

Masterarbeit

Das Spannungsfeld von Arzt/Ärztin und Patient/Patientin im Rahmen einer Krebserkrankung unter besonderer Berücksichtigung von Brustkrebserkrankungen

eingereicht von
Angelina Rejak, BSc
10.09.1985

zur Erlangung des akademischen Grades

**Master of Science
(MSc)**

an der

Medizinischen Universität Graz

ausgeführt am
Institut für Gesundheits- und Pflegewissenschaft

unter der Anleitung von

Priv.DozDr.med.univ Johannes Schalamon

Graz, am 03.05.2012

Eidesstattliche Erklärung

Ich erkläre ehrenwörtlich, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig und ohne fremde Hilfe verfasst habe, andere als die angegebenen Quellen nicht verwendet habe und die den benutzten Quellen wörtlich oder inhaltlich entnommenen Stellen als solche kenntlich gemacht habe.

Graz, am 03.05.2012

A handwritten signature in cursive script, reading "Angelika Rejz". The signature is written in dark ink on a light background.

Danksagung

Ich möchte mich bei allen Personen recht herzlich bedanken, die mich während meines ganzen Studiums und bei der Verfassung der vorliegenden Arbeit begleitet und unterstützt haben.

Ganz besonderer Dank gilt meiner Familie, die mich immer unterstützten und mir entsprechenden Halt und Motivation für das Vorankommen meines Studiums gaben. Auch bei meinen Freunden und meinem Freund möchte ich mich bedanken, die mich mit viel Geduld und Motivation unterstützten und mir die Kraft gaben, um diese Arbeit zu beenden.

Letztlich möchte ich noch Dank an *Herrn PD Dr. Johannes Schalamon* aussprechen, der die Erstbetreuung meiner Arbeit übernahm und mich mit seiner wissenschaftlichen Kompetenz und wertvollen Ratschlägen unterstützt hat.

Zusammenfassung

Die moderne Medizin und ihre überwiegend auf Technik aufgebauten Diagnosemethoden führen zunehmend zu einer Verarmung im Bereich der Kommunikation zwischen verschiedenen Patientengruppen und den Vertretern des ärztlichen Personals. Verbesserungen in der Behandlung führen zwar einerseits zu verlängerten Überlebensraten und einer erhöhten Lebenserwartung, das Vorhandensein chronisch kranker Patienten/Patientinnen wird allerdings ebenfalls gefördert.

Beispielgebend für eine chronische Krankheit steht der Brustkrebs – diese Tumorerkrankung, und ihre Auswirkungen auf Selbstwertgefühl, Sexualität und die Lebensqualität führt zu einem besonderen Spannungsfeld zwischen Arzt/Ärztin und den betroffenen Patientinnen. Die Krankheit Brustkrebs ist heute weltweit bei Frauen die häufigste bösartige Tumorerkrankung und die häufigste Krebstodesursache.

Ansätze zu einer Verbesserung der Kommunikation können sowohl auf ärztlicher Seite durch Schulungen und Förderung des gegenseitigen Verständnisses gefunden werden. Auf der Seite der Betroffenen können Maßnahmen zur Aufklärung über die Krankheit bzw. das zur Verfügung stellen entsprechender fachlich korrekter Informationen ein Gespräch „auf Augenhöhe“ ermöglichen. Zusätzlich sollte die Begleitung dieser chronischen Erkrankung durch spezielle Zentren erfolgen, um auf die spezifischen Bedürfnisse der Patientinnen eingehen zu können.

Zusammenfassend geht aus der Literatur klar hervor, dass den Defiziten in der Arzt/Ärztin-Patient/Patientin-Kommunikation zukünftig eine wesentlich größere Bedeutung beigemessen werden muss.

Abstract

The modern medicine and its diagnosis methods predominantly based on technology lead to a decrease in communication between patient groups and medical staff representatives. Improvements in technology do on the one hand result higher survival rates and a higher life expectancy, but also benefit the incidence of chronically ill patients.

Breast cancer for example represents a chronic disease that affects a patients self esteem, the sexuality and the quality of living. Eventually this can lead to tensions between the doctor and the affected patient.

Throughout the world breast cancer is known as the most common tumour disease and is also the type of cancer with the highest death rate.

Communicative improvements could be gained through training and support (funding) to develop a better relationship with the patient and at the same time generate a better understanding on both sides.

Several measures to create awareness such as providing essential information about breast cancer would help to build the base for a conversation on an expandable level. To meet individual patient needs it would be recommendable to offer specific institutes to accompany patients through certain disease processes.

All in all the literature indicates that doctor-patient-communication is essential for successful cancer treatments and highlights the importance to minimize deficits in the future.

Inhaltsverzeichnis

Eidesstattliche Erklärung.....	I
Danksagung.....	II
Zusammenfassung.....	III
Abstract	IV
Inhaltsverzeichnis.....	V
Medizinisches Glossar	VII
Einleitung.....	1
Methode.....	7
Aufbau der Arbeit.....	8
Teil I - Kommunikation	
1 Grundlagen der Kommunikation.....	9
1.1 Gesundheitskommunikation	10
1.2 Empathische Kommunikation	13
2 Kommunikation und Medizin	15
3 Arzt/Ärztin – Patient/Patientinnen –Beziehung.....	19
Teil II - Krebserkrankungen	
4 Allgemeine Aspekte von Krebserkrankungen	23
4.1 Risikofaktoren von Brustkrebs	24
4.2 Diagnostik.....	26
4.2.1 Klinische Untersuchung bei Brustkrebserkrankungen	26
4.2.2 Bildgebende Diagnostik bei Brustkrebs.....	27
4.2.3 Invasive Diagnostik – Biopsie bei Brustkrebs	29
4.3 Therapieformen bei Brustkrebserkrankungen.....	29
4.3.1 Lokalthherapie.....	29
4.3.2 Systemtherapie	32
5 Mammographie.....	34
6 Versorgungskonzepte in der Behandlung von Brustkrebs	38
6.1 Brustzentrum.....	38
6.2 Breast Care Nurse.....	40
Teil III - Kommunikation speziell im Bereich Brustkrebs	
7 Psychoonkologische Gesichtspunkte der Krankheit Brustkrebs	42
7.1 Das Erleben der Diagnose Brustkrebs	42

7.2	Sexualität und Brustkrebs	43
7.3	Nachsorge.....	44
8	Die Diagnosemitteilung.....	46
9	Bedürfnisse der Brustkrebspatientinnen	49
10	Arzt/Ärztin – Patientinnen – Kommunikation bei Brustkrebs.....	53
11	Arzt/Ärztin und Patientin als gleichberechtigte Partner	56
11.1	Empowerment – Strategie zur Förderung der Patientenbeteiligung bei medizinischen Entscheidungen.....	56
11.2	Shared Decision Making –Eine Partizipative Entscheidungsfindung.....	58
12	Diskussion und Ausblick	62
	Literaturverzeichnis.....	68

Medizinisches Glossar

Nach dem klinischen Wörterbuch *Psychrembel* (2011):

Areolamammae: Brustwarzenhof

Axilla: Achsel

duktal: innerhalb eines Gangs, von einem Gang ausgehend

Dyspareunie: Bezeichnung für Schmerzen während des Koitus

Fertilität: Fruchtbarkeit, geschlechtliche Vermehrungsfähigkeit

Fibroadenome: Adenom mit reichlich entwickeltem Bindegewebe, makroskopisch als relativ scharf begrenzter Knoten von derb-elastischer Konsistenz mit grau-weißer Schnittfläche

Histopathologie: Lehre von den krankhaften Veränderungen der Körpergewebe

Indikation: sog. Heilanzeige; Grund zur Anwendung eines bestimmten diagnostischen od. therapeutischen Verfahrens in einem Erkrankungsfall, der seine Anwendung hinreichend rechtfertigt, wobei grundsätzlich Aufklärungspflicht gegenüber dem Patienten besteht.

in situ: in natürlicher Lage, im Körper

intramammär: innerhalb der Brust

invasiv: eindringend

Inzidenz: Anzahl der Neuerkrankungsfälle einer bestimmten Erkrankung innerhalb eines bestimmten Zeitraums

Karzinom: vom Epithel ausgehender maligner Tumor

Klimakterium: Wechseljahre der Frau; Übergangsphase ab dem Beginn unregelmäßiger Blutungen bis hin zur Postmenopause; bedingt durch das Erlöschen der zyklischen Ovarialfunktion; die letzte Menstruation fällt in diese Zeit

Kontrazeption: Empfängnisverhütung

lobulär: einzelne Läppchen

Lubrikation: Transsudation einer mukoiden Substanz (sog. Gleitsubstanz) durch das Vaginalepithel während der sexuellen Erregungsphase

Lymphknoten: in die Strombahn der Lymphgefäße eingeschaltete, linsen- bis bohnen große plattrundliche sekundäre Organe des lymphatischen Systems

Malignom: ungenaue Bezeichnung für malignen (bösartigen) Tumor

Mamille: Brustwarze

Mamma: weibliche Brust mit der Brustdrüse; besteht aus ca. 15 Einzeldrüsen, Bindegewebezügen und einem individuell verschiedenen großen Anteil Fettgewebe

Menopause: Zeitpunkt der letzten spontanen Menstruation

Metastasen: als Folge der Verschleppung bestimmter Faktoren aus einem lokalen (primären) Krankheitsprozess an anderer Stelle im Organismus entstandener sek. Krankheitsherd

Mortalität: Sterblichkeit; Verhältnis der Anzahl der Sterbefälle zum Durchschnittsbestand der Population

Parenchym: Gewebe eines Organs, das dessen Funktion bedingt

Postmenopause: Lebensabschnitt der Frau, der sich dem Klimakterium anschließt, definitionsgemäß ein Jahr nach der Menopause beginnt und mit dem Eintritt in das Senium endet

Prämenopause: Abschnitt des Klimakteriums vor der Menopause mit unregelmäßiger Menstruation

Remission: Zurückgehen von Krankheitserscheinungen

Rezidiv: Rückfall; Wiederauftreten einer Krankheit nach Abheilung

Sensivität: Fähigkeit eines diagnostischen Tests, Personen mit einer fraglichen Erkrankung als Kranke zu erkennen

Substitutionstherapie: Behandlung einer Krankheit durch Verabreichung von fehlenden, normalerweise im Organismus vorkommenden Substanzen, z.B. bestimmten Hormonen

Thorax: Brustkorb

Zysten: ein- oder mehrkammeriger, durch eine Kapsel abgeschlossener sackartiger Tumor mit dünn- oder dickflüssigen Inhalt.

Einleitung

Die Kommunikation zwischen dem/der Patient/Patientin und dem medizinischen Betreuungspersonal ist der Schlüssel für eine erfolgreiche Behandlung und ist ein Parameter für die rasche und adäquate Diagnosestellung bzw. Therapie. Seit es Aufzeichnungen über medizinische Leistungen gibt, wird über das Spannungsfeld von Therapeuten und Hilfesuchenden berichtet.

Die alte griechische Medizin steht der modernen Medizin näher als alle anderen historischen Formen der Medizin. Die moderne Medizin, wie wir sie kennen, würde es ohne die griechischen Vorläufer gar nicht geben (vgl. Ackerknecht, 1967, S. 47). Denn schon seit der griechischen und römischen Antike war die Grundlage der Prognosestellung die genaue Beobachtung, Befragung und Beurteilung des Patienten/der Patientin (vgl. Eckart, 1994, S. 46).

Die Menschen waren damals noch auf die Information des Patienten/der Patientin angewiesen, um eine Diagnose stellen zu können. Nur durch ein persönliches Gespräch konnten sie dies erhalten. Daher waren die subjektiven Krankheitsbeschwerden des Patienten/der Patientin Ausgangspunkt für die Diagnose und für die Therapie (vgl. Nebling/Fließgarten, 2009, S.80).

Der Stand der medizinischen Wissenschaft hat sich in den letzten Jahren enorm weiterentwickelt und Menschen werden so behandelt, dass sie so gut wie möglich wieder gesund werden. Aber dennoch fühlen sie sich während der Behandlung in der Klinik oft emotional vernachlässigt (vgl. Gottschlich, 2007, S. 127).

Die Verständigung von Arzt/Ärztin und Patient/Patientin ist die Voraussetzung für erfolgreiche diagnostische oder therapeutische Maßnahmen. Damit diese Verständigung funktioniert, müssen Ärzte/Ärztinnen und Patienten/Patientinnen in ihrer Kommunikation einen gemeinsamen Nenner finden (vgl. Rossmann, 1989, S. 11). Denn Medizin, die nicht auch in der Lage ist, auf die seelischen Bedürfnisse derer, die sich in ihrer Not anvertrauen, einzugehen, erfüllt nicht ihre Aufgaben (vgl. Gottschlich, 2007, S. 128).

Der Unterschied zwischen professioneller ärztlicher Kommunikation und Alltagskommunikation ist, dass die ärztliche Kommunikation immer darauf ausgerichtet ist, ein bestimmtes Ziel zu erreichen. Als Ziel kann die

Anamneseerhebung, die Informationsvermittlung über diagnostische oder therapeutische Maßnahmen verstanden werden (vgl. Burger, 2009, S. 109).

In einer modernen Industriegesellschaft sind chronische Krankheiten sehr häufig. Laut der Österreichischen Gesundheitsbefragung 2006/07 der Statistik Austria gaben mehr als ein Drittel der über 15-Jährigen (2,6 Mio. Personen) an, eine chronische Krankheit oder ein chronisches Gesundheitsproblem zu haben. Dabei sind 1,2 Mio. Männer und 1,4 Mio. Frauen davon betroffen. Frauen sind in allen Altersgruppen stärker betroffen als Männer (vgl. Statistik Austria, Stand: 01.05.2012).

Nicht nur die zunehmende Lebensdauer bzw. Überlebensdauer wird von immer größerer Bedeutung, sondern auch die verbleibende Lebensqualität wird immer wichtiger. Es geht um die Bewältigung der Krankheit (Coping), Leben mit der Krankheit und Reintegration, um am gesellschaftlichen Leben wieder teilhaben zu können (vgl. Matzat, 2005, S. 113).

Chronische Krankheiten sind nicht immer endgültig heilbar, sind aber häufig in ihrem Verlauf wesentlich beeinflussbar. Die medizinische Versorgung konzentriert sich primär auf die Milderung der Symptomatik. Bei chronischen Krankheiten handelt es sich meist um multifaktoriell verursachte Erkrankungen, die sich langsam entwickeln, über einen längeren Zeitraum andauern und einen unvorhersehbaren Verlauf einnehmen (vgl. Goerke, 2003, S. 126). Da aber die Compliance der Patienten/Patientinnen eine unabdingbare Voraussetzung für einen Heilungserfolg darstellt, sollten die Patienten/Patientinnen soweit wie möglich in die Entscheidungen miteinbezogen werden (vgl. Zysno et al., 2003, S. 150). Typische Beispiele für weit verbreitete chronische Krankheiten sind Diabetes mellitus, koronare Herzkrankheit und Krebserkrankungen (vgl. Goerke, 2003, S. 126).

Unter den Krebserkrankungen nimmt der Brustkrebs eine besondere Rolle ein. Brustkrebs ist das häufigste onkologische Problem der frauenspezifischen Gesundheitsversorgung (vgl. Österreichischer Frauengesundheitsbericht, 2010/2011, S. 104), obwohl auch Männer in Einzelfällen betroffen sein können (vgl. Kaufmann et al., 2006, S. 485). Weniger als 1% aller Mammakarzinome kommen bei Männer vor, die Prävalenz beträgt ca. 1 auf 100 000 Einwohner (vgl.

Stadler et al., 2009, S. 310). Laut WHO sterben jährlich weltweit etwa eine halbe Million Frauen an Brustkrebs (vgl. WHO, Stand: 01.05.2012). In Österreich werden ca. 4.600 neue Brustkrebsfälle pro Jahr registriert. Etwa 1.500 Frauen in Österreich sterben jährlich an Brustkrebs (vgl. Österreichischer Frauengesundheitsbericht, 2010/2011, S. 104). Brustkrebs ist jedoch überwiegend ein Problem sogenannter „hoch entwickelter“ Industrienationen (vgl. Hehlmann, 2008, S. 339f). Daraus lässt sich ableiten, dass Brustkrebs nicht alleine durch erbliche Faktoren verursacht wird, sondern auch Umweltfaktoren und der Lebensstil eine entscheidende Rolle spielen können (vgl. Österreichischer Frauengesundheitsbericht, 2010/2011, S. 106).

Grundsätzlich gilt, dass die Brust als Symbol der Weiblichkeit anzusehen ist. Im lateinischen bedeutet der Begriff „Mamma“ Brust oder Mutter. Die Brust wird jedoch oft pathologisiert, denn Brustkrebs gilt als eine Art Bedrohung und es scheint als wird der Begriff „Brust“ synonym mit Brustkrebs verwendet (vgl. Marquard, 2008a, S. 31f).

Grund dafür ist, dass Brustkrebs eine Erkrankung mit einem sehr starken psychologischen Moment ist und die Brust als sichtbares Zeichen der Weiblichkeit betroffen ist. Am Anfang jeder Diagnose stehen der Schock und die Angst. Vor allem den Patientinnen, die zuvor nie an einer lebensbedrohlichen Krankheit gelitten haben, fällt es sehr schwer zu akzeptieren, dass sie eine derart ernste Krankheit haben sollen (vgl. Love/Lindsey, 1996, S. 354; vgl. Marquard, 2008a, S. 31).

Durch die Fragen der Früherkennung und Veranlagung ist Brustkrebs auch bei gesunden Frauen ein aktuelles Thema (vgl. Bernhard/Dietrich, 2008, S. 251). Früherkennungsuntersuchung ist ein sehr stark kontrovers diskutiertes Thema, daher werden alle Aspekte dieses Themas in dieser Arbeit erläutert. Vor allem das Mammographie – Screening wird genauer betrachtet.

Der Standard der medizinischen Versorgung ist in der heutigen Zeit zwar sehr groß, aber die Kluft zwischen Ärzte/Ärztinnen und den Patienten/Patientinnen war noch nie so tief wie heute (vgl. Gottschlich, 2007, S. 43). Die Arzt/Ärztin - Patient/Patientin - Beziehung ist als Grundbaustein im ärztlichen Denken und Handeln zu verstehen und nimmt für die medizinische Maßnahme einen

erheblichen Einfluss auf den Krankheits- und Behandlungsverlauf (vgl. Rossmann, 1989, S. 11).

In diesem Zusammenhang konzentriert sich die Arbeit besonders auf das Spannungsfeld zwischen Arzt/Ärztin und Patient/Patientin und deren Auswirkungen. Es soll ersichtlich werden, dass mitfühlende Kommunikation nicht bloß ein Mittel zum Ziel, sondern selbst das Ziel ist. Daher ist es notwendig sich mit der wachsenden kommunikativen Entfremdung im Arzt/Ärztin - Patient/Patientin - Verhältnis auseinanderzusetzen. Vor allem im Bereich der Brustkrebserkrankung spielt die Arzt/Ärztin – Patient/Patientin – Beziehung eine wichtige Rolle.

Pettegrew wies bereits 1988 schon drauf hin, dass ein „missing link“ zwischen „Gesundheit“ und „Kommunikation“ gibt. Er führte dies auf das nahezu gänzliche Fehlen einer metatheoretischen Grundlagendiskussion im Bereich der Gesundheitskommunikation zurück (vgl. Signitzer, 2001, S. 32). *Thompson* (2001) bezeichnet diesen „missing link“ als das wirkliche Gebiet der Forschung zur Gesundheitskommunikation. Sie kritisiert dabei, dass es immer noch Unterschiede gibt zwischen Forschungsarbeiten, die auf den Begriff „Gesundheit“ das Hauptaugenmerk legen und Studien, die den Begriff „Kommunikation“ fokussieren. Sie umschreibt hiermit eine eher reduktionistische Vorstellung von Kommunikation, die davon ausgeht, dass sich Kommunikation nur auf das Übermitteln von Informationen beschränkt (vgl. Thompson, 2001, S. 88).

Effektive Kommunikation ist aber mehr als eine bloße Übermittlung von Information. Einer effektiven Kommunikation bedarf es einer auf die Person individuell zugeschnittene Aufklärung. Außerdem erfordert sie ein umfassendes Wissen über die Gefühle der betroffenen Frauen. Eine gute Kommunikation hat positive Auswirkungen auf die Lebensqualität der Patienten/Patientinnen und der Health Professionals (vgl. Helmann, 2008, S.347).

Auch bei *Gottschlich* (2007) ist Kommunikation mehr als bloß ein Vorgang wechselseitigen Austausches von Informationen. Kommunikation ist auch mehr als Gerede, es ist vielmehr eine bewusstseinsveränderte, energetische Kraft. Für *Gottschlich* sind kommunikative Beziehungen direkt oder indirekt von den seelischen Wirklichkeiten der

Kommunikationspartner/Kommunikationspartnerinnen und ihrer psychischen Wechselbeziehung bestimmt (vgl. Gottschlich, 2007, S. 148).

Empathische Kommunikation soll auch nicht als wissenschaftliche Methode dargestellt werden, sondern soll als entscheidendes Merkmal einer positiven, kommunikativen Grundeinstellung des Arztes/der Ärztin verstanden werden. (vgl. ebd. S. 72).

Diagnosen sind Medien der Kommunikation, denn sie bilden Spielregeln, in der Arzt/Ärztin und Patient/Patientin sehr schnell festgelegte Rollen übernehmen (vgl. Keil, 2001, S. 118). Mittlerweile ist es unbestritten, dass Patienten/Patientinnen über ihre Erkrankung aufgeklärt und in die medizinische Entscheidungsfindung miteinbezogen werden müssen. Allerdings ist oft unklar, wie diese Aufklärung in der Praxis durchgeführt werden sollte und welche Anforderungen im Einzelnen aus ethischer und rechtlicher Sicht an die Patientenaufklärung gestellt werden (vgl. Hick, 2006, S. 2).

Im Mittelpunkt der Mitteilung der Diagnose Brustkrebs und der weiteren Therapieentscheidung befinden sich die Patientinnen und Patienten, deren Angehörigen, Ärzte/ Ärztinnen und zunehmend auch die Breast Care Nurse. Die betroffenen Frauen befinden sich in einer Situation, in der es, neutral betrachtet, um Informationen, Begleitung, Beistand und Entscheidungsfindung geht und das in kooperativer Hinsicht (vgl. Schnell/Eicher, 2008, S. 137). Brustkrebs ist keine Krankheit, die man alleine bewältigen kann (vgl. Berg, 1995, S. 123).

Die Bedürfnisse der Patienten/Patientinnen gewinnen in der Gesundheitsversorgung immer mehr an Bedeutung und fließen vermehrt in strategische Entscheidungen bezüglich der Versorgungskonzepte von Brustkrebspatientinnen ein (vgl. Eicher, 2008, S. 40). Patientinnen, denen eine Behandlung bevorsteht, können sich heute auf ganz unterschiedlichen Wegen informieren, Behandlungsmöglichkeiten vergleichen und schließlich entscheiden. Es gibt Fachzeitschriften, Gesundheitsfernsehen und vor allem Patientenportale im Internet werden immer öfters genutzt (vgl. Nebling/Fließgarten, 2009, S. 80).

Diese Zunahme an chronischer, gegenwärtig nicht heilbarer Krankheiten hat dazu beigetragen, dass sich „neue“ Beziehungs- und Kommunikationsformen zwischen

Ärzten/Ärztinnen und Patienten/Patientinnen entwickelt haben (vgl. Hurrelmann/Leppin, 2001, S. 12).

Im Folgenden sollen Aspekte der Beziehung zwischen dem ärztlichen Betreuungspersonal und den von einer Krebserkrankung betroffenen Patientin und Patienten analysiert werden. Auf Grund der Häufigkeit der Diagnose „Brustkrebs“ wird besonderes Augenmerk auf diese Form der Krebserkrankung gelegt.

Methode

Die Bearbeitung der Themenstellung *„Das Spannungsfeld von Arzt/Ärztin und Patient/Patientin im Rahmen einer Krebserkrankung unter besonderer Berücksichtigung von Brustkrebserkrankungen“* und die Beantwortung der Forschungsfragen:

- „Welchen Stellenwert hat die Arzt/Ärztin – Patienten/Patientinnen Kommunikation im Fall einer Brustkrebserkrankung bei Frauen?“
- „Welche Empfehlungen gibt es für Arzt/Ärztin – Patienten/Patientinnen Kommunikation?“

erfolgte auf der Grundlage einer ausführlichen Literaturrecherche.

Innerhalb dieser Arbeit werden auch folgende Subfragen geklärt:

- In welchen Bereichen der Arzt/Ärztin - Patienten/Patientinnen - Kommunikation bestehen aus Patientensicht Mängel?
- Was passiert mit Frauen, die die Diagnose „Brustkrebs“ erhalten?
- Wie werden Patientinnen die anschließenden medizinischen Maßnahmen vermittelt?
- Welche Bedürfnisse haben Brustkrebspatientinnen im Bereich der Arzt/Ärztin – Patientinnen-Kommunikation?

Für die Beantwortung der Themenstellung und Beantwortung der Forschungsfragen wurde deutschsprachige aber auch englischsprachige Literatur aus den Bereichen Gesundheitswissenschaft, Kommunikationswissenschaft und Medizin herangezogen. Weiter wurde Literatur aus universitären Bibliotheken zur Recherche herangezogen. Eine Internetsuche unter Zuhilfenahme verschiedener Suchmaschinen (Google, Yahoo, etc.) ergab zusätzliche wertvolle Informationen.

Die Schwierigkeit in der Bearbeitung der Themenstellung bzw. Beantwortung der Forschungsfragen lag darin, dass zwar viel Literatur zu dem Thema „Arzt/Ärztin – Patienten/Patientinnen Kommunikation“ vorhanden ist, jedoch wenig in Bezug auf „Arzt/Ärztin – Patientinnen Kommunikation“ speziell bei Brustkrebserkrankungen.

Aufbau der Arbeit

Die Arbeit gliedert sich in drei Teile. Der erste Teil widmet sich ausschließlich der Kommunikation mit den Unterkapiteln „Gesundheitskommunikation“ und „empathische Kommunikation“. Des Weiteren wird auf „Kommunikation und Medizin“ und die „Arzt/Ärztin – Patient/Patientin Beziehung eingegangen“.

Der zweite Teil setzt sich mit Krebserkrankungen im Allgemeinen sowie Brustkrebs im Speziellen auseinander. Dies beinhaltet die medizinischen Aspekte aber auch die Versorgungskonzepte in der Behandlung von Krebs bzw. Brustkrebs. Jedes Kapitel wird auch kontrovers betrachtet um möglicherweise neue Sichtweisen der Krankheit Brustkrebs aufzuzeigen.

Der dritte Teil soll die Verbindung von Teil 1 und Teil 2 zeigen und die Bedeutung der Kommunikation speziell im Bereich Brustkrebs bei Frauen darstellen. Psychoonkologische Gesichtspunkte bezüglich des Erlebens der Diagnose Brustkrebs und die Diagnosevermittlung werden erläutert. Ein besonderes Augenmerk gilt auch den Wünschen und Bedürfnissen der Brustkrebspatientinnen bezüglich Kommunikation.

Die Forschungsfragen sowie die angestrebte Zielsetzung des konkreten Themenbereichs sind grundsätzlich für Frauen und Männer von Relevanz, fokussieren allerdings im spezifischen Teil 2 „Krebs“ und im Teil 3 „Kommunikation speziell im Bereich Brustkrebs“ ausschließlich auf Frauen.

Durch die vorliegende Arbeit soll das Spannungsfeld bzw. die Bedeutung der Kommunikation zwischen Ärzten/Ärztinnen und Patienten/Patientinnen hervorgehoben werden und auch bewusst gemacht werden, dass vor allem bei Frauen mit Brustkrebs die Kommunikation einen hohen Stellenwert hat. Die Arbeit soll zeigen, dass Kommunikation bei Ärzten/Ärztinnen mehr Bedeutung finden soll und somit im Ergebnis zu einer effektiveren Behandlung im Allgemeinen führt.

Teil I - Kommunikation

1 Grundlagen der Kommunikation

Unter „Kommunikation“ versteht man im Allgemeinen den Austausch von Informationen, meist bezüglich Wissen, Erfahrung oder Erkenntnissen. Kommunikation ist in unserem Alltag ständig präsent. Menschen kommunizieren miteinander, um sich zu begrüßen, gesellig zu sein, Kritik zu üben, Freundschaften zu knüpfen, Informationen zu geben, ein Problem zu lösen und vieles mehr. Die Kommunikation verbindet Menschen miteinander, deshalb hat sie eine dialogische Struktur, d.h., es sind immer mindestens zwei Menschen involviert (vgl. Rogall et al., 2005, S. 17f).

Damit Kommunikation zustande kommt, wird ein *Sender* (Kommunikator), von dem die Information ausgeht, und ein *Empfänger* (Kommunikant), der sie erhält, benötigt. Eine Interaktion ist gegeben, wenn der *Empfänger* reagiert. Wenn allerdings diese Rückmeldung ausbleibt oder nicht vorgesehen ist, handelt es sich um eine „Einweg-Kommunikation“. Geschieht eine Rückmeldung, ob und wie die Informationen empfangen wurden, spricht man von einer „Zweiweg-Kommunikation“ als Gespräch bzw. Dialog (vgl. Simon, 2004, S. 16f).

Am Anfang jedes Kommunikationsprozesses steht das Gefühl, der Gedanke, die Idee, die der Sender von sich geben will. Der Sender muss diese Gefühle und Gedanken in seinem Kopf zu einer Einheit zusammenführen, die kommunizierbar ist – als Botschaft. Diese Botschaft muss wiederum in auditive und visuelle Signale transformiert werden, d.h. in Zeichen, die von der Umgebung aufgefasst werden können. Der Empfänger erfasst dann diese Signale. Diese Signale müssen dekodiert werden, um den wahrgenommenen Lauten und visuellen Eindrücken einen Sinn zu geben. Erst dann werden die Signale als Gedanken und Gefühle gedeutet (vgl. Bucka-Lassen, 2005, S. 9).

Es gibt verschiedene Kommunikationsmodelle, die die Grundlage einer Kommunikation bilden. Das Kommunikationsmodell von Paul Watzlawick und das Modell von Friedemann Schulz von Thun sind weit verbreitet.

Der Kommunikations- und Sozialpsychologe Paul Watzlawick beschränkt sich nicht auf die Wirkung auf den Empfänger, sondern vielmehr interessiert er sich für die zwischenmenschliche Sender – Empfänger Beziehung. Seine Kommunikationstheorie basiert auf den Erkenntnissen über Störungen der zwischenmenschlichen Kommunikation(vgl. Watzlawick, 1969, S. 23ff).

Friedemann Schulz von Thun entwickelte eines der bekanntesten Kommunikationsmodelle, das so genannte 4 – Ohren – Modell(vgl. Schweickhardt/Fritzsche, 2007, S. 8).

Dieses Modell sagt aus, dass jede Äußerung die man erhält, gleichzeitig vier Botschaften beinhaltet:

- Sachinhalt (worüber informiere ich)
- Selbstoffenbarung (was ich von mir zu erkennen gebe)
- Beziehung (was sich von dir halte und wie ich zu dir stehe)
- Appell (wozu ich dich veranlassen möchte)

(vgl. Schulz von Thun, 1981, S.26ff)

Nach Friedemann Schulz von Thun (1981) entstehen viele Missverständnisse und Kommunikationsprobleme dadurch, dass die Gesprächspartner nicht auf einer gemeinsamen Ebene sprechen bzw. zuhören (vgl. Schulz von Thun, 1981, S.11ff).

1.1 Gesundheitskommunikation

Um „Gesundheitskommunikation“ genauer definieren zu können, werden die beiden einzelnen Bestandteile des Begriffs betrachtet.

Die wohl bekannteste Definition von Gesundheit wurde durch die Weltgesundheitsorganisation (WHO) 1946 beschrieben (vgl. Schnabel, 2007, S. 19). Diese lautet übersetzt: *„Gesundheit ist der Zustand völligen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens und nicht nur die bloße Abwesenheit von Krankheit oder Gebrechen.“* (WHO 1946).

Nach *Hurrelmann/Leppin*(2001) ist *„Gesundheit das Stadium des Gleichgewichts von Risiko- und Schutzfaktoren, das eintritt, wenn es gelingt die Anforderungen*

sowohl der inneren (körperlichen und psychischen) als auch der äußeren (sozialen und materiellen) Anforderungen zu bewältigen“ (Hurrelmann/Leppin, 2001, S. 10).

Eine allgemein anerkannte Definition von Kommunikation findet sich nicht in der Literatur, stattdessen existieren viele verschiedene Begriffsdefinitionen, je nachdem, welche Fachrichtung betroffen ist und welche Aspekte im Vordergrund stehen. Daher nenne ich drei Autoren, auf die ich mich auch im Laufe der Arbeit öfters beziehe.

Hurrelmann/Leppin (2001) verstehen unter Kommunikation den Austausch von Wissen, Gedanken, Erfahrungen, Meinungen und Gefühlen zwischen Menschen. Aber auch die Übertragung von Nachrichten und Informationen durch Sprache, Bilder und andere Zeichen erfasst der Begriff der Kommunikation (vgl. Hurrelmann/Leppin, 2001, S.10).

Für *Gottschlich (2007)* ist „Kommunikation ein dynamischer und komplexer Vorgang wechselseitigen Gebens und Nehmens. Dieser komplexe Aktivierungsprozess findet auf verschiedenen Ebenen menschlicher Existenz statt. Auf der psychischen Ebene, wie auch auf der physiologischen und sozialen Ebene menschlicher Seinserfahrung. Jede dieser Ebenen ist eng mit den anderen verbunden und bildet untereinander ein vernetztes, komplexes Kommunikationssystem. Aus diesem Grunde führen Störungen auf einer Ebene unweigerlich zu Störungen im Gesamtsystem. Dagegen können positive Kommunikationserfahrungen im sozialen Umfeld sich auch positiv auf Körper und Seele auswirken“ (vgl. Gottschlich 2007, S. 27).

Laut *Ditz (2006)* ist eine Kommunikation gelungen, wenn die Wahrnehmungs- und Interpretationsvorgänge beim Kommunikator und Rezipienten ähnlich verlaufen. Das bedeutet, dass man Gemeinsamkeiten zwischen zwei Gesprächspartner/Gesprächspartnerinnen herstellen muss. Dies beinhaltet, die Kompetenz einen guten Kontakt zum Patienten/zur Patientin herzustellen und aufrecht zu erhalten, als auch bestimmte Gesprächstechniken erfolgreich anzuwenden (vgl. Ditz, 2006a, S. 173).

Gesundheitskommunikation führt zwei interdisziplinär ausgerichtete Wissenschaftsgebiete zusammen und ist im deutschsprachigen Raum lange kein eigenes Forschungsfeld gewesen (vgl. Hehlmann, 2008, S. 337). In der heutigen Zeit jedoch stellt Gesundheitskommunikation ein breites Forschungsfeld dar und beinhaltet Kommunikationswissenschaft, Medienwissenschaft, Gesundheitswissenschaft und die in den letzten Jahren immer bedeutender werdenden Informationswissenschaften (vgl. Rasky, 2003, S.78).

Klaus Hurrelmann definiert den Begriff Gesundheitskommunikation folgendermaßen:

„Gesundheitskommunikation bezeichnet die Vermittlung und den Austausch von Wissen, Meinungen und Gefühlen zwischen Menschen, die als professionelle Dienstleister oder Patienten/Klienten in den gesundheitlichen Versorgungsprozess einbezogen sind und/oder als Bürgerinnen und Bürger an Fragen von Gesundheit und Krankheit und öffentlicher Gesundheitspolitik interessiert sind. Dieser Austausch kann direkt-personal, wie in der Arzt-Patient - Interaktion oder in einer Interaktion unter Experten erfolgen, oder er kann über Medien vermittelt sein“.
(Hurrelmann, 2001, S.11)

In der Kommunikationswissenschaft wird unterschieden in indirekte/personale Intervention und indirekte/mediale Kommunikation. Wobei beide Formen in kommunikativen Interventionen wie bei Beratung, Information, Aufklärung und Therapie vorliegen (vgl. Schaeffer/Dewe, 2008, S.129).

Patienten/Patientinnen haben ein Recht auf angemessene Information, um Entscheidungen zu treffen und damit Verantwortung im Gesundheitswesen übernehmen zu können. Informationen stehen Patienten/Patientinnen nicht nur während, sondern auch vor und nach einer medizinischen Behandlung zu (vgl. Barth, 1999, S. 168).

Hier befindet sich auch das Ziel der Gesundheitskommunikation: der Patient/die Patientin soll so beraten werden, dass er/sie aufgeklärt ist, informiert, selbstbestimmt und selbstbewusst sein/ihr krankheitsbezogenes Verhalten steuert, therapeutische und rehabilitative Versorgungsentscheidungen mit beeinflussen und in geeigneter Weise seine/ihre verbliebenen Gesundheitspotenziale sichern kann. Die Entwicklung der Fähigkeit, die eigenen Wünsche und Bedürfnisse

eindeutig zu benennen, Informationen zu Behandlungsalternativen und ihre Wirkungen und Nebenwirkungen zu bekommen, sich aktiv an der Ausgestaltung der therapeutischen Betreuungsprozesse zu beteiligen und eine Mitentscheidung bei allen relevanten Schritten im Behandlungsprozess wahrzunehmen, gehört ebenfalls zum Ziel der Gesundheitskommunikation (vgl. Hurrelmann/Leppin, 2001, S.13f).

Die Realität sieht hin und wieder anders aus, denn viele Patienten/Patientinnen sind mit der Information und Beratung durch den Arzt/die Ärztin unzufrieden. Sie erhalten auch nicht immer die Menge an Information die sie sich wünschen oder die sie für den Umgang mit ihrer Krankheit oder deren Bewältigung benötigen (vgl. Fogarty et al., 1999; Kerr et al., 2003; vgl. Stewart, 1995; vgl. Tautz, 2002, S.22).

1.2 Empathische Kommunikation

Empathie ist eine grundlegende Kompetenz im zwischenmenschlichen Miteinander (vgl. Schweickhardt/Fritzsche, 2007, S. 14). Empathie bedeutet einführendes Zuhören und die Fähigkeit des Menschen, sich in eine Situation eines anderen Menschen hineinzusetzen und seine Sichtweise einzunehmen (vgl. Rogall, 2005, S. 95). Empathie ist eine entscheidende Dimension ärztlichen Seins und ärztlichen Selbstverständnisses. Sie ist die unverzichtbare spezifische Grundlage ärztlicher Zuwendung und um die muss von Patient/Patientin zu Patient/Patientin immer wieder aufs Neue gekämpft werden (vgl. Gottschlich, 2007, S. 71f).

Außerdem versteht man unter Empathie, dass man jedem Zuhörer/jeder ZuhörerIn das Gefühl vermitteln muss, das es bei dem Gesagten um ihn oder sie persönlich geht. Der Hauptfehler hier kann die störende Ichbezogenheit sein. Unter Ichbezogenheit versteht man, wenn der Redner ständig das Wort „ich“ benutzt. Die Zuhörer/ZuhörerInnen merken, dass der Redner nur von sich selbst redet, mit egozentrischen Argumenten, Gefühlen und Vorteilen (vgl. Goldmann, 2004, S.56). Empathie findet in der ärztlichen Kommunikation ihren spezifischen Ausdruck. Empathie geht keiner Routine nach, im Gegenteil, sie schließt gerade Routine aus. Man ist entweder routiniert oder mitfühlend (vgl. Gottschlich, 2007, S. 72).

Dennoch ist die empathische Kommunikation der Schlüssel für eine glückende und heilvolle Arzt/Ärztin – Patient/Patientin – Beziehung. Die biologische Grundlage für die Fähigkeit zu Mitgefühl befindet sich in den neuronalen Spiegelsystemen des Gehirns. Diese sind dafür verantwortlich, dass wir spontan erkennen können, was in einen anderen Menschen vorgeht (vgl. Bauer, 2006, S. 46). Empathie hat zwar eine neurobiologische Grundlage, aber Empathie ist nicht angeboren, sondern entfaltet sich in sozialen Bedingungen. Als Voraussetzung der Entwicklung des Selbstwertgefühls gilt die Spiegelung des Selbst im Anderen (vgl. ebd. S. 141).

Doch empathische Kommunikation beginnt nicht mit dem Sprechen, auch nicht mit der Vorbereitung auf das Sprechen, sondern mit dem aktiven Zuhören (vgl. Lambert, 1999, S. 46). Der Begriff aktives Zuhören wurde vom amerikanischen Psychologen Carl Rogers gegründet und von Thomas Gordon zu einer operativen Methode entwickelt. Aktives Zuhören kann überall, zu jeder Zeit und vor allem von jedem angewandt werden (vgl. Bucka – Lassen, 2005, S.51).

Das aktive Zuhören bemüht sich, die Zwischentöne, das Nicht-Gesagte zu erfassen. Denn Gefühle werden selten in Worte ausgedrückt, es sind meistens die Zwischentöne, die nonverbalen Zeichen wie Mimik, Gesten und der Klang der Stimme, die entschlüsselt und gedeutet werden müssen (vgl. Golemann, 1996, S.128). Man versucht dabei sich in die Gefühls- und Gedankenwelt des Gesprächspartners einzufühlen um ihn ganz zu verstehen. Es ist dabei wichtig, dass man nicht nur das versteht was der Gesprächspartner sagt, sondern vor allem wie er es meint und wie ihm dabei zumute ist. Voraussetzung für das aktive Zuhören ist ein echtes Interesse an den Gesprächspartner und die aktuelle Bereitschaft, dem anderen zuzuhören (vgl. Schulz von Thun, 2011, S. 70f).

Auch mittels taktiler Modi bzw. Berührungssprache kann sich diese nonverbale Kommunikation ausdrücken (vgl. Rogall et al., 2005, 34f). Auch Gefühle spielen eine große Rolle, wenn es um Persönliches oder Zwischenmenschliches geht. Diesen Gefühlen wird Aufmerksamkeit geschenkt, wodurch sie besser zum Ausdruck kommen können. Es ist in einem Gespräch sehr wichtig Gefühle wie z.B. Tränen zuzulassen und nicht zu versuchen diese zu beschwichtigen oder das Thema zu wechseln. Denn ein Gefühlsausdruck dieser Art, ist ein Zeichen dafür,

dass ein wichtiger Punkt angesprochen worden ist (vgl. Schulz von Thun, 2011, S. 75).

Damit man die Kommunikation zu anderen verbessern kann, ist auch ein Bewusstsein für Körpersprache sehr wichtig. Eine Kommunikation verläuft dann erfolgreich, wenn man die eigene Körpersprache beachtet und „steuert“ und auch die Körpersprache des Gesprächspartner/ der Gesprächspartnerin beachtet (vgl. Rogall et al., 2005, 34f).

Im Gegensatz zur nonverbalen Kommunikation gibt es die verbale Kommunikation, mit der man nicht nur beschreiben, ankündigen oder androhen kann, sondern auch Gewalt zufügen. Worte können auch etwas antun im Sinne einer leisen Ironie bis hin zum sarkastischen Spott, von der indiskreten Taktlosigkeit bis zum nackten Schimpfwort, von der herablassenden Demütigung bis hin zu diskriminierender Ausdrucksweise. Sprache kann auch als Gewalt wirken (vgl. Herrman/Kuch, 2007, S.7).

2 Kommunikation und Medizin

Die zunehmenden Kommunikationsprobleme zwischen Arzt/Ärztin und Patient/Patientin sind zwar evident, jedoch wird diese Fehlentwicklung oft geleugnet oder aber als Preis des medizinischen Fortschritts missverstanden. Es wird vergessen oder verdrängt, dass die Medizin auch Leiden zufügen kann. Dies wird oft durch einen Mangel an kommunikativer Zuwendung verursacht. Im klinischen Bereich kommt die Kommunikationskrise manchmal sehr deutlich und mit bedrohlichen Konsequenzen zum Ausdruck. Der Patient/die Patientin ist am unmittelbarsten dem Zustand der Würdelosigkeit und dem Zustand der Entmündigung durch kommunikative Isolation ausgesetzt (vgl. Gottschlich, 2007, S. 47f).

Man findet bei Kommunikations- bzw. Systemtheoretikern wie auch im psychotherapeutischen Bereich die Vorstellung, dass Kommunikation neben dem Übermitteln von Informationen im weitaus größeren Maße der Gestaltung von

Beziehungen dient. Dieser komplexe Ansatz ermöglicht es, eine Verbindung zwischen der Kommunikation auf der einen und Gesundheit auf der anderen Seite zu konstruieren. Demzufolge wäre dann nicht nur das „Missverstehen“ oder das „Fehlen“ von Informationen verantwortlich für eine Beeinträchtigung von Gesundheit und Wohlbefinden, sondern auch die Art und Weise, wie die am Kommunikationsprozess beteiligten Partner/Partnerinnen ihre Beziehung zueinander gestalten (vgl. Helhmann, 2008, S. 346).

Durch Forschungsarbeiten lässt sich eindeutig zeigen, dass auch die Art und Weise, wie diese Informationen übermittelt werden, einen Einfluss auf psychische und physische Parameter der Rezipienten dieser Information haben (vgl. Helhmann, 2008, S. 346).

In der Studie von *Kerr et al.* (2003) wurde bei Brustkrebspatientinnen der langfristige Einfluss schlechter Kommunikation während des Klinikaufenthaltes auf Parameter der Lebensqualität untersucht. 44,7 % der Patientinnen gaben an, dass die Information, die sie bekamen, unklar war und 58,6 % wünschten sich, sie hätten mehr Zeit, um mit dem medizinischen Personal zu reden.

Die Autorinnen konnten noch vier Jahre nach dieser als unbefriedigend empfundenen Kommunikationssituation „Übermittlung der Diagnose“ signifikant schlechterem Parameter für Aspekte der Lebensqualität nachweisen. Ausreichende Information kann dafür sorgen, dass die Patienten/Patientinnen ein Gefühl von Sicherheit bzw. Kontrolle empfinden, dagegen kann unzureichende Information Patienten/Patientinnen nur noch mehr beunruhigen. Kommunikation ist daher wesentlich für eine Arzt/Ärztin-Patienten/Patientinnen-Beziehung.

Einen neuen Ansatz zur Bewältigung von Kommunikationsproblemen zeigt die Arbeit von *Bernard et al.* (2012), bei der durch ein Training der Kommunikationsfähigkeiten eine deutliche Verbesserung der Gesprächsqualitäten von Arzt/Ärztin und Patient/Patientinnen erzielt werden konnte.

Shapiro et al. (1989) verfasste eine Studie über Schadensersatzklagen gegen Ärzte/Ärztinnen in den USA, in der deutlich wurde, dass zwei Drittel aller durchgeführten Fehlbehandlungen vermieden hätten können oder zumindest eine geringeren Schadensverlauf genommen hätte, wenn Ärzte/Ärztinnen und Patienten/Patientinnen besser miteinander kommuniziert hätten.

Eine andere qualitative Studie von *Lee et al.* (2002) über Arzt/Ärztin – Patient/Patientin – Kommunikation macht deutlich, dass nur einer von fünf Onkologen in der Lage war, die Stressreaktion beim Patienten/bei der Patientin auf die schlechte Nachricht angemessen einzuschätzen und mit ihr umzugehen. Die Mehrheit der Onkologen jedoch ist nicht in der Lage gewesen, auf Angst und Depression des Patienten/der Patientin kommunikativ befriedigend einzugehen.

Diese Ergebnisse machen deutlich, dass Ärzte/Ärztinnen das angstmindernde Potenzial von Information unterschätzen. Es wird Informationspolitik betrieben, die darin besteht, den Patienten/Patientinnen nur mit den notwendigsten Informationen zu versorgen. Der Grund dafür ist, dass Ärzte/Ärztinnen der Annahme sind, dass der Patient/die Patientin keine weiteren Informationen benötigt (vgl. Gottschlich, 2007, S. 54).

Laut der Studie von *Fogarty et al.* (1999) gibt es einen engen Zusammenhang zwischen dem Ausmaß der Informiertheit von Patienten/Patientinnen über vorgeschlagene Therapieverfahren und der Intensität des Gefühls der Angst, das den jeweiligen Therapieverlauf begleitet. Je besser die mentale Vorbereitung und die Information über das medizinische Geschehen, desto geringer ist die Angst. In dem Video-Experiment mussten Brustkrebspatientinnen unterschiedliche Kommunikationsstile bewerten. In diesem Experiment wurde deutlich, dass nicht mehr als 40 Sekunden notwendig sind, um einen Arzt/eine Ärztin dann als mitfühlend wahrzunehmen, wenn er deutlich merkbar auf den emotionalen Zustand der Patientinnen verbal eingeht. Damit konnte gezeigt werden, dass schon geringe Formen gezeigten Mitgefühls im Rahmen ärztlicher Konsultation deutlich das Angstniveau der Patienten/Patientinnen reduziert. Außerdem kann das Reduzieren von Angst während dem Informationsgespräch auch die Qualität der Arzt/Ärztin - Patient/Patientin - Beziehung fördern.

Diese und ähnlichen Studien zeigen, dass es eine erhebliche Diskrepanz zwischen den Informationserwartungen der Patienten/Patientinnen und dem Informationsangebot durch Ärzte/Ärztinnen gibt. Es existiert eine Störung des Kommunikationsgeschehen und ihre Behebung wäre ein Schritt in Richtung einer neuen kommunikativen Medizin (vgl. Gottschlich, 2007, S. 164). Ebenso kann man

anhand der Studien erkennen, dass diese Diskrepanzen häufig im Bereich der Onkologie vorkommen und vor allem im Bereich der Brustkrebserkrankungen zu finden sind.

Brustkrebs ist eine einschneidende Diagnose, weil Unsicherheit bezüglich der Prognose und der zu erwartenden Therapien entsteht, welche Symptome wie schwer auftreten können und wieweit die Behandlungsmöglichkeiten greifen können. Sobald die Patientin die Botschaft klar vor Augen hat, steht sie auch, bewusst oder unbewusst vor der Wahl, sich entweder mit der Krankheit und deren Auswirkungen zu arrangieren oder ihr zu erliegen (vgl. Bück – Lassen, 2005, S. 58).

Im Bereich der Gesundheitsversorgung werden Frauen als eine vulnerable Personengruppe bezeichnet. Die Gesundheitsversorgung von Frauen ist wenig thematisiert und erst in den letzten Jahren gewinnt eine geschlechterspezifische Betrachtung zunehmend an Bedeutung. Zwischen Frauen und Männer gibt es eklatante Einkommens- und Bildungsunterschiede, sie verdienen meist weniger als Männer und haben auch einen anderen Umgang mit Krankheit und Gesundheit. Die Frage nach der angemessenen gesundheitlichen Versorgung muss bezüglich auf Frauen überdacht werden. Denn bei der Analyse gesundheitlicher Ungleichheiten und des Versorgungsgeschehens kommt der Kategorie Geschlecht eine bedeutende Rolle zu (vgl. Tiesmeyer et al., 2008, S. 18f).

Die Chance und die Verantwortung einer kommunikativen Medizin besteht darin, den psychosozialen Begleiterscheinungen eines Krankheitsverlaufs zum Ausdruck zu verhelfen, dadurch die krankheitsbedingten Stressfaktoren zu reduzieren und damit motivierend auf den Patienten/die Patientin zu wirken. Dies ist zugleich die Aufgabe der empathischen Kommunikation und darin entsteht auch ihre heilende Wirkkraft (vgl. Gotttschlich, 2007, S. 180).

3 Arzt/Ärztin – Patient/Patientinnen –Beziehung

In den vergangenen Jahren wurden in medizinischen Fachzeitschriften Arbeiten über das Spannungsfeld zwischen Arzt/Ärztin und Patienten/Patientinnen veröffentlicht, die signalisieren, dass die Beziehung zwischen Ärzten/Ärztinnen und Patienten/Patientinnen in vielen Fällen tiefgehend gestört ist. Die Ergebnisse sind konform mit den persönlichen Erfahrungen enttäuschter und seelisch verletzter Patienten/Patientinnen (vgl. Gottschlich 2007, S. 18f).

Ärzte/Ärztinnen wünschen sich, dass der Patient/die Patientin ein guter Informant ist, möglichst gut vorbereitet im richtigen Jargon seine/ihre Probleme schildert und gleichzeitig aber wenig Zeit beansprucht. Die institutionellen Zwänge im Krankenhaus oder in überfüllten Arztpraxen bestimmen verstärkt die Möglichkeiten der Gesprächsführung. Es existiert ein großes Machtgefälle zwischen Arzt/Ärztin und Patient/Patientin. Dieses Machtgefälle wird durch den Wissensunterschied und den unterschiedlichen Erfahrungswerten verstärkt. Es kommen aber auch noch Sprachbarrieren dazu und zwar nicht nur im Sinne einer Barriere zwischen Dialekt und Hochsprachen, sondern auch die verschiedenen Gesprächsstrategien, die aufeinander stoßen (vgl. Wodak, 1989, S.33). Dessen ungeachtet ist eine menschliche Beziehung für die Bewältigung der Erkrankung zum behandelten Arzt/Ärztin von großer Bedeutung. Wenn es dabei Probleme gibt, kann es Auswirkungen auf die Behandlung haben und den Erfolg beeinträchtigen (vgl. Berg, 1995, S. 135; vgl. Faller, 1998, S.40).

Der Beruf des Arztes/der Ärztin ist grundlegend beziehungsorientiert. Ärztliches Handeln ist nicht autonom, sondern immer nur dialogisch, als Wirken an und mit dem Kranken/der Kranken zusammen, zu verstehen. Bei jeder Begegnung von Arzt/Ärztin und Patient/Patientin kommt es zu beziehungs-dynamischen Wechselwirkungen. Es ist nicht möglich, ohne Kommunikation auszukommen. Jedes Verhalten wird im Gegenüber etwas auslösen, was wiederum rückkoppelnd eigenes Verhalten beeinflusst (vgl. Rossmann, 1989, S. 11ff).

Beim erstmaligen Zusammentreffen vom Arzt/Ärztin und Patient/Patientin erfolgt schnell ein gegenseitig wahrnehmendes Abtasten, was einem ersten Eindruck

gleichkommt. Beide Partner/Partnerinnen machen sich ein Bild vom Anderen, das nur teilweise bewusst und verbal formulierbar ist. Dieses innere Bild, das voneinander aufgebaut wird, kann zu Vorurteilen führen und ist sehr beständig; es kann sogar die weitere Zusammenarbeit in der Arzt/Ärztinnen - Patient/Patientinnen - Beziehung beeinflussen (vgl. Rossmanith, 1989, S. 13).

Dabei verlangt man von Ärzten/Ärztinnen, dass sie innerhalb weniger Minuten fähig sind, ein stabiles Behandlungsbündnis aufzubauen. Dies kann allerdings nur mittels gelungener Kommunikation erreicht werden. Die Herausforderung besteht darin, einem vorerst Fremden - dem Patienten/der Patientin – zu ermöglichen genug Vertrauen aufzubauen, um sich dann dem Arzt/der Ärztin ausreichend zu öffnen. Dabei sollte beachtet werden, dass jede Erkrankung als intim zu werten ist und daher intime Inhalte zum Gesprächsthema werden (vgl. Bergner, 2009, S. 2).

Das Krankheitsbild des Patienten/der Patientin, die subjektive Vorstellung vom Krankheitsgeschehen und sein/ihr Erleben, unterscheidet sich bedeutend vom Krankheitsbild des Arztes/der Ärztin, der persönlichkeits- und fachspezifischen Wahrnehmung und medizinisch-diagnostischen Etikette. Der Grund dafür ist, dass der Patient/die Patientin seine/ihre Beschwerden in Form von Schmerz, Angst und Klagen vermittelt. Dieses Erleben lässt sich jedoch nur schwer und unpräzise in passende Worte fassen. Dagegen ist das Krankheitsbild des Arztes/der Ärztin erheblich leichter und exakter zu verbalisieren. In der Diagnose und Therapie wird Großteils das Krankheitsbild des Arztes/der Ärztin berücksichtigt. Das Krankheitsbild des Patienten/der Patientin wird vernachlässigt und bleibt als Störfaktor weiterhin bestehen (vgl. Rossmanith, 1989, S.14). Zu den wichtigsten Bewältigungsformen einer Krankheit gehört jedoch Vertrauen in Ärzte/Ärztinnen und die Mitarbeit bei der Behandlung (vgl. Berg, 1995, S. 135; vgl. Faller, 1998, S.40).

Dafür es ist sehr wichtig, dass die Patienten/Patientinnen ihren Arzt/ihre Ärztin in seiner/ihrer Ausdrucksweise verstehen. Manchen Ärzten/Ärztinnen fällt es gar nicht mehr auf, wenn sie nur Fachausdrücke verwenden (vgl. Berg, 1995, S. 135). Der Arzt/die Ärztin bedient sich seiner/ihrer „eigenen Sprache“, die aber deutlich von dem Sprachraum vieler Patienten/Patientinnen abweicht (vgl. Kulzer, 2009, S.35).

Ärzte/Ärztinnen und Patienten/Patientinnen müssen in ihrer Kommunikation einen gemeinsamen Nenner finden, damit sie sich verständigen und einander auch verstehen können. Die Kommunikation zwischen Arzt/Ärztin und Patient/Patientin kann als Vernetzung emotionaler und kognitiver Botschaften, die im Umgang miteinander ausgetauscht werden, gesehen werden (vgl. Rossmanith, 1989, S.15). Eine offene Kommunikation mit dem Patienten/der Patientin ist neben der medizinischen Behandlung einer der wichtigsten Aufgaben in der Auseinandersetzung mit der Krankheit (vgl. Bürger, 2006, S.73). Allerdings ist dabei die Position des Arztes/der Ärztin, die in der Hierarchie immer noch streng geregelt ist, nicht zu unterschätzen (vgl. Wodak, 1989, S.33).

Es gibt drei Grundmodelle in der Medizinethik, um die Beziehung zwischen Arzt/Ärztin und Patient/Patientin zu beschreiben. Diese Modelle werden bezüglich der Informationsvermittlung und der Verantwortung für die medizinische Entscheidung differenziert (vgl. Loh/Simon, 2009, S.144).

1. Modell: In einer paternalistischen Arzt/Ärztin - Patient/Patientin - Beziehung gibt es eine klare Rollenzuteilung. Aufgrund seines/ihres Expertenwissens trifft der Arzt/die Ärztin die medizinischen Entscheidungen alleine. Diese Entscheidungen sind aus der Sicht des Arztes/der Ärztin die Besten für den Patienten/der Patientin (vgl. Klemperer, 2009, S.140; vgl. Simon/Härter, 2009, S.157).

2. Modell: Das Gegen-Modell dazu ist das informative Modell, bei dem der Patient/die Patientin alleine entscheidet, autonom ist und die medizinischen Entscheidungen kontrolliert. Man spricht hier von einem/einer informierten und selbstbewussten Patienten/Patientin (vgl. Thomas, 2005, S.91). Patienten/Patientinnen mit schwerwiegenden Erkrankungen, die komplexe Therapien nach sich ziehen, können sich aber bei diesem Modell alleine und überfordert fühlen (vgl. Vordermaier et al., 2003, S.161).

3. Modell: Eine Alternative, in der sich die beiden Parteien „in der Mitte treffen“ beruht auf einer partnerschaftlichen Beziehung, einer gemeinsamen Entscheidungsfindung. Diese basiert auf einer Verständigung zwischen gleichberechtigten Partnern (vgl. Koerfer et al., 1994, S.64; vgl. Schnell/Eicher,

2008, S.137). Dieses partnerschaftliche Modell der Zukunft setzt auf Patientenbeteiligung bei medizinischen Entscheidungen mit folgenden Zielsetzungen:

- Eigenverantwortung der Patienten/der Patientin stärken
- Transparenz steigern
- Qualität der ärztlichen Behandlung verbessern (vgl. Thomas, 2005, S.92).

Teil II - Krebserkrankungen

4 Allgemeine Aspekte von Krebserkrankungen

Unter Krebserkrankungen versteht man im Allgemeinen das Auftreten von bösartigen Gewebsneubildungen. Dadurch werden die bösartigen Gewächse bereits begrifflich von den gutartigen Tumoren abgegrenzt. Es muss jedoch berücksichtigt werden, dass sich gutartige Gewebsveränderungen auch zu bösartigen Tumoren entwickeln können. Prinzipiell kann jedes Organ von einer Krebserkrankung betroffen sein.

Bei den Männern ist der Prostatakrebs seit 1997 die häufigste Krebserkrankung, bis dahin war es der Lungenkrebs. Bei Frauen handelt es sich bereits seit Jahrzehnten um die Brustkrebserkrankung, wobei die Zahl der Neuerkrankungen seit 2006 in etwa gleich geblieben ist. Die häufigste Todesursache bei Frauen ist daher ebenfalls der Brustkrebs, bei Männern jedoch nicht der (am häufigsten diagnostizierte) Krebs im Bereich der Prostata, sondern der Lungenkrebs, der insgesamt mit einer sehr hohen Mortalität vergesellschaftet ist. Generell ist das Risiko, eine Krebserkrankung zu entwickeln, bei Männern höher als bei Frauen. Laut Statistik Austria liegt das Lebensrisiko, an Krebs zu erkranken bei 33% (Buben) und 22% (Mädchen). Die damit verbundene Mortalitätsrate liegt knapp unter der Hälfte der Neuerkrankungen (14,5 bzw. 9,1%).

Mit 28% ist Brustkrebs die häufigste Krebsneuerkrankungen bei Frauen gefolgt von Darmkrebs und Gebärmutterkrebs. Die damit verbundene Mortalitätsrate ist allerdings vergleichsweise gering, eine viel höhere Mortalitätsrate findet sich bei Patientinnen mit einer Krebserkrankung von Bauchspeicheldrüse, Leber oder Lunge (vgl. Zielonke N, 2010, S.13).

Die Krankheit Brustkrebs (Mammakarzinom) ist eine bösartige Veränderung des Brustdrüsengewebes (vgl. Österreichische Krebshilfe, 2009, S.10).

Unter den verschiedenen Arten eines Mammakarzinom ist das invasive duktales Karzinom mit ca. 75% der häufigste histopathologische Tumortyp (vgl. Mayr et al., 2009, S.61). Neben den invasiven Karzinomen gibt es auch die In-situ Karzinome (vgl. Edler von Koch et al, 2009, S.84).

Der Ursprung der Karzinome ist im Drüsengewebe der Brust. Während Karzinome In-situ sich auf ein Wachstum innerhalb der Milchgänge oder den Drüsen beschränken, durchbrechen invasive Karzinome die Grenze der Milchgänge bzw. Drüsen und wachsen in umliegende Gewebe ein (vgl. Berg, 1995, S. 111).

Nicht das ursprüngliche örtliche Wachstum in der Brust, sondern die Neigung des Tumors, in den Körper zu streuen und dort Tochtergeschwülste (Metastasen) ab zu siedeln, ist die größte Gefahr bei Brustkrebs. Dadurch werden überlebenswichtige Organe wie Lunge, Leber, Gehirn oder Skelett angegriffen und überlebensnotwendige Organe zerstört (vgl. Barth/Barth, 2003, S.14ff). Im Folgenden wird beispielgebend für eine häufige Form der Krebserkrankung der bösartige Tumor der weiblichen Brust näher erläutert.

4.1 Risikofaktoren von Brustkrebs

Für die Entstehung von Brustkrebs konnte bisher kein dominierender ursächlicher Risikofaktor gefunden werden (vgl. ÖBIG, Stand: 30.04.2012).

Brustkrebs ist eine multifaktorielle Erkrankung, die viele Ursachen hat und deren Wechselbeziehung bis heute nicht eindeutig geklärt ist (vgl. Love/Lindsey, 1996, S.277). Daher ist eine sichere Bestimmung des individuellen Erkrankungsrisikos nicht möglich (vgl. Wolf et al., 2009, S.12).

Zum größten Risikofaktor an Brustkrebs zu erkranken neben dem *Geschlecht*, zählt das *Alter* (vgl. Regierer/Possinger, 2005, S.3). Frauen im höheren Lebensalter, aufgrund der Altersverteilung des Mammakarzinoms, gehören zur Risikogruppe. Die höchste Erkrankungsrate ist ab dem 60. Lebensjahr (vgl. Barth/Barth, 2003, S.29; vgl. Wolf et al., 2009, S.12).

Ein weiterer großer Risikofaktor ist die *familiäre Belastung* (vgl. Melchert, 2006, S.23). In 5-10% der Brustkrebsfälle handelt es sich um eine erblich familiäre Erkrankung im engeren Sinne (vgl. Rühl et al., 2009, S.100).

Das Risiko an Brustkrebs zu erkranken ist höher, wenn es Fälle von Brustkrebs in der eigenen Familie und näheren Verwandtschaft gibt (Schwester, Mutter, Großmutter sowohl mütterlicher- als auch väterlicherseits). Das Risiko ist auch

größer, umso mehr Brustkrebsfälle in der Familie aufgetreten sind (vgl. Barth/Barth, 2003, S.18).

Aber auch wenn eine enge Verwandte bereits an Brustkrebs erkrankt ist, muss nicht unbedingt eine genetische Anfälligkeit im Spiel sein. Bislang wurden aber nur zwei Gene identifiziert, BRCA1 und BRCA2, die das Risiko für Brustkrebs stark erhöhen. Diese Gene sind jedoch auch nur für die Hälfte der erblich bedingten Fälle von Brustkrebs verantwortlich (vgl. Koch/Weymayr, 2003, S.120; vgl. Rühl et al., 2009, S.100).

Ein wichtiger Faktor bei der Entstehung von Brustkrebs spielen die *hormonellen Faktoren*, vor allem Östrogen und Progesteron. Somit haben Frauen mit früher erster Monatsblutung (Menarche) und spätem Eintritt der Menopause ein erhöhtes Risiko an Brustkrebs zu erkranken (vgl. Barth/Barth, 2003, S.29).

Die peri- und postmenopausale Hormonsubstitution (HRT) wird entweder mit Östradiol, die sogenannte Monotherapie (ET) oder bei vorhandenen Uterus in Kombination mit verschiedenen Gestagenen (EPT) durchgeführt (vgl. Höß et al., 2009, S. 241).

Daten verschiedener Studien zeigen, dass durch die Verschreibung von Hormonsubstitution das Brustkrebsrisiko erhöht ist (vgl. Chlebowski et al., 2009; vgl. Lee et al., 2005; vgl. WHI, 2002). Vor allem bei EPT ist das Risiko höher als bei Östrogenen als Monotherapie wie bei *Greiser et al.* (2005) ersichtlich wird.

Chlebowski et al. (2008) weist auch darauf hin, dass es durch diese Präparate zur einer Erhöhung der mammographischen Dichte kommt und dies zu einer Verzögerung der Diagnosestellung bzw. Beeinträchtigung der Treffsicherheit führen kann.

Nach *Hannaford et al.* (2007) erhöhen orale Kontrazeptiva das Brustkrebsrisiko nur sehr gering.

Es gibt noch weitere Risikofaktoren, die zur Entstehung von Brustkrebs beitragen können wie Bewegungsarmut, Gewichtszunahme, fettreiche und ballaststoff- sowie gemüsearme Ernährung und Alkoholkonsum (vgl. Schmidt-Matthiesen/Wallwiener, 2005, S.416).

In der prospektiven Studie von *Calle et al.* (2003) wurde der Zusammenhang zwischen Körpergewicht und Malignominzidenz untersucht. Es zeigte sich für das

Mammakarzinom mit steigendem BMI (Body Mass Index) eine signifikante Zunahme von Inzidenz und Mortalität.

Ein gesundheitsfördernder Lebensstil kann in Hinblick auf eine Reduktion des Brustkrebsrisikos für Hochrisikopatientinnen auch von Vorteil sein (vgl. Coyle Y. 2009).

Zum Risikofaktor Alkohol zeigen sehr viele Studien einen Zusammenhang der Mammakarzinominzidenz in Abhängigkeit von der täglichen zugeführten Alkoholmenge. *Smith-Warner et al.* (1998) beobachteten in einer gepoolten Analyse verschiedener Kohortenstudien 322 647 Frauen bis zu 11 Jahren. Frauen die 30-60g Alkohol pro Tag zu sich nahmen. Diese Frauen hatten ein 41% höheres Risiko an Brustkrebs zu erkranken als Frauen die keinen Alkohol tranken. Bei Frauen die regelmäßig Alkohol trinken, würde eine Reduzierung ihres Alkoholverbrauches auch das Brustkrebsrisiko reduzieren. Die Ergebnisse sind unabhängig von der Art der Alkoholika.

4.2 Diagnostik

Zur Diagnosestellung einer Krebserkrankung stehen umfangreiche Untersuchungsmethoden zur Verfügung. Neben der modernen bildgebenden Diagnostik mittels MR, CT, Röntgen, Ultraschall, etc. und nuklearmedizinischen Methoden stehen auch in immer größerem Umfang laborchemische Tests zur Auswertung von potentiellen Tumormarkern zur Verfügung (vgl. DiNardo/Luger,2012) Auch die Gewebsanalyse durch die Pathologie ist von entscheidender Bedeutung, oft wird die Diagnose aber nur auf Grund einer Kombination verschiedenster diagnostischer Verfahren gestellt. (Del Carmen et al.,2012)

Auch der Brustkrebs wird mittels einer Kombination aus klinischen, bildgebenden und invasiven(Gewebsentnahme) Verfahren diagnostiziert (Howard et al., 2012).

4.2.1 Klinische Untersuchung bei Brustkrebserkrankungen

Vor der körperlichen Untersuchung wird die Anamnese (familiäre Belastung, vorangegangenen Brusterkrankungen, Medikamente, Mutterschaft, Menstruation

und Menopause) erhoben. Danach werden die Brust und die Lymphknoten betrachtet und von dem Arzt/der Ärztin abgetastet (vgl. ÖBIG, 2008, S.5). Je nach Lokalisation können Knoten ab ca. 1cm ertastet werden (vgl. Koch, 2005, S. 208).

Eine regelmäßige, sachgerechte Selbstuntersuchung der Brust kann zu einer früheren Entdeckung von Karzinomen führen. Jedoch stellt die Selbstuntersuchung selbst bei optimaler Durchführung keine effiziente Früherkennungsmaßnahme dar (vgl. Regierer/Possinger, 2005, S.9).

Die am häufigsten gefundenen Krebs signale sind Knoten. Aber es gibt auch andere Hinweise, die auf eine bösartige Veränderung in der Brust deuten können: Veränderung der Größe und Silhouette der Brust, Schwellungen, Rötungen, Verwölbung und Einziehung in der Haut, eine größere Anzahl von sichtbaren Blutgefäßen sowie Rötungen oder Einziehungen der Brustwarze (vgl. Berg, 1995, S.64).

Die Brustselbstuntersuchung ist hinsichtlich der Senkung von Brustkrebsmortalität aber auch kritisch zu betrachten. 80% aller mit einem Malignom assoziierten Tastbefunde werden von Frauen als Zufallsbefund meist in fortgeschrittenen Stadien selbst erhoben (vgl. Wolf et al., 2009, S.24). Nach *Brian et al.* (1999) dient die angeleitete strukturierte Brustselbstuntersuchung bei Frauen aus den Hochrisikofamilien als Motivationsinstrument, die Teilnahmerate an Früherkennungsmaßnahmen zu erhöhen.

Von der WHO wird allerdings darauf verwiesen, dass für die Brustselbstuntersuchung und die klinische Brustuntersuchung keine Evidenz für eine Senkung der Brustkrebsmortalität vorliegt (vgl. Scheich et al., 2009, S.31).

4.2.2 Bildgebende Diagnostik bei Brustkrebs

Die Früherkennung mittels Bildgebung kann in eventuell prognostisch günstigeren Stadien zu besseren und weniger invasiven Behandlungsmöglichkeiten bzw. Therapien, einer höheren Rate an vollständiger Heilung und zur einer besseren Lebensqualität führen (vgl. Wolf et al. 2009, S.23; vgl. Schöber, 2006, S.28).

Bei der *Mammographie* wird die ganze Brustdrüse mittels Röntgenstrahlen bildgebend dargestellt (vgl. Scheich et al., 2009, S.38). Mit diesem

Untersuchungsverfahren lassen sich Veränderungen in der Brust erkennen, wie zum Beispiel kleine Kalkherde, die als Zeichen von Umbauvorgängen erste Andeutungen einer Brustkrebserkrankung sein können, lange bevor sie als Knoten oder Verhärtungen tastbar sind (vgl. Emons et al., 2008, S.32).

Wenn Frauen oder ihr Arzt/ihre Ärztin durch abtasten der Brust einen Knoten, eine Gewebedichtung oder andere Auffälligkeiten entdecken, wird dieser Befund mit Hilfe der diagnostischen Mammographie abgeklärt. Bei der Früherkennungsmammographie empfiehlt der Arzt/die Ärztin vorsorglich ohne auffälligen Befund, eine Mammographie durchführen zu lassen (vgl. Frauengesundheitszentrum, 2006, S. 11).

Von großer Bedeutung bei der Mammographie ist die Dichte des Drüsengewebes. Denn je dichter das Drüsengewebe ist, desto mehr sinkt die Sensivität der Mammographie. Es können Herdbefunde, die eine identische Dichte wie das umgebende Drüsengewebe aufweisen, nicht mehr erkennbar sein (vgl. Scheich et al., 2009, S.38).

Eine *Ultraschalluntersuchung (Sonographie)* stellt eine wichtige Ergänzung der Mammographie dar (vgl. Emons et al., 2008, S.27). Sie ist jedoch Geräte- und Untersucherabhängig (vgl. Scheich et al., 2009, S.41).

Bei der Ultraschalluntersuchung können gutartige Veränderungen wie Zysten und Fibroadenome verlässlich diagnostiziert werden (vgl. Emons et al., 2008, S.27). Aber nicht nur Zysten lassen sich von soliden Knoten unterscheiden und gezielt sonographisch kontrolliert punktieren, auch unter den soliden Knoten können Gutartige von Bösartigen abgegrenzt werden (vgl. Barth/Barth, 2003, S.54). Die Axillasonographie sollte auch einen festen Bestandteil in der Brustuntersuchung einnehmen, um die Lymphknoten beurteilen zu können (vgl. Scheich et al., 2009, S.41).

Vor allem bei jungen Frauen die ein dichtes Drüsengewebe haben, kann der Ultraschall der Mammographie überlegen sein. Außerdem ist die Ultraschalluntersuchung ein bildgebendes Verfahren, dass auch bei schwangeren Frauen oder während der Stillzeit angewandt werden kann (vgl. Emons et al., 2008, S.27).

4.2.3 Invasive Diagnostik – Biopsie bei Brustkrebs

Wenn durch eine Tastuntersuchung, Ultraschalluntersuchung oder Mammographie ein verdächtiger Befund erhoben wurde, sollte abgeklärt werden, ob die Gewebeveränderung gut- oder bösartig ist. Dafür muss ein kleines Gewebestück entnommen werden. Dieser Vorgang wird in der Medizin Biopsie genannt und dient der Diagnosesicherung (vgl. Emons et al., 2008, S.42; vgl. Scheich et al., 2009, S.46).

Es gibt verschiedene Arten von Biopsien, entweder wird eine Nadel verwendet oder bei den so genannten „offenen“ Biopsien ist ein chirurgischer Eingriff erforderlich (vgl. Love/Lindsey, 1996, S.184).

4.3 Therapieformen bei Brustkrebserkrankungen

Es gibt mehrere Formen der Brustkrebsbehandlung, die aufeinander abgestimmt werden und zum Teil ineinander greifen. Man unterscheidet die Lokalthherapie (Operation, Strahlentherapie) und die Systemtherapie (Chemotherapie, Hormontherapie und zielgerichtete Therapie) (vgl. Abenhardt et al., 2009, S.185; vgl. Berg, 1995, S.165).

4.3.1 Lokalthherapie

a. Operation

Das Ausmaß des operativen Eingriffs wird von der präoperativen bildgebenden Mammadiagnostik, vom präoperativ vorliegenden histopathologischen Befund und dem Wunsch der Patientin, unter Berücksichtigung der Relation von Tumorgröße zu Brustvolumen, bestimmt (vgl. Funke et al., 2009, S.119).

In den meisten Fällen kann die Brust erhalten bleiben. Bei einer brusterhaltenden Operation werden Tumorknoten mitsamt einem Saum umliegenden Gewebe entfernt. Die weitere Therapie hängt von der Größe des Tumors, der Art der Gewebeprobe und vom Alter der Frau ab (vgl. Koch, 2005, S.189f). Wenn allerdings 20-30% oder mehr des Drüsengewebes entfernt werden muss, ist mit einem eingeschränkten ästhetischen Ergebnis zu rechnen. Hauteinziehungen,

Verziehungen des Mamillen-Areola-Komplexes und eine Asymmetrie können auftreten. Durch den Einsatz plastisch-chirurgischer Operationstechniken kann ein besseres kosmetisches Ergebnis erzielt werden (vgl. Funke et al., 2009, S.120).

Bei relativ großen Tumoren ist der erste Schritt eine Chemotherapie, um den Krebs zu verkleinern, um dann brusterhaltend operieren zu können (vgl. Barth/Barth, 2003, S.75).

Die Abnahme der Brust wird als Mastektomie bezeichnet (vgl. Love/Lindsey, 1996, S.453). Eine Mastektomie bedeutet für die Patientinnen eine psychische Belastung und eine Einschränkung der Lebensqualität (vgl. Kaufmann/Scharl, 2006, S.660). Diese Belastung kann jedoch in derselben Operationssitzung oder auch zu einem späteren Zeitpunkt durch eine Wiederherstellung der Brust vermindert werden (vgl. Funke et al., 2009, S.121).

Bei ungefähr 35% aller Patientinnen werden bei der Erstdiagnose eines Mammakarzinoms befallene Lymphknoten gefunden (vgl. Funke et al., 2009, S.122). Durch die Entfernung oder Bestrahlung von Achsellymphknoten kann es zum Lymphödem des Armes kommen. Es ist ein störendes Ödem, das sich durch ein Anschwellen der Brust, des Armes, der Haut im Brustbereich und einem Fremdkörpergefühl unter der Achsel auszeichnet. Durch Fehlhaltungen kann es auch zu schmerzhaften Muskelverspannungen im Schulterbereich führen. Dieses Lymphödem des Armes ist zwar manchmal äußerlich nicht zu sehen, aber es kann die Lebensqualität und Erwerbsfähigkeit der Frauen mindern und sie oft in eine Depression führen (vgl. Schröck et al., 2009, S.205f).

b. Strahlentherapie

Die Strahlen stören und verhindern die Teilung der Tumorzellen. Dadurch kommt es zu einem Absterben der Zellen und die Entstehung von neuen Tumoren in der Brust soll vorgebeugt werden (vgl. Delbrück, 1996, S.29ff).

Eine Kombination von chirurgischer Tumorentfernung und postoperativer Bestrahlung des Restparenchyms der Brust ist der Standard der brusterhaltenden Primärbehandlung (vgl. Funke et al., 2009, S.119). Die Strahlentherapie ist eine lokale Behandlungsmethode, sie betrifft nur einen bestimmten Körperteil. Aber auch die Mastektomie und eventuelle Bestrahlung ist als Standard anzusehen (vgl. Love/Lindsey, 1996, S.485f).

Collins et al. (2009) zeigen in einer prospektiven Studie die Bedeutung der informierten Entscheidung bezüglich der Operationsart. Frauen mit neu diagnostiziertem Brustkrebs bekamen genaue Information über eine brusterhaltende Operation und einer Mastektomie. Vor- und Nachteile beider Varianten wurden deutlich dargestellt. Ein Drittel der Frauen entschieden sich für eine Mastektomie, weil sie die Brust entfernen wollten, um die innere Ruhe zu erreichen und eine Bestrahlung umgehen wollten. Vor allem jüngere und verheiratete Frauen entschieden sich für diesen Weg.

Nach einer brusterhaltenden Operation ist eine Strahlentherapie erforderlich (vgl. Berg, 1995, S.181). Ein Verzicht der Strahlentherapie nach brusterhaltender Operation lässt die Lokalrezidivrate um den Faktor 3 bis 4 ansteigen (vgl. Jatoi/Proschan, 2005).

Ohne adjuvante Strahlentherapie nach kompletter Tumorentfernung liegt die Rate an intramammären Rezidiven innerhalb von 10 Jahren zwischen 25 und 40%, bei Bestrahlung der operierten Brust und Brustwand ist das Risiko von Rezidiven nur mehr 5 bis 10% (vgl. Schaffer et al., 2009, S.131).

Eine Strahlentherapie nach einer Mastektomie soll die selteneren regionären Lymphknotenrezidive und vor allem die Thoraxwandrezidive verhindern, da diese eine schwerwiegende und psychische Belastung für die Patientinnen darstellen (vgl. Schaffer et al., 2009, S.133).

Nielsen et al. (2006) zeigen, dass bei Patientinnen nach einer Mastektomie mit postoperativer Strahlentherapie die Rate an Fernmetastasen bei 53% lag, jedoch bei Patientinnen die nur Chemotherapie erhalten hatten, mit 64% höher war.

Jedoch hat die Strahlentherapie auch Nebenwirkungen, die zum Teil sofort, aber auch erst später auftreten können. Die Haut rötet sich, beginnt zu schuppen und wirft manchmal Blasen, vergleichbar mit einem schweren Sonnenbrand (vgl. Berg, 1995, S.205). Außerdem kann nach einem rekonstruktiven Verfahren die kosmetischen Ergebnisse durch eine Strahlentherapie beeinträchtigt werden (vgl. Schaffer et al., 2009, S.136).

4.3.2 Systemtherapie

a. Chemotherapie

Es handelt sich bei der Chemotherapie um Medikamente, die meist über den Blutstrom im Körper verteilt werden oder auch oral verabreicht werden können. Die Chemotherapie ist im Gegensatz zu den lokalen Behandlungsformen Operation und Strahlentherapie ein systemisches Verfahren, das auf den gesamten Körper einwirkt (vgl. Berg, 1995, S.216).

Das Ziel einer Chemotherapie ist es, durch Gabe von Zellgiften (Zytostatika) wichtige Stoffwechselfvorgänge bei der Zellteilung zu stören. Damit können sich die Zellen nicht mehr teilen und sterben ab (vgl. Emons et al., 2008, S.75). Dieser zellgiftige Effekt der Medikamente tritt aber nicht nur bei bösartigen, sondern auch bei gesunden Zellen auf. Daher treten Nebenwirkungen während der Behandlung auf (vgl. Barth/Barth, 2003, S.89).

Zu den Nebenwirkungen zählen Blutbildveränderungen (Leukopenie), Müdigkeit, Austrocknung der Schleimhäute, Übelkeit, Erbrechen, Appetitlosigkeit, Herzscheidungen und vor allem Haarverlust (vgl. Berg, 1995, S.205; vgl. Delbrück, 2009, S.83; vgl. Kahlert et al., 2009, S.168ff). Der Haarverlust ist für die meisten Frauen das belastetste an einer Chemotherapie (vgl. Berg, 1995, S. 228). Aber sobald die Zytostatika abgebaut sind, können sich die Haarzellen vermehren und es kann wieder zu einem normalen Haarwachstum kommen (vgl. Delbrück, 2009, S.83).

Es können auch Veränderungen des Blutbildes durch die vorübergehende Schädigung des Knochenmarks auftreten. Besonders die weißen Blutkörperchen sind betroffen. Wenn ihre Anzahl unter einem bestimmten Wert sinkt, wird die Chemotherapie vorübergehend unterbrochen, da dies den Organismus für Infektionen anfällig machen kann (vgl. Barth/Barth, 2003, S.90). Als Spätfolgen der Chemotherapie können auch Zweittumore (z.B. Leukämie) ausgelöst werden (vgl. et al., 2006, S.56; vgl. Löser, 2001, S.38).

Je nach Zeitpunkt des Verabreichens der Chemotherapie unterscheidet man zwischen neoadjuvante Chemotherapie (vor der Operation), adjuvante Chemotherapie (nach der Operation im heilbaren Stadion) und palliative Chemotherapie (im unheilbaren Stadion, um den Krankheitsverlauf zu verzögern

oder Krankheitssymptome zu lindern) (vgl. Eiermann et al., 2009, S.143; vgl. Kahlert et al., 2009, S.164; vgl. Söling, 2006, S.50).

b. Hormontherapie

Die Hormontherapie oder auch endokrine Therapie genannt, zählt auch zu den systemischen Behandlungen, weil sie ebenfalls auf den gesamten Organismus Auswirkungen hat (vgl. Berg, 1995, S.236). Bei jedem Mammakarzinom wird untersucht, ob er hormonrezeptorpositiv ist, d.h., ob die Krebszellen durch körpereigene Hormone wie Östrogen zum Wachstum angeregt werden. Durch den Einsatz z.B. des Antiöstrogen vom Typ Tamoxifen wird diese wachstumsfördernde Funktion der Hormone gebremst, um die Bindung von Östrogen an die Östrogen-Rezeptoren durch kompetitiver Hemmung zu verhindern (vgl. Dorn et al., 2007, S.26). Die Hormontherapie wird entweder nach dem Ende einer eventuell indizierten Chemotherapie begonnen, gleichzeitig zur Strahlentherapie, oder sie wird auch erst nach Abschluss der Strahlentherapie eingeleitet (vgl. Kahlert et al., 2009, S.173).

Die Hormontherapie ist mit einer Reihe von Nebenwirkungen assoziiert, die aber im Vergleich zur Chemotherapie moderat wirken. Sie sind jedoch für die Patientinnen sehr belastend und sind schwierig therapierbar. Zu den Nebenwirkungen zählen Hitzewallungen, Stimmungsschwankungen, Gewichtszunahme und Schleimhauttrockenheit (vgl. Söling, 2006, S.51).

Als wesentliches Unterscheidungskriterium für die Art der Hormontherapie zählt der Menopausenstatus (Post- oder Prämenopause) (vgl. Kahlert et al., 2009, S.173).

Sobald die Möglichkeiten der Hormontherapie ausgeschöpft sind oder ein Tumor nicht auf die Hormone anspricht, ist eine Chemotherapie notwendig (vgl. Aebi, 2008b, S.51).

c. Zielgerichtete Therapie

In den letzten Jahren sind mehrere neue Therapieverfahren entwickelt worden, die vor allem beim frühzeitigen und individuell gezielten Einsatz signifikante Verlängerungen der Überlebenszeit und im Einzelfall möglicherweise auch eine Langzeitremission bewirken können. Im Rahmen der sogenannten „targeted therapy“ haben Trastuzumab (Herceptin®), orale Tyrosinkinase-Inhibitoren und

Bevacizumab (Avastin®) neue Angriffsmöglichkeiten eröffnet (vgl. Kahlert et al., 2009, S.185).

Zur Mammakarzinomdiagnostik gehört immer die Bestimmung des HER-2-Status zur Routine. Es ist ein prädiktiver Parameter für das Ansprechen auf Trastuzumab (Herceptin®) (vgl. Mayr et al, 2009, S.73).

Brustkrebspatientinnen, die HER-2 überexprimieren, profitieren von einer Trastuzumab-Therapie. Eine Therapie mit Trastuzumab beginnt entweder zeitgleich mit einer Chemotherapie oder nach der Beendigung (vgl. Aebi, 2008a, S.148).

Aber auch die zielgerichtete Therapie ist nicht ungefährlich, da ihr Ziel in der Regel sich nicht ausschließlich im Tumor befindet, sondern auch in normalen Körperzellen. Daher ist mit den verschiedensten Nebenwirkungen zu rechnen (z.B. Herzschädigungen bei Trastuzumab) (vgl. Margulies/Aebi, 2008,S.222).

5 Mammographie

Als Primärprävention von Brustkrebs versteht man die Vermeidung der Risikofaktoren. Die sekundärpräventiven Maßnahmen wie Früherkennung, spielen bei Brustkrebs eine wichtige Rolle. Eine Früherkennung sollte einfach, genau und sicher sein. Zur Früherkennung von Brustkrebs werden Mammographie Screenings eingesetzt (vgl. Österreichischer Frauengesundheitsbericht, 2010/2011, S.106). Screening bedeutet qualitätsgesicherte Reihenuntersuchung asymptomatischer Frauen mit dem primären Ziel, die Brustkrebssterblichkeit zu reduzieren (vgl. Scheich et al., 2009, S.31).

Rund 600.000 Mammographien werden in Österreich jährlich durchgeführt (vgl. Österreichischer Frauengesundheitsbericht, 2010/2011, S.111).

In Österreich wird zurzeit die Praxis des so genannten „opportunistischen“ oder „grauen“ Mammographie Screenings gehandhabt. Dies bedeutet, dass eine Frau erst dann zur Mammographie geht, wenn sie es selbst möchte oder wenn ihr Arzt/ihre Ärztin es ihr rät(vgl. EUROPA DONNA, Stand: 03.05.2012). Diese Art des Mammographie Screenings ist zu hinterfragen, da es keine Überprüfung der Struktur-, Prozeß- und Ergebnisqualität gibt. Die weiteren Kritikpunkte an dem

gegenwärtigen opportunistischen bzw. „grauen“ Screenings sind die fehlende Dokumentation und Evaluation, weiters die nicht vorhandene Trennung zwischen Früherkennungsuntersuchung und Abklärungsmammographie und die mangelnde Qualitätskontrollen hinsichtlich der ärztlichen Leistung als auch der technischen Systeme (vgl. ÖBIG, 2005, S.23).

Es gab in Österreich zwar einige Modellprojekte zur Umsetzung eines Mammographie Screening Programms. Jedoch war im Gegensatz zu anderen EU-Ländern noch kein nationales, qualitätsgesichertes Brustkrebs Screening Programm vorhanden. Ab sofort soll es aber auch in Österreich ein flächendeckendes, bevölkerungsweites Früherkennungsprogramm für Brustkrebs geben. Das geplante Mammographie Programm wird auf angemessene Qualitätssicherungsrichtlinien basieren und werden unter Einhaltung der Europäischen Leitlinien zur Brustkrebsfrüherkennung erstellt. Das Ziel eines Mammographie – Screening – Programms soll die qualitätsgesicherte Früherkennung nicht-invasiver Vorstufen und frühen Formen des Brustkrebses sein (vgl. EUROPA DONNA, Stand: 03.05.2012 vgl. ÖBIG, 2005, S.1; vgl. Österreichischer Frauengesundheitsbericht, 2010/2011, S.111). Daher muss die Etablierung eines solchen qualitätsgesicherten, flächendeckenden und fachübergreifenden Brustkrebs - Früherkennungsuntersuchungsprogrammes als ein wichtiges Gesundheitsziel gesehen werden (vgl. ÖBIG, 2005, S.1).

Die zentralen Ziele des Mammographie-Screenings nach EU-Leitlinien lauten:

- *Früherkennung von Karzinomen in einem nicht-invasiven bzw. metastasefreien Stadium*

und dadurch

- *„Senkung der Brustkrebssterblichkeit um 25 bis 30 Prozent,*

- *Erhöhung des Anteils an brusterhaltenden Operationen,*

- *verbesserte Heilungschancen und schonendere Therapieverfahren;*

- *Verbesserung der Lebensbedingungen von Frauen durch ein standardisiertes und qualitätsgesichertes Abklärungsverfahren, in dem unnötige medizinische Eingriffe unterbleiben“*

(ÖBIG, 2008, S.24).

Jedoch diese vermeintliche Senkung der Brustkrebsmortalitätsrate kommt folgendermaßen zustande: von 1000 Frauen, die nicht am Mammographie -

Screening - Programm teilnehmen, sterben innerhalb von 10 Jahren 4 Frauen an Brustkrebs. Von 1000 Frauen die an dem Mammographie – Screening– Programm teilnehmen, sterben im selben Zeitraum 3 Frauen. Der Unterschied von 4 zu 3 beträgt 25%. Es handelt sich bei diesem Wert um die relative Risikoreduktion. Die absolute Risikoreduktion liegt jedoch nur bei 0,1%, das bedeutet, von 1000 Frauen wird eine gerettet (vgl. Wolf et al., 2009, S.25).

In den letzten Jahren wurde das Mammographie Screening immer wieder sehr kontroversiell diskutiert. Kritische Stimmen merkten an, dass der Kosten-Nutzenaufwand in keinem Verhältnis stehe und dass Frauen bei einem falsch positiven Befund einer großen psychischen Belastung ausgesetzt werden (vgl. EUROPA DONNA, Stand: 02.05.2012).

Unter Umständen wird durch eine frühzeitigere Diagnosestellung die Überlebenszeit nur scheinbar verlängert, jedoch durch die zeitliche Vorverlegung der Diagnose wird kein realer Gewinn an Lebenszeit erreicht und möglicherweise auch die Lebensqualität verschlechtert. Diese scheinbare Lebenszeitverlängerung der Betroffenen durch das Mammographie Screening bezeichnet man als *lead time bias*. Eine frühere Diagnose führt nicht zwangsläufig zu einer verlängerten Lebenszeit. Tatsache ist, dass einer Vorverlegung der Diagnose implizit die Zeitdauer mit bekannter Diagnose verlängert. Der Erfolg eines Screeningprogrammes darf daher nicht an der Überlebenszeit nach der Diagnosestellung gemessen werden (vgl. Giersiepen/Greiser, 2001, S.74).

Durch Mammographie – Screening– Programmekommt es zu einer Zunahme an unnötigen Diagnosen und Therapien (vgl. Mühlhauser, 2009, S.13). Zum einen übersehen sie einen Teil der bösartigen Veränderungen und zum anderen werden gutartige Veränderungen als bösartig eingestuft (vgl. Koch/Weymayr, 2003, S.42). Eine falsch - negative Aussage führt dazu, dass sich Frauen durch die Teilnahme an der Früherkennungsuntersuchung in falscher Sicherheit wiegen und andere Symptome dann nicht mehr ernst nehmen.

Die falsch-positiven Diagnosen haben zur Folge, dass Frauen unnötig in Sorge gestürzt werden. Es wird ein Verdacht bei Frauen ausgesprochen, die in Wahrheit völlig gesund sind oder nur eine gutartige Veränderung haben. Die Häufigkeit dieser Irrtümer hängt von der Ausrichtung und Qualität des

Mammographieprogrammes ab (vgl. Koch/Weymayr, 2003, S.134f). Auch wenn die Brustkrebserkrankung durch weitere Untersuchungen ausgeschlossen wurde, sind noch Monate später Symptome wie übermäßige Besorgnis und Angstzustände zu finden. Viele Frauen versuchen sich durch weitere Untersuchungen abzusichern. Aus diesem Grund erfolgen unnötige Ultraschalluntersuchungen, Vergrößerungsaufnahmen und Biopsien (vgl. Kaufmann. et al., 2006, S.494).Aber durch diese überflüssigen Behandlungen erleiden die Patientinnen Schaden. Man spricht hier auch von Überdiagnosen.

Es kann auch Brustkrebs geben (z.B. durch sehr langsamen Wachstum), der ohne Mammographie Screening den Frauen nie zum Problem geworden wäre. Das Resultat ist, dass Frauen sich denken, sie sind geheilt und sind froh, dass der Krebs bei der Früherkennung festgestellt wurde. So ist es durchaus möglich, dass die größten vermeintlichen Erfolge jene sind, bei denen Frauen behandelt werden, die ohne Mammographie Screening niemals zu Brustkrebspatientinnen geworden wären (vgl. Mühlhauser, 2009, S.13).

Wenn bei einer Frau Karzinome innerhalb des 2 – Jahresintervall des Mammographie Screenings aufgetreten sind, spricht man von sogenannten Intervallskarzinomen. Diese Frauen profitieren nicht von dem Screeningprogramm, obwohl sie an diesem teilgenommen haben (vgl. Scheich et al., 2009, S.34).

In einem Cochrane Review deuten *Gotzsche und Nielsen* (2009) darauf hin, dass von 2000 Frauen zwischen 50 und 69 Jahren in 10 Jahren eine Frau weniger an Brustkrebs stirbt, aber gleichzeitig erhalten 10 dieser 2000 Frauen eine Brustkrebsdiagnose und Behandlung, die sie ohne Mammographie Screening nicht erhalten hätte. Außerdem leiden mehr als 200 Frauen an einer psychischen Belastung aufgrund einer falsch positiven Diagnose. In diesem Review wird außerdem die wichtige Bedeutung der informierten Entscheidung dargelegt. Frauen, die zu einem Früherkennungsprogramm eingeladen werden, sollten über die Vorteile und Nachteile informiert werden. Sie sollten vollständig informiert sein, bevor sie sich für die Screeninguntersuchung entscheiden.

Erstmals wird es in Österreich eine flächendeckende und zielgerichtete Früherkennungsstrategie für Frauen zwischen 45 und 69 Jahren geben Ab dem Frühjahr 2013 sollen alle Frauen in diesem Alter alle zwei Jahre zur

Mammographie eingeladen werden. Dieses neue Früherkennungsprogramm soll gezielt die Frauen dieser Risikogruppe ansprechen, jedoch können sich auch jüngere bzw. ältere Frauen sich für dieses Programm melden. Außerdem werden die Mammographien von zwei Radiologen unabhängig voneinander durchgeführt, um falsch - positive und falsch - negative Befunde zu reduzieren (vgl. EUROPA DONNA, Stand: 03.05.2012)

6 Versorgungskonzepte in der Behandlung von Brustkrebs

Für die Behandlung von Brustkrebs sind bestimmte Kompetenzzentren, sogenannte Brustzentren, die den Fokus auf Interdisziplinarität setzen und das Konzept der Breast Care Nurses von großer Bedeutung. Sie beraten und unterstützen die neudiagnostizierten Patientinnen ab dem Zeitpunkt der Diagnosemitteilung.

6.1 Brustzentrum

Brustkrebs in einem möglichst frühen Stadium zu entdecken und eine optimale Behandlung bieten zu können, erfordert großes Wissen und Können aller beteiligten Ärzte/Ärztinnen, eine funktionierende Organisation und die notwendige technische Ausrüstung. Ein Brustzentrum bietet dafür die besten Voraussetzungen (vgl. EUROPA DONNA, Stand: 03.05.2012).

In der Regel werden viele Abteilungen eines Krankenhauses, wo Erkrankungen der weiblichen Brust, insbesondere Brustkrebs, diagnostiziert und behandelt werden, oft Brustzentrum genannt. Jede Klinik kann den Begriff „Brustzentrum“ verwenden, jedoch gibt er keinen Aufschluss über die Qualität dieses Brustzentrums. Der Begriff Brustzentrum ist nicht geschützt und definiert somit auch keinen Standard

Im Jahr 2000 wurde im European Journal of Cancer eine Vereinheitlichung der Anforderungen zur Zertifizierung eines Brustzentrums auf europäischer Ebene durch die EUSOMA (European Society of Mastology) veröffentlicht (vgl. Emons et al., 2008, S.37).

EUSOMA hat mit den „Requirements of specialist breast unit“ entsprechende Qualitätsstandards für Brustzentren entwickelt. Das Ziel dieser Leitlinie ist es, eine Verfügbarkeit von qualitativ hochwertiger, spezialisierter Brustmedizin für alle Frauen in Europa zu schaffen und Definitionen von Standards für die Brustmedizin zu geben (vgl. ÖBIG, 2005, S.27). Die Brustzentren sind für den Einzugsbereich von rund 250.000 Einwohnern vorgesehen. Einige wesentliche Eckpunkte hat die EUSOMA definiert, damit der hohe Qualitätsstandard in einem Brustzentrum erreicht wird, wie zum Beispiel (vgl. EUSOMA, 2010, S.1):

- Ein Brustzentrum muss groß genug sein, um jährlich mindestens 150 erstdiagnostizierte Fälle (in allen Altersgruppen und Stadien) behandeln zu können
- Das Kernteam (bestehend aus Radiologe/in, Operateur/in, Pathologe/in, Onkologe/in, Psychoonkologe/in, Strahlentherapeutiker/in und Breast Care Nurses) müssen sich auf Brustkrebs spezialisieren und sind zur Weiterqualifizierung verpflichtet
- Um geringe Wartezeiten und genügend Zeit für jede Patientin zu haben, muss eine Brustambulanz mit genügend Kapazität vorhanden sein
- Brustzentren sollen Leistungen in allen Erkrankungsstadien zur Verfügung stellen- vom Screening bis hin zum fortgeschrittenen Erkrankungsstadium
- Bei der Diagnosemitteilung wird empfohlen, dass eine Breast Care Nurse und bzw. oder ein Psychologe/eine Psychologin anwesend ist und die Patientin emotional unterstützt und eventuell die Behandlungen und weitere Schritte verständlich erklärt. Jede Patientin muss ausreichend informiert sein über die Diagnostik- und Therapiemöglichkeiten. Außerdem soll angemessene Zeit zur Verfügung stehen, um sich zu entscheiden, welche Möglichkeiten sie wählt. Ein geeigneter Raum mit Privatsphäre muss den Patientinnen zur Verfügung stehen

(vgl. EUSOMA, 2000, Stand: 05.05.2012; vgl. EUSOMA, 2010, Stand:05.05.2012; vgl. EUROPA DONNA, Stand: 03.05.2012)

Die Deutsche Krebsgesellschaft (DKG) und die Deutsche Gesellschaft für Senologie (DGS) haben seit 2004 eigene Zertifizierungseinrichtungen, die allerdings etwas von den EUSOMA-Qualitätsstandards abweichen (vgl. ÖBIG, 2005, S.28).

In Deutschland gibt es viele Brustzentren, die die EUSOMA Zertifizierung oder die Zertifizierung der DKG und DGS erreicht haben. In Österreich jedoch gibt es

zurzeit nur wenige Brustzentren, die den EUSOMA Richtlinien entsprechen. Es gibt viele unterschiedliche Zertifizierungen, die an Brustzentren vergeben werden, jedoch sagen diese nichts über die Qualität aus (vgl. Deutsche Krebsgesellschaft, Stand: 03.05.2012; vgl. EUSOMA, Stand: 05.05.2012; vgl. ÖBIG, 2005, S.28)

Seit 2011 gibt es das „Brustzentrum Graz“, welches nach den Vorgaben der Österreichischen Zertifizierungskommission zertifiziert worden ist.

Ein Team von SpezialistInnen der Fachbereiche Chirurgie, Gynäkologie, Internistische Onkologie, Pathologie, Radiologie, Radioonkologie sowie Pflege, PsychologInnen, Sozialdienst, PhysiotherapeutInnen arbeiten im **Brustzentrum des LKH-Univ. Klinikum Graz** zusammen.

Das Brustzentrum orientiert sich an den Therapieempfehlungen der Deutschen Krebsgesellschaft (Interdisziplinäre S3 Leitlinie), der European Society of Breast Cancer Specialists (EUSOMA), der American Society of Clinical Oncology (ASCO), der National Comprehensive Cancer Network (NCCN) sowie der Konferenzen von St. Gallen und San Antonio. Alle drei Jahre wird es von einer externen Zertifizierungskommission (Doc-Cert®) überprüft (vgl. Brustzentrum Graz, Stand:06.05.2012).

6.2 Breast Care Nurse

Durch die Etablierung von Brustzentren und durch die politischen Forderungen wird zunehmend über den Einsatz von Breast Care Nurses für die spezialisierte Pflege von Frauen mit Brustkrebs diskutiert (vgl. Marquard, 2008b, S.442).

Die Richtlinien für Brustzentren der EUSOMA setzen für eine Zertifizierung von Brustzentren voraus, dass mindestens zwei spezialisierte Breast Care Nurses pro Brustkrebszentrum benötigt werden. Wobei sich die Breast Care Nurses mindestens 30% ihrer Arbeit den Brusterkrankungen widmen muss (vgl. EUSOMA, 2010, S.9).

Breast Care Nurses müssen verfügbar sein zur Beratung und für das Angebot einer praktischen, emotionalen und informelle Unterstützung für neu diagnostizierte Patientinnen mit Brustkrebs. Dies gilt zum Zeitpunkt der Diagnose sowie zur Besprechung der weiteren Therapiepläne. Die gleiche Unterstützung sollte in der Nachsorgeambulanz und für die medizinische Behandlung der

Brustkrebsfälle in fortgeschrittenen Stadien zur Verfügung stehen (vgl. EUSOMA, 2010, S.9).

Zwischen den Ausbildungsmodellen gibt es internationale Unterschiede, aber überwiegend sind die weitergebildeten Pflegenden an Krankenhäuser angestellt und sollen Frauen mit Brustkrebs von der Diagnosestellung bis zur Nachsorge begleiten und unterstützen. Die Breast Care Nurse steht als lebensweltliche Begleiterin der Patientin und deren Angehörigen im Mittelpunkt. Ihre Arbeit richtet sich sehr nach den Bedürfnissen der Patientinnen (vgl. Eicher/Marquard, 2008, S. 449; vgl. Marquard, 2008b, S.443).

Weiters hat die Breast Care Nurse eine unterstützende Funktion in der Phase der Diagnosemitteilung. Folgende Aufgaben zählen dazu:

- sie ist bei der Diagnosemitteilung durch den zuständigen Arzt/Ärztin anwesend
- sie begleitet die Patientinnen nach der Diagnosemitteilung, wenn der Arzt/die Ärztin das Zimmer verlassen hat
- sie integriert die Angehörigen der Patientin in die Situation
- sie hält die Informationen der ärztlichen Diagnosemitteilung fest und auf Nachfrage erläutert sie dies der Patientin noch einmal
- sie unterstützt die Patientin und deren Angehörigen im Prozess der Therapieentscheidungsfindung (vgl. Schnell/Eicher, 2008, S.136).

Die Breast Care Nurse hat in den unterschiedlichen Phasen der Krankheit Brustkrebs ihre Aufgaben. Es hängt aber auch von den personellen, fachlichen und zeitlichen Ressourcen und der Organisation des jeweiligen Betreuungsteams (Ärzte/Ärztinnen, Pflegende, Psychologen/Psychologinnen usw.) ab (vgl. Zeyen/Biedermann, 2008, S.341f).

Teil III -Kommunikation speziell im Bereich Brustkrebs

7 Psychoonkologische Gesichtspunkte der Krankheit Brustkrebs

Durch die Mitteilung der Diagnose Brustkrebs werden Frauen in eine problematische Situation versetzt (vgl. Schnell/Eicher, 2008, S. 136). Neben der Bewältigung der Diagnose werden auch die Themen Sexualität und Nachsorge sehr wichtig für die betroffenen Frauen.

7.1 Das Erleben der Diagnose Brustkrebs

Die Diagnose Brustkrebs löst bei allen Frauen zunächst einen Schock aus (vgl. Berg, 1995, S. 13). Die betroffenen Frauen stellen mehr oder weniger bewusst Fragen wie: Wie sind meine Chancen, geheilt zu werden? Wie lange habe ich noch zu leben? Warum gerade ich? Habe ich etwas falsch gemacht? Werde ich Schmerzen haben? (vgl. Berg, 1995, S.15; vgl. Diamantidis, 2004, S. 27). Oft wird durch solch eine Diagnose die eigene Lebensplanung völlig zerstört. Vieles, was vorher wichtig war, wird schlagartig nichtig und fragwürdig (vgl. Hüther, 2006, S. 93). Es kommen Gedanken an Leid und Schmerzen auf, Angst macht sich breit. Eine fremde Welt tut sich auf: die Welt der Medizin und des Medizinalltages (vgl. Schulte, 2006, S. 217).

Die Diagnose versetzt die brustkrebserkrankten Frauen in eine Lage, die für Gesunde nur schwer einfühlbar ist. Diese Frauen sind Belastungen durch Erkrankung und Therapien ausgesetzt, die die Lebensqualität einschränken und auch die Weiblichkeit und Attraktivität bedrohen (vgl. Riedner et al., 2009, S. 222).Die Brust gilt als Symbol der Weiblichkeit und geht weit über die biologische Funktion des Stillens hinaus (vgl. Berg, 1995, S.19; vgl. Eicher/Marquard, 2008, S. 31).

Brustkrebs ist eine Erkrankung, die nicht auf ein Organ beschränkt ist, sie erfasst den ganzen Menschen. Den Körper allein behandeln reicht nicht aus, um die Krankheit zu bekämpfen und wieder gesund werden zu können (vgl. Schulte,

2006, S. 217). Viele betroffene Frauen leiden auch massiv unter der Angst vor Wiedererkrankung und fühlen sich ständig bedroht (vgl. Diamantidis, 2004, S. 68). Die psychischen Folgen der Diagnose Brustkrebs beeinflussen nicht nur den Krankheitsverlauf und möglicherweise die Überlebenschancen, sondern können auch zu langwierigen, sekundären Symptomen und zur Einschränkung der Lebensqualität führen (vgl. Isermann, 2006, S. 103). Brustkrebserkrankte Frauen fragen sich, ob sie noch in der Lage sein werden, ihren Beruf auszuüben und ihre Familie zu versorgen. Sie haben existentielle Ängste, Befürchtungen, diesen Aufgaben nicht mehr gewachsen zu sein. Diese schweren körperlichen und seelischen Belastungen, mit denen die Frauen konfrontiert sind, können bei einigen Betroffenen eine Depression auslösen (vgl. Faller, 1998, S. 28).

7.2 Sexualität und Brustkrebs

Der Bereich der Sexualität während bzw. nach einer Brustkrebsbehandlung stellt ein von Patientinnen und Ärzten/Ärztinnen oft vernachlässigtes Thema dar. Dabei ist für Frauen die Auseinandersetzung und Konfrontation mit der lebensbedrohlichen Krankheit Brustkrebs auch eine starke Bedrohung ihrer Weiblichkeit, ihres Selbstwertgefühls und ihrer Sexualität (vgl. Riedner et al., 2009, S. 228).

Von vielen Menschen wird in unserer heutigen Gesellschaft der Wert der Frau an Jugend, Schönheit und körperlicher Perfektion gemessen. Wir leben in einer Kultur mit einem überzogenen Schönheitsideal. Der Druck, attraktiv sein zu müssen, nimmt stetig zu (vgl. Ditz, 2006b, S. 142ff).

Schon während der Brustkrebsbehandlung sollte von Ärzten/Ärztinnen frühzeitig auf mögliches Auftreten sexueller Beeinträchtigung als Nebenwirkung hingewiesen werden (vgl. ebd. S. 229). Frauen nach einer Brustkrebsbehandlung leiden oft an ihrem eigenen Körperbild. Sie sind unzufrieden mit ihrem Aussehen, wie zum Beispiel die vorhandene Narbe. Betroffene haben das Gefühl, ihre Weiblichkeit und Körpervollständigkeit verloren zu haben und ihr Selbstwertgefühl verringert sich stark. Dadurch entsteht oft das Gefühl, dass sie ihre sexuelle Attraktivität verloren haben (vgl. Ditz, 2006b, S. 144).

Aber auch Faktoren wie Angst, Hilflosigkeit, Hoffnungslosigkeit, emotionale Belastung können die Folgen einer Brustkrebserkrankung sein. Informationsdefizite und falsche Vorstellungen können auch zur einer Belastung führen und diese können sich auch negativ auf das Sexualverhalten auswirken (vgl. Zeyen/Biedermann, 2008, S. 338).

Die Therapien bei Brustkrebs sind oft mit Nebenwirkungen belastet. Nebenwirkungen bei der Chemotherapie wie Übelkeit, Erbrechen und Haarausfall können zu einem verringerten Selbstwertgefühl führen, können sich auf das Sexualleben auswirken und die Libido senken. Häufig treten auch eine Dyspareunie und eine verminderte Lubrikation auf (vgl. Ditz, 2006b, S. 145f).

Wie schon erwähnt, kann Brustkrebs auch bei jüngeren Frauen auftreten, bei denen Fertilität und Kinderwunsch wichtige Themen in ihren Leben sein können. Diese sollten bereits in der Planung der Therapie berücksichtigt werden. Denn je nachdem, wie alt eine Patientin ist und welche Medikamente sie bekommt, kann eine Zytostatikatherapie zum Verlust der Eierstockfunktion führen (vgl. Zeyen Käch/Biedermann, 2008, S. 339).

Während innerhalb des Arzt/Ärztin – Patientin – Gesprächs über Nebenwirkungen in anderen Bereichen der Krankheit informiert wird, sind Informationen über mögliche Einflüsse auf die Sexualität eher selten. Einer der Gründe ist die Annahme, dass für Patientinnen, die an einer lebensbedrohlichen Krankheit erkrankt sind, Sexualität kein Thema mehr ist und daher auch nicht mehr darüber gesprochen werden muss (vgl. Ditz, 2006b, S. 149; vgl. Zeyen/Biedermann, 2008, S. 336).

7.3 Nachsorge

Eine onkologische Nachsorge beginnt, wenn die Primärbehandlung abgeschlossen wurde.

Die onkologische Nachsorge bei Patientinnen mit einem Mammakarzinom verfolgt mehrere Ziele:

- Früherkennung und Behandlung von potenziell kurabler Rezidiven
- Früherkennung und Behandlung der Primärtherapiefolgen
- Psychotherapeutische und soziale Unterstützung

- Steuerung und Überwachung der adjuvanten Therapie nach Abschluss der Primärbehandlung und Behandlung der Nebenwirkungen
 - Früherkennung und Behandlung von Fernmetastasen
- (vgl. Aabenhardt et al., 2009, S. 178ff).

Bei jedem Nachsorgetermin sollte ein ausführliches Gespräch mit der Patientin erfolgen. Es sollte ausreichend Zeit vorhanden sein, um Probleme und Fragen anzusprechen (vgl. Aabenhardt et al., 2009, S. 190). Wenn eine Heilung nicht mehr möglich sein sollte, haben die Untersuchungen und Beratungsgespräche eine andere Ausrichtung. Es geht dann vielmehr um die erreichbaren und realistischen Ziele und um die Aufrechterhaltung von Alltagskompetenzen. Die größte Angst der Patientinnen sind die unkontrollierbaren Schmerzen und in ihrer Versorgung abhängig zu werden. Vor allem der Gedanke, wie die anderen Familienmitglieder und Kinder zurechtkommen werden und was aus ihnen wird, ist sehr beunruhigend und qualvoll für die Patientinnen (vgl. Gutzmann, 2006, S. 61f).

In einer therapeutisch geleiteten Gesprächsgruppe können sich betroffene Frauen in ihrer Krankheitsbewältigung gegenseitig unterstützen (vgl. Riedner et al., 2009, S.228). Verhaltenstherapien bei Brustkrebspatientinnen zeigen hinsichtlich Schlaflosigkeit, psychischen Befinden, emotionaler Belastung und Lebensqualität große Wirksamkeit (vgl. Savard et al., 2005).

8 Die Diagnosemitteilung

Im Mittelpunkt der ärztlichen Kommunikation steht die Mitteilung der Diagnose. In den 60er Jahren haben viele Ärzte/Ärztinnen ihre Patienten/Patientinnen vor der schrecklichen Wahrheit schützen wollen und ließen sie deshalb oft im Unklaren. Inzwischen jedoch ist eine möglichst vollständige Aufklärung zur Regel geworden (vgl. Faller, 1998, S.113). Im Rahmen der klinischen Ethik gehört es sogar zu den ärztlichen Pflichten, einen Patienten/eine Patientin durch die Diagnosemitteilung über seine/ihre Situation aufzuklären und seine/ihre Meinung bezüglich der durchführenden Therapie einzuholen (vgl. Hick, 2006, S.2ff).

Die Diagnosemitteilung „Brustkrebs“ sollte durch einen Arzt/einer Ärztin oder einer Person erfolgen, die auch für die therapeutischen Konsequenzen zuständig ist, eine gute Beziehung zu der Patientin hat und sie auch langfristig weiter betreuen wird. Jedoch ist dies durch die zunehmende Technisierung und Spezialisierung häufig im medizinischen Alltag nicht möglich (vgl. Ditz, 2006a, S.167).

Es ist von großer Bedeutung, dass der Arzt/die Ärztin der Patientin nur so viel Information vermittelt, wie sie dies emotional verarbeiten kann (vgl. Faller, 1998, S.113). Das Aufklärungsgespräch wird für die Patientin und dem Arzt/der Ärztin unterschiedlich wahrgenommen. Für den Arzt/der Ärztin ist es eine alltägliche Routineaufgabe und für die Patientin bedeutet das Aufklärungsgespräch eine große Belastung und ist eine Ausnahmesituation (vgl. Tecic et al., 2009, S. 15). Ob nun das Aufklärungsgespräch eine Hilfe oder eine zusätzliche Belastung für die Patientin ist, ist abhängig von der kommunikativen Kompetenz des Arztes/der Ärztin (vgl. Schildmann/Schildmann, 2009, S.92).

Frauen, die sich in der Phase der Diagnosemitteilung befinden, gehören zu der Gruppe der vulnerablen Personen. In der Pflegeforschung und generell in der Forschung versteht man unter vulnerable Personen, Personen die physisch oder psychisch eingeschränkt sind, sodass sie eine informierte Zustimmung zu einem Forschungsvorhaben nur teilweise oder gar nicht eigenständig geben können. Im klinischen Alltag sind Menschen dann als vulnerabel anzusehen, wenn sie aufgrund ihres Wissenstandes und ihrer Verfassung nur eingeschränkt über die

Möglichkeiten verfügen, eine informierte Entscheidung zu treffen (vgl. Schnell/Eicher, 2008, S.134f).

Die Diagnosevermittlung „Brustkrebs“ ist für beide Seiten, sowohl für Patientinnen als auch für Ärzte/Ärztinnen, immer eine emotional belastende Situation (vgl. Ditz, 2006a, S.170). Diese Situation erfordert einen Prozess der seelischen Verarbeitung, der Zeit braucht. Aufklärung muss außerdem in eine kontinuierliche, tragfähige Beziehung eingebettet sein (vgl. Faller, 1998, S. 110).

Viele an Brustkrebs erkrankte Frauen beschäftigen sich erst dann so richtig mit der lebensbedrohlichen Krankheit, wenn ihnen der Arzt/die Ärztin die Diagnose mitgeteilt hat. Schlagartig entsteht ein Gefühlsgemisch aus Schrecken, Angst, Verzweiflung und Hoffnungslosigkeit und ihre Identität und Lebensnormalität wird zu einem Problem (vgl. Faller, 1998, S. 20; vgl. Schnell/Eicher, 2008, S.134).

Für den Arzt/die Ärztin und der Patientin ist eine Diagnose mit dem Wunsch nach Sicherheit und Kontrollierbarkeit eng verbunden. Die Patientinnen erwarten Aufklärung über ihren gesundheitlichen Zustand, während Ärzte/Ärztinnen mit der Diagnosestellung ihr Handeln legitimieren (vgl. Ditz, 2006a, S. 168).

Aufklärung ist jedoch viel mehr als die Mitteilung von Informationen. Die mitgeteilte Information muss von der Patientin intellektuell verstanden werden und auch in ihren emotionalen Konsequenzen verstanden werden (vgl. Faller, 1998, S.113). Zu viele bzw. nicht verstandene Informationen können aber auch Angst machen und mehr verwirren als Klarheit schaffen (vgl. Hick, 2006, S.6).

Aus diesem Grund sollte von Ärzten/Ärztinnen empathisch darauf eingegangen werden. Empathie kann Angst reduzieren und zur Entlastung beitragen, indem Gefühle angesprochen und ausgesprochen werden. Dieses empathische Eingehen verlangt zwar mehr Zeit, aber es schafft Vertrauen und fördert die Compliance bzw. Therapietreue(vgl. Ditz, 2006a, S. 171).

Eine Definition des Compliancekonzeptes bezieht sich je nach Autor auf unterschiedliche Aspekte des Patientenverhaltens und unterschiedlichen Zeitpunkte im Therapieverlauf. Der Begriff Compliance kann auch im Sinne einer Kooperation durch einer partnerschaftliche Arzt/Ärztin - Patienten/Patientinnen - Beziehung verstanden werden (vgl. Ditz, 2006c, S.178).Wenn die Kommunikation

auf der Ebene der emotionalen Beziehung scheitert, dann scheitert sie auch auf der Ebene der sachlichen Inhalte (vgl. Gottschlich, 2007, S. 164).

Im englischen Sprachraum wird die Aufklärung und Einwilligung der Patientin, die aus rechtlicher Sicht den ärztlichen Eingriff erst legitimieren, als *Informed Consent* bezeichnet (vgl. Hick, 2006, S. 2). Mit dem Einholen des *Informed Consent* der Patientin endet die Diagnosemitteilung und Therapiediskussion. Diese schriftliche Bestätigung bedeutet eine informierte Zustimmung der Patientin gegenüber dem Arzt/der Ärztin und setzt voraus, dass die Therapiemöglichkeiten verstanden wurden (vgl. Schnell/Eicher, 2008, S. 135).

Das Konzept des *Informed Consent* zählt zu den paternalistischen Formen der Interaktion. Denn der/die Patient/Patientin wird nicht über die Alternativen aufgeklärt und nicht als gleichberechtigter Partner/Partnerin in die Entscheidungsfindung einbezogen. Stattdessen wird sie vor vollendete Tatsachen gestellt und erfährt die Risiken der genannten Therapievorschläge (vgl. Scheibler/Pfaff, 2003, S.18).

Es geht aber nicht nur darum, die Diagnose behutsam zu vermitteln, sondern es geht auch darum, der Patientin Unterstützung, Trost, angemessene Ermutigung, weitere Beratung und Begleitung zukommen zu lassen. Aus diesen Anforderungen wächst wiederum das Aufgabenfeld der Breast Care Nurse. Sie übernimmt auch eine wichtige Unterstützungsfunktion auf dem Weg zum *Informed Consent* (vgl. Schnell/Eicher, 2008, S. 136). Es ist notwendig, dass zur Vermittlung der Diagnose und Therapiemöglichkeiten, zur Entscheidungsfindung und für das präoperative Aufklärungsgespräch die Rahmenbedingungen wie genügend Zeit und ausreichendes Gesprächsangebot gegeben sein sollten (vgl. Ditz, 2006a, S. 168).

Als primäres Ziel des Gespräches zwischen dem Arzt/der Ärztin und dem Patient/der Patientin ist neben der Vermittlung der Diagnose auch die Herstellung eines Konsens zwischen Arzt/Ärztin und Patient/Patientin zu verstehen. Der Gesprächsabschluss beinhaltet:

- eine Zusammenfassung
- die weiter Vorgehensweise
- eine Terminvereinbarung und
- die Verabschiedung (vgl. Ditz, 2006a, S. 173).

9 Bedürfnisse der Brustkrebspatientinnen

Bedürfnisse kann man als ein psychologisches Konzept definieren, dass einen Organismus zu zielgerichteten Aktionen leitet. Bedürfnisse geben bei bestimmten Verhaltensweisen das Ziel und die Richtung an. Im Zusammenhang von Bedürfnissen und Zufriedenheit in der Gesundheitsversorgung bei Brustkrebspatientinnen, stellt sich die Frage inwieweit diese Patientinnen Bedürfnisse in einem Gebiet benennen können, dass ihnen vielleicht völlig fremd ist. Vor allem das Thema Brustkrebs ist sehr komplex, da es unter anderem eine große Breite an therapeutischen Möglichkeiten gibt (vgl. Eicher, 2008, S. 40).

Bei onkologischen Patientinnen unterscheidet man verschiedene Bedürfnisarten. Bedürfnisse lassen sich in Informationsbedürfnisse, psychologische Bedürfnisse, physische Bedürfnisse und soziale Bedürfnisse einteilen. Jedoch kann man bei diesen Arten nicht eindeutig eine Trennung ziehen, sondern ist vielmehr als ein Versuch zu verstehen, dem breiten Spektrum an Bedürfnissen von Brustkrebspatientinnen zu entsprechen (vgl. Eicher, 2008, S. 41).

Brustkrebspatientinnen haben in den unterschiedlichen Phasen ihrer Krankheit auch unterschiedliche Bedürfnisse. So wie zum Beispiel beim Brustwiederaufbau, der durch eine Aufklärung relativiert und realitätsnah dargestellt werden soll, um der Patientin eine informierte und eigenständige Entscheidung über die Durchführung eines Brustwiederaufbaus zu ermöglichen. Dafür ist es notwendig, dass Ärzte/Ärztinnen und Pflegende bzw. Breast Care Nurses nicht nur die positiven Seiten, sondern auch die Nachteile und Risiken solcher Eingriffe benennen und erklären. Neben mehreren Gesprächen und schriftlichem Informationsmaterial eignen sich dazu auch Bilder von Rekonstruktionsergebnissen anderer Patientinnen (vgl. Constantinescu, 2008, S. 199). Die Wünsche der Patientinnen müssen in den Entscheidungsprozess für den besten Zeitpunkt der Brustrekonstruktion, Sofortrekonstruktion oder sekundärer Wiederaufbau einbezogen werden (vgl. Funke et al., 2009, S. 123).

Die entstehende Kluft zwischen den Erwartungen der Patientinnen und dem Kommunikationsangebot der Ärzte/Ärztinnen im Zusammenhang mit der Diagnosemitteilung „Krebs“ wird in dem Review von *Lee et al.* (2002) verdeutlicht.

Mehr als die Hälfte (57%) der befragten Krebspatienten/Krebspatientinnen wollen über Fragen im Zusammenhang mit der Lebenserwartung mit ihren Ärzten/Ärztinnen sprechen, jedoch waren nur 27% der Ärzte/Ärztinnen tatsächlich dazu bereit. 63% der Patienten/Patientinnen wollen über die Auswirkungen der Krebserkrankung auf die verschiedensten Lebensbereiche sprechen, aber nur 35% dieser Patienten/Patientinnen konnten diese Gespräche mit ihrem Arzt/ihrer Ärztin führen.

Aber auch der Zeitpunkt im Krankheitsprozess, des Tumorstadiums und die Prognose, die Therapien, das Alter der Patientin und ihr sozioökonomischer und kultureller Hintergrund sind Faktoren, die die Bedürfnisse der Patientin verändern (vgl. Eicher, 2008, S. 42).

In dem Review von *Ress/Bath* (2000) wird dies deutlich gezeigt. Sie kommen zu dem Ergebnis, dass Brustkrebspatientinnen zu verschiedenen Behandlungszeitpunkten unterschiedliche Informationsinteressen aufweisen. Brustkrebspatientinnen wollen zum Zeitpunkt der Diagnose Informationen zur Behandelbarkeit der Krebserkrankung, dem Krankheitsstadium und zu den verschiedenen Behandlungsmöglichkeiten. Sobald der Zeitpunkt des Therapiebeginns eintritt, wünschen sie sich Informationen zur Behandlung, zu der Erkrankung an sich, zu Untersuchungen und Tests und Angaben zur Rezidivwahrscheinlichkeit. In der Phase der Nachsorge gewinnen dann Fragen des Selbstmanagements der Erkrankung und zur längerfristigen Heilung der Krebserkrankung an Bedeutung.

In dem Review von *Vogel et al.* (2006) beziehen sich 99 Artikel auf die Bedürfnisse und Erfahrungen onkologischer Patienten/Patientinnen. Nach der Meinung von Tumorpatienten/Tumorpatientinnen sind die Vermittlung von krankheitsrelevanten Informationen, das Erwecken von Zuversicht und ein fachlich kompetentes und empathisches Handeln des Arztes/der Ärztin sehr wichtig. Außerdem geben Patienten/Patientinnen an, dass es sehr wichtig ist, ohne Zeitdruck Fragen stellen zu können und ausreichend Zeit mit dem Arzt/ der Ärztin im Beratungsgespräch zur Verfügung zu haben. Bezüglich der Arzt/Ärztin – Patient/Patientin – Beziehung wünschen sie sich eine persönliche, gleichwertige und partnerschaftliche Beziehung zum Arzt/zur Ärztin unter Wahrung ihrer

Individualität und Autonomie. Außerdem verfügen Tumorpatienten/Tumorpatientinnen über ein ausgeprägtes Informationsbedürfnis. Patienten/Patientinnen wünschen sich so viel Information wie möglich über ihre Krankheit und deren Behandlung, unabhängig, ob es gute oder schlechten Nachrichten sind. Vor allem Frauen und jüngere Patientinnen weisen einen höheren Informationsbedarf auf (Jenkins et al., 2001).

Aus der Literatur geht hervor, dass mit der Verbreitung von chronischen Krankheiten wie Brustkrebs der Bedarf an Informationen über die Möglichkeiten der verschiedenen Behandlungsstrategien und Formen der Krankheitsbewältigung steigt. Mittlerweile gibt es eine Fülle an Informationen und eine große Anzahl an Informationsmedien. Dabei stellt sich die Frage, wie Patientinnen sich in der Vielfalt an Informationen zurechtfinden können (vgl. Schaeffer/Dewe, 2008, S.134).

Immer mehr Patientinnen holen sich sehr früh im Diagnoseprozess aus ihrem direkten und indirekten Umfeld viele Informationen und Ratschläge über diagnostische und therapeutische Möglichkeiten. Dabei verwenden die betroffenen Frauen oftmals das Internet als Informationsquelle (vgl. Ditz, 2006a, S.169). Vielen Patientinnen reichen die Informationen, die sie von ihrem Arzt/ihrer Ärztin oder über die herkömmliche Informationsquellen erhalten, nicht mehr aus und machen sich im Internet auf der Suche nach Spezialisten, alternative Therapien und Heilmittel (vgl. Tautz, 2002, S.121; vgl. Maienborn, 2001, S.249).

Jedoch birgt das Internet viele Schwierigkeiten für betroffene Frauen. Es ist leider keine Seltenheit, dass inkomplette, fehlende, falsche oder schwierig formulierte Informationen im Internet zu finden sind. Inhalte bezüglich Diagnose, Behandlung und Nachsorge, die sich in ihrer Angebotsstruktur, Funktionalität und Qualität sich sehr stark voneinander unterscheiden (vgl. Höflich et al., 2009, S. 217). Nur wenige Mausklicks sind nötig, um Informationen unterschiedlichster Qualität zu erhalten. Aufgrund des großen Angebotes unterschiedlichen Qualität der online angebotenen verfügbaren gesundheitsbezogenen Informationen werden seit einigen Jahren Gefahren und Potenziale dieser Angebote für die Arzt/Ärztin – Patientin – Beziehung, die gesundheitliche Versorgung und die Gesundheit von Patientinnen diskutiert (vgl. Hohenstreit/Güntert, 2001, S. 277).

In der Studie von *Weissenberger et al.* (2004) wurden deutsch- und englischsprachige Brustkrebswebseiten im Hinblick auf deren Inhalt untersucht. Die Ergebnisse zeigen, dass in Großbritannien überwiegend Informationen über Therapie und deren Nebenwirkungen und klinische Studien zu finden sind. In Deutschland findet man hauptsächlich Informationen zu palliativen Behandlungsmöglichkeiten, alternativen Verfahren und krankheitsbezogenen Aspekten (Prognose, Selbsthilfegruppen und Epidemiologie). Daraus lässt sich schließen, dass Betroffene aus dem deutschsprachigen Raum Informationen zu Therapiemöglichkeiten und studienbezogene Informationen auf Englisch abfragen müssen, was wiederum auch zu Verständigungsfehlern und falschen Übersetzungen führen kann.

Das Internet bietet den Patientinnen nicht nur umfangreiches Informationsmaterial, sondern auch ein großes Angebot an Kommunikationsszenarien in zahlreichen Diskussionsforen. Diese Kommunikationsszenarien ermöglichen den Patientinnen eine Form von emotionaler, informativer und instrumenteller Unterstützung. Diese netzbasierte soziale Unterstützung in den virtuellen Gemeinschaften hat zur Folge, dass die Beteiligten ihre Handlungskompetenz für die Entscheidungsfindung wiedererlangen und in manchen Fällen auch die Lebensqualität verbessert wird und auch eine Lebensverlängerung (vgl. Kaltenborn, 2001, S.52f).

10 Arzt/Ärztin – Patientinnen – Kommunikation bei Brustkrebs

Im Bereich der Arzt/Ärztin - Patientinnen - Kommunikation besteht ein Forschungsdefizit, das man auch als eine Art „Sprachlosigkeit“ des Medizinsystems bezeichnen kann. Diese „Sprachlosigkeit“ ist vergleichbar mit der stillschweigenden, gesellschaftlichen Vereinbarung, über den Mythos Brustkrebs besser nicht zu reden. Diese „Sprachlosigkeit“ wird jedoch seit einigen Jahren durchbrochen

Frauen-Selbsthilfegruppen und Krebsorganisationen setzen sich für eine Veränderung der völlig überkommenen, paternalistischen Kommunikationsform im Medizinbetrieb ein (vgl. Hehlmann, 2008, S. 344).

In allen größeren Städten werden Selbsthilfegruppen angeboten. Wenn sich mehrere regionale Selbsthilfegruppen zu überregionalen, landes- oder bundesweiten Verbänden zusammenschließen, dann spricht man von Selbsthilfeorganisationen. Ein positiver Nutzen von Selbsthilfegruppen liegt vor allem in der emotionalen, informellen und praktischen Unterstützung. Diese emotionale Unterstützung erfolgt insbesondere durch den Kontakt zu anderen betroffenen Frauen, indem man sich gegenseitig unterstützt und Hoffnung vermittelt und vor allem Erfahrungen austauscht (vgl. Eicher, 2008, S. 46f).

Der unbegrenzte Zugang zu medizinischen Fachinformationen, das veränderte Selbstbewusstsein wie auch das Rollenverständnis gegenüber Ärzten/Ärztinnen hat zu völlig anderen Bedürfnissen im Hinblick auf Qualität und Quantität der Kommunikation geführt. Diese Veränderung hat auf die Arzt/Ärztin – Patientinnen – Beziehung entsprechende Auswirkungen mit sich gezogen. Im Laufe der Zeit wird sich das Verhältnis von medizinischen Laien zu Experten verändern. Dennoch sollten Ärzte/Ärztinnen das vorhandene Wissen über die Erkrankung und das Verständnisniveau beim Gespräch berücksichtigen bzw. miteinbeziehen (vgl. Ditz, 2006a, S.169). Vor allem im Bereich der Onkologie sind die Aufgaben der Ärzte/Ärztinnen in der Gesprächsführung sehr vielfältig. Ärzte/Ärztinnen sind verantwortlich für eine verständliche Vermittlung von komplizierten krankheitsbezogenen Informationen und sie sollten gemeinsam mit den

Patientinnen eine Behandlungsentscheidung treffen (vgl. Vogel et al., 2006, S.149).

Da die Patientinnen ein Recht auf medizinische Informationen haben, sollten die Machtstrukturen der Arzt/Ärztin –Patientin- Beziehung ausgeglichener gestaltet werden. Die paternalistische Entmündigung soll damit überwunden werden. Die Patientin muss verstehen, was mit ihr geschieht. Erst dann kann sie wirksam einwilligen. Als Voraussetzung für dieses Verständnis gilt eine klare und umfassende Information (vgl. Hick, 2006, S.7). Jedoch lässt die Quantität der medizinischen Informationen nicht gleichzeitig die Qualität der Beziehung zunehmen (vgl. Gottschlich, 2007, S. 160).

Die Qualität der Beziehung beruht auf empathischen Momenten bzw. Faktoren, wie etwa die Fähigkeit des Arztes/der Ärztin, die Krankheit mit den Augen der Patientin zu sehen, sich auf die subjektive Wahrnehmung der Krankheit durch die Patientin einzulassen und sie in die Entscheidungsprozesse mit einzubeziehen (vgl. Gottschlich, 2007, S. 160).

Zwischen Arzt/Ärztin und Patientin haben beide Gesprächspartner im persönlichen Gespräch die Möglichkeit, Verständlichkeit auf der Sachebene und Verstehen auf der Beziehungsebene durch Nachfragen zu sichern. Wenn Ärzte/Ärztinnen durch verständlichen Wissenstransfer Hemmschwellen bei den Patientinnen abbauen können bzw. erst gar nicht entstehen lassen, kann ein Vertrauen zwischen den Gesprächspartnern entstehen (vgl. Ditz, B., 2006, S.183).

Eine gelungene Kommunikation ist die Anpassung des Sprachniveaus der einzelnen Patientin und die Verwendung von Begriffen, die die Patientin auch benutzt. Kurze Sätze und bekannte Wörter verwenden kann dafür hilfreich sein (vgl. Kulzer, 2009, S.35).

Es wurde die Wirksamkeit eines Dreitages- Seminars zur Verbesserung der Kommunikationsfähigkeit bezüglich unterschiedlicher Outcomes untersucht. An der Studie nahmen 2.407 Patienten/Patientinnen und 160 Onkologen teil. Die Kontrollgruppe benutzte im Vergleich zur Experimentalgruppe signifikant fokussierte Fragen bzw. mehr offene Fragen und konnte damit die Empathie besser ausdrücken und auf Patientenhinweise eingehen (vgl. Fallowfield ,2002).

Sogenannte „communication skill Trainings“ können ebenfalls zur positiven Kommunikation zwischen Arzt/Ärztin und Patient/Patientin beitragen. Wenn Ärzte/Ärztinnen die „communication skills“ bzw. die kommunikativen Fähigkeiten effektiv nutzen, kommt dies ihnen selbst und den Patienten/Patientinnen zugute. Ärzte/Ärztinnen können die Probleme ihrer Patienten/Patientinnen exakter wahrnehmen und ihre Patienten/Patientinnen zeigen auch eine höhere Zufriedenheit mit der Behandlung und die Gefahr, Angst und Depressionen zu bekommen, wird verringert. Außerdem haben die Ärzte/Ärztinnen eine höhere Zufriedenheit mit ihrem Job und weniger arbeitsbezogenen Stress (vgl. Maguire/Pitceathley, 2002).

Dies macht deutlich, dass der Grad der Informiertheit stark abhängig von der Zufriedenheit der Patientinnen mit der Behandlung ist. Je größer bzw. umfassender die Informiertheit ist, desto größer ist die Zufriedenheit. Für die Qualität des Behandlungsergebnisses ist die Zufriedenheit der Patientinnen ein wichtiger Faktor (vgl. Gottschlich, 2007, S. 161).

Die Kernaufgabe eines ärztlichen Gesprächs liegt jedoch darin, eine gute Compliance zu erreichen. Compliance ist im Wesentlichen das Resultat einer erfolgreichen Kommunikation (vgl. Ditz, 2006c, S.178). Die Compliance muss sich aber mit der Kompetenz zur Selbststeuerung des Verhaltens beim Umgang mit der eigenen Krankheit verbinden. Diese „Stärkung der eigenen Bewältigungskompetenzen“ wird auch als „Empowerment“ bezeichnet. Compliance und Empowerment dürfen nicht im Widerspruch zueinander stehen, ansonsten gelingt keine wirkliche Gegenseitigkeit in der Arzt/Ärztin - Patientin - Beziehung. Bei dieser Beziehung soll es sich um ein intensives, aufeinander bezogenes Arbeiten beider Seiten handeln (vgl. Hurrelmann, 2001, S. 37). Die Compliance beschreibt gleich wie Empowerment Verhaltensweisen, die das Bewältigen von komplizierten oder von komplexen Lebenssituationen erleichtern soll (vgl. Jäger, 2001, S. 169).

Ein interaktives Kommunikationsmodell basierend, auf einer gleichberechtigten partnerschaftlichen Kooperation nach dem Modell des *Shared Decision Making* kann die Compliance verbessern und dadurch einen gemeinsamen

Entscheidungsprozess ermöglichen. Dies ist ein Fortschritt, der für beide Seiten die Kommunikation und das gemeinsame Handeln optimiert (vgl. Ditz, 2006c, S.179).

11 Arzt/Ärztin und Patientin als gleichberechtigte Partner

Wie schon erwähnt, hat in den letzten Jahren die aktive Beteiligung von Patienten/Patientinnen an medizinischen Entscheidungen immer mehr an Bedeutung zugenommen. Es sind bei vielen Erkrankungen mehr als eine Behandlungsmöglichkeit vorhanden und damit steigt die Notwendigkeit, diese Möglichkeiten bezüglich ihrer Effektivität und ihrer Nebenwirkungen unter Berücksichtigung der Patientenbedürfnisse- und wünsche abzuwägen (vgl. Simon/Härter, 2009, S.156).

Mit der patientenzentrierten Sichtweise rückt die persönliche Perspektive der Patienten/Patientinnen immer mehr im Mittelpunkt. In diesem Kontext beeinflussen „Empowerment“ und „Shared Decision Making“ die Arzt/Ärztin– Patient/Patientin– Kommunikation bis hin zu partnerschaftlichen Dialogen (vgl. Nebling/Fließgarten, 2009, S.82).

11.1 Empowerment – Strategie zur Förderung der Patientenbeteiligung bei medizinischen Entscheidungen

Die zunehmende Bedeutung der Kommunikation zwischen Arzt/Ärztin und Patient/Patientin führt auf die Rollenveränderung der Gesprächspartner zurück.

„Gestärkte“ Patienten/Patientinnen sind in der Lage, sich alle notwendigen Informationen selbst zu erfragen und ihre Interessen in der Begegnung des Arztes/der Ärztin durchsetzen. Dieser Prozess ist der Grundgedanke von Empowerment (vgl. Hamann et al., 2005, S.46).

Empowerment kann als wichtige Grundhaltung bezeichnet werden, die sich auf die Interaktion zwischen Ratsuchenden und Berater bezieht. Nach dem Empowermentansatz sind Ratsuchende Personen, die aufgrund ihrer eigenen Stärken und Fähigkeiten in der Lage sind, Veränderungen umzusetzen und aktiv zu handeln. Wenn sie sich dadurch aus der Situation der Hilflosigkeit befreien können, erleben sie sich als selbstwirksam (vgl. Engel et al., 2012, S.46).

Empowerment bedeutet „Bevollmächtigung“ oder „Ermächtigung“ und wird in der Organisations- und Managementlehre als die Übertragung von Verantwortung und Entscheidungsbefugnissen auf untergeordnete Hierarchieebenen beschrieben. Patient Empowerment überträgt diese allgemeine Bedeutung von Empowerment auf die Rolle des Patienten/der Patientin im Gesundheitswesen (vgl. Nebling/Fließgarten, 2009, S.82f).

Patient Empowerment stellt die medizinische-fachliche Kompetenz eines Arztes/einer Ärztin nicht infrage sondern es geht vielmehr darum, eine paternalistische Arzt/Ärztin - Patient/Patientin - Beziehung zu einer partnerschaftlichen Arzt/Ärztin - Patient/Patientin - Beziehung zu machen. In solch einer partnerschaftlichen Austauschbeziehung werden beide Partner gleichermaßen akzeptiert und respektiert, so dass beide Meinungen den gleichen Stellenwert haben. Patient Empowerment wird auch als die Selbstbestimmung des Patienten/der Patientin beschrieben und basiert auf dem Leitbild des mündigen Patienten/Patientin (vgl. Nebling/Fließgarten, 2009, S.82 ff). Mündige Patienten/Patientinnen suchen nach Informationen, kennen ihre Krankheit und sind in der Lage, Entscheidungen zu treffen, die ihre Gesundheit positiv beeinflussen (vgl. Ditz, B., 2006, S.23).

Dadurch können Ziele wie:

- Stärkung der Patientenrechte
- Effektivere Arztbesuche gestalten
- Konsultationsergebnisse patientenzentrierter machen
- *Compliance* bzw. *Adherence* verbessern
- Behandlungsergebnisse verbessern

erreicht werden (vgl. Hamann et al., 2005, S. 46).

Dabei unterscheidet sich der Begriff *Adherence* von *Compliance* darin, dass der Patient/die Patientin eine aktive Rolle besitzt und eine Gleichberechtigung zwischen Arzt/Ärztin und Patient/Patientin herrscht. Daher wird *Adherence* verstanden als die Beteiligung von Patienten/Patientinnen an Entscheidungen (vgl. Tezcan-Güntekin, 2010, S. 96).

Für Ärzte/Ärztinnen bedeutet Patient Empowerment allerdings auch eine Herausforderung. Sie müssen ihre Kommunikationskompetenz verbessern und ihre Patienten/Patientinnen als gleichberechtigte Partner akzeptieren und respektieren (vgl. Nebling/Fließgarten, 2009, S.94).

Empowerment kann bzw. soll zu Shared Decision Making führen, falls der Patient/die Patientin seine Partizipation stärker einfordert. Empowerment ist aber kein Synonym für Shared Decision Making (vgl. Scheibler/Pfaff, 2003, S. 18).

11.2 Shared Decision Making – Eine Partizipative Entscheidungsfindung

Shared Decision Making, kurz SDM oder partizipative Entscheidungsfindung genannt, steht für die gemeinsame Entscheidungsfindung von Arzt/Ärztin und Patient/Patientin. In den letzten Jahren hat dieses Modell in der Onkologie an Bedeutung gewonnen. Bei der Entwicklung dieses Konzeptes war die Kritik an dem einseitigen Modellen der Arzt/Ärztin-Patient/Patientin-Beziehung ausschlaggebend (vgl. Nebling/Fließgarten, 2009, S.85; vgl. Schnell/Eicher, 2008, S.136).

Das Konzept dieses Modells wurde ursprünglich für Patienten/Patientinnen mit chronische Krankheiten entworfen und eignet sich besonders bei Entscheidungen, bei denen mehrere Therapiemöglichkeiten vorhanden sind und sich aber wenig in ihrer Wirksamkeit unterscheiden, sondern unterschiedliche Aus- und Nebenwirkungen aufweisen (vgl. Simon/Härter, 2009, S.159). Aus diesem Grund findet dieses Modell auch einen geeigneten Platz im Bereich der Brustkrebserkrankungen. Das Modell des *Shared Decision Making* bietet eine Grundlage zur Gestaltung der Beziehung zwischen Arzt/Ärztin, Breast Care Nurse, Patientin und deren Angehörigen (vgl. Schnell/Eicher, 2008, S.137).

Die Grundlage um eine Entscheidung treffen zu können, sind zur Verfügung stehende Informationen über potenzielle Handlungsmöglichkeiten. Dem Patient/der Patientin muss ein breitgefächertes Spektrum an Informations- und Beratungsangebote möglich sein. Themen wie der neueste Stand der Medizin und

die Chancen und Risiken bei therapeutischen Maßnahmen sind hierbei von großer Bedeutung.

Damit Ärzte/Ärztinnen und Patienten/Patientinnen gemeinsam entscheiden können, müssen sie aber über eine gemeinsame Informationsbasis verfügen (vgl. Horch/Wirz, 2005; vgl. Nebling/Fließgarten, 2009, S.85).

Bei *Shared Decision Making* handelt es sich um die strukturierte Kommunikation zwischen Arzt/Ärztin und Patient/Patientin, die einerseits eine gute Sachinformation, aber andererseits auch eine subjektive Bewertung dieser Sachinformation durch die Patientin sicherstellen soll und im Ergebnis zu einer Entscheidung führt. Eine Entscheidung, die auf Evidenz und den Bedürfnissen der Patientin beruht. Damit die Patientin eine Entscheidung treffen kann, benötigt sie Informationen darüber, welche Behandlungsziele erreichbar sind. Es handelt sich hierbei um evidenzbasierte Informationen, das bedeutet das beste und aktuellste Wissen aus empirischer Forschung (vgl. Klemperer, 2009, S.149f).

Die direkte Frage nach dem Beteiligungswunsch im klinischen Alltag kann auf die Patientinnen verunsichernd wirken. Wenn in einem Setting die Kommunikations- und Informationsbedürfnisse der Patientinnen beachtet werden, dürfte der Grad der Zustimmung höher sein. Wenn Patientinnen verstehen, was es zu entscheiden gibt, kann dies den Wunsch der Beteiligung erhöhen (vgl. Klemperer, 2005, S. 26). Das *Shared Decision Making* Modell unterscheidet sich vom paternalistischen Modell der Arzt/Ärztin-Patientin-Kommunikation durch die drei Bereiche:

- Informationsfluss
- Abwägungen
- Entscheidung.

Denn das *Shared Decision Making* Modell besteht aus der Interaktion zwischen Arzt/Ärztin und Patient/Patientin. Diese ist gekennzeichnet durch die gegenseitige Information, gemeinsames Abwägen und gemeinsames Entscheiden. Außerdem informiert der Patient/die Patientin den Arzt/die Ärztin über ihre behandlungsrelevanten Bedürfnisse und Wünsche (vgl. Klemperer, 2009, S.152).

Loh et al. (2007) zeigen in einer Auswertung von systematischen Übersichtsarbeiten, die sich auf 256 RCT's beziehen, welche Wirkung das *Shared*

Decision Making Modell auf die Entscheidungsqualität hat. SDM kann zu folgenden Veränderungen führen:

- Zunahme des Wissens der Patienten/der Patientinnen über Erkrankung und Behandlung
- eine realistische Erwartung über Erkrankungsverläufe
- eine aktivere Beteiligung am medizinischen Behandlungsprozess
- eine Abnahme der Unentschlossenheit gegenüber Behandlungsentscheidungen
- eine Verringerung von Entscheidungskonflikten
- Verbesserung der Arzt/Ärztin- Patient/Patientin-Kommunikation
- eine Verbesserung der Risikowahrnehmung der Patienten/Patientinnen

Der Erfolg des *Shared Decision Making* hängt auch von der Compliance bzw. der Adherence ab (vgl. Tezcan-Güntekin, 2010, S. 96).

Da in Österreich aber noch vermehrt ein paternalistisches Rollenverständnis herrscht, kann sich eine Umsetzung im Alltag noch als schwierig erweisen (vgl. Klemperer, 2009, S.153).

Um die Umsetzung in die Praxis zu erleichtern richtet sich der Fokus auf die Unterstützung von Patienten/Patientinnen durch Entscheidungshilfen, so genannten *decision aids* (vgl. Simon/Härter, 2009, S.160). Diese *decision aids* (z.B. in Form von Broschüren oder Videodemonstrationen) unterscheiden sich von herkömmlichen Informationsmedien im Grunde darin, dass nach einer ausführlichen Information über Behandlungsalternativen und Diagnose, dem Patient/der Patientin Möglichkeiten gezeigt werden, wie sie sich an der Therapieentscheidung beteiligen können (vgl. Scheibler/Pfaff, 2003, S. 20). Diese unterstützenden Materialien werden von wissenschaftlichen Forschungsgruppen, Krankenkassen und ärztlichen Fachgesellschaften entwickelt, evaluiert und dann den Patienten/Patientinnen über jeweils eigene Distributionswege übermittelt (vgl. Loh/Simon, 2009, S.147). Durch den Einsatz von diesen Entscheidungshilfen verfügt der Patient/die Patientin über mehr Wissen, realistischere Erwartungen über den Erkrankungsverlauf und geringeren Entscheidungskonflikten (vgl. Simon/Härter, 2009, S. 162).

Die Partizipationspräferenz der Tumorpatienten/Tumorpatientinnen wird von der Art und dem Inhalt der zu treffenden Entscheidung beeinflusst. Vor allem bei der Therapiewahl, den Rahmenbedingungen der Therapie (Ort, Zeitpunkt) und bei der Frage, ob Familienmitglieder in die Behandlung einbezogen werden, wollen die Patienten/Patientinnen mitbestimmen.

Dagegen ist bei technischen Angelegenheiten und in den Entscheidungsbereichen, in denen ein hohes Maß an medizinisches Wissen erforderlich ist, der Mitbestimmungswunsch eher gering (vgl. Vogel et al., 2006).

12 Diskussion und Ausblick

Bei der Auseinandersetzung mit der Literatur zur Kommunikation zwischen Ärzten/Ärztinnen und Patienten/Patientinnen stellte sich heraus, dass dieses Thema breite Aufmerksamkeit erfährt. Dagegen ist meiner Ansicht nach die Literatur hinsichtlich der Kommunikation bei Patientinnen, speziell im Falle einer Brustkrebserkrankung deutlich geringer vorhanden.

Die Bedeutsamkeit und Aktualität des Themas Kommunikation bei brustkrebserkrankten Frauen wird deutlich, wenn man sich die Zahlen der neuerkrankten bzw. verstorbenen Frauen ansieht. Brustkrebs gehört zu den chronischen Krankheiten und ist das häufigste onkologische Problem der frauenspezifischen Gesundheitsversorgung.

Die Krankheit hat einen sehr starken psychologischen Moment, der das bisherige Leben einer Frau komplett verändert. Bei den betroffenen Frauen kommen Gedanken an Leid und Schmerz auf, vor allem aber empfinden sie große Angst (vgl. Schulte, 2006, S. 217).

Hinsichtlich der Früherkennung und Veranlagung spielt das Thema Brustkrebs aber auch bei gesunden Frauen eine wichtige Rolle (vgl. Bernhard/Dietrich, 2008, S.251). Das Thema „Früherkennung“ und dabei speziell das „Mammographie Screening“ wird sehr oft kontroversiell diskutiert. Laut *Gotzsche und Nielsen* (2009) stirbt von 2000 Frauen zwischen 50 und 69 Jahren in 10 Jahren eine Frau weniger an Brustkrebs, aber gleichzeitig erhalten 10 dieser 2000 Frauen eine Brustkrebsdiagnose und Behandlung, die sie ohne Mammographie - Screening nicht erhalten hätte.

Aus diesen Gründen ist es sehr wichtig, dass Frauen über die Krankheit und deren Auswirkungen Bescheid wissen. Besonders mit dem Thema Mammographie-Screening sollten sich Frauen auseinander setzen und sich über Vor- und Nachteile informieren. Erst dann sollten sie entscheiden, ob sie an dieser Früherkennungsuntersuchung teilnehmen oder nicht. Denn ein diagnostischer Test kann nicht nur Nutzen, sondern auch Nebenwirkungen mit sich bringen. In Österreich ist aktuell geplant, ab 2013 eine flächendeckende Einladung zum

Mammographie-Screening für die am meisten betroffene Altersgruppe auszusenden. Allerdings sollten sich Frauen nach meiner Ansicht sehr gut überlegen, was passiert und wie sie damit umgehen, wenn sie sich gegen ein Mammographie Screening entscheiden und im Laufe ihres Lebens die Diagnose fortgeschrittener Brustkrebs erhalten.

In Österreich gibt es zurzeit leider zu wenig Brustzentren die über ein EUSOMA Zertifikat verfügen. In diesen Brustzentren sind im Gegensatz zu anderen „Brustabteilungen“ oder Brustzentren die Qualitätsstandards festgelegt. Dazu gehört auch der Einsatz einer Breast Care Nurse, die die Patientin schon in der Phase der Entscheidungsfindung begleiten soll. Die Breast Care Nurse übernimmt dabei die Rolle der fachlichen Diskussionspartnerin und steht der Patientin beratend zur Seite und unterstützt sie bei deren Entscheidungsprozess (vgl. Marquard/Biedermann, 2008, S.315). Die Breast Care Nurse hat auch eine unterstützende Funktion in der Phase der Diagnosemitteilung. Daher sehe ich die Einführung einer Breast Care Nurse sehr positiv und hoffe, dass sich mehr Pflegenden entscheiden, diese Ausbildung zu machen. Aktuell gibt es im LKH Graz ein zertifiziertes Brustzentrum, das durch einen funktionellen Zusammenschluss verschiedenster Abteilungen entstanden ist. In diesem Brustzentrum, bestehend aus Vertreter/Vertreterinnen der Chirurgie (Allgemeinchirurgie und Plastische Chirurgie), Gynäkologie, internistischen Onkologie, Pathologie, Radiologie, Radioonkologie und weiteren zahlreichen Berufsgruppen wie z. B. Medizin-Technische Dienste, Pflege und Psychologen/Psychologinnen, wird das gesamte Spektrum von der Früherkennung, Diagnostik, umfassender Therapie bis hin zur Nachsorge angeboten.

Aus der Literatur geht hervor, dass positive Kommunikation die Grundvoraussetzung jeder zwischenmenschlichen Beziehung ist. Die Kommunikation in einer Arzt/Ärztin – Patient/Patientin – Beziehung hat einen sehr hohen Stellenwert und ist der Grundstein für den Aufbau einer vertrauensvollen Partnerschaft. Eine gelungene Kommunikation kann sehr hilfreich sein, um die Krankheitssymptome zu verbessern und den Krankheitsverlauf positiv zu beeinflussen.

Die Worte des Arztes/der Ärztin, aber auch seine/ihre ausgesprochenen oder nicht ausgesprochenen Einstellungen spielen eine zentrale Rolle bei dem Krankheitsverlauf der Patientin. Nicht so sehr das Maß angebotener Information ist der entscheidende Faktor positiver Kommunikation, sondern die dieser Information zugrunde liegende und begleitende emotionale Beziehung bzw. wertschätzende Grundhaltung.

Es sind nicht mehr als 40 Sekunden notwendig, dass ein Arzt/ eine Ärztin dann als mitfühlend wahrgenommen wird, wenn sie deutlich merkbar auf den emotionalen Zustand der Patientinnen verbal eingehen (Fogarty et al.1999).Mein persönlicher Eindruck ist, dass sogar dieses Mindestmaß an Kommunikationszeit nicht in jedem Fall eingehalten wird.

Hier entsteht auch die Aufgabe der empathischen Kommunikation und den damit verbundenen einführenden Zuhören, sich in die Situation eines anderen Menschen hinzusetzen bzw. seine Sichtweisen einzunehmen (vgl. Rogall, 2005, S. 95). Das bedeutet, dass Empathie sowohl Angst während dem Informationsgespräch reduzieren kann, als auch die Qualität der Arzt/Ärztin –Patient/Patientin - Beziehung fördern kann. Empathie ist nicht das Ergebnis von Kommunikationstechniken, sondern soll die emotionale Grundlage für kommunikatives, „heilendes“ und orientiertes Handeln am Patienten sein.

Mehr Diskussionen und Bemühungen, um eine verbesserte Arzt/Ärztin – Patient/Patientin - Beziehung zu erreichen, sind wünschenswert. Die Patienten/Patientinnen sollten den Mut haben, ihre Präferenzen und Wertvorstellungen klar dem Arzt/der Ärztin zu schildern und selbst Fragen zu stellen, um den eigenen Informationsbedarf zu decken und die Informationen des Arztes/der Ärztin kritisch zu hinterfragen.

Sie sollten aber auch den Arzt/die Ärztin offen ansprechen wenn sie etwas nicht verstanden haben oder die Meinung des Arztes/der Ärztin nicht teilen (vgl. Nebling/Fließgarten, 2009, S. 92). Vor allem Frauen, die an Brustkrebs erkrankt sind, sind mit vielen verschiedenen Fragen und Behandlungsarten konfrontiert.

Der Standard der medizinischen Versorgung ist zwar sehr gut, aber auch die Kluft zwischen Ärzten/Ärztinnen und Patienten/Patientinnen wird immer größer. Dieses

Informationsgefälle zwischen Arzt/Ärztin und Patient/Patientin sollte abnehmen. Dies kann jedoch nur erreicht werden, wenn Patientinnen über möglichst umfangreich über ihre Krankheit aufgeklärt sind, damit die Gespräche auf „Augenhöhe“ stattfinden können.

Heutzutage mangelt es nicht an Gesundheitsinformationen, sondern vielmehr an Kompetenzen, aus den ganzen Informationen evidenzbasierte und relevante Informationen herauszufiltern, zu verarbeiten und schlussendlich eine Entscheidung zu treffen (vgl. Nebling/Fließgarten, 2009, S. 93). Das Verhältnis zwischen behandelndem/behandelnder Arzt/Ärztin und Menschen mit einer Krebserkrankung ist von Vertrauen und gegenseitiger Achtung geprägt und notwendige Entscheidungen sollten in einer spannungsfreien Beziehung getroffen werden.

Ärzte/Ärztinnen sind für eine verständliche Vermittlung von komplizierten krankheitsbezogenen Informationen verantwortlich und sollten idealerweise gemeinsam mit dem Patienten/der Patientin die Entscheidungen treffen. Um dies zu erreichen können, sind „Patient Empowerment“ und „Shared Decision Making“ sehr hilfreiche Ansätze. „Patient Empowerment“ und „Shared Decision Making“ zu verinnerlichen und auszuführen sehe ich als Empfehlungen für eine bessere Arzt/Ärztin – Patient/Patientin – Kommunikation. Denn sie beeinflussen die Kommunikation und können zu partnerschaftlichen Dialogen führen. Wenn Patienten/Patientinnen ihre Partizipation stärker einfordern, kann dies zum Shared Decision Making führen. Shared Decision Making bzw. partizipative Entscheidungsfindung ist verantwortlich dafür, dass die Verfügbarkeit medizinischer Informationen in Medien und Internet steigt und dadurch das Wissen der Patientinnen über ihre Erkrankungen und deren Behandlung stetig zunimmt und auf diese Weise auch das Informationsgefälle der Ärzte/Ärztinnen und Patientinnen abnimmt. Außerdem soll durch den Einbezug von Patientinnen die Qualität der Versorgung insgesamt verbessert werden, da Behandlungsentscheidungen besser auf die individuellen Bedürfnisse der Patientinnen abgestimmt werden können. Der Unterschied zum informed consent ist, dass das der Patient/die Patientin lediglich eine qualifizierte Zustimmung geben soll, nachdem der Arzt/die Ärztin aufgeklärt hat.

Die partizipative Entscheidungsfindung würde im medizinischen Alltag sicherlich mehr Platz finden, wenn mehr Ärzte/Ärztinnen und Patientinnen die positive Erfahrung machen, dass die partizipative Entscheidungsfindung sich in der Praxis sehr vorteilhaft auswirkt. Shared Decision Making nimmt nicht einmal mehr Zeit in Anspruch als eine Standardvisite (Lee et al. 2002).

In Österreich sollten diese Ansätze mehr Bedeutung finden, da sie viele Vorteile mit sich bringen. In einer optimalen Beziehung zwischen Ärzten/Ärztinnen und Patienten/Patientinnen würde sich der/die gut informierte, selbstbestimmte und mündige Patient/Patientin mit einem aufklärenden, kommunikativ kompetenten Arzt/Ärztin verständigen. In einer partnerschaftlichen Zusammenarbeit sollen Therapien besprochen werden, gemeinsam entscheiden und die Verantwortung für die Gesundheit geteilt werden.

Allerdings muss uns klar sein, dass sowohl der Ausbildungsstand als auch die Gesprächskultur eines jeden einzelnen einen signifikanten Einflussfaktor auf die Qualität der Informationsübermittlung ausübt. Unserem Gesundheitssystem wird die zentrale Aufgabe zukommen, Transparenz in der Kommunikation von medizinischen Informationen zu schaffen (vgl. Wegwarth/Gigerenzer, 2009, S. 136).

Hier liegt auch der Lösungsansatz einer gelungen Kommunikation zwischen Arzt/Ärztin und Brustkrebspatientinnen: eine emotionale und informelle Unterstützung vom Zeitpunkt der Diagnosemitteilung bis zur Nachsorge.

Außerdem wäre es erstrebenswert, wenn es mehr Angebote von Kommunikationstraining für Ärzte/Ärztinnen im onkologischen Bereich und speziell bei Brustkrebskranken Frauen geben würde. Außerdem soll die Ausbildung und die Einführung von Kommunikationstraining für Medizinstudenten/Medizinstudentinnen weiter vorangetrieben werden. Denn aus Studien wie von *Fallowfield* (2002) und *Maguire/Pitceathley* (2002) wird ersichtlich, dass Seminare bzw. Kommunikationstrainings zur einer Verbesserung der kommunikativen Fähigkeiten führt und dies für Patientinnen als auch für Ärzte/Ärztinnen zum Vorteil sein kann.

Die kommunikative Medizin wird in der Medizin der Zukunft eine immer größer werdende Rolle spielen, wobei das Mitgefühl einen entscheidenden Faktor in der

kommunikativen Medizin spielt. Denn ohne mitfühlende Kommunikation kann es zwar eine effizienzorientierte Gesundheitsindustrie und medizinische Spitzenforschung geben, aber keine Kultur des Heilens, welche aber in der Zukunft dringend notwendig ist (vgl. Gottschlich 2007, S. 19).

Literaturverzeichnis

Abenhardt, W., Bartens, S., De Waal, J. et al. (2009): Nachsorge. In: Tumorzentrum München (Hrsg.) (2009): Mammakarzinome: Empfehlung zur Diagnostik, Therapie und Nachsorge, 12. Auflage, W. Zuckschwerdt Verlag: München, S. 178-197.

Ackerknecht, E. (1969): Kurze Geschichte der Medizin, Ferdinand Enke Verlag: Stuttgart

Aebi, S. (2008a): Frühes Mammakarzinom-Therapiekonzepte. In: Eicher, M., Marquard, S. (2008): Brustkrebs-Lehrbuch für Breast Care Nurses, Pflegende und Gesundheitsberufe, 1.Auflage, Verlag Hans Huber: Bern. S. 144-150.

Aebi, S. (2008b): Fortgeschrittenes Mammakarzinom - Therapiekonzepte. In: Eicher, M., Marquard, S. (2008): Brustkrebs-Lehrbuch für Breast Care Nurses, Pflegende und Gesundheitsberufe, 1.Auflage, Verlag Hans Huber: Bern. S. 151-153.

Barth, D. (1999): Mediziner-Marketing: vom Werbeverbot zur Patienteninformation; eine rechtsvergleichende und interdisziplinäre Studie zur Kommunikation zwischen Patienten und Ärzten, Springer Verlag: Berlin, Heidelberg, New York

Barth, V., Barth, A. (2003): Brustkrebs: schnell verstehen- richtig behandeln, Trias Verlag: Stuttgart

Bauer, J. (2006): Warum ich fühle, was du fühlst. Intuitive Kommunikation und das Geheimnis der Spiegelneurone, 10.Auflage, Hoffmann und Campe Verlag: Hamburg

Berg, L. (1995): Brustkrebs: Wissen gegen Angst, Verlag Antje Kunstmann: München

Bergner, T. (2009): Wie geht's uns denn? – Ärztliche Kommunikation optimieren, Schattauer GmbH: Stuttgart

Bernhard, J., Dietrich, L. (2008): Psychoonkologie. In: Eicher, M., Marquard, S. (2008): Brustkrebs-Lehrbuch für Breast Care Nurses, Pflegende und Gesundheitsberufe, 1.Auflage, Verlag Hans Huber: Bern. S. 250-266.

Bernhard, M., et al. (2012): Oncology Clinicians' Defenses and Adherence to Communication Skills Training with Simulated Patients: an Exploratory Study.

Brian, K., Norman, P., Gray, J., et al. (1999): Anxiety and adherence to breast self-examination in women with a family history of breast cancer. Psychosomatic Medicine 61:181-187.

Brustzentrum Graz

URL: <http://brustzentrum-graz.at/cms/beitrag/10212981/6333199.html>(Stand:06.05.2012)

Bucka – Lassen, E. (2005): Das schwere Gespräch: Einschneidende Diagnosen menschlich vermitteln, Deutscher Ärzte Verlag GmbH

Burger, W. (2009): Unterschiede in der Gesprächsführung bei Patienten mit chronischen und akuten gesundheitlichen Problemen. In: Langer, T., Schnell, M. (Hrsg.) (2009): Das Arzt – Patient; Patient – Arzt Gespräch: Ein Leitfaden für die Praxis, Hans Marseille Verlag: München, S. 109-121.

Bürger, E. (2006): Palliativmedizin. In: Ditz, S., Diegelmann, C., Isermann, M. (2006): Psychoonkologie – Schwerpunkt Brustkrebs, Verlag W. Kohlhammer: Stuttgart, S. 63-77.

Calle, E., Rodriguez, C., Walker-Thurmond, K. et al. (2003): Overweight, obesity and mortality from cancer in a prospectively studied cohort of US adults. New England Journal of Medicine 348: 1625-1638.

Chlebowski, R., Kuller, L., Prentice R. et al. (2009): Breast Cancer after use of estrogen plus progestin in postmenopausal women. New England Journal of Medicine 360: 573-461.

Chlebowski, R., Anderson, G., Pettinger, M. et al. (2008): Estrogen plus progestin and breast cancer detection by means of mammography and breast biopsy. Archives of Internal Medicine, vol.168, no. 4: 370-377.

Collins, E., Moore, C., Clay, K. (2009): Can women with early-stage breast cancer make an informed decision for mastectomy? Journal of Clinical Oncology vol.27, no. 4: 519-525.

Constantinescu, M. (2008): Brustwiederaufbau. In: Eicher, M., Marquard, S. (2008): Brustkrebs-Lehrbuch für Breast Care Nurses, Pflegende und Gesundheitsberufe, 1.Auflage, Verlag Hans Huber: Bern. S. 186-200.

Coyle, Y. (2009): Lifestyle, genes, and cancer. Methods in Molecular Biology 472:25-56.

Del Carmen MG, Birrer M, Schorge JO. (2012): Clear cell carcinoma of the ovary: A review of the literature. Gynecologic Oncology.

Delbrück, H. (1996): Brustkrebs: Rat und Hilfe für Betroffene und Angehörige, 3., überarbeitete und erweiterte Auflage, Verlag W. Kohlhammer: Stuttgart, Berlin, Köln

Delbrück, H. (2009): Brustkrebs: Rat und Hilfe für Betroffene und Angehörige, 8., überarbeitete und erweiterte Auflage, Verlag W. Kohlhammer: Stuttgart, Berlin, Köln

Deutsche Krebsgesellschaft: Zertifizierte Brustkrebszentren Österreich

URL:http://www.krebsgesellschaft.de/wub_zertifizierung_brustzentren_oesterreich,77531.html(Stand:03.05.2012)

Diamantidis, T. (2004): Den Krebs bewältigen und einfach wieder leben, Trias Verlag: Stuttgart

DiNardo, CD; Luger, SM.,(2012):Beyond morphology: minimal residual disease detection in acute myeloid leukemia., Current Opinion in Hematology; vol.19; no.:2: 82-8.

Ditz, S. (2006a) Diagnose Brustkrebs: "Breaking bad news".In: Ditz, S., Diegelmann, C., Isermann, M. (2006): Psychoonkologie – Schwerpunkt Brustkrebs, Verlag W. Kohlhammer: Stuttgart, S. 167-187.

Ditz, S. (2006b): Sexualität nach Brustkrebs. In: Ditz, S., Diegelmann, C., Isermann, M. (2006): Psychoonkologie – Schwerpunkt Brustkrebs, Verlag W. Kohlhammer: Stuttgart, S. 142-153.

Ditz, S. (2006c): Entscheidungsdilog. Die Patientin als Partnerin im medizinischen Entscheidungsprozess. In: Ditz, S., Diegelmann, C., Isermann, M. (2006): Psychoonkologie – Schwerpunkt Brustkrebs, Verlag W. Kohlhammer: Stuttgart, S. 174-181.

Ditz, B. (2006): Patientenmündigkeit- Messung, Determinanten, Auswirkungen und Typologie mündiger Patienten, Deutscher Universitätsverlag: Wiesbaden

Dorn, A., Wollenschein, M., Rohde, A. (2007): Psychoonkologische Therapie bei Brustkrebs, Deutscher Ärzteverlag: Köln

Eckart, W. (1994): Geschichte der Medizin, 2. komplett überarbeitete Auflage, Springer Verlag: Berlin, Heidelberg

Edler von Koch, F., Anthuber, C., Ataseven, B., et al. (2009): Klinik der In-situ-Karzinome. In: Tumorzentrum München (Hrsg.) (2009): Mammakarzinome: Empfehlung zur Diagnostik, Therapie und Nachsorge, 12. Auflage, W. Zuckschwerdt Verlag: München, S. 84-92.

Eicher, M. (2008): Bedürfnisse von Patientinnen mit Brustkrebs und deren Angehörigen. In: Eicher, M., Marquard, S. (2008): Brustkrebs-Lehrbuch für Breast Care Nurses, Pflegende und Gesundheitsberufe, 1.Auflage, Verlag Hans Huber: Bern. S. 40- 57.

Eicher, M., Marquard, S. (2008): Praxismodelle „Breast Care Nurse“. In: Eicher, M., Marquard, S. (2008): Brustkrebs-Lehrbuch für Breast Care Nurses, Pflegende und Gesundheitsberufe, 1.Auflage, Verlag Hans Huber: Bern. S. 447-454.

Eiermann, W., Bauerfeind, I., Hanusch, C. et al. (2009): Primär systemische Therapie. In: Tumorzentrum München (Hrsg.) (2009): Mammakarzinome: Empfehlung zur Diagnostik, Therapie und Nachsorge, 12. Auflage, W. Zuckschwerdt Verlag: München, S. 143-152.

Emons, D., Beuth, J., Rössling, B. (2008): Brustkrebs: Überlebenshilfe für junge Frauen, Trias Verlag: Stuttgart

Engel, F., Nestmann, F., Sickendiek, U. (2012): Theoretische Konzepte der Beratung. In: Schaeffer, D., Schmidt-Kaehler, S.(Hrsg.) (2012): Lehrbuch Patientenberatung, Verlag Hans Huber: Bern , S. 25-58.

Europa Donna - die europäische Föderation gegen Brustkrebs: Mammographie Screenings

URL: <http://www.europadonna.at/information/mammographie-screenings.html>

(Stand: 03.05.2012)

Europa Donna - die europäische Föderation gegen Brustkrebs: „Sollte es sein müssen, dann nur in einem Brustzentrum!“

URL: <http://www.europadonna.at/information/brustzentren.html> (Stand:03.05.2012)

EUSOMA (2000): Requirements of a specialist breast unit. Positionspapier: European Journal of Cancer 36 (2000): 2288-2293.

URL: http://www.mamazone.it/pdf/EUSOMA-BZ05_05_04.pdf (Stand: 05.05.2012)

EUSOMA (2010): European Society of Breast Cancer Specialists- Requirements of a specialist breast unit: 1-31.

URL: <http://www.eusoma.org/doc/EusomaBURequirements2010.pdf> (Stand: 05.05.2012)

EUSOMA: European Society of Breast Cancer Specialists - Certification Process.

URL: http://www.eusoma.org/Engx/BreastUnits/AccreditationProcess.aspx?cont=ap_accredited (Stand: 05.05.2012)

Faller, H. (1998): Krankheitsverarbeitung bei Krebskranken, Hogrefe Verlag: Göttingen

Fallowfield, L., Jenkins, V., Farewell, V. et al. (2002): Efficacy of a cancer research UK communication skills training model for oncologists; a randomised controlled trial. The Lancet, vol. 359: 650-656.

Fogarty, L. et al. (1999): Can 40 seconds of compassion reduce patient anxiety? In: Journal of clinical oncology, vol. 17, no.1: 371-379.

Frauengesundheitszentrum (2006): Informationsbroschüre: Brustkrebs-Früherkennung: Informationen zum Mammografie-Screening

Funke, I., Anthuber, C., Ataseven, B. et al. (2009): Operative Therapie des primären Mammakarzinoms und Rekonstruktionsverfahren. In: Tumorzentrum München (Hrsg.) (2009): Mammakarzinome: Empfehlung zur Diagnostik, Therapie und Nachsorge, 12. Auflage, W. Zuckschwerdt Verlag: München, S. 119-130.

Giersiepen, K., Greiser, E. (2001): Epidemiologie und Risikofaktoren des Brustkrebses. In: Koppelin, F., Müller, R., Keil, A., Hauffe, U. (2001): Die Kontroverse um die Brustkrebsfrüherkennung, Verlag Hans Huber: Bern, S. 65-78.

Goerke, B. (2003): Patient und Psyche - Eine Einführung für Pharmazeuten, Govi-Verlag: Eschborn

Goldmann, H. (2004): Überzeugende Kommunikation, 5., aktualisierte und erweiterte Auflage, Redline Wirtschaft: Frankfurt

Golemann, D. (1996): Emotionale Intelligenz, Hanser Verlag: Wien

Gotzsche, P., Nielsen, M. (2009): Screening for breast cancer with mammography. Cochrane Database of Systematic Reviews vol. 4

Gottschlich, M. (2007): Medizin und Mitgefühl: Die heilsame Kraft empathischer Kommunikation, 2., vollständig überarbeitete Auflage, Böhlau Verlag :Wien-Köln-Weimar.

Greiser, C., Greiser, E., Dören, M. (2005): Menopausal hormone therapy and risk of breast cancer : a meta-analysis of epidemiological studies and randomized controlled trials. Human Reproduction Update, vol.11, no 6: 561-573.

Gutzmann, A. (2006): Tumornachsorge als frauenärztliche Begleitung. In: Ditz, S., Diegelmann, C., Isermann, M. (2006): Psychoonkologie – Schwerpunkt Brustkrebs, Verlag W. Kohlhammer: Stuttgart, S. 53-62.

Hamamann, J., Hein, J., Kissling, W. (2005): Patientenempowerment – eine wirksame Strategie zur Förderung der Patientenbeteiligung bei medizinischen Entscheidungen. In: Härter, M., Loh, A., Spies, C. (Hrsg.) (2005): Gemeinsam entscheiden – erfolgreich behandeln; Neue Wege für Ärzte und Patienten im Gesundheitswesen, Deutscher Ärzte Verlag: Köln, S. 44-53.

Hannaford, P., Selvaraj, S., Elliott, A. et al. (2007): Cancer risk among users of oral contraceptives: cohort data from the Royal College of General Practitioner's oral contraception study. BMJ 335: 651

Hebenstreit, S., Güntert, B. (2001): Qualitätsaspekt der Online-Gesundheitskommunikation. In: Hurrelmann, K., Leppin A. (2001): Moderne Gesundheitskommunikation – Vom Aufklärungsgespräch zur E - Health. Hans Huber Verlag: Bern, S. 277-290.

Hehlmann, T. (2008): Kommunikation und soziale Ungleichheit. In: Tiesmeyer, K. et al. (2008): Der blinde Fleck. Ungleichheiten in der Gesundheitsversorgung. Hans Huber Verlag: Bern. S.337-359.

Herrman, S., Kuch, H. (2007): Verletzende Worte. Eine Einleitung. In: Herrmann, S., Krämer, S., Kuch, H. (2007): Verletzende Worte - Die Grammatik sprachlicher Missachtung, transcript Verlag: Bielefeld, S. 7-31.

Hick, C. (2006): Klinische Ethik, Springer Verlag: Heidelberg

Holmberg, C. (2005): Diagnose Brustkrebs: Eine ethnografische Studie über Krankheit und Krankheitserleben, Campus Verlag: Frankfurt, New York

Höflich, J., Präger, S., Mertten, C. et al. (2009): Wozu braucht man da noch einen Arzt? Die Veränderung der Arzt-Patient-Beziehung durch das Internet. In: Klusen, N., Fließgarten, A., Nebling, T. (Hrsg.) (2009): Informiert und selbstbestimmt-Der mündige Bürger als Patient, Nomos Verlagsgesellschaft: Baden Baden, S. 206-221.

Höß, C., Neumann, O., Rauthe, G. et al. (2009): Hormonelle Substitutionstherapie und Mammakarzinom. In: Tumorzentrum München (Hrsg.) (2009): Mammakarzinome: Empfehlung zur Diagnostik, Therapie und Nachsorge, 12. Auflage, W. Zuckschwerdt Verlag: München, S. 241-251.

Horch, K., Wirz, J. (2005): Nutzung von Gesundheitsinformationen; Bundesgesundheitsblatt-Gesundheitsforschung-Gesundheitsschutz, vol 48, no 11, 1250-1255

Howard JH, Bland KI.(2012): Current management and treatment strategies for breastcancer. Current Opinion in Obstetrics and Gynecology, vol;24, no. 1:44-8.

Hurrelmann, K. (2001): Wie lässt sich die Rolle des Patienten stärken? In: von Reibnitz, C., Schnabel, P., Hurrelmann, K. (Hrsg.) (2001): Der mündige Patient-Konzepte zur Patientenberatung und Konsumentensouveränität im Gesundheitswesen, Juventa Verlag: Weinheim, München, S. 35-49.

Hurrelman, K., Leppin A. (2001): Moderne Gesundheitskommunikation- eine Einführung. In: Hurrelmann, K., Leppin A. (2001): Moderne Gesundheitskommunikation – Vom Aufklärungsgespräch zur E-Health. Hans Huber Verlag: Bern, S. 9-22.

Hüther, G. (2006): Ursachen und Auswirkungen von Angst und Stress und Möglichkeiten der Bewältigung seelischer Belastungen aus neurobiologischer Sicht. In: Ditz, S., Diegelmann, C., Isermann, M. (2006): Psychoonkologie – Schwerpunkt Brustkrebs, Verlag W. Kohlhammer: Stuttgart, S. 93-103 .

Isermann, M. (2006): Psychische Komorbidität bei Brustkrebs. . In: Ditz, S., Diegelmann, C., Isermann, M. (2006): Psychoonkologie – Schwerpunkt Brustkrebs, Verlag W. Kohlhammer: Stuttgart, S. 103-110.

Jatoi, I., Proschan, M. (2005): Randomized trials of breast-conserving therapy versus mastectomy for primary breast cancer: a pooled analysis of updated results. American Journal of Clinical Oncology, vol. 28,no. 3: 289-294.

Jäger, H. (2001): Compliance & Empowerment. In: von Reibnitz, C., Schnabel, P., Hurrelmann, K. (Hrsg.) (2001): Der mündige Patient-Konzepte zur Patientenberatung und Konsumentensouveränität im Gesundheitswesen, Juventa Verlag: Weinheim, München, S. 169-178.

Jenkins, V., Fallowfield, L., Saul, J. (2001): Information needs of patients with cancer: results from a large study in UK cancer centres, British Journal of Cancer, vol. 84, no.1: 48-51.

Kahlert, S., Anthuber, C., Ataseven, B. et al. (2009): Adjuvante Systemtherapie. In: Tumorzentrum München (Hrsg.) (2009): Mammakarzinome: Empfehlung zur Diagnostik, Therapie und Nachsorge, 12. Auflage, W. Zuckschwerdt Verlag: München, S. 153-178.

Kaltenborn, K. (2001): Medizin- und gesundheitsrelevanter Wissenstransfer durch Medien. In: Hurrelmann, K., Leppin, A. (2001): Moderne Gesundheitskommunikation - Vom Aufklärungsgespräch zur E-Health, Hans Huber Verlag: Bern, S. 36-71

Kaufmann, M., von Minckwitz, G., Scharl, A., Costa, S. (2006): Mammakarzinom. In: Kaufmann, M., Costa, S., Scharl, A. (2006): Die Gynäkologie. 2., vollständig überarbeitete und aktualisierte Auflage, Springer Verlag: Heidelberg. S. 477-537.

Kaufmann, M., Scharl, A. (2006): Mamma. In: Kaufmann, M., Costa, S., Scharl, A. (2006): Die Gynäkologie. 2., vollständig überarbeitete und aktualisierte Auflage, Springer Verlag: Heidelberg. S. 641-670.

Keil, A. (2001): Die Diagnose Krebs ist nicht das Ende. In: Koppelin, F., Müller, R., Keil, A., Hauffe, U. (2001): Die Kontroverse um die Brustkrebsfrüherkennung, Verlag Hans Huber: Bern, S. 117-132.

Kerr, J. Engel, J., Schlesinger-Raab, A. et al. (2003): Communication, quality of life and age. Results of a 5-year prospective study in breast cancer patients. *Annals of Oncology*, vol.14, no. 3: 421-427.

Klemperer, D. (2005): Partizipative Entscheidungsfindung in Deutschland- Handlungsfehler zur Verbesserung der Entscheidungsqualität. In: Härter, M., Loh, A., Spies, C. (2005): Gemeinsam entscheiden- erfolgreich behandeln. Deutscher Ärzte-Verlag GmbH: Köln, S. 25-35.

Klemperer, D. (2009): Qualitätssicherung durch informierte Patienten. In: Klusen, N., Fließgarten, A., Nebling, T. (Hrsg.) (2009): Informiert und selbstbestimmt-Der mündige Bürger als Patient, Nomos Verlagsgesellschaft: Baden Baden, S. 139-155.

Koch, K., Weymayr C. (2003): Mythos Krebsvorsorge: Schaden und Nutzen der Früherkennung, Eichborn Verlag: Frankfurt am Main

Koch, K. (2005): Krebs früh erkennen, Stiftung Warentest: Berlin

Koerfer, A., Köhle, K., Obliers, R. (1994): Zur Evaluation von Arzt-Patienten-Kommunikation, Perspektiven einer angewandten Diskursethik in der Medizin. In: Redder, A., Wiese, I. (Hrsg.) (1994): Medizinische Kommunikation – Diskurspraxis, Diskursethik, Diskursanalyse, Westdeutscher Verlag: Opladen, S. 53-97.

Kulzer, B. (2009): Das Arzt – Patient – Gespräch in der Inneren Medizin. In: Langer, T., Schnell, M. (Hrsg.) (2009): Das Arzt – Patient; Patient – Arzt Gespräch: Ein Leitfaden für die Praxis, Hans Marseille Verlag: München, S. 29-43.

Lambert, W. (1999): Die Kunst der Kommunikation, Verlag Herder: Freiburg im Breisgau, Basel, Wien.

Lee, S., Ross, R., Pike, M. (2005): An overview of menopausal oestrogen-progestin hormone therapy and breast cancer risk. British Journal of cancer 92: 2049-2058.

Lee, S., Back, A., Block, S. et al. (2002): Enhancing physician-patient communication. Hematology: 464- 483.

Loh, A. Simon, D.,Kriston, L., Härter, M. (2007): Patientenbeteiligung bei medizinischen Entscheidungen: Effekte der Partizipativen Entscheidungsfindung aus systematischen Reviews. Deutsches Ärzteblatt 104: 1483-1488.

Loh, A., Simon, D. (2009): Gemeinsame Entscheidungsfindung von Arzt und Patient. In: Langer, T., Schnell, M. (Hrsg.) (2009): Das Arzt – Patient; Patient – Arzt Gespräch: Ein Leitfaden für die Praxis, Hans Marseille Verlag: München, S. 143-152.

Löser, A. (2001): Wenn Krebspatienten Fragen stellen: Was Pflegekräfte und Betroffene wissen müssen, 2., überarbeitete Auflage, Schlütersche Verlag

Love, S., Lindsey, K. (1996): Das Brustbuch: Was Frauen wissen wollen, Deutscher Taschenbuch Verlag: München

Maguire, P., Pitceathley, C. (2002): Key communication skills and how to acquire them. British Medical Journal, vol. 325: 697-700.

Mainenborn, A. (2001): Neue Modelle der Patienteninformation über das Internet. In: von Reibnitz, C., Schnabel, P., Hurrelmann, K. (Hrsg.) (2001): Der mündige Patient-Konzepte zur Patientenberatung und Konsumentensouveränität im Gesundheitswesen, Juventa Verlag: Weinheim, München, S. 249-262.

Margulies, A., Aebi, S. (2008): Pharmakotherapie. In: Eicher, M., Marquard, S. (2008): Brustkrebs-Lehrbuch für Breast Care Nurses, Pflegende und Gesundheitsberufe, 1.Auflage, Verlag Hans Huber: Bern. S. 219-234.

Marquard, S. (2008a): Betrachtungsweisen der weiblichen Brust. In: Eicher, M., Marquard, S. (2008): Brustkrebs-Lehrbuch für Breast Care Nurses, Pflegende und Gesundheitsberufe, 1.Auflage, Verlag Hans Huber: Bern. S. 31-40.

Marquard, S. (2008b): Ausbildungsmodelle „Breast Care Nurse“. In: Eicher, M., Marquard, S. (2008): Brustkrebs-Lehrbuch für Breast Care Nurses, Pflegende und Gesundheitsberufe, 1.Auflage, Verlag Hans Huber: Bern. S. 442-446.

Marquard, S., Biedermann, M. (2008): Brustprothetische Versorgung. In: Eicher, M., Marquard, S. (2008): Brustkrebs-Lehrbuch für Breast Care Nurses, Pflegende und Gesundheitsberufe, 1.Auflage, Verlag Hans Huber: Bern. S. 312-324.

Matzat, J. (2005): Selbsthilfe und Beteiligung von Patienten im Gesundheitswesen. In: Härter, M., Loh, A., Spies, C. (Hrsg.) (2005): Gemeinsam entscheiden – erfolgreich behandeln; Neue Wege für Ärzte und Patienten im Gesundheitswesen, Deutscher Ärzte Verlag: Köln, S. 113-120.

Mayr, D., Sotlar, K., Högel, B. et al. (2009): Pathologie des Mammakarzinoms. In: Tumorzentrum München (Hrsg.) (2009): Mammakarzinome: Empfehlung zur Diagnostik, Therapie und Nachsorge, 12. Auflage, W. Zuckschwerdt Verlag: München, S.54-84.

Melchert, F. (2006): Epidemiologie, Onkogenese, Risikofaktoren des Mammakarzinoms. In: Ditz, S., Diegelmann, C., Isermann, M. (2006): Psychoonkologie – Schwerpunkt Brustkrebs, Verlag W. Kohlhammer: Stuttgart, S. 21-26.

Mühlhauser, I. (2009): Mammografie-Screening: Aktuelle wissenschaftliche Daten und Situation in Deutschland. In: CLIO-Die Zeitschrift für Frauengesundheit : Brustgesundheit – was Frauen bewegt, Feministisches Frauen Gesundheits Zentrum e.V. Berlin (Hrsg.)34. Jahrgang, Nr. 69, S. 13-15.

Nebling, T., Fließgarten, A. (2009): Wollen Patienten mündig sein? In: Klusen, N., Fließgarten, A., Nebling, T. (Hrsg.) (2009): Informiert und selbstbestimmt-Der mündige Bürger als Patient, Nomos Verlagsgesellschaft: Baden Baden, S. 80-97.

Nielsen, H., Overgaard, M., Grau, C. et al (2006): Study of failure pattern among high-risk breast cancer patients with or without postmastectomy radiotherapy in addition to adjuvant systemic therapy: long-term results from the Danish Breast Cancer Cooperative Group DBCG 82 b and c randomized studies. Journal of Clinical Oncology, vol. 24, no.15: 2268-2275.

ÖBIG (2005): Mammographie-Screening Austria; Schritte zur Umsetzung in Modellregionen

ÖBIG (2008): Brustkrebsbericht 2008

http://www.bmg.gv.at/cms/site/attachments/6/4/3/CH0774/CMS1246005710549/brustkreb_sbericht_2008.pdf (Stand: 30.04.2012)

Österreichischer Frauengesundheitsbericht (2010/2011): Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.und Verleger)

Österreichische Krebshilfe (2009): Brustkrebs: Diagnose, Operation, Therapie, Wiederherstellung, Nachsorge

Psychrembel (2011): Klinisches Wörterbuch; 262., neu bearbeitete und erweiterte Auflage, Walter de Gruyter Verlag: Berlin

Rasky, E., (2003): Gesundheitswissenschaften: Info-Kompass Frauengesundheiten; Frauengesundheitszentrum Graz

Rees, C., Bath, P. (2000): The information needs and source preferences of women with breast cancer and their family members: a review of the literature published between 1988 and 1998, Journal of Advanced Nursing, vol. 31, no. 4: 833-841.

Regierer, A., Possinger, K. (2005): Mammakarzinom: Manual Diagnostik und Therapie, Deutscher Ärzte Verlag: Köln

Riedner, C., Bartens, S., Beinert, T. et al. (2009): Psychoonkologische Gesichtspunkte. In: Tumorzentrum München (Hrsg.) (2009): Mammakarzinome: Empfehlung zur Diagnostik, Therapie und Nachsorge, 12. Auflage, W. Zuckschwerdt Verlag: München, S. 222-241.

Rogall, R. et al. (2005): Professionelle Kommunikation in Pflege und Management, Schlütersche Verlagsgesellschaft mbH&Co: Hannover

Rossmannith, S. (1989): Vom Monolog zum Dialog. In: Ringel, E., Rossmannith, S. (1989): Die Arzt-Patient-Beziehung, Verlag für medizinische Wissenschaften Wilhelm Maudrich: Wien, S. 11-19.

Rühl, I., Artmann, A., Baumgärtner, A. et al. (2009): Das hereditäre Mammakarzinom. In: Tumorzentrum München (Hrsg.) (2009): Mammakarzinome: Empfehlung zur Diagnostik, Therapie und Nachsorge, 12. Auflage, W. Zuckschwerdt Verlag: München, S. 100-119.

Savard, J., Simard, S., Ivers, H. et al. (2005): Randomized study on the efficacy of cognitive-behavioral therapy for insomnia secondary to breast cancer, part I: Sleep and psychological effects. *Journal of Clinical Oncology*, vol. 23, no. 25: 6083-6096

Schaffer, P., Ataseven, B., Belka, C. et al. (2009): Radioonkologische Behandlung. In: Tumorzentrum München (Hrsg.) (2009): Mammakarzinome: Empfehlung zur Diagnostik, Therapie und Nachsorge, 12. Auflage, W. Zuckschwerdt Verlag: München, S. 130- 143.

Schaeffer, D., Dewe, B. (2008): Zur Interventionslogik von Beratung in Differenz zu Information, Aufklärung und Therapie. In: Schaeffer, D., Schmidt-Kaehler, S. (2008): *Lehrbuch Patientenberatung*, Verlag Hans Huber: Bern, S. 127-153.

Scheibler, F., Pfaff, H. (2003): Shared decision - making; Ein neues Konzept der Professionellen-Patienten-Interaktion. In: Scheibler, F., Pfaff, H. (Hrsg) (2003): *Shared Decision – Making: Der Patient als Partner im medizinischen Entscheidungsprozess*, Juventa Verlag: Weinheim und München, S. 11-23.

Scheich, D., Artmann, A., De Waal, J. et al. (2009): Bildgebende und interventionelle Diagnostik. In: Tumorzentrum München (Hrsg.) (2009): Mammakarzinome: Empfehlung zur Diagnostik, Therapie und Nachsorge, 12. Auflage, W. Zuckschwerdt Verlag: München, S. 31- 54.

Schildmann, J., Schildmann, E. (2009): Das Überbringen einer schlechten Nachricht. In: Langer, T., Schnell, M. (Hrsg.) (2009): *Das Arzt – Patient; Patient – Arzt Gespräch: Ein Leitfaden für die Praxis*, Hans Marseille Verlag: München, S. 89-99.

Schmidt-Matthiesen, H., Wallwiener, D. (2005): *Gynäkologie und Geburtshilfe*, 10., vollständig überarbeitete und aktualisierte Auflage, Schattauer Verlag: Stuttgart

Schnabel, P.- E. (2007): Gesundheit fördern und Krankheit prävenieren. Besonderheiten, Leistungen und Potentiale aktueller Konzepte vorbeugenden Versorgungshandelns, Juventa-Verlag: Weinheim, München

Schnell, M., Eicher, M. (2008): Psychosoziale und ethische Aspekte der Diagnosemitteilung. In: Eicher, M., Marquard, S. (2008): Brustkrebs-Lehrbuch für Breast Care Nurses, Pflegende und Gesundheitsberufe, 1.Auflage, Verlag Hans Huber: Bern. S. 134-140.

Schöber, C. (2006): Früherkennung des Mammakarzinoms. Was ist gesichert? In: Ditz, S., Diegelmann, C., Isermann, M. (2006): Psychoonkologie – Schwerpunkt Brustkrebs, Verlag W. Kohlhammer: Stuttgart, S. 26-37.

Schröck, R., Baumeister, R., Hussain, M. et al (2009): Physikalisch-therapeutische Maßnahmen und Rehabilitation nach Brustkrebs inklusive Behandlung von Lymphödemen mit Rezeptierungshinweisen für Heil- und Hilfsmittel. In: Tumorzentrum München (Hrsg.) (2009): Mammakarzinome: Empfehlung zur Diagnostik, Therapie und Nachsorge, 12. Auflage, W. Zuckschwerdt Verlag: München, S. 203-222.

Schulte, H. (2006): Krebserkrankung und Selbsthilfe heute. In: Ditz, S., Diegelmann, C., Isermann, M. (2006): Psychoonkologie – Schwerpunkt Brustkrebs, Verlag W. Kohlhammer: Stuttgart, S. 217-220.

Schulz von Thun, F. (1981): Miteinander reden. Band I: Störungen und Klärungen, Rohwolt Verlag: Reinbek bei Hamburg

Schulz von Thun, F., Ruppel J., Stratmann R. (2011): Miteinander reden: Kommunikationspsychologie für Führungskräfte, Rohwolt Taschenbuch Verlag: Reinbek bei Hamburg

Schweickhardt, A., Fritzsche, K. (2007): Kursbuch ärztliche Kommunikation: Grundlagen und Fallbeispiele aus Klinik und Praxis, Deutscher Ärzte - Verlag GmbH: Köln

Shapiro, R., Simpsons, D., Lawrence, S. (1989): A Survey of Sued and Non-Sued Physicians and Suing Patients. Archives of International Medicine, vol. 149: 2190-2196.

Signitzer, B. (2001): Ansätze und Forschungsfelder der Health Communication. In: Hurrelmann, K., Leppin, A. (2001): Moderne Gesundheitskommunikation - Vom Aufklärungsgespräch zur E-Health, Hans Huber Verlag: Bern, S. 22-35.

Simon, D., Härter, M. (2009): Gemeinsame Entscheidungsfindung zwischen Arzt und Patient – Zeitraubender Luxus im Praxisalltag? In: Klusen, N., Fließgarten, A., Nebling, T. (Hrsg.) (2009): Informiert und selbstbestimmt - Der mündige Bürger als Patient, Nomos Verlagsgesellschaft: Baden Baden, S. 156-170.

Simon, W. (2004): GABALs großer Methodenkoffer – Grundlagen der Kommunikation, GABAL Verlag GmbH: Offenbach

Smith-Warner, S., Spiegelman, D., Yaun, S., et al. (1998): Alcohol and breast cancer in women. A pooled analysis of cohort studies. JAMA, vol. 279, no. 7: 535-540.

Söling, U. (2006): Adjuvanter und palliativer Einsatz von Chemo-, endokriner und Antikörpertherapie. In: Ditz, S., Diegelmann, C., Isermann, M. (2006): Psychoonkologie – Schwerpunkt Brustkrebs, Verlag W. Kohlhammer: Stuttgart, S. 48-53.

Stadler, P. et al. (2009): Sonderfälle. In: Tumorzentrum München (Hrsg.) (2009): Mammakarzinome: Empfehlung zur Diagnostik, Therapie und Nachsorge, 12. Auflage, W. Zuckschwerdt Verlag: München, S. 305-314.

Stamatiadis-Smidt, H., zur Hausen, H., Wiestler, O. et al. (2006): Thema Krebs: umfassende Informationen, verständliche Erklärungen, Antworten auf ihre Fragen, 3., überarbeitete Auflage, Springer Verlag

Statistik Austria - Der Informationsmanager : Chronische Krankheiten

URL:http://www.statistik.at/web_de/statistiken/gesundheit/gesundheitszustand/chronische_krankheiten/index.html (Stand: 01.05.2012)

Stewart, M.A. (1995): Effective physician-patient communication and health outcomes: a review. Canadian Medical Association Journal, vol. 152, no. 9: 1423–1433.

Tautz, F. (2002): E-Health und die Folgen-Wie das Internet die Arzt-Patient-Beziehung und das Gesundheitssystem verändert, Campus Verlag: Frankfurt, Main

Tecic, T., Schneider, A., Steinhausen, E. (2009): Das Arzt – Patient – Gespräch in der Chirurgie. In: Langer, T., Schnell, M. (Hrsg.) (2009): Das Arzt – Patient; Patient – Arzt Gespräch: Ein Leitfaden für die Praxis, Hans Marseille Verlag: München, S. 13-29.

Tewes, R. (2003): Wenn die Kommunikation Pflegende belastet. In: Lorenz-Krause, R., Uhländer-Masiak, E. (Hrsg.) (2003): Frauengesundheiten-Perspektiven für Pflege-und Gesundheitswissenschaften, Verlag Hans Huber: Bern, S. 217-243.

Tezcan-Güntekin, H. (2010): „Da muss ich denen erst mal den Wind aus den Segeln nehmen!“ – Wie Ärzte mit informierten Patienten umgehen. In: Begenaus, J., Schubert, C., Vogd, W. (Hrsg.) (2010): Die Arzt-Patient-Beziehung, Kohlhammer Verlag: Stuttgart, S. 76-94.

Thomas, V. (2005): Erfahrungen und Überlegungen eines Patienten zum Patienten – Arzt – Verhältnis; Die Forscherperspektive. In: Härter, M., Loh, A., Spies, C. (Hrsg.) (2005): Gemeinsam entscheiden – erfolgreich behandeln; Neue Wege für Ärzte und Patienten im Gesundheitswesen, Deutscher Ärzte Verlag: Köln, S. 89-96.

Thompson, T. (2001): Die Beziehung zwischen Patienten und professionellen Dienstleistern des Gesundheitswesens. In: Hurrelmann, K., Leppin, A. (2001): Moderne Gesundheitskommunikation - Vom Aufklärungsgespräch zur E-Health, Hans Huber Verlag: Bern, S. 73-93.

Tiesmeyer, K. et al. (2008): Soziale Ungleichheit. In: Tiesmeyer, K. et al. (2008): Der blinde Fleck. Ungleichheiten in der Gesundheitsversorgung. Hans Huber Verlag: Bern, S.18-19.

Vogel, B., Helmes, A., Bengel, J. (2006): Arzt-Patienten-Kommunikation in der Tumorbehandlung: Erwartungen und Erfahrungen aus Patientensicht, Zeitschrift für Medizinische Psychologie 15: 149-161.

Vordermaier, A., Caspari, C., Kahlert, S. et al. (2003): Entscheidungsbeteiligung von Patientinnen bei der adjuvanten Therapie des Mammakarzinoms. In: Scheibler, F., Pfaff, H. (Hrsg) (2003): Shared Decision – Making: Der Patient als Partner im medizinischen Entscheidungsprozess, Juventa Verlag: Weinheim und München, S. 160-168.

Watzlawick, P. (1969): Menschliche Kommunikation – Formen, Störungen, Paradoxien, Verlag Hans Huber: Bern

Wegwarth, O., Gigerenzer, G. (2009): „Zu Risiken und Nebenwirkungen...“ – Wie informiert sind Ärzte und Patienten. In: Klusen, N., Fließgarten, A., Nebling, T. (Hrsg.) (2009): Informiert und selbstbestimmt-Der mündige Bürger als Patient, Nomos Verlagsgesellschaft: Baden Baden, S. 123-139.

Weissenberger, C., Jonassen, S., Beranek-Chiu, J. et al. (2004): Breast cancer: patient information needs reflected in English and German web sites. British Journal of Cancer 91: 1482-1487.

WHO (1946): Constitution.

URL: http://www.searo.who.int/LinkFiles/About_SEARO_const.pdf (Stand: 03.05.2012)

WHO- World Health Organization (2009): Cancer

URL: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/en/index.html> (Stand: 01.05.2012)

Wodak, R. (1989): „Und warum kommen Sie denn?-Soziolinguistische Überlegungen zur Kommunikation zwischen Arzt und Patient. In: Ringel, E., Rossmanith, S. (1989): Die Arzt-Patient-Beziehung, Verlag für medizinische Wissenschaften Wilhelm Maudrich: Wien, S. 31-50.

Wolf, C., Ataseven, B., Hanusch, C. et al.(2009): Mammakarzinom-Prävention. In: Tumorzentrum München (Hrsg.) (2009): Mammakarzinome: Empfehlung zur Diagnostik, Therapie und Nachsorge, 12. Auflage, W. ZuckschwerdtVerlag: München, S. 12-31.

Writing Group for the Women's Health Initiative Investigators (2002): Risk and Benefits of Estrogen Plus Progestin in Healthy Postmenopausal Women: Principal Results From the Women's Health Initiative Randomized Controlled Trial, JAMA288:321-333.

Zeyen Käch, B., Biedermann, M. (2008): Veränderte Sexualität. In: Eicher, M., Marquard, S. (2008): Brustkrebs-Lehrbuch für Breast Care Nurses, Pflegende und Gesundheitsberufe, 1.Auflage, Verlag Hans Huber: Bern. S. 336-348.

Zielonke N, (2010): Krebsinzidenz und Krebsmortalität in Österreich;(Hrsg.): Statistik Austria; S. 13

Zysno, P., Blume, J., Pufal, H., et al. (2003): Die Beteiligung chronisch kranker Patienten an der Therapieentscheidung am Beispiel der peripheren arteriellen Verschlusskrankheit. In: Scheibler, F., Pfaff, H. (Hrsg) (2003): SharedDecision – Making: Der Patient als Partner im medizinischen Entscheidungsprozess, Juventa Verlag: Weinheim und München, S. 150-159.