

Aktualisierte Leitlinien „Mammakarzinom“ 2008

Brustschwester kann Lebenskraft stärken

Nach Angaben der Deutschen Krebsgesellschaft erkranken aktuell in Deutschland jährlich etwa 57.230 Frauen an Brustkrebs, das mittlere Erkrankungsalter liegt um das 62. Lebensjahr. In den letzten Jahren hat sich durch Verbesserungen der therapeutischen Möglichkeiten die Überlebenszeit der erkrankten Frauen erhöht: Etwa 80 Prozent der Frauen mit Brustkrebs überleben mindestens fünf Jahre. Damit werden eine Diagnostik, Therapie und Nachsorge unter hoher Beachtung von Erhaltung bzw. Verbesserung der Lebensqualität in der Behandlung des Mammakarzinoms immer wichtiger.

Das Koordinierungszentrum für Standards in der Onkologie (ISTO) der Deutschen Krebsgesellschaft hat gemeinsam mit den medizinischen Fachgesellschaften (so unter anderen mit der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe sowie der Deutschen Gesellschaft für Senologie), Verbänden und Arbeitsgemeinschaften die interdisziplinäre S3-Leitlinie für die Diagnostik, Therapie und Nachsorge des Mammakarzinoms von 2004 überarbeitet und an neue Erkenntnisse angepasst.

„Die Leitlinie dient dazu, den Patientinnen nach dem jeweiligen Stand ihrer Erkrankung angemessene, wissenschaftlich begründete, aktuelle und wirtschaftliche Verfahren in der Diagnostik, Therapie und Rehabilitation anzubieten“, erklärte der Leiter des Autorenteam Professor Rolf Kreienberg, Direktor der Frauenklinik an der Universität Ulm, in der Presseerklärung zur Veröffentlichung der evidenzbasierten Leitlinie Ende April 2008. Das Ziel sei es, so heißt es in der Mitteilung weiter, die Diagnosekette und die stadiengerechte Therapie sowohl bei der Ersterkrankung als auch beim Rezidiv bzw. der Metastasierung zu optimieren. Dadurch sollen mittel- und langfristig die Sterblichkeit der Brustkrebspatientinnen gesenkt und die Lebensqualität erhöht werden.

LinkTipp: Unter www.krebsgesellschaft.de kann die aktualisierte Leitlinie eingesehen und als PDF heruntergeladen werden.

Interdisziplinäres Vorgehen und gute Aufklärung

Dabei legt die aktualisierte Leitlinie nach Aussagen der Autoren großen Wert auf ein interdisziplinäres Vorgehen bei Patientinnen mit Brustkrebs. Therapeutische Konzepte beim invasiven Karzinom sollen zwar leitlinienkonform, jedoch zusätzlich individuell in Tumorkonferenzen geplant und abge-

stimmt werden. Auch der Aspekt der partizipativen Entscheidungsfindung zwischen Patientin und Arzt soll gestärkt werden: Dafür sind spezielle, aktualisierte, evidenzbasierte und unabhängige Patienteninformationen in Vorbereitung, die unter aktiver Beteiligung von Patientenorganisationen und Selbsthilfegruppen entstehen.

Die Einleitung der aktualisierten Version der Leitlinie widmet sich den Aspekten zur Patientenaufklärung und -information. Hier soll der Arzt „die individuelle somatische, psychische und soziale Situation, Alter und Komorbiditäten der Patientin im Rahmen der Gesprächsführung berücksichtigen“. Darüber hinaus soll der Arzt „Ängste, Sorgen, spezifische Belastungen, den Informationsbedarf, die Behandlungserwartungen und die Präferenzen der Patientin“ erfragen und ansprechen.

Jeder, der schon einmal als Therapeut aufgeklärt hat oder gar als Patient aufgeklärt worden ist, weiß, dass eine solche Arzt-Patienten-Kommunikation vielschichtig und störanfällig ist. Ein Großteil der Informationen wird im ersten Durchgang gar nicht aufgenommen. Gerade bei einer Krebsdiagnose sitzen Schock und Verunsicherung oft tief.

Information und Aufklärung von Patientinnen, insbesondere in der Phase direkt nach Diagnosestellung, können durch die Einbindung anderer Mitarbeiter aus einem multiprofessionellen Team nachhaltig verbessert werden. Dies bietet sich natürlich besonders dort an, wo eine spezialisierte, interdisziplinäre Form der therapeutischen Zusammenarbeit bereits feste Arbeitsgrundlage ist: im Brustzentrum.

Das Konzept der „Brustschwester“ (breast care nurse)

Brustzentren sollen es ermöglichen, Frauen mit der Diagnose Brustkrebs mit der optimalen Diagnostik und Therapie zu behandeln. In den ESOMA-Leitlinien (European Society of Mastology, European Journal of Cancer 36 (2000) 2288±2293) werden die (europäischen) Anforderungen an ein spezialisiertes Brustzentrum beschrieben.

Dort findet sich unter anderem auch die Forderung, so genannte „breast care nurses“, also speziell im Thema Brustkrebs weitergebildete Krankenschwestern, als Mitglieder eines Kernteams im Brustzentrum zu integrieren. Dabei soll sich die Anzahl der breast care nurses nach der Zahl der im Brustzentrum behandelten Frauen richten: Die EUSOMA empfiehlt zwei solch spezialisierte Krankenschwestern pro 100 neu an Brustkrebs erkrankter Frauen. In einigen anderen europäischen Ländern, wie z.B. Großbritannien oder den Niederlanden, sind breast care nurses bereits etabliert.

Die Funktion der breast care nurse besteht darin, den Frauen verständliche Informationen zu ihrer Erkrankung, den The-

rapien und den rehabilitativen Möglichkeiten zu vermitteln und sie im weiteren Verlauf auch praktisch zu unterstützen. Die breast care nurse koordiniert außerdem die Kommunikation zwischen der Patientin und dem Team des interdisziplinären Brustzentrums.

In Hamburg geht es per Stiftung

Drei Ärzte des Mammazentrums Hamburg im Krankenhaus Jerusalem haben aktuell eine Stiftung gegründet, deren vorrangige Aufgabe die Finanzierung einer breast care nurse sein soll. Nach Angaben der Initiatoren der Stiftung soll ein weiterer Stiftungszweck darüber hinaus die Einrichtung eines Zentrums für Prävention, Diagnostik und Therapie des Mammakarzinoms sowie die Finanzierung von Aufklärungsveranstaltungen sein.

Prof. Dr. med. Eckhard Goepel, Gynäkologe am Mammazentrum Hamburg und einer der Initiatoren der Stiftung, beantwortet an dieser Stelle der Redaktion des Wirtschaftsmagazins für den Frauenarzt einige Fragen zum Thema.



Foto: M. Zitzlaff

Frage 1: Sehr geehrter Herr Professor Goepel, warum war die Errichtung einer Stiftung für die Finanzierung einer breast care nurse notwendig?

Professor Goepel: Entgegen eines außerordentlich hohen Bedarfs an spezialisiert ausgebildeten Mitgliedern im Pfltegeam der stationären und ambulanten Versorgung von Patientinnen mit einem Mammakarzinom be-

steht ein Missverhältnis zwischen dem Anspruch an eine wirklich umfassende Begleitung und der Realität im klinischen Alltag. Eine breast care nurse ist in der so genannten Regelversorgung nicht vorgesehen und dies ist auch in einer Zeit der immer knapper werdenden finanziellen Ressourcen in der Medizin aktuell nicht zu erwarten. Hier ermöglicht die Finanzierung durch die von uns ins Leben gerufene Stiftung die Einrichtung einer solchen Institution.

Frage 2: Wie muss man sich die Aufgaben und Möglichkeiten der breast care nurse am Mammazentrum Hamburg vorstellen?

Professor Goepel: Es kann mit einem möglichen „Dabei-Sein“ bei der Diagnosevermittlung, vor und nach der Operation und während des Stagings beginnen und geht bis hin zur Unterstützung bei den nachfolgenden Therapieoptionen. Beim brusterhaltenden Vorgehen sehen diese ja zum Beispiel eine Chemo sowie eine Strahlentherapie vor. In all diesen Situationen ist es sinnvoll und entsprechend gefordert, dass eine stete persönliche und niedrigschwellig zu erreichende Ansprechpartnerin für unsere Patientinnen präsent ist. Viele Ängste sind schwer zur Sprache zu bringen. Ärztinnen und Ärzte werden auf Grund ih-

rer vielen Beschäftigung auch vielfach ‚geschont‘. Und oft besteht eine Scheu vor dem wiederholten Fragen, obwohl wir alle ja das Phänomen der Amnesie nach der Vermittlung von weit reichenden Informationen gerade zum Thema einer potentiell lebensbedrohenden Erkrankung kennen.

Neben kommunikativen Aufgaben kann die breast care nurse Probleme thematisieren und die Frauen in psychosozialen Bereichen, wie bei der Versorgung der Familie oder bei Fragen zur Berufstätigkeit oder Schwerbehinderung, zur Selbsthilfegruppenarbeit, beim Haarersatz sowie bei der prothetischen Versorgung nach Ablation bis hin zur Einleitung einer onkologischen Rehabilitation auch praktisch unterstützen. Sie kann damit den Patientinnen neben einer konkreten Hilfestellung auch Perspektive vermitteln. Das tut nach dem Schock der Diagnose und nach möglicherweise als entstellend erlebten Eingriffen einfach gut und stärkt die Compliance im Hinblick auf belastende Therapien postoperativ.

Frage 3: Wie lange können Patientinnen die breast care nurse in Anspruch nehmen? Wie ist die Akzeptanz der Patientinnen?

Professor Goepel: Die Aufgaben der breast care nurse enden nicht mit dem stationären Aufenthalt oder mit der Chemotherapie, die ja auch bei uns im Mammazentrum Hamburg durchgeführt wird. Es ist stärkend und somit sinnvoll, unseren Patientinnen das sichere Gefühl zu vermitteln, auch nach dem stationären und ambulanten Setting neben ihren weiterbehandelnden Ärztinnen und Ärzten eine verlässliche Ansprechpartnerin zu haben. Naturgemäß wird das Bedürfnis nach einer „Anbindung“ im Verlauf schwächer, doch allein die Option, wieder auf eine hilfreich erlebte Unterstützung zurückgreifen zu können, bedeutet Lebensqualität für unsere Patientinnen.

Bisherige Erfahrungen durch unsere beiden onkologischen Krankenschwestern in der Chemotherapie, die bereits jetzt ein großes Spektrum der Leistungen einer breast care nurse mit großem Engagement, fundiertem Wissen und empathischer Zuwendung abdecken, zeigen, dass eigentlich alle Patientinnen in ihrer so grundlegend veränderten Lebenssituation ein großes Bedürfnis nach dem geschilderten Informationsangebot und nach auch emotional belastbaren Gesprächspartnerinnen haben. Dies impliziert dann auch ein Supervisionsangebot zur eigenen Entlastung.

Frage 4: Gibt es in Deutschland bereits eine standardisierte Weiterbildung zur breast care nurse? Welche Voraussetzungen muss man dazu mitbringen?

Professor Goepel: Diese Angebote sind vorhanden, exemplarisch nenne ich hier Weiterbildungsgänge in Bremen (www.klinikumbremen-ldw.de) und Essen (www.bildung-essen.de). Die Weiterbildung erfolgt berufsbegleitend im Modulsystem. Ausbildungsübergreifende standardisierte und damit bindende Weiterbildungsinhalte gibt es nach meinem Wissensstand derzeit noch nicht. Voraussetzung zum Beginn dieser Zusatzqualifikation ist eine Ausbildung zur Krankenschwester.

Vielen Dank für das interessante Gespräch!

Monika Schweihoff, Ärztin