

Hochschule für Angewandte Wissenschaften Hamburg
Fakultät für Wirtschaft und Soziales
Department Pflege und Management
Dualer Studiengang Pflege (BA)

**Die Begleitung von Patientinnen mit
Mammakarzinom durch eine Breast Care Nurse**

Qualifikation zur Erlangung des Bachelor of Arts der Pflege

Tag der Abgabe: 31. Mai 2017

Vorgelegt von: Natalia Wittbrot

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

Betreuende Prüferin: Prof. Petra Weber

Zweite Prüfende: Kathrin Dehning

Inhaltsverzeichnis

1 Einleitung.....	1
2 Methodik.....	3
3 Brustkrebs	5
3.1 Epidemiologie.....	5
3.2 Pathophysiologie.....	6
3.3 Therapie und Auswirkungen.....	9
4 Herausforderungen bei der Versorgung von Brustkrebspatientinnen.....	11
5 Breast Care Nurse.....	17
5.1 Anforderungsprofil und Kompetenzen einer Breast Care Nurse	17
5.2 Weiterbildung zur Breast Care Nurse in Deutschland	20
6 Effekte der Begleitung durch eine Breast Care Nurse.....	23
7 Fazit	30
8 Literaturverzeichnis	32

1 Einleitung

"Hoffnung ist ein kostbares Medikament, der beste Freund der Liebe zu mir selbst und zu meinem Leben. Hoffnung kann sogar heilen" (Pielhau, 2016). Einige Monate vor ihrem Tod veröffentlichte die Fernsehmoderatorin Miriam Pielhau ihr Buch ‚Dr. Hoffnung‘, in dem sie über ihre Brustkrebserkrankung und die damit einhergehende Bewältigung des alltäglichen Lebens, in der Annahme geheilt zu sein, schreibt (vgl. ebd.). Frau Pielhau gehörte im Jahr 2014 zu den rund 224.000 an Krebs erkrankten Menschen in Deutschland, davon starben allein ca. 18.000 Frauen an den Folgen der Diagnose ‚Mammakarzinom‘ (Statistisches Bundesamt 2016). Der Brustdrüsenkrebs gilt als die häufigste Krebserkrankung bei Frauen, wobei die Mortalität im höheren Alter zunimmt. So waren im Jahr 2014 63% der Verstorbenen 70 Jahre oder älter (vgl. ebd.). Doch auch Frauen unter 50 Jahren sind zunehmend betroffen. Und dies, obwohl das Mammakarzinom vor einigen Jahren noch vornehmlich ältere Menschen betraf (Robert-Koch-Institut 2016, S.36).

Im Jahr 2012 waren nur etwa ein Prozent der Brustkrebspatienten männlich (vgl. ebd.). Aus diesem Grund wird der Fokus der vorliegenden Arbeit auf Frauen bzw. Patientinnen¹ gelegt.

Die unmittelbare Zeit nach der Diagnose stellt für betroffene Frauen oftmals eine physische, psychische und funktionale Herausforderung dar (vgl. Cruickshank et al. 2008, S. 2). Die im Zusammenhang mit diesem Ereignis stehenden Professionellen tragen daher eine besondere Verantwortung. Wilson et al. (2013, S. 3582) empfehlen, dass ab dem Zeitpunkt der Diagnosestellung mindestens eine Person die primäre und durchgehende Begleitung der Patientin während ihrer Behandlung übernehmen sollte. Dabei stellen die Informationsvermittlung, das Besprechen von Behandlungsmöglichkeiten und auch der emotionale Beistand wichtige Schwerpunkte dar. Diese Aufgabe kann beispielsweise von einer spezialisierten Pflegefachkraft, der Breast Care Nurse (BCN) wahrgenommen werden (vgl. ebd.). Die Rolle der BCN, für die umfassende Gesundheitsversorgung von Frauen mit Brustkrebs, ist im angloamerikanischen und skandinavischen Raum bereits seit

¹ Soweit im Folgenden Berufs-, Gruppen- oder Personenbezeichnungen in männlicher Form Verwendung finden, so ist auch stets die weibliche Form gemeint.

mehr als 25 Jahren etabliert (vgl. Eicher 2005, S. 354; Cruickshank et al. 2008, S. 3). Im Vergleich dazu besteht die Möglichkeit der Ausbildung zur Breast Care Nurse in Deutschland erst seit 2005 (vgl. Eicher und Marquard 2008, S. 450). Somit kann hierzulande nicht jede von Brustkrebs betroffene Frau auf die Unterstützungsangebote einer BCN zurückgreifen, da die Etablierung dieser Zusatzqualifikation noch nicht flächendeckend erfolgt ist, um den tatsächlichen Bedarf abzudecken (vgl. ebd., S. 451).

Um die Bedeutung der Breast Care Nurse in Deutschland hervorzuheben und deren Einsatz zu plausibilisieren, wird folgende Fragestellung erörtert:

Wie wirkt sich die Begleitung einer Breast Care Nurse auf Patientinnen mit der Diagnose Mammakarzinom aus?

Das Ziel der Arbeit ist es, mögliche Effekte, die durch die enge Beziehungsgestaltung zwischen einer Breast Care Nurse und der von ihr betreuten Brustkrebspatientin entstehen, zu identifizieren und im Kontext zur Behandlung zu bewerten.

Um das Thema der vorliegenden Arbeit zu vertiefen, wird nach der Darstellung des methodischen Vorgehens das Krankheitsbild Brustkrebs beschrieben; neben der Epidemiologie und der Pathophysiologie wird ein Überblick über mögliche Therapieoptionen gegeben. Im Anschluss erfolgt eine Auseinandersetzung mit der Situation der Patientinnen ab dem Tag der Diagnosestellung. Die physischen und psychischen Belastungen sowie die daraus resultierenden Bedürfnisse sollen herausgearbeitet werden. Vor diesem Hintergrund wird im fünften Kapitel das Berufsbild der Breast Care Nurse näher beleuchtet. Neben der allgemeinen Berufsbeschreibung und den Anforderungen wird die Anwendung im deutschen Gesundheitssystem betrachtet. Die entstehenden Effekte durch die Begleitung einer Breast Care Nurse werden im sechsten Kapitel beschrieben. Im Fazit erfolgt eine Zusammenfassung der gewonnenen Erkenntnisse sowie eine persönliche Stellungnahme bezüglich der Spezialisierung ‚Breast Care Nurse‘.

2 Methodik

Für die Beantwortung der Forschungsfrage wurde sowohl eine Literaturrecherche als auch eine ergänzende Handsuche durchgeführt. Die Recherche erfolgte in der Fachbibliothek Soziale Arbeit und Pflege an der Hochschule für Angewandte Wissenschaften Hamburg (HAW) sowie in der ärztlichen Zentralbibliothek Hamburg Eppendorf (AEZB). Diese Standorte wurden genutzt, um von der erweiterten Zugriffsberechtigung für Artikel wissenschaftlicher Datenbanken zu profitieren. Bei der Suche wurde der Fokus auf folgende Themengebiete gelegt: Brustkrebs, Pflege und Effektivität. Um den aktuellen Forschungsstand identifizieren zu können, wurden die Datenbanken PubMed, Cochrane Library und CINAHL² ausgewählt. Für die Suchverläufe in diesen Datenbanken wurden für das Themengebiet Brustkrebs folgende Keywords verwendet: ‚*mastocarcinoma*‘, ‚*breast cancer*‘ und ‚*breast neoplasm*‘. Um die Trefferzahl zu erhöhen wurde nur bei PubMed der MeSH-Term ‚*Breast Neoplasm*‘ stellvertretend für die genannten Keywords ausgewählt.

Das Themengebiet Pflege bezieht sich hauptsächlich auf die Breast Care Nurse. Aus diesem Grund wurden die Keywords ‚*nurs**‘, ‚*oncology nurse*‘, ‚*nurse clinicians*‘, ‚*hospital nurse*‘, ‚*breast nurse*‘, ‚*breast care nurse*‘ und ‚*specialist breast nurse*‘ gewählt. Diese wurden bei PubMed durch den MeSH-Term ‚*Nurse Clinicians*‘ ersetzt.

Um das dritte Thema, die Effektivität abbilden zu können, wurde in PubMed und der Cochrane Library mit den Keywords ‚*effectiveness*‘, ‚*effect*‘, ‚*impact*‘ und ‚*influence*‘ recherchiert. Für die Suche in CINAHL wurde zusätzlich das Keyword ‚*outcome*‘ verwendet.

Die Schlagwörter der drei Themengebiete wurden zunächst separat mit dem Boole’schen Operator *OR* und abschließend mit dem Operator *AND* verknüpft.

Der erste Suchverlauf fand in der Datenbank PubMed statt. Von insgesamt zwölf Ergebnissen konnten nach Sichtung der Abstracts vier Studien miteinbezogen werden. Die darauffolgende Suche in der Cochrane Library ergab sieben Treffer, wovon fünf mit den Ergebnissen aus der PubMed-Datenbank übereinstimmten und somit doppelt vorhanden waren. Als einzige Ergänzung konnte das Review von

² Cumulative Index to Nursing and Allied Health

Cruickshank et al. (2008) als relevante Studie hinzugezogen werden. Der letzte Suchdurchlauf erfolgte in der Datenbank CINAHL. Insgesamt konnten 15 Treffer erzielt werden. Drei von diesen erwiesen sich als Duplikate der vorherigen Suchverläufe, jedoch konnten fünf weitere für das Thema erforderliche Studien identifiziert werden. Aufgrund der multidimensionalen Herangehensweise an das Thema wurde keine Limitation hinsichtlich des Studiendesigns vorgenommen. Sowohl Randomized Controlled Trials (RCTs), Querschnittstudien, Längsschnittstudien, Reviews, Guidelines, deskriptive Multi-Center-Studien sowie qualitative Studien in Form von Interviews gehören zur verwendeten Literatur. Eingeschlossen wurden sowohl deutsche als auch englischsprachige Studien. Diese stammen aus Deutschland, England, der Schweiz, Schweden, Australien, Israel und dem Iran. Eine Übertragung der Ergebnisse auf die Situation in Deutschland scheint aufgrund struktureller Unterschiede der Gesundheitssysteme und der Ausbildungsmodalitäten für Breast Care Nurses schwierig. Dennoch ist davon auszugehen, dass sich die Bedürfnisse von Patientinnen in den genannten Industrienationen ähneln und somit für die Beantwortung der Fragestellung ebenfalls relevant sind. Beim ersten Sichten der vorhandenen Studien traten Patientenbedürfnisse vermehrt in den Vordergrund, sodass die vorliegende Arbeit dahingehend modifiziert worden ist. Von einer systematischen Suche hinsichtlich der Bedürfnislage von Brustkrebspatientinnen wurde abgesehen und stattdessen das Schneeballsystem angewandt, da die gefundene Literatur das Thema hinreichend beleuchtete.

Die Bewertung der qualitativen Studien erfolgte hinsichtlich der Gütekriterien Authentizität, Glaubwürdigkeit, Nachvollziehbarkeit, Übertragbarkeit und Zuverlässigkeit (vgl. Höhsl 2016, S. 127). Die quantitative Literatur wurde bezüglich der Validität, Reliabilität und Objektivität bewertet (vgl. Perkhofer 2016, S. 138). Sowohl die Beurteilung der Qualität als auch die Limitationen der verwendeten Studien werden im Fließtext beschrieben.

3 Brustkrebs

Um zu Beginn die Situation einer Frau mit neu diagnostiziertem Brustkrebs verstehen zu können ist es notwendig, die Erkrankung aus unterschiedlichen Blickwinkeln zu betrachten. Mit Hilfe von epidemiologischen Daten wird im Folgenden die Relevanz der Erkrankung erläutert sowie ihre unterschiedlichen Formen näher betrachtet. Darauf aufbauend soll ein Einblick in das Behandlungsspektrum gegeben werden. Um die Tragweite einer Behandlung für die Patientinnen zu verdeutlichen, wird zudem auf Wirkungen und Nebenwirkungen der Therapie eingegangen.

3.1 Epidemiologie

In vielen westlichen Industrienationen stellt der Brustkrebs die häufigste Krebserkrankung bei Frauen dar (vgl. Aigner et al. 2016, S. 134). Im Laufe des 20. Jahrhunderts ist sowohl die Inzidenz als auch die Mortalität weltweit gestiegen. Die Neuerkrankungsrate beträgt heutzutage 110 pro 100.000 Frauen jährlich, wobei die Sterblichkeitsrate seit den 70er Jahren aufgrund des medizinischen Fortschritts stagniert bzw. sinkt (vgl. Bartholomeyczik 2008, S.62; Gaisser 2011, S. 748). Das Zentrum für Krebsregisterdaten im Robert Koch-Institut (RKI) erfasst unter anderem die Fallzahlen der Erstdiagnosestellung C50 „Bösartige Neubildungen der Brustdrüse“ des ICD-10³. In ihrem Bericht zum Krebsgeschehen in Deutschland (2016, S.36) führt das RKI auf, dass im Jahr 2012 etwa 45% der Neuerkrankungen bei Frauen im Alter zwischen 50 und 69 Jahren auftraten. 37% der Betroffenen waren 70 Jahre oder älter. Die übrigen 18% waren sogar jünger als 50 Jahre. Aigner et al. (2016, S. 134) geben an, dass das Durchschnittsalter zum Zeitpunkt der Erstdiagnose für Brustkrebs bei 60 Jahren liegt.

Die auslösenden Faktoren einer Brustkrebserkrankung sind bis heute nicht bekannt, jedoch gibt es Risiken, die mit der Erkrankung in Verbindung gebracht werden. Ein Risikofaktor, der besonders wichtig zu sein scheint, ist ein höheres Alter bei der ersten Geburt. Demnach sind Frauen, die ihr erstes Kind in jungen Jahren oder

³ International Statistical Classification of Diseases

sogar im Teenageralter geboren haben nicht so häufig betroffen wie Frauen, die erst nach dem 35. Lebensjahr zum ersten Mal entbinden. Das Stillen der Kinder scheint das Risiko zusätzlich zu verringern (vgl. Aigner et al. 2016, S.134). Das Alter spielt auch in Bezug auf die Menarche und die Menopause eine signifikante Rolle. Laut Aigner et al. (2016, S. 134) wird eine früh einsetzende Regelblutung sowie ein später Zeitpunkt der Menopause mit einem erhöhten Brustkrebsrisiko in Zusammenhang gebracht. Die Autoren interpretieren diesen Umstand mit dem reproduktiven Lebenszyklus einer Frau, je länger dieser ist, desto höher erscheint das Risiko zu erkranken. Des Weiteren stehen Übergewicht, Bewegungsmangel, fettreiche Ernährung und Tabakkonsum in Relation zu einem erhöhten Risiko (vgl. ebd., S. 135). Dieses steigt ebenfalls bei Frauen, deren Familienmitglieder ersten Grades bereits betroffen waren. Rund 10% der Brustkrebserkrankungen sind durch vererbte Genveränderungen bedingt, insbesondere Mutationen der Tumorsuppressorgene Breast Cancer Gen 1 (BRCA1) und BRCA2 (vgl. ebd.).

Die Wahrscheinlichkeit, dass die Diagnose in einem heilbaren Stadium gestellt wird, erhöht sich durch Früherkennungsuntersuchungen. Das Ziel ist es, den noch symptomlosen Tumor zu entdecken. Neben der regelmäßigen Selbstuntersuchung der Brust steht Frauen ab dem 50. Lebensjahr beispielweise das Mammographie-Screening zur Verfügung (vgl. Gaisser 2011, S. 748). Diese von der gesetzlichen Krankenkasse finanzierte Präventionsmaßnahme kann alle zwei Jahre wahrgenommen werden und gehört derzeit noch zur besten Methode der Brustkrebsfrüherkennung (vgl. Aigner et al. 2016, S. 135).

3.2 Pathophysiologie

„Krebs ist grundsätzlich genetisch bedingt“ (Glaus 2008, S. 93). Mit dieser Aussage verweist die Autorin auf menschliche Gene, die durch Mutationen die Fähigkeit verlieren, Prozesse wie Zellwachstum, Differenzierung, Reparaturmechanismen der DNA oder die Apoptose zuverlässig zu steuern. Ungefähr 90% der Mammakarzinome treten vereinzelt auf. Dies bedeutet, es lässt sich keine familiäre Häufung oder genetische Disposition erkennen. Bei Trägerinnen des BRCA1 oder

BRCA2 Gens erhöht sich das Lebenszeitrisiko an Brustkrebs zu erkranken jedoch auf 80% (vgl. Glaus 2008, S. 93).

Erste Warnsignale für eine maligne Veränderung des Brustgewebes können beispielsweise tastbare Verhärtungen oder Knoten sein. Weitere Symptome wie Schmerzen, Druck- und Spannungsgefühle, Veränderungen der Mamillen sowie eine neu auftretende Form oder Größe der Brust können für eine beginnende Erkrankung sprechen (vgl. Gaisser 2011, S. 748). Um einen ersten Verdacht zu bestätigen, bedarf es jedoch weiterführender, klinischer und teilweise invasiver diagnostischer Verfahren. Für die Bestimmung des Ursprungsgewebes und um eine Klassifizierung vornehmen zu können, stehen Untersuchungen wie die Mammographie, Sonographie, Kernspintomographie, Biopsie, Röntgen und Blutbildkontrollen zur Verfügung (vgl. ebd., S. 749).

Der Brustkrebs wird, abhängig vom Ursprungsort des Tumors, in zwei Haupttypen unterteilt (vgl. Aigner et al. 2016, S. 141):

1. Von den Milchgängen ausgehend = Duktales Karzinom
2. Von den Drüsenläppchen der Brustdrüse am Ende der Milchgänge ausgehend = Lobuläres Karzinom

Die Beurteilung des Gewebes orientiert sich an der WHO-Klassifikation zum Thema ‚Tumore der Brust‘. Zusätzlich zu der ersten Unterscheidung kann der Tumor in nichtinvasiv und invasiv klassifiziert werden, wobei sich beide Typen zu Beginn als nichtinvasives Karzinom manifestieren und im Verlauf invasiv werden können (vgl. ebd.).

Nichtinvasive Karzinome (Carcinoma in situ) wachsen trotz ihrer möglichen Größe nicht über die physiologisch vorgegebenen Basalmembran der Gänge und der Lappchen hinaus. Dies verhindert eine Metastasierung (vgl. Stein 2008, S. 73). Handelt es sich bei dem Befund um ein *Carcinoma ductale in situ* ist oft eine Mikrokalkbildung innerhalb der tumorbefallenen Milchgänge zu erkennen und würde bei einer Mammographie auffallen (vgl. ebd.). Bei dem *Carcinoma lobulare in situ* hingegen wird dieser Mikrokalk nur geringfügig gebildet und ist dementsprechend nicht gut darstellbar. Bei diesem Krebs handelt es sich zudem um mikroskopisches Tumorgewebe, welches nicht mit dem „bloßen Auge“ erkannt werden kann (vgl. ebd., S. 74).

Durchbricht der Tumor jedoch die physiologische Basalmembran, kann er infiltrieren und das umliegende Gewebe verdrängen. Zudem besteht die Gefahr, dass sich über Blut- und Lymphgefäße vereinzelte Tumorzellen verteilen und es in Lymphknoten- oder anderem Gewebe zur Metastasierung kommt. Bleibt der Tumor unentdeckt, kann es im schlimmsten Fall sogar zu Ulzerationen und Infiltrationen in die Brustwand kommen (vgl. Stein 2008, S. 75).

Zu ca. 60% gehen invasive Tumore aus den Milchgängen hervor und werden als *carcinoma not otherwise specified* bezeichnet. Dies bedeutet, dass der Tumor keine Sonderform mit spezialisierter Differenzierung aufweist und somit als invasives duktales Karzinom eingestuft wird (vgl. ebd.). Im Vergleich dazu tritt das invasive lobuläre Karzinom mit 5-15% am zweithäufigsten auf. Die Zellen dieses Tumors wachsen im Vergleich zum duktalem Karzinom in sogenannten „Einzelstrangformationen“, die eher verstreut zu finden sind, wodurch eine Abgrenzung zum gesunden Gewebe erschwert wird (vgl. ebd., S.76).

Das Staging des Tumors wird mit Hilfe der TNM-Klassifikation, die von der International Union Against Cancer festgelegt wurde, durchgeführt (vgl. Gaisser 2011, S. 748):

T = Ausdehnung des Primärtumors (Größe, Infiltration der Brustwand oder Haut)

N = Vorliegen von Lymphknotenmetastasen

M = Vorliegen von Fernmetastasen

Nach Auswertung des histologischen Befundes wird der Tumor zudem in Stadien von 0 bis IV eingeteilt. An dieser Stelle soll jedoch aufgrund der fehlenden Relevanz für die Fragestellung auf eine detaillierte Erläuterung verzichtet werden.

Unter Berücksichtigung der Klassifikation kann eine Einschätzung des klinischen Verlaufs vorgenommen, ein Therapieziel festgelegt und geeignete Behandlungsmethoden ausgewählt werden. Nach Aufklärung und anschließender Zustimmung der Patientin kann mit einer Therapie begonnen werden (vgl. Stein 2008, S. 83).

3.3 Therapie und Auswirkungen

Zur Behandlung des Krebses gibt es unterschiedliche Therapieansätze, wobei eine Operation in jedem Fall erforderlich ist (vgl. Gaisser 2011, S. 749). Je nach Charakteristik des Tumors genügt in einigen Fällen ein reiner chirurgischer Eingriff. Wurde früher die sogenannte radikale Mastektomie⁴ durchgeführt, hat sich heute die nichtradikale und brusterhaltende Therapie für ca. 70% der Patientinnen im Frühstadium etabliert (vgl. Aigner et al. 2016, S. 141). Häufig besteht die Therapie jedoch aus mehreren Bausteinen. Ergänzend zu einer Operation werden je nach Bedarf eine Chemo-, Hormon-, Immun- oder Strahlentherapie entweder neoadjuvant⁵ oder adjuvant⁶ eingesetzt. Diese Therapien kommen präoperativ zum Einsatz, um die Tumormasse zu verkleinern, sodass ein brusterhaltender Eingriff ermöglicht wird. In den meisten Fällen wird im Anschluss an eine Operation zur Vermeidung von Fernmetastasen oder Lokalrezidiven eine weiterführende Behandlung vorgenommen (vgl. Aebi 2008, S.146). Beispielsweise kann das Risiko künftiger Metastasen durch eine adjuvante Chemotherapie um 10% reduziert und somit die Prognose für die Patientin verbessert werden (vgl. Aigner et al. 2016, S. 143).

Bei Patientinnen, deren Untersuchungen bereits Fernmetastasen gezeigt haben, ist ein kurativer Behandlungsansatz mit den gegenwärtigen Therapiemethoden nicht möglich. Es wird ein palliatives Konzept zur Vorbeugung und Linderung von Beschwerden sowie zur Verbesserung der Lebensqualität gewählt. Die Interventionen unterscheiden sich dabei nur geringfügig vom kurativen Konzept und haben hier das Ziel, insbesondere die Schmerzen aufgrund von Tumorwachstum und Metastasenbildung zu reduzieren (vgl. ebd., S. 144).

Krebserkrankungen und deren Behandlung führen häufig zu erheblichen Veränderungen des Körperbildes, beispielweise durch die Amputation der Brust oder dem Haarverlust aufgrund der Chemotherapie. Laut Zetzl (2011, S. 536) entwickelt sich bei vielen Frauen eine Körperbildstörung, die mit Beeinträchtigungen im Alltag einhergeht. Diese bedeutet oft einen Verlust der Lebensqualität, des

⁴ Vollständige Entfernung der Brust sowie aller drainierenden Lymphknoten

⁵ Präoperative Behandlung

⁶ Postoperative Behandlung

Selbstwertgefühls sowie der Zufriedenheit in einer Partnerschaft (vgl. Zettl 2011, S. 537). Die Brust ist das Symbol der Weiblichkeit, der eigenen Identität und spielt bei der körperlichen Lustempfindung eine wichtige Rolle. In diesem Zusammenhang wird die Operationsnarbe als „unlustvoll“ erlebt und führt dazu, dass sich einige Frauen dauerhaft sexuell zurückziehen (vgl. ebd., S. 538). Ist dies der Fall, kann beispielweise eine Brustprothese, die in einem BH oder Badeanzug getragen wird, sehr hilfreich sein und sich positiv auf die psychische Verfassung der Patientin auswirken. Des Weiteren besteht die Möglichkeit einer operativen Rekonstruktion der Brust, welche direkt im Anschluss an eine Mastektomie vorgenommen werden kann (vgl. Aigner et al. 2016, S. 145). Zettl (2011, S. 539) deutet darauf hin, dass ein frühzeitiges Vorgehen die Langzeitfolgen wie Angst, Depression und eine Körperbildstörung minimieren kann. Andererseits könnte diese sofortige Rekonstruktion für eine angemessene Auseinandersetzung mit der Erkrankung hinderlich sein.

Neben den Veränderungen durch eine Brustamputation stellt auch der Verlust der Kopfbehaarung für viele Frauen eine psychische Belastung dar. In der Öffentlichkeit sind diese Patientinnen als Krebserkrankte leicht identifizierbar und fühlen sich dadurch stigmatisiert (vgl. Fellingner und Kroner 2011, S. 434). Unterstützung kann zum Beispiel die Anwendung einer kaschierenden Kopfbedeckung oder das Tragen einer Perücke bieten.

Zusätzlich zu den bereits genannten Nebenwirkungen bei der Therapie des Mammakarzinoms, können weitere körperliche und seelische Beschwerden entstehen. Hierzu zählen: eine ausgeprägte Übelkeit mit Erbrechen und Diarrhoe, eine damit einhergehende Appetitlosigkeit mit der Folge des Gewichtsverlusts sowie ein pathologischer Erschöpfungszustand (Fatigue) (vgl. Aigner et al. 2016, S. 92). Diese Symptomatik kann die Patientinnen noch eine gewisse Zeit nach dem Krankenhausaufenthalt beeinträchtigen und vor Probleme in der Bewältigung ihres Alltags stellen. Eine ausführlichere Beschreibung und Analyse der Bedürfnislage erfolgt im anschließenden Kapitel.

4 Herausforderungen bei der Versorgung von Brustkrebspatientinnen

„Eine unerwartete Krankheit führt meist dazu, dass die Betroffenen sich in ein Gefängnis der Fremdbestimmtheit gestoßen fühlen“ (Pielhau 2016, S. 67). Häufig sind Brustkrebspatientinnen bei der Diagnosestellung körperlich und geistig gesund. Mit der Diagnose werden sie aus ihrem gewohnten Alltag gerissen. Dieser war weitestgehend selbstbestimmt und nun entsteht eine Abhängigkeit zum Gesundheitssektor.

In dem Fachbuch ‚Brustkrebs. Lehrbuch für Breast Care Nurses, Pflegende und Gesundheitsberufe‘ herausgegeben von Manuela Eicher und Sara Marquard (2008) wird die Diagnosestellung als ein Schlüsselerlebnis für die Patientinnen dargestellt. Es versetzt sie oft in einen Schockzustand, welcher psychosoziale Reaktionen hervorrufen kann. Dazu gehören laut Eicher (2008, S. 45) Angst und Depression, Verneinen der Erkrankung, Schuldgefühle sowie Wut. Ähnliche Erkenntnisse liefert die Studie von Hajian et al. (2017). In dieser qualitativen Untersuchung wurden mit Hilfe des hermeneutisch phänomenologischen Ansatzes 22 halbstrukturierte Tiefeninterviews geführt. Frauen, die ihre adjuvante Brustkrebstherapie innerhalb der letzten drei bis sechs Monate beendet hatten und zur Nachsorge in zwei Krankenhäusern in Teheran angegliedert waren, stellten die Teilnehmergruppe dar. Die Intention der Autoren war es, krebsbedingte Herausforderungen sowie Bewältigungsmethoden zu erfassen und diese zu kategorisieren. Des Weiteren wurde versucht, einen Einblick in die Gefühlswelt der Frauen während der Diagnose, Therapie und Nachsorge zu erhalten. Die Teilnehmerinnen beschrieben auch hier ein starkes Empfinden von Abhängigkeit, einhergehend mit einer Schwächung der eigenen Person. Diese Thematik wurde von den Autoren unter dem Begriff „emotionaler Aufruhr“ zusammengefasst (vgl. ebd., S. 217-218). Hinsichtlich dieser emotionalen und psychischen Belastung wurden von den meisten Frauen Vermeidungsstrategien als Teil der Bewältigung angewandt. Die Autoren unterteilen die Strategien in Umleitung und Ablehnung (vgl. ebd., S. 219-220):

Umleitung = Um drohende und unangenehme Gedanken im Zusammenhang mit der Krankheit zu vermeiden, nutzten einige Teilnehmerinnen die „Selbstablenkung“ (Kochen, Fernsehen

oder Schlafen). Andere Frauen interpretierten ihre Symptome bewusst falsch, indem sie zum Beispiel eine Verhärtung in der Brust als harmlose Zyste abtaten.

Ablehnung = Einige Teilnehmerinnen berichteten, die Krankheit nicht akzeptiert und keine Behandlung durchgeführt zu haben. Der Beginn einer Therapie würde für diese Frauen gleichbedeutend mit dem Eingeständnis, schwer erkrankt zu sein, einhergehen. Auch das Ausmaß der Nebenwirkungen führte bei einigen Patientinnen zur Ablehnung der Therapie.

Das Wissen über dieses emotionale Verhalten muss bei Pflegenden vorhanden sein, damit Probleme frühzeitig wahrgenommen und in den richtigen Kontext zum Bewältigungsprozess der Patientin eingeordnet werden können. Eine entscheidende Rolle spielt hierbei die Beziehungsgestaltung, um die Patientin für weiterführende Gespräche zu öffnen und Hilfe in Form von Beratung und Unterstützung zu ermöglichen (vgl. Eicher 2008, S. 45). Eicher (2008, S.45) deutet darauf hin, dass Patientinnen sehr sensibel auf Erstkontakte reagieren und der erste Eindruck ausschlaggebend für das Wohlbefinden zu sein scheint. Zusätzlich nimmt dieser Erstkontakt erheblichen Einfluss auf das Beziehungsgefüge zwischen Patientin und Pflegekraft und wirkt sich somit auf den weiteren Behandlungsverlauf aus. Einen weiteren wichtigen Aspekt stellt die Kontinuität in der Versorgung dar. Eicher (2008, S. 42) beschreibt, dass die hohe Anzahl an verschiedenem Fachpersonal, das in den Behandlungsprozess integriert ist, dazu führt, dass Patientinnen jedes Mal von neuem Vertrauen aufbauen müssen und dies als Belastung empfinden. Eine vertrauensvolle Beziehung ist die Voraussetzung für ein Gespräch auf Augenhöhe, in dem die Patientinnen Sorgen, Ängste und Zweifel verbalisieren können. Die Erhebung dieser individuellen Bedürfnisse stellt aufgrund der Komplexität der Erkrankung, mit ihren physischen und psychischen Auswirkungen auf die Patientinnen, eine große Herausforderung dar. Es hat sich gezeigt, dass die subjektive pflegerische Einschätzung selten mit der Patientensicht kongruent ist und deshalb ein direkter Informationsfluss eminent wichtig ist (vgl. ebd., S. 40).

In der Längsschnittstudie ‚Supportive care of rural women with breast cancer in Tasmania, Australia: changing needs over time‘ von Minstrell et al. (2008) wurden die Bedürfnisse von Patientinnen mit neu diagnostiziertem Brustkrebs erhoben. Ferner zeigt die Studie eine Bedürfnisentwicklung auf. Die durch eine Breast Care Nurse ausgewählten Patientinnen erhielten einen Monat (T1) und drei Monate (T2) nach der Diagnosestellung den ‚Supportive Care Needs Survey‘ (SCNS) per Email zum Ausfüllen. An beiden Zeitpunkten wurden die unerfüllten Bedürfnisse von insgesamt 74 Patientinnen gemessen und mit vorherigen Studienergebnissen verglichen. Die Ergebnisse zeigen, dass einen Monat nach der Diagnose (T1) psychologische und auf das Gesundheitssystem bezogene Bedürfnisse einen hohen Stellenwert einnahmen. Im Vergleich dazu wurden diese unerfüllten Bedürfnisse am Messzeitpunkt T2 signifikant seltener genannt. War beispielsweise die Besorgnis der Patientinnen um ihre emotional aufgewühlten Angehörigen bei der ersten Messung mit 40% (T2: 21%) noch am stärksten ausgeprägt, trat stattdessen das unerfüllte Bedürfnis „Mangel an Energie und Müdigkeit“ (T1: 22%, T2: 31%) nach drei Monaten in den Vordergrund (vgl. ebd., S. 63). Insgesamt ist festzustellen, dass sich die Bedürfnisse zu Beginn der Diagnosestellung eher auf der psychischen Ebene anordnen, sich jedoch im Krankheits- und Therapieverlauf zunehmend in den physischen Bereich verlagern. Die Autoren der Studie nennen mehrere mögliche Gründe für diese Veränderung. Drei Monate nach der Diagnosestellung sind die Patientinnen vermutlich durch eine positive Anpassung hinsichtlich des anfänglichen Schocks der Diagnose oder der verringerten Angst durch Informationsvermittlung mehr entlastet. Zusätzlich kann es durch eigene Recherchen oder den Erfahrungsaustausch mit anderen Betroffenen zu einem Wissenszuwachs gekommen sein, der das Gefühl der Ohnmacht minimiert hat (vgl. ebd.).

Auch für die Teilnehmerinnen der Studie von Hajian et al. (2017, S. 221) spielten Informationen über ihre Erkrankung eine übergeordnete Rolle. Sie äußerten bezüglich der Informationsvermittlung große Unzufriedenheiten. Viele Informationen hätten sie sich eigenständig beschaffen müssen. Hierfür wurde häufig der Austausch mit anderen Patientinnen oder das Internet genutzt. Die Fachpersonen wären jedoch nach Aussage der Frauen die vertrauenswürdigste Quelle gewesen, die sie sich als Ansprechpartner gewünscht hätten. Diese Situation verdeutlicht, wie viel Wert auf eine professionelle Begleitung gelegt wird und wie

notwendig es ist, eine Vertrauensperson zu haben, die informiert, berät und unterstützt.

Ein weiteres relevantes Thema ist die Zunahme von Sexualitätsproblemen nach chirurgischen oder adjuvanten Krebsbehandlungen. Dazu zählen zum Beispiel die Veränderung der Libido oder Schmerzen beim Geschlechtsverkehr. Diese physischen Symptome können durch psychosoziale Themen wie Körperbildstörungen, emotionale Störungen, Störungen auf zwischenmenschlicher Ebene und durch Depressionen verstärkt werden (vgl. Minstrell et al. 2008, S. 62). Deshalb ist es wichtig, die Bedürfnisse und Probleme nicht isoliert zu betrachten, sondern sich ihrer Wechselwirkungen untereinander bewusst zu sein. Weiterführend verdeutlicht es abermals die Notwendigkeit einer kontinuierlichen und vertrauenswürdigen Betreuung, insbesondere wenn es sich um das Besprechen intimer Sexualprobleme handelt.

Mit Hilfe des SCNS wurden die Antworten von 74 Patientinnen erfasst und anschließend eine Rangfolge erstellt. Im Folgenden werden die 15 relevantesten Items dargestellt. Die Autoren der Studie führten lediglich die Patientinnen auf, die einen mittleren (4) bis hohen (5) Bedarf auf der fünfstufigen Skala angegeben haben (vgl. ebd., S. 60).

Psychologischer Bereich

- Besorgnis der Patientinnen um ihre emotional aufgewühlten Angehörigen (T1: 40%, T2: 21%)
- Angst, dass der Krebs sich ausbreitet (T1: 35%, T2: 22%)
- Angst, dass der Krebs wieder auftritt (T1: 32%, T2: 22%)
- Angst vor den Therapien (T1: 30%, T2: 26%)
- Unsicherheit über die Zukunft (T1: 29%, T2: 20%)
- Sorge, die Behandlungsergebnisse nicht beeinflussen zu können (T1: 27%, T2: 17%)
- Veränderung in der üblichen Routine und dem Lebensstil (T1: 26%, T2: 16%)
- Besorgnis, dass Angehörige nicht fähig sind mit der Versorgung zurecht zu kommen (T1: 20%, T2: 13%)

Bereich Gesundheitssystem und Information

- Über Dinge informiert werden, die sie selbst tun können, damit es ihnen besser geht (T1: 23%, T2: 19%)
- Über Nutzen und Nebenwirkungen von Behandlungen angemessen informiert werden, bevor sie sich entscheiden (T1: 22%, T2: 9%)
- So schnell wie möglich über Ergebnisse informiert werden (T1: 20%, T2: 10%)

Physischer Bereich

- Mangel an Energie / Müdigkeit (T1: 22%, T2: 31%)
- Schlafprobleme (T1: 15%, T2: 26%)
- Dinge nicht tun können, die sie gewöhnlich tun (T1: 19%, T2: 24%)
- Hausarbeiten (T1: 12%, T2: 21%)

Die Darstellung der unterschiedlichen Bedürfnisse wirkt auf den ersten Blick sehr vielseitig und stark verteilt. Dies lässt sich mit der Heterogenität der Stichprobe erklären. Eicher (2008, S. 42) verweist darauf, dass das Tumorstadium, die Prognose, die Therapie, das Alter der Patientin und ihr sozioökonomischer und kultureller Hintergrund Gründe für eine unterschiedliche Gewichtung von Bedürfnissen sein können. Darüber hinaus geben Minstrell et al. (2008, S. 63) zu bedenken, dass die Ergebnisse der untersuchten Stichprobe nicht verallgemeinert werden können. Dies wird mit der guten Anbindung der Patientengruppe an das australische Gesundheitssystem begründet, da alle Patientinnen von einer Breast Care Nurse begleitet wurden. In Deutschland zum Beispiel können aufgrund der schlechteren strukturellen Versorgung nicht alle Frauen auf ein solches Hilfsangebot zugreifen. Möglicherweise könnte sich bei diesen Frauen eine andere und deutlich kritischere Bedürfnislage herauskristallisieren. Des Weiteren wird die Rekrutierung der Patientinnen als Bias genannt, da diese ausschließlich durch die BCN erfolgte und diese eventuell eine selektive Auswahl vornahm (vgl. ebd.). So könnten Frauen mit einem besonders hohem bzw. niedrigen Bedarf bewusst ausgeschlossen worden sein. Obgleich Hajian et al. (2017) keine Limitationen ihrer Arbeit nennen, ist jedoch hervorzuheben, dass die Übertragbarkeit der Ergebnisse aufgrund von religiösen Einflussfaktoren auf deutsche bzw. nicht muslimische Frauen beschränkt ist.

In der Versorgung von Brustkrebspatientinnen lässt sich ein wiederkehrender Ablauf erkennen. Zu Beginn steht für die Frauen der Bewältigungsprozess hinsichtlich ihrer Diagnose im Vordergrund. An dieser Stelle sollten Pflegende hauptsächlich Empathie ausstrahlen und gegebenenfalls bei der Entwicklung von Copingstrategien mitwirken. Dies ist bereits der erste Schritt für eine erfolgreiche Beziehungsgestaltung sowie den Aufbau einer Vertrauensbasis. Im Anschluss liegt der Fokus auf einer intensiven Gesprächsführung mit dem Ziel der Bedürfnisidentifikation. Die Aufgabe der Pflegenden ist es dann, individuelle Hilfsangebote wie zum Beispiel eine kontinuierliche Beratung, systemische Beratung, Informationsvermittlung, emotionalen Beistand oder eine Begleitung während des Therapieverlaufs anzubieten.

Im folgenden Kapitel soll nun das Berufsbild der Breast Care Nurse näher beleuchtet werden. Die Ausbildungsinhalte, Aufgaben und Kompetenzen werden vor dem Hintergrund der erfolgten Bedürfnisanalyse betrachtet und auf deren Kongruenz hin überprüft.

5 Breast Care Nurse

In Großbritannien, Australien, Skandinavien, Irland, den USA und den Benelux-Ländern ist die Spezialisierung der Pflege für das Krankheitsbild Brustkrebs in den letzten 25 Jahren entstanden. Zum Aufgabenbereich gehören die Beratung sowie die praktische und emotionale Unterstützung für betroffene Frauen und ihre Familien. Die Rolle der Breast Care Nurse hat sich aufgrund verschiedener Ausbildungsmodalitäten, Zugangsvoraussetzungen für den Pflegeberuf und berufspolitischer Einflüsse in den genannten Ländern individuell entwickelt. Daraus resultieren unterschiedliche Befugnisse, Kompetenzen sowie Aufgabengebiete für Breast Care Nurses (vgl. Eicher et al. 2012, S. 1258).

5.1 Anforderungsprofil und Kompetenzen einer Breast Care Nurse

Die Ausbildung zur BCN im In- und Ausland reicht von einer einjährigen berufsbegleitenden Weiterbildung bis hin zum Universitätsstudium mit Masterabschluss. Aus diesem Grund ergab sich die Notwendigkeit einer europäischen Leitlinie, um eine Anpassung bezüglich der Lerninhalte sowie eines einheitlichen Rollenverständnisses zu erreichen. Ein Expertengremium, bestehend aus sieben Gesundheits- und Krankenpflegerinnen mit langjähriger Erfahrung in der Betreuung von Frauen mit Brustkrebs wurde aus ganz Europa berufen und von der European Oncology Nursing Society (EONS) im Jahr 2009 beauftragt, ein *Post-Basic Curriculum*, in dem die Rolle der BCN beschrieben ist, zu entwickeln (vgl. ebd., S. 1258). Für die Ausarbeitung wurde neben einer Literaturrecherche in PubMed, der Cochrane Library sowie der Joanna Briggs Library ein Vergleich von nationalen Curricula für die onkologische Pflege und Brustkrebspflege in ganz Europa durchgeführt. Basierend auf den Richtlinien der European Society of Breast Cancer Specialists (EUSOMA) und den Ergebnissen des Expertengremiums wurde die Rolle der Breast Care Nurse wie folgt definiert (vgl. ebd., S. 1260):

1. Die BCN erfasst den physischen und psychosozialen Status von Menschen, die von Brustkrebs betroffen sind und beteiligt sich am Behandlungsprozess.

Dieser beinhaltet sowohl die Diagnose, Behandlung, Rehabilitation als auch die Nachsorge. Des Weiteren bietet sie geeignete Interventionen an und vermittelt die Betroffenen bei Bedarf an weitere Akteure oder Institutionen.

2. Die BCN bietet Brustkrebserkrankten und ihren Familien professionelle sowie pflegespezifische Informationen, Schulungen und Beratungen an.
3. Die BCN ist ein festes Mitglied des multidisziplinären Teams und nimmt dabei eine zentrale Rolle bei der Sicherstellung und Koordination von Behandlung und Pflege ein.

Zusätzlich wurden Kompetenzen, über die eine Breast Care Nurse nach Abschluss ihrer Ausbildung verfügen soll, festgelegt (vgl. Eicher et al. 2012, S. 1259):

Klinische Tätigkeit

- Die BCN verfügt über vertiefte Kenntnisse in Bezug auf Brustkrebserkrankungen und deren Behandlungen
- Die BCN übernimmt die (emotionale) Unterstützung und Beratung von Patientinnen und deren Angehörigen im Behandlungsprozess
- Die BCN entwickelt, implementiert und verbessert Standards für die Pflege und Behandlung von Brustkrebs bzw. Brusterkrankungen
- Die Arbeit der BCN ermöglicht informierte Entscheidungen der Patientinnen
- Die BCN kennt die Angebote und Leistungen der ärztlichen Kollegen und kann Patientinnen entsprechend zuweisen

Ausbildung

- Die BCN ist in der Lage, Aus-, Fort- und Weiterbildungen im Bereich Brustkrebs sowie Brusterkrankungen zu planen und diese durchzuführen
- Die BCN ist an der Entwicklung von Schulungsmaterial für Patientinnen und Personal beteiligt

Management

- Die BCN übernimmt eine Vorbildfunktion für Kollegen, Auszubildende und Studierende
- Die BCN verwendet Ressourcen möglichst effizient

- Die BCN gestaltet Veränderungsprozesse auf lokaler Ebene mit und motiviert sowie inspiriert andere
- Die BCN fördert einen multidisziplinären Betreuungsansatz

Forschung

- Die BCN fördert evidenzbasierte Praxis
- Die BCN hat Kenntnisse über Forschungsmethoden
- Die BCN nimmt an Aktivitäten (zum Beispiel Journal Club) teil und beteiligt sich an pflegewissenschaftlicher Forschung und klinischen Studien

Nach genauer Betrachtung der Erwartungen, die an eine Breast Care Nurse gestellt werden, lassen sich einige Parallelen zu den Bedürfnissen von Brustkrebspatientinnen erkennen. In dem von der Expertengruppe erstellten Curriculum wird vor allem der hohe Stellenwert von kontinuierlicher Betreuung und dem engen Austausch zwischen BCN und Patientin deutlich. Dies scheint mit der Bedürfnislage von Patientinnen zu Beginn ihrer Erkrankung kongruent zu sein. Das Verlangen nach Informationen und der Aspekt der Beziehungsgestaltung spiegelt sich hinreichend in den zu erlernenden Kompetenzen wider. Die psychische Ausnahmesituation der Frauen und ihrer Familien wurde wahrgenommen und die psychosoziale Betreuung als essenzieller Bestandteil der Arbeit einer BCN definiert. Als weiteres Ziel stellt die Expertengruppe die Autonomie der Patientinnen heraus. Durch eine möglichst umfangreiche Informationsvermittlung, Beratung und Aufklärung soll eine unabhängige Entscheidungsfindung sowie das Gefühl der Selbstwirksamkeit gefördert werden.

Das entworfene Curriculum scheint eine gute Orientierungshilfe für eine einheitliche Ausbildung darzustellen. Es ist jedoch zweifelhaft, ob alle Kompetenzschwerpunkte in jedem europäischen Land tatsächlich erfüllt werden können. Die Vermutung liegt nahe, dass in einer Ausbildung, die berufsbegleitend stattfindet, die Aspekte der Forschung und des Managements weniger Beachtung finden. Im Vergleich dazu ist davon auszugehen, dass ein Hochschulabsolvent mit Masterabschluss einen erweiterten Kompetenzbereich haben wird. Dieser könnte sich beispielsweise mit einem größeren Einfluss auf die Behandlung oder der Mitarbeit an wissenschaftlichen Projekten, wie klinischen Studien, äußern.

5.2 Weiterbildung zur Breast Care Nurse in Deutschland

Für Pflegende mit Berufserfahrung in der Onkologie oder Senologie ist das Erlangen der Zusatzqualifikation ‚Breast Care Nurse - Pflegeexpertin für Brustkrankungen‘ seit dem Jahr 2005 auch in Deutschland möglich (vgl. Gerlach und Wiedemann 2010, S. 393). Die Strukturen der Weiterbildung sind abhängig vom Ausbildungsträger. Um dennoch einen Einblick in ein aktuelles Curriculum zu erhalten, werden die Lerninhalte exemplarisch am Beispiel der Deutschen Gesellschaft für Gesundheits- und Pflegewissenschaft mbH (DGGP) näher betrachtet. Als Zugangsvoraussetzung muss ein Nachweis des Berufsabschlusses sowie die Tätigkeit im Bereich mit brustkrebserkrankten Frauen vorliegen. Die Weiterbildung wird berufsbegleitend durchgeführt und umfasst 374 Stunden mit einer Präsenzzeit von 150 Stunden sowie einem 224 stündigen Selbststudium. Die Inhalte der Präsenzveranstaltung sind in fünf Module aufgeteilt und finden im Abstand von sechs bis acht Wochen für jeweils drei Tage statt (vgl. DGGP 2016):

1. Einführung in das Aufgabenfeld der Breast Care Nurse
2. Krankheitsbild Brustkrebs und die psychosozialen Aspekte
3. Leben und Umgang mit der Erkrankung Brustkrebs
4. Beratung, Schulung und Begleitung betroffener Frauen und deren Angehörigen
5. Evaluation und Abschluss

Im Selbststudium werden Aufgaben mit vorgegebener Literatur bearbeitet sowie eine wissenschaftliche Hausarbeit angefertigt. Die Weiterbildung wird mit einer mündlichen Prüfung im Kolloquium abgeschlossen. Die Kosten der Qualifikation betragen 2.380 Euro (vgl. ebd.).

Wie bereits am Ende des letzten Kapitels vermutet, werden durch eine berufsbegleitende Weiterbildung einige Kompetenzen, die von der EONS definiert worden sind, nicht erreicht. Besonders die Aspekte des evidenzbasierten Arbeitens, der Anwendung von Forschungsmethoden, Aus- und Weiterbildung sowie die Mitarbeit in Journal Clubs scheinen im Curriculum der DGGP nicht vorgesehen zu sein. Des Weiteren ist nicht ersichtlich inwieweit berufspolitische Aufgaben, wie das

Errichten von Netzwerken und die Gestaltung von Veränderungsprozessen, thematisiert werden.

Gerlach und Wiedemann (2010, S. 393) befragten zwischen Juli und September 2009 erstmals deutsche Absolventinnen einer Breast Care Nurse Weiterbildung. Insgesamt wurden 171 Frauen aus acht verschiedenen Ausbildungskursen, die demselben Lehrplan folgten, kontaktiert. Als Einschlusskriterium gaben die Autorinnen an, dass der Abschluss der Weiterbildung mindestens sechs Monate zurückliegen musste. Ein eigenständig entwickelter Fragebogen mit 20 Items wurde postalisch an die Teilnehmergruppe verschickt. Insgesamt konnte eine Rücklaufquote von 71% (122 Fragebögen) erzielt werden (vgl. ebd., S. 396). Die Befragung konzentrierte sich inhaltlich auf die aktuellen Schwerpunktbereiche und Tätigkeitsfelder der Absolventinnen, die vorliegenden Rahmenbedingungen, wahrgenommene Barrieren sowie unterstützende Faktoren (vgl. ebd., S. 393). Die Erfassung von soziodemographischen Daten ergab, dass lediglich 71 Absolventinnen als BCN angestellt waren. Von diesen gaben 20 Frauen an, eine volle Freistellung für ihre Tätigkeit als BCN zu haben. 25 Teilnehmerinnen berichteten von einem aufgeteilten Tagesablauf. Die übrigen Pflegenden verfügten über keine eindeutig deklarierte Zeit für ihre Tätigkeiten als BCN (vgl. ebd., S.397). Aus diesem Zustand resultierende Mehrarbeit und aufkommende Überstunden sorgten für Unzufriedenheit bei den Absolventinnen. Zudem wurde vermehrt von fehlender Akzeptanz und Skepsis im Pflorgeteam bezüglich der Spezialisierung zur BCN berichtet (vgl. ebd., S. 398). Bei der Interpretation dieser Ergebnisse gilt es zu beachten, dass zum Zeitpunkt der Erhebung das Post-Basic Curriculum der EONS noch nicht erstellt worden war. Die Unzufriedenheit einiger Absolventinnen ist somit möglicherweise auf fehlende Stellenbeschreibungen, unklare Anforderungen und eine nicht klar definierte Rolle im Team zurückzuführen. Demgegenüber berichteten die Absolventinnen mit einer vollständigen Freistellung von einem eigenverantwortlichen und individuellen Arbeitsumfeld mit Wertschätzung der Kollegen sowie geeigneten Rahmenbedingungen (vgl. ebd.).

Zu den Haupttätigkeiten der Studienteilnehmerinnen gehörten die Bereitstellung von Informationsmaterial, das Führen von Beratungs-, Informations-, Aufnahme- und Entlassungsgesprächen sowie die Unterstützung der Patientinnen während des Bewältigungsprozesses. Deutlich seltener wurden didaktische Aufgaben wie

Vorträge, Schulungen, Fortbildungen und das Überarbeiten von bestehenden Pflegestandards genannt (vgl. Gerlach und Wiedemann 2010, S. 398).

Aufgrund der geringen Qualität der vorliegenden Studie konnten an dieser Stelle nur einzelne Kernaussagen mit eingeschränkter Übertragbarkeit wiedergegeben werden. Das Studiendesign der quantitativen deskriptiven Querschnittstudie scheint für die Bearbeitung der Forschungsfrage ungeeignet gewesen zu sein. Die Autorinnen identifizierten bereits vor Studienbeginn ein Wissens- und Forschungsdefizit. Aus diesem Grund wäre die Wahl einer qualitativen Forschungsmethode geeigneter gewesen, um das Auftreten von neuen, bisher unbekanntem Phänomenen feststellen zu können. Zusätzlich ist die Objektivität und Validität der Ergebnisse fragwürdig, da nur die beiden Autorinnen den Fragebogen erstellt, die Daten erhoben, ausgewertet und interpretiert haben. Aufgrund der begrenzten Stichprobe und des Pilotcharakters der Erhebung wurde von den Autorinnen zudem kein Signifikanztest durchgeführt.

Die Ausführungen zur derzeitigen Situation im deutschen Gesundheitssystem verdeutlichen, dass sowohl die Ausbildung von BCNs als auch die Umsetzung in die Praxis nicht allen Anforderungen des Post-Basic Curriculums gerecht werden. Um die Weiterentwicklung der BCN-Spezialisierung in Deutschland voranzutreiben, ist es unter anderem notwendig, ihre positive Wirksamkeit auf den Behandlungsprozess nachzuweisen.

6 Effekte der Begleitung durch eine Breast Care Nurse

Die Schweizerin Manuela Eicher war eine der ersten Pflegewissenschaftlerinnen, die sich im deutschsprachigen Raum mit der Wirkung von Interventionen durch Breast Care Nurses auseinandersetzte. In ihrem Review (2005) untersuchte Eicher 15 Studien, die zwischen 1980 und 2004 publiziert wurden und sich mit dem Einfluss von spezialisierten Pflegenden auf die physische und psychische Verfassung von Brustkrebspatientinnen, deren Zufriedenheit und Autonomie befassten. Aufgrund von fehlender Validität und Reliabilität der Messinstrumente, Objektivität der Methodik sowie potenzieller Bias bei der Randomisierung der Patientengruppen wurde ein Vergleich der Studien erschwert (Eicher 2005, S. 362). Jedoch liefert das Review die Erkenntnis, dass im Bereich der psychosozialen Beeinträchtigungen signifikante Effekte hinsichtlich der Begleitung durch eine BCN gemessen werden konnten. Bezüglich der anderen Themenbereiche sind lediglich Tendenzen erkennbar, deren Evidenz noch weiter untersucht werden müsste.

Zu denselben Ergebnissen kamen die Autoren des Cochrane Reviews (2008), für welches ausschließlich RCTs verwendet wurden. Sowohl Cruickshank et al. (2008) als auch Eicher (2005) erzielten drei identische Suchergebnisse, die sie als aussagekräftig bewerteten. Diese Publikationen von Maguire et al. (1980), McArdle et al. (1996) und Koinberg et al. (2004) werden im Folgenden vorgestellt.

Bereits 1980 setzten sich Maguire et al. mit den besonderen Bedürfnissen von Brustkrebspatientinnen und der Wirkungsweise einer spezialisierten, pflegerischen Begleitung auseinander. Um Unterschiede in dem Auftreten psychologischer Morbidität an vier Messzeitpunkten feststellen zu können, wurden 152 Frauen nach einer Mastektomie in zwei Gruppen randomisiert. Die Intervention beinhaltete eine Beratung durch eine spezialisierte Pflegende nach der Operation und im Verlauf alle acht Wochen für 12-18 Monate. Die Kontrollgruppe erhielt die postoperative Routinenachsorge auf einer chirurgischen Station. Die Erhebung der Daten bezüglich Angst, Depressionen und Sexualstörungen erfolgte mit Hilfe halbstrukturierter Interviews, durchgeführt von unabhängigen Studienassistenten, sowie einem schriftlichen Fragebogen. Die Auswertung ergab, dass drei Monate nach der Mastektomie keine Unterschiede zwischen beiden Gruppen erkennbar waren. An den Messzeitpunkten 12 und 18 Monate nach der Operation zeigte sich

jedoch, dass das Auftreten psychologischer Morbidität in der Interventionsgruppe signifikant geringer war. In der Kontrollgruppe hingegen traten vermehrt Angststörungen und Depressionen auf. Des Weiteren wurden Aussagen über die Dauer der Symptomatik getätigt und als Median angegeben: Interventionsgruppe = 6,4 Monate; Kontrollgruppe = 10,8 Monate (vgl. Maguire et al. 1980, S. 1454-1455).

Ein ähnliches methodisches Vorgehen wählten McArdle et al. (1996). Sie untersuchten ebenfalls die Häufigkeit von psychologischen Beeinträchtigungen bei Frauen, die sich einer Brustkrebsbehandlung unterzogen hatten. Insgesamt wurden 272 Frauen, die jünger als 70 Jahre waren und am Follow-Up teilnehmen konnten in vier Gruppen randomisiert:

- (a) Routinierte Unterstützung von Pflegenden ohne Spezialisierung
- (b) Routinierte Unterstützung von Pflegenden ohne Spezialisierung + Unterstützung durch eine Breast Care Nurse
- (c) Routinierte Unterstützung von Pflegenden ohne Spezialisierung + Unterstützung einer freiwilligen Hilfsorganisation⁷
- (d) Routinierte Unterstützung von Pflegenden ohne Spezialisierung + Unterstützung durch eine Breast Care Nurse sowie einer freiwilligen Hilfsorganisation

Das Gesundheitsempfinden, Angst und Depression sowie das soziale Verhalten wurden anhand des standardisierten ‚general health questionnaire‘ und der ‚Hospital Anxiety and Depression Scale‘ an vier Zeitpunkten valide gemessen. Die Ergebnisse der Studie zeigen, dass die psychologische Morbidität innerhalb von zwölf Monaten in allen vier Gruppen gesunken ist. Es lässt sich jedoch ein signifikant stärkerer Effekt in der Gruppe (b) erkennen (vgl. ebd., S. 815). Die Patientinnen berichteten zudem, dass den Mitarbeitern der Hilfsorganisation in vielen Punkten die fachliche Expertise fehlte, um ihre Bedürfnisse hinreichend zu befriedigen (vgl. ebd., S. 816).

Koinberg et al. (2004) hingegen strebten einen Vergleich der allgemeinen Patientenzufriedenheit bei der Nachsorge durch einen Arzt oder eine BCN an. Die untersuchten Messgrößen waren das Befinden der Patientinnen, die Zufriedenheit

⁷ Tak Tent ist eine Hilfsorganisation in Glasgow, die Unterstützung für Krebserkrankte bietet. Das Angebot beinhaltet Information, Beratung und Gruppentreffen.

mit der Betreuung, der Zugang zur medizinischen Nachsorge sowie das Gefühl von Sicherheit (vgl. Koinberg et al. 2004, S. 109). Die Untersuchung mit 264 zufällig randomisierten Brustkrebspatientinnen wurde in drei schwedischen Krankenhäusern durchgeführt. Als Messinstrument wurden die ‚Satisfaction and Accessibility Scale‘ und die reliable ‚Hospital Anxiety and Depression Scale‘ verwendet. Die Auswertung der beiden Skalen ergab keine statistisch signifikanten Unterschiede zwischen den beiden Gruppen (vgl. ebd., S. 112). Demnach kommen die Autoren zu dem Schluss, dass eine postoperative Betreuung durch fachlich spezialisiertes Pflegepersonal dieselbe Zufriedenheit erzeugt wie die Begleitung durch einen Onkologen bzw. Chirurgen (vgl. ebd., S. 113).

Die Tatsache, dass sowohl Eicher (2005) als auch Cruickshank et al. (2008) diese drei Studien in ihre Reviews einbezogen, deutet darauf hin, dass nur eine sehr geringe Anzahl pflegewissenschaftlicher Untersuchungen zu diesem Thema ausfindig gemacht werden konnte. Eicher bemängelt zudem die limitierte Übertragbarkeit der Studienergebnisse in Anbetracht der weltweit unterschiedlichen Funktionsbezeichnungen, Kompetenzniveaus und Aufgabenfeldern von Breast Care Nurses (vgl. Eicher 2005, S. 362).

Aktuellere Informationen über die Wirkung einer Breast Care Nurse auf die Behandlung von Brustkrebspatientinnen liefert die israelische deskriptive Multi-Center-Studie von Kadmon et al. (2015). Es wurden Daten von insgesamt 321 Frauen mit nicht metastasierendem Brustkrebs, deren Behandlung nicht länger als fünf Jahre zurücklag, erfasst. Die Teilnehmerinnen erhielten zwei Fragebögen, die zum einen demographische und therapiebezogene Informationen und zum anderen Erfahrungen der Patientinnen mit der Betreuung durch eine BCN ermittelten (Ipswich Patient Questionnaire) (vgl. ebd., S. 39). Die Datenerhebung erfolgte durch eine Studienassistentin, die zu keiner Zeit in den Behandlungsprozess der Patientinnen involviert war. Die Autoren geben an, dass die empirischen Daten anhand deskriptiver Statistik analysiert und Parameter wie die Standardabweichung, Mittelwerte und Streuung errechnet wurden, jedoch werden diese nur bedingt in der veröffentlichten Version der Studie dargestellt. Somit ist eine Bewertung hinsichtlich der Nachvollziehbarkeit erschwert.

Basierend auf den Antworten der Frauen wird deutlich, dass die Breast Care Nurse als eine Schlüsselfigur im Bewältigungsprozess und bei der Auseinandersetzung mit der Krankheit und ihrer Behandlung wahrgenommen wurde (vgl. Kadmon et al. 2015, S. 41). 87% der Frauen empfanden den geleisteten Beitrag der BCN als sehr hoch. Der Erstkontakt erfolgte häufig (61,3%), wie auch vom Post-Basic Curriculum empfohlen, bereits zum Zeitpunkt der Diagnosestellung. Die weitere Kontaktaufnahme, Erreichbarkeit sowie Verfügbarkeit wurde hierbei als stets komplikationslos beschrieben (vgl. ebd., S. 40). Die psychologische Unterstützung zum Zeitpunkt der Krankheitsbewältigung blieb bei 78% der Patientinnen in prägender Erinnerung:

„She is the most important factor in the process because she incorporates professional knowledge in the process of dealing with the emotional distress. She is the patient's pillar of support” (ebd., S. 41)

Die Teilnehmerinnen verwendeten unter anderem Metaphern, die die Intensität ihrer Hilflosigkeit zu Beginn der Erkrankung verdeutlichten: ein Gefühl der Verwüstung und Ertrinken auf See; Dunkelheit und die Gefahr vom Weg abzukommen; die wichtige Rolle der „Retterin“, die sie vor dem Ertrinken bewahrt und den Weg erhellt (vgl. ebd., S. 42). Durch die enge Beziehungsgestaltung konnten 67% der betroffenen Frauen diesen Emotionen Ausdruck verleihen und waren durch die Hilfe der BCN in der Lage, das Gefühlschaos zu ordnen. Zudem wurden die BCNs häufig durch stereotype weibliche Züge charakterisiert: mitfühlend, sanftmütig, fürsorglich, empathisch und unterstützend (vgl. ebd., S. 41). Aber auch Eigenschaften wie Stärke, Geschäftstüchtigkeit und Dominanz wurden mit dem Berufsbild verbunden. Dies verdeutlicht den „dualistischen Charakter“, der erforderlich ist, um einerseits eine erfolgreiche Beziehung aufbauen zu können und andererseits Halt und Sicherheit zu vermitteln (vgl. ebd., S. 42).

Ähnlich wie bei Koinberg et al. (2004) empfand auch der Großteil der Frauen (90,2%) in dieser Studie das Fachwissen sowie die Informationsvermittlung durch die BCNs als sehr zufriedenstellend. Die ausführlichen Gespräche ermöglichten, wie als Kompetenz im Post-Basic Curriculum beschrieben, eine Partizipation seitens der Patientinnen (61%) bei der Therapiegestaltung (vgl. Kadmon et al. 2015, S. 41).

Als Einschränkung der genannten Ergebnisse ist die Wahl des Studiendesigns zu nennen. Eine Überprüfung mit Hilfe einer Kontrollgruppe wäre sinnvoll gewesen, um mögliche Vorteile gegenüber einer sogenannten Regelversorgung feststellen zu können. Die israelischen Forscher entschieden sich aus ethischen Gründen bewusst gegen ein RCT, um keiner Brustkrebspatientin die Betreuung durch eine BCN vorzuenthalten (vgl. Kadmon et al. 2015, S. 43).

Auch die groß angelegte, australische Querschnittsstudie von Ahern et al. (2016) liefert Erkenntnisse über mögliche Effekte, die durch die Begleitung einer Breast Care Nurse entstehen. Die Autoren vermuteten einen Zusammenhang zwischen der Betreuung einer BCN und der Erfüllung von Bedürfnissen sowie der wahrgenommenen Selbstwirksamkeit von Brustkrebspatientinnen. Zwei nationale Krebsdatenbanken wurden für die Teilnehmerrekrutierung genutzt.

Aus diesen konnte neben demographischer Daten entnommen werden, ob die Frauen während ihrer Behandlung Kontakt zu einer BCN hatten. Als Einschlusskriterien nannten die Autoren ein Mindestalter von 18 Jahren und eine abgeschlossene Therapie, die nicht weniger als sechs Monate zurücklag. Des Weiteren wurde zur Beantwortung der Fragebögen ein Online-Zugang vorausgesetzt. Basierend auf diesen Kriterien konnte eine Stichprobengröße von 902 Frauen erreicht werden. Wie in der Studie von Minstrell et al. (2008) wurde auch bei dieser Untersuchung der valide ‚Supportive Care Needs Survey‘ (SCNS) verwendet, um unerfüllte Bedürfnisse zu ermitteln. Für die Messung der wahrgenommenen Selbstwirksamkeit der Patientinnen wurde die ‚Communication and Attitudinal Self-efficacy Scale for Cancer‘ (CASE-cancer) genutzt (vgl. Ahern et al. 2016, S. 74).

Aus den demographischen Daten war ersichtlich, dass bei lediglich 68% der Befragten eine BCN in den Behandlungsprozess involviert war. Unklar bleibt, ob dies eine bewusste Entscheidung der Patientinnen gewesen ist oder keine Möglichkeit bestand, diese Unterstützung in Anspruch zu nehmen.

Anders als bei Kadmon et al. (2015) war hier die Verfügbarkeit einer BCN häufig erst perioperativ gegeben. Lediglich 29% der Teilnehmerinnen konnten zum Zeitpunkt der Diagnosestellung auf die Hilfe einer BCN zurückgreifen (vgl. Ahern et al. 2016, S. 74).

Die Antworten der Teilnehmerinnen bezüglich ihrer Bedürfnisse und Selbstwirksamkeit wurden anschließend mit der Inanspruchnahme von BCN-Leistungen in Zusammenhang gebracht.

Bereits 2008 hat die Studie von Minstrell et al. gezeigt, dass die Bedürfnisse von Brustkrebspatientinnen hauptsächlich psychischen Ursprungs sind. Die vorliegende Untersuchung bestätigt diese Ergebnisse. Zudem konnten im Hinblick auf den Einfluss einer Breast Care Nurse positive Effekte festgestellt werden. Von den 34 Items des SCNS konnten bei elf Bedürfnissen statistisch signifikante Unterschiede ausgemacht werden. Die von einer BCN betreuten Patientinnen empfanden deutlich seltener das Gefühl von Angst und Unsicherheit über ihre eigene Zukunft. Zudem fiel es ihnen leichter, sich mit dem Thema Tod und Sterben auseinanderzusetzen und eine positive Einstellung beizubehalten. Die Arbeit der BCN führte dazu, dass sich die Teilnehmerinnen in höherem Maße individuell betreut und als Person wahrgenommen fühlten. Der Angst als Fall im anonymisierten Krankenhausbetrieb unterzugehen konnte somit entgegengewirkt werden. Das Bedürfnis nach kontinuierlicher Betreuung und einem zuverlässigen Ansprechpartner für alle Fragen rund um die Behandlung konnte bei Patientinnen, die von einer BCN begleitet wurden, signifikant häufiger gestillt werden (vgl. Ahern et al. 2016, S. 76). Neben den positiven Effekten auf die Bedürfnislage der Teilnehmerinnen ließ sich zudem eine Steigerung der wahrgenommenen Selbstwirksamkeit erkennen. Diese äußerte sich in der verbesserten Fähigkeit „Informationen zu suchen und zu erhalten“ (vgl. ebd., S. 77). In Bezug auf das Prinzip der partizipativen Entscheidungsfindung stärkte die BCN die Position der Patientinnen (vgl. ebd.). Dieser Effekt steht in engem Zusammenhang mit den festgestellten Bedürfnissen sowie den erforderlichen Handlungskompetenzen über die spezialisierte Pflegende, laut Post-Basic Curriculum, verfügen müssen.

Die Autoren der Studie verweisen darauf, dass erstmals die wahrgenommene Selbstwirksamkeit von Brustkrebspatientinnen in dem Kontext zur Betreuung durch eine BCN betrachtet wurde. Die erhobenen Daten können somit lediglich als Basis für zukünftige Forschungsprojekte dienen. Dennoch ist eine positive Assoziation zwischen der Arbeit einer BCN, dem niedrigeren Niveau an unerfüllten Bedürfnissen sowie einer höheren Selbstwirksamkeit nicht von der Hand zu weisen (vgl. ebd., S. 78).

Abschließend muss konstatiert werden, dass lediglich Effekte in Bezug auf die psychologische Verfassung der Patientinnen nachweisbar sind. In Anbetracht der überwiegenden Manifestation der Bedürfnisse in diesem Bereich bestätigt dies den Nutzen von Breast Care Nurses.

Es gilt jedoch zu bedenken, dass psychische Probleme möglicherweise ursächlich für physische Beeinträchtigungen sind oder diese verstärken können. Dies würde bedeuten, dass eine BCN darüber hinaus zur Prävention von körperlichen Langzeitfolgen beiträgt. Hinsichtlich dieser Vermutung konnte die vorliegende Literatur jedoch keine Informationen liefern.

Insgesamt muss die Qualität der Studien in Bezug auf ihre Evidenz kritisch betrachtet werden. Um die genannten Erkenntnisse sicher bestätigen zu können, bedarf es weiterer aktueller Forschung in Form von RCTs.

7 Fazit

Die vorliegende Arbeit verdeutlicht, dass mit der Diagnose Mammakarzinom ein multidimensionales Problemfeld für betroffene Frauen entsteht. Durch die existenzielle Bedrohung, die Nebenwirkungen der Erkrankung sowie die Aus- und Nachwirkungen der Therapien entsteht ein eng verflochtenes Netz aus Bedürfnissen. Um diesen komplexen Bedürfnissen gerecht werden zu können, entwickelte sich mit den Breast Care Nurses in vielen Ländern eine spezialisierte Form der pflegerischen Versorgung. Die Analyse der Bedürfnisse hat gezeigt, dass die Probleme weitestgehend mit dem schockierenden Ereignis der Diagnosestellung zusammenhängen und meist psychischen Ursprungs sind. Das Thema Angst und Depression spielt dabei für viele Frauen eine übergeordnete Rolle.

Weiterhin wurde die hohe Erwartungshaltung gegenüber den Akteuren des Gesundheitssystems und die daraus resultierende Verantwortung, für die im Behandlungsprozess involvierten Personen, erkennbar. Der Wunsch nach individueller Betreuung und Fürsorge, ausführlichen Informationen und Partizipation an Entscheidungsprozessen stand dabei im Vordergrund.

Unter anderem führte die Identifikation dieser vielschichtigen Bedürfnislage sowie die hohe Anzahl der Brustkrebspatientinnen zur Entwicklung eines europäischen Curriculums, welches die Kompetenzen und besonderen Anforderungen, die an eine BCN gestellt werden, definiert. Im Curriculum wurden die Hauptbedürfnisse hinreichend berücksichtigt und die Kompetenzen dementsprechend formuliert.

Bezüglich der Fragestellung dieser Arbeit lässt sich eine klare Aussage treffen. Es konnte nachgewiesen werden, dass ein Zusammenhang zwischen der Begleitung durch eine BCN und dem verringerten Auftreten von unerfüllten Bedürfnissen besteht. Des Weiteren war es möglich, positive Effekte bezüglich der psychischen Situation von Patientinnen festzustellen. Jedoch wurde meist die Unterstützung einer BCN im Gesamten untersucht ohne konkrete Interventionen und deren Wirksamkeit zu evaluieren. Es lässt sich daher vermuten, dass keine näher definierten Maßnahmen erforderlich zu sein scheinen, sondern die enge Begleitung und kontinuierliche Beratung diese positiven Effekte verursachten.

Da die in dieser Arbeit verwendeten Daten überwiegend im Ausland erhoben wurden, bleibt unklar inwiefern die Ergebnisse auf das deutsche Gesundheitssystem übertragen werden können. Die Bedürfnisanalyse hat gezeigt, dass betroffene Frauen aus unterschiedlichen Ländern sehr ähnliche Aussagen getätigt haben. Aus diesem Grund kann davon ausgegangen werden, dass die Bedürfnislage deutscher Frauen vergleichbar ist. Die im Kapitel 5 bereits offengelegten Unterschiede hinsichtlich Ausbildung, Funktionsbezeichnungen, Kompetenzniveaus und Aufgabenfeldern von Breast Care Nurses lassen Qualitätsunterschiede in der Arbeit erahnen. Es wäre daher vonnöten eine detaillierte Analyse der Arbeitssituation sowie der Rahmenbedingungen in Deutschland durchzuführen. Aufgrund des demographischen Wandels, dem Personalmangel in deutschen Kliniken sowie finanzieller Engpässe ist es fraglich, ob eine intensive Begleitung, wie in der Literatur beschrieben, gewährleistet werden kann.

Die Spezialisierung zur Breast Care Nurse stellt für mich ein gelungenes Konzept für die Versorgung von Brustkrebspatientinnen dar. Jedoch bin ich der Meinung, dass die Umsetzung unter den strukturellen Gegebenheiten, die in deutschen Krankenhäusern vorherrschen, nur schwer realisierbar ist. Das Streben nach Spezialisierung, das Erfüllen von Zertifizierungsrichtlinien und die Anpassung an internationale Standards, während zugleich die Regelversorgung und damit die Patientensicherheit gefährdet ist, stellt für mich eine Prioritätenverschiebung dar, die es berufspolitisch zu überdenken gilt.

8 Literaturverzeichnis

- Aebi, S. (2008): Frühes Mammakarzinom – Therapiekonzepte. In: Eicher, M.; Marquard, S. (Hrsg.): *Brustkrebs. Lehrbuch für Breast Care Nurses, Pflegende und Gesundheitsberufe*. Bern: Hans Huber Verlag, S. 144-150
- Ahern, T.; Gardner, A.; Courtney, M. (2016): Exploring patient support by breast care nurses and geographical residence as moderators of the unmet needs and self-efficacy of Australian women with breast cancer: Results from a cross-sectional, nationwide survey. In: *European Journal of Oncology Nursing*. Jg. 23, S. 72-80
- Aigner, K. R.; Stephens, F.O.; Allen-Mersh, T.; Hortobagyi, G.; Khayat, D.; Picksley, M.; Sugarbaker, P.; Taguchi, T.; Thompson, J. F. (2016): Brustkrebs (Mammakarzinom). In: Aigner, K. R.; Stephens, F. O. (Hrsg.): *Onkologie Basiswissen*. Berlin: Springer-Verlag, S. 133-147
- Aigner, K. R.; Stephens, F.O.; Allen-Mersh, T.; Hortobagyi, G.; Khayat, D.; Picksley, M.; Sugarbaker, P.; Taguchi, T.; Thompson, J. F. (2016): Krebstherapie. In: Aigner, K. R.; Stephens, F. O. (Hrsg.): *Onkologie Basiswissen*. Berlin: Springer-Verlag, S. 77-106
- Bartholomeyczik, S. (2008): Brustkrebs als Krankheitsbild. In: Eicher, M.; Marquard, S. (Hrsg.): *Brustkrebs. Lehrbuch für Breast Care Nurses, Pflegende und Gesundheitsberufe*. Bern: Hans Huber Verlag, S. 62-71
- Cruickshank, S.; Kennedy, C.; Lockhart, K.; Dosser, I.; Dallas, L. (2008): Specialist breast care nurses for supportive care of women with breast cancer. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 1. Art. No.: CD005634. DOI: 10.1002/14651858.CD005634.pub2.

- Deutsche Gesellschaft für Gesundheits- und Pflegewissenschaft mbH (2017):
Weiterbildung zur Breast Care Nurse [online],
<https://dggp.jimdo.com/weiterbildungen/pflege/breast-care-nurse/>
[10.04.2017]
- Eicher, M. (2005): Pflegeexpertise bei Frauen mit Brustkrebs – Ein systematischer
Literaturüberblick zur Wirksamkeit von Interventionen durch spezialisierte
Pflegerinnen. In: *Pflege*. Jg. 18, S. 353–363
- Eicher, M. (2008): Bedürfnisse von Patientinnen mit Brustkrebs und deren
Angehörigen. In: Eicher, M.; Marquard, S. (Hrsg.): *Brustkrebs. Lehrbuch für
Breast Care Nurses, Pflegerinnen und Gesundheitsberufe*. Bern: Hans Huber
Verlag, S. 40-56
- Eicher, M. und Marquard, S. (2008): Praxismodelle <<Breast Care Nurse>>. In:
Eicher, M.; Marquard, S. (Hrsg.): *Brustkrebs. Lehrbuch für Breast Care
Nurses, Pflegerinnen und Gesundheitsberufe*. Bern: Hans Huber Verlag, S.
447-454
- Eicher, M.; Kadmon, I.; Claassen, S.; Marquard, S.; Pennery, E.; Wengstrom, Y.;
Fenlom, D. (2012): Training breast care nurses throughout Europe: The
EONS postbasic curriculum for breast cancer nursing. In: *European Journal
of Cancer*. Jg. 48, S. 1257-1262
- Fellinger, K. und Kroner, T. (2011): Haarausfall und Haarveränderungen. In:
Margulies, A.; Kroner, T.; Gaisser, A.; Bachmann-Mettler, I. (Hrsg.):
Onkologische Krankenpflege. 5. Aufl. Heidelberg: Springer-Verlag, S. 433-
442
- Gaisser, A. (2011): Mammakarzinom und gynäkologische Tumore. In:
Margulies, A.; Kroner, T.; Gaisser, A.; Bachmann-Mettler, I. (Hrsg.):
Onkologische Krankenpflege. 5. Aufl. Heidelberg: Springer-Verlag, S. 747-
762

- Gerlach, A. und Wiedemann, R. (2010): Breast Care Nurses - Pflegeexpertinnen für Brustkrankungen Ein Weg zur «Advanced Nursing Practice» in Deutschland? In: *Pflege*. Jg. 23, S. 393–402
- Glaus, A. (2008): Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention. In: Eicher, M.; Marquard, S. (Hrsg.): *Brustkrebs. Lehrbuch für Breast Care Nurses, Pflegende und Gesundheitsberufe*. Bern: Hans Huber Verlag, S. 85-104
- Hajian, S.; Mehrabi, E.; Simbar, M.; Houshyari, M. (2017): Coping Strategies and Experiences in Women with a Primary Breast Cancer Diagnosis. In: *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*. Jg. 18, Nr. 1, S. 215-224
- Höhl, B. (2016): Gütekriterien für qualitative Forschung. In: Ritschl, V.; Weigl, R.; Stamm, T. (Hrsg.): *Wissenschaftliches Arbeiten und Schreiben. Verstehen, Anwenden, Nutzen für die Praxis*. Berlin: Springer-Verlag, S. 127-130
- Kadmon, I.; Halag, H.; Dinur, I.; Katz, A.; Zohar, H.; Damari, M.; Cohen, M.; Levin, E.; Kislev, L. (2015): Perceptions of Israeli women with breast cancer regarding the role of the Breast Care Nurse throughout all stages of treatment: A multi center study. In: *European Journal of Oncology Nursing*. Jg. 19, S. 38-43
- Koinberg, I. L.; Fridlund, B.; Engholm, G. B.; Holmberg, L. (2004): Nurse-led follow-up on demand or by a physician after breast cancer surgery: a randomised study. In: *European Journal of Oncology Nursing*. Jg. 8, S. 109–117
- Maguire, P.; Tait, A.; Brooke, M.; Thomas, C.; Sellwood, R. (1980): Effect of counselling on the psychiatric morbidity associated with mastectomy. In: *British Medical Journal*. Jg. 281, S. 1454–1456.

- McArdle, J. M. C.; George, W. D.; McArdle, C. S.; Smith, D. C.; Moodie, A. R.; Hughson, A. V. M.; Murray, G. D. (1996): Psychological support for patients undergoing breast cancer surgery: a randomised study. In: *British Medical Journal*. Jg. 312, S. 813-816
- Minstrell, M.; Winzenberg, T.; Rankin, N.; Hughes, C.; Walker, J. (2008): Supportive care of rural women with breast cancer in Tasmania, Australia: changing needs over time. In: *Psycho-Oncology*. Jg. 17, S. 58-65
- Perkhofer, S. (2016): Was ist quantitative Forschung? In: Ritschl, V.; Weigl, R.; Stamm, T. (Hrsg.): *Wissenschaftliches Arbeiten und Schreiben. Verstehen, Anwenden, Nutzen für die Praxis*. Berlin: Springer-Verlag, S. 138-145
- Pielhau, M. (2016): *Dr. Hoffnung: Die Geschichte eines echten Wunders*. Berlin: Allegria
- Robert-Koch-Institut (2016): Bericht zum Krebsgeschehen in Deutschland, [online] http://www.krebsdaten.de/Krebs/DE/Content/Publikationen/Krebsgeschehen/Krebsgeschehen_download.pdf?__blob=publicationFile [23.01.2017]
- Statistisches Bundesamt (2016): Weltkrebstag: 2014 starben rund 18 000 Frauen an Brustkrebs, [online] <https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/ImFokus/Gesundheit/BrustkrebsFrauenTodesursache.html> [23.01.2017]
- Stein, H. (2008): Pathophysiologie und Histologie. In: Eicher, M.; Marquard, S. (Hrsg.): *Brustkrebs. Lehrbuch für Breast Care Nurses, Pflegende und Gesundheitsberufe*. Bern: Hans Huber Verlag, S. 71-84

Wilson, A.R.M.; Marotti, L.; Bianchi, S.; Biganzoli, L.; Claassen, S.; Decker, T.; Frigerio, A.; Goldhirsch, A.; Gustafsson, E.G.; Mansel, R.E.; Orecchia, R.; Ponti, A.; Poortmans, P.; Regitnig, P.; Rosselli Del Turco, M.; Rutgers, E.J.Th.; Asperen, C. van; Wells, C.A.; Wengström, Y.; Cataliotti, L. (2013): The requirements of a specialist Breast Centre. In: *European Journal of Cancer*. Jg. 49, Nr. 17, S. 3579–3587

Zettl, S. (2011): Veränderungen des Körperbildes. In: Margulies, A.; Kroner, T.; Gaisser, A.; Bachmann-Mettler, I. (Hrsg.): *Onkologische Krankenpflege*. 5. Aufl. Heidelberg: Springer-Verlag, S. 535-541

Eidesstattliche Erklärung

Hiermit versichere ich, dass ich die Bachelorarbeit selbstständig und nur unter Zuhilfenahme der ausgewiesenen Hilfsmittel angefertigt habe. Sämtliche Stellen der Arbeit, die im Wortlaut oder dem Sinn nach anderen gedruckten oder im Internet verfügbaren Werken entnommen sind, habe ich durch genaue Quellenangabe kenntlich gemacht.

Hamburg, 31. Mai 2017

Natalia Wittbrot