

**Kurzfassung des Studienendberichts
zum Projekt**



**Case Management in der sektorenübergreifenden
Versorgung für Frauen mit Brustkrebs**

(Stand November 2005)

beta Institut

Institut für angewandtes Gesundheitsmanagement
Entwicklung und Forschung in der Sozialmedizin
Kobelweg 95
86156 Augsburg

Finanzierung:

Bayerisches Staatsministerium für Umwelt, Gesundheit und Verbraucherschutz

Implementierung und Durchführung der Begleitstudie:

Berta Brell
Maria Brinz
Andrea Dankert
Horst Erhardt (Projektleitung und Geschäftsführung des beta Instituts)
Gudrun Fackler
Ramona Fest
Anna Grochocka
Gabriele Kraus-Wegmann
Edith Martinec
Nicole Pfeilschifter
Gisela Pillhofer
Manuela Röhrle
Dr. Christa Rottscheidt (Projektleitung)
Dr. Jacqueline Sagasser
Heidi Scheer
Alexandra Schneider
Britta Schramm
Andrea Thorenz (Projektleitung)

Wissenschaftliche Kooperationspartner des Studienprojektes:

Prof. Dr. Phil. Dr. med. Uwe Koch, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf,
Abteilung für Medizinische Psychologie;
Prof. Dr. Anita Pfaff, Universität Augsburg,
Institut für Volkswirtschaftslehre, Schwerpunkt Gesundheitsökonomie;
Prof. Dr. Axel Tuma, Universität Augsburg,
Lehrstuhl BWL, Forschungsschwerpunkt Gesundheits-Management;
Prof. Dr. Arthur Wischnik, Frauenklinik des Klinikum Augsburg.

Verantwortlich für den Endbericht:

Andrea Thorenz und Anna Grochocka

Anmerkung: Die vorliegende Kurzfassung richtet sich ausdrücklich an Leser, die sich einen komprimierten Überblick über das Studienprojekt mammaNetz verschaffen wollen. Der ausführliche Endbericht ist noch nicht publiziert.

Weitere Informationen:

Andrea Thorenz
Telefon 0821/45054-162
E-Mail andrea.thorenz@beta-institut.de

1 Studienprojekt mammaNetz: Ein Kurzbericht

Der vorliegende Bericht zeigt die ersten ausgewählten Ergebnisse aus den Befragungen von Brustkrebspatientinnen, die durch das mammaNetz (Begleit- und Orientierungsstelle für Frauen mit Brustkrebs) in Augsburg und mittels der Case-Management-Methode begleitet und betreut wurden.

Die Ergebnisse des Studienprojektes zeigen:

mammaNetz hilft den Brustkrebspatientinnen beim Umgang mit der Erkrankung und entlastet die Netzwerkpartner.

Der vorliegende Bericht gibt einen ersten Überblick über

1. die Theorie, die hinter mammaNetz steht,
2. den Patientenpfad von mammaNetz und über
3. die Studie, die das Modellprojekt 2002-2005 begleitete.

1.1 Wozu mammaNetz?

Das deutsche Gesundheitssystem befindet sich gegenwärtig in einem umfangreichen Umgestaltungsprozess, der vor dem Hintergrund zunehmender Ressourcenknappheit sowie feststellbarer Defizite in der Versorgungsqualität eingeleitet wurde. Zentraler Ansatzpunkt zur Optimierung von Effektivität und Effizienz des Gesundheitssystems ist die organisatorische und institutionelle Segmentierung der Versorgungsbereiche und Behandlungsprozesse. Die damit angesprochene **Schnittstellenproblematik** gefährdet dabei die Versorgungsqualität insbesondere von Patientinnen und Patienten, die komplexe und multiprofessionelle Behandlungspfade aufweisen, wie dies bei Patientinnen mit Brustkrebs der Fall ist.

Eine Methode zur Förderung der Integration des Behandlungsprozesses sowie - daraus resultierend - zur Effektivitäts- und Effizienzsteigerung stellt das Konzept des Case Managements (CM) dar: Case Management beschreibt hierbei die umfassende, patientenorientierte und integrierte (transsektorale) Organisation und Koordination des Behandlungs- und Versorgungsprozesses durch eine einzige, für den Patienten zentrale Ansprechperson, den Case Manager.

Brustkrebs ist die häufigste Krebserkrankung bei Frauen und mit 17,8 % aller weiblichen Krebstodesfälle auch die häufigste Krebstodesursache bei Frauen¹. In jedem Jahr erkranken in Deutschland ca. 47.500 Frauen und fast 18.000 sterben daran. Untersuchungen belegen, dass die primäre Diagnosestellung die Patientinnen in eine existenzielle Krise stürzt – die Frauen befinden sich in einem psychischen Ausnahmezustand², in dem die Betroffenen bisher kaum Hilfen erfahren haben. Internationale und nationale Studien belegen **Versorgungsdefizite** in der Betreuung von brustkrebskranken Frauen. Diese sind:

- **Unzureichende Informationen und schlechte Kommunikation von Seiten der Ärzte**
- **Unterstützungsbedarf vor allem in der Zeit der Diagnosestellung, vor und nach der Operation**
- **Mangelnde psychosoziale Nachsorge**
- **Wenig Sicherheit im Umgang mit der Erkrankung**

Um diese Versorgungsdefizite zu beheben wurde das Modellprojekt **mammaNetz 2002** vom beta Institut entwickelt. Das **Bayerische Staatsministerium** hat das Vorhaben im Rahmen der Gesundheitsinitiative „Bayern aktiv“ von Oktober 2002 bis Juli 2005 gefördert. Inhalt der Förderung waren:

- der Aufbau und die Implementierung einer Begleitstelle für Frauen mit Brustkrebs, die nach der Case Management Methode arbeitet (mammaNetz) sowie
- eine begleitende Machbarkeitsstudie.

Das Projekt wurde durch einen **Beirat** begleitet: Prof. Dr. Anita Pfaff, Institut für Volkswirtschaftslehre mit Schwerpunkt Gesundheitsökonomie der Universität Augsburg; Prof. Dr. Arthur Wischnik, Chefarzt des Brustzentrums Klinikum Augsburg; Prof. Dr. Axel Tuma, Lehrstuhl für Betriebswirtschaftslehre an der Universität Augsburg; Christa Tischer, Pflegedirektorin des Klinikums Augsburg, Dr. Adelheid Zörner-Würstle, Vorsitzende des Berufsverbandes der Ärzte; Markus Bessler, Bayerische Krebsgesellschaft München; Dr. Gerhard Kellner,

¹ Vgl. www.gbe-bund.de und www.krebsinfo.de

² Vgl. Jänel, Sing, Grochocka, Pfaff (2000): S. 24 f.

Diözöse Augsburg; Brigitte Meisinger, Patientinnenvertreterin; Dr. Jens Schneider, Apotheke am Königsplatz; Alfred Heigl, AOK Bayern, Jutta Reinstein, Techniker Krankenkasse.

1.2 Wie funktioniert mammaNetz? Die Case-Management-Methode

mammaNetz arbeitet nach der Case-Management-Methode.

Das übergeordnete Ziel von Case Management besteht darin, eine verbesserte Versorgungsqualität bei bestmöglichem Einsatz der zur Verfügung stehenden Ressourcen zu erreichen.

Um das Ziel zu erreichen, setzt das Case Management auf zwei Ebenen an, nämlich der Patienten und der Systemebene:

- kontinuierliche individuelle Betreuung der Patienten durch den Case Manager mit dem Einsatz der in dessen Umfeld vorhandenen Ressourcen
- Strukturierung des Behandlungspfades im Sinne einer optimalen Versorgung und Vernetzung der beteiligten Institutionen und Leistungserbringern

Die **Ablauforganisation des Case Managements**, welche auch als Regelkreis verstanden werden kann, ist durch zeitlich aufeinander folgende Phasen gekennzeichnet. Anhand der individuellen Bedürfnisse des Patienten und seiner Familie wird zu Beginn der Betreuung ein Maßnahmenplan erstellt, der im weiteren Verlauf kontinuierlich überprüft und evaluiert wird. Mit Hilfe dieser strukturierten Vorgehensweise wird die Komplexität dieser Unterstützung und Vernetzung reduziert.³ In Anlehnung an Moxley⁴ werden folgende Phasen unterschieden:⁵

1. **Intake:** In einem ersten Gespräch wird mit dem Patienten geklärt, ob überhaupt Case Management notwendig ist oder ob gezielte Informationen ausreichen.

³ Vgl. z. B. Neuffer (2002): S. 49, Wendt (2001): S. 96 ff.

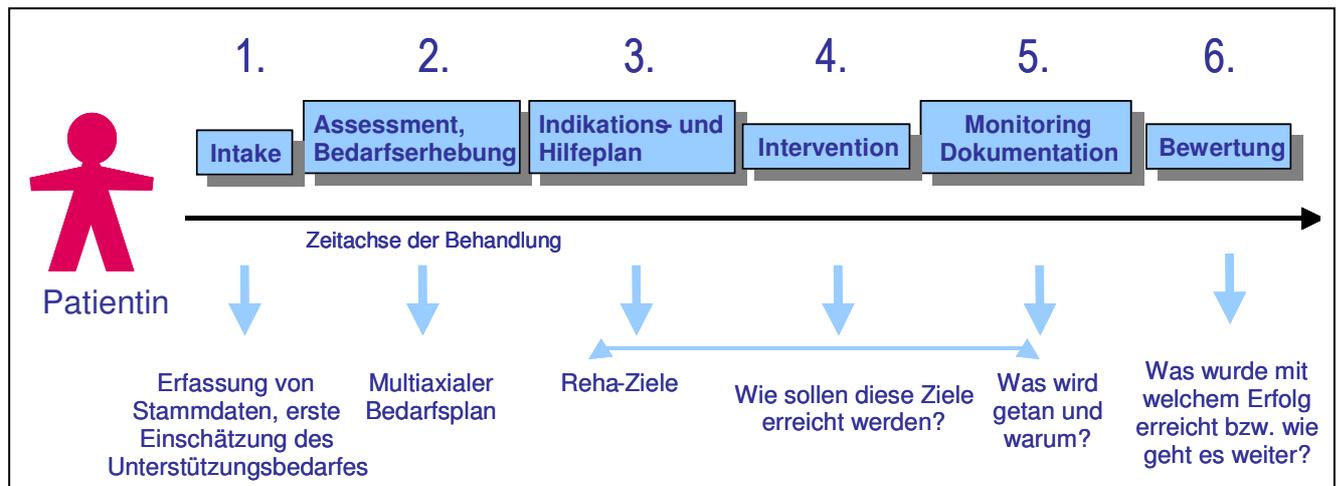
⁴ Auch wenn in der Literatur zum Teil unterschiedliche Begriffe für die Phasen des Case Managements verwendet werden, „so besteht doch die Einigkeit über seine Kernfunktionen“ (Wendt 2001, S. 97).

⁵ Vgl. Moxley (1997): S. 20 ff, Wendt (2001): S. 97, Porz (2003 a): S. 2.

2. **Assessment** (Bedarfserhebung): Multiaxiale Erfassung des individuellen Versorgungsbedarfs des Patienten, seiner aktuellen Situation sowie der zur Verfügung stehenden Bewältigungsressourcen.
3. **Indikations- und Hilfeplan**: Auf Grundlage des Bedarfs werden die individuellen Versorgungsziele definiert, die dazu notwendigen Maßnahmen geplant und die Aufgabenverteilung mit den jeweiligen Verantwortlichkeiten festgelegt.
4. **Intervention** (i. S. v. Durchführung): Die vereinbarten Maßnahmen werden durchgeführt – der Case Manager fungiert hierbei als Koordinator.
5. **Monitoring** (Überwachung und Dokumentation): Zeitgleich mit der Intervention beginnen die Kontrolle der Leistungserbringung und deren Dokumentation. Damit werden der Zielerreichungsgrad festgestellt, vorhandene Qualitätsmängel erkannt sowie Daten für den Leistungsnachweis und die Qualitätssicherung erfasst. Unter Umständen können hier diagnostizierte Mängel auch zu einer Revision des Hilfeplans führen (siehe Punkt 3.). Wenn z. B. aufgrund einer Veränderung in der persönlichen Situation der Patientin die Planungen überprüft und aktualisiert werden müssen, kann es während des Case-Management-Prozesses notwendig werden, auf bereits zurückliegende Schritte zurückzugreifen.
6. **Be- und Auswertung**: Abschließend wird über die Beendigung oder die Fortführung der Unterstützungsleistungen entschieden sowie der Interventionserfolg samt dem dafür benötigten Aufwand überprüft.

Der beschriebene Ablauf des Case Management beinhaltet somit jeweils schon eine durch die Beteiligten vorgenommene „Bewertung“ bzw. „Evaluation“ auf Mikroebene, d.h. für jedes der definierten Anliegen des Patienten, das bearbeitet wird (z.B. Organisation einer Haushaltshilfe; Beantragung einer Rehabilitationsmaßnahme), wird von Patientin und Case Managerin zeitnah überprüft, ob es erfolgreich abgeschlossen werden kann oder ob weitere Interventionen zur Erreichung des vereinbarten Zieles notwendig sind.

Abbildung1: Phasen des Case Managements



Quelle: Eigene Darstellung

1.3 Das mammaNetz: ein Überblick

mammaNetz Augsburg ist die **erste Begleit- und Orientierungsstelle für Frauen mit Brustkrebs** in Deutschland, die Betroffene nach der Case-Management-Methode sektorenübergreifend von der Diagnose bis zur Nachsorge begleitet, berät und informiert.

Das Modell mammaNetz ist dabei danach ausgerichtet, den Forderungen nach einer integrierten Versorgung nachzukommen, hinsichtlich

- einer **kontinuierlichen sektorenübergreifenden und patientenorientierten Begleitung**,
- einer **multiprofessionellen Vernetzung** zwischen ambulantem, stationärem sowie Akut-, Reha- und Gemeinwesenbereich,
- einer **Strukturierung, Dokumentation und somit Optimierung des Behandlungsprozesses**.

Die Adaptation des Case-Management-Modell für die Versorgung von Brustkrebspatientinnen wurde vorgenommen, um die Struktur- und Prozessdefizite und die daraus resultierenden Probleme in diesem Indikationsbereich zu reduzieren und zu beheben.

Die Case-Management-Begleitung von Brustkrebspatientinnen umfasst zwei Kernprozesse. Zum einen die **Einzelfallbegleitung der betroffenen Frauen** auf der Basis des Case-Management-Prozesses, zum anderen die **Gestaltung der Systemebene**, d.h. insbesondere die Vernetzung der am Behandlungsprozess beteiligten Behandler bzw. Leistungserbringer/Dienstleister.

Die genannten übergeordneten Zielsetzungen lassen sich auf der Ebene der Patientinnen, der Behandler und des Behandlungsprozesses konkretisieren. Dabei bestehen zentrale Ziele von mammaNetz darin:

- die Lebensqualität der Patientin zu verbessern,
- die psychische Stabilität der Patientin zu fördern,
- die aktive Mitarbeit der Patientin zu verbessern,
- die Selbstkompetenz der Patientin zu erhöhen,
- den Patientenpfad patientenorientiert, effektiv und effizient zu steuern und zu vernetzen.

Dies bedeutet insbesondere:

- den Informationsfluss zwischen den beteiligten Akteuren zu verbessern,
- den Leistungserbringern mehr Zeit für ihre Kernaufgaben zu geben,
- den häufigen Wechsel der Leistungserbringer zu reduzieren,
- notwendige therapeutische Maßnahmen zu initiieren,
- Doppelleistungen zu vermeiden,
- die Inanspruchnahme von nicht zielführenden Leistungen (aus Unsicherheit oder Unwissenheit oder „um alles für sich getan zu haben“) zu verhindern.

Interdisziplinarität

Interdisziplinarität ist zentral für die Arbeit von mammaNetz, da die Ziele der Begleitung durch die Kooperation der verschiedenen Disziplinen wesentlich effektiver verfolgt werden können. Diese wird dabei sowohl auf Ebene der Begleitstelle selber (durch ein multiprofessionelles Mitarbeiterteam aus onkologisch erfahrenen Krankenschwestern, Sozialpädagoginnen, einer Gynäkologin, einer Psychologin, einer Seelsorgerin sowie einer Verwaltungsmitarbeiterin) als auch auf Ebene der Netzwerk- und Kooperationspartner (durch Vernetzung mit den verschiedenen, am Behandlungsprozess beteiligten Professionen) realisiert. Um das letztere zu erreichen, wurde in drei Jahren ein sektorenübergreifendes Netzwerk

aufgebaut und gepflegt, und zwar mit ca. **250 Einrichtungen** aus dem Augsburger Raum. Neben dem Klinikum Augsburg und anderen Kliniken der Region sind das niedergelassene Ärzte (davon **42 gynäkologischen Praxen**), Reha-Kliniken, Therapeuten, Beratungsstellen, Selbsthilfegruppen, Sanitätshäuser, Perückenmacher, Prothesenspezialisten u.a.. Die Patientinnen sollen mit Hilfe von mammaNetz schnell und direkt die individuell notwendigen Hilfen finden und nutzen können.

Patientenorientierung

Sowohl das Ausmaß der Begleitung durch mammaNetz als auch die Ausgestaltung des Patientenpfades/Behandlungsprozesses erfolgt patientenorientiert. Ausgangspunkt der mammaNetz-Hilfe ist bei jeder Patientin deren individuelle Situation, gemäß derer ein Unterstützungsangebot von mammaNetz gemacht wird (z.B. Informationsgabe, Beratung, Begleitung). Das Angebot von mammaNetz erfolgt dementsprechend adaptiv, aufbauend auf ein initiales Assessment. Bei den anstehenden Therapieentscheidungen und Indikationsstellungen (z. B. zusätzliches Angebot durch Psychoonkologen des Netzwerkes) steht ebenfalls die individuelle Patientin im Mittelpunkt.

mammaNetz verfolgt das Prinzip der „Hilfe zur Selbsthilfe“ und der Förderung der Eigenverantwortung. Das Programm soll nachhaltig dafür sorgen, dass die Patientin sicherer im Umgang mit ihrer Erkrankung und Experte für diese wird, um sich zukünftig besser selbst helfen zu können (Patient-Empowerment).

1.4 Leistungsangebot des mammaNetzes

Die Begleit- und Orientierungsstelle mammaNetz bietet folgende Leistungen für Frauen mit Brustkrebs an:

- Aktive Kontaktaufnahme direkt nach der Diagnose (innerhalb von 48 Stunden) im Rahmen der Brustkrebssprechstunde des Klinikums Augsburg bzw. anderer Kliniken oder auf die Meldung niedergelassener Gynäkologen hin;
- Erkrankungsbezogene Hilfestellung durch ein strukturiertes Begleitungs- und Beratungsangebot;
- Entwicklung eines Patientinnen-Pathways mit vernetzter sektorenübergreifender Versorgung;
- Informations- und Anlaufstelle, telefonisch oder im persönlichen Gespräch;
- Vermittlung qualitativ geprüfter Informationsangebote, z.B. Internetadressen, Bücher, Broschüren;

- Individuelle Hilfe und Begleitung nach dem Case-Management-Prinzip;
- Orientierung, sowohl für die persönliche Situation der Betroffenen als auch im komplexen Gesundheitswesen;
- Vernetzung: Adressweitergabe und/oder Kontaktaufbau mit Behandlern, Leistungserbringern, Dienstleistern;
- Vorträge, auch zur Sekundärprävention (z.B. Brustselbstuntersuchungskurse);
- Kontakt zu anderen erfahrenen Patientinnen mit derselben Diagnose („Patinnen“);
- Offene Angebote, z.B. Gesprächsrunden;
- Jederzeitige Erreichbarkeit im Krisenfall.

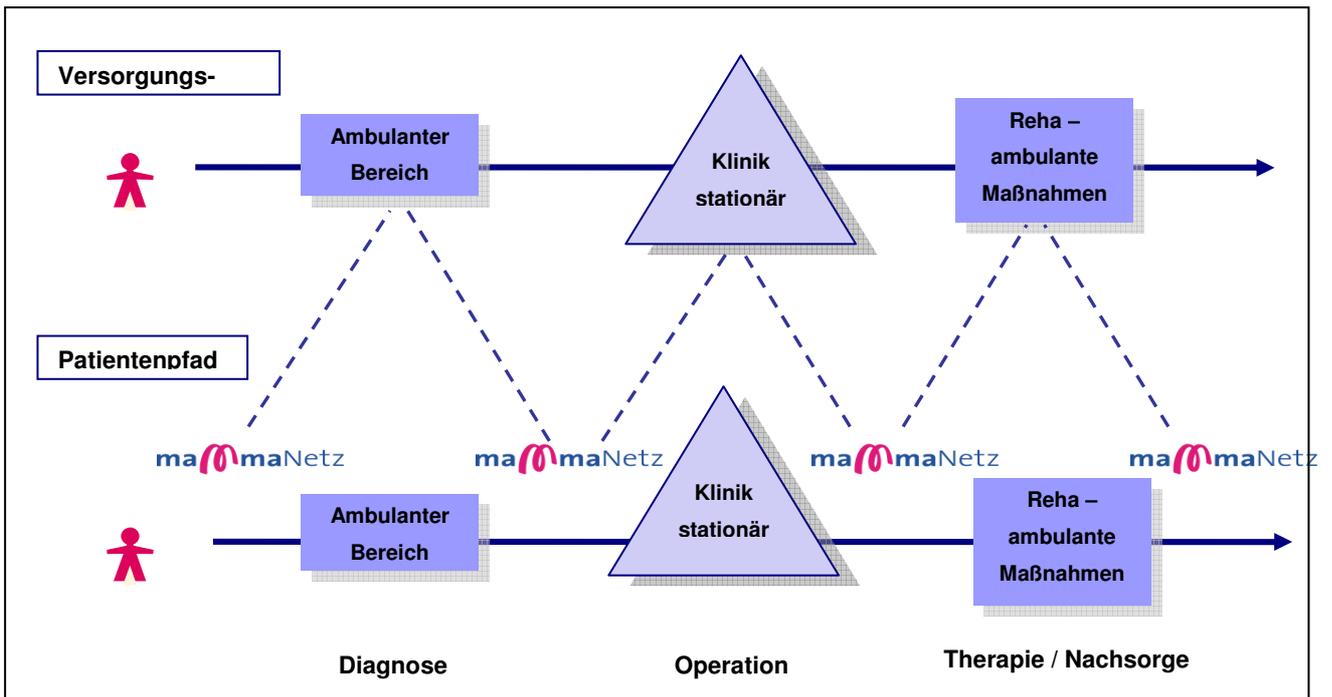
1.5 Sektorenübergreifende Begleitung und Vernetzung: Entwicklung eines Patientenpfades

Zur Realisierung der sektorenübergreifenden Begleitung im Rahmen des Modells wurde für die Patientinnen ein exemplarischer qualitätsgesicherter „pathway“ (Patientenpfad) innerhalb der Begleitung durch mammaNetz entwickelt.

Der **Patientenpfad** führt die Patientin vom Gynäkologen (Diagnosestellung) über das mammaNetz in die Klinik (Operation, Chemotherapie und/oder Strahlentherapie) und wieder über das mammaNetz zur weiteren Versorgung im Rahmen der ambulanten und stationären Nachsorge und Rehabilitation etc..

Hierbei informiert die Case Managerin ihre Patientin, ist konstante Ansprechpartnerin und übernimmt koordinierende Aufgaben sowie eine „Lotsenfunktion“ im Behandlungsprozess. Sie steuert diesen Prozess und vernetzt mit den für die Behandlung notwendigen medizinischen und nicht-medizinischen Einrichtungen.

Abbildung 2: Zusammenhang zwischen Versorgungs- und Patientenpfad



Quelle: Eigene Darstellung

Der Schwerpunkt liegt auf erstdiagnostizierten Brustkrebspatientinnen, die mit der Methode Case Management von der Diagnose an begleitet und über die Sektoren hinweg zielorientiert vernetzt werden, aber auch Patientinnen in späteren Behandlungsphasen (z.B. bei Rezidiv, Metastasierung etc.) werden von mammaNetz betreut. Eine besonders wichtige Zielgruppe stellen (psychisch und somatisch) hoch belasteten Patientinnen dar. Die Spannweite des Angebots von mammaNetz reicht dabei von intensiver Begleitung bis zur „bloßen“ Informationsweitergabe.

2 Zentrale Forschungsfragen und Methodik der Begleitstudie

Das Studien- und Modellprojekt mammaNetz umfasste neben der **Implementierung der Begleitstelle** für Frauen mit Brustkrebs die wissenschaftliche Begleitung mit einer **Machbarkeitsstudie** (feasibility study), die die Effekte des praktisch umgesetzten Case Managements auf ausgewählte relevante Versorgungsaspekte untersuchte.

Im Rahmen einer prospektiven Mehrzeitpunktbefragung mit Interventions-Kontrollgruppen-Ansatz wurden Brustkrebspatientinnen des mammaNetz-Begleitsprogrammes mit Brustkrebspatientinnen der Regelversorgung verglichen. Die aus ethischen Gründen zeitlich vorgeschaltete Vergleichsgruppe setzte sich aus Patientinnen der Region Augsburg zusammen, bei denen zum Zeitpunkt der Untersuchung mammaNetz noch nicht eingeführt war. Insgesamt wurden 213 Frauen mit erstdiagnostizierten Brustkrebs zwischen Januar 2003 und April 2005 bei der Aufnahme in die Klinik sowie vier Monate später befragt und ein Teil von ihnen wurde darüber hinaus exemplarisch zum follow-up (nach einem Jahr) befragt⁶. Zudem wurde eine Befragung der Netzwerkpartner (mit zwei Messzeitpunkten: im Mai 2004 und im Februar 2005) durchgeführt. Die Befragung erfolgte mit standardisierten Fragebögen, wobei mehrere offene Fragen eingesetzt wurden, um den Patientinnen Raum für Meinungen zu geben. Es wurden einerseits validierte Kurzinstrumente zur Messung der Lebensqualität, subjektiven Gesundheit und der Depression eingesetzt (EORTC-QLQ-C30, SF-8, SCL-14)⁷ und andererseits, aufgrund der Neuheit des Themas Case Management, eigens ein standardisierter Fragebogen zur Patientinnen- und Netzwerkpartnerbefragung entwickelt⁸. Die erhobenen Daten wurden mit dem Statistikprogramm SPSS 12.0 ausgewertet.

Im Rahmen der Machbarkeitsstudie wurden folgende Fragen untersucht:

- Welche Auswirkungen hat die Begleitung durch Case Managerinnen des mammaNetzes?
- Können positive Auswirkungen im Hinblick auf die gesundheitsbezogene Lebensqualität und die Angst der betroffenen Frauen festgestellt werden?

⁶ Aus Termingründen konnte zum dritten Befragungszeitpunkt nur die Hälfte der Patientinnen der Interventionsgruppe befragt werden und deshalb sind die Ergebnisse der B3-Befragung nur sehr eingeschränkt aussagekräftig.

⁷ Die Kurzinstrumente wurden von Prof. Dr. Dr. Uwe Koch, Direktor der Abteilung für medizinische Psychologie am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf zur Verfügung gestellt und ausgewertet.

⁸ Dieser Fragebogen wurde zusammen mit der Universität Augsburg (Prof. Dr. Anita B. Pfaff) entwickelt.

- Welchen Einfluss hat die Case-Management-Betreuung auf den Informationsstand, die Selbstsicherheit und die Kompetenz der Patientinnen im Umgang mit ihrer Erkrankung?
- Wie wirkt sich das Case Management des mammaNetzes auf die Organisation und den Ablauf der Behandlung und der Nachbetreuung aus?
- Wie hoch ist die Akzeptanz des mammaNetzes bei den Patientinnen und bei den Netzwerkpartner?
- Sind die Patientinnen mit der Begleitung durch das mammaNetz zufrieden?

3 Die ausgewählten Ergebnisse

Case-Management-Betreuung verbessert die gesundheitsbezogene Lebensqualität der Studienpatientinnen, reduziert die Ängste von den Auswirkungen der Erkrankung und stärkt die Kompetenz der Patientinnen im Umgang mit ihrer Erkrankung.

3.1 Auswirkungen der Arbeit von mammaNetz auf die Befindlichkeit der betreuten Patientinnen

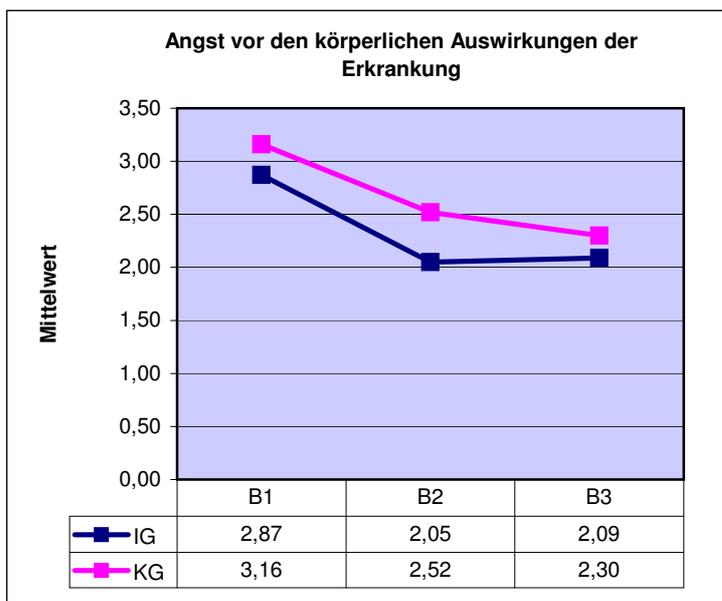
Die Ergebnisse der Studie geben erste Hinweise auf die Verbesserung der Lebensqualität der betreuten Frauen durch die Case-Management-Begleitung und dies bei unterschiedlichem durchschnittlichem Ausgangsniveau: Bei der gesundheitsbezogenen und krebspezifischen Lebensqualität ging es nämlich den Patientinnen der Interventionsgruppe, vor allem was die körperliche Lebensqualität betrifft, nach der Diagnosestellung schlechter als den Patientinnen der Kontrollgruppe. Bei der zweiten Befragung vier Monate nach der stationären Aufnahme war das Bild umgekehrt: Den Patientinnen der Interventionsgruppe ging es in den Skalen Vitalität und körperliche Energie, Emotionale Funktion sowie Soziale Funktionsfähigkeit signifikant besser als den Patientinnen der Kontrollgruppe. Die Unterschiede in den Variablen, in denen es den Patientinnen der Interventionsgruppe zum ersten Messzeitpunkt schlechter ging, waren nicht mehr signifikant. Zum dritten Messzeitpunkt unterschieden sich beide Gruppen in keiner der erhobenen Variablen signifikant. Insgesamt war der Verlauf der Lebensqualität in den beiden Gruppen uneinheitlich. Tendenziell jedoch verbesserten sich die Patientinnen in der Interventionsgruppe in mehr Variablen. Dies gilt insbesondere für die

Dimensionen der gesundheitsbezogenen Lebensqualität, in denen sich die Patientinnen der Kontrollgruppe verschlechtern. Letzteres trifft vor allem auf den zweiten Messzeitpunkt zu. Diese vorläufigen Ergebnisse sollen in einer umfassenden empirischen Studie geprüft werden, die insbesondere ausgewählte medizinische Variablen mitberücksichtigt.

3.2 Auswirkungen der Arbeit von mammaNetz auf die seelische Verfassung der Patientinnen

Auch die **seelische Verfassung (Ängste)** der Brustkrebspatientinnen durch die Case-Management-Betreuung verbesserte sich. Gerade bei der stark ausgeprägten Angst vor den körperlichen Auswirkungen der Erkrankung sind die Unterschiede zwischen den beiden Gruppen besonders deutlich.

Abbildung 3: Entwicklung der durchschnittlichen Werte der Angst vor den körperlichen Auswirkungen der Erkrankung



Quelle: Eigene Darstellung. Die Ergebnisse der B3-Befragung sind nur eingeschränkt aussagekräftig (siehe dazu Fußnote 1 auf S. 12).

Bei den Ängsten vor den Auswirkungen der Erkrankung im Beruf, zu Hause und auf soziale Kontakte sind die Ergebnisse ähnlich. Dies zeigt der Mittelwertsvergleich der aus den allen vier Ängsten gebildeten Summenskala „seelische Verfassung“ für die Interventions- und die Kontrollgruppe zu den drei Befragungszeitpunkten. Die Patientinnen der Interventionsgruppe weisen in der Zeit der intensiven Case-Management-Betreuung signifikant weniger Ängste

vor den Auswirkungen der Erkrankung auf als die Patientinnen ohne Case Management (siehe Tabelle 1).

Tabelle 1: Vergleich der seelischen Verfassung der Brustkrebspatientinnen

	Stichproben				Signifikanz
	Interventionsgruppe		Kontrollgruppe		
	M	SD	M	SD	p
Befragungen					
B1 (bei Aufnahme in die Klinik)	1,70	0,66	1,94	0,88	0,024
B2 (vier Monate nach stationärer Aufnahme)	1,40	0,59	1,62	0,72	0,026
B3 (ein Jahr nach Erstinterview)	1,57*	0,75*	1,58	0,84	0,95*

Quelle: Eigene Darstellung und Berechnung

*Diese Ergebnisse sind nur eingeschränkt aussagekräftig (siehe dazu Fußnote 1 auf S. 12).

3.5 Auswirkungen der Arbeit von mammaNetz auf die Kompetenz und Sicherheit der Patientinnen im Umgang mit der Erkrankung (Empowerment)

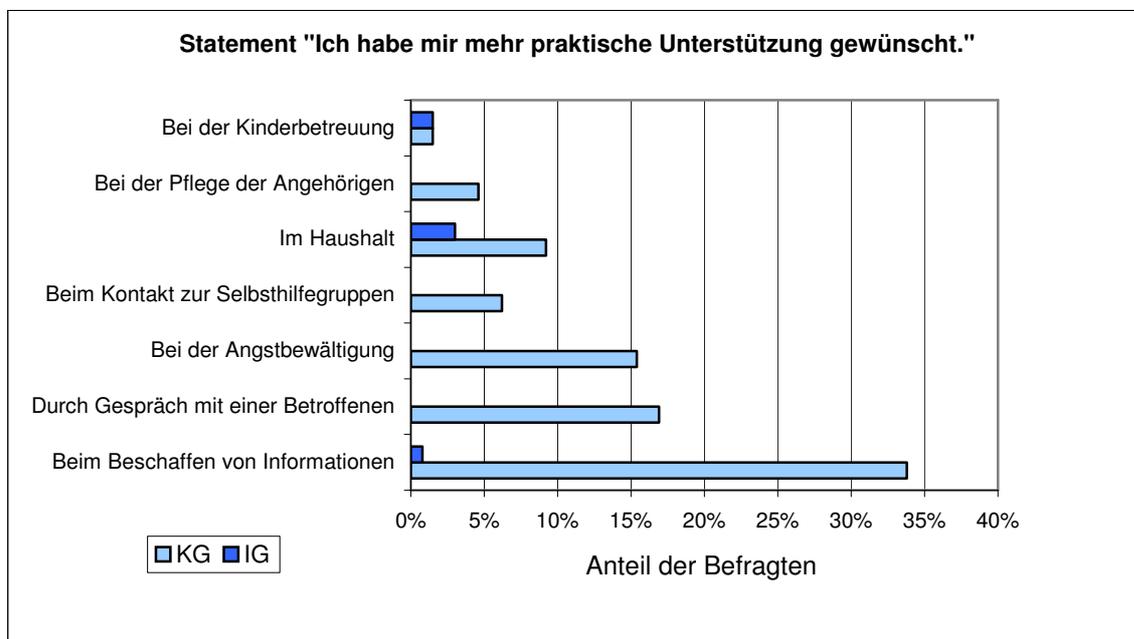
Ein wichtiges Ziel des Case Managements ist die Förderung der Hilfe zur Selbsthilfe. Dazu gehört die Stärkung der **Selbstsicherheit** und der **Kompetenz** der Patientinnen im Umgang mit ihrer Erkrankung. Die Patientinnen der Interventionsgruppe wiesen in der Zeit der intensiven Case-Management-Betreuung einen signifikant höheren Informationsstand über die Krankheit, die Therapie und die Hilfsangebote auf und ebenso eine signifikant höhere Kompetenz und Sicherheit im Umgang mit der Erkrankung als die Patientinnen der Kontrollgruppe.

3.6 Auswirkungen der Arbeit von mammaNetz auf Organisation und Ablauf der Behandlung und Nachbetreuung

mammaNetz wirkt positiv auf die Organisation und den Ablauf der Behandlung und der Nachbetreuung.

Die Case Managerinnen wurden für die Patientinnen der Interventionsgruppe zu einer wichtigen Ansprechpartnerin, die in ihrer Bedeutung neben den engsten Angehörigen sowie den Frauen- bzw. Hausärzten stand. Der Unterstützungsbedarf der betreuten Patientinnen sank in der Phase nach der Entlassung aus der Klinik signifikant, d.h. die meisten Patientinnen fühlten sich gut betreut und ausreichend informiert (siehe Abbildung 4). Rückblickend fanden drei Viertel der Befragten die Unterstützung in der Zeit direkt nach der Diagnose am wichtigsten.

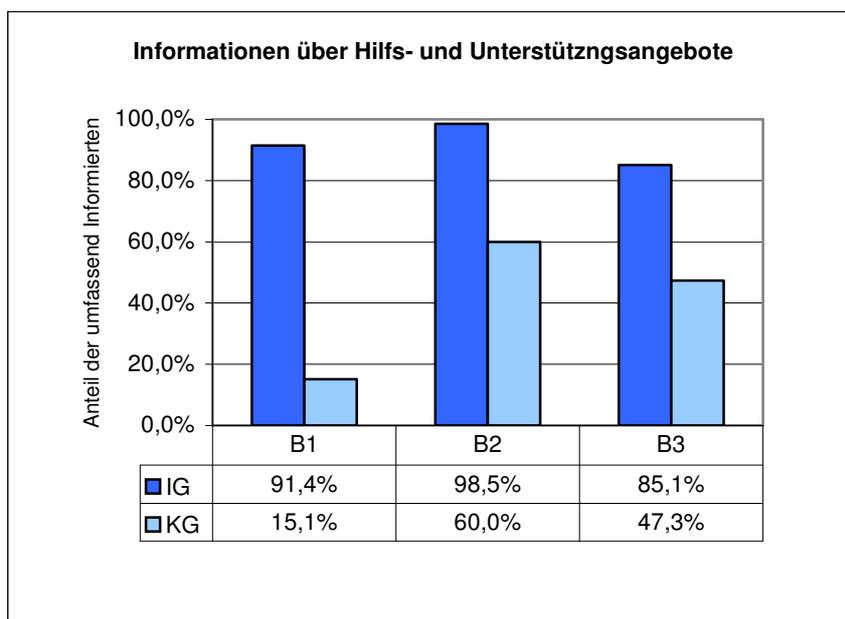
Abbildung 4: Unterstützungsbedarf nach der Entlassung aus der Klinik
(Mehrfachnennungen möglich)



Quelle: Eigene Darstellung und Berechnung

Patientinnen mit Case-Management-Betreuung waren sehr viel besser über die Hilfs- und Unterstützungsangebote informiert als die Frauen der Kontrollgruppe. Hier zeigt sich deutlich, welche Lücke die Case-Management-Betreuung schließt.

Abbildung 5: Informationen über Hilfs- und Unterstützungsangebote



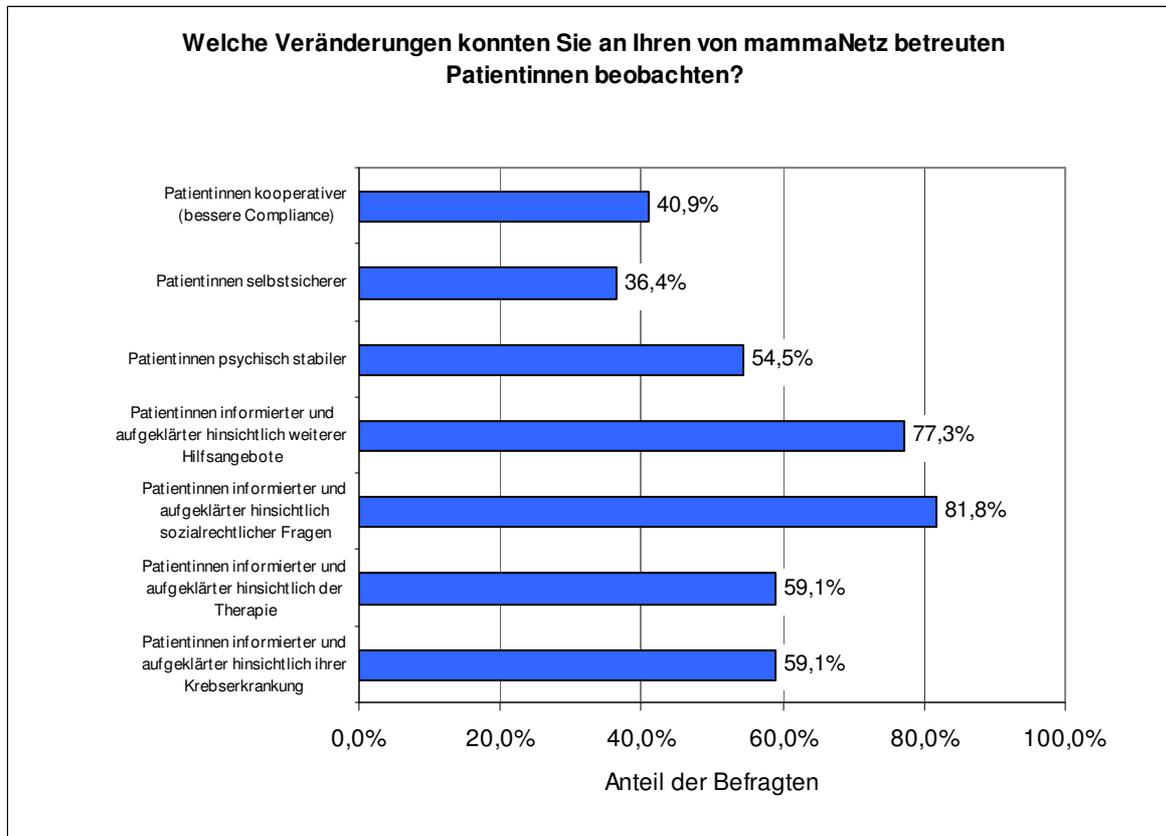
Quelle: Eigene Darstellung und Berechnung

3.7 Auswirkungen der Arbeit von mammaNetz aus Sicht der Netzwerkpartner

Die Netzwerkpartner beobachten positive Auswirkungen der mammaNetz-Betreuung auf die Patientinnen und werden durch diese Betreuung bei ihrer Arbeit entlastet.

Auch die Netzwerkpartner konnten die positiven Auswirkungen der Betreuung durch das mammaNetz auf die Patientinnen beobachten: Die Patientinnen seien vor allem informierter und aufgeklärter hinsichtlich sozialrechtlicher Fragen bzw. weiterer Hilfsangebote, aber auch hinsichtlich ihrer Krebserkrankung und der Therapie. Sie seien auch psychisch stabiler, selbstsicherer und kooperativer (bessere Compliance) (siehe Abbildung 6).

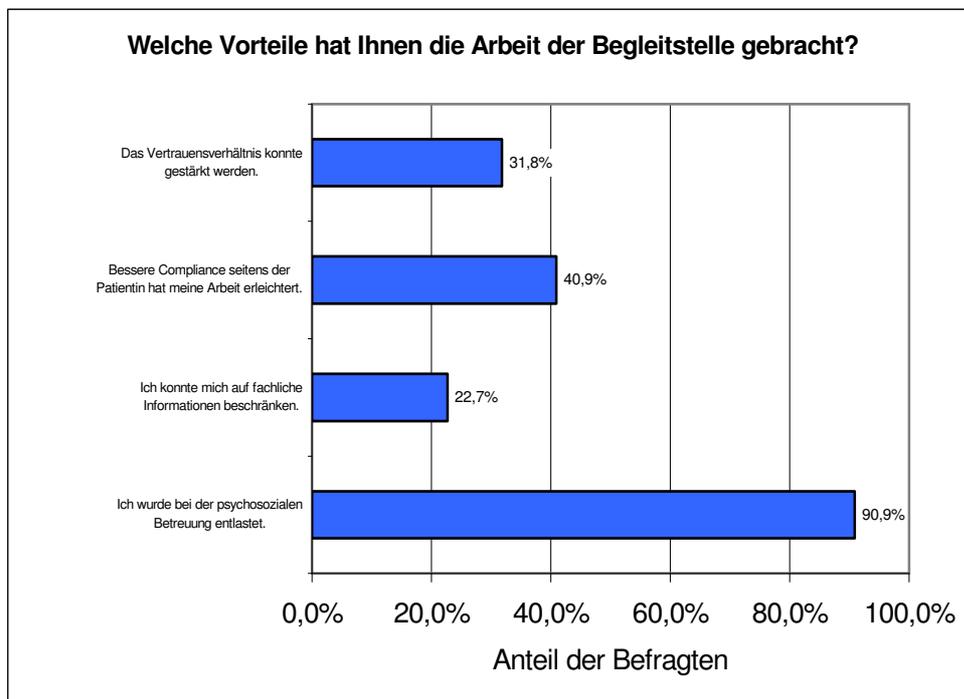
Abbildung 6: Veränderungen an den von mammaNetz betreuten Patientinnen (Mehrfachnennungen möglich)



Quelle: Eigene Darstellung und Berechnung

Das wirkt positiv, vor allem auf die Arbeit der niedergelassener Ärzte: Sie wurden nach eigenen Angaben bei der psychosozialen Betreuung entlastet, die bessere Compliance seitens der Patientin erleichterte ihre Arbeit, das Vertrauensverhältnis der Patientinnen zu ihnen war stärker worden und sie konnten sich auf fachliche Informationen beschränken (siehe Abbildung 7).

Abbildung 7: Vorteile der Betreuung durch mammaNetz für die Ärzte
(Mehrfachnennungen möglich)



Quelle: Eigene Darstellung und Berechnung

3.8 Zufriedenheit der Patientinnen mit der Begleitung durch das mammaNetz

Die Studienpatientinnen zeigten eine hohe Akzeptanz und waren mit der Betreuung sehr zufrieden.

Alle Studienpatientinnen wurden kurz nach der Diagnose, noch vor der Aufnahme in die Klinik, an das mammaNetz überwiesen: 65,7 % von den Ärzten aus der Ambulanz der Frauenklinik im Klinikum bzw. Josefinum, 34,3 % von den niedergelassenen Ärzten. Während des Klinikaufenthaltes besuchten die Case Managerinnen 87,9 % der Patientinnen wenigstens ein Mal, 63,6 % wurden mehrmals besucht. Nach der Entlassung aus der Klinik hatten fast alle Befragten Kontakt zur Case Managerin (96,2 %), die meisten davon telefonisch und ungefähr die Hälfte auch persönlich. Ein Jahr nach der Aufnahme in die Klinik wurden 61,7 % der befragten Frauen weiterhin von der Begleitstelle in unterschiedlichem Umfang betreut.

Die Patientinnen der Interventionsgruppe waren mit der Case-Management-Betreuung sehr zufrieden (B1: 92,9 %; B2: 95,2 %; B3: 59,6 %) bzw. recht zufrieden (B1: 7,1 %; B2: 4,8 %; B3: 29,8 %). Dazu trug wesentlich die fachliche und emotionale Unterstützung durch die Case Managerinnen bei. Wichtig waren die kompetenten und umfassenden Informationen direkt nach der Diagnose bzw. über die Erkrankung hinweg, das Reminding und die Nachfragen zum Befinden, die Hilfe bei der Angstbewältigung sowie die Sicherheit, nicht alleine zu sein und jederzeit schnell eine Ansprechpartnerin zu haben. Einiger Zitate aus den Fragebögen verdeutlichen diese Einschätzung:

„Von mammaNetz bekomme ich Zugang zu lebenswichtigen Informationen und eine emotionale Unterstützung.“

„Ich konnte die Case Managerin alles fragen und über meine Probleme sprechen. Auch für meine Töchter ist die Case Managerin eine wichtige Ansprechpartnerin.“

„Die Case Managerin konnte alle meine Fragen beantworten und sie hat mir viele gute Tipps gegeben. Eine ständige Begleitung zu haben, war auch sehr wichtig.“

„Mit mammaNetz fühle ich mich viel sicherer und nicht mehr allein. Ich finde das Projekt super und sehr, sehr wichtig!“

4 Resümee

Mit mammaNetz liegt ein in der Praxis erprobtes und wissenschaftlich evaluiertes Modell einer Begleit- und Orientierungsstelle vor, das sowohl die Vernetzung der Institutionen und Akteure im Gesundheitswesen verbessert als auch die Versorgung der Frauen mit Brustkrebs. Dieses allgemein gültige Case-Management-Modell kann sowohl auf andere Einrichtungen als auch auf andere Patientengruppen (z.B. Schlaganfall) übertragen werden.

5 Literaturverzeichnis (Auswahl)

Aaronson N. K., Meyerowitz B. E., Bord M. (1991) : Quality of life research in oncology, In: Cancer 1, S. 839-843.

Aaronson N. K., Ahmedzai S., Bullinger M. for the EORTC Quality of Life Group (1993): Validation of the EORTC QLQ 30. In: J Natl Cancer Inst 85, S. 365-376.

Arbeitsgemeinschaft Bevölkerungsbezogener Krebsregister in Deutschland (Hrsg.) in Zusammenarbeit mit dem Robert Koch Institut (2004): Krebs in Deutschland – Häufigkeiten und Trends, 4. überarbeitete, aktualisierte Ausgabe, Saarbrücken.

Atteslander P. (2000): Methoden der empirischen Sozialforschung, 9. neu bearb. Auflage, Walter de Gruyter, Berlin, New York.

Bullinger M., Kirchberger I. (1998): Der SF-36 Fragebogen zum Gesundheitszustand (SF-36). Handbuch für die deutschsprachige Fragebogenversion, Hogrefe, Göttingen.

Der Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (2003): Gutachten 2003: Finanzierung, Nutzerorientierung und Qualität, Baden-Baden.

Dirmaier J., Zaun S., Koch U., Schulz H. (2004): Psychometric properties of the EORTC Quality of Life Questionnaire (EORTC QLQ-C30) in patients of inpatient cancer rehabilitation. In: Palliative and Supportive Care, 2, S. 1-10.

Ewers M., Schaeffer D. (2000): Einleitung: Case Management als Innovation im deutschen Sozial- und Gesundheitswesen, in: Ewers, M., Schaeffer, D. (Hrsg.): Case Management in Theorie und Praxis, Bern u.a.; S. 7–28.

Faller H. (2003): Krebs. In: Jerusalem M., Weber H. (Hrsg.): Psychologische Gesundheitsförderung. Diagnostik und Prävention, Göttingen: Hogrefe, S. 655-675.

Fries H. (2002): Case Management als Gesundheitsleistung. In: Löcherbach P. et al. (Hrsg.): Case Management: Fall- und Systemsteuerung in Theorie und Praxis, Luchterhand, Neuwied.

Gursansky D., Harvey J., Kennedy R.: Case management: policy, practice and professional business, Allen & Unwin, Australia, 2003.

Härter M. Reuter K., Schretzmann B., Hasenburg A., Aschenbrenner A., Weis J. (2000): Komorbide psychische Störungen bei Krebspatienten in der stationären Akutbehandlung und medizinischen Rehabilitation, Rehabilitation, 39, S. 317-323.

Harfst T., Koch U., Kurtz von Aschoff C., Nutzinger D. O., Rüdell H, Schulz H. (2002): Entwicklung und Validierung einer Kurzform der Symptom Checklist-90-R. DRV-Schriften, 33, S. 71-73.

Herschbach P., Berg P., Duran G., Engst-Hastreiter U., Heinrich G., Keller M., Waadt S. (2003): Progedienzangst – Bedeutung und therapeutische Möglichkeiten, Onkologie, 26 (suppl 2) 21.

Informationszentrum für Standards in der Onkologie (ISTO) der Deutschen Krebsgesellschaft e.V. (Hrsg.) (2003): Interdisziplinäre Leitlinie der Deutschen Krebsgesellschaft und der beteiligten medizinisch-wissenschaftlichen Fachgesellschaften: Diagnostik und Therapie des Mammakarzinoms der Frau – Eine nationale S3-Leitlinie, Frankfurt/Main.

Jänel G., Sing D., Grochocka A., Pfaff A. B.: (2000): „Es fehlt an Information und Kommunikation!“ Probleme im Versorgungsprozess aus Sicht von Brustkrebspatientinnen und Ärzten. In: FORUM DKG, 15. Jg., Heft 4, S. 24-27.

Kaufmann M., Ernst B. (2000): Was Frauen mit Krebs erfahren, empfinden, wissen und vermissen. In: Deutsches Ärzteblatt, 97. Jg., Heft 47, S. A3191-3196.

Kerr J., Engel J., Schlesinger-Raab A., Sauer H., Hölzel D. (2003). Communication, quality of life and age: results of a 5-year prospective study in breast cancer patients. In: Annals of Oncology 14(3), S. 421-427.

Kissane D. A., Clarke D. M., Ikin J., Bloch S., Smith G. C., Vitetta L., McKenzie D. P. (1998): Psychological morbidity and quality of life in Australian women with early-stage breast cancer: a cross-sectional study, Medical Journal of Australia, 169, S. 192-196.

Koch U., Weis J. (1998): Krankheitsbewältigung bei Krebs und Möglichkeiten der Unterstützung. Stuttgart: Schattauer.

Kusch M., Kanth E., Labouvie H. (2001). Das Care-Service-Science-Konzept. In: Mangold B., Frank R. Psychosomatische Grundversorgung in der Pädiatrie. Kohlhammer, München, S. 197-213.

Löcherbach P., Klug W., Rimmel-Fassbender R., Wendt W. R. (Hrsg.) (2002): Case Management: Fall- und Systemsteuerung in der Theorie und Praxis, Luchterhand, Neuwied.

Neuffer M. (2002): Case Management: Soziale Arbeit mit Einzelnen und Familien, Juventa, Weinheim, München.

Pfaff A. B., Jänel G., Deutmeyer M., Grochocka A. Sing D., Schäfer-Walkmann S. (2001): Begleitforschung zur Qualitätssicherung an der Schnittstelle von ambulanter und stationärer Versorgung krebskranker Menschen – ambulant /stationäre Versorgungsqualität von Frauen mit Brustkrebs, Endbericht, Augsburg.

Pfaff A. B., Wiedemann T. C., Mamberer F. M. (2003): Sozialwissenschaftliche und gesundheitsökonomische Evaluation der Nachsorgeleistungen des „Vereins zur Familiennachsorge Bunter Kreis e.V.“, Endbericht, Augsburg.

Porz F. (2003): Case Management in der Pädiatrie. In: Porz F., Erhardt H. (Hrsg.): Case Management in der Kinder und Jugendmedizin. Georg Thieme, Stuttgart, New York, S. 1-10.

Porz F., Erhardt H. (2000): Neue Wege in der Nachsorge: Case Management in der Sozialpädiatrie, 3. überarbeitete Auflage, betapharm Institutsverlag, Augsburg.

Porz F., Podeswik A., Erhardt H. (2003): Organisationsformen und Finanzierungsmöglichkeiten einer Nachsorgeeinrichtung nach dem Case-Management-Konzept. In: Porz F., Erhardt H. (Hrsg.): Case Management in der Kinder und Jugendmedizin. Georg Thieme, Stuttgart, New York, S. 47-52.

Sauer H. (Hrsg.) (2003): Empfehlungen zur Diagnostik, Therapie und Nachsorge: Mammakarzinome, Tumorzentrum München, 9. Auflage.

SBN Project Team (2000): Specialist breast nurses: an evidence-based model for Australian practice. Source National Breast Cancer Centre, S. 1-187.

Schäfer M., Schmid-Sroka D. (2004): Implementierung und Evaluation eines Case Management für chronisch kranke Patienten in öffentlichen Apotheken, Kurzfassung des Endberichtes, Augsburg.

Schöffski O., Schulenburg J.-M. v.d. (Hrsg.) (2002): Gesundheitsökonomische Evaluationen. 2. Auflage: Berlin u.a.,

Sellschopp A., Stier-Jarmer M., Henning M., Heinrich G., Herschbach P. (2001): Zentrale Auswertung der Lebensqualitätsdaten der Feldstudien zur Qualitätssicherung in der Versorgung von Krebspatienten, Abschlussbericht, München.

Smith T. C., Brooks A. M. T. (1999): Redefining Quality. In: Cohen E. L., de Bach V. (Hrsg.): The outcome mandate case management in health care today, St. Louis, S. 198-206.

Szathmary B. (1999): Neue Versorgungskonzepte im deutschen Gesundheitswesen: Disease- und Case-Management,, Kriftel, Luchterhand, Neuwied.

Veronesi U., von Kleist S., Redmond K., Costa A., Delvaux N., Freilich G., Glaus A., Hudson T., McVie J. G., Macnamara C., Meunier F., Pecorelli S., Serin D. and the CAWAC Study Group (1999): Caring about Women and Cancer (CAWAC): a European Survey of the Perspectives and Experiences of Women with Female Cancers. In: Eur J Cancer, 35, S. 1667-1675.

Ware J. E., Kosinski M., Peretto E. M., Bjorner J. B. (1999): Comparisons of treatment outcomes using oblique and orthogonal physical and mental health summary scores: results from 42 randomized trials using the SF-36 Health Survey. In: Quality of Life Research, 8(7), S. 654 ff.

Ware J.E., Kosinski M., Dewey J.E., Gandek B. (1999): How to Score and Interpret Single-Item Health Status Measures: A Manual for Users of the SF-8 TM Health Survey, RI: QualityMetric Incorporated, Lincoln.

Ware J.E., Sherbourne C. (1992): The Mos 36-item short-form health survey (SF-36). I. Conceptual framework and item selection. In: Medical Care, 30, S. 473-483.

Wasem J., Hessel F. (2000): Gesundheitsbezogene Lebensqualität und Gesundheitsökonomie. In: Ravens-Sieberer, U., Cieza, A. (2000): Lebensqualität und Gesundheitsökonomie in der Medizin, Landsberg, S. 319-335.

Wendt W. R. (2001): Case Management im Sozial- und Gesundheitswesen: Eine Einführung, 3. ergänzte Auflage, Lambertus, Freiburg im Breisgau.

Wiedemann T. (2004): Wirtschaftlichkeit und Effektivität verbesserter ambulant-stationärer Verzahnung durch Case Management. Eine Fall-Kontroll-Studie der Versorgung Früh- und Risikogeborener durch den Bunten Kreis. Augsburg Univ., Diss. 2004, Augsburg.