research makes a specific contribution to an empathic mediation in breast cancer diagnosis.

For this diploma thesis a qualitative research approach was chosen. The aim is the holistic view of the perspective of women affected with breast cancer. For this reason, the narrative interview was applied. The question is aimed at the study of the experience of the diagnosis of breast cancer. Eight women suffering from breast cancer within six months leading up to the survey were interviewed. The open questions were analyzed based on the content analysis according to Mayring. The main contents of the interviews were generalized and after further reflection summarized into categories.

The present results should be interpreted as such that women have known by their premonition that they had breast cancer. The way the diagnosis was conveyed was important to women. Nevertheless, the diagnosis of breast cancer was a shock, but no surprise. It did not take many words, and the women knew before the diagnosis dialogue that they had cancer. The family, friends and the health care professionals are in most cases a great help. They can contribute comfort and alleviate fears.

Care should be taken during the presentation of the diagnosis of breast cancer. If the diagnosis is not delivered in an orderly framework, additional mental stress can be created. The health care professionals must be aware that different symptoms may be present. Depending on what phase the disease is in, physical, psychological, social and biographical symptoms can be noticed. These have to be taken seriously and to addressed.

## 21.9 Lebenslauf

### Persönliche Daten

Name: Christa Heindl-Steidl

Wohnort: Breitenfurterstrasse 76/1/4/32  
1140 Wien

Geburtsdatum: 21.März 1969

Geburtsort: Eisenstadt/Burgenland

Eltern: Katharina Steidl, Pensionistin  
Franz Steidl, Pensionist

Familienstand: Verheiratet mit Mag. DGKP Patrik Heindl seit 1999

Kinder: Daniel Heindl, 15 Jahre  
David Heindl, 11 Jahre

Schulbildung: 1975 – 1978 Volksschule Jois  
1978/1979 Römisch Katholische Hauptschule  
für Mädchen Neusiedl/See  
1979 – 1983 Römisch Katholische Hauptschule  
für Mädchen Neusiedl/See  
1983 – 1987 Oberstufenrealgymnasium der  
Schwestern vom göttlichen Erlöser, Theresianum  
in Eisenstadt  
12. September 2003 Berufsreifeprüfung an der  
Bildungsanstalt für Kindergartenpädagogik, Wien  
seit März 2004 Studium der Pflegewissenschaften  
und Pädagogik an der Universität Wien

## **Berufsausbildung**

29.1.1992	Ausbildung zur Stationsgehilfin mit ausgezeichnetem Erfolg im Haus der Barmherzigkeit, Wien
1.12.1992	Ausbildung zur Pflegehelferin im Haus der Barmherzigkeit, Wien
31.8.1997	Diplom für Gesundheits- und Krankenpflege mit ausgezeichnetem Erfolg an der Krankenpflegeschule am Kaiserin Elisabeth Spital, Wien

## **Berufspraxis**

Seit 2012	Selbstständige Ausübung der Allgemeinen Gesundheits- und Krankenpflege als Pflegegeldbegutachterin im Auftrag der Pensionsversicherungsanstalten
2009 – 2011	Stationsleitung im 1. Stock (Schwerpunkt Neurologie- Morbus Parkinson und konservative Orthopädie) in der PKJ- Confraternität; Vertretungsdienste der Pflegedienstleitung
2008 – 2009	Vertretung der Stationsleitung im 2. Stock (Schwerpunkt Innere Medizin) in der PKJ- Confraternität, Wien
2003 – 2008	3. Stock (Schwerpunkt Chirurgie und Innere Medizin) in der PKJ- Confraternität, Wien
1993 – 2003	Chirurgisch-onkologische Abteilung, Kaiserin Elisabeth Spital, Wien
1990 – 1993	Abteilung für Geriatrie und Chronische Erkrankungen, Haus der Barmherzigkeit, Wien
1989 – 1990	Chirurgische Abteilung, St. Josef Krankenhaus, Wien
1988 - 1989	Abteilung für Geriatrie und Chronische Erkrankungen, Haus der Barmherzigkeit, Wien
1987 - 1988	Chirurgische Abteilung, Hartmannspital, Wien

## **Zusatzqualifikationen**

EDV: Grundkenntnisse MS Windows und Internet

Sprachen: Deutsch (Muttersprache)

Englisch (in Wort und Schrift)

Besondere Fähigkeiten: Kommunikationsfähigkeit, Organisationsfähigkeit, Entlassungsmanagement im Rahmen der Stationsleitung in der Confraternität, Zuverlässigkeit, berufliche Professionalität

Freiberufliche Ausübung der Allgemeinen Gesundheits- und Krankenpflege seit 2002

## **Fort- und Weiterbildungen**

- Dekubitusseminar
- Wundheilung
- VAC- System
- Pflegediagnosen nach Böhm
- Pflegeprozess
- Kommunikationsseminare
- Gesprächsführungsseminare
- Umgang mit Krebskranken
- Verhaltensstrategien bei akuten Psychosen
- MS Outlook 2003+Grundlagen Internet
- Basistraining MS Word 2002
- Notfallmanagement
- Hygienerichtlinien
- Arbeitsgruppe-Erarbeitung und Implementierung des Pflegeprozesses und der Pflegediagnosen (Dauer: 2 Jahre)
- Div. innerbetriebliche Fortbildungen in der Gesundheits- und Krankenpflege
- Projektmanagement- Entwicklung und Durchführung von Projekten
- Treffpunkt Pflege 2010
- Pflegesymposium 2011- Pflegewissenschaft trifft Praxis
- Fortbildung zur Pflegegeldeinstufung 2011