

Frauenklinik und Poliklinik
der Technischen Universität München
Klinikum rechts der Isar
(Direktorin: Univ.-Prof. Dr. M.B. Kiechle)

Psychoemotionale und psychosoziale Aspekte, Lebensqualität und Krankheitsbewältigung bei Patientinnen nach unterschiedlichen onkologischen Eingriffen an der Brust

Martin GÜthlin

Vollständiger Abdruck der von der
Fakultät für Medizin der Technischen Universität München
zur Erlangung des akademischen Grades eines
Doktors der Medizin
genehmigten Dissertation.

Vorsitzender: Univ.-Prof. Dr. D. Neumeier

Prüfer der Dissertation:

1. Privatdozentin Dr. C. Höß
2. Univ.-Prof. Dr. A. Sellschopp

Die Dissertation wurde am 21.11.2000 bei der Technischen Universität München eingereicht und durch die Fakultät für Medizin am 16.05.2001 angenommen.

Inhaltsverzeichnis

1	EINLEITUNG	3
2	FRAGESTELLUNG	5
3	METHODIK	6
3.1	PATIENTENKOLLEKTIV	6
3.2	GRUPPENEINTEILUNG NACH THERAPEUTISCHEM VORGEHEN	6
3.2.1	PATIENTINNEN MIT BENIGNEN TUMOREN	6
3.2.2	PATIENTINNEN MIT MALIGNEN TUMOREN	6
3.3	DURCHFÜHRUNG DER BEFRAGUNG	7
3.4	BESCHREIBUNG DES FRAGEBOGENS	8
3.4.1	DEMOGRAPHISCHE MERKMALE	8
3.4.2	BEURTEILUNG EINZELNER THERAPIEASPEKTE	8
3.4.3	ERFASSUNG DER LEBENSQUALITÄT	10
3.4.4	PSYCHOEMOTIONALE UND PSYCHOSOZIALE AUSWIRKUNGEN DER BRUSTOPERATION	11
3.4.5	KANKHEITSBEWÄLTIGUNG	12
3.5	DATENVERARBEITUNG	13
4	ERGEBNISSE	14
4.1	BETEILIGUNG AN DER BEFRAGUNG	14
4.2	VERTEILUNG DER PATIENTINNEN AUF DIE EINZELNEN GRUPPEN	15
4.3	ONKOLOGISCHE CHARAKTERISIERUNG DER PATIENTINNEN MIT MALIGNOMEN	15
4.4	ZEITPUNKT DER BEFRAGUNG	16
4.5	SOZIODEMOGRAPHISCHE MERKMALE	17
4.6	BEDARF AN MEDIZINISCHER BEHANDLUNG	20
4.7	BEURTEILUNG EINZELNER THERAPIEASPEKTE	22
4.7.1	WAHL DES THERAPIEVERFAHRENS	22
4.7.2	HOFFNUNGEN UND ERWARTUNGEN AN DIE BRUSTERHALTENDE THERAPIE	23
4.7.3	KOSMETISCHES ERGEBNIS DER OPERATION	28
4.7.4	VERGLEICH ZWISCHEN DER OPERIERTEN UND DER GESUNDEN BRUST	28
4.7.5	PROBLEMSITUATIONEN	30

4.7.6	PSYCHOSOZIALE HILFELEISTUNGEN	32
4.8	LEBENSQUALITÄT	36
4.8.1	FRAGEN ZUR LEBENSZUFRIEDENHEIT (FLZ)	36
4.8.2	BESCHWERDENLISTE (BL)	41
4.9	PSYCHOEMOTIONALE UND PSYCHOSOZIALE ASPEKTE	45
4.9.1	KÖRPERBILD	45
4.9.2	PARTNERSCHAFT	48
4.9.3	SOZIALKONTAKTE UND FREIZEITAKTIVITÄTEN	51
4.9.4	BERUFLICHE AUSWIRKUNGEN	53
4.10	KRANKHEITSBEWÄLTIGUNG	55
4.10.1	ZURECHTKOMMEN MIT DER BEHANDLUNG UND ERKRANKUNG	55
4.10.2	HILFE BEI DER KRANKHEITSBEWÄLTIGUNG	58
4.10.3	BEWÄLTIGUNGSSTRATEGIEN	59
5	DISKUSSION	65
6	ZUSAMMENFASSUNG	85
7	LITERATURVERZEICHNIS	89
8	VERZEICHNIS DER TABELLEN UND ABBILDUNGEN	99
9	ANHANG	103
10	DANKSAGUNG	116

1 Einleitung

Operationen an der Brust sind für eine Frau in hohem Maße mit psychischen Belastungen verbunden. Berücksichtigt man die große biologische und erotische Bedeutung der Brust, so stellt insbesondere die Diagnose eines Mammakarzinoms für eine Frau eine lebensverändernde Krise dar. Dementsprechend wurden in den letzten Jahrzehnten den Auswirkungen einer Brustamputation auf Selbstbild, Partner- und Sexualbeziehungen viel Beachtung geschenkt (Wenderlein 1978, Meyerowitz 1980, Frick-Bruder 1981, Margolis 1984, Muthny 1986, Dean 1987). Gegenstand wissenschaftlicher Diskussionen war auch die Frage, inwieweit die Morbidität durch den Verlust der Brust oder durch die Belastung aufgrund der Diagnose einer bösartigen Erkrankung bestimmt wird (Renneker 1952, Bard 1955, Morris 1979, Alagaratnam 1986, Ganz 1992).

Eine Einschränkung der Radikalität und letztlich die Etablierung brusterhaltender Behandlungsstrategien bei bösartigen Brusterkrankungen wurde neben einem neuen Verständnis der Tumorbologie des Mammakarzinoms als primär systemische Erkrankung und Studienergebnissen, welche die Gleichwertigkeit der Verfahren nachgewiesen haben, nicht zuletzt durch die Auseinandersetzung mit der durch die Mastektomie verursachte Traumatisierung ermöglicht (Fisher 1980, Veronesi 1981, Maass 1992, Neuhaus 1994).

Die Erhaltung der körperlichen Integrität und des weiblichen Selbstbildes ist im Rahmen einer ganzheitlichen Betreuung von Patientinnen mit Mammakarzinom ein wichtiges Anliegen. Der Organerhalt ist hierbei unter dem Aspekt aller zu erwartenden psychologischen Vorteile für die Patientin nur sinnvoll, wenn aus kosmetischer und funktioneller Sicht ein zufriedenstellendes Ergebnis erreicht werden kann (Engel 1991).

Das kosmetische Ergebnis wird wesentlich durch die Relation von Tumorgröße und Brustdrüse bestimmt, aber auch durch die obligat folgende Bestrahlung beeinflusst (Romsdahl 1983, Rochefordière 1992).

Das primäre onkologische Ziel der Operation ist die lokale Tumorkontrolle, dabei darf aber nicht zugunsten einer besseren Kosmetik auf onkologische Prinzipien wie z. B. die Exzision des Tumors im Gesunden verzichtet werden.

Durch eine Konturrekonstruktion der Brust mit subkutanen Drüsenkörperrotationslappen kann die Indikation zur brusterhaltenden Therapie auch bei ungünstiger Relation von Tumor- zu Brustgröße gestellt werden, erfordert aber einen zum Teil erheblichen operativen Mehraufwand. Diese Operationstechnik wurde an der Frauenklinik der TU München in den Jahren 1990 und 1991 eingeführt.

Onkologische Therapieverfahren greifen nicht selten stark in das physische, emotionale und soziale Leben der Patienten ein. Die Qualität des Lebens gibt immer mehr den Ausschlag zur Wahl eines Therapieverfahrens, wenn alternative Verfahren mit ähnlichen Überlebenszahlen zur Verfügung stehen. In diesem Zusammenhang ist auch der Versuch zu sehen, sogenannte „weiche“ Daten wie Befindlichkeit, psychosoziale und psychologische Faktoren gleichberechtigt bei der Bewertung therapeutischer Konzepte einzubeziehen und diese neben Rezidivhäufigkeit und Überlebenszeit zu relevanten Zielkriterien zu machen (Feinstein 1987, van Dam 1988, Troidl 1989, Gill 1994).

2 Fragestellung

Der Schwerpunkt der vorliegenden Arbeit besteht in der Bewertung verschiedener operativer Techniken bezüglich ihres Stellenwertes bei der Therapie des Mammakarzinoms. Um in Zukunft eine verbesserte Betreuung und Beratung der Patientinnen zu ermöglichen, wurde speziell folgenden Fragestellungen nachgegangen:

- I. Ergeben sich bei Frauen nach Operationen an der Brust hinsichtlich der Dignität der Erkrankung (benigne vs. maligne) und des Operationsverfahrens (brusterhaltende Therapie vs. Mastektomie) Unterschiede bezüglich psychoemotionaler und psychosozialer Aspekte, Lebensqualität und Zufriedenheit der Patientinnen?
- II. Lassen sich solche Unterschiede auch zwischen verschiedenen brusterhaltenden Techniken (Tumorexzision mit oder ohne Konturrekonstruktion durch subkutane Drüsenkörperrotationslappen) nachweisen ?
- III. Welche Bedeutung haben einzelne psychoemotionale und psychosoziale Faktoren (wie z.B. Lebensqualität, Alter und Schulbildung) auf die Krankheitsbewältigung der Patientinnen ?
- IV. Welche Verbesserungsmöglichkeiten ergeben sich dadurch für die Betreuung und Beratung von Patientinnen mit Mammatumoren ?

3 Methodik

In der vorliegenden retrospektiven Studie wurden Patientinnen nach verschiedenen Operationen an der Brust minimal 6 Monate postoperativ zu einem standardisierten Interview gebeten.

3.1 Patientenkollektiv

Zur Ausgangsstichprobe zählten alle Patientinnen, die im Zeitraum von Januar bis Dezember 1991 in der Frauenklinik der TU München aufgrund benigner oder maligner Erkrankungen an der Brust operiert worden waren. Nicht in die Studie aufgenommen wurden Patientinnen, die ihren Wohnsitz außerhalb Deutschlands hatten, unbekannt verzogen, oder aus organisatorischen Gründen nicht erreichbar waren.

3.2 Gruppeneinteilung nach therapeutischem Vorgehen

Die Patientinnen wurden entsprechend der Dignität der Erkrankung und dem jeweiligen Therapieverfahren in fünf Gruppen eingeteilt.

3.2.1 *Patientinnen mit benignen Tumoren*

Gruppe 1: Weite Exzision (semizirkulärer Hautschnitt, einfache Exzisionsbiopsie mit einem Sicherheitsabstand von ca. 1 cm nach Tastbefund, ggf. Drainage, Subepidermalnaht und intrakutane Hautnaht).

Gruppe 2: Weite Exzision mit Rekonstruktion der Brust durch subkutane Drüsenkörperrotationslappen (semizirkulärer Hautschnitt, Exzisionsbiopsie meist in Segmentform, Mobilisation des Hautfettmantels zwischen Drüsenkörperoberfläche und Subkutis der angrenzenden Quadranten, Rekonstruktion der Brustkontur durch Schwenken der mobilen Drüsenkörperlappen in den Defekt hinein, Adaptation mittels Einzelknopfnähten, abschließende Drainage, Subepidermalnähte und intrakutane Hautnaht).

3.2.2 *Patientinnen mit malignen Tumoren*

Gruppe 3: brusterhaltende Therapie (BET) (Technik entsprechend Gruppe 1, zusätzlich axilläre Lymphonodektomie Level I und II und postoperative Bestrahlung).

Gruppe 4: brusterhaltende Therapie mit Rekonstruktion der Brust durch subkutane Drüsenkörperrotationslappen (Technik entsprechend Gruppe 2, zusätzlich axilläre Lymphonodektomie Level I und II und postoperative Bestrahlung).

Postoperative Strahlentherapie

Bei entsprechender Indikation wurden Brust und Brustwand durch tangentielle Homogenbestrahlung (Linearbeschleuniger mit 6 MV-Bremsstrahlung unter Verwendung von Keilfiltern zur Homogenisierung) mit insgesamt 56 Gray ohne Boost bestrahlt.

Gruppe 5: Modifiziert radikale Mastektomie (Entfernung der Brustdrüse meist mit Pectoralisfaszie. Axilläre Lymphonodektomie Level I und II). In Einzelfällen musste auch hier eine Bestrahlung der Brustwand angeschlossen werden.

Adjuvante systemische Therapie

Je nach onkologischer Situation wurde eine adjuvante Zytostatikatherapie bzw. eine adjuvante antihormonelle Therapie (Tamoxifen) durchgeführt.

3.3 Durchführung der Befragung

Zunächst wurden über die Operationsstatistik der Frauenklinik die Adressen der Patientinnen ermittelt, die in dem betreffenden Zeitraum operiert worden waren. Diese Patientinnen wurden brieflich über Ziel und Durchführung der Studie informiert und daraufhin telefonisch zu einem Termin gebeten. Hierbei wurde versucht, einen Nachsorgetermin in der Klinik zu nutzen und die Befragung hieran anzuschließen. Der Termin wurde frühestens 6 Monate nach der Operation angesetzt.

Die Daten wurden in Form eines standardisierten Interviews erhoben. Die Befragungen wurden in den Räumen der Frauen-Poliklinik der Technischen Universität durchgeführt. Ein Interview dauerte etwa 45 Minuten. Die Daten wurden von einem vom Operationsteam und dem übrigen medizinischen Personal unabhängigen Untersucher erfasst und ausgewertet.

Der Ablauf der Untersuchung orientierte sich hierbei an der Konzeption des Fragebogens. Die Fragen wurden im allgemeinen laut verlesen und die Antworten gesammelt. Fragen zu bestimmten Schwerpunktthemen konnten durch dieses Vorgehen präzisiert werden.

3.4 Beschreibung des Fragebogens

Insgesamt wurden 56 Fragen gestellt, darunter waren Fragen mit Einfachauswahl, Fragen mit Rating Skala und offene Fragen. Dem durchgeführten Eingriff (brusterhaltende Therapie bzw. modifiziert radikale Mastektomie) wurde durch einzelne modifizierte Fragen Rechnung getragen. Der Fragebogen ist dieser Arbeit beigelegt und findet sich im Anhang (S. 103 ff).

Der Fragebogen wurde in Zusammenarbeit mit dem Institut für Psychosomatik der TU München (Direktor: Univ-Prof. Dr. med. M. v. Rad) anhand einer Vorlage eines früheren Projektes heraus entwickelt und für die spezielle Situation der Patientinnen nach Brustoperationen adaptiert.

Inhaltlich beschäftigte sich der Fragebogen zunächst mit wichtigen demographischen Merkmalen, dann folgten Fragen zu verschiedenen Aspekten des Therapieverfahrens, zur Lebensqualität, zu psychoemotionalen und psychosozialen Auswirkungen der Operation und zur Krankheitsbewältigung.

3.4.1 Demographische Merkmale (s. Anhang S. 103 ff, Fragen 1- 16)

Einleitende Fragen betrafen das Alter, den Familienstand, die Zahl der Kinder und die Religionszugehörigkeit. Daneben wurde nach Schulbildung, Beruf und Wohnort der Patientinnen und nach dem Beruf des Partners gefragt.

Die Patientinnen und die Partner wurden nach den jeweiligen Angaben zum Beruf in drei soziale Gruppen eingeteilt. Zur Tätigkeitsgruppe A zählten Hausfrauen, un- und angelernte Arbeiter/innen und in Ausbildung befindliche Personen, Arbeitslose und Rentner/innen. Facharbeiter/innen, mittlere und gehobene Beamten/innen und Selbständige mit kleineren und mittleren Betrieben wurden der Tätigkeitsgruppe B zugerechnet. In die Tätigkeitsgruppe C wurden höhere Beamte, höchstqualifizierte Angestellte und Selbständige mit großen Betrieben aufgenommen.

Zur Abschätzung der sozialen Situation und der Morbidität erfragten wir zudem die Art der Beschäftigung zum Befragungszeitpunkt, Krankschreibungen und Klinikaufenthalte innerhalb der letzten Wochen und Jahre.

3.4.2 Beurteilung einzelner Therapieaspekte (Fragen 17- 32)

Wahl des Therapieverfahrens

Zunächst wurden die Patientinnen gefragt, wie es zur Entscheidung bei der Wahl des Therapieverfahrens gekommen war. Die Patientinnen konnten hierbei angeben, ob für den

Fall des Vorliegens eines Karzinoms jeweils der eigene Wunsch, der Vorschlag der Ärzte, der Rat des Partners oder Sonstiges bei der Wahl des Therapieverfahrens ausschlaggebend gewesen war. Dabei waren Mehrfachnennungen möglich, und es sollte auch eine Rangfolge der vorgenannten Punkte, die zur Entscheidung beigetragen hatten, angegeben werden.

Fragen bei brusterhaltender Therapie

In einer Frage zu Hoffnungen und Befürchtungen bezüglich der brusterhaltenden Therapie wurden die Patientinnen mit brusterhaltender Therapie gebeten, acht Bereiche über eine fünfstufige Ratingskala zu bewerten. Die Zielparameter waren: Körperliche Vollkommenheit, Gefühl der Vollwertigkeit als Frau, Selbstwertgefühl, Attraktivität, Erhalt/Verbesserung der Partnerbeziehung bzw. der sexuellen Beziehung, Notwendigkeit einer Brustprothese und freie Wahl der Kleidung.

Dieselben Bereiche wurden dann nochmals hinsichtlich der Erfüllung dieser Erwartungen durch die Operation vorgelegt.

Eine nächste Frage umfasste Befürchtungen im Hinblick auf das kosmetische und funktionelle Ergebnis, wobei sechs Bereiche vorgegeben waren (Veränderung von Brustgröße, Kontur, Brustwarze, Hautbeschaffenheit und Berührungsempfindlichkeit, Narbenbildung). Mehrfachnennungen waren möglich, daneben hatten die Patientinnen zusätzlich Gelegenheit, sich frei zu äußern.

Problemsituationen, in denen die operierte Brust Probleme bereiten könnte, wurden anhand der Parameter Liegen auf dem Bauch, berufliche Tätigkeit, Tragen bestimmter Kleidung und Anlegen des Sicherheitsgurtes erfragt. Bei dieser Frage waren Mehrfachnennungen möglich, und es gab zusätzlich die Möglichkeit, sich in einem offenen Teil der Frage frei zu äußern.

Daneben wurden die brusterhaltend operierten Patientinnen gebeten, bestimmte Parameter wie Schönheit, Konsistenz, Berührungsempfindlichkeit, Größe, Form, Brustwarze und Hautfarbe der operierten im Vergleich zur gesunden Brust einzuschätzen. Eine Einschätzung der Zufriedenheit des kosmetischen Ergebnisses der Operation wurde wiederum über eine fünfstufige Ratingskala erbeten. In weiteren Fragen konnten die Patientinnen angeben, ob sie eine Korrektur der operierten Brust wünschen, und ob sie sich noch einmal für dieselbe Operation entscheiden würden.

Situation der Patientinnen nach modifiziert radikaler Mastektomie bezüglich Information über Wiederaufbauverfahren

Bei mastektomierten Patientinnen wurde eine Frage nach der Qualität der zum Operationszeitpunkt durch die Ärzte vermittelten Information über Wiederaufbauverfahren

(fünfstufige Ratingskala) und eine Frage nach einem plastisch-chirurgischen Eingriff in der Zwischenzeit (Einfachauswahl) aufgenommen.

Psychosoziale Hilfeleistungen und Nachsorge

Neben einer Frage nach der Zufriedenheit mit der Information über die Erkrankung und Behandlung (fünfstufige Ratingskala), wurden die Patientinnen gebeten, zu verschiedenen Angeboten zur Krankheitsbewältigung und Hilfen der Klinik Stellung zu nehmen. In fünf Bereichen (Information über die Behandlungsmöglichkeiten, Besprechung seelischer Probleme, sozialmedizinische Hilfe, Angebot an verschiedenen Gesprächsgruppen) sollten die Patientinnen angeben, wo sie mehr Unterstützung für erforderlich gehalten hätten. Für diese Fragen standen wieder fünfstufige Ratingskalen zur Verfügung.

Medizinische Betreuung und onkologische Situation

Der Bedarf an medizinischer Behandlung im letzten Vierteljahr vor der Befragung wurde anhand einer Frage mit Einfachauswahl erfasst; hier konnten die Befragten angeben, ob sie in medizinischer Behandlung gestanden, Chemo-, Strahlen- oder Hormontherapie erhalten oder homöopathisch/naturheilkundliche Betreuung gesucht hatten; wobei Mehrfachnennungen möglich waren. In diesem Zusammenhang wurde auch nach einem Rezidiv in der Zwischenzeit gefragt.

Die Patientinnen sollten zudem ihre Teilnahme an und ihre Zufriedenheit mit dem Nachsorgeangebot angeben.

Eine weitere Frage betraf den regelmäßigen Verbrauch an Medikamenten, insbesondere Schmerz-, Schlaf-, und Beruhigungsmitteln. Hierzu wurde eine von Brengelmann zusammengestellte Liste (Schwendner 1986) verwendet.

3.4.3 Erfassung der Lebensqualität (Fragen 33-34)

Der multidimensionale Begriff der „Lebensqualität“ wurde in Form von zwei standardisierten Selbstbeurteilungs-Skalen erhoben.

Zum einen wurden die "**Fragen zur Lebenszufriedenheit (FLZ)**" von **G. Henrich und P. Herschbach** verwendet, wobei diese Skala die Lebensqualität in acht wichtigen Lebensbereichen erfasst (Freunde/ Bekannte, Freizeitgestaltung/Hobbys, Gesundheit, Einkommen/finanzielle Situation, Beruf/ Arbeit, Wohnsituation, Familienleben/Kinder, Partnerschaft/Sexualität). Als Beurteilungszeitraum werden von den Autoren die jeweils letzten vier Wochen vor der Erhebung angegeben. Bei dieser Skala werden die genannten Bereiche zunächst nach „subjektiver Wichtigkeit“ und anschließend nach „subjektiver

Zufriedenheit“ beurteilt. Für die statistische Auswertung werden die kombinierten (gewichteten) Einzelwerte aus „subjektiver Wichtigkeit“ und „subjektiver Zufriedenheit“ zu einem Summenwert (FLZ-Summenscore) addiert (Huber 1988, Herschbach und Henrich 1992, Henrich und Herschbach 1992). Dadurch trifft dieser Lebensqualitäts-Index eine relativ breit gefächerte Aussage zur Lebenszufriedenheit. Durch die Kombination von zwei Einzelwerten, der „subjektiven Wichtigkeit“ und der „subjektiven Zufriedenheit“, zu einem Summenwert, wird diesem auch eine qualitative Aussagekraft verliehen. Dies entspricht besonders dem Bewertungsprozess, den Krebskranke in der Regel in bezug auf ihr Leben vornehmen.

Zum anderen wurde die "**Beschwerdenliste (B-L)**" von **D. v. Zerssen** in den Fragebogen aufgenommen. Dieser normierte Selbstbeurteilungsfragebogen erfasst funktionelle psychosomatische Beschwerden, er besteht aus 24 einzelnen Beschwerdepunkten, deren Stärke beurteilt werden muss. Die Befragten können bei jeder einzelnen Beschwerde unter vier Intensitätsabstufungen wählen (gar nicht, kaum, mäßig, stark). Für die statistische Auswertung wird nach Kodierung der Antworten von 0 (gar nicht) bis 3 (stark) ein Summenwert (BL-Summenscore) gebildet (v. Zerssen 1973,1975,1981).

3.4.4 *Psychoemotionale und psychosoziale Auswirkungen der Brustoperation (Fragen 35-51)*

Körperbild

Zu diesem Bereich fragten wir alle Patientinnen nach der Schwierigkeit, sich unbedeckt im Spiegel zu betrachten und den Hemmungen, sich anderen unbedeckt zu zeigen.

Zusammenleben mit dem Partner

Neben Fragen zu Veränderungen in der Partnerschaft seit der Operation, der Zufriedenheit mit der Partnerschaft und der gemeinsam verbrachten Zeit, wurden die Patientinnen gebeten, das Mitgefühl des Partners und dessen Zufriedenheit mit dem kosmetischen Ergebnis und die Belastung des Partners durch die Erkrankung zu beschreiben. Schließlich wurde nach dem Sexualverhalten seit der Brustoperation gefragt. Hier standen wiederum jeweils drei- bzw. fünfstufige Ratingskalen zur Verfügung.

Sozialkontakte und Freizeitaktivitäten

Auswirkungen auf den Bekanntenkreis wurden hinsichtlich Quantität und Qualität der Kontakte und der Freizeitaktivitäten seit der Brustoperation mittels drei- bzw. fünfstufiger Ratingskalen erfasst.

Berufliche Auswirkungen

In diesem Themenbereich wurden die Patientinnen gebeten, Veränderungen der Leistungsfähigkeit seit der Operation in einer fünfstufigen Ratingskala anzugeben.

Folgen für den beruflichen Bereich wurden über eine Auflistung von acht Aspekten abgefragt.

3.4.5 Krankheitsbewältigung (Fragen 52-56)

Zurechtkommen mit der Behandlung und Erkrankung

Hier sollten die Patientinnen wiederum über eine 5-stufige Ratingskala aus retrospektiver Sicht zu drei verschiedenen Zeitpunkten (vier Wochen und ein halbes Jahr nach der Operation, sowie zum Zeitpunkt der Befragung) ihre Situation bezüglich des Zurechtkommens mit der Behandlung und der Erkrankung beurteilen.

Hilfe bei der Bewältigung der Erkrankung und Einfluss der Erkrankung

In drei offenen Fragen wurde erfasst, was und wer den Patientinnen am meisten bei der Bewältigung ihrer Erkrankung geholfen hatte, und ob die Brustkrankung eventuell in irgendeiner Hinsicht einen positiven Einfluss auf ihr Leben gehabt hatte.

Anwendungsintensität verschiedener Bewältigungsstrategien

Danach sollten die Patientinnen die Anwendung verschiedener Bewältigungsstrategien über eine 5-stufige Ratingskala gewichten.

Hierzu waren elf verschiedene Bewältigungsstrategien aufgeführt: Suchen von Information über Erkrankung und Behandlung, Nicht-wahrhaben-Wollen, Wunschdenken und Tagträume, aktive Anstrengung zur Lösung von Problemen, Unterdrücken von Gefühlen, entschlossenes Ankämpfen gegen die Erkrankung, Besserung der Stimmung durch Alkohol oder Beruhigungsmittel, Suchen von Ablenkung, Trost finden, dass es andere noch schlimmer getroffen hat, Inanspruchnahme von Hilfe anderer, Schicksalsergebenheit.

3.5 Datenverarbeitung

Als Rohdaten gingen alle Daten, die durch die geschlossenen und offenen Fragen des Fragebogens gewonnen wurden, in die Auswertung ein. Die Antworten der offen gestellten Fragen wurden inhaltlich zusammengefasst und fanden im Text Eingang in die Ergebnisdarstellung.

Bei der Dateneingabe wurde jedem Fragebogen eine laufende Nummer zugeordnet, um die Anonymität zu wahren. Die Dateneingabe wurde durch Vergleich des jeweiligen Originalfragebogens mit einem Datenausdruck auf ihre Richtigkeit überprüft.

Die Datenauswertung erfolgte mit dem Statistik-Programmpaket SPSS-X in der Version von 1983 im Institut für medizinische Statistik und Epidemiologie der TU München.

Folgende Prozeduren kamen dabei je nach Skalenniveau und den Verteilungscharakteristika zur Anwendung:

- Frequencies zur Häufigkeitsverteilung
- Crosstabs (Verteilungstafel der Häufigkeiten von Gruppen und Merkmalen)
- Chi-Quadrat-Test bei nicht kontinuierlichen, qualitativen Einteilungen
- NPAR-Test nach Mann-Whitney bei kontinuierlichen, quantitativen Einteilungen bei zwei Gruppen unverbundener Stichproben und der
- Kruskal-Wallis-Test beim Vergleich von mehr als zwei Gruppen
- T-Test bei Vergleich von Mittelwerten (nach Überprüfung der Normalverteilung)
- Spearman-Korrelationstest zur Berechnung von Zusammenhängen einzelner Variablen untereinander

Zur Beschreibung einzelner Variablen durch Maßzahlen wurde das arithmetische Mittel mit Standardabweichung angegeben.

Als Signifikanzniveau für die Irrtumswahrscheinlichkeit galt $p < 0,05$.

4 Ergebnisse

4.1 Beteiligung an der Befragung

Die Ausgangsstichprobe umfasste 189 Patientinnen, von denen letztendlich 67 (35%) Patientinnen in die Studie aufgenommen werden konnten. Somit gelangten 122 Patientinnen nicht in die Studie. Gründe hierfür werden in Tabelle 1 analysiert.

Tabelle 1: Gründe für die Nichtaufnahme in die Studie

	Anzahl (n=122)
Kein Interesse an einer psychologischen Befragung	80
Terminschwierigkeiten	14
Nicht erreichte Patientinnen	13
Wegzug bzw. zu große Entfernung von Wohnort zu Klinik	11
Sprachliche Verständigungsschwierigkeiten	3
Zwischenzeitlicher Tod der Patientin	1

Das Verhältnis von aufgenommenen zu nichtaufgenommenen Patientinnen wurde zur näheren Analyse nach dem Therapieverfahren unterteilt. Patientinnen mit gutartigen Brusterkrankungen konnten signifikant seltener befragt werden als Patientinnen mit bösartigen ($p < 0,05$). Zwischen brusterhaltend operierten und mastektomierten Patientinnen mit bösartigen Brusterkrankungen ergaben sich vergleichbare Zahlen, wobei tendenziell mehr brusterhaltend operierte Patientinnen interviewt wurden ($p = 0,09$, vgl. Tab. 2).

Tabelle 2: Aufnahme/Nichtaufnahme in die Studie nach Therapieverfahren (Angaben in Zeilenprozent; $p = 0,001$)

	Aufnahme (n=67)	Nichtaufnahme (n=122)
BET gutartig	14 (17%)	71 (83%)
BET bösartig	28 (60%)	19 (40%)
Mastektomie	25 (44%)	32 (56%)

4.2 Verteilung der Patientinnen auf die einzelnen Gruppen

Unter den 67 Patientinnen waren 14 Patientinnen mit benignen Erkrankungen und 53 Patientinnen mit malignen Erkrankungen, von diesen wurden 28 Patientinnen brusterhaltend operiert und 25 Patientinnen modifiziert radikal mastektomiert. Die genaue Verteilung der Patientinnen nach dem operativen Vorgehen zeigt die folgende Tabelle:

Tabelle 3: Verteilung der Patientinnen nach Dignität der Erkrankung und operativem Vorgehen (n=67)

Gruppe	Dignität der Erkrankung	Therapieverfahren	Operationstechnik	n
1	Benigne	BET gutartig	Weite Tumorexzision	5
2	Benigne		Weite Tumorexzision mit Rekonstruktion der Brust durch subkutane Drüsenkörperrotationslappen	9
3	Maligne	BET bösartig	Weite Tumorexzision	9
4	Maligne		Weite Tumorexzision mit Rekonstruktion der Brust durch subkutane Drüsenkörperrotationslappen	19
5	Maligne	Mastektomie	Modifiziert radikale Mastektomie	25

BET = brusterhaltende Therapie

4.3 Onkologische Charakterisierung der Patientinnen mit Malignomen

Bei den meisten Patientinnen lag zum Operationszeitpunkt ein Tumorstadium T1 (36%) und T2 (49%) vor. Hinsichtlich der Tumorgröße fand sich statistisch kein signifikanter Unterschied zwischen den brusterhaltend operierten und den mastektomierten Patientinnen ($p=0,17$). Tendenziell waren bei den brusterhaltend operierten Patientinnen ohne Konturrekonstruktion kleinere Tumoren operiert worden (Gruppe 3 vs. 4 $p=0,09$).

Unter den T1-Tumoren bei den brusterhaltend operierten Patientinnen befand sich ein Carcinoma in situ, ebenso wurden bei den mastektomierten Patientinnen vier Carcinomata in situ nach Größe dem Tumorstadium T1 zugerechnet.

Auch hinsichtlich des Nodalstatus war kein statistischer Unterschied festzustellen. Nodal positiv waren insgesamt 19 Patientinnen, bei keiner der befragten Patientinnen war zum Operationszeitpunkt eine Fernmetastasierung festgestellt worden.

Ein statistisch signifikanter Unterschied fand sich bei der Strahlentherapie, wobei sich von den brusterhaltend operierten Patienten (n=28) alle bis auf zwei Patientinnen, welche die primär indizierte Strahlentherapie abgebrochen hatten, einer Strahlentherapie unterzogen, während nur drei von 25 Patientinnen mit modifiziert radikaler Mastektomie nachbestrahlt wurden ($p < 0,05$).

Von den brusterhaltend operierten Patientinnen erhielten drei eine Chemotherapie und sieben wurden endokrin nachbehandelt, bei fünf Patientinnen nach modifiziert radikaler Mastektomie kam eine systemische Chemotherapie zur Anwendung, eine Hormontherapie wurde bei 3 Patientinnen angeschlossen.

Somit bestand im Rahmen der vorliegenden Fallzahlen abgesehen von einer strahlentherapeutischen Behandlung kein wesentlicher Unterschied hinsichtlich der onkologischen Situation der Patientinnen (Tabelle 4).

Tabelle 4: Onkologische Charakterisierung der Patientinnen mit malignen Brusterkrankungen (n=53)

	BET bösartig (n=28)	Mastektomie (n=25)	Σ (n=53)
PT 1	12 (43%)	6 (24%)	19 (36%)
PT 2	14 (50%)	12 (48%)	26 (49%)
PT 3	2 (7%)	6 (24%)	8 (15%)
PT 4 ($p=0.17$)	0	1 (4%)	1 (2%)
Nodalstatus positiv ($p=0.24$)	7 (25%)	10 (40%)	17 (32%)
Fernmetastasen	0	0	0
Strahlentherapie ($p=0.0001$)	26 (93%)	3 (12%)	31 (58%)
Chemotherapie ($p=0.34$)	3 (11%)	5 (20%)	8 (15%)
Hormontherapie ($p=0.22$)	7 (25%)	3 (12%)	10 (19%)

4.4 Zeitpunkt der Befragung

Das Zeitintervall zwischen Operation und Interview betrug im Mittel $13,8 \pm 2,5$ Monate (minimal 7 Monate, maximal 18 Monate).

4.5 Soziodemographische Merkmale

Alter

Das Durchschnittsalter betrug zum Zeitpunkt der Befragung 51 ± 11 Jahre (median 52 Jahre, Minimum 28 Jahre, Maximum 77 Jahre).

Familienstand

67% der Patientinnen waren verheiratet, 13% waren zum Befragungszeitpunkt ledig, 9% geschieden, 8% verwitwet und weitere 3% lebten getrennt.

Anzahl der Kinder

31% der Befragten hatten keine Kinder, weitere 31% hatten ein Kind. 28% hatten zwei Kinder, mehr als zwei Kinder hatten 3% der Patientinnen.

Form des Zusammenlebens

Alleine lebten 21% der Patientinnen. Mit einem Partner lebten 43%, mit der Familie 36% der Patientinnen.

Konfession

66% der Patientinnen waren katholisch, 22% evangelisch. 6% gehörten einer anderen Glaubensgemeinschaft an, 6% gehörten keiner Glaubensgemeinschaft an. 54% der Patientinnen gaben an, bewusst religiös zu sein.

Schulbildung

Einen Realschulabschluss hatten 42% der Patientinnen, einen Hauptschulabschluss 34%. 15% der Patientinnen hatten Abitur, 9% hatten einen Gymnasialabschluss und danach ein Studium abgeschlossen.

Beschäftigung

Insgesamt waren 43 % der Patientinnen berufstätig, davon 22% vollzeit beschäftigt und 21% teilzeit beschäftigt. 55% der Patientinnen waren nicht berufstätig und 2% arbeitslos.

Beruf

Tätigkeitsgruppe A (Hausfrauen, un- und angelernte Arbeiterinnen, Arbeitslose und Rentnerinnen) war mit 57% die am stärksten vertretene Gruppe. Der prozentuale Anteil der Tätigkeitsgruppe B (Facharbeiterinnen, mittlere und gehobene Beamtinnen und Selbständige mit kleineren und mittleren Betrieben). Der Tätigkeitsgruppe C (höhere

Beamtinnen, höchstqualifizierte Angestellte und Selbständige mit großen Betrieben) gehörten lediglich 3% der Patientinnen an.

Beruf des Partners

Der Tätigkeitsgruppe A gehörten 6 Ehepartner an, der Gruppe B 31 und in der Tätigkeitsgruppe C waren 8 vertreten.

Wohnort

In einer Großstadt wohnten 55% der Patientinnen, 28 % lebte im dörflichen Raum, 13 % in einer Kleinstadt und 3 % in einer mittleren Stadt.

Vergleichbarkeit der Therapiegruppen hinsichtlich der soziodemographischen Merkmale

Die Verteilung demographischer Merkmale der Patientinnen wurde in den nach Therapieverfahren gebildeten Gruppen verglichen.

Hierbei fanden sich keine signifikanten Unterschiede hinsichtlich des Familienstandes, der Zahl der Kinder, des Zusammenlebens, der Konfession, der Schulbildung und der Berufsgruppe.

Hinsichtlich des Alters ergaben sich hingegen signifikante Unterschiede. Dabei waren die Patientinnen mit gutartigen Brusterkrankungen signifikant jünger (Mittelwert 43 ± 8 Jahre) als die Patientinnen mit bösartigen Erkrankungen (54 ± 11 , $p < 0,05$). Zwischen den verschiedenen Gruppen mit bösartigen Brusterkrankungen (Gruppen 3: 55 ± 10 ; Gruppe 4: 52 ± 12 ; Gruppe 5: 54 ± 11) war hingegen kein Unterschied hinsichtlich des Alters festzustellen ($p=0,94$).

Tabelle 5: Verteilung der Patientinnen nach soziodemographischen Merkmalen (n = 67)

Stichprobencharakteristik		Gesamt (n = 67)	BET gutartig (n = 14)	BET bösaartig (n = 28)	Mastektomie (n = 25)
Alter (p=0,002)	≤ 30 Jahre	3	1	2	0
	31 - 40 Jahre	8	4	0	4
	41 - 50 Jahre	20	8	9	3
	51 - 60 Jahre	23	1	10	12
	≥ 61 Jahre	13	0	7	6
Familienstand (p= 0,97)	Ledig	9	1	5	3
	Verheiratet	45	8	19	18
	Verwitwet	5	0	2	3
	Geschieden	6	4	1	1
	Getrennt	2	1	1	0
Form des Zusammenlebens (p=0,51)	Alleine	14	3	5	6
	Mit dem Partner	18	2	7	9
	Mit der Familie	35	9	16	10
Zahl der Kinder (p=0,95)	Keine	21	5	11	5
	Eins	21	4	8	9
	Zwei	19	5	5	9
	Mehr als zwei	6	0	4	2
Konfession (p=0,86)	Katholisch	44	9	16	19
	Evangelisch	15	3	8	4
	Andere	5	1	2	2
	Keine	3	1	2	0
Schulbildung (p=0,52)	Hauptschule	17	1	3	13
	Realschule	31	7	16	8
	Gymnasium	13	5	7	1
	Studium	6	1	2	3
Beschäftigung (p=0,57)	Vollzeit	15	6	7	2
	Teilzeit	14	3	5	6
	Arbeitslos	1	1	0	0
	Sonst	37	4	16	17
Beruf (p=0,15)	Tätigkeitsgruppe A	38	9	12	16
	Tätigkeitsgruppe B	26	5	14	8
	Tätigkeitsgruppe C	3	0	2	1
Beruf des Partners (p=0,59)	Tätigkeitsgruppe A	6	1	2	3
	Tätigkeitsgruppe B	31	6	15	10
	Tätigkeitsgruppe C	8	1	2	5
Wohnort (p=0,97)	Dorf	19	5	4	10
	Kleinstadt	9	2	2	5
	Mittlere Stadt	2	0	2	0
	Großstadt	37	7	20	10

4.6 Bedarf an medizinischer Behandlung

Krankschreibungen innerhalb der letzten zwei Jahre

Diese Frage wurde nur bei den berufstätigen Patientinnen ausgewertet. Ausgehend von einem ca. einjährigen Abstand vom Operationstermin zum Zeitpunkt der Befragung ($13,8 \pm 2,5$ Monate), unterschieden sich die verschiedenen Gruppen hinsichtlich der Krankschreibungen in den letzten zwei Jahren nicht signifikant. Insgesamt ist eine geringe Morbidität unter den Berufstätigen (29 von 67 Patientinnen) festzustellen. Bei den drei mastektomierten Patientinnen, die länger als 24 Wochen krankgeschrieben waren, war eine Brustrekonstruktion durchgeführt worden (Gruppe 5).

Tabelle 6: Krankschreibungen in den letzten zwei Jahren (n=67, p=0,34)

	Gruppe 1 (n=4)	Gruppe 2 (n=6)	Gruppe 3 (n=3)	Gruppe 4 (n=9)	Gruppe 5 (n=7)	Σ (n=29)
1-4 Wochen	3 (75%)	4 (67%)	1 (33%)	2 (22%)	1 (14%)	11 (38%)
4-12 Wochen	1 (25%)	2 (33%)	1 (33%)	3 (33%)	3 (43%)	10 (34%)
12-24 Wochen			1 (33%)			1 (3%)
über 24 Wochen				4 (44%)	3 (43%)	7 (24%)

Krankenhausaufenthalte in den letzten fünf Jahren

Hinsichtlich der Aufenthaltsdauer in einem Krankenhaus in den letzten fünf Jahren vom Befragungszeitpunkt aus gerechnet, konnte kein signifikanter Unterschied zwischen den verschiedenen Gruppen festgestellt werden, eine Tendenz zu längeren Aufenthalten ist bei den Patientinnen mit bösartigen Erkrankungen (Gruppen 3 bis 5) festzustellen.

Tabelle 7: Krankenhausaufenthalte in den letzten fünf Jahren (n=67, p=0,89)

	Gruppe 1 (n=5)	Gruppe 2 (n=9)	Gruppe 3 (n=9)	Gruppe 4 (n=19)	Gruppe 5 (n=25)	Σ (n=67)
< 1 Woche			1 (11%)	2 (10%)	2 (8%)	5 (7%)
1-4 Wochen	4 (80%)	8 (88,9%)	4 (44%)	10 (53%)	12 (48%)	38 (57%)
4-12 Wochen	1 (20%)		2 (22%)	6 (32%)	9 (36%)	18 (27%)
12-24 Wochen		1 (11,1%)	2 (22%)	1 (5%)	1 (4%)	5 (7%)
Über 24 Wochen					1 (4%)	1 (1%)

Bedarf an medizinischer Behandlung

Diese Frage wurde nur Patientinnen mit bösartigen Brustkrankung gestellt. Eine Chemotherapie erhielten im letzten Vierteljahr vor der Befragung zwei Patientinnen und in Strahlentherapie befanden sich noch zwei Patientinnen mit Mastektomie. Eine begleitende Hormontherapie erhielten 10 Patientinnen (19%). Etwa die Hälfte aller Patientinnen stand im letzten Vierteljahr vor der Befragung in medizinischer Behandlung (aufgrund allgemeiner medizinischer Probleme bzw. internistischer Komorbidität). Alternative Behandlungsmöglichkeiten suchten insgesamt 9 Patientinnen (17%).

Tabelle 8: Bedarf an medizinischer Behandlung im letzten Vierteljahr vor der Befragung (Mehrfachnennungen möglich; n=53; p=0,21)

	BET bösartig (n=28)	Mastektomie (n=25)	Σ (n=53)
Chemotherapie	1 (4%)	1 (4%)	2 (3%)
Strahlentherapie		2 (8%)	2 (4%)
Hormontherapie	7 (25%)	3 (12%)	10 (19%)
Allgemeine Medizinische Behandlung	18 (64%)	9 (36%)	27 (51%)
Alternative Behandlung	4 (14%)	5 (20%)	9 (17%)

Medikamenteneinnahme

Insgesamt war der Bedarf an Schmerz- und Schlafmitteln bei allen befragten Patientinnen gering und lag unter 5%. Beruhigungsmittel wurden von etwa 10% der Patientinnen regelmäßig eingenommen. Nahezu die Hälfte der Patientinnen (45%) nahmen regelmäßig Wirkstoffe anderer Substanzklassen (z.B. Herz-Kreislaufmedikamente, Hormonpräparate usw.) ein, hier war der Verbrauch an Arzneimitteln bei den mastektomierten Patientinnen (Gruppe 5) signifikant größer als bei den Vergleichsgruppen ($p < 0,05$).

Tabelle 9: Regelmäßige Einnahme von Medikamenten (n=67)

	Gruppe 1 (n=5)	Gruppe 2 (n=9)	Gruppe 3 (n=9)	Gruppe 4 (n=19)	Gruppe 5 (n=25)	Σ (n=67)
Schmerzmittel			1 (11%)	2 (11%)		3 (4%)
Schlafmittel		1 (11%)		1 (5%)		2 (3%)
Beruhigungsmittel		1 (11%)	1 (11%)	3 (16%)	2 (8%)	7 (10%)
Andere		2 (22%)	3 (33%)	6 (32%)	19 (76%)	30 (45%)

4.7 Beurteilung einzelner Therapieaspekte

4.7.1 Wahl des Therapieverfahrens

Die Frage nach der Wahl des Therapieverfahrens wurde nur bei Patientinnen mit bösartiger Brusterkrankung ausgewertet. Für die statistische Analyse wurden die Patientinnen mit brusterhaltender Therapie (Gruppe 3 und 4) zusammengenommen und den Patientinnen mit modifiziert radikaler Mastektomie (Gruppe 5) gegenübergestellt.

Für 64% der Patientinnen mit Mastektomie war der Vorschlag der Ärzte alleine ausschlaggebend für die Wahl des Therapieverfahrens im Vergleich zu 11% bei Patientinnen mit brusterhaltender Therapie. Die Kombination Vorschlag der Ärzte/eigener Wunsch gab für 24% der Patientinnen mit Mastektomie und für 46% der Patientinnen mit brusterhaltender Therapie den Ausschlag, die Kombination eigener Wunsch/Vorschlag der Ärzte für weitere 25% der Patientinnen mit brusterhaltender Therapie. Unter Sonstiges gaben zwei Patientinnen an, dass man sich bei präoperativ unklarem Befund intraoperativ zur zuvor eventuell als notwendig besprochenen Mastektomie entschlossen hatte.

Tabelle 10: Ausschlaggebender Grund zur Wahl des Therapieverfahrens (n=53, p=0,004)

	eigener Wunsch	eigener Wunsch – Vorschlag der Ärzte	eigener Wunsch-Rat des Partners-Vorschlag der Ärzte	Vorschlag der Ärzte	Vorschlag der Ärzte - eigener Wunsch	Vorschlag der Ärzte-eigener Wunsch-Rat des Partners	Sonstiges
Brusterhaltende Therapie (n=28)	1/28 (4%)	7/28 (25%)	1/28 (4%)	3/28 (11%)	13/28 (46%)	3/28 (11%)	
Modifiziert radikale Mastektomie (n=25)	1/25 (4%)			16/25 (64%)	6/25 (24%)		2/25 (8%)
Σ	2/53 (4%)	7/53 (13%)	1/53 (2%)	19/53 (36%)	19/53 (36%)	3/53 (6%)	2/53 (4%)

Für die folgende Abbildung wurden die verschiedenen möglichen Kombinationen (Vorschlag der Ärzte, eigener Wunsch und Wunsch des Partners) zusammengefasst und dem alleinigen Vorschlag der Ärzte bzw. dem eigenen Wunsch der Patientinnen gegenübergestellt:

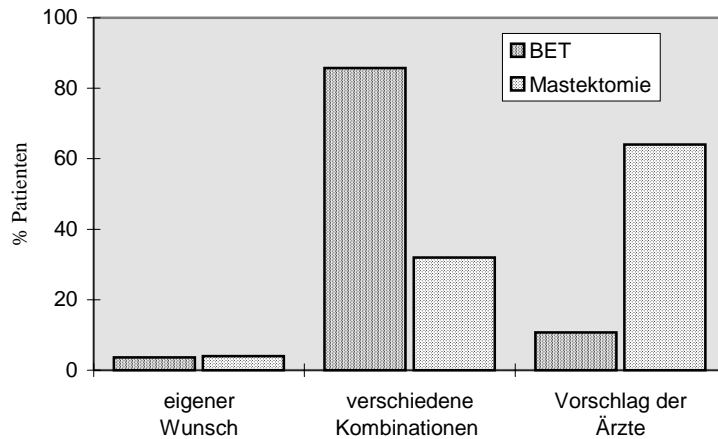


Abbildung 1: Ausschlaggebender Grund zur Wahl des Therapieverfahrens (p=0,001)

4.7.2 Hoffnungen und Erwartungen an die brusterhaltende Therapie

Hoffnung und Erwartungen an die brusterhaltende Therapie

Für eine Auswertung kamen gemäß der Fragestellung nur die brusterhaltend operierten Patientinnen mit bösartiger Grunderkrankung in Frage (Gruppen 3 und 4), denen ja als gleichwertige Alternative die modifiziert radikale Mastektomie angeboten worden war.

Zunächst wurde eine Rangreihe der Hoffnungen an die brusterhaltende Therapie gebildet (Score der 5-stufigen Rating-Skala Zahlenwerte von 0 = „nicht“ bis 4 = „sehr stark“):

An erster Stelle stand die Hoffnung auf ein höheres Selbstwertgefühl, es folgten die fehlende Notwendigkeit einer Brustprothese, weitestgehende körperliche Vollkommenheit zu bewahren, sich immer noch als vollwertige Frau zu fühlen, die höhere Attraktivität und die Möglichkeit, die Kleidung frei wählen zu können. Mit deutlichem Abstand auf den Rangplätzen lagen die Erwartungen, durch die brusterhaltende Therapie die Partnerbeziehung bzw. die sexuelle Beziehung erhalten oder verbessern zu können.

Erfüllung der Erwartungen an die brusterhaltende Therapie

Im folgenden wurden die Erwartungen in den einzelnen Bereichen mit der Erfüllung dieser Erwartungen gegenübergestellt. Eine graphische Darstellung zeigt Abbildung 2.

Über die Differenz der Score-Mittelwerte wurde versucht ein Maß zu erhalten, inwieweit die Erwartungen in Erfüllung gegangen waren. Bei einem Differenzwert von Null kann man davon ausgehen, dass die Erwartungen in Erfüllung gegangen sind, bei negativen Werten kann auf eine Nichterfüllung der Erwartungen geschlossen werden und schließlich bei positiven Werten, dass die Erwartungen übertroffen worden sind.

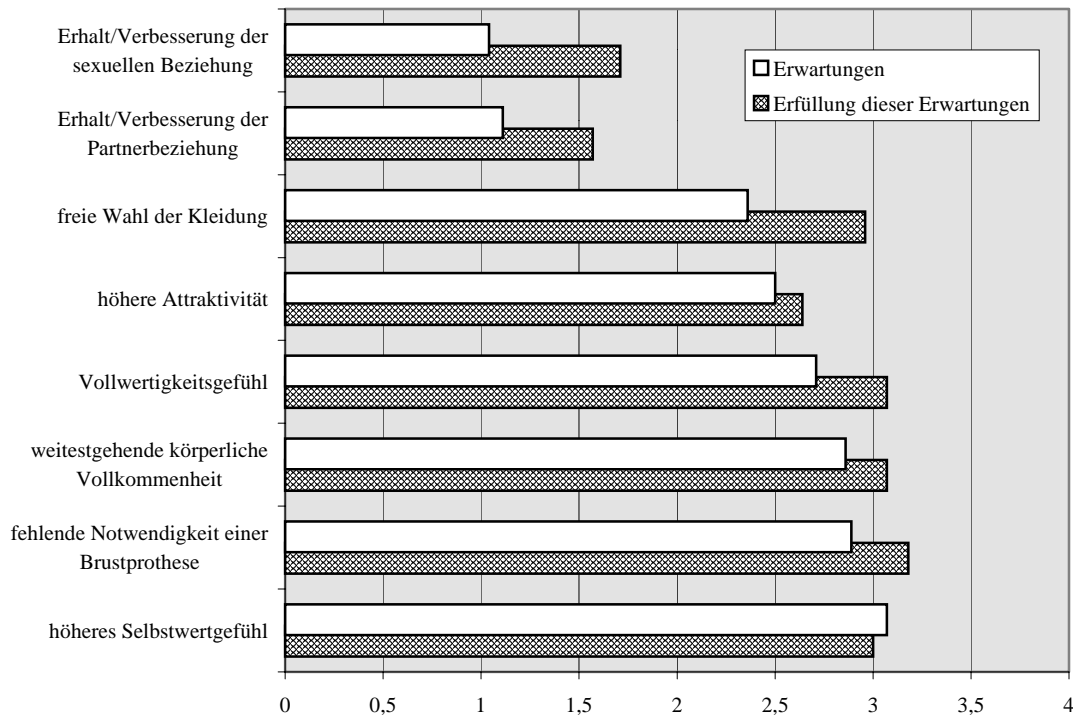


Abbildung 2: Mittelwertsvergleich der nach Erwartungen und Erfüllung dieser Erwartungen an die brusterhaltende Therapie gebildeten Punktescores in den Gruppen 3 und 4 (n=28)

Die Rangreihe der Erwartungen an die brusterhaltende Therapie wurde zusätzlich in Form der gebildeten Mittelwertsdifferenzen untereinandergestellt. Hier kann man in nahezu allen Punkten eine Erfüllung der Erwartungen an die Therapieform anhand einer positiven Mittelwertdifferenz erkennen. Lediglich hinsichtlich des höheren Selbstwertgefühls liegt die Erfüllung der Erwartungen leicht unter dem Erhofften. In allen anderen Bereichen werden die Erwartungen durch das Ergebnis übertroffen.

Tabelle 11: Rangreihe der Mittelwerte des nach den Erwartungen und Erfüllung dieser Erwartungen an die brusterhaltende Therapie gebildeten Punkte-Scores (Mittelwerte, Standard-Abweichung in Klammern, n=28)

in bezug auf	Differenz aus Erwartung und Erfüllung
Höheres Selbstwertgefühl	- 0,07 (0,9)
Fehlende Notwendigkeit einer Brustprothese	0,29 (1,30)
Weitestgehende körperliche Vollkommenheit	0,21 (1,17)
Vollwertigkeitsgefühl	0,36 (1,06)
Höhere Attraktivität	0,14 (0,93)
Freie Wahl der Kleidung	0,61 (1,32)
Erhalt/Verbesserung der Partnerbeziehung	0,46 (1,32)
Erhalt/Verbesserung der sexuellen Beziehung	0,68 (1,19)

In einem nächsten Schritt wurden die brusterhaltend operierten Patientinnen nach der Operationstechnik (mit vs. ohne intramammärer Drüsenrekonstruktion) hinsichtlich der Erwartungen an die brusterhaltende Therapie und deren Erfüllung verglichen. Die Patientinnen wussten vor der Operation nicht, ob eine intramammäre Drüsenkörper-Rekonstruktion durchgeführt werden würde.

Hierbei fiel der Trend auf, dass die Patientinnen mit Tumorexzision und Rekonstruktion des Drüsenkörpers (Gruppe 4) etwas höhere Erwartungen an die Therapie gestellt hatten als die Patientinnen mit alleiniger Tumorexzision (Gruppe 3), obwohl die Entscheidung zu der jeweiligen Operationstechnik zumeist intraoperativ getroffen wurde. Ein signifikanter Unterschied wurde diesbezüglich bei der Hoffnung auf eine höhere Attraktivität gefunden ($p < 0,05$, vgl. Tabelle 12).

Hinsichtlich der Erfüllung der Erwartungen ergaben sich signifikante Unterschiede in bezug auf körperliche Vollkommenheit, Vollwertigkeitsgefühl, Selbstwertgefühl und bei der fehlenden Notwendigkeit einer Brustprothese. In diesen Bereichen gingen die Erwartungen bei den Patientinnen in der Gruppe mit Brustrekonstruktion stärker in Erfüllung als bei den Patientinnen mit alleiniger Tumorexzision ($p < 0,05$, vgl. Tabelle 13).

Tabelle 12: Mittelwertvergleich der über die Erwartungen an die brusterhaltende Therapie gebildeten Punktescores nach Operationstechnik (Standardabweichung in Klammern, n=28)

Erwartungen an die brusterhaltende Therapie in bezug auf	Gruppe 3 (n=9)	Gruppe 4 (n=19)	p
Weitestgehende körperliche Vollkommenheit	2,78 (1,20)	2,89 (1,24)	0,76
Vollwertigkeitsgefühl	2,67 (1,12)	2,74 (1,28)	0,84
Höheres Selbstwertgefühl	2,78 (1,09)	3,21 (0,92)	0,32
Höhere Attraktivität	1,67 (1,23)	2,89 (1,17)	0,02*
Erhalt/Verbesserung der Partnerbeziehung	0,89 (0,93)	1,21 (1,51)	0,81
Erhalt/Verbesserung der sexuellen Beziehung	0,78 (0,97)	1,16 (1,34)	0,52
Fehlende Notwendigkeit einer Brustprothese	2,33 (1,89)	3,16 (1,21)	0,20
Freie Wahl der Kleidung	2,22 (1,72)	2,42 (1,54)	0,68

Tabelle 13: Mittelwertvergleich der über die Erfüllung der Erwartungen an die brusterhaltende Therapie gebildeten Punktescores nach Operationstechnik (Standardabweichung in Klammern, n=28)

Erfüllung der Erwartungen an die brusterhaltende Therapie in bezug auf	Gruppe 3 (n=9)	Gruppe 4 (n=19)	p
Weitestgehende körperliche Vollkommenheit	2,22 (0,91)	3,47 (0,69)	0,01*
Vollwertigkeitsgefühl	2,22 (1,09)	3,47 (0,51)	0,001*
Höheres Selbstwertgefühl	2,22 (1,03)	3,37 (1,01)	0,003*
Höhere Attraktivität	2,0 (0,94)	2,95 (1,08)	0,03*
Erhalt/Verbesserung der Partnerbeziehung	1,67 (1,12)	1,53 (1,58)	0,74
Erhalt/Verbesserung der sexuellen Beziehung	1,56 (1,24)	1,79 (1,51)	0,66
Fehlende Notwendigkeit einer Brustprothese	2,44 (1,59)	3,53 (1,02)	0,03*
Freie Wahl der Kleidung	2,33 (1,66)	3,26 (1,15)	0,12

Patientinnen mit Tumorexzision und Brustdrüsenrekonstruktion (Gruppe 4) hatten allgemein höhere Erwartungen angegeben, die in allen Punkten in Erfüllung gingen, meist sogar über die Erwartungen hinausgingen. Andererseits gingen für Patientinnen mit Tumorexzision ohne Drüsenrekonstruktion (Gruppe 3) nicht alle Erwartungen der Patientinnen in Erfüllung. Für die Hoffnungen auf weitestgehende körperliche

Vollkommenheit, Vollwertigkeitsgefühl, höhere Attraktivität und freie Wahl der Kleidung wurde dabei ein signifikanter Unterschied erreicht ($0 < 0,05$, vgl. Tab 14).

Tabelle 14: Mittelwertdifferenzen der über die Erfüllung der Erwartungen an die brusterhaltende Therapie gebildeten Punktescores nach Operationstechnik bei Patientinnen mit brusterhaltender Operation (Standardabweichung in Klammern, $n=28$)

Differenzwert aus Erfüllung und Erwartung in bezug auf	Gruppe 3 (n=9)	Gruppe 4 (n=19)	p
Weitestgehende körperliche Vollkommenheit	- 0,56 (0,39)	0,58 (1,02)	0,02*
Vollwertigkeitsgefühl	- 0,44 (0,73)	0,74 (0,99)	0,002*
Höheres Selbstwertgefühl	- 0,56 (0,73)	0,16 (0,89)	0,009*
Höhere Attraktivität	0,33 (1,23)	0,53 (0,74)	0,66
Erhalt/Verbesserung der Partnerbeziehung	0,78 (0,97)	0,32 (1,46)	0,24
Erhalt/Verbesserung der sexuellen Beziehung	0,78 (1,20)	0,63 (1,21)	0,82
Fehlende Notwendigkeit einer Brustprothese	0,11 (1,62)	0,37 (1,17)	0,29
Freie Wahl der Kleidung	0,11 (1,58)	0,84 (1,09)	0,04*

Befürchtungen in bezug auf das kosmetische Ergebnis

Die Befürchtungen hinsichtlich des kosmetischen Ergebnisses wurden bei allen Patientinnen, die mit brusterhaltenden Techniken operiert wurden, erfasst. Insgesamt gaben nur einzelne Patientinnen an, Befürchtungen hinsichtlich des kosmetischen Ergebnisses haben zu haben. In der Gruppe mit Konturrekonstruktion bei maligner Brusterkrankung (Gruppe 4) wurden die meisten Befürchtungen hinsichtlich des kosmetischen Ergebnisses angegeben, während in der Gruppe mit Konturrekonstruktion bei benigner Erkrankung der Brust (Gruppe 2) keine der befragten Patientinnen Befürchtungen äußerte.

Tabelle 15: Befürchtungen hinsichtlich des kosmetischen Ergebnisses bei Patientinnen mit brusterhaltender Therapie (Mehrfachnennungen möglich, n=42)

	Gruppe 1 (n=5)	Gruppe 2 (n=9)	Gruppe 3 (n=9)	Gruppe 4 (n=19)
Veränderung der Brustgröße	1 (20%)		1 (11%)	3 (16%)
Konturveränderung	1 (20%)			2 (10%)
Verziehung der Brustwarze				2 (10%)
Narbenbildung	1 (20%)		1 (11%)	4 (21%)
Veränderung der Haut			1 (11%)	1 (5%)
Veränderung der Berührungsempfindlichkeit	2 (40%)			1 (5%)

4.7.3 Vergleich zwischen der operierten und der gesunden Brust

Diese Frage wurde nur den brusterhaltend operierten Patientinnen mit benignen oder malignen Erkrankungen gestellt.

Die Patientinnen mit gutartigen Brusterkrankungen (Gruppen 1 und 2) bemerkten kaum Unterschiede zwischen beiden Brüsten.

Bei den brusterhaltend operierten Patientinnen mit bösartigen Erkrankungen fielen hinsichtlich aller erfragten Qualitäten durchweg schlechtere Ergebnisse auf, wenngleich hierfür keine statistische Signifikanz bestand. Ebenso war kein signifikanter Unterschied zwischen den Aussagen der Patientinnen mit bösartigen Erkrankungen und Tumorexzision mit und ohne Drüsenrekonstruktion zu erkennen. Die operierte Brust wurde in etwa einem Drittel der Fälle in allen abgefragten Qualitäten als schlechter empfunden.

20% der Patientinnen empfanden hingegen die operierte Brust der gesunden gegenüber als schöner, was auf die Qualitäten „Größe“ und „Form“ zurückging. Die Ergebnisse im einzelnen sind in Tabelle 16 dargestellt.

Tabelle 16: Subjektiv empfundene Unterschiede zwischen der operierten und der gesunden Brust (n=42)

		Gruppe 1 (n=5)	Gruppe 2 (n=9)	Gruppe 3 (n=9)	Gruppe 4 (n=19)
Schönheit p=0,19	schlechter	1 (20%)	1 (11%)	0	6 (32%)
	gleich	4 (80%)	8 (89%)	7 (78%)	9 (47%)
	besser	0	0	2 (22%)	4 (21%)
Konsistenz/Weichheit p=0,19	schlechter	0	1 (11%)	4 (44%)	6 (32%)
	gleich	5 (100%)	8 (89%)	5 (56%)	13 (68%)
	besser	0	0	0	0
Berührungsempfindlichkeit p=0,44	schlechter	1 (20%)	1 (11%)	4 (44%)	6 (32%)
	gleich	4 (80%)	8 (89%)	5 (56%)	13 (68%)
	besser	0	0	0	0
Größe p=0,98	Schlechter	0	2 (22%)	2 (22%)	6 (32%)
	gleich	5 (100%)	7 (78%)	7 (78%)	8 (42%)
	besser	0	0	0	5 (26%)
Form/Kontur p=0,14	schlechter	0	1 (11%)	2 (22%)	6 (32%)
	gleich	5 (100%)	8 (89%)	6 (67%)	8 (42%)
	besser	0	0	1 (11%)	5 (26%)
Brustwarze p=0,49	schlechter	0	1 (11%)	2 (22%)	4 (21%)
	gleich	5 (100%)	8 (89%)	6 (67%)	14 (74%)
	besser	0	0	1 (11%)	1 (5%)
Hautfarbe p=0,52	schlechter	0	1 (11%)	2 (22%)	5 (26%)
	gleich	5 (100%)	8 (89%)	7 (78%)	14 (74%)
	besser	0	0	0	0

4.7.4 Kosmetisches Ergebnis der Operation

Zufriedenheit mit dem kosmetischen Ergebnis der Operation

Die Patientinnen mit gutartigen Brusterkrankungen (Gruppen 1 und 2) waren ausnahmslos sehr zufrieden mit dem kosmetischen Ergebnis der Operation.

Im Vergleich hierzu war die Zufriedenheit der Patientinnen mit bösartigen Brusterkrankungen signifikant schlechter ($p < 0,05$), wobei zwischen den einzelnen Gruppen mit malignen Erkrankungen bezüglich der angewandten Operationstechnik keine statistischen Unterschiede bestanden ($p = 0,49$). Tendenziell zeigten die Patientinnen mit Konturrekonstruktion mittels intramammärer Drüsenrekonstruktion (Gruppe 4) eine höhere Zufriedenheit als die übrigen Patientinnen mit bösartigen Brusterkrankungen (Gruppe 4 vs. 5 $p = 0,06$, Gruppe 4 vs. 3 $p = 0,09$), trotz tendenziell höherem Anteil T2-Tumoren in dieser Gruppe (vgl. 4.3).

Insgesamt zeigte sich jedoch auch bei den Patientinnen mit bösartigen Brusterkrankungen ein hoher Anteil an Patientinnen von 89%, die zufrieden bzw. sehr zufrieden mit dem Ergebnis der Operation waren.

Tabelle 17: Zufriedenheit mit dem kosmetischen Ergebnis der Operation (n=67, p=0,01)

	Gruppe 1 (n=5)	Gruppe 2 (n=9)	Gruppe 3 (n=9)	Gruppe 4 (n=19)	Gruppe 5 (n=25)	Σ (n=67)
Sehr unzufrieden					1 (4%)	1 (1%)
Unzufrieden			1 (11%)		2 (8%)	3 (5%)
Teils/teils					2 (8%)	2 (3%)
Zufrieden			5 (56%)	5 (26%)	11 (44%)	21 (31%)
Sehr zufrieden	5 (100%)	9 (100%)	3 (33%)	14 (74%)	9 (36%)	40 (60%)

4.7.5 Problemsituationen

Die statistische Auswertung zeigte keine signifikanten Unterschiede zwischen den einzelnen Gruppen hinsichtlich der abgefragten Problemsituationen des täglichen Lebens. Die größten Probleme bereitete die operierte Brust beim Liegen auf dem Bauch. Hierüber klagte fast ein Drittel aller Befragten. Das Tragen bestimmter Kleidung und das Anlegen des Sicherheitsgurtes war für jeweils knapp 20% der Patientinnen ein Problem. Bei der Arbeit bereitete die operierte Brust 12% der Patientinnen Probleme.

Unter den spontan geäußerten Symptomen wurden Narbenschmerzen, Lymphödem und Bewegungseinschränkungen des Armes und Schmerzen genannt. Diese Störungen wurden nur von einzelnen Patientinnen berichtet, die alle aufgrund einer malignen Brusterkrankung einer Axilladisektion unterzogen wurden (Tabelle 18).

Tabelle 18: Probleme der Patientinnen bezüglich der operierten Brust (n=67)

Probleme	Gruppe 1 (n=5)	Gruppe 2 (n=9)	Gruppe 3 (n=9)	Gruppe 4 (n=19)	Gruppe 5 (n=25)	Σ (n=67)
beim Liegen auf dem Bauch	3 (60%)		3 (33%)	9 (47%)	6 (24%)	21 (31%)
bei der Arbeit	1 (20%)		1 (11%)		6 (24%)	8 (12%)
beim Tragen bestimmter Kleidung	1 (20%)	1 (11%)	2 (22%)		8 (32%)	13 (19%)
beim Anlegen des Sicherheitsgurtes			4 (56%)	4 (5%)	5 (8,0%)	13 (19%)
Narbenschmerzen				5 (26%)	2 (8%)	7 (10%)
Lymphödem des Armes/der Brust			1 (11%)	3 (16%)		4 (6%)
Bewegungseinschränkung des Arms			1 (11%)	2 (10%)		3 (4%)
Druckempfindlichkeit des Operationsgebietes			1 (11%)			1 (1%)

Wunsch nach Korrektur der operierten Brust

Eine Korrektur der operierten Brust wünschten insgesamt drei Patientinnen. Diese verteilten sich auf eine Patientin in der Gruppe mit brusterhaltender Therapie bei bösartiger Grunderkrankung ohne Drüsenkörperrotationslappen und zwei Patientinnen mit Drüsenkörperrotationslappen. Grund für einen Korrekturwunsch war in allen Fällen eine Konturunregelmäßigkeit der Brüste.

Vier weitere Patientinnen gaben keinen Korrekturwunsch der operierten Brust an, sondern wollten die gesunde Brust verkleinert haben, weil ihnen die Form der operierten Brust besser gefiel.

Nochmalige Entscheidung für dieselbe Operation

Alle brusterhaltend operierten Patientinnen würden sich nochmals für dieselbe Operation entscheiden, von den mastektomierten Patientinnen würden sich alle bis auf eine ebenfalls für dieselbe Operation entscheiden, als Grund nannte diese starke Narbenschmerzen und Wetterfühligkeit.

Nachsorge

Insgesamt zeigte sich bei allen Patientinnen mit bösartigen Brusterkrankungen eine hohe Zufriedenheit mit der Nachsorge. 85% der Patientinnen waren zufrieden bzw. sehr zufrieden mit der Nachsorge, 15% zur zum Teil.

Tabelle 19: Zufriedenheit mit der Nachsorge (n=53, p=0,20)

	Gruppe 3 (n=9)	Gruppe 4 (n=19)	Gruppe 5 (n=25)	Σ (n=53)
Unzufrieden	1 (11%)			1 (2%)
Teils/teils	1 (11%)	2 (11%)	4 (16%)	7 (13%)
Zufrieden	2 (22%)	9 (47%)	18 (72%)	29 (55%)
Sehr zufrieden	5 (56%)	8 (42%)	3 (12%)	16 (30%)

4.7.6 Psychosoziale Hilfeleistungen

Zufriedenheit mit der Information über die Erkrankung und Behandlung

Nimmt man alle Patientinnen zusammen, fühlten sich 64% der Befragten gut bis sehr gut über die Erkrankung und Behandlung informiert, 21% der Patientinnen ausreichend und 15% wenig oder gar nicht. Dies gilt für alle Patientinnen ohne statistisch erkennbaren Unterschied in den einzelnen Gruppen (Tabelle 20).

Tabelle 20: Einschätzung der Information über Erkrankung und Behandlung (n=67, p=0,83)

	Gruppe 1 (n=5)	Gruppe 2 (n=9)	Gruppe 3 (n=9)	Gruppe 4 (n=19)	Gruppe 5 (n=25)	Σ (n=67)
Überhaupt nicht		1 (11%)			1 (4%)	2 (3%)
Wenig		1 (11%)	1 (11%)	2 (10%)	4 (16%)	8 (12%)
Ausreichend		1 (11%)	3 (33%)	4 (21%)	6 (24%)	14 (21%)
Gut	3 (60%)	3 (33%)	4 (44%)	9 (47%)	11 (44%)	30 (45%)
Sehr gut	2 (40%)	3 (33%)	1 (11%)	4 (21%)	3 (12%)	13 (19%)

Gezieltere Information über Behandlungsmöglichkeiten und deren Folgen

Gezieltere Information über Behandlungsmöglichkeiten (brusterhaltende Therapie, neoadjuvantes Vorgehen, Mastektomie, Radiatio) und deren Folgen hielten insgesamt 68% aller Patientinnen für sehr stark, stark bzw. mittelstark erforderlich. 9% aller Patientinnen hielten gezieltere Informationen nur wenig für erforderlich und 22% für nicht erforderlich. Es zeigten sich keine signifikanten Unterschiede zwischen den einzelnen Gruppen (Tabelle 21).

Tabelle 21: Wunsch nach gezielteren Informationen über Behandlungsmöglichkeiten und deren Folgen (n=67, p=0,27)

	BET gutartig (n=14)	BET bösartig (n=28)	Mastektomie (n=25)	Σ (n=67)
Nicht	3 (21%)	4 (14%)	8 (32%)	15 (22%)
Wenig	2 (14%)	2 (7%)	2 (8%)	6 (9%)
Mittelstark	2 (14%)	3 (11%)	3 (12%)	8 (12%)
Stark	4 (29%)	10 (36%)	7 (28%)	21 (31%)
Sehr stark	3 (21%)	9 (32%)	5 (20%)	17 (25%)

Zufriedenheit mit der Information über die Möglichkeiten des plastisch-chirurgischen Wiederaufbaus bei mastektomierten Patientinnen

Hinsichtlich kosmetischer Verbesserung durch plastisch-chirurgischen Wiederaufbau fühlten sich acht von fünfundzwanzig Patientinnen mit modifiziert radikaler Mastektomie (32%) überhaupt nicht, fünf Patientinnen (20%) wenig und vier Patientinnen (16%) ausreichend informiert. Jeweils vier Patientinnen (16%) fühlten sich gut bzw. sehr gut über die kosmetischen Verbesserungsmöglichkeiten informiert.

Plastischer Wiederaufbau bei mastektomierten Patientinnen

Lediglich drei von 25 mastektomierten Patientinnen (12%) hatten in der Zwischenzeit einen plastischen Wiederaufbau durchführen lassen.

Unterstützung bei Besprechung seelischer Probleme mit einem Arzt, Psychologen oder Psychotherapeuten

Mehr Unterstützung bei Besprechung seelischer Probleme mit einem Arzt, Psychologen oder Psychotherapeuten wurde von 28% der befragten Patientinnen für stark bzw. sehr stark erforderlich gehalten. 22% der Patientinnen hielten dies für mittelstark, 16% für wenig und weitere 33% nicht für erforderlich.

Der Wunsch nach Unterstützung im therapeutischen Gespräch war dabei bei den Patientinnen mit gutartiger Brusterkrankung signifikant geringer als bei den Patientinnen mit bösartiger Brusterkrankung ($p < 0,05$). Zwischen den Gruppen mit bösartigen Brusterkrankungen ergab sich kein Unterschied ($p = 0,14$). Die Verteilung in den einzelnen Gruppen stellt Tabelle 22 dar.

Tabelle 22: Wunsch nach mehr Unterstützung bei der Besprechung seelischer Probleme mit einem Arzt, Psychologen oder Psychotherapeuten ($n = 67$, $p = 0,0005$)

	BET gutartig (n=14)	BET bösartig (n=28)	Mastektomie (n=25)	Σ (n=67)
Nicht	9 (64%)	4 (14%)	9 (36%)	22 (33%)
Wenig	5 (36%)	3 (11%)	3 (12%)	11 (16%)
Mittelstark		10 (36%)	5 (20%)	15 (22%)
Stark		5 (18%)	5 (20%)	10 (15%)
Sehr stark		6 (21%)	3 (12%)	9 (13%)

Unterstützung bei Arbeitsplatzwechsel, Umschulung oder Rentenfragen

Mehr Unterstützung bei Arbeitsplatzwechsel, Umschulung oder Rentenfragen hielten 15% der Patientinnen für stark bzw. sehr stark erforderlich, weitere 28% hielten dies wenig bzw. mittelstark und die verbleibenden 57% für nicht erforderlich.

Der Bedarf an Unterstützung in sozialen Fragen war auch bei dieser Frage bei den Patientinnen mit gutartiger Brusterkrankung signifikant geringer als bei den Patientinnen mit bösartiger Brusterkrankung ($p=0,03$). Tendenziell wünschten die mastektomierten Patientinnen mehr Beratung als die Patientinnen mit brusterhaltender Therapie nach Mammakarzinom ($p=0,05$); vgl. Tabelle 23.

Tabelle 23: Wunsch nach mehr Unterstützung bei Arbeitsplatzwechsel / Umschulung / Rentenfragen ($n=67$, $p=0,014$)

	BET gutartig (n=14)	BET bösartig (n=28)	Mastektomie (n=25)	Σ (n=67)
Nicht	11 (79%)	10 (36%)	17 (68%)	38 (57%)
Wenig	2 (14%)	4 (11%)	3 (12%)	9 (13%)
Mittelstark	1 (7%)	8 (29%)	1 (4%)	10 (15%)
Stark		5 (18%)	2 (8%)	7 (10%)
Sehr stark		1 (3%)	2 (8%)	3 (4%)

Unterstützung in Form von geleiteten Patientengruppen

Mehr Unterstützung in Form von Patientengruppen zur gemeinsamen Besprechung seelischer Probleme unter Leitung eines Arztes, Psychologen oder Psychotherapeuten hielten 12% der Patientinnen für stark bzw. sehr stark, 43% für mittelstark bzw. wenig und 45% der Patientinnen für nicht erforderlich.

Patientinnen mit gutartiger Brusterkrankung gaben signifikant weniger Bedarf an geleiteten Patientengruppen als Patientinnen mit bösartiger Brusterkrankung an ($p=0,02$), zwischen den Patientinnen mit maligner Erkrankung ergaben sich keine Unterschiede ($p=0,51$), (Tabelle 24).

Tabelle 24: Wunsch nach mehr Unterstützung in Form von Patientengruppen zur gemeinsamen Besprechung seelischer Probleme unter Leitung eines Arztes, Psychologen oder Psychotherapeuten (n=67, p=0,023)

	BET gutartig (n=14)	BET bösartig (n=28)	Mastektomie (n=25)	Σ (n=67)
Nicht	10 (71%)	10 (36%)	10 (40%)	30 (45%)
Wenig	4 (29%)	3 (11%)	6 (24%)	13 (19%)
Mittelstark		11 (39%)	5 (20%)	16 (24%)
Stark		1 (3%)	2 (8%)	3 (4%)
Sehr stark		3 (11%)	2 (8%)	5 (7%)

Unterstützung in Form von Patientengruppen ohne Leitung

Mehr Unterstützung in Form von Patientengruppen zur gemeinsamen Besprechung seelischer Probleme ohne Leitung (Selbsthilfegruppen) hielt lediglich eine Patientin für stark erforderlich, etwa ein Drittel der Patientinnen hielten dies mittelstark bzw. wenig für erforderlich, während etwa zwei Drittel der Patientinnen mehr Unterstützung in dieser Form für nicht erforderlich hielten.

Patientinnen mit gutartigen Brusterkrankungen hielten mehr Unterstützung in Form von Selbsthilfegruppen wiederum signifikant weniger erforderlich als Patientinnen mit malignen Erkrankungen ($p < 0,05$), vgl. Tabelle 25.

Tabelle 25: Wunsch nach mehr Unterstützung in Form von Selbsthilfegruppen (n=67, p=0,01)

	BET gutartig (n=14)	BET bösartig (n=28)	Mastektomie (n=25)	Σ (n=67)
Nicht	14 (100%)	12 (43%)	16 (64%)	42 (63%)
Wenig		9 (32%)	6 (24%)	15 (22%)
Mittelstark		7 (25%)	2 (8%)	9 (13%)
Stark			1 (4%)	1 (2%)

4.8 Lebensqualität

4.8.1 Fragen zur Lebenszufriedenheit (FLZ)

Für die acht Items der „Fragen zur Lebenszufriedenheit“ wurden entsprechend des Manuals des Fragebogens die „gewichtete Zufriedenheit“ ($W*Z$), die den Anteil des entsprechenden Lebensbereiches an der globalen Lebenszufriedenheit darstellt, über eine Formel errechnet [$W*Z=(W-1)*(Z*2-5)$]. Für die statistische Analyse wurden die Summenmittelwerte (FLZ-Summenscore) der gebildeten Gruppen untereinander verglichen. Der maximal erreichbare Summenwert beträgt 96.

Die Summenmittelwerte bei Patientinnen mit gutartigen Brusterkrankungen ($59,7\pm 23,1$) unterschieden sich im Vergleich zu Patientinnen mit bösartigen Brusterkrankungen nicht signifikant ($59,8\pm 31,4$). Es zeigten sich ebenfalls keine signifikanten Unterschiede zwischen den einzelnen Gruppen mit unterschiedlichen Therapieverfahren bei malignen Brusterkrankungen (Gruppen 3 bis 5).

Tabelle 26: „Gewichtete Zufriedenheit“: Summenmittelwerte der Angaben zur Lebenszufriedenheit (FLZ-Summenscore); Standardabweichung in Klammern, $n = 67$, $p = 0,69$

		n	FLZ –Score
Gruppe 1	Gutartige Brusterkrankung, weite Tumorexzision	5	68,20 (12,87)
Gruppe 2	Gutartige Brusterkrankung, weite Tumorexzision mit Rekonstruktion der Brust durch subkutane Drüsenkörperrotationslappen	9	55,00 (26,77)
Gruppe 3	Bösartige Brusterkrankung, weite Tumorexzision	9	60,56 (30,35)
Gruppe 4	Bösartige Brusterkrankung, weite Tumorexzision mit Rekonstruktion der Brust durch subkutane Drüsenkörperrotationslappen	19	56,00 (35,89)
Gruppe 5	Bösartige Brusterkrankung, modifiziert radikale Mastektomie	25	62,36 (29,07)

Vergleich der Angaben zur Lebenszufriedenheit (FLZ-Summenscore) der nach Dignität und Therapieverfahren gebildeten Gruppen mit Werten einer Stichprobe der Normalbevölkerung und Patienten nach Operation eines Ösophaguskarzinoms

Die aus unserer Stichprobe ermittelten Summenmittelwerte wurden in dann mit den Werten einer repräsentativen Stichprobe der Bevölkerung (Männer und Frauen; n=2003, Werte entnommen aus Henrich et al 1992) und einer Untersuchung an 80 Ösophaguskarzinom-Patienten/innen verglichen. Diese wurden von Roder und Mitarbeitern (1990) mittels des gleichen Fragebogens im Median 19,5 Monate nach Ösophagektomie befragt.

Hierbei zeigten sich keine signifikanten Unterschiede hinsichtlich der Summenmittelwerte der einzelnen Gruppen (Abbildung 3).

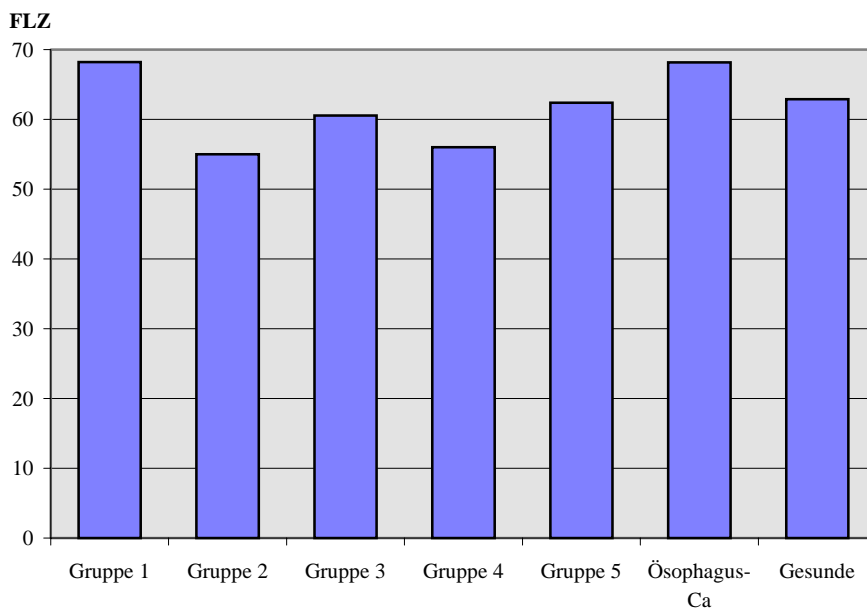


Abbildung 3: „Gewichtete Zufriedenheit“ (FLZ-Score) der Gruppen 1 bis 5 nach Summenmittelwerten im Vergleich zu Ösophaguskarzinompatienten (Werte entnommen aus Roder et al 1990) und einer repräsentativen Stichprobe der Normalbevölkerung (Werte entnommen aus Henrich et al 1992)

In einem nächsten Schritt wurden die Einzelitems der „Fragen zur Lebensqualität“ hinsichtlich der „gewichteten Zufriedenheit“ mit den Angaben beider Vergleichskollektiven gegenübergestellt.

Im Vergleich der von uns befragten Patientinnen mit der repräsentativen Stichprobe fielen im Bereich „Partnerschaft/Sexualität“ sowohl für die Patientinnen mit benignen als auch malignen Erkrankungen eine signifikant niedrigere Zufriedenheit auf ($p < 0,05$). Dieser Unterschied galt auch im Vergleich zu den Patienten/innen mit Ösophaguskarzinom ($p < 0,05$). Weiterhin waren Patientinnen mit bösartigen Brust-erkrankungen im Bereich „Gesundheit“ signifikant unzufriedener als das Normkollektiv ($p < 0,05$), wobei auch die Patienten/innen mit Ösophaguskarzinom in diesem Bereich das niedrigste Rating vornahmen ($p < 0,05$ vs. Normkollektiv). In den Bereichen „Wohnsituation“ und „Familienleben/Kinder“ gaben die Patienten/innen mit Ösophaguskarzinom eine jeweils signifikant höhere Zufriedenheit an als das Normkollektiv und auch die von uns befragten Patientinnen mit benignen und malignen Erkrankungen ($p < 0,05$).

Tabelle 27: „Gewichtete Zufriedenheit“ in einzelnen Bereichen bei Patientinnen mit gut- und bösartigen Brust-erkrankungen im Vergleich zu Ösophaguskarzinompatienten und einer repräsentativen Stichprobe der Normalbevölkerung (Standardabweichung in Klammern, Bereich: -12 - +12)

Bereiche	gutartige Brust-erkrankung (n=14)	bösartige Brust-erkrankung (n=53)	Ösophaguskarzinompatienten (n=80)	Repräsentative Stichprobe (n=2003)
Freunde/Bekannte	7,43 (5,02)	8,07 (6,09)	7,94	7,50 (5,45)
Freizeitgestaltung/Hobbys	5,78 (4,99)	5,69 (5,91)	5,88	6,51 (5,51)
Gesundheit	8,71 (6,66)	6,51 (7,47)*	4,18*	8,64 (6,89)
Einkommen/finanzielle Situation	6,07 (4,45)	7,39 (5,86)	7,89	6,60 (6,22)
Beruf/Arbeit	7,71 (5,15)	6,77 (5,62)	6,60	6,35 (6,27)
Wohnsituation	9,71 (3,93)	9,11 (7,41)	12,23*	8,74 (6,55)
Familienleben/Kinder	8,36 (8,29)	10,55 (7,17)	13,56*	10,13 (7,24)
Partnerschaft/Sexualität	5,93 (4,95)*	5,66 (6,74)*	9,38	8,44 (7,12)
Summenwert (FLZ)	59,71	59,77	68,17	62,91

* signifikant vs. repräsentative Stichprobe

Korrelationsanalyse unabhängiger Variablen mit dem FLZ-Summenscore

Um herauszufinden, welche Bedeutung einzelne Lebensbereiche für die Lebenszufriedenheit haben, wurden Spearman-Korrelationen zwischen ausgewählten Variablen (Tumorstadium, Alter und Schulbildung der Patientinnen, Zurechtkommen mit der Behandlung und Zufriedenheit mit dem Operationsergebnis) und dem FWS-Summenscore durchgeführt. Zur Auswertung kamen nur Patientinnen mit bösartiger Grunderkrankung.

Eine hohe Zufriedenheit mit dem Operationsergebnis war hierbei signifikant mit einer höheren Lebenszufriedenheit korreliert (Korrelationskoeffizient $\rho=0,36$, $p=0,02$), tendenziell war auch mit einem besseren Zurechtkommen mit der Behandlung eine höhere Lebenszufriedenheit verbunden ($\rho=0,21$, $p=0,08$).

Eine signifikante Korrelation ergab sich hinsichtlich der Beschwerdesymptomatik und der Lebenszufriedenheit (negative Korrelation zwischen BL- und FLZ-Summscore; $Rho=-0,27$, $p=0,03^*$). Die Lebensqualität war umso höher, je weniger somatische Beschwerden bestanden bzw. je weniger Beschwerden, desto mehr Lebensqualität empfanden die Patientinnen.

Zwischen der Lebenszufriedenheit und dem Alter der Patientinnen, der Schulbildung und dem Zurechtkommen mit der Behandlung konnten hingegen keine signifikanten Korrelationen mit dem FLZ-Summscore gefunden werden (Tabelle 28).

Tabelle 28: Korrelationsanalyse unabhängiger Variablen mit dem FLZ-Summscore (n=53)

	FLZ-Summscore
Tumorstadium	Rho = 0,19 P = 0,26
Alter	Rho = 0,73 P = 0,56
Schulbildung	Rho = 0,15 P = 0,28
Zurechtkommen mit der Behandlung	Rho = 0,21 P = 0,08
Zufriedenheit mit dem Operationsergebnis	Rho = 0,36 P = 0,02*
BL-Summscore	Rho = -0,26 P = 0,03*

Rho = Korrelationskoeffizient

Ob eine Partnerschaft, eine bewusste Religiosität und ein positiver Einfluss der Erkrankung einen Einfluss auf den Lebenszufriedenheit hat, wurde in einem nächsten Analyseschritt durch Mittelwertvergleiche (t-Test) der entsprechenden FLZ-Summscores untersucht. Zur Auswertung kamen nur die Patientinnen mit bösartigen Erkrankungen. Hierbei fand sich kein signifikanter Einfluß dieser Faktoren (Partnerschaft, bewusste Religiosität, positiver Einfluss der Erkrankung) auf die Lebenszufriedenheit (Tabelle 29).

Tabelle 29: Mittelwertvergleiche der FLZ-Summscores bei Patientinnen mit bösartiger Brusterkrankung der nach verschiedenen Variablen gebildeten Untergruppen (n=53)

	N	FLZ-Summscore	P
Partner			0,35
Ja	39	62±31	
Nein	14	53±33	
Bewusst religiös			0,42
Ja	33	61±28	
Nein	20	58±37	
Positiver Einfluss der Erkrankung			0,17
Ja	26	66±31	
Nein	27	54±31	

Ob ein Zusammenhang von regelmäßiger Medikamenteneinnahme mit dem FLZ-Summscore besteht, wurde anhand eines weiteren Mittelwertvergleichs getestet. Hierbei war die Lebenszufriedenheit bei den Patientinnen eingeschränkter, die regelmäßig Beruhigungsmittel einnahmen ($p < 0,05$). Kein Einfluß auf die Lebenszufriedenheit zeigte sich bei Patientinnen, die regelmäßig Schmerz-, Schlaf- oder andere Arzneimittel eingenommen hatten (Tabelle 30).

Tabelle 30: Mittelwertvergleiche der FLZ-Summscores nach regelmäßiger Einnahme verschiedener Medikamente gebildeten Untergruppen (n=67)

	N	FLZ-Summscore	P
Regelmäßige Einnahme von Schmerzmitteln			0,45
Ja	3	73±52	
Nein	64	59±28	
Regelmäßige Einnahme von Schlafmitteln			0,64
Ja	2	50±50	
Nein	65	60±29	
Regelmäßige Einnahme von Beruhigungsmitteln			0,046
Ja	7	39±35	
Nein	60	62±28	
Regelmäßige Einnahme von Arzneimitteln außer Schmerz-/Schlaf- und Beruhigungsmitteln			0,61
Ja	30	58±32	
Nein	37	62±28	

4.8.2 Beschwerdenliste (BL)

Für die Auswertung der Beschwerdenliste wurde ebenfalls ein Summenwert der Intensitätsbeurteilung der 24 Beschwerdepunkte gebildet. Der Bereich der Skala beträgt 0 bis 70 Punkte.

Die Patientinnen mit gutartigen Brusterkrankungen hatten einen signifikant niedrigeren BL-Summenscore von $6,1 \pm 7,4$ im Vergleich mit $23,3 \pm 11,6$ bei Patientinnen mit bösartigen Brusterkrankungen ($p=0,01$). Es fand sich keine Abhängigkeit von den angewandten Operationstechniken innerhalb der Patientinnengruppen mit bösartigen Erkrankungen.

Die Werte wurden in einem zweiten Schritt mit den im Testmanual der Beschwerdenliste (Zerssen 1975) angegebenen Kollektiven verglichen. Die Patientinnen mit gutartigen Brusterkrankungen lagen hinsichtlich der Beschwerdesymptomatik signifikant unter der Normstichprobe ($14,3 \pm 10,8$), während die befragten Patientinnen mit bösartigen Brusterkrankungen eine signifikant höhere Beschwerdesymptomatik angaben (jeweils $p < 0,05$).

Tabelle 31: Summenmittelwerte der Beschwerdenliste der Gruppen 1 bis 5 im Vergleich zu Ösophaguskarzinompatienten (Werte entnommen aus Roder et al 1990), einer repräsentativen Stichprobe der Bevölkerung und einer psychiatrischen Vergleichsgruppe (Werte entnommen aus v. Zerssen 1975) (Standardabweichung in Klammern)

	BL-Summenscore	
	N	Mean (SD)
Gruppe 1 Gutartig, weite Tumorexzision	5	4,20 (4,92)
Gruppe 2 Gutartig, weite Tumorexzision mit Rekonstruktion der Brust durch subkutane Drüsenkörperrotationslappen	9	7,11 (8,62)
Gruppe 3 Bösartig, weite Tumorexzision	9	22,78 (12,91)
Gruppe 4 Bösartig, weite Tumorexzision mit Rekonstruktion der Brust durch subkutane Drüsenkörperrotationslappen	19	26,37 (11,35)
Gruppe 5 Bösartig, modifiziert radikale Mastektomie	25	21,16 (11,33)
Ösophaguskarzinomkranke	80	23,5 (k.A.)
Einstichprobe Normalbevölkerung	1761	14,26 (10,75)
Psychiatrische Vergleichsgruppe	379	30,03 (15,43)

k.A.= keine Angabe

Die Vergleichsgruppe der Ösophaguskarzinompatienten (Roder 1990) wies mit einem BL-Summenscore von 23,5 (keine Standardabweichung angegeben) nahezu identische Werte im Vergleich zu den von uns befragten Mammakarzinompatientinnen auf.

Mit einem Punktwert von $30,0 \pm 15,4$ wiesen Patienten mit psychiatrischen Erkrankungen den höchsten BL-Summenscore auf. Statistisch war dies sowohl im Vergleich zu den Patienten mit Malignomen, als auch zu den Gesunden und den Patientinnen mit benignen Brusterkrankungen ein signifikanter Unterschied ($p < 0,05$, vgl. Abbildung 4).

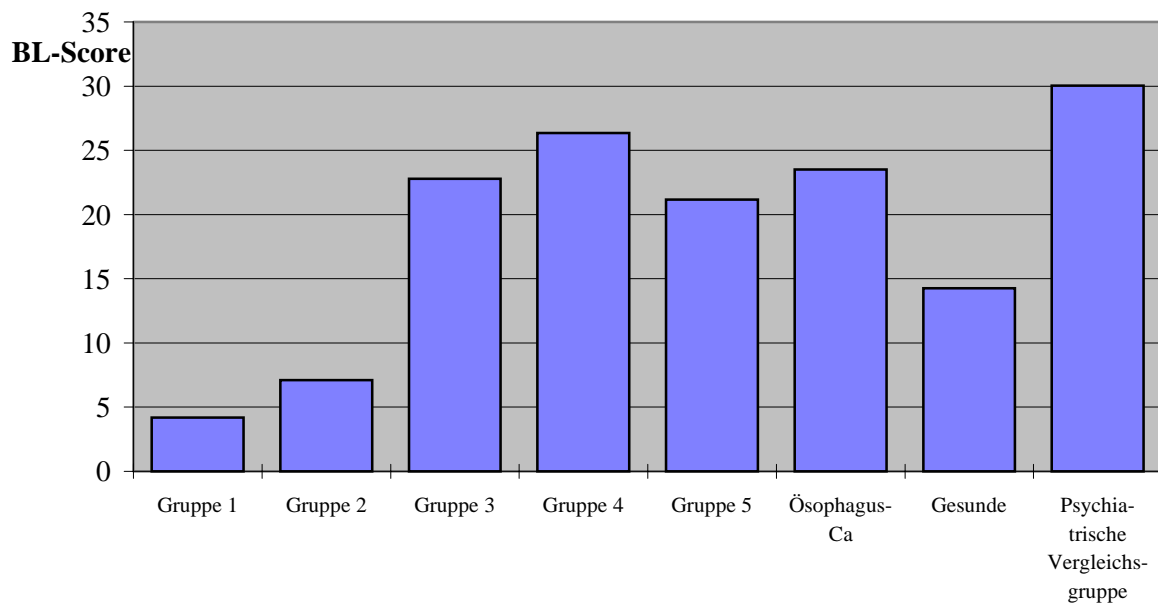


Abbildung 4: Summenmittelwerte der Beschwerdenliste der Gruppen 1 bis 5 mit Ösophaguskarzinompatienten (Werte entnommen aus Roder et al 1990), einer repräsentativen Stichprobe der Bevölkerung und einer psychiatrischen Vergleichsgruppe (Werte entnommen aus v. Zerssen 1975)

Korrelationsanalyse unabhängiger Variablen mit dem BL-Summenscore

Mittels Spearman-Korrelationstest wurden die Daten zur Prüfung eines Zusammenhangs einzelner evt. relevanter unabhängiger Variablen (Tumorstadium, Alter und Schulbildung der Patientinnen, Zurechtkommen mit der Behandlung und Zufriedenheit mit dem Operationsergebnis) mit dem BL-Summenscore einer weiteren statistischen Analyse zugeführt.

Zur Auswertung kamen nur Patientinnen mit bösartiger Grunderkrankung.

Mit zunehmendem Alter der Patientinnen nahm die Beschwerdesymptomatik statistisch signifikant zu, wohingegen ein besseres Zurechtkommen mit der Erkrankung und eine

höhere Zufriedenheit mit dem Operationsergebnis mit einer niedrigeren Beschwerdesymptomatik verbunden war. Keine Korrelation ergab sich mit dem Grad der Schulbildung (Tabelle 32).

Wie bereits erwähnt (vgl. Tabelle 28) zeigte eine Korrelationsanalyse abhängiger psychologischer Variablen eine signifikante Korrelation zwischen BL- und FLZ-Summenscore (Rho=-0,27, p=0,03*).

Tabelle 32: Korrelationsanalyse unabhängiger Variablen mit dem BL-Summenscore

	BL-Summenscore
Tumorstadium	Rho = 0,07 p = 0,66
Alter	Rho =0,24 p = 0,04*
Schulbildung	Rho = -0,14 p = 0,21
Zurechtkommen mit der Erkrankung	Rho=- 0,38 p = 0,0001**
Zufriedenheit mit dem Operationsergebnis	Rho = - 0,26 p = 0,0003**

In einem nächsten Analyseschritt (Mittelwertvergleiche mittels t-Test) wurde der Frage nachgegangen, ob eine Partnerschaft, eine bewusste Religiosität oder ein erlebter positiver Einfluss durch die Erkrankung Einfluss auf den BL-Summenscore hat. Zur Auswertung kamen nur die Patientinnen mit bösartigen Erkrankungen. Signifikante Unterschiede ergaben sich hierbei in keiner der drei Untergruppen (Tabelle 33).

Tabelle 33: Untergruppenvergleiche nach den Variablen Partnerschaft, Religiosität und positiver Einfluss der Erkrankung bezüglich Beschwerdenliste-Summscores bei Patientinnen mit bösartigen Erkrankungen (Mittelwerte, Standardabweichung)

	N	BL-Summenscore	p
Partner			0,42
Ja	39	24±12	
Nein	14	21±11	
Bewusst religiös			0,89
Ja	33	23±12	
Nein	20	24±12	
Positiver Einfluss der Erkrankung			0,53
Ja	26	22±13	
Nein	27	24±10	

In einer weiteren Analyse wurde bei allen Patientinnen der Zusammenhang von regelmäßiger Medikamenteneinnahme und Beschwerden-Summenscore untersucht. Eine signifikante positive Korrelation mit dem BL-Summenscore ergab sich mit regelmäßiger Einnahme von Beruhigungsmitteln ($p=0,007$) bzw. anderer Arzneimittel ($p=0,018$), die weder zu den Schmerz- und Schlaf- und Beruhigungsmitteln zählten (Tabelle 34). Somit hatten Patientinnen, die regelmäßig Beruhigungsmittel einnahmen, mehr Beschwerden und auch Patientinnen, die regelmäßig andere Arzneimittel benötigten wiesen eine größere Beschwerdensymptomatik auf. Die Richtung der jeweiligen Abhängigkeit kann dabei nicht klar ermittelt werden.

Tabelle 34: Mittelwertvergleiche der Beschwerdenliste-Summenscores nach regelmäßiger Einnahme verschiedener Medikamente gebildeten Untergruppen (n=67)

	N	BL-Summenscore	P
Regelmäßige Einnahme von Schmerzmitteln			0,17
Ja	3	30±2	
Nein	64	19±13	
Regelmäßige Einnahme von Schlafmitteln			0,84
Ja	2	32±13	
Nein	65	18±12	
Regelmäßige Einnahme von Beruhigungsmitteln			0,007
Ja	7	32±13	
Nein	60	18±12	
Regelmäßige Einnahme von Arzneimitteln außer Schmerz-, Schlaf- und Beruhigungsmitteln			0,018
Ja	30	24±12	
Nein	37	16±13	

4.9 Psychoemotionale und psychosoziale Aspekte

4.9.1 Körperbild

Mastektomierte Patientinnen gaben signifikant mehr Schwierigkeiten an, sich unbekleidet im Spiegel zu betrachten als die übrigen Patientinnen-Gruppen (p jeweils $< 0,05$). Unter den Patientinnen mit brusterhaltender Therapie bei bösartigen Brustkrankungen hatten die Patientinnen nach Konturkorrektur durch Drüsenkörperrotationslappen (Gruppe 4) signifikant weniger Schwierigkeiten als die ohne Konturrekonstruktion ($p=0,04$) (Tabelle 35 und Abbildung 5).

Tabelle 35: Verteilung der Antworten auf die Frage: Wie leicht fällt es Ihnen, sich unbekleidet im Spiegel zu betrachten? ($n=67$, $p=0,0004$)

	Gruppe 1 (n=5)	Gruppe 2 (n=9)	Gruppe 3 (n=9)	Gruppe 4 (n=19)	Gruppe 5 (n=25)	Σ (n=67)
Leicht	4 (80%)	6 (67%)	5 (56%)	17 (89%)	7 (28%)	39 (58%)
Nicht schwer	1 (20%)	3 (33%)	3 (33%)	2 (11%)	8 (32%)	17 (25%)
Schwer			1 (11%)		5 (20%)	6 (9%)
Sehr schwer					5 (20%)	5 (7%)

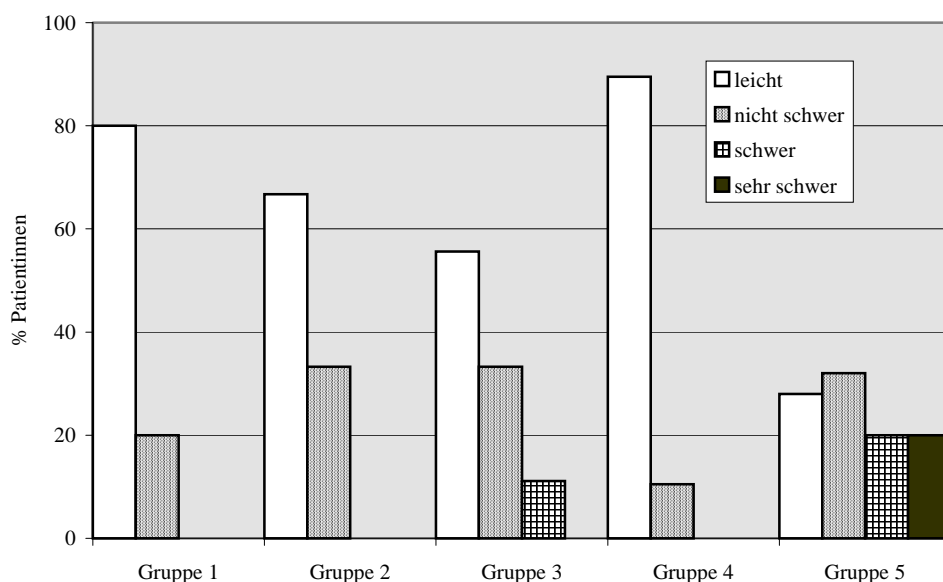


Abbildung 5: Einschätzung der Schwierigkeit, sich unbekleidet im Spiegel zu betrachten ($n=67$, $p=0,0004$)

76% der mastektomierten Patientinnen (Gruppe 5) berichteten bei der Frage nach verstärkten Hemmungen seit der Operation, sich anderen unbekleidet zu zeigen, über Schwierigkeiten. Hierin unterschieden sich diese Patientinnen signifikant von allen übrigen Gruppen (p jeweils $<0,05$). Demgegenüber wiesen die Patientinnen mit gutartigen Brusterkrankungen nahezu keine verstärkten Hemmung auf. Ein ähnliches gutes Ergebnis zeigten die Patientinnen nach Brustrekonstruktion durch Drüsenkörper-Rotationslappen (Gruppe 4), während die Patientinnen mit alleiniger Tumorexzision (Gruppe 3) ebenfalls signifikant verstärkte Hemmungen angaben, sich unbekleidet anderen zu zeigen (Gruppe 3 vs. 4 $p<0,05$; Gruppe 3 vs. 5 $<0,05$) (vgl. Tabelle 36, Abbildung 6).

Tabelle 36: Antworten auf die Fragen nach verstärkter Hemmung, sich unbekleidet anderen zu zeigen ($n=67$, $p=0,0001$)

	Gruppe 1 (n=5)	Gruppe 2 (n=9)	Gruppe 3 (n=9)	Gruppe 4 (n=19)	Gruppe 5 (n=25)	Σ (n=67)
ja		1 (11%)	4 (44%)	3 (16%)	19 (76%)	27 (40%)
nein	5 (100%)	8 (89%)	5 (56%)	16 (84%)	6 (24)	40 (60%)

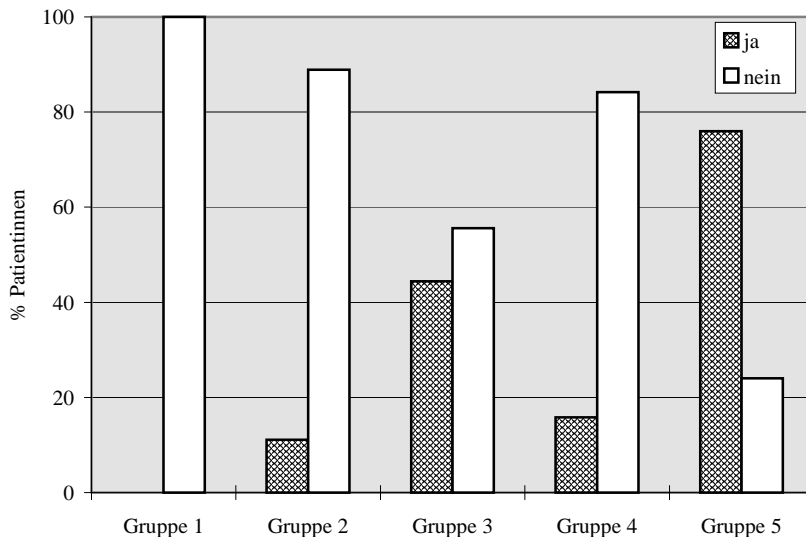


Abbildung 6: Antworten auf die Frage nach verstärkter Hemmung, sich unbekleidet anderen zu zeigen ($n=67$, $p=0,0001$)

Mittelwert-Vergleiche der nach verschiedenen Variablen gebildeten Untergruppen hinsichtlich eines gestörten Körperbildes

Eine verstärkte Hemmung, sich anderen unbedeckt zu zeigen, kann als Entsprechung eines gestörten Körperbildes gelten. Ob dies auf unterschiedliche Bereiche einen Einfluss hat, wurde im folgenden durch Mittelwert-Vergleiche (t-Test) untersucht. Verschiedene aus dem Fragebogen gewonnene Variablen, wie Alter der Patientinnen, BL-Summenscore, FLZ-Summenscore und Punktescores zu Fragen nach der Zufriedenheit mit der Behandlung, Häufigkeit der sexuellen Kontakte, Offenheit im Bekanntenkreis und Häufigkeit des sozialen Kontaktes wurden aufgrund des Antwortverhaltens der Patientinnen hinsichtlich der Frage nach der Hemmung, sich anderen unbedeckt zu zeigen verglichen.

Hieraus ergab sich, dass Patientinnen, die eine verstärkte Hemmung aufwiesen, sich unbedeckt zu zeigen, signifikant mehr Beschwerden (=höherer BL-Summenscore) hatten und mit der Behandlung unzufriedener waren ($p < 0,05$). Zudem hatten sie weniger sexuellen Kontakt mit ihrem Partner, weniger Kontakt mit Bekannten und waren nicht so offen im Kontakt mit Freunden und Bekannten. Kein signifikante Zusammenhang fand sich mit der Lebenszufriedenheit (FLZ-Score) und dem Alter (Tabelle 37).

Tabelle 37: Mittelwertvergleiche verschiedener Punktescores psychosozialer und psychoemotionaler Variablen nach einem gestörten Körperbild (n=67)

	Verstärkte Hemmung, sich anderen unbedeckt zu zeigen		P
	Ja, n=27	Nein, n=40	
BL-Summenscore	24±11	17±13	0,016
Zufriedenheit mit der Behandlung	3,8±1,1	4,8±0,4	0,0001
Häufigkeit der sexuellen Kontakte	0,85±0,9	1,6±1,2	0,004
Offenheit im Bekanntenkreis	1,4±0,5	1,9±0,7	0,001
Häufigkeit des Kontaktes im Bekanntenkreis	2,4±0,6	2,9±0,5	0,003
FLZ-Summenscore	57±30	62±30	0,51
Alter	54±11	49±11	0,10

4.9.2 Partnerschaft

Zu wichtigen Veränderungen in der Partnerschaft seit der Brustoperation befragt, berichteten jeweils eine Patientin in Gruppe 2, 4 und 5 von einer Scheidung von ihrem Partner.

In einer festen Beziehung lebten zum Befragungszeitpunkt insgesamt 72% der Patientinnen, zwischen den gebildeten Gruppen ergab sich hierbei kein signifikanter Unterschied (Tabelle 38).

Tabelle 38: Anteil der Patientinnen in einer festen Beziehung (n=67, p=0,87)

	Gruppe 1 (n=5)	Gruppe 2 (n=9)	Gruppe 3 (n=9)	Gruppe 4 (n=19)	Gruppe 5 (n=25)	Σ (n=67)
Feste Beziehung	3 (60%)	6 (67%)	6 (67%)	15 (79%)	18 (72%)	48 (72%)

Insgesamt waren 75% der Patientinnen mit festen Beziehungen zufrieden bzw. sehr zufrieden mit ihrer Partnerschaft. Sehr unzufrieden mit der Partnerschaft war nur eine Patientin in Gruppe 1, die sich aufgrund länger bestehender Probleme von ihrem Partner zum Befragungszeitpunkt trennen wollte. Nicht gänzlich zufrieden waren bei den Patientinnen mit bösartigen Brusterkrankungen zwei Patientinnen in Gruppe 4 und sechs Patientinnen in Gruppe 5. Statistisch ergibt sich ein Trend zu einer geringeren Zufriedenheit mit der Partnerschaft bei den Patientinnen mit modifiziert radikaler Mastektomie (Gruppe 5) verglichen mit den anderen Gruppen, ohne jedoch Signifikanz zu erreichen (p=0,09).

Tabelle 39: Zufriedenheit mit der Partnerschaft (n=48, p=0,09)

	Gruppe 1 (n=3)	Gruppe 2 (n=6)	Gruppe 3 (n=6)	Gruppe 4 (n=15)	Gruppe 5 (n=18)	Σ (n=48)
Sehr unzufrieden	1 (33%)					1 (2%)
Unzufrieden					5 (28%)	5 (10%)
Teils/teils				2 (13%)	4 (22%)	6 (13%)
Zufrieden		2 (33%)	4 (67%)	3 (20%)	7 (39%)	16 (33%)
Sehr zufrieden	2 (67%)	4 (67%)	2 (33%)	10 (67%)	2 (11%)	20 (42%)

Bei den Patientinnen mit gutartigen Brusterkrankungen hat sich an der gemeinsam mit dem Partner verbrachten Zeit seit der Operation nichts verändert. Bei den Patientinnen mit bösartigen Erkrankungen verbrachten 3 von 39 Patientinnen weniger Zeit mit ihrem Partner. In diesem Zusammenhang berichtete z. B. die Patientin in Gruppe 4, die viel weniger Zeit mit ihrem Partner verbrachte, dass der Partner beruflich für ein halbes Jahr in ein anderes Land reisen musste, sie aber wegen der Kinder und der Operation nicht mitreisen konnte (Tabelle 40).

Tabelle 40: Mit dem Partner verbrachte Zeit im Vergleich vor der Operation (n=48, p=0,95)

	Gruppe 1 (n=3)	Gruppe 2 (n=6)	Gruppe 3 (n=6)	Gruppe 4 (n=15)	Gruppe 5 (n=18)	Σ (n=48)
Viel weniger				1 (7%)		1 (2%)
Weniger					2 (11%)	2 (4%)
Unverändert	3 (100%)	6 (100%)	6 (100%)	11 (73%)	12 (67%)	38 (79%)
Mehr				2 (13%)	1 (5%)	3 (6%)
Viel mehr				1 (7%)	3 (17%)	4 (8%)

Einschätzung des Verständnisses, das der Partner für die Situation zeigt

Verständnis mit der Situation zeigten nahezu 80% der Partner deutlich bis sehr stark. Auffallend ist die starke Resonanz, die fast die Hälfte der Patientinnen in der Gruppe mit bösartiger Brusterkrankung und Brustrekonstruktion spürten (Gruppe 4). Die oben genannte Patientin in Gruppe 1, die sich von ihrem Partner trennen wollte, beobachtete auch hier kein Verständnis des Partners (Tabelle 41).

Tabelle 41: Einschätzung des vom Partner gezeigten Verständnisses (n=48, p=0,73)

	Gruppe 1 (n=3)	Gruppe 2 (n=6)	Gruppe 3 (n=6)	Gruppe 4 (n=15)	Gruppe 5 (n=18)	Σ (n=48)
Überhaupt nicht	1 (33%)			1 (7%)	1 (5%)	3 (6%)
Etwas			3 (50%)	1 (7%)	3 (17%)	7 (15%)
Deutlich		2 (33%)	1 (17%)	2 (13%)	6 (33%)	11 (23%)
Stark	1 (33%)	2 (33%)	1 (17%)	4 (27%)	4 (22%)	12 (25%)
Sehr stark	1 (33%)	2 (33%)	1 (17%)	7 (47%)	4 (22%)	15 (31%)

Zufriedenheit des Partners mit dem kosmetischen Ergebnis der Operation

Die Zufriedenheit des Partners mit dem kosmetischen Ergebnis der Operation wurde von den Patientinnen in allen Gruppen hoch eingeschätzt. So wurden 83% der Partner als zufrieden bzw. sehr zufrieden eingestuft. Nur einzelne Partner (6%) hatten demnach Unzufriedenheit mit dem Operationsergebnis den Patientinnen gegenüber bekundet.

Tabelle 42: Einschätzung der Zufriedenheit des Partners mit dem kosmetischen Ergebnis der Operation (n=48, p=0,09)

	Gruppe 1 (n=3)	Gruppe 2 (n=6)	Gruppe 3 (n=6)	Gruppe 4 (n=15)	Gruppe 5 (n=18)	Σ (n=48)
Sehr unzufrieden					1 (6%)	1 (2%)
Unzufrieden			1 (17%)		1 (6%)	2 (4%)
Teils/teils				1 (6%)	4 (22%)	5 (10%)
Zufrieden	1 (33%)		5 (83%)	4 (27%)	9 (50%)	19 (40%)
Sehr zufrieden	2 (67%)	6 (100%)		10 (67%)	3 (16%)	21 (44%)

Einschätzung des Belastung des Partners

Immerhin 42% aller Patientinnen schätzten den Partners durch die Brustoperation als überhaupt nicht belastet ein. Eine starke Belastung der Partner spürten nur knapp 17% der Patientinnen (siehe Tabelle 43). Die Belastung des Partners wurde von Patientinnen mit gutartigen Erkrankungen signifikant geringer eingeschätzt als von Patientinnen mit bösartigen Erkrankungen (Gruppe 1+2 vs. Gruppe 3+4 p=0;012, Gruppe 1+2, vs. Gruppe 5 p=0,025). Die Belastung des Partners bei Patientinnen mit malignen Erkrankungen wurde unabhängig vom Therapieverfahren wahrgenommen (Gruppe 3+4 vs. Gruppe 5 p=0,55)

Tabelle 43: Einschätzung der Belastung des Partners (n=48, p=0,028)

	Gruppe 1 (n=3)	Gruppe 2 (n=6)	Gruppe 3 (n=6)	Gruppe 4 (n=15)	Gruppe 5 (n=18)	Σ (n=48)
Überhaupt nicht	2 (67%)	6 (100%)	2 (33%)	4 (27%)	6 (33%)	20 (42%)
Etwas			2 (33%)	4 (27%)	7 (39%)	13 (27%)
Deutlich	1 (33%)		1 (17%)	4 (27%)	1 (6%)	7 (15%)
Stark			1 (17%)		4 (22%)	5 (10%)
sehr stark				3 (20%)		3 (6%)

Häufigkeit der sexuellen Kontakte seit der Brustoperation

Die Häufigkeit sexueller Kontakte seit der Brustoperation war insgesamt bei 65% aller Patientinnen unverändert, bei 33% der Patientinnen vermindert. Bei einer Patientin ergaben sich hingegen häufigere sexuelle Kontakte (Tabelle 44). Zwischen den verschiedenen nach Dignität und Therapieverfahren gebildeten Gruppen ergab sich zum Befragungszeitpunkt kein statistisch signifikanter Unterschied. Tendenziell hatten die Patientinnen nach modifiziert radikaler Mastektomie weniger sexuelle Kontakte als die Patientinnen mit gutartigen Brusterkrankungen (Gruppe 5 vs. 1+2 $p=0,06$) und auch weniger als die Patientinnen mit brusterhaltender Therapie bei bösartigen Brusterkrankungen (Gruppe 5 vs. 3+4 $p=0,09$).

Tabelle 44: Häufigkeit der sexuellen Kontakte seit der Brustoperation (n=48, $p=0,63$)

	Gruppe 1 (n=3)	Gruppe 2 (n=6)	Gruppe 3 (n=6)	Gruppe 4 (n=15)	Gruppe 5 (n=18)	Σ (n=48)
Seltener		1 (17%)	2 (33%)	3 (20%)	10 (56%)	16 (33%)
Unverändert	3 (100%)	5 (83%)	4 (67%)	12 (80%)	7 (39%)	31 (65%)
Häufiger					1 (5%)	1 (2%)

Veränderung der sexuellen Kontakte mit dem Alter

Zur Prüfung der altersabhängigen Häufigkeit der sexuellen Kontakte wurde eine Korrelationsanalyse (Spearman) angeschlossen. Hier zeigte sich eine signifikante Verminderung sexueller Kontakte mit dem Alter ($Rho = - 0,32, p=0,02$).

4.9.3 Sozialkontakte und Freizeitaktivitäten

Veränderung des Bekanntenkreises nach der Brustoperation

Insgesamt fehlten bei nahezu 90% der Patientinnen Veränderungen hinsichtlich der Größe des Bekanntenkreises. Überhaupt keine Veränderung hatten die Patientinnen mit gutartigen Erkrankungen bemerkt. Bei insgesamt sieben Patientinnen mit bösartiger Erkrankung war der Bekanntenkreis größer geworden. Zwischen den Gruppen gab es keine signifikanten Unterschiede (Tabelle 45).

Tabelle 45: Veränderung des Bekanntenkreises nach der Brustoperation (n=67, p=0,61)

	Gruppe 1 (n=5)	Gruppe 2 (n=9)	Gruppe 3 (n=9)	Gruppe 4 (n=19)	Gruppe 5 (n=25)	Σ (n=67)
Kleiner				2 (11%)		2 (3%)
Unverändert	5 (100%)	9 (100%)	7 (78%)	15 (79%)	22 (88%)	58 (87%)
Größer			2 (22%)	2 (11%)	3 (12%)	7 (10%)

Kontakt zu Freunden und Bekannten seit der Brustoperation

Auch der Kontakt zu Freunden und Bekannten blieb im Vergleich zur Zeit vor der Brustoperation bei den meisten Patientinnen (82%) unverändert. Bei den Patientinnen mit bösartigen Brusterkrankungen hatten insgesamt 5 Patientinnen häufiger und 6 Patientinnen seltener Kontakt zu Freunden und Bekannten (Tabelle 46).

Tabelle 46: Kontakt zu Freunden und Bekannten seit der Brustoperation (n=67, p=0,58)

	Gruppe 1 (n=5)	Gruppe 2 (n=9)	Gruppe 3 (n=9)	Gruppe 4 (n=19)	Gruppe 5 (n=25)	Σ (n=67)
Seltener		1 (11%)		1 (5%)	5 (20%)	7 (10%)
Unverändert	5 (100%)	8 (89%)	7 (89%)	16 (84%)	19 (76%)	55 (82%)
Häufiger			2 (11%)	2 (11%)	1 (4%)	5 (8%)

Offenheit im Bekanntenkreis seit der Brustoperation

Bei 75% aller Patientinnen hatte sich die Offenheit im Bekanntenkreis seit der Brustoperation nicht verändert. Bei 18% der Patientinnen war die Offenheit im Bekanntenkreis seit der Brustoperation größer geworden, 7% Patientinnen bemerkten eine geringere Offenheit. Bei dieser Frage wurde kein signifikanter Unterschied zwischen den Gruppen festgestellt (Tabelle 47).

Tabelle 47: Offenheit im Bekanntenkreis seit der Brustoperation (n=67, p=0,68)

	Gruppe 1 (n=5)	Gruppe 2 (n=9)	Gruppe 3 (n=9)	Gruppe 4 (n=19)	Gruppe 5 (n=25)	Σ (n=67)
Weniger			1 (11%)	2 (11%)	2 (8%)	5 (7%)
Unverändert	5 (100%)	7 (78%)	6 (67%)	13 (68%)	19 (76%)	50 (75%)
Größer		2 (22%)	2 (22%)	4 (21%)	4 (16%)	12 (18%)

Veränderungen in Freizeitaktivitäten seit der Brustoperation

Während sich die Freizeitaktivitäten bei den Patientinnen mit gutartigen Brusterkrankungen (Gruppe 1 und 2) nicht verändert hatten, gaben 17% der Patientinnen mit bösartigen Brusterkrankungen an, weniger und etwa ebensoviele (19%), mehr Freizeitaktivitäten unternommen zu haben. Die übrigen 64% der Patientinnen hatten keine Veränderungen festgestellt (Tabelle 48).

Tabelle 48: Veränderungen in Freizeitaktivitäten seit der Brustoperation (n=67, p=0,68)

	Gruppe 1 (n=5)	Gruppe 2 (n=9)	Gruppe 3 (n=9)	Gruppe 4 (n=19)	Gruppe 5 (n=25)	Σ (n=67)
Deutlich weniger				1 (5%)		1 (1%)
Etwas weniger		1 (11%)	1 (11%)	4 (21%)	3 (12%)	9 (13%)
Unverändert	5 (100%)	8 (89%)	5 (56%)	11 (58%)	18 (72%)	47 (70%)
Etwas mehr			2 (22%)	2 (1%)	4 (16%)	8 (12%)
Deutlich mehr			1 (11%)	1 (5%)		2 (3%)

4.9.4 Berufliche Auswirkungen

Veränderung der Leistungsfähigkeit seit der Brustoperation

Die Leistungsfähigkeit in Haushalt oder Beruf hat sich bei den Patientinnen mit gutartigen Brusterkrankungen überhaupt nicht verändert, während bei den Patientinnen mit bösartigen Brusterkrankungen in der Mehrzahl der Fälle (79%) eine statistisch signifikante Verminderung der Leistungsfähigkeit festzustellen war. Dabei hat sich die Leistungsfähigkeit bei etwa der Hälfte der Patientinnen (53%) etwas und bei knapp einem Drittel der Patientinnen (26%) deutlich vermindert. Zwischen den einzelnen Gruppen mit bösartiger Erkrankung war hierbei kein signifikanter Unterschied festzustellen.

Tabelle 49: Veränderung der Leistungsfähigkeit seit der Brustoperation (n=67, p=0,03)

	Gruppe 1 (n=5)	Gruppe 2 (n=9)	Gruppe 3 (n=9)	Gruppe 4 (n=19)	Gruppe 5 (n=25)	Σ (n=67)
Deutlich vermindert			2 (22%)	5 (26%)	7 (28%)	14 (21%)
Etwas vermindert			6 (67%)	11 (58%)	11 (44%)	28 (42%)
Unverändert	5 (100%)	9 (100%)	1 (11%)	3 (16%)	7 (28%)	25 (37%)

Folgen für den beruflichen Bereich

Folgen für den beruflichen Bereich nach der Brustoperation entstanden für knapp ein Drittel aller Patientinnen (28%).

Bei den Patientinnen mit gutartigen Brusterkrankungen berichtete lediglich eine Patientin über bessere Effektivität seit der Brustoperation, ansonsten wurden keine Veränderungen konstatiert.

Bei den Patientinnen mit bösartiger Brusterkrankung berichteten zwei Patientinnen aus Gruppe 3, dass die Krankheit die verstärkte Mithilfe anderer erforderlich machte. Von den neunzehn Patientinnen in Gruppe 4 berichtete eine Patientin über einen Stellenwechsel ohne finanzielle bzw. Statureinbußen und eine weitere Patientin über Umschulung und Berentung, für zwei Patientinnen war die verstärkte Mithilfe anderer erforderlich, die verbleibenden 14 Patientinnen berichteten über keine Veränderung.

Von den Patientinnen mit modifiziert radikaler Mastektomie (Gruppe 5) wurden zwei Patientinnen berentet, bei zwei Patientinnen war reduzierte Arbeitszeit die Folge der Erkrankung, eine Patientin musste bei einem Stellenwechsel finanzielle bzw. Statureinbußen hinnehmen. In dieser Gruppe war bei 6 Patientinnen die verstärkte Mithilfe anderer erforderlich. Bei den restlichen 14 Patientinnen in dieser Gruppe gab es keine Veränderung.

4.10 Krankheitsbewältigung

4.10.1 Zurechtkommen mit der Behandlung und Erkrankung

Insgesamt kamen 84% aller Patientinnen zum Befragungszeitpunkt gut bzw. sehr gut mit der Behandlung und der Erkrankung zurecht.

Die Patientinnen mit gutartiger Grunderkrankung (Gruppe 1 und 2) beurteilten ihr Zurechtkommen mit der Behandlung hierbei im Vergleich zu den Patientinnen mit bösartiger Grunderkrankung signifikant als besser ($p=0,01$). Bei den Patientinnen mit bösartigen Brusterkrankungen war eine in etwa gleiche Verteilung bei den Gruppen mit unterschiedlichen Therapieformen zu erkennen ($p=0,56$) (Tabelle 50).

Tabelle 50: Zurechtkommen mit der Behandlung zum Zeitpunkt der Befragung ($n=67$, $p=0,01$)

	Gruppe 1 (n=5)	Gruppe 2 (n=9)	Gruppe 3 (n=9)	Gruppe 4 (n=19)	Gruppe 5 (n=25)	Σ (n=67)
Schlecht				2 (11%)		2 (3%)
Mittelgut			2 (22%)	2 (11%)	5 (20%)	9 (13%)
Gut	1 (20%)	2 (22%)	6 (67%)	10 (53%)	16 (64%)	35 (52%)
Sehr gut	4 (80%)	7 (78%)	1 (11%)	5 (26%)	4 (16%)	21 (31%)

Zurechtkommen mit der Behandlung vier Wochen und ein halbes Jahr nach der Operation

Zum Zeitpunkt der Befragung gaben aus retrospektiver Sicht insgesamt nur 46 % der Patientinnen an, vier Wochen nach der Operation gut bzw. sehr gut zurechtgekommen zu sein, ein halbes Jahr nach der Operation waren es 65% der Patientinnen.

Die Patientinnen mit gutartigen Brusterkrankungen waren auch zu diesen beiden Zeitpunkten statistisch signifikant besser mit der Behandlung zurecht gekommen als die mit bösartigen ($p=0,03$). Bei den Patientinnen mit bösartigen Brusterkrankungen waren keine statistisch signifikanten Unterschiede zwischen brusterhaltender Therapie und Mastektomie festzustellen ($p=0,67$).

Patientinnen mit einfacher Tumorexzision im Rahmen der brusterhaltenden Therapie (Gruppe 3) kamen im Vergleich zu Patientinnen mit Tumorexzision und Konturrekonstruktion durch Drüsenkörperrotationslappen (Gruppe 4) und Patientinnen mit gutartigen Brusterkrankungen in den ersten vier Wochen nach der Operation signifikant

schlechter zurecht. Dieser Unterschied ließ sich zu einem späteren Zeitpunkt nicht mehr nachweisen (Tabelle 51 und 52).

Tabelle 51: Zurechtkommen mit der Behandlung vier Wochen nach der Operation (retrospektive Bewertung zum Zeitpunkt der Befragung, n=67, p=0,03)

	Gruppe 1 (n=5)	Gruppe 2 (n=9)	Gruppe 3 (n=9)	Gruppe 4 (n=19)	Gruppe 5 (n=25)	Σ (n=67)
Sehr schlecht			1 (11%)	3 (16%)	3 (12%)	7 (10%)
Schlecht		1 (11%)	5 (56%)	1 (5%)	2 (8%)	9 (13%)
Mittelgut	2 (40%)	1 (11%)	1 (11%)	5 (26%)	11 (44%)	20 (30%)
Gut	1 (20%)	3 (33%)	2 (22%)	6 (32%)	7 (28%)	19 (28%)
Sehr gut	2 (40%)	4 (44%)		4 (21%)	2 (8%)	12 (18%)

Tabelle 52: Zurechtkommen mit der Behandlung ein halbes Jahr nach der Operation (retrospektive Bewertung zum Zeitpunkt der Befragung; n=67, p=0,05)

	Gruppe 1 (n=5)	Gruppe 2 (n=9)	Gruppe 3 (n=9)	Gruppe 4 (n=19)	Gruppe 5 (n=25)	Σ (n=66)
Sehr schlecht				1 (5%)		1 (2%)
Schlecht			1 (11%)	4 (21%)	2 (8%)	7 (10%)
Mittelgut		1 (11%)	3 (33%)	5 (26%)	7 (2%)	16 (24%)
Gut	1 (20%)	2 (22%)	5 (56%)	4 (21%)	12 (48%)	24 (36%)
Sehr gut	4 (80%)	6 (67%)		5 (26%)	4 (16%)	19 (28%)

Die Patientinnen in allen Gruppen zeigen im Zeitverlauf ein verbessertes Zurechtkommen. Für eine graphische Darstellung des Zeitverlaufs des Zurechtkommens mit der Behandlung wurden anhand der Ratingskalen ein Punktescore (sehr schlecht = 0, sehr gut = 4) errechnet und die Mittelwerte nach Gruppen (Brusterhaltende Therapie mit gutartiger Erkrankung, Brusterhaltende Therapie mit bösartiger Erkrankung, Mastektomie) abgebildet (Abbildung 7).

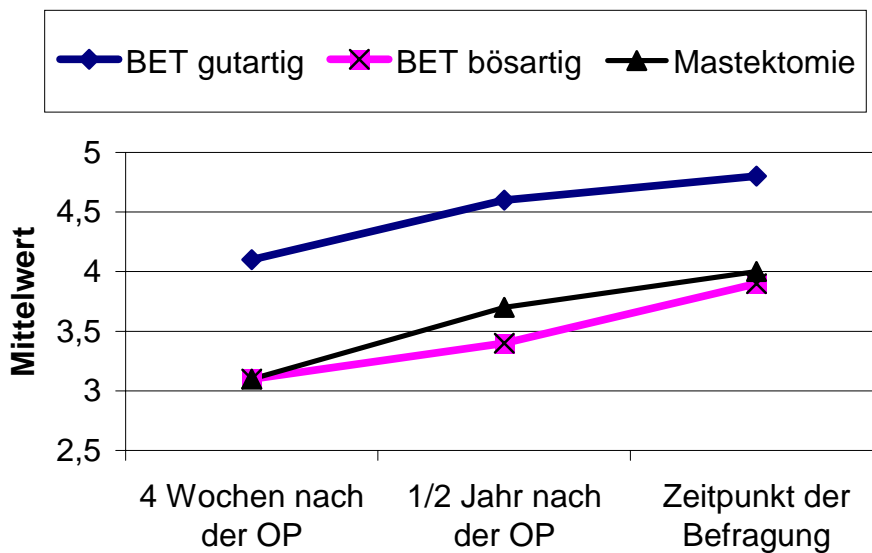


Abbildung 7: Zurechtkommen mit der Behandlung im zeitlichen Verlauf in den einzelnen Therapie-Gruppen nach Mittelwerten der über die Ratingskala errechneten Punktescores

4.10.2 Hilfe bei der Krankheitsbewältigung

Diese Fragen wurde nur bei den Patientinnen mit bösartigen Erkrankungen gestellt.

Hilfe bei der Bewältigung der Erkrankung

Zur offenen Frage, was den Patientinnen am meisten bei der Bewältigung ihrer Erkrankung geholfen hatte, gaben sechzehn Patientinnen (30%) die Anteilnahme anderer, acht Patientinnen (15%) das eigene Selbstbewusstsein, sieben (13%) den religiösen Glauben und sechs Patientinnen (11%) Optimismus an. Für fünf Patientinnen (9%) war das gute kosmetische Ergebnis und für vier Patientinnen (7%) die aktive Auseinandersetzung für die Bewältigung ihrer Erkrankung am bedeutungsvollsten. Weitere Nennungen umfassten: Arbeiten, Meditation, Hobbys, Hoffnung und Gelassenheit.

Personen, die am meisten bei der Bewältigung ihrer Erkrankung geholfen haben

Als Personen, die den Patientinnen am meisten bei der Bewältigung ihrer Erkrankung geholfen haben, gaben sechzehn Patientinnen (30%) den Partner, 13 (25%) die Familie und acht (15%) die Freunde an. Für vier Patientinnen (7%) hatten die Ärzte am meisten geholfen.

Positiver Einfluss auf das Leben der Patientinnen durch die Erkrankung

Einen positiven Einfluss auf das Leben konnten 27 Patientinnen (51%) in der Erkrankung erkennen und äußerten, dass sie seither bewusster lebten; hierbei ergab sich kein statistisch signifikanter Unterschied zwischen den Gruppen mit unterschiedlichen Therapieverfahren.

Für eine Patientin gab die Erkrankung einen "positiven Einfluss auf die Partnerschaft", eine Patientin gab an, "neue Freunde gewonnen" zu haben, eine weitere, dass sie sich „mehr Zeit zum Nachdenken" nehmen und „mehr Vertrauen in andere" investieren würde.

Die anderen 26 Patientinnen (49%) konnten keinen positiven Einfluss der Erkrankung auf deren Leben erkennen.

4.10.3 Bewältigungsstrategien

Zunächst wurde eine Rangreihe bezüglich Häufigkeit bzw. Intensität der verschiedenen Bewältigungsstrategien bei Patientinnen mit bösartiger Brusterkrankung (Gruppen 3,4,5) erstellt. Hierzu wurde ein Punktescore gebildet, wobei der Rating-Skala Zahlenwerte von „nicht“ =0 bis „sehr stark“ = 4 zugeordnet wurden.

An erster Stelle lag: „Entschlossen gegen die Erkrankung ankämpfen“, es folgte „Sich damit trösten, dass es andere noch schlimmer getroffen hat“, der „Versuch, Ablenkung zu finden“, stand an dritter Stelle. Es folgten „Aktive Anstrengung zur Lösung der Probleme“ und an vierter Stelle „Informationen über Erkrankung und Behandlung suchen“, an nächster Stelle „Gefühle unterdrücken und Selbstbeherrschung“, gefolgt von „Schicksalsergebenheit“, „Hilfe anderer in Anspruch nehmen“ und „Nicht-wahrhaben-Wollen“. Auf den letzten Rangplätzen lagen „Wunschdenken und Tagträume“ und „Besserung der Stimmung durch Alkohol“ (Tabelle 53, Abbildung 8).

Tabelle 53: Anwendung von Krankheitsverarbeitungsstrategien bei Patientinnen mit bösartiger Brusterkrankung nach Punktescore-Mittelwerten (Standardabweichung in Klammer, n=53)

	Patientinnen mit bösartiger Brusterkrankung (n=53)	Brusterhaltende Therapie (n=28)	Mastektomie (n=25)
Entschlossen gegen die Erkrankung ankämpfen	2,42 (1,49)	2,64 (1,45)	2,16 (1,52)
Sich damit trösten, dass es andere noch schlimmer getroffen hat	2,23 (1,27)	2,11 (1,20)	2,36 (1,35)
Versuch, Ablenkung zu finden	2,02 (1,43)	2,21 (1,29)	1,80 (1,58)
Aktive Anstrengung zur Lösung der Probleme	1,83 (1,41)	2,11 (1,34)	1,52 (1,45)
Informationen über Erkrankung und Behandlung suchen	1,79 (1,36)	2,07 (1,33)	1,48 (1,36)
Gefühle unterdrücken und Selbstbeherrschung	1,70 (1,31)	1,68 (1,39)	1,72 (1,24)
Schicksalsergebenheit	1,34 (1,34)	1,43 (1,37)	1,24 (1,33)
Hilfe anderer in Anspruch nehmen	1,09 (1,06)	1,04 (1,04)	1,16 (1,11)
Nicht-wahrhaben-Wollen	1,02 (1,12)	1,04 (1,10)	1,00 (1,15)
Wunschdenken und Tagträume	0,87 (1,18)	0,82 (1,02)	0,92 (1,35)
Besserung der Stimmung durch Alkohol	0,40 (0,77)	0,46 (0,79)	0,32 (0,75)

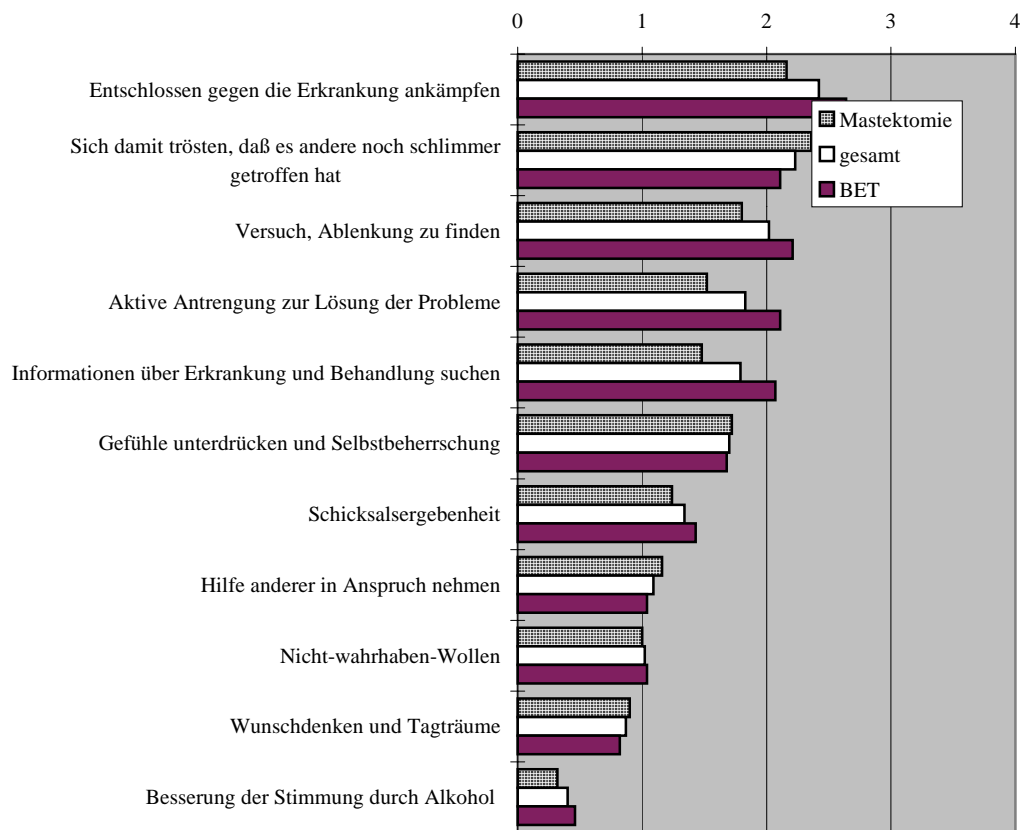


Abbildung 8: Krankheitsverarbeitung bei Patientinnen mit bösartiger Brustkrankung in der Reihenfolge der Intensität ihrer Inanspruchnahme nach Punktescore-Mittelwerten (n=53)

Vergleich der Anwendungsintensität der Krankheitsverarbeitungsstrategien bei brusterhaltend operierten und mastektomierten Patientinnen

Im statistischen Vergleich der Strategien zur Krankheitsverarbeitung bei brusterhaltend operierten und mastektomierten Patientinnen war bei keinem der Items ein statistischer Unterschied festzustellen. Eine genaue Verteilung der Intensität der Krankheitsverarbeitungsstrategien in diesen beiden Gruppen ist in den Tabellen 54-64 dargestellt.

Tabelle 54: Informationen über Erkrankung und Behandlung suchen (n=53, p=0,72)

	BET (n=28)	Mastektomie (n=25)	Σ (n=53)
Nicht	4 (14%)	8 (32%)	12 (23%)
Wenig	5 (18%)	5 (20%)	10 (19%)
Mittel	10 (36%)	7 (28%)	17 (32%)
Stark	3 (11%)	2 (8%)	5 (9%)
Sehr stark	6 (21%)	3 (12%)	9 (17%)

BET = Brusterhaltende Therapie

Tabelle 55: Nicht-wahrhaben-Wollen (n=53, p=0,80)

	BET (n=28)	Mastektomie (n=25)	Σ (n=53)
Nicht	12 (43%)	11 (44%)	23 (43%)
Wenig	6 (21%)	7 (28%)	13 (25%)
Mittel	8 (29%)	4 (16%)	12 (21%)
Stark	1 (4%)	2 (8%)	3 (6%)
Sehr stark	1 (4%)	1 (4%)	2 (4%)

Tabelle 56: Wunschdenken und Tagträume (n=53, p=0,36)

	BET (n=28)	Mastektomie (n=25)	Σ (n=53)
Nicht	14 (50%)	15 (60%)	29 (55%)
Wenig	8 (29%)	3 (12%)	11 (21%)
Mittel	3 (11%)	3 (12%)	6 (11%)
Stark	3 (11%)	2 (8%)	5 (9%)
Sehr stark		2 (8%)	2 (4%)

Tabelle 57: Aktive Anstrengung zur Lösung der Probleme (n=53, p=0,40)

	BET (n=28)	Mastektomie (n=25)	Σ (n=53)
Nicht	4 (14%)	9 (36%)	13 (25%)
Wenig	5 (18%)	4 (16%)	9 (17%)
Mittel	9 (32%)	5 (20%)	14 (26%)
Stark	4 (14%)	4 (16%)	8 (15%)
sehr stark	6 (21%)	3 (12%)	9 (17%)

Tabelle 58: Gefühle unterdrücken und Selbstbeherrschung (n=53, p=0,44)

	BET (n=28)	Mastektomie (n=25)	Σ (n=53)
Nicht	8 (29%)	6 (24%)	14 (26%)
Wenig	4 (14%)	4 (16%)	8 (15%)
Mittel	9 (32%)	7 (28%)	16 (30%)
Stark	3 (10%)	7 (28%)	10 (19%)
Sehr stark	4 (14%)	1 (4%)	5 (9%)

Tabelle 59: Entschlossen gegen die Krankheit ankämpfen (n=53, p=0,78)

	BET (n=28)	Mastektomie (n=25)	Σ (n=53)
Nicht	4 (14%)	6 (24%)	10 (19%)
Wenig	2 (7%)	2 (8%)	4 (7%)
Mittel	5 (18%)	5 (20%)	10 (19%)
Stark	6 (21%)	6 (24%)	12 (23%)
sehr stark	11 (39%)	6 (24%)	17 (32%)

Tabelle 60: Besserung der Stimmung durch Alkohol oder Beruhigungsmittel (n=53, p=0,75)

	BET (n=28)	Mastektomie (n=25)	Σ (n=53)
Nicht	19 (68%)	20 (80%)	39 (74%)
Wenig	6 (21%)	3 (12%)	9 (17%)
Mittel	2 (7%)	1 (4%)	3 (6%)
Stark	1 (4%)	1 (4%)	2 (4%)

Tabelle 62: sich damit zu trösten, dass es andere noch schlimmer getroffen hat (n=53, p=0,45)

	BET (n=28)	Mastektomie (n=25)	Σ (n=53)
Nicht	3 (11%)	4 (16%)	7 (13%)
Wenig	5 (18%)	2 (8%)	7 (13%)
Mittel	10 (36%)	5 (20%)	15 (28%)
Stark	6 (21%)	9 (36%)	15 (28%)
Sehr stark	4 (14%)	5 (20%)	9 (17%)

Tabelle 61: Versuch, Ablenkung zu finden (n=53, p=0,32)

	BET (n=28)	Mastektomie (n=25)	Σ (n=53)
Nicht	4 (14%)	8 (32%)	12 (23%)
Wenig	3 (11%)	4 (16%)	7 (13%)
Mittel	9 (32%)	3 (12%)	12 (23%)
Stark	7 (25%)	5 (20%)	12 (23%)
Sehr stark	5 (18%)	5 (20%)	10 (19%)

Tabelle 63: Hilfe anderer in Anspruch nehmen (n=53, p=0,88)

	BET (n=28)	Mastektomie (n=25)	Σ (n=53)
Nicht	10 (36%)	9 (36%)	19 (36%)
Wenig	10 (36%)	6 (24%)	16 (30%)
Mittel	6 (20%)	8 (32%)	14 (26%)
Stark	1 (4%)	1 (4%)	2 (4%)
Sehr stark	1 (4%)	1 (4%)	2 (4%)

Tabelle 64: Schicksalsergebenheit (n=53, p=0,68)

	BET (n=28)	Mastektomie (n=25)	Σ (n=53)
Nicht	10 (36%)	11 (44%)	21 (40%)
Wenig	5 (18%)	4 (16%)	9 (17%)
Mittel	7 (25%)	4 (16%)	11 (21%)
Stark	3 (11%)	5 (20%)	8 (15%)
Sehr stark	3 (11%)	1 (4%)	4 (8%)

Korrelationsanalyse des Bewältigungsverhalten mit dem BL- und dem FLZ-Summenscore

Der Frage, ob verschiedene Bewältigungsformen Einfluss auf die Lebensqualität haben, wurde in einer Korrelationsanalyse mit den Summenscores der „Beschwerdenliste“ (BL-Summenscore) und den „Fragen zur Lebenszufriedenheit“ (FLZ-Summenscore) nachgegangen (Tabelle 65).

Hierbei zeigten sich signifikant mehr psychosomatische Beschwerden (= höherer BL-Summenscore) bei Patientinnen, welche die Bewältigungsformen „Versuch, Ablenkung zu finden“, „Wunschdenken und Tagträumen“, „Besserung der Stimmung durch Alkohol“ in größerem Maße anwandten. Weniger Beschwerden wurden in Verbindung mit der Bewältigungsform „Aktive Anstrengung zur Lösung der Probleme“ beobachtet.

Eine signifikante Korrelation von Bewältigungsverhalten und Lebenszufriedenheit (FLZ-Summenscore) konnte nur bei „Wunschdenken und Tagträumen“ und „Besserung der Stimmung durch Alkohol“ errechnet werden.

Tabelle 65: Korrelationsanalyse des Bewältigungsverhaltens mit dem Summenscore der „Beschwerdenliste“ (BL-Summenscore) und den „Fragen zur Lebenszufriedenheit“ (FLZ-Summenscore)

	BL-Summenscore	FLZ-Summenscore
Entschlossen gegen die Erkrankung ankämpfen	rho = 0,23 p = 0,14	rho = 0,12 p = 0,50
Sich damit trösten, dass es andere noch schlimmer getroffen hat	rho = 0,75 p = 0,73	rho = 0,75 p = 0,72
Versuch, Ablenkung zu finden	rho = 0,39 p = 0,005*	rho = 0,24 p = 0,11
Aktive Anstrengung zur Lösung der Probleme	rho = -0,29 p = 0,04*	rho = 0,18 p = 0,26
Informationen über Erkrankung und Behandlung suchen	rho = 0,13 p = 0,46	rho = - 0,07 p = 0,44
Gefühle unterdrücken und Selbstbeherrschung	rho = 0,19 p = 0,24	rho = 0,11 p = 0,54
Schicksalsergebenheit	rho = - 0,06 p = 0,44	rho = - 0,06 p = 0,44
Hilfe anderer in Anspruch nehmen	rho = 0,15 p = 0,42	rho = 0,15 p = 0,42
Nicht-wahrhaben-Wollen	rho = 0,25 p = 0,14	rho = 0,36 p = 0,89
Wunschdenken und Tagträume	rho = 0,55 p = 0,0003*	rho = - 0,27 p = 0,005*
Besserung der Stimmung durch Alkohol	rho = 0,45 p = 0,018*	rho = - 0,17 p = 0,0006*

Zusammenhang zwischen Alter, Schulbildung und Bewältigungsverhalten

Möglichen Zusammenhängen zwischen Bewältigungsverhalten und Alter bzw. Schulbildung wurde in einer weiteren Korrelationsanalyse nachgegangen.

Die Bewältigungsstrategien „Sich trösten, dass es andere noch schlimmer getroffen hat“ und „Schicksalsergebenheit“ nahmen dabei signifikant mit steigendem Alter zu.

Mit höherer Schulbildung kommt der Bewältigungsstrategie „Aktive Anstrengung zur Lösung der Probleme“ signifikant mehr Bedeutung zu, während die „Besserung der Stimmung durch Alkohol“ stärker bei Patientinnen mit geringerer Schulbildung anzutreffen ist.

Tendenziell hatte auch die Bewältigungsform „Entschlossen gegen die Erkrankung anzukämpfen“ mit einer höheren Schulbildung mehr Bedeutung. Die Korrelationen mit den anderen Bewältigungsstrategien erreichten keine statistische Signifikanz (vgl. Tabelle 66).

Tabelle 66: Korrelationsanalyse von Alter und Schulbildung mit dem Bewältigungsverhalten

	Alter	Schulbildung
Entschlossen gegen die Erkrankung ankämpfen	rho = 0,007 p = 0,13	rho = 0,23 p = 0,09
Sich damit trösten, dass es andere noch schlimmer getroffen hat	rho = 0,39 p = 0,002*	rho = -0,01 p = 0,92
Versuch, Ablenkung zu finden	rho = 0,21 p = 0,13	rho = 0,17 p = 0,20
Aktive Anstrengung zur Lösung der Probleme	rho = 0,89 p = 0,63	rho = 0,27 p = 0,04*
Informationen über Erkrankung und Behandlung suchen	rho = 0,96 p = 0,60	rho = 0,20 p = 0,14
Gefühle unterdrücken und Selbstbeherrschung	rho = 0,22 p = 0,12	rho = -0,02 p = 0,66
Schicksalsergebenheit	rho = 0,35 p = 0,01*	rho = 0,14 p = 0,50
Hilfe anderer in Anspruch nehmen	rho = 0,042 p = 0,85	rho = 0,16 p = 0,25
Nicht-wahrhaben-Wollen	rho = 0,31 p = 0,54	rho = 0,07 p = 0,62
Wunschdenken und Tagträume	rho = 0,89 p = 0,36	rho = 0,09 p = 0,47
Besserung der Stimmung durch Alkohol	rho = 0,27 p = 0,71	rho = -0,28 p = 0,04*

5 Diskussion

Eine ganzheitliche Patienten-Betreuung erfährt gerade im Zuge einer sich rasch entwickelnden technologischen Perfektion medizinischer Diagnostik und neuer operativer Eingriffsmöglichkeiten zunehmende Bedeutung. Gerade bei der Therapie bösartiger Erkrankungen wird der Befindlichkeit der Patienten als einem wichtigen Entscheidungskriterium z. B. bei der Wahl des operativen Vorgehens immer mehr Platz eingeräumt. Stehen alternative Methoden mit ähnlichen Überlebenszahlen zur Verfügung, sollte die Qualität des Lebens den Ausschlag geben. Darüber hinaus werden die Patienten immer mehr in die Entscheidung zur Wahl eines Therapieverfahrens miteinbezogen.

Die brusterhaltende Therapie des Mammakarzinoms hat sich bei Beachtung der Indikationen und Kontraindikationen als onkologisch gleichwertig zur Mastektomie gezeigt. Der Anspruch auf ein optimales kosmetisches Behandlungsergebnis stellt an die behandelnden Ärzte oft hohe Anforderungen. Insbesondere bei ungünstiger Relation von Tumor- zu Brustgröße ergeben sich häufig kosmetisch unbefriedigende Ergebnisse. Hier kann eine Konturrekonstruktion der Brust mit subkutanen Drüsenkörperrotationslappen die Indikation zur brusterhaltenden Therapie (BET) auch bei großen Tumoren erweitern, allerdings erfordert diese Technik einen höheren operativen Aufwand.

Die vorliegende Arbeit versucht, unterschiedliche operative Verfahren in der Therapie maligner Brusterkrankungen hinsichtlich psychoemotionaler und psychosozialer Aspekte, Lebensqualität und Krankheitsbewältigung zu bewerten, wobei insbesondere der Stellenwert der neu eingeführten Konturrekonstruktion der Brust mit subkutanen Drüsenkörperrotationslappen untersucht wird. Als Vergleichsgruppe werden Patientinnen mit benignen Brusterkrankungen mit und ohne Rekonstruktion des Drüsenkörpers herangezogen.

Hier soll besonders auf die subjektive Zielsetzung der Patientinnen selbst und deren Befindlichkeit eingegangen werden. Für die Befindlichkeit stellt die subjektive Sicht in weiten Bereichen die einzig valide Informationsquelle dar (Küchler 1991). Unter methodischen Gesichtspunkten liegt somit die Erhebung in Form eines Interviews nahe.

Definition und Operationalisierung des Begriffes „Lebensqualität“ als multidimensionalem Konstrukt bereiten oft Schwierigkeiten, insbesondere hinsichtlich der Vergleichbarkeit einzelner Studien (De Haes 1985, Aaronson 1988, Schwarz 1990, Ganz 1994, Fallowfield 1995). Bullinger und Pöppel (1988) fordern den Einschluss von körperlicher Verfassung, psychischem Befinden, Funktions- und Leistungsfähigkeit in verschiedenen Lebensbereichen, sowie der Güte der Sozialbeziehungen und die Effektivität von

Krankheitsverarbeitung. Dieser komplexe Ansatz erklärt die Problematik einer quantitativen Messung der Lebensqualität.

Die in der vorliegenden Untersuchung aufgenommenen Fragebögen zur Erfassung der Lebensqualität („Fragen zur Lebenszufriedenheit“ FLZ und „Beschwerdenliste“ BL) können als gut erprobt gelten und entsprechen den psychometrischen Anforderungen wie Validität und Reliabilität (Zerssen 1975, Baumann 1980, Koloska 1989, Herschbach 1992), und es liegen auch aussagefähige Vergleichsdaten von Kontrollgruppen vor (Roder 1990, Prohaska 1995). Herschbach und Henrich verwenden den Begriff „Lebenszufriedenheit“ und betonen hierbei die subjektive Komponente der Lebensqualität (Henrich 1992). Durch die subjektive Bewertung somatischer, sozialer und psychischer Aspekte der Lebenssituation trifft dieser Lebensqualitäts-Index von Herschbach und Henrich eine relativ breit gefächerte Aussage zur Lebenszufriedenheit. Durch die Kombination von zwei Einzelwerten, der „subjektiven Wichtigkeit“ und der „subjektiven Zufriedenheit“, zu einem Summenwert, wird diesem auch eine qualitative Aussagekraft verliehen. Dies entspricht besonders dem Bewertungsprozess, den Krebskranke in der Regel in Bezug auf ihr Leben vornehmen. Die Fragen sind daher zur Anwendung bei Krebskranken geeigneter als andere zur Messung der Lebensqualität eingesetzten Verfahren (Herschbach 1992, Henrich 1992).

Für die übrigen Fragen zu psychoemotionalen und psychosozialen Aspekten und zur Krankheitsbewältigung kann die sogenannte „Augenscheinvalidität“ gelten, d.h. es wird postuliert, dass die erfragten Punkte inhaltlich-logisch durch die gewählten Items repräsentiert werden.

Es ist bekannt, dass Patienten-Selbstauskünfte deutliche Abweichungen von der Realität aufweisen können. Dies liegt häufig daran, dass die Patienten darum bemüht sind, das Verhältnis zu den Ärzten nicht durch negative Äußerungen zu belasten (Schnürich 1988). In diesem Zusammenhang ist aber auch eine Veröffentlichung von Sjögren (1989) erwähnenswert, der eine Tendenz beschreibt, negative Gefühle oder Antworten in Fragebogen zu verschweigen, im Gespräch aber anzugeben. In einigen Arbeiten fällt zudem eine Diskrepanz der Bewertung kosmetischer Ergebnisse bei Patientinnen und Untersuchern auf. Patientinnen sind auch mit Resultaten zufrieden, die von Chirurgen als schlecht eingestuft werden, was als eine weitere Bestätigung der Bedeutung der subjektiven Sicht der Patientinnen herangezogen werden kann (Romsdahl 1983, Bartelink 1985, Engel 1988, Holmberg 1988).

In unserem Interview wurde den Befragten Anonymität versichert und darauf geachtet, dass der Interviewer als von den behandelnden Ärzten unabhängig wahrgenommen wurde. Damit wurde versucht, vermeintlich sozial erwünschte Antworten zu vermeiden.

Durch den retrospektiven Ansatz können einzelne Aspekte nur eingeschränkt verwertet werden, denn es besteht grundsätzlich die Möglichkeit, dass Daten durch Erinnerung verfälscht werden. Maguire (1980) hat darauf hingewiesen, dass andererseits gerade retrospektive Untersuchungen in der Lage sind, in bezug auf die Bewältigungsqualität Hypothesen zu generieren.

Der Zweck der statistischen Signifikanzprüfung in der vorliegenden Arbeit ist aufgrund der Fallzahlen eher in der Gewichtung der Ergebnisse als im Nachweis ihrer Generalisierbarkeit zu sehen.

Die Beteiligung an der Befragung war bei Patientinnen mit malignen Brustkrankungen (52%) höher als bei Patientinnen mit benignen (17%) (vgl. Tab. 2). Das kann zum einen dadurch erklärt werden, dass im allgemeinen versucht wurde, die Befragung im Rahmen der Nachsorge durchzuführen, an der die Patientinnen mit benignen Brustkrankungen nicht teilnehmen, zum anderen durch die geringe psychische Belastung dieser Patientinnen und durch das damit verbundene Desinteresse an einer psychologischen Befragung. Eine Beteiligung von insgesamt 35% der Patientinnen der Ausgangsstichprobe darf für eine vergleichsweise umfangreiche psychologische Untersuchung als gut angesehen werden (vgl. 4.1).

Das Antwortverhalten der nicht befragten Patientinnen kann durchaus von den in der vorliegenden Arbeit befragten differieren, möglicherweise haben insbesondere die unzufriedenen Patientinnen die Befragung abgelehnt, eine Allgemeingültigkeit der vorliegenden Befragung kann deshalb nicht postuliert werden.

Hinsichtlich der onkologischen Daten ergeben sich zum Befragungszeitpunkt keine signifikanten Unterschiede zwischen den Gruppen mit Malignomen und unterschiedlicher Therapieform, somit sind die Gruppen untereinander vergleichbar. Primär lag keine Metastasierung vor und alle befragten Patientinnen befanden sich in Vollremission (vgl. Tab. 4). Erwähnenswert ist eine Tendenz zu größeren Tumoren in der Gruppe der Patientinnen mit Konturrekonstruktion mittels Drüsenkörperrotationsplastik (vgl. 4.3).

Die Befragung fand etwa ein Jahr ($13,8 \pm 2,5$ Monate) nach der Operation statt. Durch diese zeitliche Distanz erhalten Beschwerden in Zusammenhang mit der Erkrankung und Therapie eine andere Wertung als in der Akutphase (Baider 1984, Buddeberg 1985), im

allgemeinen kann man davon ausgehen, dass psychologische Probleme in Verbindung mit einer Brustkrebserkrankung im Laufe der Zeit abnehmen (DeHaes 1986, Wolberg 1989).

In der vorliegenden Studie ist die Altersverteilung der gebildeten Gruppen mit bösartigen Brusterkrankungen untereinander vergleichbar (vgl. 4.5), was von Bedeutung bei der Wertung einzelner Punkte z.B. Sexualfunktion, Beschwerden und Lebensqualität ist. Hingegen ist das Kollektiv der Patientinnen mit gutartigen Brusterkrankungen signifikant jünger, wobei dies auf die größere Häufigkeit benigner Erkrankungen der Brust in jungen Jahren zurückzuführen ist.

Die Morbidität in den Monaten vor und nach der Operation ist in den einzelnen Gruppen nicht unterschiedlich und insgesamt gering (vgl. Tab. 6,7).

Überraschend ist die hohe Zahl der Patientinnen mit bösartigen Brusterkrankungen (51%), die im letzten Vierteljahr vor der Befragung neben der noch durchgeführten adjuvanten bzw. Tumor-Therapie allgemeine medizinische Behandlung gesucht hat. Dies kann Ausdruck einer erhöhten Komorbidität dieser Patientinnengruppe bei einem Durchschnittsalter von 51 Jahren sein, hierfür spricht auch der deutliche Bedarf an Medikamenten (vgl. Tab. 9), wobei die regelmäßige Einnahme von Schmerz-, Schlaf- und Beruhigungsmitteln nur wenige Patientinnen betrifft. Trotz der geringen Patientinnenzahlen ist es interessant, dass sich für Patientinnen, die regelmäßig Beruhigungsmittel einnehmen, eine signifikant höhere Beschwerdesymptomatik und eine reduzierte Lebenszufriedenheit errechnen lässt (Tab. 30,34), ohne letztlich Aussagen über die Richtung der Kausalität treffen zu können.

Alternative medizinische Methoden werden von 17% der befragten Patientinnen ohne Unterschiede hinsichtlich der Therapieform in Anspruch genommen (vgl. Tab. 8). Dies ist eine im Vergleich zu anderen Untersuchungen bei Krebskranken, welche die Anwendung alternativer Verfahren um die 50% ansetzen (Cassileth 1984), eine deutlich geringere Zahl. Patienten, die sich alternativen Heilverfahren zuwenden, tun dies oft aus Enttäuschung der konventionellen Therapie gegenüber und entfremden sich damit der üblichen medizinischen Therapie (Cassileth 1984). Somit spiegelt das Ergebnis in diesem Bereich möglicherweise ebenfalls eine hohe Zufriedenheit der von uns befragten Patientinnen mit der konventionellen Therapie wider.

Therapieaspekte

Bei dem ausschlaggebenden Grund zur Wahl des Therapieverfahrens fällt ein deutlicher Unterschied zwischen brusterhaltend operierten und mastektomierten Patientinnen auf (vgl. Tab. 10). Bei den mastektomierten Patientinnen steht der Vorschlag der Ärzte bei den Antwortmöglichkeiten zur Wahl des Therapieverfahrens an erster Stelle, während die brusterhaltend operierten Patientinnen dem eigenen Wunsch mehr Raum zusprechen. Dies dürfte in den meisten Fällen auf der Tatsache beruhen, dass aus onkologischen Gründen keine Wahlmöglichkeit bestand, sei es durch die Tumorgröße oder durch die Tumorart mit hohem Lokalrezidivrisiko (multizentrisches Karzinom, Carcinoma in situ).

In unserem Kollektiv hatten die unterschiedlichen Therapieverfahren keine Auswirkungen auf die Zufriedenheit der Patientinnen oder deren Lebenszufriedenheit (vgl. Tab. 16,26), dies deutet auf eine hohe Akzeptanz des Therapieverfahrens hin, auch wenn die Wahlmöglichkeit nicht uneingeschränkt war. Zu den gleichen Ergebnissen kommt Hughes (1993), die bezüglich der emotionalen Reaktionen auf die Krebserkrankung keine Unterschiede zwischen den Patientinnen fand, die eine freie Wahl hatten, und die Patientinnen im Diagnosestadium stärker durch die damit verbundene Unsicherheit belastet sah.

Die Erwartungen an die brusterhaltende Therapie hinsichtlich Kosmetik und psychoemotionaler Aspekte (Selbstwertgefühl, Vollwertigkeitsgefühl, Erhalt bzw. Verbesserung der sexuellen und Partnerbeziehung) werden retrospektiv als hoch angesetzt. Hinsichtlich der allermeisten Aspekte sind die Erwartungen erfüllt oder gar übertroffen worden (vgl. Abb. 2,11). Das hohe Rating der Patientinnen bei den einzelnen Aspekten kann gleichzeitig als ein Zeichen hoher Zufriedenheit gewertet werden. Insbesondere die Patientinnen, bei denen eine Konturrekonstruktion mit Drüsenkörperrotationsplastik durchgeführt worden war, bei denen erschwerend eine ungünstige Relation von Tumor- zu Brustgröße bestanden hatte, nehmen hier ein höheres Rating vor, wobei sich hierbei für mehrere Aspekte signifikante Unterschiede finden. Dies kann daran liegen, dass diese Frauen aufgrund des großen Defekts in Relation zur Brustgröße mit einem schlechteren kosmetischen Ergebnis der Operation hatten rechnen müssen und durch das Ergebnis positiv überrascht waren. Dies unterstreicht die Bedeutung der Brustrekonstruktion mittels subkutaner Drüsenkörper-Rotationslappen, da schlechte kosmetische Ergebnisse vermieden werden können.

Im Vergleich zwischen operierter und gesunder Brust bemerkt nur etwa ein Drittel der befragten Patientinnen negative Auswirkungen durch die Therapie, die in diesen Fällen wohl aufgrund der durch Operation und der Radiatio bedingter Volumendifferenz oder einer asymmetrischen Mamillenposition bestehen (vgl. Tab. 17).

Konsistenz, Weichheit und die Berührungsempfindlichkeit der Brust sowie die Hautfarbe sind die Parameter, die neben der Operation auch durch unerwünschte strahlentherapeutische Wirkungen modifiziert werden, wodurch Hyperpigmentierungen, Teleangiektasien, Fibrosierung und Schrumpfung des Brustdrüsenkörpers bzw. nach Ablatio der Haut und Thoraxwand mit Verziehung entstehen können (Beadle 1984, Schafmayer 1989, Rochefordière 1992). Diese Parameter sind bei Patientinnen mit gutartigen Brusterkrankungen mit vergleichbaren Operationstechniken seltener verändert, was einen Einfluss der Radiatio wahrscheinlich macht (vgl. Tab. 17).

Schönheit, Größe und Form sind direkte Parameter für das kosmetische Ergebnis, das entscheidend durch das Verhältnis Brust- zu Resektatgröße bestimmt wird. Erwartungsgemäß finden sich in der Gruppe mit Konturrekonstruktion durch Drüsenkörperrotationslappen und tendenziell größeren Tumoren (vgl. 4.3) bei den entsprechenden Items tendenziell größere Unterschiede zwischen der operierten und der gesunden Brust als in der Gruppe ohne Konturrekonstruktion. Dies ist als operationsimmanentes Problem anzusprechen, da bei der Brustrekonstruktion weite Flächen subkutan unterminiert werden müssen, aber insbesondere bei ungünstiger Relation zwischen Exzidat- und Brustvolumen häufig eine Mastektomie vermieden werden kann.

Die Veränderungen im Bereich der behandelten Brust bestimmen in ihrer Gesamtheit den Unterschied zur nicht behandelten Seite, zudem geht auch noch die individuelle Beschaffenheit der gesunden Brust, z.B. die Ptosis im Alter, mit ein. Das wird der Grund sein, weshalb einigen Patientinnen hinsichtlich Schönheit, Größe und Form die operierte Brust besser gefällt. In diesem Zusammenhang kann man auch der von diesen Patientinnen geäußerte Wunsch verstehen, die gesunde Brust straffen und der operierten angleichen zu lassen (vgl. 4.7.5).

Häufige Probleme für brustoperierte Patientinnen stellen Situationen wie das Liegen auf dem Bauch, Tragen bestimmter Kleidung und das Anlegen des Sicherheitsgurtes dar. Über zwei Drittel unserer Patientinnen kommen hier gut zurecht, wobei Patientinnen mit bösartigen Brusterkrankungen tendenziell häufiger über derartige somatische Probleme klagen (Tab. 18). Als Ursachen hierfür sind neben der Tumorexstirpation in diesem Zusammenhang die Lymphknotenresektion und die Folgen der Bestrahlung zu nennen.

Während in anderen Untersuchungen bei bis zu 80% der brustoperierten Patientinnen ein Jahr nach der Operation eine eingeschränkte Armbeweglichkeit und ein Wundheitsgefühl bzw. Schmerzen in der betroffenen Brust gefunden werden (Schain 1983, Engel 1988),

sind die Nennungen bei den von uns befragten Patientinnen deutlich geringer, was auf eine bereits optimierte Operations- und Bestrahlungstechnik hinweist.

Psychosoziale Hilfeleistungen

In der vorliegenden Befragung fühlen sich über ein Drittel der Patientinnen hinsichtlich der Erkrankung nur ausreichend bis gar nicht informiert (vgl. Tab. 20). Entsprechend wird der Wunsch nach gezielterer Information über die Behandlungsmöglichkeiten und ihre Folgen von 68% aller Patientinnen für erforderlich gehalten. Dieser Wunsch besteht bei allen Patientinnen, ohne Unterschiede in bezug auf die jeweilige Diagnose- oder Therapiegruppe (Tab. 21).

Neben einem offensichtlichen Kommunikationsdefizit reflektiert dieses Ergebnis auch ein häufiges Dilemma der Patientinnen. Gerade die Diagnose einer Krebserkrankung ist für die Patientinnen zumeist ein Schock, und die Patientinnen geraten nicht selten in eine katastrophale Stimmung. Daraus entsteht häufig Panik, Misstrauen und Angst, auch setzt Verleugnung ein. Die Patientinnen sind oftmals regelrecht verwirrt durch die große Flut an neuer Information über eine Reihe unbekannter und Furcht einflößender Themen (Sinsheimer 1987). Dabei sind Krebspatienten vor allem mit zwei Unsicherheiten konfrontiert: einerseits mit dem Problembereich, der mit dem Wissen, an einer lebensbedrohlichen Erkrankung zu leiden, verbunden ist und andererseits mit Problemen, die in Zusammenhang mit Nebenwirkungen der Behandlung stehen (Hietanen 1996). Auch Cassileth (1980) betonte das ausgeprägte Informations- und Aufklärungsbedürfnis von Krebspatienten und die mangelnde Zufriedenheit mit dem kommunikativen Verhalten von Ärzten. Die Kommunikation ist als ein komplexer Interaktionsprozess über einen längeren Zeitraum zu sehen und soll nicht auf ein einmaliges Ereignis beschränkt sein (Beutel 1988). Um dem Informationsbedarf gerecht zu werden, bedarf es demnach einer Aufklärung des Arztes als Prozess wiederholter Gespräche. Die positiven Wirkungen einer ausreichenden und adäquaten Aufklärung sind vielfältig. So entwickeln Kranke, die das Gefühl haben, ausreichend von ihren Ärzten aufgeklärt worden zu sein, im Verlauf der Erkrankung und danach weniger Depressionen, klagen über weniger Schmerzen und entwickeln kaum zusätzliche Erkrankungen (Sellschopp 1992) und sind auch weniger ängstlich (Fallowfield 1987).

Auch wenn die von uns befragten Patientinnen möglicherweise vieles an übermittelter Information verdrängt haben, machen die genannten Zahlen deutlich, dass eine verstärkte Beachtung dieser Problematik sinnvoll und lohnend wäre. Da Patienten oft zu wenig aktiv fragen, scheint es sinnvoll für die betreuenden Ärzte, sie mehr zu Fragen zu motivieren und ihnen die entsprechende Offenheit entgegen zu bringen.

Nachdenklich stimmt auch das Ergebnis der Antworten auf die Frage nach Information über die Möglichkeiten zum plastischen Wiederaufbau bei mastektomierten Patientinnen (vgl. 4.7.6). Hier fühlt sich nur ein Drittel der 25 Patientinnen gut informiert. Entsprechend ist die Zahl der durchgeführten Aufbauplastiken bei den von uns befragten Patientinnen gering und nur drei Patientinnen haben von einer solchen Möglichkeit Gebrauch gemacht. Zieht man in Betracht, dass in der Literatur die Wiederaufbauplastik mit verbessertem sozialen, sexuellen und psychologischen Wohlbefinden assoziiert ist (Sinsheimer 1987, Rowland 1993), kann hier ebenfalls durch mehr Information eine Verbesserung der Patientinnenbetreuung erwartet werden.

Die Notwendigkeit, über die ärztliche Aufklärung hinaus psychosoziale Hilfeleistungen (Einzelgespräche, Patientengruppen mit und ohne Leitung und Unterstützung bei Umschulung und Rentenfragen) in Anspruch zu nehmen, ist bei Patientinnen mit gutartigen Brusterkrankungen erwartungsgemäß niedrig. Dies deckt sich mit der geringen Belastung, die durch die Dignität der Erkrankung erklärt werden kann (vgl. Tab. 22-25).

Patientinnen mit bösartigen Brusterkrankungen benötigen dagegen signifikant vermehrt Unterstützung in diesen Bereichen. Die Hälfte der Befragten wünschte sich mehr Unterstützung in Form von Einzelgesprächen mit einem Arzt, Psychologen oder Psychotherapeuten. Verglichen mit dem Bedürfnis nach Information ist das eine geringere Anzahl an Patientinnen, was mit dem Angebot der Klinik zusammenhängen dürfte, Gespräche mit speziell geschulten Psychologen führen zu können. Noch geringer ist der zusätzliche Bedarf an Patientinnengruppen mit oder ohne Leitung. Hieraus kann man folgern, dass die Besprechung seelischer Probleme in Einzelsitzungen mit einem Therapeuten die Erwartungen der Patientinnen weitgehend auffängt. Geleitete Gruppen haben nachgewiesenermaßen einen positiven Einfluss auf Stimmung, Adaptation und Schmerzen (Spiegel 1983) und können die Überlebenszeiten signifikant verlängern, wie die gleiche Arbeitsgruppe um Spiegel in einer Langzeit-Follow-up-Studie bei 86 Patientinnen mit metastasierendem Mammakarzinom zeigen konnte (Spiegel 1989). Dem steht gegenüber, wie Heesen und Kolecki (1982) berichten, dass Selbsthilfegruppen oft gemieden werden, da es möglich ist, dass Patientinnen von Mitpatientinnen in einem fortgeschrittenen Krankheitsstadium und durch unqualifizierte Gespräche und Äußerungen verunsichert werden. Woods et al (1978) betonen in einem ähnlichen Zusammenhang, dass gerade psychisch besonders belastete Frauen die Angebote nicht akzeptieren. Hier könnte es sein, dass in der vorliegenden Studie sich die betreffenden Patientinnen, die von den Angeboten der Klinik enttäuscht waren, gar nicht zu einem Interview gekommen sind.

Stärkere Unterstützung im psychosozialen Bereich hinsichtlich Arbeitsplatzwechsel, Rentenfragen, Umschulung werden in der vorliegenden Arbeit von etwa der Hälfte aller berufstätigen Patientinnen für erforderlich gehalten (vgl. Tab. 23). Auch Muthny (1984) bemerkt bei einer vergleichende Studie zwischen Dialyse- und Brustkrebspatientinnen, dass Brustkrebs-Patientinnen häufiger Wünsche an eine verbesserte psychosoziale Versorgung äußern, wobei eine individuelle Rentenberatung in immerhin 56% der Fälle gewünscht wurde. In diesem Bereich könnte folglich durch eine intensivere Einbeziehung des Sozialdienstes Verbesserungen in der Patientinnenbetreuung erzielt werden.

Lebenszufriedenheit

Zunächst überrascht es, dass kein signifikanter Unterschied in der Lebenszufriedenheit sowohl zwischen den einzelnen Dignitäts- als auch Therapiegruppen besteht, ja die Lebenszufriedenheit mit dem Kollektiv der Normalbevölkerung vergleichbar ist. Zu einem ähnlichen Ergebnis kommen auch Roder et al (1990), die anhand des gleichen Fragebogens eine Befragung an 80 Patienten nach Ösophagektomie bei Ösophaguskarzinom durchgeführt hatten (vgl. Abb. 3).

Auch Hughes et al (1993) und Ganz et al (1992) berichten, bei einem Vergleich mastektomierter und brusterhaltend operierter Mammakarzinompatientinnen keinen Unterschied hinsichtlich der Lebensqualität gefunden zu haben. Ferrans konnte ebenfalls zeigen, dass die Lebensqualität von Mammakarzinompatientinnen in Remission nicht verschieden war von der weiblichen Normalbevölkerung (Ferrans 1990). Hierzu ist nochmals erwähnenswert, dass sich die von uns befragten Patientinnen zum Befragungszeitpunkt in Remission befanden und primär keine fortgeschrittenen Tumorstadien aufwiesen. Auch Ziegler (1984) kam in einer Untersuchung mit Mammakarzinom-Patientinnen in unterschiedlichen Stadien zu dem Schluss, dass der Einfluss des Krankheitsstadiums auf das Befinden offensichtlich gering ist, solange die Krankheit nicht terminal ist. Als Erklärung kann gelten, dass die Patientinnen sich glücklich schätzen, dass die Krebserkrankung in einem frühen und somit möglicherweise noch heilbaren Stadium der Erkrankung entdeckt und behandelt wurde. Auch Schnürich (1988) kommt zu dem Schluss, dass Leiden, Schmerzen und Einschränkungen der Lebensqualität bei Krebspatienten nicht in jeder Hinsicht negativ zu werten sind und dass die Kranken noch zu einer positiven Gesamtbeurteilung der Lebenssituation kommen können. Dies liegt möglicherweise daran, dass die Krebspatientinnen sich nicht durch kleiner alltägliche Probleme verunsichern lassen, andere Prioritäten setzen und Familie, Freundeskreis und Arbeit stärker schätzen können.

In der bereits genannten Untersuchung von Roder et al (1990) stuften die operierten Ösophaguskrebskranken die Lebenszufriedenheit höher als die Gesunden ein. Als Grund

hierfür wurde ebenfalls die Erfahrung angeführt, dass „lebensbedrohlich kranke Patienten angesichts der Begrenztheit ihres Lebens wesentliche Wertmaßstäbe verändern, mehr Sinn in ihrem Leben sehen, positive Krankheitserfahrung machen [und] sehr viel bewusster leben“ (Roder 1990, S.6).

Bei den Einzelbereichen der Fragen zur Lebenszufriedenheit ist bei den von uns befragten Patientinnen mit bösartigen Brusterkkrankungen die Einschränkung der Zufriedenheit mit der Gesundheit nicht überraschend (vgl. Tab. 27). Am wenigsten sind die Patientinnen mit malignen Brusterkkrankungen im Bereich Partnerschaft und Sexualität zufrieden, während sich die höchste Zufriedenheit im Bereich Familienleben/Kinder zeigt. Zu vergleichbaren Ergebnissen kommt auch Muthny (1990) in einer Untersuchung an 768 Krebspatienten unterschiedlicher Diagnosen. Ungeachtet der Krebsart (Bronchialkarzinom, Kolonkarzinom, Leukämie) war die Zufriedenheit mit dem Familienleben in dieser Studie deutlich höher als mit dem Sexualleben und dem Leben im Allgemeinen.

Die Patientinnen mit benignen Brusterkkrankungen geben eine vergleichsweise niedrige Zufriedenheit mit dem Bereich von „Partnerschaft und Sexualität“ an, was für einen generell negativen Einfluss einer Brustoperation auf das Sexualleben und die Partnerschaft sprechen könnte.

Bei den Korrelationsanalysen der Lebenszufriedenheit in unserem Kollektiv zeigt sich, dass eine höhere Lebenszufriedenheit mit einer geringeren Beschwerdesymptomatik verbunden ist. Interpretiert man die Beschwerdesymptomatik (BL-Score) als einen Gradmesser psychischer Überforderung (Koloska 1989), kann man davon ausgehen, dass sich die psychische Adaptation direkt auf die Lebenszufriedenheit auswirkt. Für eine gute Adaptation spricht auch der signifikante Zusammenhang der Lebenszufriedenheit mit einer hohen Zufriedenheit mit dem Operationsergebnis, wie auch eine Tendenz für eine höhere Lebenszufriedenheit bei besserem Zurechtkommen mit der Erkrankung (vgl. Tab. 28).

Beschwerdenliste

Die in unserem Interview verwendete Beschwerdenliste von v. Zerssen eignet sich zur quantitativen Abschätzung der subjektiven Beeinträchtigung durch körperliche und allgemeine Beschwerden. Die Beschwerdesymptomatik kann nach dem Ansatz der Copingtheorie als ein Marker für den Grad einer psychischen Überforderung interpretiert werden. Der Summenscore zeigt hiernach das Ausmaß des Ungleichgewichtes zwischen Bewältigungsmöglichkeiten auf Seiten des Individuums und den Einwirkungen der sozialen Umwelt (Koloska 1989). Vor diesem Hintergrund sind die erhaltenen Summenwerte der Beschwerdenliste besser einzuordnen.

Aus der Tatsache, dass es in der vorliegenden Untersuchung bei den Patientinnen mit bösartigen Erkrankungen keine signifikanten Unterschiede zwischen brusterhaltender Therapie und modifiziert radikaler Mastektomie gibt, kann gefolgert werden, dass die psychische Überforderung unabhängig von der Operationstechnik und zu allererst Ausdruck der malignen Erkrankung selbst ist. Entsprechend findet sich auch in der herangezogenen Vergleichsgruppe mit Ösophagus-Krebskranken aus der Arbeit von Roder et al (1990) ein nahezu identische Beschwerden-Summenscore (vgl. Tab. 31).

Die Patientinnen mit gutartigen Brusterkrankungen weisen sogar einen niedrigeren Beschwerden-Summenscore als die Normalbevölkerung auf, was auf eine geringe Beeinträchtigung durch körperliche und allgemeine Beschwerden bei diesen Patientinnen schließen lässt und sich zum Teil auch über das signifikant jüngere Alter dieser Gruppe erklärt.

Aus den vorliegenden Ergebnissen kann auch abgeleitet werden, dass die Gruppen unseres Kollektivs trotz unterschiedlicher Therapie hinsichtlich ihres psychischen und physischen Empfindens ähnlich reagieren. Die psychische Belastung ist zwar bei allen Patientinnen erkennbar, jedoch geben die mastektomierten nicht mehr Beschwerden als die brusterhaltend operierten Patientinnen an. Für die häufig geführte Diskussion, ob die Belastung der Patientinnen aus der Erkrankung oder der Therapie resultiert (Alagaratnam 1986), ergibt sich demnach in unserem Krankengut eher ein Überwiegen der Auswirkungen, an einem Karzinom erkrankt zu sein.

Eine erhöhter Beschwerden-Summenscore wird in unserem Krankengut mit zunehmendem Alter häufiger gemessen (vgl. Tab. 32). Zum einen sind psychische wie auch physische Beschwerden im Alter häufiger anzutreffen (Scherg 1983), zum anderen kann ein Grund für einen erhöhten Beschwerdesummenscore auch darin liegen, dass ältere Tumorpatientinnen in verstärktem Maß depressiv reagieren und stärker physisch belastet sind (Ziegler 1984).

Die vorliegenden Daten zeigen ferner, dass ein geringer Beschwerdescore mit besserem Zurechtkommen und höherer Zufriedenheit mit dem Operationsergebnis korreliert ist (vgl. Tab. 32). Daraus kann man folgern, dass letztlich der Grad einer psychischen Überforderung stärker durch das Zurechtkommen mit der Erkrankung und der Therapie als z.B. durch den Organerhalt selbst beeinflusst wird. Patientinnen mit höherer Zufriedenheit mit dem Operationsergebnis weisen eine höhere Lebenszufriedenheit auf und haben zudem einen geringeren Beschwerdescore (vgl. Tab. 28). Diese Abhängigkeiten sind durchaus wechselseitig zu sehen, die Richtung der jeweiligen Abhängigkeit kann letztlich

nicht geklärt werden, was auch als ein Bild für den steten Austauschprozess angesehen werden kann, in dem Individuum und Umgebung stehen.

Die Summenscores des psychiatrischen Vergleichskollektivs liegt noch deutlich höher als die der befragten Patientinnen mit Mammakarzinom (vgl. Abb. 4). Zu ähnlichen Ergebnissen kamen auch Cella et al (1989), die bei Krebspatienten mehr Vitalität und weniger Spannungen und Ärger als bei Patienten in psychiatrischer Behandlung angaben.

Körperbild

Die Frage nach Schwierigkeiten, sich unbekleidet im Spiegel zu betrachten, ist eine Schlüsselfrage für unangenehm erlebte Veränderungen des Körperbildes. Hierzu zeigt sich in bei unserem Kollektiv ein erwarteter Benefit der brusterhaltend operierten gegenüber den mastektomierten Patientinnen. Dieses Ergebnis bestätigt eine Reihe von Untersuchungen, die bei mastektomierten Patientinnen eine stärkere Beeinträchtigung von Weiblichkeitsgefühl und Körperbild im Vergleich zu Patientinnen mit brusterhaltender Therapie festgestellt haben (Sanger 1981, Bartelink 1985, DeHaes 1985, Steinberg 1985). In der vorliegenden Arbeit geben 76% der mastektomierten Patientinnen auch eine verstärkte Hemmung an, sich unbekleidet anderen zu zeigen, was in diesem hohen Prozentsatz ebenfalls weitgehend den Erfahrungen anderer Untersucher entspricht (Jamison 1978, Taylor 1985, Kemeny 1988).

Bemerkenswert ist, dass bei den brusterhaltend operierten Patientinnen mit bösartigen Erkrankungen Körperbildveränderungen nicht häufiger sind als bei denen mit gutartigen Erkrankungen.

Auffallend ist zudem, dass es den Patientinnen mit Konturrekonstruktion des Drüsenkörpers am leichtesten fällt, sich im Spiegel zu betrachten (vgl. Abb. 5). Diese Gruppe hat auch am wenigsten Probleme, sich anderen unbekleidet zu zeigen, was insgesamt den Schluss auf eine hohe Akzeptanz des kosmetischen Ergebnisses zulässt.

In unserer Untersuchung haben die erlebten Körperbildstörungen keinen signifikanten Einfluss auf die Lebensqualität, wohl aber auf das Beschwerdeausmaß. Ein gestörtes Körperbildes hat demnach eine niedrigere Zufriedenheit mit der Behandlung zur Folge, ist mit einer Verminderung der sexuellen Kontakte verknüpft und auch die Qualität und Häufigkeit des Kontaktes im Bekanntenkreis ist bei diesen Patientinnen eingeschränkt (vgl. Tab. 37). Die weitreichenden Folgen dieser Körperbildstörungen unterstreichen den Beitrag eines optimalen kosmetischen Ergebnisses hinsichtlich der Erhaltung der körperlichen Integrität und des Selbstwertgefühls.

Partnerschaft und Sexualität

In der vorliegenden Untersuchung sind insgesamt etwa 20% der Patientinnen mit bösartigen Erkrankungen nicht völlig zufrieden mit der Partnerschaft (vgl. Tab. 39), diesbezüglich finden sich allerdings keine Auswirkungen auf die Lebenszufriedenheit oder das Beschwerdenausmaß (vgl. Tab. 29,33).

Abzulesen an der hohen Zufriedenheit mit der Partnerschaft, der gemeinsam mit dem Partner verbrachten Zeit und dem erlebten Verständnis des Partners, kann man insgesamt von einer stabilen und positiv erlebten Partnerschaft in den meisten Fällen ausgehen (vgl. Tab. 39-43).

In unserer Befragung verbringen Patientinnen mit bösartigen Brustkrankungen tendenziell mehr Zeit mit ihrem Partner. 79% der Partner zeigen deutlich bis sehr starkes Verständnis für die Situation und etwa ebenso viele zeigen sich mit dem Ergebnis der Operation zufrieden. Nur knapp 17% der Partner werden hingegen durch die Brustoperation als stark belastet beschrieben.

Eine Verschlechterung der Partnerbeziehung, wird bei den von uns befragten Patientinnen unter 10% angegeben. Dies entspricht weitgehend den Ergebnissen anderer Autoren, die angeben, dass ungefähr 10% aller Brustkrebspatientinnen eine Verschlechterung und bis zu 50% eine Verbesserung ihrer Partnerbeziehung erfahren (Morris 1977, Hughes 1982, Baider 1984, Muthny 1986, Dean 1987).

Buddeberg (1985), der die Auswirkungen einer Brustkrebserkrankung auf die Paarbeziehung erforschte, kam zu dem Ergebnis, dass sich die Ehepartner häufig voneinander zurückziehen und Ängste, die beide Seiten betreffen, nicht besprechen. Er betonte die Qualität der Paarbeziehung als den entscheidenden Faktor darüber, ob die Partnerschaft eher belastende oder stützende Funktion für die Krankheitsverarbeitung hat. Beziehungszufriedenheit und erlebte Rücksichtnahme des Partners werden auch in anderen Untersuchungen (Wellisch 1978, Frick-Bruder 1981, Baider 1986, Meyer 1989) hoch angesetzt, sodass negative Auswirkungen von Brustkrebs und auch Mastektomie auf Wohlbefinden und Partnerbeziehung nicht obligat zu erwarten sind.

Vergleichbar einer Untersuchung von Omne-Pontén (1992), die gezeigt hat, dass eine positiv erlebte Partnerschaft brustoperierte Frauen vor postoperativen psychosozialen Problemen schützt, dürfte dies bei unserem Patientinnenkollektiv auch wesentlich zur Lebenszufriedenheit und zu psychischen Stabilisierung beigetragen haben.

Partner, Familie und Freunde werden von unseren Patientinnen als gleichermaßen hilfreich bei der Bewältigung der Erkrankung eingeschätzt (vgl. 4.10.2), die „Fragen zur Lebenszufriedenheit“ weisen im Bereich Familienleben/Kinder den höchsten Skalenwert auf, gefolgt von den Bereichen Freunde/Bekannte und Partnerschaft/Sexualität (vgl. Tab. 27).

Körperbild und Sexualität hängen eng zusammen, so verwundert es nicht, dass über die Hälfte der mastektomierten Patientinnen, die - wie oben beschrieben - ein schlechteres Körperbild von sich beschreiben, weniger sexuelle Kontakte haben (vgl. Abb. 5,6, Tab. 37). Zu einem ähnlichen Ergebnis kommen auch andere Studien zu diesem Thema, die eine größere Einschränkung von Körperbild und sexuellen Störungen bei mastektomierten im Vergleich zu brusterhaltend operierten Patientinnen gezeigt haben (Hall 1989, Pozo 1992, Schain 1994).

Demgegenüber haben nur 23% der brusterhaltend operierten Patientinnen mit malignen Erkrankungen weniger sexuelle Kontakte (vgl. Tab. 44), die geringste Einschränkung zeigt die Gruppe mit Konturrekonstruktion der Brust mit Drüsenrotationslappen. Nachdem die Entstehung sexueller Probleme oft mit einem verminderten Selbstwertgefühl und mit der Störung der Attraktivität zusammenhängt (Glasgow 1987), bestätigt sich hier, dass ein optimales kosmetisches Ergebnis das beste Prophylaktikum hiergegen ist.

Sexuelle Kontakte werden in der vorliegenden Arbeit mit dem Alter seltener (vgl. 4.9.2), hingegen treten Störungen des Körperbildes unabhängig vom Alter der Patientinnen auf und basieren mehr auf dem Therapieverfahren (vgl. Tab. 37). Junge Frauen gelten im allgemeinen durch eine Brustoperation als mehr belastet (Metzger 1983). Jamison et al (1978) konnten zeigen, dass mastektomierte Frauen unter 45 Jahren das Ergebnis schlechter einschätzten, ein gestörteres Sexualleben hatten und häufiger professionelle Hilfe wegen psychologischer Probleme aufsuchten als Frauen über 45 Jahren. Unsere Daten bestätigen dagegen Ergebnisse anderer Untersucher, die zeigen konnten, dass präklimakterische und ältere Patientinnen stärkere sexuelle Anpassungsprobleme hatten (Beck 1978, Frank 1978, Buddeberg 1985).

Bei unseren Patientinnen finden sich keine Korrelationen zwischen einer Verminderung der sexuellen Kontakte und dem Beschwerdenausmaß oder der Lebenszufriedenheit (vgl. Tab 37), wengleich sich eine Verminderung affektiver und sexueller Kontakte in einer Studie von Taylor et al (1985) als ungünstig für die Krankheitsverarbeitung erwiesen haben.

Für die Einschätzung der Sexualität ist der Erhebungszeitpunkt besonders bedeutungsvoll. In einer prospektiven Studie von Morris et al (1977) wurden 3 Monaten nach einer Mastektomie signifikant mehr sexuelle Störungen im Vergleich zu einer Kontrollgruppe mit gutartigen Brusterkrankungen gefunden, nach 12 und 24 Monaten war allerdings kein Unterschied mehr feststellbar. Ein bis zwei Jahre nach einer Mastektomie wurden auch von Maguire et al (1978) keine häufigeren sexuellen Störungen als bei Patientinnen gefunden, die wegen einer gutartigen Erkrankung an der Brust operiert wurden. Es wurde

gefolgert, dass andere Faktoren als der Verlust der Brust, wie zum Beispiel depressive Stimmung, Lebenssituation und Alter hierfür verantwortlich seien, was auch anhand der vorliegenden Untersuchung bestätigt werden kann.

Sozialbereich

In der vorliegenden Arbeit werden bei den abgefragten Sozialaktivitäten keine signifikanten Unterschiede zwischen den einzelnen Gruppen mit unterschiedlicher Diagnose und Art der Therapie gefunden, der Bekanntenkreis ist seiner Struktur nach bei den meisten Patientinnen weitgehend gleichgeblieben.

Während sich nach der Brustoperation bei den Patientinnen mit benignen Erkrankungen fast gar keine Veränderung ergeben hat, geben einige Patientinnen mit malignen Erkrankungen quantitative und qualitative Verbesserungen des Bekanntenkreises mit mehr Kontakt und Offenheit an. Eine Verschlechterung ist in deutlich geringerer Anzahl festzustellen (vgl. Tab. 45-47), was auch analog für die Freizeitaktivitäten zu sehen ist (vgl. Tab. 48).

Die Bedeutung des Bekanntenkreises für die Patientinnen mit malignen Erkrankungen spiegelt sich auch in der Zufriedenheit mit dem Teilbereich „Freunde/Bekannte“ der „Fragen zur Lebenszufriedenheit“ wider, wobei hier eine höhere Zufriedenheit angegeben wird als von Patientinnen mit gutartigen Brusterkrankungen (vgl. Tab. 27). Anhand dieser Einschätzung und der Bedeutung der Anteilnahme anderer bei der Krankheitsbewältigung (vgl. 4.10.2), kann man bei den meisten von uns befragten Patientinnen von einem gut funktionierenden sozialen Netz ausgehen. Gerade in belastenden Lebenssituationen wirkt diese soziale Unterstützung wie ein Puffer vor einem Abfall physischer und psychischer Leistungsfähigkeit (Lewis 1978, Nuehring 1980, Naysmith 1983, Heesen 1983, Welch-McCaffrey 1989) und spielt eine assistierende Rolle bei der Krankheitsbewältigung (Bloom 1984, Thoits 1986, Northouse 1995). Soziale Unterstützung wird neben einem geringeren Ausmaß an emotionaler Belastung auch mit geringerer Mortalität in Verbindung gebracht (Weisman 1976, Funch 1983). Es spricht daher einiges dafür, dass die hohe Lebenszufriedenheit unseres Kollektivs auch mit diesem guten sozialen Netz zusammenhängt.

Während sich bei den von uns befragten Patientinnen die Leistungsfähigkeit in Haushalt oder Beruf nach der Operation bei den Patientinnen mit benignen Brusterkrankungen überhaupt nicht verändert hat, zeigt sich bei den Patientinnen mit bösartigen Erkrankungen in der Mehrzahl der Fälle eine, wenn auch geringe, Verminderung (vgl. Tab. 49). Dies kann durch die mehr belastende Operation mit Axilladisektion und die adjuvanten Zusatzverfahren wie Radiatio und Chemotherapie erklärt werden. Eine

deutliche Einschränkung der Leistungsfähigkeit ergibt sich zum Zeitpunkt der Befragung immerhin bei 26% der Patientinnen mit bösartigen Brustkrankungen. In einer vergleichbaren prospektiven Studie von Neuhaus et al (1994) an 76 Patientinnen wurden hingegen Einschränkungen der Leistungsfähigkeit in Beruf, Haushalt und Sport nur in Einzelfällen beobachtet.

Folgen für den beruflichen Bereich berichten in unserer Befragung knapp 30% der Patientinnen, während die Zufriedenheit in dem Bereich Beruf und Arbeit (anhand des entsprechenden Items der Fragen zur Lebenszufriedenheit) nicht unterschiedlich zur Normalbevölkerung ist (vgl. Tab. 27). Die deutlichen Veränderungen weisen nochmals auf die Wichtigkeit einer psychosozialen Beratung hinsichtlich Arbeitsplatzwechsel, Berentung und Umschulung hin (vgl. Tab. 23).

Krankheitsbewältigung

Zum Befragungszeitpunkt (im Mittel ca. 14 Monate nach der Operation) kommt ein sehr hoher Prozentsatz aller Patientinnen (84%) mit der Behandlung und der Erkrankung gut bzw. sehr gut zurecht. Im Zeitverlauf - bei allen Einschränkungen durch die Verzerrung bei retrospektiver Erhebung der Daten - ist ein stetiger Aufwärtstrend hinsichtlich des Zurechtkommens in allen Diagnose- und Therapiegruppen zu erkennen (vgl. Abb. 7).

Während der Zeitraum der ersten vier Wochen nach der Operation vor allem Hinweise auf die Belastung durch die Operation selbst gibt, ist der Befragungszeitpunkt (etwa ein Jahr nach der Operation) eher ein Maß für die dauerhafte Adaptation. In der Literatur liegt die emotionale Morbidität in den ersten beiden Jahren nach Diagnosenstellung eines Mammakarzinoms zwischen 20 und 30% (Morris 1977, Maguire 1978, Irvine 1991). Das allmähliche Nachlassen von Ängsten und Depressionen und die konsekutive Verbesserung der Lebensqualität wird auch in einigen Longitudinalstudien beschrieben (Morris 1977, DeHaes 1986, Wolberg 1989).

In unserer Stichprobe kommen die Patientinnen mit gutartigen Brustkrankungen zu allen Zeitpunkten besser zurecht als die verschiedenen Therapiegruppen mit bösartigen Erkrankungen, was wiederum sicher an den eingreifenderen Therapieverfahren und den adjuvanten Maßnahmen liegt, daneben aber auch durch das Bewusstsein, an einer bösartigen Erkrankung zu leiden, mitbedingt sein kann. Dennoch erstaunt der hohe Prozentsatz von fast 80% der Patientinnen mit bösartigen Erkrankungen, die gut bzw. sehr gut mit der Erkrankung zurechtkommen, wobei zwischen den einzelnen Gruppen mit unterschiedlichem therapeutischen Vorgehen keine Unterschiede festzustellen sind (vgl. Tab. 5,6). Einen ähnlich hohen Prozentsatz fanden Riehl-Emde et al (1989), die dies auf

die positive Einstellung und die optimistische Grundhaltung der Befragten zurückführten. In der Literatur wird vielfach eine Umorientierung krebserkrankter Menschen beschrieben, wobei Werte kritisch hinterfragt und Prioritäten neu gesetzt werden. Als positive Auswirkungen werden eine bewusster Lebensführung, höhere generelle Lebenszufriedenheit, religiöse Neuorientierung, einen engeren Kontakt zum Partner oder eine größere soziale Aufgeschlossenheit genannt (Heesen 1983, Herschbach 1985, Beutel 1988, Welch-McCaffrey 1989).

In unserer Befragung können gut die Hälfte der Patientinnen mit bösartigen Erkrankungen einen positiven Einfluss der Erkrankung auf ihr Leben angeben, wodurch allerdings keine Auswirkungen auf die Lebensqualität oder den Beschwerde-Score festzustellen sind (vgl. Tab. 29, 33).

Krankheitsverarbeitungsstrategien

Krankheitsverarbeitungsstrategien beinhalten Abwehrmechanismen und Bewältigungsstrategien (Coping). Zusammen mit der sozialen Unterstützung gelten die Methoden der Krankheitsverarbeitung als Elemente der Adaptation. In der Krankheitsverarbeitung sind stets unbewusste und bewusste Komponenten beteiligt, die zur Stabilität des subjektiven Gleichgewichts beitragen (Heim 1983). Im Gegensatz zu Coping werden Abwehrmechanismen eher als unbewusste Prozesse definiert, die eine Verzerrung von intersubjektiver Realität beinhalten (Beutel 1988). Insbesondere für die Krebsbedrohung bedeutsame Abwehrmechanismen sind Verdrängung und Verleugnung (Beutel 1985), als weitere Abwehrmechanismen finden sich Isolation, Regression, Verschiebung, Projektion und Suppression.

Gelingen oder Misslingen von angewandten Krankheitsverarbeitungsstrategien wirken sich nicht nur die Lebensqualität, sondern auch die Überlebenslänge aus (Derogatis 1979, Greer 1979). In einer vielzitierten Studie von Greer et al (1979) hatten Brustkrebspatientinnen, welche verleugneten oder kämpften, nach fünf Jahren ein längeres krankheitsfreies Intervall als diejenigen Patientinnen, die mit stoischer Akzeptanz bzw. Hilf- und Hoffnungslosigkeit reagierten. Im 10-Jahres-Follow-up der gleichen Studienpatientinnen konnten diese Ergebnisse gestützt werden (Pettingale 1984). Eine Studie von Dean (1989) bestätigte ebenfalls, dass Frauen, die verleugneten, eine bessere Rezidivrate hatten als Frauen, die andere Copingstrategien verwendeten.

In den meisten Studien, die Zusammenhänge zwischen Krankheitsverlauf und Krankheitsverarbeitung untersuchen, werden als abhängige Kriterien fast ausschließlich die

Überlebensdauer oder die Dauer des rückfallfreien Intervalls angegeben. Erstaunlich wenig wird auf die subjektive Zielsetzung des Patienten selbst oder dessen Umfeld eingegangen (Heim 1988). Nur wenige deutschsprachige Studien berücksichtigen die Befindlichkeit des Patienten (Ziegler 1984, Herschbach 1987, Lakomy 1988). Gerade in diesem Bereich kann die Lebenszufriedenheit als ein Maß dienen, an dem die Adaptivität von Bewältigungsstrategien gemessen werden kann.

Bei den von uns befragten Patientinnen steht aktives Verhalten („Entschlossen gegen die Erkrankung ankämpfen“) und Verleugnung („Sich damit trösten, dass es andere noch schlimmer getroffen hat“) bzw. Ablenkung („Versuch, Ablenkung zu finden“) an der Spitze der angewandten Bewältigungsstrategien (vgl. Abb. 9), d.h. etwa die Hälfte der Patientinnen wenden diese Strategien vornehmlich an.

Aktives, zupackendes Verhalten wird in einer Metaanalyse von Heim (1988) als besonders geeignetes Coping eingestuft, wodurch auch Zuwendung aus dem sozialen Umfeld ausgelöst wird. In der Reihenfolge der Häufigkeiten in den analysierten Karzinomstudien werden in dieser Metaanalyse Zuwendung, Problemanalyse, Auflehnung und emotionale Entlastung als weitere geeignete Bewältigungsformen genannt. Dem gegenüber stehen ungeeignete Bewältigungsformen, die sich durch „passiv-resignative Grundhaltung mit unangemessenem Dissimulieren, sozialem Rückzugsverhalten, grüblerischem Hin- und Herwälzen oder Unterdrücken von jeglichem Gefühlsausdruck“ (Heim 1988, S. 8) auszeichnen, diese sind im einzelnen: fatalistisches Akzeptieren, passive Kooperation, Resignation, Selbstbeschuldigung, Isolieren, Unterdrücken.

Bei verschiedenen Bewältigungsformen ist die Zuordnung zu geeignetem bzw. ungeeignetem Coping nicht eindeutig, wie z.B. bei Dissimulieren, stoischem Akzeptieren oder Verleugnung, diese werden von einigen Autoren als vorteilhaft, von anderen wiederum als kritisch eingestuft.

Bei unserem Kollektiv kann in der Korrelationsanalyse der Krankheitsverarbeitungsstrategien mit den somatischen Beschwerden für Patientinnen, die aktives Verhalten in verstärktem Maß anwenden, eine signifikante Reduktion der somatischen Beschwerden gezeigt werden (vgl. Tab.65).

Passive Bewältigungsformen hingegen wie der Versuch, Ablenkung zu finden, Wunschdenken und Tagträume und Besserung der Stimmung durch Alkohol haben bei der Korrelationsanalyse unserer Daten eine signifikant schlechtere Lebenszufriedenheit und ebenso vermehrte somatische Beschwerden zur Folge (vgl. Tab. 65).

Die Anwendung der restlichen Bewältigungsstrategien zeigen hingegen keine signifikanten Auswirkungen auf Lebenszufriedenheit und Beschwerde-Score. Das kann damit erklärt

werden, dass die Krankheitsverarbeitung chronisch oder lebensbedrohlich erkrankter Patienten von einer Vielzahl von Variablen wie Charakter, Erkrankung, Stadium der Erkrankung, Lebenssituation und sozialen Faktoren abhängt (Beutel 1988, Buddeberg 1991, Heim 1993, Stanton 1993, Cooper 1993).

Tendenziell werden von den von uns befragten mastektomierten Patientinnen aktive Bewältigungsprozesse etwas weniger eingesetzt als von brusterhaltend operierten Patientinnen, was ähnlich auch in einer Arbeit von Langer et al (1991) beschrieben wurde und im allgemeinen als eher ungünstig für den späteren Krankheitsverlauf angesehen werden kann.

Anhand der vorliegenden Untersuchung kann kein Zusammenhang zwischen Schulbildung und Lebensqualität hergestellt werden (vgl. Tab. 28, 32), wohl aber fällt mit höherer Schulbildung eine signifikant stärkere aktive Anstrengung zur Lösung der Probleme und ein stärkerer Verzicht auf ein passives Bewältigungsverhalten mittels Besserung der Stimmung durch Alkohol auf (vgl. Tab. 66). De Haes et al (1986) konnten diesbezüglich zeigen, dass Frauen mit hoher Schulbildung besser mit ihrer Situation umgehen konnten und über eine bessere Lebensqualität berichtet hatten.

Mit zunehmendem Alter sind in unserer Befragung passive Bewältigungsformen wie Trost, dass es andere noch schlimmer getroffen hat und Schicksalsergebenheit signifikant stärker anzutreffen (vgl. Tab. 66), abgesehen von einem erhöhten Beschwerden-Summscore im Alter (vgl. Tab. 32). Wenn auch verschiedene Autoren dem Alter keine Auswirkung bei Art und Effizienz von Bewältigung zusprechen (Baider 1984, Cassileth 1985), wird die Bewältigung von psychologischem Stress zumindest durch das Alter modifiziert. Das mag zum einen an der allgemeinen Abnahme stressbehafteter Vorgänge und der Stimulation durch die Umwelt, andererseits an der Zunahme von Verlustereignissen liegen (Cooper 1993).

6 Zusammenfassung

67 von 189 im Zeitraum Januar bis Dezember 1991 an der Frauenklinik der TU München operierten Patientinnen (Alter 51 ± 11 Jahre) mit benignen und malignen Brusterkrankungen konnten retrospektiv durchschnittlich 14 Monate mittels eines standardisierten Interviews befragt werden. Dabei sollte über den Einfluss der Dignität der Erkrankung hinaus die Auswirkungen verschiedener Operationstechniken auf psychoemotionale und psychosoziale Aspekte, sowie Lebensqualität und Krankheitsbewältigung evaluiert werden. Insbesondere wurde die Wertigkeit einer Konturrekonstruktion mit Drüsenrotationslappen in der brusterhaltenden Therapie des Mammakarzinoms untersucht.

Die Patientinnen wurden entsprechend der Dignität ihrer Erkrankung (benigne/maligne) und dem Therapieverfahren (weite Tumorexzision mit und ohne Konturrekonstruktion mit Drüsenrotationslappen, brusterhaltende Operation mit und ohne Konturrekonstruktion mit Drüsenrotationslappen, modifiziert radikale Mastektomie) in fünf Gruppen eingeteilt. Die Therapiegruppen mit bösartigen Brusterkrankungen waren hinsichtlich ihrer onkologischen Charakteristika und Morbidität vergleichbar.

91% aller befragten Patientinnen waren mit dem kosmetischen Ergebnis der Operation zufrieden bzw. sehr zufrieden und 83% kamen zum Befragungszeitpunkt gut bis sehr gut mit ihrer Erkrankung zurecht. Patientinnen mit benignen Erkrankungen hatten diesbezüglich signifikant bessere Ergebnisse.

Die brusterhaltende Therapie konnte die in sie gesetzten Erwartungen der Patientinnen größtenteils erfüllen und in vielen Punkten übertreffen. Es resultierte vor allem ein besseres Körperbild und ein hohes Selbstwertgefühl. Patientinnen mit Konturrekonstruktion mit Drüsenrotationslappen waren tendenziell zufriedener mit dem Ergebnis der Operation und hatten unter den Patientinnen mit bösartigen Erkrankung das beste Körperbild.

Die Lebenszufriedenheit war in den nach Operationstechniken gebildeten Gruppen untereinander vergleichbar und entsprach einem Vergleichskollektiv Gesunder. Die Lebenszufriedenheit war signifikant mit der Zufriedenheit mit dem Operationsergebnis sowie dem Zurechtkommen mit der Erkrankung korreliert.

Die Beschwerdesymptomatik war bei Patientinnen mit gutartigen Brusterkrankungen signifikant geringer als bei Patientinnen mit bösartigen. Bei letzteren fanden sich keine Unterschiede bezüglich der angewandten Operationstechniken. Eine geringe Zufriedenheit mit dem Operationsergebnis und ein schlechteres Zurechtkommen mit der Erkrankung war

wie zunehmendes Alter und die Diagnose einer malignen Erkrankung mit einer höheren Beschwerdesymptomatik verbunden.

68% aller Patientinnen wünschten gezieltere Informationen über Behandlungsmöglichkeiten und deren Folgen, über ein Drittel aller Patientinnen fühlten sich über die Erkrankung, deren Behandlungsmöglichkeiten und ihre Folgen nur ausreichend (21%), wenig (12%) oder gar nicht (3%) informiert.

Die Hälfte der Patientinnen wünschte mehr Angebot an therapeutischen Einzelgesprächen, der Wunsch nach Patientengruppen mit (35%) und ohne Leitung (15%) und vermehrte psychosoziale Unterstützung (29%) wurde seltener geäußert, wobei für diese Bereiche jeweils signifikant mehr Bedarf bei den Patientinnen mit bösartigen Erkrankungen bestand.

Im psychosozialen Bereich ergab sich durch die Operation für die allermeisten Patientinnen kein Einfluss auf die Partnerschaft und andere Sozialkontakte. Drei Viertel aller Patientinnen waren mit ihrer Partnerschaft zufrieden bzw. sehr zufrieden. Patientinnen mit bösartigen Erkrankungen berichteten in Einzelfällen über eine Vergrößerung des Bekanntenkreises und erlebten mehr Kontakt und Offenheit im Umgang mit anderen.

Die Leistungsfähigkeit verringerte sich bei 79% der Patientinnen mit bösartigen Erkrankungen, diese klagten auch in einem Drittel der Fälle über negative Auswirkungen auf den beruflichen Bereich.

Mehr als die Hälfte der Patientinnen konnte der Erkrankung positive Seiten abgewinnen. Als häufige Bewältigungsstrategien wurden aktives Verhalten und Verleugnung bzw. Ablenkung eingesetzt, wobei eine signifikante Reduktion der Beschwerden mit aktivem Bewältigungsverhalten verbunden war. Passive Bewältigungsstrategien, wie „Versuch, Ablenkung zu finden“, „Wunschdenken und Tagträume“ und „Besserung der Stimmung durch Alkohol“, die mit zunehmendem Alter der Patientinnen häufiger angewandt wurden, waren mit einer geringeren Lebenszufriedenheit und einer stärkeren Beschwerdesymptomatik korreliert.

Mastektomierte Patientinnen unterschieden sich von den brusterhaltend operierten Patientinnen insbesondere hinsichtlich eines gestörteren Körperbildes und wandten tendenziell weniger aktive Bewältigungsstrategien an. Patientinnen mit beeinträchtigtem Körperbild hatten häufiger sexuelle Störungen, letztere waren mit zunehmendem Alter häufiger. Keine signifikanten Korrelationen fanden sich hingegen zwischen einer Verminderung der sexuellen Kontakte und dem Beschwerdenausmaß oder der Lebenszufriedenheit.

Patientinnen mit gutartigen Brusterkrankungen zeigten erwartungsgemäß kaum Störungen im somatischen Bereich, der Lebenszufriedenheit sowie bei dem Zurechtkommen mit der

Erkrankung und der Therapie und waren durchweg hochzufrieden mit dem kosmetischen Operationsergebnis.

Verbesserungswürdig erscheinen die Beratungsangebote der Klinik, insbesondere sollte der präoperativen Aufklärung über die Erkrankungen und ihre Folgen und die diesbezüglichen Behandlungsmöglichkeiten inklusive der Methoden des plastischen Wiederaufbaus nach Mastektomie mehr Beachtung geschenkt werden.

Die Konturrekonstruktion durch Drüsenrotationslappen wurde von den brusterhaltend operierten Patientinnen hinsichtlich Körperbild und kosmetischem Ergebnis hervorragend bewertet. Die ermutigenden Ergebnisse dieser Therapieform, wodurch die Indikation zur brusterhaltenden Therapie bei ungünstiger Relation von Tumor- zu Brustgröße erweitert werden kann, rechtfertigen sicherlich den mit dieser Therapiemethode verbundenen operativen Mehraufwand.

7 Literaturverzeichnis

Aaronson N, Bullinger M, Ahmedzai S.

A modular approach to quality of life assessment in cancer clinical trials.
Recent Results Cancer Res 111 (1988) 231-240

Alagaratnam TT, Kung NYT.

Psychosocial effects of mastectomy: is it due to mastectomy or to the diagnosis of malignancy ?
Br J Psychiatry 149 (1986) 296-299

Baider L, Kaplan De-Nour A.

Couples' reactions and adjustment to mastectomy: A preliminary report.
Int J Psych Med 14 (1984) 265-276

Baider L, Perez T, Kaplan De-Nour A.

Comparison of couples' adjustment to lumpectomy and mastectomy.
Gen Hosp Psychiatry 8 (1986) 251-257

Bard M, Sutherland AM.

Psychological impact of cancer and its treatment. Adaption to radical mastectomy.
Cancer 8 (1955) 656-672

Bartelink H, an Dam F, van Dongen J.

Psychological effects of breast conserving therapy in comparison with radical mastectomy.
Int J Radiation Oncol Biol Phys 11 (1985) 381-385

Baumann U, Stieglitz RD.

Ein Vergleich von vier Beschwerdenlisten.
Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten 229 (1980) 245-263

Beck A, Spring-Kremser M.

Die Mastektomiepatientin. Psychosoziale Aspekte.
Sexualmedizin 7 (1978) 825-830

Beutel M.

Zur Erforschung der Verarbeitung chronischer Krankheit: Konzeptualisierung, Operationalisierung und Adaptivität von Abwehrprozessen am Beispiel der Verleugnung.
Psychother Psychosom med Psychol 35 (1985) 295-302

Beutel M.

Bewältigungsprozesse bei chronischen Erkrankungen.
Edition medizin, Weinheim 1988

Bloom JR, Spiegel D.

The relationship of two dimensions of social support to the psychological well-being and social functioning of women with advanced breast cancer.
Soc Sci Med 19 (1984) 831-837

Buddeberg C.

Ehen krebsskranker Frauen.
Urban & Schwarzenberg, München 1985

Buddeberg C, Wolf C, Sieber M, Riehl-Emde A, Bergant A, Steiner R, Landolt-Ritter C, Richter D.

Coping strategies and course of disease of breast cancer patients.
Psychother Psychosom 55 (1991) 151-157

Bullinger M, Pöppel E.

Lebensqualität in der Medizin: Schlagwort oder Forschungsansatz ?
Dt Ärzteblatt 85 (1988) 436-437

Cassileth BR, Zupkis RV, Sutton-Smith K, March V.

Information and participation preferences among cancer patients.
Ann Int Med 92 (1980) 832-836

Cassileth BR, Lusk EJ, Strouse TB, Bodenheimer BJ.

Contemporary unorthodox treatment in cancer medicine.
Ann Int Med 101 (1984) 105-112

Cassileth BR, Lusk EJ, Miller DS, Brown LL, Miller C.

Psychological correlates of survival in advanced malignant disease.
N Eng J Med 312 (1985) 1551-1555

Cella DF, Tross S, Orav EJ, Holland JC, Silberfarb PM, Rafla S.

Mood states of patients after the diagnosis of cancer.
J Psychosoc Oncol 7 (1989) 45-54

Cooper CL, Faragher EB.

Psychosocial stress and breast cancer: the inter-relationship between stress events, coping strategies and personality.
Psychol Med 23 (1993) 653-662

De Haes JCJM, Knippenberg FEC.

The quality of life of cancer patients: a review of literature.
Soc Sci Med 20 (1985) 809-817

De Haes JCJM, von Oostrom MA, Welvaart K.

The effect of radical and conserving surgery on the quality of life of early breast cancer patients.
Eur J Surg Oncol 12 (1986) 337-342

Dean C.

Psychiatric morbidity following mastectomy: preoperative predictors and types of illness.
J Psychosom Res 31 (1987) 385-392

Dean C, Surtees PG.

Do psychological factors predict survival in breast cancer ?
J Psychosom Res 33 (1989) 561-569

Derogatis LR, Abelhoff MD, Melisaratos N.

Psychological coping mechanisms and survival time in metastatic breast cancer.
JAMA 242 (1979) 1504-1508

Engel K, Müller A, Kaufman M, v. Fournier D, Schmidt W.

Zur Frage der Lebensqualität nach brusterhaltender Therapie des Mamma-Carcinoms.
Der Frauenarzt 6 (1988) 697- 703

- Engel K, Kaufman M, Müller A, v. Fournier D, Bastert G.
Einfluss von operativem Vorgehen und adjuvanten Therapien auf das Ergebnis nach brusterhaltender Therapie (BET) beim Mammakarzinom.
Geburth u Frauenheilk 51 (1991) 905-914
- Fallowfield LJ, Baum M, Maguire GP.
Adressing the psychological needs of the conservatively treated breast cancer patients:
Discussion paper.
J Roy Soc Med 80 (1987) 696-699
- Fallowfield LJ.
Assessment of quality of life in breast cancer.
Acta Oncol 34 (1995) 689-694
- Feinstein AR.
Clinimetric perspectives.
J Chron Dis 40 (1987) 635-640
- Ferrans CE.
Quality of life of breast cancer survivors.
Oncol Nurs Forum 17(suppl) (1990) 216 –220
- Filipp SH, Klauer T, Ferring D, Freudenberg.
Wohlbefinden durch Krankheitsbewältigung? Untersuchungen zur „Effektivität“ von
Bewältigungsverhalten bei Krebspatienten.
In: Koch U, Potreck-Rose F (Hrsg.). Krebsrehabilitation und Psychoonkologie. Berlin,
Springer 1990
- Fisher B, Redmond R.
The contribution of recent NSABP clinical trials of primary breast cancer therapy to an
understanding of tumor biology. An overview of findings.
Cancer 46 (1980) 1009-1025
- Frank D, Dornbush RL, Webster S, Kolodny R.
Mastectomy and sexual behaviour: A pilot study.
Sexual Disab 1 (1978) 16-20
- Frick-Bruder V.
Psychologische Aspekte in der Betreuung der mammaabladierten Patientin.
In: A. Jores (Hrsg.) Praktische Psychosomatik, 2.Auflage, Bern: Huber, 1981
- Funch D, Marshal J.
The role of stress, social support and age in survival from breast cancer.
J Psychosom Res 27 (1983) 77-83
- Ganz PA, Schag AC, Lee JJ, Polinsky ML, Tan SJ.
Breast conservation versus mastectomy. Is there a difference in psychological adjustment or
quality of life in the year after surgery ?
Cancer 69 (1992) 1729-1738
- Ganz PA.
Quality of life and the patient with cancer.
Cancer 74 (1994) 1445-1452

Gill RM, Feinstein AR.
A critical appraisal of the quality of life measurements.
JAMA 272 (1994) 619-626

Glasgow M, Halfin V, Althausen AF.
Sexual response and cancer
Cancer J Clin 37 (1987) 322-333

Greer S, Morris T, Pettingale KW.
Psychological response to breast cancer: Effect on outcome.
Lancet 2 (1979) 785-787

Hahn M.
Psychoziale Aspekte und Rehabilitation in der gynäkologisch-onkologischen Nachsorge.
Gynäkologie 22 (1989) 63-68

Hall A, Fallowfield L.
Psychological outcome of treatment for early breast cancer: a review.
Stress Med 5 (1989) 167-175

Heesen H, Kolecki S.
Persönliche und psychosoziale Probleme nach Brustamputationen wegen eines
Mammakarzinoms und die Möglichkeit ihrer Bewältigung.
Onkologie-Sonderheft 5 (1982) 56-62

Heesen H, Kolecki S.
Das Aufklärungsbedürfnis von Patientinnen mit einem Mammakarzinom.
Med Klin 78 (1983) 243-246

Heim E, Augustinsky KF, Blaser A.
Krankheitsbewältigung (Coping) - ein integriertes Modell.
Psychother med Psychol 33 Sonderheft (1983) 35-40

Heim E.
Coping und Adaptivität: Gibt es geeignetes oder ungeeignetes Coping?
Psychother med Psychol 38 (1988) 8-18

Heim E, Augustinsky KF, Schaffner L, Valach L.
Coping with breast cancer over time and situation.
J Psychosom Res 37,5 (1993) 523-542

Henrich G, Herschbach P, von Rad M.
„Lebensqualität“ in den alten und neuen Bundesländern.
Psychother Psychosom med Psychol 42 (1992) 31-32

Herschbach P, Rosbund AM, Brengelmann JC.
Probleme von Krebspatientinnen und Formen ihrer Bewältigung.
Onkologie 8 (1985) 219-231

Herschbach P, Henrich G.
Probleme und Problembewältigung von Tumorpatienten in der stationären Nachsorge.
Psychother med Psychol 37 (1987) 185-192

Herschbach P, Henrich G.

Der Fragebogen als methodischer Zugang zur Erfassung von „Lebensqualität“ in der Onkologie.

In: Schwarz, R (Hrsg): Lebensqualität in der Onkologie. Zuckschwerdt, München, Bern, Wien, San Franzisko 1992

Hietanen PS.

Measurement and practical aspects of life in breast cancer.

Acta Oncol 35 (1996) 39-42

Holmberg L, Zaren E, Adami HO, Bergström R, Burns T.

The patient's appraisal of the cosmetic result of segmental mastectomy in benign and malign breast disease.

Ann Surg 207 (1988) 189-194

Hughes J.

Emotional reactions to the diagnosis and treatment of early breast cancer.

J Psychosom Res 26 (1982) 277-283

Hughes KK.

Psychosocial and functional status of breast cancer patients.

Cancer Nurs 16 (1993) 222-229

Irvine D, Brown B, Crooks D, Browne G.

Psychosocial adjustment in women with breast cancer.

Cancer 67 (1991) 1097-1117

Jamison KR, Wellisch DK, Pasnau RO.

Psychosocial aspects of mastectomy: I. The woman's perspective.

Am J Psychiatry 135 (1978) 432-436

Kemeny MM, Welisch DK, Schain WS.

Psychosocial outcome in a randomized surgical trial for treatment of primary breast cancer.

Cancer 62 (1988) 1231 - 1237

Küchler T.

Interviewverfahren in der Lebensqualitätsforschung.

In: Schwarz, R (Hrsg): Lebensqualität in der Onkologie. Zuckschwerdt, München, Bern, Wien, San Franzisko 1992

Lakomy DK.

Art und Effizienz des Copingverhaltens der Frau unter der Erstbedrohung eines Mamma- oder Zervixkarzinoms.

Psychother med Psychol 38 (1988) 43-47

Langer M, Prohaska R, Schreiner-Frech I, Ringler M, Kubista E.

Krankheitsbewältigung und Körperbild nach unterschiedlichen Operationstechniken bei Brustkrebs.

Psychother Psychosom med Psychol 41 (1991) 379-384

Lewis FM, Bloom JR.

Psychosocial adjustment to breast cancer.

Int J Psychiatry 9 (1978) 1-17

Maass H.

Wandlungen in der operativen Therapie des Mammakarzinoms vor dem Hintergrund einer sich verändernden onkologischen Perspektive.

Geburtsh u Frauenheilk 52 (1992) 1-5

Maguire GP, Lee EG, Bevington DJ, Küchemann CS, Crabtree RJ, Cornell CE.

Psychiatric problems in the first year after mastectomy.

Br Med J 1 (1978) 963-965

Maguire P.

Monitoring the quality of life in cancer patients and their relatives. In: Cancer assessment and monitoring.

Pfizer Symposium, Edinburgh 1980

Margolis GJ, Goodman R.

Psychological factors in women choosing radiation therapy for breast cancer.

Psychosomatics 25 (1984) 464-469

Metzger LF, Rogers TF, Bauman LJ.

Effects of age and marital status on emotional distress after a mastectomy.

J Psychosoc Oncol 1 (1983) 17-33

Meyer L, Aspegren K.

Long term psychological sequelae of mastectomy and breast conserving treatment for breast cancer.

Acta Oncol 28 (1989) 13-18

Meyerowitz BE.

Psychosocial correlates of breast cancer and its treatment.

Psychological Bulletin 87 (1980) 108-131

Milz H.

Ganzheitlich-psychosomatische Aspekte des operativen Organverlustes.

Zentrbl Gynäkol 114 (1992) 395-402

Morris T, Greer HS, White P.

Psychological and social adjustment to mastectomy. A two-year follow-up study.

Cancer 40 (1977) 2381-2387

Morris T.

Psychological adjustment to mastectomy.

Cancer Treat Rev 6 (1979) 41-61

Muthny FA, Koch U.

Psychosoziale Situation und Reaktion auf lebensbedrohliche Erkrankung - ein Vergleich von Brustkrebs- und Dialyse-Patientinnen.

Psychother Med Psychol 34 (1984) 287-295

Muthny FA, Koch U, Spaete M.

Psychosoziale Auswirkungen der Mastektomie und Bedarf an psychosozialer Versorgung - eine empirische Untersuchung mit Mammakarzinompatientinnen.

Psychother med Psychol 36 (1986) 240 - 249

Muthny FA, Koch U, Stump S.
Quality of life in oncology patients.
Psychother Psychosom 54 (1990) 145-160

Naysmith A, Hinton JM, Meredith R, Marks MD, Berry RJ.
Surviving malignant disease. Psychological and family aspects.
Br J Hosp Med (1983) 22-27

Neuhaus W.
Psychosomatische Aspekte bei der operativen Behandlung des Mammakarzinoms.
Gynäkol Prax 16 (1992) 131-137

Neuhaus W, Lanij B, Ahr A, Bolte A.
Krankheitsverarbeitung bei Mammakarzinom-Patientinnen.
Geburtsh u Frauenheilk 54 (1994) 564-568

Northouse LL.
The impact of cancer in women on the family.
Cancer Pract 3 (1995) 134-142

Nuehring EM, Barr WE.
Mastectomy: impact on patients and families.
Health and Social Work (1980) 51-58

Omne-Pontèn M, Holmberg L, Burns T, Adami HO, Bergström R.
Determinants of the psycho-social outcome after operation for breast cancer. Results of a prospective comparative interview study following mastectomy and breast conservation.
Eur J Cancer 28 (1992) 1062-1067

Perrez M, Wittig R, Tschopp C.
Stimmung und Körperbefinden von Frauen nach der Mammakarzinomoperation.
Psychother med Psychol 41 (1991) 6-10

Pettingale KW.
Coping and cancer prognosis.
J Psychosom Res 28,5 (1984) 363-364

Pozo C, Carver CS, Noriega V, Harris S, Robinson DS, Ketcham AS, Legaspi A, Moffat FL, Clark KC.
Effects of mastectomy versus lumpectomy on emotional adjustment to breast cancer: a prospective study of the first year postsurgery.
J Clin Oncol 10 (1992) 1292-1298

Prohaska M, Sellschopp A.
Untersuchung der Belastung und Bewältigung bei Partnern krebskranker Patienten.
Psychother Psychosom med Psychol 45 (1995) 243-252

Renneker R, Cutler M.
Psychological problems of adjustment to cancer of the breast.
JAMA 148 (1952) 833-838

Riehl-Emde A, Buddeberg C, Muthny FA, Landolt-Ritter C, Steiner R, Richter D.
Ursachenattribution und Krankheitsbewältigung bei Patientinnen mit Mammakarzinom.
Psychother med Psychol 39 (1989) 232-238

Rocheferdière A de la, Abner AL, Silver B, Vicini F, Recht A, Harris JR.
Are cosmetic results following conservative surgery and radiation therapy for early breast cancer dependent on technique?
Int J Rad Oncol Biol Phys 23 (1992) 925-931

Roder JD, Herschbach P, Ritter M, Kohn M, Sellschopp A, Siewert JR.
„Lebensqualität“ nach Ösophagektomie.
Dtsch med Wschr 115 (1990) 570-574

Romsdahl MM, Montague ED, Ames FC, Richards PC, Schell SR.
Conservation surgery and irradiation as treatment for early breast cancer.
Arch Surg 118 (1983) 521-528

Rowland JH, Holland JC, Chaglassian T, Kinne D.
Psychological response to breast reconstruction.
Psychosom 34 (1993) 241-250

Sanger CK, Reznikoff M.
A comparison of the psychological effects of breast-saving procedures with the modified radical mastectomy.
Cancer 48 (1981) 2341-2346

Schafmayer A, Osterloh B, Olschewski M, Willenbrock C, Gatzemeier W, Rauschecker H.
Lebensqualität nach operativen Eingriffen beim Mammakarzinom.
Chirurg 60 (1989) 458-463

Schain W, Edwards BK, Gorrell CR.
Psychosocial and physical outcomes of primary breast cancer therapy: Mastectomy vs excisional biopsy and irradiation.
Breast Cancer Res Treat 3 (1983) 377-382

Schain W, d'Angelo TM, Dunn ME, Lichter AS, Pierce LJ.
Mastectomy versus conservative surgery and radiation therapy. Psychosocial consequences.
Cancer 73 (1994) 1221-1228

Scherg H, Cramer I, Blohmke M.
Zur Altersabhängigkeit psychosozialer Faktoren und den möglichen Fehlschlüssen aus Fall-Kontroll-Studien in der Krebsforschung.
Psychother med Psychol 33 (1983) 107-110

Schnürich HG, Molinski H, Bender HG.
Lebensqualität in der gynäkologischen Onkologie.
Gynäkologe 21 (1988) 323-327

Schwarz R, Flechtner H, Kuchler T, Bernhard J, Hürny C.
Konsensus-Konferenz. Erfassung von Lebensqualität in der Onkologie.
Dt Krebsgesellschaft 3 (1990) 7 -10

Schwendner R.
Erfolgorientierung, soziale Kompetenz und Stressreaktion. Empirische Studie zu Stress und Coping-Verhalten von Gesunden und somatisch erkrankten Patienten.
Dissertation München, 1986

Sellschopp A.
Psychosoziale Aspekte zu Beginn und Verlauf einer Krebserkrankung.
Geburtsh u Frauenheilk 52 (1992) 77-80

Sinsheimer LM, Holland JC.
Psychological issues in breast cancer.
Sem Oncol 14 (1987) 75-82

Sjögren B, Uddenberg N.
Questionnaire and interview methods in psycho-social research.
J Psychosom Obstet Gynecol 10 (1989) 158 - 164

Sneeuw KC, Aaronson NK, Yarnold JR, Broderick M, Regan J, Ross G, Goddard A.
Cosmetic and functional outcomes of breast conserving treatment for early stage breast cancer.
Radiother Oncol 25 (1992) 160-166

Spiegel D, Bloom J.
Group therapy and hypnosis reduce metastatic breast carcinoma pain.
Psychosom Med 45 (1983) 333-339

Spiegel D.
Effects of psychological treatment on survival of patients with metastatic breast cancer.
Lancet 14 (1989) 888-891

Stanton AL, Snider PR.
Coping with a breast cancer diagnosis: a prospective study.
Health Psychol 12 (1993) 16-23

Steinberg MD, Juliano MA, Wise L.
Psychological outcome of lumpectomy versus mastectomy in the treatment of breast cancer.
Am J Psychiat 142 (1985) 34-39

Taylor SE, Lichtman RD, Wood J.
Illness-related and treatment-related factors in psychological adjustment to breast cancer.
Cancer 55 (1985) 2506-2513

Testa MA, Simonson DC.
Assessment of Quality-Of-Life Outcomes.
New Engl J Med; 334, 1996: 835- 840

Thoits PA.
Social support as coping assistance.
J Consult Clin Psychol 54 (1986) 416-423

Troidl H.
Lebensqualität: ein relevantes Zielkriterium in der Chirurgie.
Chirurg 60 (1989) 445-449

Van Dam FSAM, Aaronson NK.
Quality of life and cancer treatment.
J Drug Ther Res 13 (1988) 173-175

Veronesi U, Saccozzi R, Del Vecchio M.
Comparing radical mastectomy with quadrantectomy, axillary dissection and radiotherapy in patients with small cancers of the breast.
N Engl J Med 305 (1981) 6-11

- Weisman AD.
Early diagnosis of vulnerability in cancer patients.
Am J Med Sci 271 (1976) 187-196
- Welch-McCaffrey D, Hoffman B, Leigh S, Loescher L, Meyskens F.
Surviving adult cancer. Part II: psychosocial implications.
Ann Intern Med 111 (1989) 517-524
- Wellisch DK, Jamison KR, Pasnau RO.
Psychological aspects of mastectomy. II. The man's perspective.
Am J Psychiat 135 (1978) 543-546
- Wenderlein JM.
Die weibliche Brust.
Sexualmedizin 4 (1978) 307-311
- Wolberg WH, Romsaas EP, Tanner MA, Malec JF.
Psychosexual adaptation to breast cancer surgery.
Cancer 63 (1989) 1645-1655
- Woods N, Earp JA.
Women with cured breast cancer. A study of mastectomy patients in North Carolina.
Nurs Res 27 (1978) 279-285
- Zerssen D von, Koeller DM.
Die Beschwerdenliste - Manual, Weinheim, Beltz Verlag 1975
- Zerssen D von.
Beschwerdenskalen bei Depressionen.
Therapiewoche 46 (1973) 4426-4440
- Zerssen D von.
Körperliche und Allgemeinbeschwerden als Ausdruck seelischer Gestörtheit.
Therapiewoche 31 (1981) 865-876
- Ziegler G, Pulwer R, Koloczek D.
Psychische Reaktionen und Krankheitsverarbeitung bei Tumorpatienten - erste Ergebnisse einer empirischen Untersuchung.
Psychother med Psychol 34 (1984) 44-49

8 Verzeichnis der Tabellen und Abbildungen

Tabelle 1: Gründe für die Nichtaufnahme in die Studie	14
Tabelle 2: Aufnahme/Nichtaufnahme in die Studie nach Therapieverfahren	14
Tabelle 3: Verteilung der Patientinnen nach Dignität der Erkrankung und operativem Vorgehen	15
Tabelle 4: Onkologische Charakterisierung der Patientinnen mit malignen Brusterkrankungen	16
Tabelle 5: Verteilung der Patientinnen nach soziodemographischen Merkmalen	19
Tabelle 6: Krankschreibungen in den letzten zwei Jahren	20
Tabelle 7: Krankenhausaufenthalte in den letzten fünf Jahren	20
Tabelle 8: Bedarf an medizinischer Behandlung im letzten Vierteljahr vor der Befragung	21
Tabelle 9: Regelmäßige Einnahme von Medikamenten	21
Tabelle 10: Ausschlaggebender Grund zur Wahl des Therapieverfahrens	22
Tabelle 11: Rangreihe der Mittelwerte des nach den Erwartungen und Erfüllung dieser Erwartungen an die brusterhaltende Therapie gebildeten Punkte-Scores	25
Tabelle 12: Mittelwertvergleich der über die Erwartungen an die brusterhaltende Therapie gebildeten Punktescores nach Operationstechnik	26
Tabelle 13: Mittelwertvergleich der über die Erfüllung der Erwartungen an die brusterhaltende Therapie gebildeten Punktescores nach Operationstechnik	26
Tabelle 14: Mittelwertdifferenzen der über die Erfüllung der Erwartungen an die brusterhaltende Therapie gebildeten Punktescores nach Operationstechnik bei Patientinnen mit brusterhaltender Operation	27
Tabelle 15: Befürchtungen hinsichtlich des kosmetischen Ergebnisses bei Patientinnen mit brusterhaltender Therapie	28
Tabelle 16: Subjektiv empfundene Unterschiede zwischen der operierten und der gesunden Brust	29
Tabelle 17: Zufriedenheit mit dem kosmetischen Ergebnis der Operation	30
Tabelle 18: Probleme der Patientinnen bezüglich der operierten Brust	30
Tabelle 19: Zufriedenheit mit der Nachsorge	31
Tabelle 20: Einschätzung der Information über Erkrankung und Behandlung	32
Tabelle 21: Wunsch nach gezielteren Informationen über Behandlungsmöglichkeiten und deren Folgen	32

Tabelle 22: Wunsch nach mehr Unterstützung bei der Besprechung seelischer Probleme mit einem Arzt, Psychologen oder Psychotherapeuten	33
Tabelle 23: Wunsch nach mehr Unterstützung bei Arbeitsplatzwechsel / Umschulung / Rentenfragen	34
Tabelle 24: Wunsch nach mehr Unterstützung in Form von Patientengruppen zur gemeinsamen Besprechung seelischer Probleme unter Leitung eines Arztes, Psychologen oder Psychotherapeuten	35
Tabelle 25: Wunsch nach mehr Unterstützung in Form von Selbsthilfegruppen	35
Tabelle 26: „Gewichtete Zufriedenheit“: Summenmittelwerte der Angaben zur Lebenszufriedenheit (FLZ-Summenscore).....	36
Tabelle 27: „Gewichtete Zufriedenheit“ in einzelnen Bereichen bei Patientinnen mit gut- und bösartigen Brusterkkrankungen im Vergleich zu Ösophaguskarzinompatienten und einer repräsentativen Stichprobe der Normalbevölkerung	38
Tabelle 28: Korrelationsanalyse unabhängiger Variablen mit dem FLZ-Summenscore	39
Tabelle 29: Mittelwertvergleiche der FLZ-Summenscores bei Patientinnen mit bösartiger Brusterkkrankung der nach verschiedenen Variablen gebildeten Untergruppen	40
Tabelle 30: Mittelwertvergleiche der FLZ-Summenscores nach regelmäßiger Einnahme verschiedener Medikamente gebildeten Untergruppen	40
Tabelle 31: Summenmittelwerte der Beschwerdenliste der Gruppen 1 bis 5 im Vergleich zu Ösophaguskarzinompatienten, einer repräsentativen Stichprobe der Bevölkerung und einer psychiatrischen Vergleichsgruppe	41
Tabelle 32: Korrelationsanalyse unabhängiger Variablen mit dem BL-Summenscore.....	43
Tabelle 33: Untergruppenvergleiche nach den Variablen Partnerschaft, Religiosität und positiver Einfluss der Erkrankung bezüglich Beschwerdenliste-Summenscores bei Patientinnen mit bösartigen Erkrankungen	43
Tabelle 34: Mittelwertvergleiche der Beschwerdenliste-Summenscores nach regelmäßiger Einnahme verschiedener Medikamente gebildeten Untergruppen	44
Tabelle 35: Verteilung der Antworten auf die Frage: Wie leicht fällt es Ihnen, sich unbekleidet im Spiegel zu betrachten?	45
Tabelle 36: Antworten auf die Fragen nach verstärkter Hemmung, sich unbekleidet anderen zu zeigen	46
Tabelle 37: Mittelwertvergleiche verschiedener Punktescores psychosozialer und psychoemotionaler Variablen nach einem gestörten Körperbild	47
Tabelle 38: Anteil der Patientinnen in einer festen Beziehung	48
Tabelle 39: Zufriedenheit mit der Partnerschaft	48
Tabelle 40: Mit dem Partner verbrachte Zeit im Vergleich vor der Operation	49
Tabelle 41: Einschätzung des vom Partner gezeigten Verständnisses	49

Tabelle 42: Einschätzung der Zufriedenheit des Partners mit dem kosmetischen Ergebnis der Operation	50
Tabelle 43: Einschätzung der Belastung des Partners	50
Tabelle 44: Häufigkeit der sexuellen Kontakte seit der Brustoperation	51
Tabelle 45: Veränderung des Bekanntenkreises nach der Brustoperation	52
Tabelle 46: Kontakt zu Freunden und Bekannten seit der Brustoperation	52
Tabelle 47: Offenheit im Bekanntenkreis seit der Brustoperation	52
Tabelle 48: Veränderungen in Freizeitaktivitäten seit der Brustoperation	53
Tabelle 49: Veränderung der Leistungsfähigkeit seit der Brustoperation	53
Tabelle 50: Zurechtkommen mit der Behandlung zum Zeitpunkt der Befragung.....	55
Tabelle 51: Zurechtkommen mit der Behandlung vier Wochen nach der Operation (retrospektive Bewertung zum Zeitpunkt der Befragung)	56
Tabelle 52: Zurechtkommen mit der Behandlung ein halbes Jahr nach der Operation (retrospektive Bewertung zum Zeitpunkt der Befragung)	56
Tabelle 53: Anwendung von Krankheitsverarbeitungsstrategien bei Patientinnen mit bösartiger Brusterkrankung nach Punktescore-Mittelwerten	59
Tabelle 54: Informationen über Erkrankung und Behandlung suchen	61
Tabelle 55: Nicht-wahrhaben-Wollen	61
Tabelle 56: Wunschdenken und Tagträume	61
Tabelle 57: Aktive Anstrengung zur Lösung der Probleme	61
Tabelle 58: Gefühle unterdrücken und Selbstbeherrschung	61
Tabelle 59: Entschlossen gegen die Krankheit ankämpfen	61
Tabelle 60: Besserung der Stimmung durch Alkohol oder Beruhigungsmittel	62
Tabelle 61: Versuch, Ablenkung zu finden	62
Tabelle 62: sich damit zu trösten, dass es andere noch schlimmer getroffen hat	62
Tabelle 63: Hilfe anderer in Anspruch nehmen	62
Tabelle 64: Schicksalsergebenheit	62
Tabelle 65: Korrelationsanalyse des Bewältigungsverhaltens mit dem Summenscore der „Beschwerdenliste“ und den „Fragen zur Lebenszufriedenheit“	63
Tabelle 66: Korrelationsanalyse von Alter und Schulbildung mit dem Bewältigungsverhalten.....	64

Abbildung 1: Ausschlaggebender Grund zur Wahl des Therapieverfahrens	23
Abbildung 2: Mittelwertsvergleich der nach Erwartungen und Erfüllung dieser Erwartungen an die brusterhaltende Therapie gebildeten Punktescores in den Gruppen 3 und 4	24
Abbildung 3: „Gewichtete Zufriedenheit“ (FLZ-Score) der Gruppen 1 bis 5 nach Summenmittelwerten im Vergleich zu Ösophagus-karzinompatienten und einer repräsentativen Stichprobe der Normalbevölkerung	37
Abbildung 4: Summenmittelwerte der Beschwerdenliste der Gruppen 1 bis 5 mit Ösophaguskarzinompatienten, einer repräsentativen Stichprobe der Bevölkerung und einer psychiatrischen Vergleichsgruppe	42
Abbildung 5: Einschätzung der Schwierigkeit, sich unbekleidet im Spiegel zu betrachten	45
Abbildung 6: Antworten auf die Frage nach verstärkter Hemmung, sich unbekleidet anderen zu zeigen	46
Abbildung 7: Zurechtkommen mit der Behandlung im zeitlichen Verlauf in den einzelnen Therapie-Gruppen nach Mittelwerten der über die Ratingskala errechneten Punktescores.....	57
Abbildung 8: Krankheitsverarbeitung bei Patientinnen mit bösartiger Brusterkrankung in der Reihenfolge der Intensität ihrer Inanspruchnahme nach Punktescore-Mittelwerten ..	60

9 Anhang

Fragebogen für Patientinnen nach einer brusterhaltenden Operation

1. Alter Jahre

2. Haben Sie einen festen Partner ?
 ja
 nein

3. Sind Sie?
 ledig
 verheiratet
 verwitwet
 geschieden
 getrennt

4. Leben Sie zur Zeit allein oder mit anderen Personen zusammen ?
 allein
 mit anderen Personen zusammen
mit

5. Anzahl der Kinder

6. Welche Konfession haben Sie ?
 katholisch
 evangelisch
 andere
 keine

7. Sind Sie bewusst religiös ?
 ja
 nein

8. Schulabschluss

- Hauptschule ohne Abschluss
- Hauptschule mit Abschluss
- Mittlere Reife
- Mittlere Reife und Lehrabschluss
- Fachabiur
- Fachabitur und Fachhochschule
- Abitur
- Abitur und Studium

9. Welche berufliche Tätigkeit üben Sie zur Zeit aus ?

.....

10. Wie sind Sie zur Zeit beschäftigt ?

- voll berufstätig
- teilzeitbeschäftigt
- arbeitslos
- sonstiges

11. Falls Sie arbeitslos: seit wie vielen Wochen ?

seit Wochen

12. Falls Sie zur Zeit krankgeschrieben sind: seit wie vielen Wochen ?

seit Wochen

13. Wie lange waren Sie in den letzten zwei Jahren insgesamt krank geschrieben ?

..... Wochen

14. Wie lange waren Sie in den letzten fünf Jahren insgesamt im Krankenhaus oder in einer Klinik ?

..... Wochen

15. Beruf des Partners ?

.....

16. Wo leben Sie ?

- Dorf
- Kleinstadt unter 25000 Einwohner
- mittlere Stadt bis 100000 Einwohner
- Großstadt über 100000 Einwohner

17. Wie kam es zur Entscheidung für die brusterhaltende Therapie ?

- eigener Wunsch (1)
- Vorschlag der Ärzte (2)
- Rat des Partners (3)
- Sonstiges (4)

.....

Bitte geben Sie eine Rangfolge der unter (1) bis (4) angegebenen Punkte nach ihrer Wichtigkeit für die Entscheidung an : ()...()...()...

18. Wie stark waren folgende Hoffnungen oder Erwartungen an die brusterhaltende Therapie (im Vergleich zur Entfernung der gesamten Brust) ausgeprägt ?

	nicht	wenig	mittel- stark	stark	sehr stark
Weitestgehende körperliche Vollkommenheit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sich immer noch als vollwertige Frau fühlen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Besseres Selbstwertgefühl	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Höhere Attraktivität	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Erhalt/Verbesserung der Partnerbeziehung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Erhalt/Verbesserung der Sexuellen Beziehung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Keine Notwendigkeit einer Brustprothese	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Freie Wahl der Kleidung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

19. Inwieweit wurden Ihre Hoffnungen/Erwartungen in bezug auf die angegebenen Punkte erfüllt ?

	nicht	wenig	mittel- stark	stark	sehr stark
Weitestgehende körperliche Vollkommenheit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sich immer noch als vollwertige Frau fühlen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Besseres Selbstwertgefühl	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Höhere Attraktivität	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Erhalt/Verbesserung der Partnerbeziehung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Erhalt/Verbesserung der sexuellen Beziehung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Keine Notwendigkeit einer Brustprothese	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Freie Wahl der Kleidung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

20. Welche Befürchtungen hatten Sie im Hinblick auf das kosmetische Ergebnis ?

- Veränderung der Brustgröße
- Konturveränderung
- Verziehung der Brustwarze
- Narbenbildung
- Veränderung der Haut
- Veränderung der Berührungsempfindlichkeit
- keine Befürchtungen

21. Gibt es Situationen, in denen Ihnen die operierte Brust Probleme bereitet ?

- beim Liegen auf dem Bauch
- bei der Arbeit
- beim Tragen bestimmter Kleidung
- beim Anlegen des Sicherheitsgurtes
- sonstige Probleme

22. Wenn Sie heute Ihre operierte Brust mit der gesunden vergleichen, wie empfinden Sie die angegebenen Punkte ?

	schlechter	gleich	besser
Schönheit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Konsistenz/Weichheit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Berührungs- empfindlichkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Größe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Form/Kontur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Brustwarze	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hautfarbe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

23. Wie zufrieden sind Sie mit dem kosmetischen Ergebnis der Operation ?

- sehr unzufrieden
- unzufrieden
- teils/teils
- zufrieden
- sehr zufrieden

24. Wünschen Sie eine Korrektur der operierten Brust ?

- ja welche ?
- nein

25. Würden Sie sich einmal für dieselbe Operation entscheiden?

- ja
- nein , warum nicht ?

.....

26. Wie gut fühlen Sie sich über die Erkrankung und Behandlung informiert ?

- überhaupt nicht
- wenig
- ausreichend
- gut
- sehr gut

27. In welcher Form halten Sie mehr Unterstützung für Patientinnen für erforderlich ?

	nicht	wenig	mittel- stark	stark	sehr stark
Gezieltere Information über Behandlungsmöglichkeiten und ihre Folgen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Besprechung seelischer Probleme mit einem Arzt, Psychologen, Psychotherapeuten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Unterstützung bei Arbeitsplatzwechsel, Umschulung, Rentenfragen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Patientengruppen zur gemeinsamen Besprechung seelischer Probleme unter Leitung durch einen Arzt, Psychologen, Psychotherapeuten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Patientengruppen ohne Leitung (sog. Selbsthilfegruppen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

28. Gehen Sie regelmäßig zu Nachsorgeuntersuchungen ?

- ja
- nein

29. Wie zufrieden sind Sie mit der Nachsorge ?

- sehr unzufrieden
- unzufrieden
- teils/teils
- zufrieden
- sehr zufrieden

30. Hatten Sie bisher ein Rezidiv ?

- ja wann ?.....
- nein

31. Sind Sie momentan/im letzten Vierteljahr (Mehrfachangaben möglich) in

- medizinischer
- chemotherapeutischer
- strahlentherapeutischer
- hormoneller
- homöopathisch/naturheilkundlicher Behandlung

32. Haben Sie in den letzten 6 Monaten regelmäßig Medikamente eingenommen (Mehrfachnennungen möglich)?

- gegen Schmerzen
- zum Schlafen
- zur Beruhigung
- andere
- keine

Bei den folgenden Fragen geht es darum, wie zufrieden Sie mit Ihrem Leben und mit einzelnen Aspekten Ihres Lebens sind. Außerdem sollen Sie angeben, wie wichtig einzelne Bereiche für Ihre Zufriedenheit und Ihr Wohlbefinden sind.

Lassen Sie sich nicht davon beeinflussen, ob Sie sich im Augenblick gut oder schlecht fühlen, sondern versuchen Sie, bei der Beurteilung die **letzten vier Wochen** zu berücksichtigen.

Bitte beantworten Sie alle Fragen, auch diejenigen, die scheinbar nicht auf Sie zutreffen: Wenn Sie z.B. keinen Partner haben, können Sie bei der Frage nach der „Partnerschaft“ trotzdem angeben, wie wichtig Ihnen das wäre und wie zufrieden Sie mit der derzeitigen Situation (ohne Partner) sind.

Bitte kreuzen Sie zunächst an, **wie wichtig** jeder einzelne Bereich für Ihre Zufriedenheit insgesamt ist. Bevor Sie beginnen, schauen Sie bitte erst alle Bereiche an.

33. Wie wichtig ist (sind) für Sie

	Nicht wichtig	Etwas wichtig	Ziemlich wichtig	Sehr wichtig	Extrem wichtig
Freunde/Bekannte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Freizeitgestaltung/ Hobbys	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gesundheit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Einkommen/finanzielle Situation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Beruf/Arbeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wohnsituation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Familienleben/Kinder	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Partnerschaft/ Sexualität	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Bitte kreuzen Sie nun an, **wie zufrieden** Sie in den einzelnen Lebensbereichen sind.

Wie zufrieden sind Sie mit

	un- zufrieden	eher un- zufrieden	eher zufrieden	ziemlich zufrieden	sehr zufrieden
Freunde/Bekannte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Freizeitgestaltung/ Hobbys	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gesundheit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Einkommen/finanzielle Situation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Beruf/Arbeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wohnsituation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Familienleben/Kinder	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Partnerschaft/ Sexualität	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wie zufrieden sind Sie mit Ihrem Leben insgesamt wenn Sie alle Aspekte zusammennehmen ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Gab es in dem beurteilten Zeitraum (von vier Wochen) ein wichtiges Ereignis, das Ihre Lebenszufriedenheit insgesamt verändert hat ?

- nein
- ja

wenn ja, welches ?.....

34. Wie stark leiden bzw. litten Sie im einzelnen unter den folgenden Symptomen ?

	stark	mäßig	kaum	gar nicht
Kloßgefühl, Enge oder Würgen im Hals	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kurzatmigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schwächegefühl	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schluckbeschwerden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stiche, Schmerzen oder Ziehen in der Brust	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Druck- oder Völlegefühl im Leib	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mattigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Übelkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sodbrennen oder saures Aufstoßen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Reizbarkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Grübeleien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Starkes Schwitzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kreuz- oder Rückenschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Innere Unruhe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schweregefühl bzw. Müdigkeit in den Beinen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Unruhe in den Beinen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Überempfindlichkeit gegen Wärme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Überempfindlichkeit gegen Kälte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Übermäßiges Schlafbedürfnis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schlaflosigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schwindelgefühl	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zittern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nacken- oder Schulterschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gewichtsabnahme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

35. Wie schwer fällt es Ihnen heute, sich unbekleidet im Spiegel zu betrachten ?
- leicht
 - nicht schwer
 - schwer
 - sehr schwer
36. Haben Sie seit der Brustoperation mehr Hemmungen, sich unbekleidet anderen zu zeigen (z.B. Sauna, Freibad)?
- ja
 - nein
37. Gab es seit der Brustoperation wichtige Veränderungen in der Partnerschaft und in der Form des Zusammenlebens ?
- ja welche ?
 - nein
38. Leben Sie zur Zeit in einer festen Beziehung ?
- ja
 - nein
39. Wie zufrieden sind Sie insgesamt mit Ihrer Partnerschaft im Vergleich zu der Zeit vor der Brustoperation ?
- sehr unzufrieden
 - unzufrieden
 - teils/teils
 - zufrieden
 - sehr zufrieden
40. Wieviel Zeit verbringen Sie gemeinsam mit ihrem Partner im Vergleich zu der Zeit vor der Brustoperation ?
- viel weniger
 - weniger
 - unverändert
 - mehr
 - viel mehr
41. Inwieweit zeigt Ihr Partner Verständnis/Mitgefühl für Ihre Situation ?
- überhaupt nicht
 - etwas
 - deutlich
 - stark
 - sehr stark

42. Wie zufrieden ist Ihr Partner mit dem Ergebnis der Operation ?

- sehr unzufrieden
- unzufrieden
- teils/teils
- zufrieden
- sehr zufrieden

43. In welchem Maße ist Ihr Partner durch die Folgen Ihrer Erkrankung belastet ?

- überhaupt nicht
- etwas
- deutlich
- stark
- sehr stark

44. Hat sich die Häufigkeit sexueller Kontakte seit der Brustoperation verändert ?

- überhaupt nicht
- häufiger
- seltener

Falls sich sexuelle Kontakte verändert haben, worauf führen Sie das zurück ?

- eigenes Interesse
- veränderte Bedürfnisse
- Interesse des Partners
- sonstige Gründe

45. Hat sich Ihr Bekanntenkreis seit der Brustoperation verändert ?

- etwas
- deutlich
- stark
- sehr stark

46. Wie hat sich Ihr Bekanntenkreis verändert ?

- größer geworden
- gleich geblieben
- kleiner geworden

47. Wieviel Kontakt haben Sie zu Ihren Freunden /Bekanntem ?

- keinen
- seltener
- unverändert
- häufiger

48. Hat sich die Offenheit in Ihrem Bekanntenkreis seit der Brustoperation verändert ?

- überhaupt nicht
- größer geworden
- weniger geworden

49. Wie stark haben sich Ihre Freizeitaktivitäten (z.B. Besuche, Kino, etc.) verändert ?

- überhaupt nicht
- etwas mehr geworden
- deutlich mehr geworden
- etwas weniger geworden
- deutlich weniger geworden

Gibt es dafür Gründe ?.....

50. Hat sich Ihre Leistungsfähigkeit in Haushalt/Beruf durch die Krankheit verändert ?

- überhaupt nicht
- etwas vermehrt
- deutlich vermehrt
- etwas vermindert
- deutlich vermindert

51. Welche Folgen entstanden dadurch für den beruflichen Bereich ?

- verstärkte Mithilfe anderer erforderlich
- Stellenwechsel mit finanziellen /Statuseinbußen
- Stellenwechsel ohne finanziellen /Statuseinbußen
- reduzierte Arbeitszeit
- Umschulung
- Rente
- verbesserte Effektivität
- Aufstieg in der Karriere
- keine Veränderungen

52. Wie gut kommen bzw. kamen Sie mit der Behandlung zurecht ?

	sehr schlecht	schlecht	mittel	Gut	sehr gut
Jetzt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
In den ersten vier Wochen nach der Operation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ca.6 Monate nach der Operation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

53. Was hat Ihnen bei der Bewältigung Ihrer Erkrankung am meisten geholfen ?

.....

54. Welche Personen haben Ihnen bei der Bewältigung Ihrer Erkrankung am meisten geholfen ?

.....

55. Hatte die Brustkrankung in irgendeiner Hinsicht positive Einflüsse auf Ihr Leben bzw. auf einzelne Lebensbereiche ?

.....

56. Geben Sie bitte an, wie Sie versuchen, mit Ihren aktuellen körperlichen und seelischen Belastungen fertigzuwerden. In welchem Maße wenden Sie die folgenden Bewältigungsformen an ?

	nicht	wenig	mittel- stark	stark	sehr stark
Informationen über Erkrankung und Behandlung suchen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nicht-Wahrhaben-Wollen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wunschdenken und Tagträumen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
aktive Anstrengung zur Lösung der Probleme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gefühle unterdrücken, Selbstbeherrschung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Besserung der Stimmung durch Alkohol oder Beruhigungsmittel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
entschlossen gegen die Erkrankung ankämpfen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Versuch, Ablenkung zu finden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
sich damit trösten, dass es andere noch schlimmer getroffen hat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hilfe anderer in Anspruch nehmen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schicksalsergebenheit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

10 Danksagung

Für die Überlassung des Themas, für Ihre Hilfen und Anregungen danke ich besonders Frau Dr. C. Höß.

Für die Möglichkeit an der Frauenklinik der TU München zu arbeiten, danke ich Herrn Professor H. Graeff.

Allen Patientinnen möchte ich danken für die Bereitschaft an einer solchen Befragung teilzunehmen.

Ein herzliches Dankeschön möchte ich auch Frau Dipl. Math. M. Busch und Frau U. Hofmann für ihre Unterstützung bei statistischen Fragestellungen aussprechen.

Meiner Familie will ich nicht zuletzt besonders danken für all die Unterstützung während meiner Ausbildung.