

Fachweiterbildung

“Pflege des krebserkrankten, chronisch-kranken Menschen“

Die Notwendigkeit der Pflegespezialisierung am Beispiel der Breast Care Nurse an der Universitätsfrauenklinik Heidelberg

Vorgelegt von:

**Fahrner, Bianca
Kurs 2005/2007**

Am 19. März 2007

Inhaltsverzeichnis

	Seite
Inhaltsverzeichnis	I
Abkürzungsverzeichnis	II
Abbildungsverzeichnis	IV
Tabellenverzeichnis	V
1. Einführung	1
2. Pflegespezialisierung	2
2.1 Definition Pflegespezialist/-in	2
2.2 Pflegespezialisierung in Deutschland (allgemein)	2
3. Die Umsetzung der Pflegespezialisierung am Beispiel	
der Breast Care Nurse	3
3.1 Ursprünge	3
3.2 Implementierung in Deutschland	3
3.3 Qualifikation	4
3.4 Darstellung der Aufgaben und Kompetenzen	5
3.5 Mögliche Ansatzpunkte im Behandlungsverlauf an der Universitätsfrauenklinik	9
4. Pflegespezialisierung am Beispiel der Breast Care Nurse -	
Studienbelege der Wirksamkeit	10
4.1 Studie 1: Vorstellung und Analyse	10
4.2 Studie 2: Vorstellung und Analyse	12
5. Die Breast Care Nurse an der Universitätsfrauenklinik	
Heidelberg - eine empirische Analyse	14
5.1 Methodologie der empirischen Untersuchung	14
5.2 Ergebnisse	15
5.2.1 Ärzte und Pflegepersonal im Vergleich	15
5.2.2 Patienten	16
5.2.2.1 Einzelne Aussagen	17
5.2.2.2 Verbesserungsvorschläge	17
5.3 Evaluation der Ergebnisse	17

6. Schlusswort	20
6.1 Inhaltliche Reflexion.	20
6.2 Persönliche Reflexion	21
Anhang	22
Literatur- und Quellenverzeichnis	38
Versicherung	40

Abkürzungsverzeichnis

Abb.	= Abbildung
ANP	= Advanced Nursing Practice
ca.	= circa
b. Bed.	= bei Bedarf
BCN	= Breast Care Nurse
BET	= brusterhaltende Therapie
BMJ	= British Medicine Journal
Bsp.	= Beispiel
BSS	= Brustsprechstunde
bzgl.	= bezüglich
Ca	= Carzinom
CCC	= Comprehensive Cancer Centre
CHT	= Chemotherapie
DBfK	= Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe
DGGP	= Deutsche Gesellschaft für Gesundheits- und Pflegerwissenschaft
DPR	= Deutscher Pflegerat
EUSOMA	= European Society of Mastology
evtl.	= eventuell
ff.	= fortfolgende
hist.	= histologische
Histo.	= Histologie
ICN	= International Council of Nursing
i.d.	= in der
KG	= Krankengymnast/-in
KOK	= Konferenz onkologischer Kranken- und Kinderkrankenpflege
lt.	= laut
Ma	= Mamma
o.B.	= ohne Befund
OP	= Operation

Ov	= Ovarial
Pat.	= Patient/-in
postop	= postoperativ
S.	= Seite
Tab.	= Tabelle
UFK	= Universitätsfrauenklinik
usw.	= und so weiter
v.a.	= vor allem
WV	= Wiedervorstellung
z.B.	= zum Beispiel

Abbildungsverzeichnis

Abb.		Seite
1	Behandlungsmodell	23
2	Frage 9 - In welchen Situationen wenden Sie sich an die BCN?	35
3	Frage 10 - Welche Tätigkeiten der BCN stufen sie als besonders wichtig ein?	36

Tabellenverzeichnis

Tab.		Seite
1	Background characteristics of women undergoing surgery for breast cancer who were randomised to receive four different types of psychological support	24
2	Numbers of breast cancer patients who missed one or more of their planned assessments and reason for this	25
3	Mean (SD) scores of psychological morbidity recorded by breast cancer patients on 28 item general health questionnaire and on its subscales by type of support provided	26
4	Means (SD) scores of psychological morbidity recorded by breast cancer patients with hospital anxiety and depression scale by type of support provided	27
5	Mean (SD) summary scores of psychological morbidity recorded by breast cancer patients by type of support provided	27
6	Psychiatric morbidity before admission and at 3 and 12-18 months after mastectomy. Results are numbers (and percentages) of patients	28
7	Episodes of psychiatric morbidity occurring since mastectomy. Results are numbers (and percentages) of women who had an episode at any stage since mastectomy	28
8	Auswertung Mitarbeiterfragebogen (Pflegepersonal)	33
9	Auswertung Mitarbeiterfragebogen (Ärzte)	33

Tab.		Seite
10	Auswertung Patientenfragebogen	34
11	Hierarchie der wissenschaftlichen Evidenz (Stärkste Evidenz auf Stufe I)	37

1. Einführung

In Deutschland erkranken jedes Jahr ca. 50.000 Frauen an Brustkrebs. Die Diagnose wird als Schock erlebt. Ängste, Unsicherheiten und Hoffnungslosigkeit sind die Folge. Von einem Moment auf den anderen sind sie mit einer lebensbedrohlichen Erkrankung konfrontiert. Veränderungen auf psychischer, physischer und sozialer Ebene kommen auf die Frauen zu.

Die Universitätsfrauenklinik Heidelberg wurde von der Fachgesellschaft EUSOMA in Therapie und Patientenbetreuung mit dem europäischen Gütesiegel ausgezeichnet. Rund 600 Patienten wurden im Jahr 2006 im Heidelberger Zentrum behandelt. „In der Behandlung gewährleistet ein interdisziplinäres Expertengremium eine Optimalversorgung. Die umfangreiche Patientenbetreuung reicht von der Begleitung durch eine BCN über klassische Krankengymnastik bis hin zu Mal- und Musiktherapien und psychologischer Begleitung.“ (Dr. Schütz, Oberarzt der UFK, 2006). Im Rahmen dieser Zertifizierung wurde die Stelle für eine Fachkrankenschwester für Brustkrankungen, die sog. Breast Care Nurse, geschaffen. Sie ist Pflegespezialistin für Brustkrankungen und bildet mit ihrer Arbeit ein neues Glied im multiprofessionellen Team des Brustzentrums. Die Betreuung der Frauen ab Diagnosezeitpunkt mit all den damit verbundenen Aufgabenbereichen ist Bestandteil ihrer Arbeit.

Das Streben nach Pflegespezialisierung wird immer stärker, es erfolgt eine Implementierung spezialisierter Pfleger wie der BCN in das jetzige Gesundheitssystem. Die Frage nach der Qualifikation professioneller Pfleger sowie deren Auswirkung auf die Patienten wird noch diskutiert. Da die Zusammenarbeit mit der BCN eine Erweiterung der interdisziplinären Teamarbeit an der UFK darstellt, gilt es in der vorliegenden Arbeit, die Entwicklung und das Tätigkeitsfeld der BCN mit den damit verbundenen Aufgaben näher zu betrachten.

Teil eins dieser, im Rahmen der Fachweiterbildung „Pflege des krebskranken, chronisch kranken Menschen“ entstandenen Arbeit, diskutiert die Pflegespezialisierung im Allgemeinen und deren Umsetzung am Bsp. der BCN. Der Leser wird hierbei in die Ursprünge, Qualifikationen, Kompetenzen und Aufgaben der BCN eingeführt. Danach wird die Bedeutung der Implementierung von Pflegespezialisierung ins deutsche Gesundheitssystem aufgezeigt. Hierbei werden zwei Studien vorgestellt und analysiert, die sich mit den Auswirkungen von Pflegespezialisierung befassen. Anschließend wird anhand einer eigens hierfür durchgeführten empirischen Erhebung untersucht, wie die Implementierung einer Pflegespezialisierung an der UFK umgesetzt wird. Nach Erläuterung der Vorgehensweise folgt die Analyse der Untersuchungsergebnisse. Besonderen Wert wird hierbei auch auf die Bedeutung der Tätigkeit einer BCN für Mitarbei-

ter und Patienten der UFK gelegt. Am Ende werden einige Lösungsansätze vorgestellt, die zu einer Optimierung der Pflegespezialisierung an der UFK beitragen können.

In der gesamten vorliegenden Arbeit wird vorrangig die feminine Form für Ausdrücke wie z.B. 'Patient' verwendet. Hintergrund hierfür ist, dass die überwiegende Anzahl der an Brustkrebs erkrankten Menschen, Frauen sind.

2. Pflegespezialisierung

2.1 Definition Pflegespezialist/-in

„Ein/e Pflegespezialist/in (ANP) ist ein/e Gesundheits- und Krankenpfleger/in, der/ die über Expertenwissen, komplexe Entscheidungsfähigkeiten und klinische Kompetenzen für eine erweiterte Praxis verfügt. Die Charakteristik der Kompetenzen wird von Kontext und/oder den Bedingungen des jeweiligen Landes gestaltet, indem sie für die Praxis zugelassen ist. Als Qualifikation wird ein Master-Grad empfohlen.“ (Definition des ICN, 2006) Eine spezielle Definition des Begriffs Pflegespezialist/in für Deutschland konnte während der Recherche zu der Arbeit nicht gefunden werden.

2.2 Pflegespezialisierung in Deutschland (allgemein)

Die dreijährige Krankenpflegeausbildung reicht heutzutage allein nicht immer aus, um eine expertenhafte Pflege ausführen zu können. Eine zusätzliche berufliche Qualifikation ist aufgrund der Veränderungen im Gesundheitswesen unumgänglich. Das Fachwissen sollte aufgrund neuer medizinischer Möglichkeiten, der Bildung von CCC's, Zertifizierungsverfahren und der Zunahme von chronisch Kranken an die Entwicklung angepasst werden. Auch die Politik und die Patienten fordern eine effektive und effiziente Gesundheitsversorgung ein. Durch Fort- und Weiterbildungen, wie z.B. die zweijährige Fachweiterbildung für krebskranke und chronisch- kranke Menschen, erlangt man ein fundiertes Fachwissen und eignet sich weitere Kompetenzen an. Die Bundesarbeitsgemeinschaft der Leitungen der Weiterbildungsstätten für die Fachpflege i.d. Onkologie unterteilt die Kompetenzen in folgende Bereiche: Fachpraktisch handeln, Anleiten und Beraten, Beziehungen gestalten, sich für den Patienten einsetzen, Koordinieren, Organisieren, bei der Forschung mitwirken und Berufs- und gesellschaftspolitisch tätig sein.

Spezialisierte Pflegende in Deutschland findet man in klinischen Bereichen mit unterschiedlichen Schwerpunkten, wie z.b. im Wundmanagement, als Stomatherapeutin, als Ernährungsexpertin, im Casemanagement, usw. In die Reihe der genannten Spezialisten reiht sich nun auch die BCN, als Expertin für Brustkrankungen ein. Ein abgeschlossenes Hochschulstudium

mit Masterabschluss wird derzeit in Deutschland nicht gefordert. Pflegespezialisierung erreicht man bisher über eine qualifizierte Pflegeausbildung, Pflegeerfahrung sowie Fort- und Weiterbildungen. „Die Erst-Ausbildung auf Hochschulniveau ist bundeseinheitlich zu regeln (Deutschland, Österreich und Luxemburg sind die letzten von 25 EU-Ländern ohne grundständige Hochschulausbildung)... Ein neuer Personal- und Qualifikationsmix zur Gestaltung der Versorgungsprozesse erfordert klare Kompetenzverteilungen und neue Rahmenbedingungen.... Eine Neuentwicklung für professionell Pflegende könnte das Advanced Nursing Practice (ANP) darstellen, welches aus dem angloamerikanischen Raum kommt und hierzulande momentan diskutiert wird.“ (DPR, 2006, S. 2-5). Da diese Arbeit die Pflegespezialisierung am Bsp. der BCN aufzeigt, wird das ANP im Weiteren nicht näher behandelt.

3. Die Umsetzung der Pflegespezialisierung am Beispiel der Breast Care Nurse

3.1 Ursprünge

Aufgrund zunehmenden Bewusstseins über die psychosozialen Bedürfnisse von brustkrebserkrankten Frauen entwickelten sich in England in den 80 er Jahren die ersten BCN Stellen. In Großbritannien hat das Royal College of Nursing eine klare Strukturierung der Rollen einer BCN definiert, welche in drei Ausbildungsstufen unterschieden wird. (Royal College of Nursing, 2002)

1. BCN als Spezialisierung von Pflegefachpersonen
2. Clinical Nurse Specialist (auf Masterniveau) als vertiefte Ausbildung in diesem Fachgebiet
3. Nurse Consultant, deren Ausbildung in der Regel einen PhD (Doktorat) einschließt

„Weitere Begründungen zum Einsatz von BCN lieferten auch die Aussagen und Empfehlungen unterschiedlicher Institutionen in Großbritannien, Irland und Australien, sowie statistische Erhebungen zu Prävalenz und Insidenz von Brustkrebs und daraus resultierenden psychischen Problemen“, (DGGP, Marquard; Möller, 2006).

3.2 Implementierung in Deutschland

In Deutschland kennt man den Begriff “BCN“ erst seit einigen Jahren. Durch die Bildung der Brustzentren und der damit verbundenen Zertifizierung nach den EUSOMA Richtlinien ist nun

auch Deutschland gezwungen, sich den europäischen Standards anzunähern. „Bei der Zertifizierung zu Brustzentren gibt es unterschiedliche Vorgaben. Die EUSOMA fordert den Einsatz von BCN, deutsche Fachgesellschaften fordern den Einsatz von onkologischen Fachkrankenschwestern, in anderen Zertifizierungsverfahren finden sich keine Aussagen über die Pflege.“ (Dr. Angelika Zegelin, 2005). Wie man sieht, gibt es auch berufspolitisch noch keine eindeutig, klare Regelung zur Qualifikation der BCN. Aus diesem Grund existieren in Deutschland im Moment diverse Weiterbildungslehrgänge zur BCN.

Die EUSOMA fordert zwei ausgebildete Brustschwesterstellen (für je 100 neu diagnostizierte Behandlungsfälle von Brustkrebs), die folgende Inhalte erfüllen sollten:

- Beratung
- Praktische, emotionale und informelle Unterstützung bei neu diagnostizierten Brustkrebspatientinnen vom Diagnosezeitpunkt an, sowie Besprechung der Behandlungspläne mit den Patientinnen (ein geeigneter Raum mit ausreichend Privatsphäre muss zur Verfügung stehen)
- Gleichwertige Unterstützung i.d. Nachsorgeambulanz
- Betreuung der fortgeschrittenen Behandlungsfälle

(European Journal of Cancer 36 (2000), S.2288-2293).

3.3 Qualifikationen

Momentan gibt es kein anerkanntes und zertifiziertes Studium oder Weiterbildungsprogramm zur BCN in Deutschland. „Krankenhäuser und auch Weiterbildungseinrichtungen bieten Kurse in unterschiedlicher Dauer, Struktur und unterschiedlichem Niveau an, um eigene BCN auszubilden...Bei allen Literaturquellen zur Beschreibung spezialisierter Pflege bei Brustkrebs zeigt sich, dass ein einheitlicher Standard für ein Ausbildungs- und Karrieremodell für den onkologischen Bereich im angloamerikanischen und skandinavischen Raum fehlt.“ (Eicher, 2005). „Die Standards der EUSOMA in Deutschland, wie auch in anderen Ländern, werden als richtungweisend angesehen“ (DGGP, Modellkurs BCN, Marquard; Möller, 2006 S.12).

Die ersten Modellkurse zur Weiterbildung spezialisierte Pflegekräfte in Brustzentren haben vor mehreren Jahren begonnen. Die DGGP bietet in Zusammenarbeit mit der DBfK seit 2006 einen berufsbegleitenden Weiterbildungskurs mit dem alleinigen Schwerpunktthema Brustkrebs an. Dieser findet unter dem Titel Weiterbildung als“ Pflegeexpertin für Brustkrebs“

statt (DBfK). Im Weiterbildungsprogramm der KOK gibt es einen Weiterbildungslehrgang zur „Qualifizierung von Pflegekräften in Brustzentren“ (KOK). Die Zugangsvoraussetzungen sind sich sehr ähnlich. Neben der dreijährigen Pflegegrundausbildung ist eine onkologische Berufserfahrung in einem Brustzentrum wünschenswert. Die Arbeit in einer Schwerpunktpraxis mit hohem Anteil an brustkrebserkrankten Patienten ist lt. der KOK ebenfalls zulässig. Wie im oberen Abschnitt bereits erwähnt, ist die Dauer und Anforderung an eine Weiterbildung zur BCN in Deutschland nicht einheitlich festgelegt. Personen aus dem Fachbereich, wie z.B. die Präsidentin des britischen Berufsverbandes Royal College of Nursing, fordern die Qualifikation auf akademischem Niveau anzusiedeln. In Deutschland gibt es dafür bislang noch keine Grundlage.

3.4 Darstellung der Aufgaben und Kompetenzen

Die sechstägige Hospitation bei Michaela Buthenhoff, der BCN an der Universitätsfrauenklinik Heidelberg, im Januar 2007, ermöglichte einen intensiven Einblick in das umfangreiche Tätigkeitsfeld der BCN. Klar ersichtlich wird die Bedeutsamkeit ihrer Arbeit für die Patientinnen. Fr. B. arbeitet seit vielen Jahren an der UFK Heidelberg, ist Fachkrankenschwester für Onkologie und hat den ersten Modellkurs zur Weiterbildung als „Pflegeexpertin für Brustkrankungen“ erfolgreich abgeschlossen, der seit März 2006 von der DGGP angeboten wird.

Eine der Hauptaufgaben der BCN ist die Teilnahme an Diagnosegesprächen. Die Diagnose kann die Frauen in eine Krise stürzen, die von Angst, Bedrohung, Verunsicherung, Ungewissheit, psychischer und physischer Erschöpfung (S. Schmid- Büchi et al., 2005) geprägt ist. Dadurch, dass Fr. B. immer telefonisch erreichbar ist, kann sie bei Diagnoseübermittlung in der BSS anwesend sein. Sie erhält einen Anruf vom diensthabenden Arzt, welcher ihr im Idealfall telefonisch mitteilt, um welche Diagnose es sich bei der Patientin handelt. Fr. B. ist somit vorbereitet und stößt zum Gespräch hinzu. Im Vorfeld wird sie der Patientin als die betreuende Krankenschwester für Brustkrebspatientinnen vorgestellt. Die Patientinnen befinden sich regelmäßig in einem Schockzustand. Der Arzt macht ihnen, teilweise auch in Anwesenheit des Lebenspartners, eine Therapieempfehlung. In den meisten Fällen handelt es sich hierbei zuerst um eine Brustoperation, je nach Befund des Tumors erfolgt vorab noch eine Chemotherapie. Die Frauen werden mit Fachbegriffen wie brusterhaltend, Ablatio, anschließende Chemotherapie, Bestrahlung und kosmetische Rekonstruktion konfrontiert, und sind häufig mit der Situation überfordert. „Einige Frauen haben schwierige Momente im Kontakt mit Ärztinnen und Ärzten erlebt, meist in Phasen, in denen sie noch sehr unsicher und aufgewühlt waren, oder mit ihrem Schicksal haderten...Pflegerinnen scheinen großen Einfluss auf die Atmosphäre zu haben, und darauf, dass sich die Frauen gut aufgehoben fühlen.“ (S. Schmid- Büchi et al., 2005, S.349). Fr.

die Frauen gut aufgehoben fühlen.“ (S. Schmid- Büchi et al., 2005, S.349). Fr. B. ist für die Patientinnen nach dem ersten Schock da. Sie zieht sich mit den Betroffenen, evtl. auch mit den Lebenspartnern, in ihr Büro zurück. Dort herrscht eine schützende und ruhige Atmosphäre, und man kann den Emotionen und Gefühlen freien Lauf lassen. Die Frauen reagieren sehr unterschiedlich auf die Diagnose Brustkrebs. Weinattacken, Angstäußerungen, Verzweiflung, Verdrängung, Rückzug, Annehmen, usw. können Reaktionsmuster sein. Die BCN leistet nun psychologischen Beistand, denn die emotionale Betreuung ist in dieser Phase von wesentlicher Bedeutung. Es können Fragen gestellt werden (z.B. über die Erkrankung, ihre Ängste, die Behandlungsmöglichkeiten und den weiteren Ablauf). „Ich würde gerne sehen wie das aussieht, wenn mein Tumor in der Brust entfernt wird. Haben sie Schaubilder da?“ (Frage einer Patientin im Pflegeerstgespräch). Körperbildveränderungen sind bereits im Vorfeld, kurz nach der Diagnosestellung, ein bewegendes Thema für die Frauen. Ebenso wie die Horrorvorstellung vom Verlust der Haare. Durch Anschauungsmaterial, Infobroschüren und gezielte Beratung können auftretende Unsicherheiten und Ängste bereits im Vorfeld abgebaut werden. In dieser sehr intimen Situation ist es wichtig, den psychologischen Bedarf richtig zu erkennen und einzuschätzen. Durch empathische Kommunikation erhält die Patientin im gemeinsamen Gespräch die ersten Informationsunterlagen über die Erkrankung. Des Weiteren wird ihr erklärt, wie der stationäre Ablauf bei Aufnahme zur Operation aussieht. Eine Pflegeanamnese wird durchgeführt, welche nun bei stationärer Aufnahme nicht mehr erfolgen muss. Falls eine Terminierung mit der Kosmetiksprechstunde (bzgl. rekonstruktiver Operationsverfahren) erforderlich ist, kümmert sich die BCN hierum. B. Bed. wird versucht, außerhalb der kosmetischen Sprechstunde einen Termin mit den Operateuren zu arrangieren, damit die Patientin zeitnah alle erforderlichen Informationen zur Entscheidungsfindung erhält. Auch die Begleitung zu weiteren Untersuchungen oder zum Patientenmanagement bzgl. der Absprache des anstehenden Op-Termins, übernimmt die Pflegespezialistin gerne. „Alleine, nach der Diagnose, den Weg zu den verschiedenen Abteilungen in der Klinik zu finden, hätte ich nicht geschafft“ (Aussage einer Patientin).

Der zweite Bereich der BCN umfasst die postoperative Betreuung. Aufgabe hierbei ist es, die Frauen nach der Operation mindestens einmal (b. Bed. mehrmals) auf den Stationen zu besuchen. Sie informiert sich im Vorfeld über die durchgeführte Operation, eventuell aufgetretener Komplikationen (z.B. Hämatombildungen, Empfindungsstörungen), dem stationären Verlauf, die Histologie. „Die Frauen sind dankbar, wenn ihnen immer wieder bekannte Personen begegnen. Das vermittelt ihnen Sicherheit und gibt ihnen Orientierung.“(S. Schmid- Büchi et al., 2005, S.249). Die BCN erkundigt sich nach dem physischen und psychischen Befinden, gibt evtl. In-

formationen bzgl. Lymphödempfrophylaxe und weiterführender Therapie weiter, klärt Fragen hinsichtlich Prothesenversorgung, gibt gezielte Informationsmaterialien aus und bietet Gelegenheit Fragen zu stellen. Wenn es Probleme und Ängste in Bezug auf Veränderung des Körperbildes gibt, versucht sie Hilfestellungen zu geben. Falls sozialrechtliche Fragen auftreten, oder deutlich wird, dass ein psychologischer Bedarf vorliegt, wird der Sozialdienst und/oder die Psychologin eingeschaltet. Die Zusammenarbeit und Vernetzung im interdisziplinären Team ist von großer Bedeutung.

Da Fr. B. aufgrund der hohen Patientenzahl nicht alle Brustkrebspatienten vom Diagnosezeitpunkt an betreuen kann, kommt es oftmals erst auf Station zum Erstkontakt. Zum Teil wird sie vom Pflegepersonal angerufen, um diverse Fragen zu klären und/oder beratend tätig sein. Einen Überblick über die stationären Patienten erhält Fr. B. durch die regelmäßige Teilnahme an Übergabegesprächen oder durch ihre täglichen Besuche auf den operativen Stationen.

Die Betreuung der ambulanten Patientinnen in der Tagesklinik der Onkologie bildet einen dritten und wichtigen Baustein in der komplexen Arbeit einer BCN. An dem Tag, an dem die Chemotherapie startet, macht Fr. B. den Frauen das Angebot, ihnen die Tagesklinik zu zeigen. Die Führung durch die Tagesklinik bereitet die Frauen auf die Räumlichkeiten und den Ablauf in der Tagesklinik vor. Des Weiteren versucht Fr. B. die Frauen regelmäßig in der Tagesklinik zu besuchen. Dies können Frauen sein, die eine neoadjuvante oder adjuvante Chemotherapie erhalten. Hier spielt die Pflegeberatung eine bedeutende Rolle. Nebenwirkungen der Chemotherapie, Auswirkungen der Therapie auf die Fertilität, Probleme in der Sexualität, Belastungen in der Partnerschaft, Veränderungen in der Kommunikation mit Familienangehörigen (Ehemann, Kinder), Wechseljahresbeschwerden, Erschöpfungszustände zu Hause, Körperbildstörungen und vieles mehr sind Gesprächsinhalte. Die Frauen nehmen das Angebot gerne an und berichten häufig über die veränderte und neue Situation zu Hause. Die Krankenschwestern in der Tagesklinik haben aufgrund der hohen Anzahl an Patientinnen nicht immer genügend Zeit, sich individuell auf einzelne Patientinnen einzustellen, und ohne Zeitdruck Probleme, Ängste, Veränderungen, Belastungen, usw. zu thematisieren. „Patientinnen verlangen von Pflegenden eine hohe Fachkompetenz, konkrete Auskünfte, den Ausgleich von Informationsdefiziten und einen persönlichen Umgang. Sie erwarten, dass Pflegenden wahrnehmen, wenn es ihnen nicht gut geht, und sie sind sehr dankbar, wenn sich Pflegenden Zeit nehmen und tiefer nach ihrem Befinden fragen.“(S. Schmid- Büchi et al, 2005, S. 349). Die BCN kann diese Anforderung erfüllen. Auch in der ambulanten Betreuung sind die psychosoziale Begleitung sowie die gezielte Ausgabe von Informationsmaterialien sehr wichtig.

Damit die Frauen kontinuierlich (auch von zu Hause aus) die Möglichkeit haben, ihren festen Ansprechpartner (die BCN) immer zu erreichen, erhalten sie beim Erstkontakt eine Visitenkarte. Sie können Fr. B. tagsüber von 8 bis 16Uhr erreichen. Diese Form der Informationsvermittlung wird von den Patientinnen sehr gerne in Anspruch genommen. Entweder es lassen sich sofort Fragen klären oder ein Termin wird vereinbart.

Als professionelle Pflegeexpertin im multifunktionellen Team nimmt die BCN eine bedeutende Schlüsselrolle ein. Sie hat sehr engen Kontakt zu den betroffenen Frauen. Damit eine kontinuierliche und koordinierte Behandlung der Frauen möglich gemacht wird, ist es wichtig, dass sie an regelmäßigen Fallbesprechungen und Tumorkonferenzen teilnimmt. Erforderlich ist dies deshalb, damit das gesamte behandelnde Team den gleichen Informationsstand aufweist. Die folgenden Besprechungen bilden hierbei einen Schwerpunkt:

- Morgen-Rapport der Ärzte (täglich)
- Morgen-Rapport der Pflege (täglich)
- Postoperative Tumorkonferenz einmal pro Woche
- Stationsübergabe der operativen Stationen jeweils einmal pro Woche
- Teambesprechung der Onkologie einmal pro Monat

Außerdem pflegt die BCN engen Kontakt zu Krankenkassen, Selbsthilfegruppen, dem Sozialdienst, der Psychologin, der Physiotherapie, der Brückenpflege, usw.

Im nächsten Abschnitt werden weitere wichtige Aufgabenbereiche der BCN benannt, die primär nichts mit der Patientenbetreuung zu tun haben, jedoch unablässig bedeutende Aufgabenbereiche darstellen:

- Termine mit Krankenkassen bzgl. Disease- Management- Programm
- Auswahl und Bewertung von geeigneten Informationsmaterialien
- Unterrichten von Klinikgruppen in Zusammenarbeit mit der Akademie für Gesundheitsberufe in Heidelberg
- Führen einer eigenen Patientenstatistik
- Tägliche Dokumentation der betreuten Patientinnen
- Externe Anfragen in Bezug auf die Arbeit einer BCN beantworten
- Hospitationen durchführen (für Interessierte aus externen Kliniken)

- Verfassen von Artikeln, Kapiteln, usw. für Fachliteratur
- Teilnahme und Mitgestaltung an Informationsveranstaltungen der Frauenklinik
- Organisation Fort- und Weiterbildung, sowie Vorträge auf Kongressen

Dieses umfangreiche Tätigkeitsfeld erfordert zahlreiche Kompetenzen. Nur diese ermöglichen es, dass eine kontinuierliche Betreuung der Patientinnen und ihrer Angehörigen, die psychosoziale Begleitung und die Vernetzung des interdisziplinären Team gewährleistet ist. Neben Empathie sollte eine professionell Pflegende über Fach-, Sozial-, Humankompetenz, sowie gesellschafts- und berufspolitische Kenntnisse und Fähigkeiten verfügen.

Aus zeitlichen Gründen kann die BCN nicht allen brustkrebserkrankten Patienten zur Seite stehen. Bei einer so großen Anzahl ist es unmöglich, als alleinige BCN alle Patienten während der Chemotherapie zu besuchen, jeden Patienten beim Diagnosegespräch aufzufangen oder mehrmalige postoperative Besuche zu gewährleisten. Aus diesem Grund müsste es mindestens zwei BCN geben. Eine Aufteilung der Aufgabenbereiche würde erfolgen, die es ermöglicht, intensiver auf die Frauen einzugehen. Auch die Teilnahme bei nachstationären Gesprächen könnte einen weiteren Baustein darstellen. Die Angebotspalette für die Patienten würde sich ebenso vergrößern (z.B. in Form von Informationsveranstaltungen, Entspannungsverfahren, Patientenedukation, usw.) Darüber hinaus gibt es momentan auch keine vergleichbar qualifizierte Urlaubs- und Krankheitsvertretung für Fr. B. Diese Situation ist für die Patienten nicht zufrieden stellend. Wenn zwei Wochen der Ansprechpartner für die Patienten fehlt, kann die Betreuungsqualität darunter leiden. „Fr. B. an meiner Seite war ein Engel für mich. Jetzt nach meiner zweiten Operation, der Brustamputation, fehlen mir die hilfreichen Gespräche sehr. Mit der Psychologin will ich noch nicht sprechen, der Beistand von Fr. B. tat mir gut.“ (Aussage einer Patientin am 12.01.07)

3.5 Mögliche Ansatzpunkte im Behandlungsverlauf an der Universitätsfrauenklinik

Um schematisch darzustellen, an welchen Schnittstellen die BCN im Behandlungsverlauf einer Patientin am Brustzentrum Heidelberg anwesend ist bzw. anwesend sein könnte, wurde ein Modell entwickelt, welches den Weg der Patientin mit den möglichen Ansatzpunkten der BCN im Therapieverlauf darstellt¹.

¹ Vgl. Abb. 1, S.23.

4. Pflegespezialisierung am Beispiel der Breast Care Nurse - Studienbelege der Wirksamkeit

Während der Literaturrecherche wurden zwei randomisierte² Studien ausgewählt, die im folgenden Teil der Arbeit vorgestellt werden. Sie beschäftigen sich damit, welche Verbesserungen eine BCN in der Betreuung brustkrebserkrankter Frauen erzielen kann und welche Symptome sich reduzieren lassen. Die genannten Studien werden in der Literatur im Zusammenhang mit Breast Care Nurse häufig beschrieben.

4.1 Studie 1: Vorstellung und Analyse

Die randomisierte Studie „Psychological support for patients undergoing breast cancer surgery: a randomised study“ (McArdle J, George D, McArdle C, et al., 1996) untersucht, zu welchen Auswirkungen es in Bezug auf die psychologische Morbidität von brustkrebserkrankten Frauen nach einer Brustoperation kommt, nachdem sie Unterstützung von einer BCN oder einer freiwilligen Hilfsorganisation erhalten haben. Durchgeführt wurde diese zweijährige Studie in drei Krankenhäuser in Glasgow. Teilnehmerinnen waren 272 Frauen unter dem 70. Lebensjahr. Bevor die Frauen operiert wurden, gruppierte man sie randomisiert über das Telefon in einer der folgenden vier Gruppen ein.

- a) Betreuung durch normale Pflege
- b) Betreuung durch normale Pflege und BCN
- c) Betreuung durch normale Pflege und freiwillige Hilfsorganisation
- d) Betreuung durch normale Pflege, freiwillige Hilfsorganisation sowie durch die BCN

Untersucht wurde die psychologische Morbidität in Bezug auf Gesundheitsempfinden, Angst, sozialem Verhalten und Depression. Die Erhebung wurde jeweils drei, sechs und zwölf Monate nach dem ersten Klinikaufenthalt durchgeführt.

Die im Rahmen der Studie tätige BCN verfügt über ausreichende Erfahrung in der Begleitung brustkrebserkrankter Frauen. Zusätzlich besitzt sie umfangreiches Wissen in der Dokumentation der psychologischen Morbidität von Brustkrebspatienten mittels Selbsteinschätzungsskalen. Sie erklärt den Patienten den prä- und postoperativen Ablauf und geht auf die Wundverhältnisse und Empfindungsstörungen im Arm ein. Sie kümmert sich um die Prothesenversorgung, falls diese

² Bei der Randomisierung handelt es sich um eine Methode, die Patienten zufällig in die Interventions- bzw. die Kontrollgruppe einteilt (Kleist, P., 2006, S. 48).

benötigt wird. Außerdem ermutigt sie die Frauen, schnell wieder zu den normalen Alltagsaktivitäten überzugehen. Falls noch Behandlungen/ Therapien erforderlich sind, erhalten die Patientinnen entsprechende Informationen. Sie bietet den Frauen Gespräche mit dem Lebenspartner oder anderen Verwandten an und vermittelt das Gefühl, den Emotionen freien Lauf lassen zu können. Auch auf sexuelle Probleme geht sie ein (z.B. wenn die Frau sich nicht begehrenswert vor- kommt) und macht deutlich, dass dies normale Gefühle sind. Sie besucht die Frauen während des Klinikaufenthaltes, vereinbart Termine und gibt ihre Telefonnummer an Patientinnen weiter.

Die freiwillige Hilfsorganisation „Tak Tent“ wurde 1970 in Glasgow zur Unterstützung von Krebspatienten gegründet. Die Organisation liefert drei Arten von Unterstützung. Information, soziale Beratung und regelmäßige Gruppentreffen von Patienten mit Krebserkrankungen.

Insgesamt 122 Teilnehmerinnen unterziehen sich einer Mastektomie, 144 erhalten eine Lymphektomie und 124 entscheiden sich gegen eine weiterführende Therapie oder für eine alleinige Tamoxifentherapie. Außerdem unterziehen sich 103 Patientinnen einer Bestrahlung, insgesamt 41 bekommen eine Chemotherapie. Innerhalb eines Jahres tritt bei 14 Frauen ein Lokalrezidiv sowie bei 12 Metastasen auf. Neun Patientinnen versterben im Rahmen der Studie.³

Über den Gesamtzeitraum der Studie hinweg beantwortet die BCN 101 Telefonate von Patienten oder deren Angehörigen. Die Beweggründe dieser Telefonate gliedern sich wie folgt:

- Probleme mit der Wundheilung und Anschwellen des Armes (17 Patienten)
- Unsicherheiten mit der Prothesenversorgung sowie Informationen bzgl. Brustrekonstruktion (9 Patienten)
- Informationen über die Behandlung und die Nebenwirkungen (24 Patienten)
- Äußerung von Ängsten, aufgrund der Krebserkrankung (10 Patienten)
- Erkundigung nach den Ergebnisse der Untersuchungen (5 Patienten)
- Allgemeine Informationen (16 Patienten)
- Übermäßige Angst und Depression (10 Patienten)
- Suizidale Gedanken (1 Patient)
- Direkte Kontaktaufnahme beim Auftreten von Symptomen (9 Patienten)

³ Vgl. Tab. 1, S. 24.

Die psychologische Morbidität sinkt innerhalb der beobachteten zwölf Monate in fast allen vier Gruppen. Die Punkte in der Gruppe der Patientinnen, die Unterstützung von der BCN erhielten, sind konstant niedrig im Vergleich zu den anderen Gruppen. Die p-Werte (ist der p-Wert $< 0,05$, so kann man mit mehr als 95% Wahrscheinlichkeit sagen, dass die Ergebnisse nicht auf einen Zufall zurückzuführen sind; die Ergebnisse werden auch als „statistisch signifikant“ bezeichnet) lauten:

$P = 0,015$ (Gesundheitsempfinden), $p = 0,027$ (Angst und Insomnie), $p = 0,031$ (soziales Verhalten), $p = 0,003$ (Depression im Krankenhaus). Weitere p-Werte in Bezug auf die Unterstützung durch die BCN lauten: $p = 0,072$ (Depression), $p = 0,053$ (Symptome), $p = 0,093$ (Angst im Krankenhaus). Weitere Details finden sich in den Tabellen 2 bis 5 auf S. 25 ff.

Die Studie belegt, dass spezialisierte Pflegende, hier die BCN, welche im interdisziplinären Team arbeiten, die psychologische Morbidität bzgl. Gesundheitsempfinden, Angst und Insomnie, sozialem Verhalten sowie Depression bei brustkrebserkrankten Frauen signifikant reduzieren kann. Die p-Werte liegen deutlich unter 0,05 und sind somit statistisch signifikant. Erstaunlich ist, wie die Patientinnen das Angebot der telefonischen Beratung der BCN genutzt haben. Diese Erfahrung konnte ebenfalls während der Hospitation bei Fr. B an der UFK gemacht werden. Es wird deutlich, wie wichtig den Patienten ein fester Ansprechpartner ist, der in verschiedenen Situationen mit Rat und Tat zur Seite steht. Diese Studie wurde in Evidenzgrad zwei⁴ eingestuft. Die Erläuterung der wissenschaftlichen Evidenzgrade findet sich im Anhang auf S. 38.

4.2 Studie 2: Vorstellung und Analyse

Hierbei handelt es sich um eine randomisierte und kontrollierte Studie „Effect of counselling on the psychiatric morbidity associated with mastectomy“ (Maguire et al., 1980) des Evidenzgrad zwei, die ebenfalls in Großbritannien durchgeführt wurde. Sie umfasst insgesamt 152 Patienten. Davon sind 75 Patienten Teilnehmer in der Interventionsgruppe und 77 in der Kontrollgruppe. Patienten der Interventionsgruppe haben individuelle Unterstützung von einer spezialisierten Pflegeperson erhalten, d.h. diese kümmert sich postoperativ um die Patienten, besucht sie zu Hause oder in anderen Einrichtungen und begleitet die Patienten den gesamten Krankheitsprozess über. Die Patienten der Kontrollgruppe erhalten lediglich die übliche pflegerische Unterstützung auf der operativen Station.

⁴ M. R .E. Eicher (2005), S. 356.

Tabelle 6 auf S. 28 stellt die psychische Morbidität vor und nach der Mastektomie (in den verschiedenen Zeitintervallen) dar.

Die Betreuung durch eine spezialisierte Pflegeperson konnte die psychische Morbidität nicht verhindern. Durch die Überwachung und Begleitung der Patienten während des Krankheitsprozesses kann die spezialisierte Pflegekraft jedoch bei 76% der Studienteilnehmer erkennen, dass sie Hilfe von psychologischer Seite benötigen. Nur 15% der Kontrollgruppe, deren psychischer Zustand ebenso Hilfe bedarf, wurden erkannt und an Psychologen verwiesen. Infolgedessen gab es 8-12 Monate nach Mastektomie weniger psychologische Morbidität in der Interventionsgruppe (12%), als in der Kontrollgruppe (39%). Die Interventionsgruppe zeigt höheres psychosoziales Wohlbefinden, kann sich rasch wieder beruflich orientieren und kommt mit dem Verlust der Brust zurecht.

51% der Interventionsgruppe und 53% der Kontrollgruppe erleiden nach Mastektomie Episoden von Angst, Depression und sexuellen Problemen. Die Angst- und Depressionsepisoden sind in der Interventionsgruppe kürzer, als die der Patienten in der Kontrollgruppe. Die p- Werte lauten: Angst $p = 0,001$ und Depression $p = 0,001$. Dies bedeutet, dass es zu einer deutlichen Verkürzung von Angst- und Depressionsepisoden kommt. Die Dauer der sexuellen Probleme unterscheidet sich nicht wesentlich. In Tabelle 7 (vgl. Anhang, S. 28) sind die Daten der Episoden nochmals anschaulich dargestellt.

Diese Ergebnisse zeigen den hohen Grad der psychologischen Morbidität von brustamputierten Frauen auf und machen deutlich, wie wichtig es ist, Wege zu finden, die dies verringern können (National Breast Cancer Centre, „Psychological support for breast cancer patients“, S. 68).

Ähnliche Ergebnisse beschreibt Watson et al., 1988, „Counselling breast cancer patients: a specialist nurse service“ (Studie der Evidenzklasse zwei). In seiner randomisierten Studie mit 40 mastektomierten Patienten können 3 und 12 Monate nach Diagnose signifikant niedrigere Depressionsraten ($p = 0,05$) und ein höheres Kontrollempfinden ($p = 0,03$) bei Patienten in der Interventionsgruppe festgestellt werden (Eicher, 2005, S.357).

Die oben aufgezeigten Ergebnisse machen deutlich, dass der Einsatz spezialisierter Pfleger zu einer Verminderung von Angst und Depression beitragen kann. Insgesamt gibt es zu diesem Thema wenige aussagefähige Studien. Insbesondere im deutschsprachigen Raum findet sich im Laufe der Recherchearbeit nicht eine einzige.

„Das größte empirische Wissen besteht zum heutigen Zeitpunkt bzgl. Minderung von Angst und Depression, sowie Verbesserung des Wohlbefindens. Es besteht allerdings dringender Bedarf an einer Definition der spezialisierten Pflege bei Brustkrebs, um zukünftig von einer einheitlichen Basis einer solchen Dienstleistung ausgehen zu können...Auf der Grundlage eines einheitlichen Konzeptes der spezialisierten Pflege im Bereich Brustkrebs ist eine Forschungsagenda anzustreben, die diese Dienstleistung in einer Größenordnung und Güte evaluiert, die Schlussfolgerungen für zukünftige gesundheitssystemische Entscheidungen zulässt“ (Eicher, M., 2005, S.362).

5. Die Breast Care Nurse an der Universitätsfrauenklinik Heidelberg - eine empirische Analyse

5.1 Methodologie der empirischen Untersuchung

Grundlage der folgenden Ergebnisse ist eine eigens hierfür entwickelte empirische Erhebung. Ziel ist es, die Bedeutsamkeit der BCN aus Sicht der Patienten darzustellen, wesentliche Aufgabenbereiche zu erkennen und diese zu analysieren. Des Weiteren soll der Mitarbeiterfragebogen die bisherige Implementierung der BCN ins interdisziplinäre Team aufzeigen. Basis der Untersuchung sind speziell hierfür entworfene Fragebögen⁵, die im Zeitraum 01.01.07 bis 15.02.07 an Mitarbeiter (Ärzte und Pflegepersonal) sowie Patienten an der UFK Heidelberg verteilt wurden. Die Befragung ist anonym erfolgt, wobei die Patienten persönlich gebeten worden sind, an der Erhebung teilzunehmen. Auch das Personal der UFK hat die nötigen Informationen erhalten. Ein gesicherter Rücklauf der Bögen ist durch das Aufstellen entsprechender Sammelbehälter gewährleistet worden. 50 Fragebögen sind an Mitarbeiter der gynäkologisch-operativen Stationen (Mai und Runge), der onkologischen Ambulanz und der Tagesklinik, sowie der BSS ausgeteilt worden. Bei der Patientenbefragung sind nur Frauen mit Brustkrebs ausgewählt worden, die seit ihrem Diagnosezeitpunkt Kontakt zur BCN haben. Diese Patientinnen haben den Fragebogen zwischen dem dritten und fünften postoperativen Tag nach BET oder Brustamputation erhalten. Von 20 ausgegebenen Fragebögen sind 17 beantwortete zurückgegeben worden. Die Rücklaufquote der Mitarbeiterfragebögen beträgt 54% (27 Antworten). Davon sind 7 Ärzte und 20 Pflegepersonal.

⁵ Vgl. Anhang 8, S. 30 ff.

5.2 Ergebnisse

5.2.1 Ärzte und Pflegepersonal im Vergleich

Die Auswertung hat ergeben, dass 57,1% der Ärzte die Zusammenarbeit mit der BCN als gut empfinden. 42,9% beschreiben die Zusammenarbeit sogar als sehr gut. Im Vergleich hierzu bewertet die Pflege die Zusammenarbeit mit 60% als sehr gut. Etwas weniger als die Hälfte der Ärzte bezeichnet ihre Kenntnis über den Aufgabenbereich der BCN als befriedigend, der übrige Teil als gut bis sehr gut. Mehr als die Hälfte des Pflegepersonals kennt den Aufgabenbereich gut, wobei ein Viertel unzureichendes Wissen äußert. Besonders wichtig scheint es den Ärzten zu sein, die Patienten situationsabhängig an die BCN verweisen zu können. 90% der Ärzte beurteilen diese Möglichkeit als sehr gut und das Pflegepersonal bekräftigt dieses Ergebnis zu 60%. Die Ärzte nutzen das Angebot der BCN sehr häufig, immerhin suchen 80% von ihnen drei- bis fünfmal pro Woche den Kontakt mit ihr. Die Hälfte des Pflegepersonals kontaktiert die BCN maximal zweimal pro Woche, der restliche Teil bis zu fünfmal die Woche. 71,4% der Ärzte beurteilen die psychoonkologische Betreuung durch die BCN als gut. Das Pflegepersonal sieht dies zu ca. 85% (sehr gut bis gut) genauso. Davon überzeugt, dass bei Patienten unzureichendes Wissen über die Erkrankung, Behandlung und den Krankenhausaufenthalt besteht, sind über die Hälfte der Ärzte. Dieser Meinung schließen sich 60% des Pflegepersonals an. Beratungs- und Hilfsangebote, welche die Patienten von der BCN erhalten, werden zu 71,4% von Seiten der Ärzte als gut bewertet, das Pflegepersonal ist hier mit einem Ergebnis von 40 bis 45% (gut bis sehr gut) anderer Meinung. 57,1% der befragten Ärzte schätzen die Informations- und Aufklärungsarbeit der BCN bei stationärer Aufnahme als gut ein. Diese Erfahrung macht auch das Pflegepersonal zu 70%. Die Frage, ob Ärzte und Pflegepersonal informiert sind, welche Patienten Kontakt zur BCN haben, wurde unterschiedlich beantwortet. Fast ein Drittel der Ärzte ist der Ansicht, dass sie sehr gut hierüber Bescheid wissen. 28,6% erachten ihr diesbezügliches Wissen nur als befriedigend und ein weiteres Drittel empfindet hier eine Lücke. Dies kommt in der unbefriedigenden Beurteilung zum Ausdruck. 14,3% enthielten sich bei dieser Frage. Im Berufsfeld der Pflege wird dies ähnlich gesehen. 35% empfinden den Informationsgrad darüber als gut, 40% jedoch nur als befriedigend bis ausreichend.

Die Auswertung von Frage 9 des Mitarbeiterfragebogens ergab, dass sich die Ärzte zu je 85,7% bezüglich Begleitung bei Diagnosestellung, Koordination zu Schnittstellen und bei Beratungs- und Informationsbedarf an die BCN wenden. Danach nehmen die Krisenintervention und die Angehörigenarbeit mit je 71,4% eine wichtige Rolle ein. Im Vergleich dazu wendet sich das

Pflegepersonal zu knapp 80% bei Beratungs- und Informationsbedarf an die BCN. Krisenintervention und Begleitung bei Diagnosestellung nimmt mit je 55% einen geringeren Stellenwert ein. (vgl. Diagramm 2. S. 35).

Auf die Frage, welche Tätigkeiten der BCN als besonders wichtig eingestuft werden, werden Patientenberatung, psychoonkologische Begleitung, Krisenintervention und Vernetzung zu Schnittstellen mit je 85,7% als wichtigste Aufgabenbereiche von den Ärzten benannt. Dies ist in Diagramm 3 auf S. 36 nochmals veranschaulicht. Die Angehörigenarbeit und die Informationsweitergabe werden von 57,1% der Befragten als wesentlich angesehen. Für das Pflegepersonal sind Aufgabenbereiche wie Patientenberatung und Vernetzung zu Schnittstellen von Bedeutung. Auch die Aufklärung nimmt mit 75% eine gewichtige Funktion für diese Berufsgruppe ein. Im Gegensatz dazu empfinden dies nur 40% der Ärzte so. Mit über 60% wird auch die Informationsweitergabe als gut vom Pflegepersonal bewertet. Die restlichen Tätigkeiten werden als nicht so wesentlich eingestuft.

Folgende Verbesserungsmöglichkeiten und Äußerungen zur Betreuung durch die BCN werden vom Personal beschrieben:

- „Eine BCN für 580 MaCa Patienten ist zu wenig“ (Arzt), „eine BCN ist zu wenig“ (dreimal Pflege), „für Urlaub und Krankheit müsste es eine Vertretung geben.“
- „Angehörigenarbeit ausbauen.“
- „Informationsveranstaltungen für Patienten.“
- „Teilnahme auch an nachstationären Gesprächen.“
- „Feedback von Seiten der BCN fehlt.“

Zur psychoonkologischen Betreuung wird angeregt, dass es sich eher um eine psychosoziale, als um eine psychoonkologische Betreuung handelt, da sich die Psychoonkologie an das Berufsbild des Psychologen oder des Therapeuten anlehnt. Des Weiteren wird die Einrichtung der BCN als „wunderbar“ beschrieben, und ein Mitarbeiter äußert, dass sich die Arbeit der BCN noch einspielen muss.

5.2.2 Patienten

Ein klares Ergebnis der Patientenbefragung zeigt mit 82,3% auf, dass es den Befragten sehr wichtig ist, einen festen Ansprechpartner in ihrem Betreuungsteam zu haben. Auch die Betreuung direkt nach Diagnosestellung wird von 70,1% als sehr bedeutend bezeichnet. Die BCN kann

Ängste und Unsicherheiten vor dem stationären Aufenthalt durch Beratung bei insgesamt 94% der brustkrebserkrankten Patienten reduzieren. Für 35,3% ist die psychoonkologische Betreuung sehr gut, 47,1% erachten diese immerhin als gut. Die Erreichbarkeit der BCN bewertet mehr als die Hälfte mit gut, die Häufigkeit des Kontaktes sehen 82% als sehr gut bis gut an und nur 17,6% als befriedigend. Die fachliche Kompetenz beurteilen 4/5 der Patienten als sehr gut bis gut. Die Vermittlung von Informationen bzgl. Erkrankung, Krankenhausaufenthalt, Beratungs- und Unterstützungsalternativen werden insgesamt sehr positiv erlebt und bewertet. Die exakten Werte können der Auswertungstabelle 10 auf S. 34 entnommen werden.

5.2.2.1 Einzelne Aussagen

Wie wichtig die Tätigkeit der BCN ist, sieht man an folgenden Äußerungen:

- „Weiter so“, „Fr. B. ist toll“, „Mir hat es sehr geholfen, danke“.
- „Sehr gute Einrichtung, man fühlt sich in guten Händen und begleitet“.
- „So was sollte weiter gemacht werden“, „Mehr Zeit. Mindestens einmal pro Tag“.
- „Die BCN ging sehr offen auf mich zu“.
- „Ich wurde immer gleich zurückgerufen, falls sie nicht erreichbar war.“
- „Mehr persönlichen Kontakt. Drei Tage ohne Kontakt sind desolat.“

5.2.2.2 Verbesserungsvorschläge

Die Patienten wünschen sich, dass die BCN von der Station oder den Ärzten informiert wird, falls noch nachoperiert werden muss. Eine weitere Patientin regt an, auch außerhalb des Patientenzimmers Gespräche führen zu können. Des Weiteren wird empfohlen, dass die BCN die Patientinnen zu einzelnen Untersuchungen begleitet, um diese vor Ort erläutern zu können. Die Erstellung einer Liste der wichtigsten Ansprechpartner und Adressen in einem handlichen Format wird ebenfalls genannt.

5.3 Evaluation der Ergebnisse

Die Ergebnisse der Erhebung zeigen deutlich, dass die Implementierung ins interdisziplinäre Team der UFK sehr gut erfolgt ist. Das neue Mitglied im multifunktionellen Team wird positiv aufgenommen. Dies wird dadurch bekräftigt, dass die Zusammenarbeit als sehr gut bewertet wird. Jedoch kennt nicht jeder Mitarbeiter den Aufgabenbereich der BCN optimal. Dies ist inso-

fern nicht erstaunlich, da diese neue Form der intensiven Patientenbetreuung erst seit kurzem an der UFK implementiert ist. Hier bedarf es noch Aufklärungsarbeit von Seiten der BCN, z.B. durch Informationsveranstaltungen, Hospitationen, Entwicklung eines Stellenprofils.

Die Möglichkeit Patienten an die BCN verweisen zu können, wird in beiden befragten Berufsgruppen als sehr gut bewertet. Die Ärzte siedeln die Bedeutung dieser Möglichkeit höher an, als das Pflegepersonal. Ein Grund hierfür ist vermutlich, bei einem stark von Zeitdruck geprägten Arbeitsalltag, die Patienten an eine kompetente Fachkrankenschwester verweisen zu können. Die BCN vereinigt Patientenberatung, psychoonkologische Begleitung und Krisenintervention als Kernelemente in ihrer Arbeit. Diese drei Bereiche werden vom Großteil der Ärzte als wichtigste Tätigkeitsbereiche einer BCN bewertet. Genau in diesen Bereichen fehlt es den Medizinerinnen oft an der erforderlichen Zeit, dies individuell bei den Patienten zu gewährleisten. Die BCN ist Spezialistin und kann auf Pflgethemen wie CHT, Bestrahlung, Umgang mit PORT, Lymphödemprophylaxe, Hormontherapie, usw. fachkompetent eingehen. Auch die Begleitung bei Diagnosestellung durch die BCN ist für die Ärzte eine neue und positiv gesehene Entwicklung. Sie ermöglicht eine zeitliche Entlastung der Ärzte, indem die BCN für die Patienten mit all ihren Ängsten und Fragen da ist. Zusätzlich kann die Pflegespezialistin in Ruhe eine Beziehung zu den Patienten aufbauen, da sie sich den nötigen Zeitrahmen für jeden einzelnen Patienten schaffen kann. Für eine ausgiebige Krisenintervention und Beratung hätte der Arzt in der BSS regelmäßig nicht genügend Zeit, zumal dort täglich 30 bis 40 Patienten betreut werden.

Wie auch Ergebnisse anderer Studien zeigen, kommt es bei den Patienten zu einer Verminderung von Ängsten und Unsicherheiten vor dem stationären Aufenthalt. Eine Quote von 90% der befragten Patienten dieser Erhebung untermauert diese Beobachtung. Sicherlich lässt sich dies auf die ausführliche Patientenberatung, die Krisenintervention und die Weitergabe wichtiger Information nach der Diagnosemitteilung zurückführen. Die Frauen sind durch diese kompetente Betreuung aufgeklärter als früher und kommen nicht unvorbereitet auf die Station. Die Gesamtheit der befragten Mitarbeiter sind sich zu großen Teilen einig, dass nur befriedigendes Wissen bei den Patienten vor dem stationärem Aufenthalt besteht. Dies könnte durch die BCN im Vorfeld wesentlich verbessert werden. Die Patienten wünschen sich feste Ansprechpartner in ihrer Behandlung. 4/5 empfinden es als sehr gut, einen festen Ansprechpartner in ihrem Betreuungsteam zu haben. Nicht immer können die Patienten mit den Ärzten über ihre Ängste, Unsicherheiten oder andere Dinge sprechen. In einem großen Zentrum wie der UFK kann eine vertrauensvolle Beziehung zwischen Arzt und Patient oft nicht aufgebaut werden, da die Ärzte die Abteilungen häufig wechseln, Wartezeiten lang sind und die Patientin spürt, dass

die Zeit für ein ausführliches Gespräch sehr begrenzt ist. Feste Ansprechpartner sind hier eher eine Seltenheit.

Verbesserungspotenzial existiert vor allem im Bereich der Informationsweitergabe, z.B. in Bezug darauf, welche Patienten Kontakt zur BCN haben oder ob es Dinge gibt, die das Pflegepersonal unbedingt wissen muss. Die BCN steht zwar immer in Kontakt mit den Mitarbeitern, aber nicht immer ist eindeutig geklärt, bei welchen Patienten sie involviert ist. Eine Optimierungsmöglichkeit wäre, dass sie nach Patientenbesuchen einen kurzen Vermerk in der Patientenkurve macht (entsprechend der Vorgehensweise von KG, Sozialdienst und Brückenpflege). Des Weiteren könnte auch für die BCN ein Magnetschildchen an der Patiententafel im Stationszimmer eingeführt werden. Ob und wie es dies zu implementieren gilt, sollte jedoch noch ausführlich diskutiert werden. Bei gemeinsamen Besprechungen könnte die BCN von ihren Besuchen bei den Patientinnen berichten.

Die Informationsweitergabe in Bezug auf Erkrankung, Therapie und Krankenhausaufenthalt wird deshalb von Seiten der Patienten so positiv eingeschätzt, weil die BCN eine Auswahl an verschiedenen Broschüren und Büchern zur Verfügung stellt. Die Broschüren werden im Vorfeld auf „Patiententauglichkeit“ geprüft. Ebenso steht den Patienten seit geraumer Zeit eine spezielle Bibliothek zur Verfügung die es ermöglicht, sich ausreichend zu informieren.

Die Angehörigenarbeit ist neben der Patientenbetreuung ein wesentlicher Bereich, der jedoch noch ausbaufähig ist. Frage 10 des Patientenfragebogens wird zwar hauptsächlich mit gut bewertet, jedoch hat ca. 1/3 der Befragten keine Angaben gemacht. Dieser Bereich sollte intensiver in das Betreuungskonzept einbezogen werden, da die soziale Situation wesentlich zur Genesung der Patienten beiträgt. Momentan kann die BCN in diesem Bereich nur begrenzt tätig sein. Sie versucht die Angehörigen v.a. nach der Diagnosestellung im Pflegeerstgespräch zu integrieren. Desöfteren erhält die BCN Telefonate von Angehörigen, die mit den unterschiedlichsten Fragen auf sie zukommen. Wäre das Angebot für die Angehörigen größer, würde dies sicherlich genutzt werden.

Während das Pflegepersonal Aufklärung und Patientenberatung als wichtig einstuft, ist für die Ärzte die Krisenintervention und psychoonkologische Betreuung von größter Bedeutung. Grund für dieses Ergebnis ist wahrscheinlich die Tatsache, dass die pflegerische Arbeit bereits einen großen Teil an Krisenintervention und psychoonkologischer Betreuung vereint. Die Pflegenden sind dem Patienten meist näher als das Arztpersonal. Gespräche über Probleme, Ängste, usw. können sich einfacher entwickeln, da die Pflegepersonen regelmäßig die ersten Ansprechpartner

sind. Um die Ärzte weiter entlasten zu können, rückt die Aufklärung in den Vordergrund. Das Pflegepersonal schätzt die Fachkompetenz der BCN und ist sich mit 80% einig, dass Aufklärung eine wichtige Tätigkeit darstellt. Es muss vor Ort diskutiert werden, über welche Themengebiete die BCN aufklären darf und über welche nicht. Hierbei ist es sehr wichtig, dass die Kompetenzbereiche zwischen Pflege und Ärzte klar abgegrenzt werden. Die BCN könnte ergänzend zu den Ärzten aufklärend tätig sein, z.B. wenn es sich um eine Chemotherapie handelt.

Die Äußerungen des Personals machen deutlich, dass eine BCN für die große Anzahl Brustkrebserkrankter Patienten nicht ausreicht. Dies sehen Pflegepersonal, wie auch das ärztliche Personal gleich. Um die Arbeit der BCN ausbauen zu können, und alle wesentlichen Inhalte ihrer Arbeit in die Praxis umsetzen zu können, bedarf es wahrscheinlich einer zusätzlichen Fachkraft mit gleicher Qualifikation. Mindestens jedoch sollte es eine Urlaubs- und Krankheitsvertretung geben. Ansonsten ist eine professionelle und wirksame Behandlung nicht gewährleistet. Der Bedarf an der UFK ist vorhanden. Dies wird deutlich, da die Patienten immer mehr den Wunsch nach festen Ansprechpartnern und „Wegbegleitern“ in ihrer Therapie äußern. Auf Station kann das Pflegepersonal dies, aufgrund der knappen Verweildauer, nicht immer gewährleisten. Auch die Ärzte sind im Alltag zeitlich zu stark eingespannt. Das Konzept der BCN muss weiter unterstützt und ausgebaut werden, so dass es möglich wird, alle Patienten zu erreichen und neue Ideen, wie z.B. die Teilnahme an nachstationären Gesprächen, Pflegeberatungsstunden, die Begleitung metastasierter Patienten, Informationsabende, usw. zu entwickeln und auszubauen.

In der Summe bleibt festzuhalten, dass Patientenberatung und Information, psychoonkologische Begleitung, Vernetzung zu Schnittstellen und Krisenintervention eine zentrale Rolle für eine professionelle Pflegende, wie der BCN, spielen.

6. Schlusswort

6.1 Inhaltliche Reflexion

Wie die Arbeit herausstellt, kann eine pflegespezialisierte Fachkraft einen bedeutenden Beitrag in der Therapie krebserkrankter Patienten leisten. Dies zeigen nicht nur die zwei genannten Studien, sondern auch die an der UFK durchgeführte Erhebung. Die Patientinnen sind dankbar, wenn ihre Bedürfnisse erkannt werden und darauf eingegangen wird. Ihnen ist nicht nur die medizinische Behandlung enorm wichtig, sondern auch die seelische Betreuung, welche insbesondere auf die weitere Genesung und den Erfolg der Therapie positiven Einfluss hat. Nur wenn Krebspatienten ganzheitlich behandelt werden, d.h. die Vereinigung von Körper, Seele und Geist gesehen wird, können sie mit Vertrauen, Kraft, Mut und Ausdauer den langen Weg der Therapie durchschrei-

ten. Die BCN als fester Ansprechpartner in der komplexen Behandlung ist eine bedeutende Entwicklung in der ganzheitlichen Betreuung brustkrebserkrankter Frauen. Sie kann die wirklichen Probleme und Bedürfnisse erkennen, die sich durch eine neue Lebenssituation ergeben, und die Frauen auf ihrem Weg begleiten. Es ist wichtig, spezialisierte Pflegende weiterhin zu fördern und in multidisziplinäre Teams zu integrieren, da sie von Seiten der Patienten als äußerst wichtig empfunden wird. Wer mit welcher Qualifikation als spezialisierte Pflegekraft arbeiten sollte, kann hier leider nicht endgültig diskutiert werden. Wohin der Weg in Deutschland in Bezug auf Akademisierung in der Pflege führt und ob wir in Zukunft nur akademische Pflegekräfte benötigen, muss weiter berufspolitisch beobachtet werden. Es ist jedoch unablässig, dass eine BCN über eine onkologische Fachweiterbildung und die nötige Erfahrung im Bereich Brustkrebs verfügt. Auch auf andere onkologische Bereiche kann dies so mit großer Wahrscheinlichkeit übertragen werden.

6.2 Persönliche Reflexion

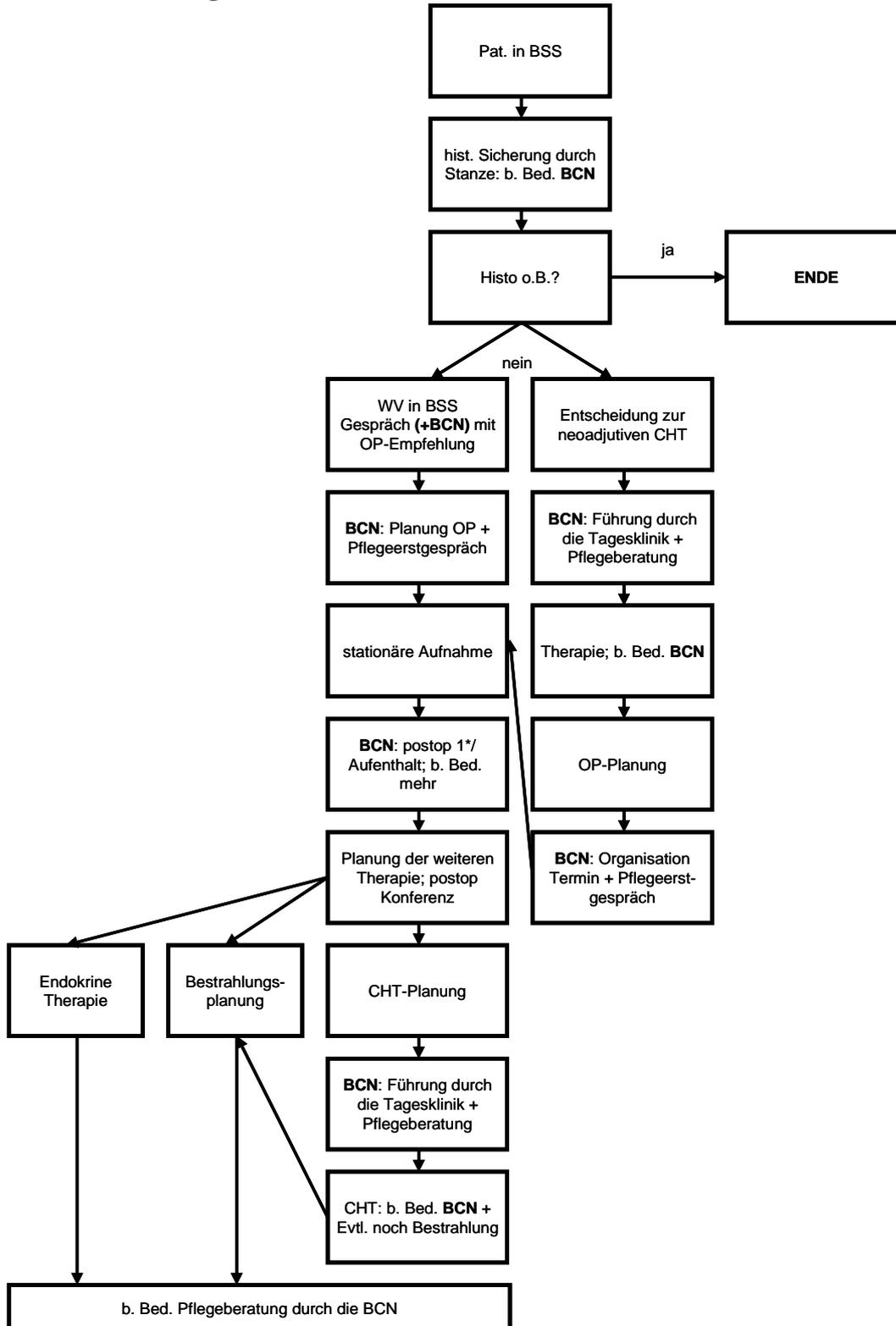
Am Ende meiner Hausarbeit stelle ich mir die Frage, ob nicht alle Krebspatienten Anspruch auf einen begleitenden (festen) Ansprechpartner haben. Was ist z.B. mit den an Ov- Ca, Uterus- Ca oder Vulva- Ca erkrankten Frauen? Werden diese Patienten momentan nicht vergessen? Liegen diese Frauen nicht neben der MaCa Patientin im Dreibettzimmer? Alle Krebspatienten werden sicherlich ähnliche Probleme, Ängste und Unsicherheiten während ihrer Erkrankung erleben, ganz gleich welche Krebserkrankung vorliegt. Diesen Patienten muss genauso ein fester Ansprechpartner zur Seite stehen. Konzepte, wie das der BCN, müssen für alle anderen Krebspatienten entwickelt und gefördert werden. Deshalb sollte sich Pflegespezialisierung meiner Meinung nach, nicht auf bestimmte Krebserkrankungen beziehen, sondern auf das Fachgebiet. Dann könnte es z.B. an der UFK „Pflegeexperten/-innen für gynäkologische Onkologie“ geben, oder in der Chirurgie „Pflegeexperten/-innen für chirurgische Onkologie oder „Pflegeexperten/-innen für internistische Onkologie.“

Auf jeden Fall benötigen Krebspatienten kompetente Ansprechpartner sowohl von medizinischer als auch von pflegerischer Seite. Im gesamten Betreuungskonzept nimmt die Pflege, mit all ihren Kompetenzen, eine immer bedeutendere Stellung ein. Da auf politischer Ebene das Thema der Pflegeprofessionalisierung (Qualifikation, Einsatzgebiete, Vergütung, usw.) noch nicht geklärt ist, müssen die Entscheider (z.B. die Klinikleitung) in den jeweiligen onkologischen Bereichen klären, wie wichtig es ihnen ist, den Krebspatienten professionelle Ansprechpartner an die Hand zu geben. Diese müssen in ihrer Arbeit unterstützt und in der Weiterbildung gefördert werden.

ANHANG

Anhang 1: Behandlungsverlauf an der Universitätsfrauenklinik

Abb. 1: Behandlungsmodell



Quelle: eigene Darstellung.

Anhang 2:

Tab. 1: Background characteristics of women undergoing surgery for breast cancer who were randomised to receive four different types of psychological support

	Routine (n=67)	Breast Care Nurse (n=70)	Tak Tent (n=66)	Nurse and Tak Tent (n=69)
Median age (years)	59	55	56	57
Hospital:				
A	38	40	38	39
B	14	15	13	15
C	15	15	15	15
Surgery for breast cancer:				
Mastectomy	31	28	33	30
Lumpectomy	34	40	33	37
Other	2	2	0	2
Adjuvant treatment:				
Tamoxifen or none	34	29	30	31
Radiotherapy or tamoxifen, or both	22	29	23	29
Chemotherapy or radiotherapy, or both	10	11	11	9
Other	1	1	2	0
Nodal status:				
Negative	39	35	31	38
Positive	37	26	35	27
Unknown	11	12	5	14
Recurrence:				
Local	4	3	4	3
Distant	3	5	2	2
Deaths	3	1	3	2
Marital status:				
Married	39	50	45	53
Divorced	6	6	7	3
Widowed	14	6	8	10
Unmarried	8	8	6	3
Further education:				
None	42	40	38	38
College	15	18	15	17
University	2	1	0	1
Employment:				
None	42	40	38	38
Part time	15	19	16	16
Full time	10	11	12	15
Religion:				
Protestant	51	54	48	51
Catholic	14	15	16	13
Other or none	2	1	2	5
History of psychiatric treatment:				
None	49	48	50	50
By general practitioner	15	20	16	17
By psychiatrist	3	2	0	2

Quelle: McArdle et al., 1996.

Anhang 3:

Tab. 2: Numbers of breast cancer patients who missed one or more of their planned assessments and reasons for this

	Months after surgery				
Support provided	1	3	6	12	Total
Routine (n=20)*:					
Terminally ill or dead		1	2	3	3
Intercurrent illness			1	1	1
Non-attender	3	4	4	3	4
Refusal to complete assessment	3	4	4	4	5
Unavailable	3	4	2	5	8
Breast Care Nurse (n=7):					
Terminally ill or dead			1	1	1
Intercurrent illness	1	2	2	1	3
Non-attender			1	1	1
Unavailable	1	1		1	2
Tak Tent (n=8)					
Terminally ill or dead				3	3
Non-attender	1	1		1	1
Unavailable	1	1	2	1	4
Nurse and Tak Tent (n=11)					
Terminally ill or dead		2	2	3	3
Intercurrent illness			1	2	2
Non-attender	1	1	2	2	2
Refusal to complete assessment	1	1	1	3	3
Unavailable		1		1	2

*One patient appeared in more than one category

Quelle: McArdle et al., 1996.

Anhang 4:

Tab. 3: Mean (SD) scores of psychological morbidity recorded by breast cancer patients on 28 item general health questionnaire and on its subscales by type of support provided

Support provided	Months after surgery			
	1	3	6	12
No of observations	255	247	246	235
General health questionnaires				
Routine	5.2 (5.7)	5.2 (5.7)	4.2 (6.0)	3.7 (6.2)
Breast Care Nurse	3.4 (4.6)	2.7 (3.7)	2.7 (3.6)	1.9 (3.5)
Tak Tent	5.4 (5.4)	5.3 (5.5)	3.8 (4.5)	5.0 (6.5)
Nurse and Tak Tent	5.1 (5.6)	4.6 (5.0)	4.4 (5.7)	3.9 (4.9)
Anxiety and insomnia subscale				
Routine	5.8 (4.2)	5.4 (4.2)	4.4 (4.7)	4.7 (4.6)
Breast Care Nurse	4.9 (4.1)	4.3 (3.5)	4.0 (4.1)	3.5 (3.4)
Tak Tent	6.7 (4.3)	6.4 (4.7)	5.2 (4.1)	5.7 (5.1)
Nurse and Tak Tent	6.3 (4.5)	6.0 (4.3)	5.8 (4.8)	5.5 (4.4)
Severe depression subscale				
Routine	1.3 (3.0)	1.5 (3.0)	1.6 (3.8)	1.4 (3.9)
Breast Care Nurse	1.0 (1.9)	0.7 (1.6)	0.7 (1.3)	0.7 (1.4)
Tak Tent	1.7 (2.4)	1.8 (2.5)	1.2 (1.9)	1.3 (2.4)
Nurse and Tak Tent	1.5 (3.3)	1.4 (2.9)	1.7 (3.1)	1.3 (2.5)
Somatic symptoms subscale				
Routine	4.9 (3.6)	5.0 (3.6)	4.8 (4.1)	4.1 (3.4)
Breast Care Nurse	4.0 (3.1)	3.9 (3.2)	4.2 (3.3)	3.8 (3.4)
Tak Tent	5.2 (3.6)	5.9 (4.0)	5.2 (3.3)	5.4 (4.0)
Nurse and Tak Tent	5.0 (3.8)	5.4 (3.7)	5.1 (3.6)	4.9 (3.8)
Social dysfunction subscales				
Routine	8.6 (2.6)	8.7 (2.8)	8.0 (2.6)	7.8 (2.3)
Breast Care Nurse	8.0 (3.0)	7.3 (2.0)	7.3 (1.9)	7.1 (1.9)
Tak Tent	8.6 (2.7)	8.5 (2.4)	7.9 (2.3)	8.2 (2.9)
Nurse and Tak Tent	8.6 (3.0)	8.3 (2.7)	7.8 (2.1)	7.4 (2.6)

Quelle: McArdle et al., 1996.

Anhang 5:

Tab. 4: Means (SD) scores of psychological morbidity recorded by breast cancer patients with hospital anxiety and depression scale by type of support provided

Months after surgery	Support provided			
	1	3	6	12
Anxiety:				
Routine	5.9 (4.2)	5.2 (3.9)	4.9 (4.5)	4.8 (4.7)
Breast Care Nurse	5.3 (3.8)	4.4 (3.1)	4.7 (3.6)	4.4 (3.6)
Tak Tent	7.1 (4.4)	6.4 (4.4)	6.0 (4.3)	6.3 (5.0)
Nurse and Tak Tent	6.4 (4.2)	6.2 (4.2)	6.1 (4.2)	5.8 (4.7)
Depression:				
Routine	3.3 (3.3)	3.6 (4.3)	3.0 (3.5)	3.0 (4.0)
Breast Care Nurse	2.3 (2.7)	1.6 (1.7)	1.7 (1.7)	1.4 (1.8)
Tak Tent	3.4 (3.5)	3.2 (3.2)	3.0 (2.6)	3.2 (3.2)
Nurse and Tak Tent	3.0 (3.5)	2.7 (2.8)	3.0 (2.9)	3.0 (3.4)

Quelle: McArdle et al., 1996.

Tab. 5: Mean (SD) summary scores of psychological morbidity recorded by breast cancer patients by type of support provided

	Support provided			
Measurement scale	Routine	Breast care nurse	Tak Tent	Nurse and Tak Tent
General health questionnaires:				
Somatic symptoms	4.6 (5.1)	2.8 (3.2)	4.9 (4.4)	4.6 (4.5)
Anxiety and insomnia	4.8 (2.9)	4.1 (2.8)	5.9 (3.1)	5.1 (3.2)
	5.3 (3.9)	4.3 (3.2)	5.9 (3.7)	6.0 (4.1)
Social dysfunction	8.3 (2.1)	7.4 (1.7)	8.3 (2.0)	8.1 (2.0)
Severe depression	1.4 (3.1)	0.8 (1.3)	1.5 (1.9)	1.5 (2.8)
Hospital anxiety and depression scale:				
Anxiety	5.5 (4.0)	4.8 (3.0)	6.5 (3.9)	6.0 (4.0)
Depression	3.3 (3.1)	1.8 (1.5)	3.3 (2.6)	3.0 (2.8)

Quelle: McArdle et al., 1996.

Anhang 6:

Tab. 6: Psychiatric morbidity before admission and at 3 and 12-18 months after mastectomy. Results are numbers (and percentages) of patients

Psychiatric morbidity	Anxiety state		Depressive illness		Sexual problems	
	Counselling	Control	Counselling	Control	Counselling	Control
	(n=75)	(n=77)	(n=75)	(n=77)	(n=50)	(n=48)
Morbidity before admission for mastectomy						
Absent	69 (92)	73 (95)	70 (93)	74 (96)		
Mild	4 (5)	3 (4)	2 (3)	2 (3)		
Moderately severe	2 (3)	1 (1)	3 (4)	1 (1)		
Severe	0	0	0	0		
Morbidity three months after mastectomy						
Absent	52 (69)	52 (68)	51 (68)	53 (69)	30 (60)	33 (69)
Mild	11 (15)	12 (16)	8 (11)	11 (14)		
Moderately severe	8 (11)	8 (10)	14 (18)	12 (16)	5 (10)	6 (12)
Severe	4 (5)	5 (6)	2 (3)	1 (1)	15 (30)	9 (19)
Morbidity 12-18 months after mastectomy						
Absent	69 (92)	54 (70)	71 (95)	54 (70)	44 (92)†	33 (69)
Mild	4 (5)	6 (8)	1 (1)	8 (10)		
Moderately severe	2 (3)	15 (19)	3 (4)	13 (17)	3 (6)†	11 (23)
Severe	0	2 (3)	0	2 (3)	1 (2)†	4 (8)

† One husband had died and one had left his wife since the 3-month assessment.

Quelle: Maguire, P., et al., 1980.

Anhang 7:

Tab 7: Episodes of psychiatric morbidity occurring since mastectomy. Results are numbers (and percentages) of women who had an episode at any stage since mastectomy

Psychiatric morbidity	Anxiety state		Depressive illness		Sexual problems	
	Counselling	Control	Counselling	Control	Counselling	Control
Absent	42 (56)	40 (52)	42 (56)	38 (49)	30 (60)	28 (58)
Mild	18 (24)	18 (23)	17 (22)	19 (25)		
Moderately severe	11 (15)	12 (16)	11 (15)	16 (21)	5 (10)	7 (15)
Severe	4 (5)	7 (9)	5 (7)	4 (5)	15 (30)	13 (27)

Quelle: Maguire, P., et al., 1980.

Anhang 8:

1) Patientenfragebogen mit Vorwort



Universitätsklinikum Heidelberg

Sehr geehrte Patientin,

die Betreuung und Begleitung an Brustkrebs erkrankter Frauen erfordert ein umfassendes Fachwissen, das entsprechende Einfühlungsvermögen und auch die entsprechende Zeit, um auf die Bedürfnisse jeder Patientin individuell eingehen zu können. Aus diesem Grund existieren im Ausland bereits seit vielen Jahren speziell ausgebildete und geschulte Fachkrankenschwestern, die sogenannten Breast Care Nurses (BCN), Fachkrankenschwestern für Brustkrankungen. Im Juni 2006 wurde auch an der Universitätsfrauenklinik Heidelberg eine solche Stelle geschaffen.

Frau Bianca Fahrner ist Teilnehmerin der zweijährigen "Fachweiterbildung für krebskranke und chronisch kranke Menschen" des Universitätsklinikums Heidelberg. Unter der Themenstellung „Die Notwendigkeit von Pflegespezialisierung am Beispiel der Breast Care Nurse an der Universitätsfrauenklinik“ beschäftigt sich Frau Fahrner in ihrer Abschlussarbeit mit dieser neuen Form der Patientenbetreuung und ihren besonderen Chancen. Mit Ihrer Hilfe wird es ihr möglich sein die bisherige Umsetzung, zusätzliche Anforderungen und eventuelle Verbesserungsmöglichkeiten der Tätigkeit einer Breast Care Nurse am Universitätsklinikum Heidelberg zu analysieren und auszuwerten.

Aus diesem Grund bitte ich Sie, den beiliegenden Fragebogen bis zum 15. Februar 2007 auszufüllen und in die dafür aufgestellte Box im Stationszimmer einzuwerfen. Die Anonymität gewährleistet eine objektive Analyse und Auswertung.

Im Voraus bereits vielen Dank für Ihre Unterstützung.

Mit freundlichen Grüßen

Ute Löscher
(stellvertretende Pflegedienstleitung)

Bianca Fahrner
(Krankenschwester)

Abkürzungsverzeichnis

BCN = Breast Care Nurse (Fachkrankenschwester für Brustkrankungen)

Fragebogen

		1	2	3	4	5	6
1.	Wie bewerten Sie die Informationsweitergabe bzgl. Erkrankung, Therapie und Krankenhausaufenthalt durch die BCN?						
2.	Wie gut konnte die Beratung der BCN Ihre Ängste und Unsicherheiten vor dem stationärem Aufenthalt reduzieren?						
3.	Wie beurteilen Sie die fachliche Kompetenz der BCN?						
4.	Wie beurteilen Sie die psychoonkologische Betreuung durch die BCN?						
5.	Wie bewerten Sie die Erreichbarkeit der BCN?						
6.	Wie bewerten Sie die Häufigkeit des Kontaktes mit der BCN?						
7.	Wie schätzen Sie die Vermittlung von Informationen bzgl. Beratungs- und Unterstützungsalternativen ein (z.B. Seelsorge, Selbsthilfegruppen,...)?						
8.	Wie beurteilen Sie die Betreuung durch die BCN direkt nach Diagnosestellung?						
9.	Wie bewerten Sie die Möglichkeit einen festen Ansprechpartner in ihrem Betreuungsteam zu haben?						
10.	Die Informationen über meinen Gesundheitszustand, welche meine Angehörigen von der BCN erhalten habe waren.....						

1 = sehr gut, 2 = gut, 3 = befriedigend,
4 = ausreichend, 5 = mangelhaft, 6 = ungenügend

11. Welche Wünsche und Anregungen haben Sie in Bezug auf die Tätigkeit einer BCN?

12. Was könnte in der Betreuung durch die BCN noch verbessert werden?

2) Mitarbeiterfragebogen mit Vorwort



UniversitätsKlinikum Heidelberg

Sehr geehrte Kolleginnen/-en,

die Betreuung und Begleitung an Brustkrebs erkrankter Frauen erfordert ein umfassendes Fachwissen, das entsprechende Einfühlungsvermögen und auch die entsprechende Zeit, um auf die Bedürfnisse jeder Patientin individuell eingehen zu können. Aus diesem Grund existieren im Ausland bereits seit vielen Jahren speziell ausgebildete und geschulte Fachkrankenschwestern, die sogenannten Breast Care Nurses (BCN), Fachkrankenschwestern für Brustkrankungen. Im Juni 2006 wurde auch an der Universitätsfrauenklinik Heidelberg eine solche Stelle geschaffen.

Frau Bianca Fahrner ist Teilnehmerin der zweijährigen "Fachweiterbildung für krebserkrankte und chronisch kranke Menschen". Unter der Themenstellung „Die Notwendigkeit von Pflegespezialisierung am Beispiel der Breast Care Nurse an der Universitätsfrauenklinik“ beschäftigt sich Frau Fahrner in ihrer Abschlussarbeit mit dieser neuen Form der Patientenbetreuung und ihren besonderen Chancen. Mit Ihrer Hilfe wird es ihr möglich sein die bisherige Umsetzung, zusätzliche Anforderungen und eventuelle Verbesserungsmöglichkeiten der Tätigkeit einer Breast Care Nurse am Universitätsklinikum Heidelberg zu analysieren und auszuwerten.

Aus diesem Grund bitte ich Sie, den beiliegenden Fragebogen bis zum 15. Februar 2007 auszufüllen und in die dafür aufgestellten Boxen in der Klinik einzuwerfen. Die Anonymität gewährleistet eine objektive Analyse und Auswertung.

Im Voraus bereits vielen Dank für Ihre Unterstützung.

Mit freundlichen Grüßen

Ute Löscher
(stellvertretende Pflegedienstleitung)

Bianca Fahrner
(Krankenschwester)

Abkürzungsverzeichnis

BCN = Breast Care Nurse (Fachkrankenschwester für Brustkrankungen)

Fragebogen

		1	2	3	4	5	6
1.	Wie beurteilen Sie die Zusammenarbeit mit der BCN?						
2.	Wie gut kennen Sie den Aufgabenbereich der BCN?						
3.	Wie bewerten Sie die Beratungs- und Hilfsangebote, welche die Patientinnen von der BCN erhalten?						
4.	Wie empfinden Sie es, die Patientinnen in bestimmten Situationen an die BCN verweisen zu können?						
5.	Wie beurteilen Sie die psychoonkologische Betreuung der Frauen durch die BCN?						
6.	Wie sind die Patientinnen bei stationärer Aufnahme von der BCN informiert/ aufgeklärt?						
7.	Wie schätzen Sie das Wissen der Patientinnen über ihre Erkrankung, die nötige Behandlung und den Krankenhausaufenthalt ein?						
8.	Sind darüber Sie informiert, welche Patientinnen Kontakt zur BCN haben?						

1 = sehr gut, 2 = gut, 3 = befriedigend,
4 = ausreichend, 5 = mangelhaft, 6 = ungenügend

9. In welcher der u.a. Situationen wenden Sie sich an die BCN (Mehrfachnennungen mgl.)?

- Begleitung bei der Diagnosesstellung
- Koordination zu Schnittstellen (Sozialdienst, Brückenpflege, Psychologin,...)
- beim ersten Verbandswechsel (Körperbildveränderungen)
- Beratung -und Informationsbedarf
- Krisenintervention
- Angehörigenbetreuung

10. Welche Tätigkeiten der BCN stufen Sie als besonders wichtig ein (Mehrfachnennungen mgl.)?

- Patientenberatung
- Patientenschulung
- psychoonkologische Begleitung
- Krisenintervention
- Angehörigenarbeit
- Aufklärung
- Vernetzung zu anderen Schnittstellen
- Informationsweitergabe

11. Wie oft (pro Woche) nehmen Sie Kontakt mit der BCN auf?

- 0-2 3-5 >5

12. Wo sehen Sie Verbesserungsmöglichkeiten in der Betreuung durch die BCN?

13. Zu welcher Berufsgruppe gehören Sie?

- Arzt/Ärztin Pflegepersonal

Anhang 9:

Tab. 8: Auswertung Mitarbeiterfragebogen (Pflegepersonal)

Tab. 7 Mitarbeiterfragebogen (Pflegepersonal) - Auswertung der Fragen 1 bis 8								
		1	2	3	4	5	6	k. A.
1.	Wie beurteilen Sie die Zusammenarbeit mit der BCN?	60,0%	35,0%	0,0%	5,0%	0,0%	0,0%	0,0%
2.	Wie gut kennen Sie den Aufgabenbereich der BCN?	20,0%	55,0%	20,0%	5,0%	0,0%	0,0%	0,0%
3.	Wie bewerten Sie die Beratungs- u. Hilfsangebote, welche die Patientinnen von der BCN erhalten?	40,0%	45,0%	10,0%	0,0%	0,0%	0,0%	5,0%
4.	Wie empfinden Sie es, die Pat. in bestimmten Situationen an die BCN verweisen zu können?	60,0%	35,0%	5,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
5.	Wie beurteilen Sie die psychoonkologische Betreuung der Frauen durch die BCN?	30,0%	55,0%	5,0%	0,0%	0,0%	0,0%	10,0%
6.	Wie sind die Pat. bei stationärer Aufnahme von der BCN informiert/ aufgeklärt?	35,0%	35,0%	0,0%	5,0%	0,0%	0,0%	25,0%
7.	Wie schätzen Sie das Wissen der Patientinnen über ihre Erkrankung, die nötige Behandlung und den Krankenhausaufenthalt ein?	5,0%	30,0%	40,0%	20,0%	0,0%	0,0%	5,0%
8.	Sind Sie darüber informiert, welche Patientinnen Kontakt zur BCN haben?	15,0%	35,0%	30,0%	10,0%	5,0%	0,0%	5,0%

1 = sehr gut, 2 = gut, 3 = befriedigend,
4 = ausreichend, 5 = mangelhaft, 6 = ungenügend

Quelle: eigene Darstellung.

Tab. 9: Auswertung Mitarbeiterfragebogen (Ärzte)

Tab. 7 Mitarbeiterfragebogen (Ärzte) - Auswertung der Fragen 1 bis 8								
		1	2	3	4	5	6	k. A.
1.	Wie beurteilen Sie die Zusammenarbeit mit der BCN?	42,9%	57,1%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
2.	Wie gut kennen Sie den Aufgabenbereich der BCN?	14,3%	42,9%	42,9%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
3.	Wie bewerten Sie die Beratungs- u. Hilfsangebote, welche die Patientinnen von der BCN erhalten?	14,3%	71,4%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	14,3%
4.	Wie empfinden Sie es, die Pat. in bestimmten Situationen an die BCN verweisen zu können?	85,7%	14,3%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
5.	Wie beurteilen Sie die psychoonkologische Betreuung der Frauen durch die BCN?	14,3%	71,4%	14,3%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
6.	Wie sind die Pat. bei stationärer Aufnahme von der BCN informiert/ aufgeklärt?	0,0%	57,1%	14,3%	0,0%	0,0%	0,0%	28,6%
7.	Wie schätzen Sie das Wissen der Patientinnen über ihre Erkrankung, die nötige Behandlung und den Krankenhausaufenthalt ein?	0,0%	28,6%	42,9%	14,3%	0,0%	0,0%	14,3%
8.	Sind Sie darüber informiert, welche Patientinnen Kontakt zur BCN haben?	28,6%	0,0%	28,6%	0,0%	0,0%	28,6%	14,3%

1 = sehr gut, 2 = gut, 3 = befriedigend,
4 = ausreichend, 5 = mangelhaft, 6 = ungenügend

Quelle: eigene Darstellung.

Anhang 10:

Tab. 10: Auswertung Patientenfragebogen

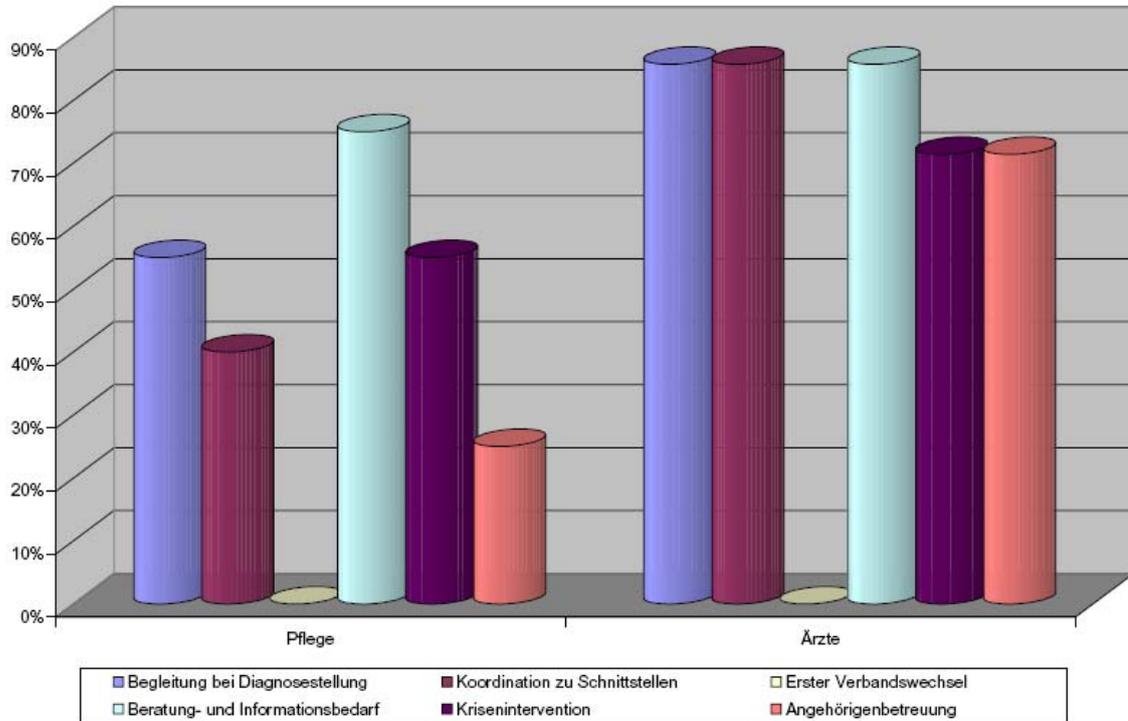
Tab. 6 Patientenfragebogen - Auswertung der Fragen 1 bis 10								
		1	2	3	4	5	6	k. A.
1.	Wie bewerten Sie die Informationsweitergabe bzgl. Erkrankung, Therapie und Krankenhausaufenthalt durch die BCN?	41,2%	35,3%	17,6%	0,0%	0,0%	0,0%	5,9%
2.	Wie gut konnte die Beratung der BCN Ihre Ängste und Unsicherheiten vor dem stationären Aufenthalt reduzieren?	35,3%	58,8%	5,9%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
3.	Wie beurteilen Sie die fachliche Kompetenz der BCN?	41,2%	41,2%	5,9%	0,0%	0,0%	0,0%	11,8%
4.	Wie beurteilen Sie die psychoonkologische Betreuung durch die BCN?	35,3%	47,1%	5,9%	0,0%	5,9%	0,0%	5,9%
5.	Wie bewerten Sie die Erreichbarkeit der BCN?	35,3%	52,9%	5,9%	5,9%	0,0%	5,9%	0,0%
6.	Wie bewerten Sie die Häufigkeit des Kontaktes mit der BCN?	35,3%	47,1%	17,6%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
7.	Wie schätzen Sie die Vermittlung von Informationen bzgl. Beratungs- und Unterstützungsalternativen ein (z.B. Seelsorge, Selbsthilfegruppen, usw.)?	52,9%	35,3%	5,9%	0,0%	0,0%	0,0%	5,9%
8.	Wie beurteilen Sie die Betreuung durch die BCN direkt nach Diagnosestellung?	70,1%	11,8%	11,8%	5,9%	0,0%	0,0%	0,0%
9.	Wie bewerten Sie die Möglichkeit einen festen Ansprechpartner in Ihrem Betreuungsteam zu haben?	82,3%	5,9%	11,8%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
10.	Die Informationen über meinen Gesundheitszustand, welche meine Angehörigen von der BCN erhalten haben waren...	23,5%	35,3%	5,9%	5,9%	0,0%	0,0%	17,6%

1 = sehr gut, 2 = gut, 3 = befriedigend,
4 = ausreichend, 5 = mangelhaft, 6 = ungenügend

Quelle: eigene Darstellung.

Anhang 11:

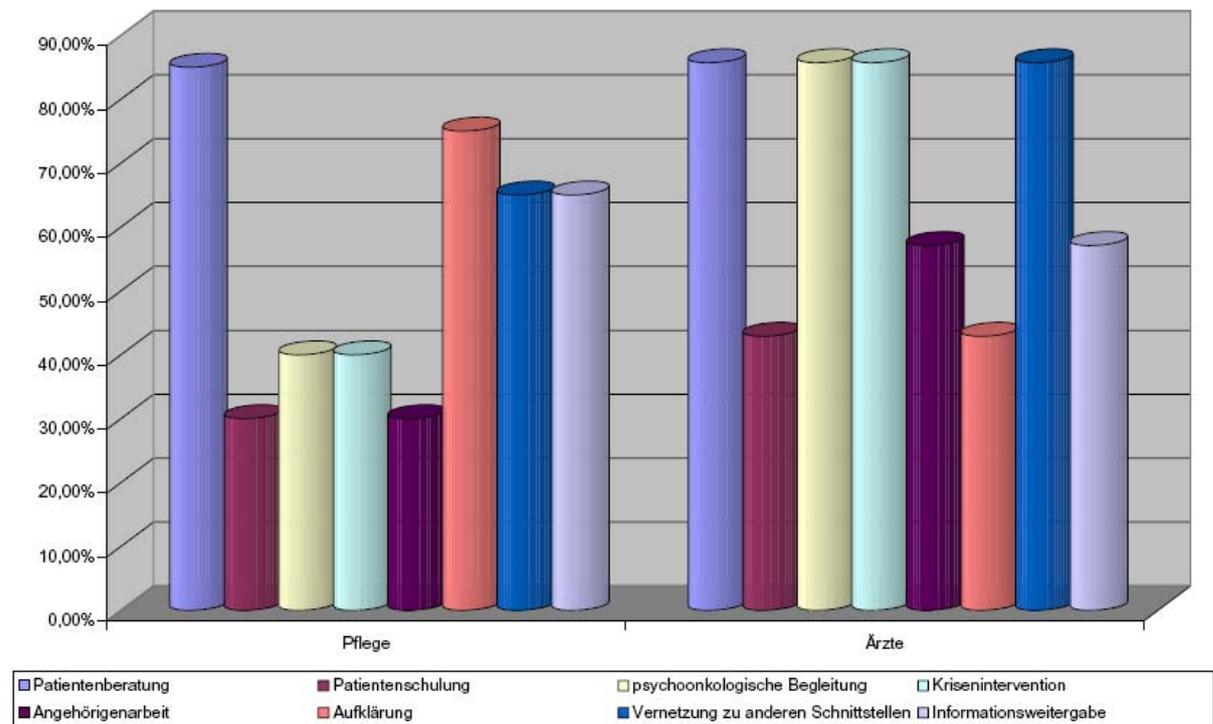
Abb. 2: Frage 9 - In welchen Situationen wenden Sie sich an die BCN?



Quelle: eigene Darstellung.

Anhang 12:

Abb. 3: Frage 10 - Welche Tätigkeiten der BCN stufen Sie als besonders wichtig ein?



Quelle: eigene Darstellung.

Anhang 13:

Tab. 11: Hierarchie der wissenschaftlichen Evidenz (Stärkste Evidenz auf Stufe I)

Stufe	Evidenz-Typ
I	wenigstens ein systematischer Review auf der Basis methodisch hochwertiger, randomisierter, kontrollierter Studien
II	wenigstens eine ausreichend große, methodisch hochwertige randomisierte kontrollierte Studie
III	methodisch hochwertige Studien ohne Randomisierung (z.B. Kohorten-Studien) bzw. nicht prospektiv (z.B. Fall-Kontroll-Studien)
IV	mehr als eine methodisch hochwertige nicht-experimentelle Studie
V	Meinungen und Überzeugungen von Autoritäten und Expertenkommissionen, beschreibende Studien

Quelle: Bonato, M./ Störkel, F.

Literatur- und Quellenverzeichnis

Bonato, M./ Störkel, F.: Evidenzbasierte Pflegepraxis und -forschung, <http://www.fh-muenster.de/fb12/downloads/poster2002.pdf>

Bördlein, I. (2006): Zeit für Patienten nach dem Diagnoseschock, <http://www.aerztezeitung.de/docs/2006/10/27/193a0801.asp?cat/=politik/pflege>

Buthenhoff, M. (2006): Stellenbeschreibung für Breast Care Nurses in Deutschland

DPR-Stellungnahme (2006): Neue Aufgabenverteilungen und Kooperationsformen zwischen den Gesundheitsberufen, http://www.vpu-online.de/live/vpu-online/content/e9/e168/e364/DPR-SVR-Stell-Neuordnung_20060823_endfassung.pdf

Dr. A. Zegelin (2005): Pflege studieren - von der Notwendigkeit einer akademischen Pflege am Bett?, www.wga.dmz.uni-wh.de

Eicher, M. (2006): Die Breast und Cancer Care Nurse. IN: *Managed Care* 8, S. 5-8

Eicher, M. (2006): Pflegekompetenz durch Pflegeexpertise?

EONS Newsletter, Fall 2006

European Journal of Cancer 36 (2000): EUSOMA: Die Anforderungen an spezialisierte Brustzentren, <http://www.brustkrebs24.info/quali/downloads/Eusoma.pdf>

Kleist, P. (2006): Schweiz Med Forum 2006; 6 46-52, www.medicalforum.ch/pdf/pdf_d/2006/2006-02/2006-02-330.PDF

Maguire et al., (1980): "Effect of counselling on the psychiatric morbidity associated with mastectomy". IN: *BMJ* Vol. 281

Marquard, S (2005): Breast Care Nurse, Berufsbild, Qualifizierung und Aufgaben am Beispiel von Australien, Irland und Großbritannien. IN: *Die Schwester/ Der Pfleger* 44, S. 472-475

McArdle et al., (1996): Psychological support for patients undergoing breast cancer surgery: a randomised study, <http://www.bmj.com/cgi/content/full/312/7034/813>

M. R. E. Eicher (2005): Pflegeexpertise bei Frauen mit Brustkrebs. IN: *Pflege* 2005; 18:353-363

National Breast Cancer Centre (1998): Psychological support for breast cancer patients, http://www.nbcc.org.au/bestpractice/resources/ISP_psychosocialsupport.pdf

Universitätsklinikum Heidelberg (2006): Europäisches Gütesiegel für höchstes Niveau, <http://www.uni-protokolle.de/nachrichten/id122636/>

Qualifikation zur Breast Care Nurse: Weiterbildung zur BCN, Pflegeexpertin für Brustkrankungen, www.wga.dmz.uni-wh.de

Royal College of Nursing (2004): Time to care, www.rcn-org.uk/publications/pdf/time_to_care.pdf

S. Schmid-Büchi et al., (2005): Die Erfahrung, an Brustkrebs zu erkranken. IN: *Pflege* 2005; 18: 345-352

UKLHD (2006). IN: QM-Handbuch, Version 9, S. 63

Wood, A. (2004): Was macht eine Breast Care Nurse? IN: Onkologie 4

Versicherung

„Ich versichere, dass ich die vorliegende Arbeit selbständig verfasst, keine anderen als die angegebenen Hilfsmittel verwandt und die Stellen, die anderen Werken im Wortlaut oder im Sinn nach entnommen sind, mit Quellenangaben kenntlich gemacht habe.“

Dossenheim, den 19.03.2007

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift des Verfassers