BRUST-PROTHESEN

AUFGABEN UND VERSORGUNGS-MÖGLICHKEITEN NACH EINER BRUSTKREBSOPERATION

eurocom

• WIR • ENTWICKELN • GESUNDHEIT •

Brustprothesen

Aufgaben und Versorgungs-möglichkeiten nach einer Brustkrebsoperation

Inhaltsverzeichnis

DR. ERNST POHLEN
Geschäftsführer eurocom e. V. –
european manufacturers federation für compression therapy and orthopaedic devices

VORWORT

Frauen sind besonders häufig von Brustkrebs betroffen. Etwa 75.000 Neuerkrankungen werden jedes Jahr von den Gesundheitsbehörden gezählt, Tendenz steigend. Im Mittelpunkt der Behandlung von Brustkrebs steht die Entfernung des Tumors. Noch vor einigen Jahren bedeutete das für die Frauen, dass die betroffene Brust chirurgisch entfernt werden musste. Das ist heutzutage nicht mehr zwangsläufig der Fall. Bei rund 70 Prozent der an Brustkrebs erkrankten Frauen wird brusterhaltend operiert.

Dies ist jedoch nicht bei jeder Frau möglich. Bei großen Tumoren, wenn mehrere Tumore in der Brust gefunden werden oder wenn die nach einer brusterhaltenden Operation obligatorische Strahlentherapie nicht möglich ist, muss nach wie vor die gesamte Brust entfernt werden. Die Folgen können schwerwiegend sein: Frauen, denen eine Brust entfernt wurde, fühlen sich aufgrund des veränderten Erscheinungsbildes oft nicht wohl und büßen dadurch an Lebensqualität ein. Außerdem führt der Gewichtsunterschied häufig zu Fehl- und Schonhaltungen, was wiederum Verspannungen in Nacken, Schultern und Rücken verursachen kann. Das betrifft auch Frauen, bei denen die Brüste nach einer brusterhaltenden Operation unterschiedlich groß sind.

Brustprothesen und Brustausgleichteile sind für die betroffenen Frauen eine wichtige Unterstützung. Mit dieser Publikation möchten wir über die verschiedenen Versorgungsmöglichkeiten nach einer Brustkrebsoperation informieren. Im Zentrum stehen dabei die Fragen: Was leistet die moderne Brustprothetik? Was ist bei der Verordnung der Hilfsmittel zu beachten und welche Versorgungsansprüche hat die Patientin? Damit richtet sich die Informationsbroschüre sowohl an Patientinnen als auch an Ärzte, Hilfsmittelteams der Krankenkassen und den Sanitätsfachhandel.

E. Pohlen

1. Die Brustkrebsoperation

Die wirksamste Therapie bei Brustkrebs ist eine Operation. Diese erfolgt entweder brusterhaltend (gezielte Entfernung des Tumors) oder radikal (Brustamputation / Mastektomie).

1.1 BRUSTERHALTENDE OPERATION

Bei der brusterhaltenden Operation werden lediglich der Tumor und das unmittelbar angrenzende Gewebe zusammen mit Lymphknoten der Achselhöhle entfernt. Der Randsaum wird entfernt, um sicherzustellen, dass keine Tumorreste in der Brust zurückbleiben. Der nicht befallene Teil der Brust bleibt also weitestgehend erhalten.

Für die Entscheidung zur brusterhaltenden Therapie ist neben dem Wunsch der Patientin Tumorgröße, Tumorausdehnung und das Verhältnis von Tumorgröße zu Restbrustvolumen ausschlaggebend. Wenn der Tumor an mehreren Stellen zugleich auftritt, ist es oft nicht möglich, brusterhaltend zu operieren.

Das Risiko, dass der Tumor wieder auftritt (Rezidiv), wäre nach einer brusterhaltenden Operation im Vergleich zu einer kompletten Brustentfernung zwar erhöht, lässt sich aber durch die anschließende Bestrahlung des verbleibenden Brustgewebes wieder deutlich senken. Daher muss zusätzlich auf jeden Fall eine Strahlentherapie durchgeführt werden. Sie hat den Zweck, eventuell vorhandene restliche Tumorzellen zu vernichten und das Risiko eines örtlichen Wiederauftretens weitestgehend zu verhindern.

Nach Abschluss der Behandlung kann es sein, dass eine Delle, eine sichtbare und störende Vertiefung, in der operierten Brust zurückbleibt. Für diesen Fall sorgen kleine Brustteil- und Ausgleichsprothesen (Epithesen), die in den BH eingelegt werden, dafür, störende Vertiefungen auszugleichen (siehe Kapitel 3.3 Brustteil- und Ausgleichsprothesen).

1.2 RADIKALOPERATION (MASTEKTOMIE)

In manchen Fällen raten die Ärzte zu einer Abnahme der Brust. Dabei entfernt der Chirurg den ganzen Drüsenkörper mit umgebendem Binde- und Fettgewebe sowie die bedeckende Haut, die Brustwarze und Lymphknoten aus der Achselhöhle.

Unter folgenden Umständen ist die Mastektomie bei Brustkrebs unumgänglich:

- Es finden sich stark ausgedehnte Kalkablagerungen (Kalzifikation) in der Brust.
- Der Tumor ließ sich bei einer brusterhaltenden Operation nicht komplett entfernen.
- Es sind mehrere Krebsherde in einer Brust vorhanden.
- Es besteht ein ungünstiges Verhältnis zwischen Tumorgröße und gesundem Brustgewebe.
- Eine Bestrahlung ist nicht möglich.
- Es handelt sich um ein entzündliches (inflammatorisches) Mammakarzinom. Dabei brechen Tumorzellen in die unter der Haut gelegenen Lymphbahnen ein und verursachen einen Lymphstau. In der Folge schwellen ausgedehnte Hautbereiche an.
- Das Operationsergebnis ist kosmetisch nicht zufriedenstellend.
- Die betroffene Frau wünscht eine vollständige Entfernung der Brust.

1.3 ENTFERNUNG DER LYMPHKNOTEN

In der Regel werden während der Operation – unabhängig davon, ob brusterhaltend operiert wird oder nicht – auch Lymphknoten aus der Achselhöhle entfernt und feingeweblich untersucht. Dies ist wichtig, weil die weitere Behandlung und die Chancen auf eine Heilung entscheidend davon abhängen, ob sich der Krebs schon in Lymphknoten in der Achselhöhle (axilläre Lymphknoten) ausgebreitet hat.
Um dies festzustellen, kommen zwei Vorgehensweisen infrage:

- Entweder entnimmt und untersucht der Arzt direkt mehrere Lymphknoten und untersucht sie.
- Alternativ wählt der Arzt die Sentinel-Node-Biopsie, bei der nur der sogenannte Wächterlymphknoten entfernt wird. Dabei spritzt der Arzt der betroffenen Frau vor der Operation eine radioaktiv markierte Substanz (Radionuklid) in die Nähe des Tumorgewebes und prüft anschließend mit einem Messgerät, ob sich der radioaktive Stoff in einem Lymphknoten angereichert hat. Der erste Lymphknoten, der das Radionuklid speichert, wird Wächterlymphknoten oder Englisch Sentinel-Node genannt. Der Arzt entfernt den Lymphknoten und lässt ihn umgehend untersuchen. Nur, wenn er von Krebszellen befallen ist, entfernt er auch die anderen Lymphknoten.

Die Anzahl der zu entfernenden Lymphknoten möglichst gering zu halten, ist von zentraler Bedeutung. Denn deren Entfernung birgt immer auch die Gefahr eines Lymphödems in sich. Muss nur der Wächterlymphknoten entfernt werden, senkt dies das Risiko für das Auftreten eines Lymphödems des Arms sowie für Bewegungseinschränkungen im Schulter-Arm-Bereich.

Das Lymphödem ist die Folge einer Schädigung des Lymphgefäßsystems. Es kommt zu Transportschwierigkeiten der lymphpflichtigen Last. Eiweiße und Gewebsflüssigkeit können nicht mehr abtransportiert werden und sammeln sich stattdessen im Zwischenzellgewebe. Das führt zu einer Schwellung des Gewebes, dem so genannten Lymphödem. Lymphödeme bilden sich immer an dem Körperteil aus, an dem der Lymphabfluss beeinträchtigt ist. Lymphödeme heilen nicht, sondern müssen zur Linderung behandelt werden. Andernfalls kann es zu extremen Schwellungen kommen. (Wie Hilfsmittel der Brustversorgung den Abfluss der Lymphflüssigkeit erleichtern können siehe Kap. 3.2 und 3.4. Zu Krankheitsbild, Diagnose und Therapie siehe Lymphödem und Lipödem, hrsg. von eurocom e. V., 2010.)

2. Wiederaufbau der Brust (Brustrekonstruktion)

Die Brust kann als Primär-Rekonstruktion bereits gleichzeitig mit der Brustamputation oder als Sekundär-Rekonstruktion zu einem späteren Zeitpunkt wiederhergestellt werden. Dazu kann körpereigenes Gewebe der Patientin oder fremdes Material (Implantat) verwendet werden. Es ist hilfreich, sich bereits vor der Operation Gedanken darüber zu machen, ob und wenn ja, aus welchem Material/Gewebe die Brust wiederaufgebaut werden soll. Die Entscheidung muss aber nicht sofort getroffen werden, denn der Wiederaufbau kann zu jedem beliebigen Zeitpunkt erfolgen. So bleibt ausreichend Zeit, um sich mit Vor- und Nachteilen einer Rekonstruktion auseinanderzusetzen.

Bei der Brustrekonstruktion mit Eigengewebe kommt Haut-, Binde- und Muskelgewebe aus dem Rücken oder aus dem Bauch zum Einsatz. Bei der Gewebeentnahme aus dem Rücken verwenden die Ärzte Gewebe des großen Rückenmuskels (Latissimus-dorsi-Lappen). Das Gewebe kann dabei direkt unter der Achselhöhle nach vorne verschoben werden. Dieses Vorgehen bietet sich insbesondere bei einer kleinen bis mittelgroßen Brust an. Reicht die Gewebemenge nicht aus, kann das Muskelgewebe auch mit fremdem Material kombiniert werden. Bei der Gewebeentnahme vom Bauch verwenden die Ärzte Muskel-, Haut- und Unterhautfettgewebe, den sogenannten TRAM-Lappen (TRAM = Transversus-rectus-abdominis-Muskel). Es bleibt eine Narbe, die sich quer über den Unterbauch erstreckt.

Bei der Brustrekonstruktion mit einem Implantat erfolgt in der Regel im ersten Schritt die Dehnung der Haut mit einem variablen Gewebeexpander (Platzhalter), einem ausdehnbaren Kissen, das unter den großen Brustmuskel geschoben wird. Sobald die Operationswunde abgeheilt ist, kann damit begonnen werden, das Kissen über ein Ventil mehrere Wochen schrittweise mit einer Flüssigkeit, meist Kochsalzlösung, zu befüllen, um die Haut zu dehnen. Ziel ist es, das Gewebe nach und nach so weit aufzudehnen, dass das endgültige Implantat, das in einem zweiten Eingriff eingesetzt wird, darin ausreichend Platz findet. Die endgültigen Implantate enthalten meist Silikon. Um das Implantat kann sich bei 10 bis 20 Prozent der Patientinnen im Laufe der Jahre eine harte, bindegewebsartige Kapsel bilden (Kapselfibrose), die die Form des Implantats verändern und auch zu Schmerzen führen kann. Die Ursache dafür ist bisher nicht geklärt. Die durchschnittliche Verweildauer eines Implantates beträgt nur ca. zehn Jahre, gegebenenfalls auch kürzer. Das bedeutet, dass nach Ablauf dieser Zeit eine erneute Operation ansteht.

	VORTEILE	NACHTEILE
Brustrekonstruktion mit Eigengewebe	Wo kein Fremdkörper ist, sind die Gewebe- und Abwehrreaktionen geringer.	Längere, belastende Operationsdauer
	Körpereigenes Gewebe reagiert mehr auf altersbedingte Veränderungen und auf Gewichtsschwankungen.	Zusätzliche Narben durch Entnahme von Eigengewebe
	Weitere Operationen sind nicht notwendig, da kein Implantatwechsel.	
Brustrekonstruktion mit Implantat	Kürzere, weniger belastende Operation	Meist zwei Operationen notwendig
	Keine zusätzlichen Narben	Gefahr einer Kapselfibrose
		Keine Anpassungen an Gewichtsschwankungen oder altersgemäße Körperveränderungen
		Fehlende Voraussetzungen für gute kosmetische Ergebnisse bei den meisten Patientinnen

3. Äußerer Ausgleich – Was Brustprothesen leisten

Wenn sich die Patientin gegen einen Wiederaufbau der Brust entschieden hat oder das kosmetische Ergebnis der Rekonstruktion oder der brusterhaltenden Operation nicht zufriedenstellend ist, stehen unterschiedliche Möglichkeiten zur Verfügung, um die äußere Symmetrie des Körpers wiederherzustellen. Brustprothesen/-epithesen helfen Patientinnen, indem sie verlorenes Brustvolumen optisch ausgleichen, dem Aussehen und Bewegungsverhalten der natürlichen Brust sehr nahe kommen und Folgekomplikationen vorbeugen. Sie stellen nicht nur einen kosmetischen Ersatz dar, sondern erfüllen orthopädische Aufgaben. Denn durch die Amputation gerät die Statik des Körpers aus dem Gleichgewicht. Das kann zu erheblichen Beschwerden im Rücken-, Schulter- und Nackenbereich führen. Das Tragen einer Prothese kann die gleichmäßige Belastung beider Schultern wieder herstellen, Haltungs- und Folgeschäden verhindern. Wichtig ist, dass die Prothese in einem gut sitzenden Büstenhalter (Prothesenhalterung) mit ausreichend breiten Trägern getragen wird. Dafür ist es unbedingt erforderlich, dass Brustumfang und Unterbrustumfang genau vermessen werden. Zu enge und zu kleine Büstenhalter können auf den Schultern und im Unterbrustbereich Lymphödeme verursachen.

3.1 BRUSTPROTHESEN ZUR ERSTVERSORGUNG

Unterschieden wird zwischen der Erstversorgung und Definitivversorgung. Brustprothesen zur Erstversorgung sind ein vorübergehender optischer Ausgleich für die postoperative Phase. Durch die federleichte und weiche Ausführung soll eine Reizung der besonders empfindlichen Haut während der Bestrahlungstherapie und Belastung des Narbengebietes vermieden werden.

Die Primärversorgung ermöglicht, dass nach einer Brustamputation bereits im Krankenhaus die äußere Symmetrie wiederhergestellt werden kann. Epithesen zur Erstversorgung bestehen aus einer Baumwollhülle, die mit spezieller Watte (Fiberfill) entsprechend der Körbchengröße der anderen Brust gefüllt ist. Dazu gehört ein Büstenhalter aus sehr leichtem, weichem Material, das nicht auf das empfindliche Narbengewebe drückt. Diese BHs werden vorne geöffnet bzw. geschlossen – eine wichtige Hilfe in den ersten Wochen nach der Operation, wenn die Beweglichkeit des Armes auf der operierten Seite noch eingeschränkt ist.

Die Primärversorgung beschränkt sich auf die postoperative Phase, ca. vier bis sechs Wochen oder auf die Dauer einer Strahlentherapie, um die gereizte Haut zu schonen. Danach ist – je nach Größe der entfernten Brust – aus orthopädischen Gründen das Tragen einer Brustprothese zur Definitivversorgung notwendig.

Abb.1: Textile Erstprothese

3.2 BRUSTPROTHESEN ZUR DEFINITIVVERSORGUNG

Brustprothesen zur Definitivversorgung werden erst nach der postoperativen Phase verwendet und orientieren sich am Heilungsprozess. Verschiedene Formen und Größen ermöglichen die Anpassung an die verbliebene Brust.

Die Hersteller von Brustprothesen und der dazugehörigen Spezialwäsche haben ihre Produkte in den vergangenen Jahren ständig weiterentwickelt mit dem Ziel, den Patientinnen qualitativ hochwertige Versorgungsmöglichkeiten zu bieten, die zu ihrer individuellen Situation passen. Neben Silikonprothesen, die in einen Spezial-BH eingelegt werden, stehen auch selbsthaftende Prothesen oder solche, die mit Haftstreifen am Körper befestigt werden, zur Auswahl. Silikonbrustprothesen können ganz besondere Funktionen vereinen. Dazu gehören zum Beispiel Brustprothesen mit Temperaturausgleich und auch Luftzirkulation auf der Rückseite. Prothesen mit Temperaturausgleich bieten einen hohen Tragekomfort sowie ein angenehmes und sicheres Hautgefühl. Brustprothesen sind in normaler Ausführung und als Leichtprothesen erhältlich.

Abb. 2: Silikonprothese

Meist setzen sich Prothesen aus mehreren Schichten zusammen, wobei die Schicht, die auf der Operationsnarbe liegt, aus besonders weichem anschmiegsamem Material besteht, um diesen empfindlichen Bereich weitestgehend zu schonen. Mehrschichtprothesen können den natürlichen Fall und die natürliche Bewegung der Brust nachahmen.

Leichtprothesen werden von brustamputierten Frauen oft als angenehm empfunden. Ihr Gewicht ist gegenüber herkömmlichen Prothesen um 20 bis 40 Prozent reduziert. Sie sind insbesondere immer dann sinnvoll, wenn ein Lymphödem besteht und deshalb der Druck auf die Schultern minimiert werden sollte, um den Lymphabfluss nicht zusätzlich zu behindern.

Haftprothesen, ob selbsthaftend oder mit Haftstreifen, entlasten den BH-Träger und erleichtern damit den Lymphabfluss, da sie das Gewicht der Prothese an die Brustwand verlagern.

Abb. 3: Selbsthaftende Prothese

3.3 BRUSTTEIL- UND AUSGLEICHSPROTHESEN

Durch verbesserte Früherkennung sowie Chemotherapie direkt vor der eigentlichen Operation gehören brusterhaltende Operationen (BET) heute zum Standard. Auch hier ist ein Brustausgleich nach der Mamma-Operation notwendig – sowohl aus psychologischen als auch medizinischen Gründen ist dies wichtig. Denn der Brust wurde Gewebe entnommen und dies kann – je nach entnommenem Volumen – deutlich zu sehen sein. Außerdem wirkt der Brustausgleich Fehl- und Schonhaltungen sowie Verspannungen der Muskulatur von Schulter, Rücken und Nacken entgegen.

Sofern eine brusterhaltende Operation möglich ist, kommen Ausgleichsteile aus Silikon zur Anwendung, um wieder zwei identisch große Brüste herzustellen.

Abb. 4: Brustausgleichsteil

Abb. 5: Ausgleichsschale mit Haftpads

Die Ausgleichsteile sind in unterschiedlichen Größen, Stärken und Formen erhältlich. Sie werden direkt auf der Haut getragen. Das weiche, angenehm zu tragende Silikon schmiegt sich sanft an die operierte Brust an. Die Ausgleichsform ersetzt fehlendes Brustgewebe und füllt das BH-Körbchen aus. Die Ränder der Ausgleichsform laufen extra dünn aus, somit trägt sie selbst unter enger Kleidung nicht auf. Ein sicheres Tragegefühl und Bewegungsfreiheit sind das Ergebnis.

Abb. 6 Tragebeispiel Ausgleichsprothese

3.4 KOMPRESSIONS-BH UND PROTHESEN-HALTERUNG (BH)

Bei verschiedenen Arten einer Brustoperation kommt ein Kompressions-BH zum Einsatz. Er unterstützt die Formgebung des Gewebes durch entsprechende Druckverteilung im Cup. So können postoperative Schwellungen sowie die Entwicklung von Blutergüssen vermeiden werden. Dies trägt zur Schmerzreduktion bei und kann den Heilungsprozess fördern. Zusammen mit einem Kompressionsgürtel getragen verhindert er eine Implantatverlagerung.

Abb. 7: Kompressions-BH mit Post-OP-Gürtel

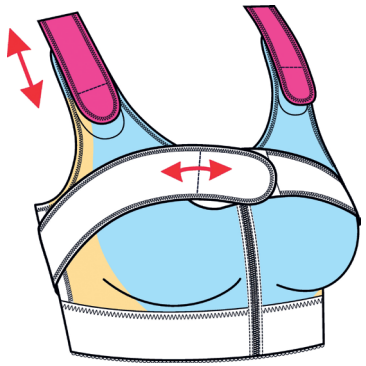

Abb. 8: Grafische Darstellung Kompressions-BH mit Post-OP-Gürtel

Abb. 9 und 10: Spezial-BHs in verschiedenen Ausführungen

Spezielle Büstenhalter (auf dem Rezept: Prothesenhalterungen) sind mit einer eingearbeiteten Tasche zur Aufnahme der Prothese ausgestattet. Sie sind höher geschnitten, um die Prothese sicher am Körper zu halten und vollständig abzudecken. In diese Spezial-BHs kann entweder rechts, links oder beidseits eine Tasche eingearbeitet sein. Sie haben breite, häufig wattierte Träger, die den entstehenden Druck auf den Schultern besser verteilen und somit den Lymphabfluss weniger behindern, einen hohen Steg zwischen den beiden Brustschalen und einen elastischen Abschluss, um einen optimalen Sitz der Prothese zu gewährleisten.

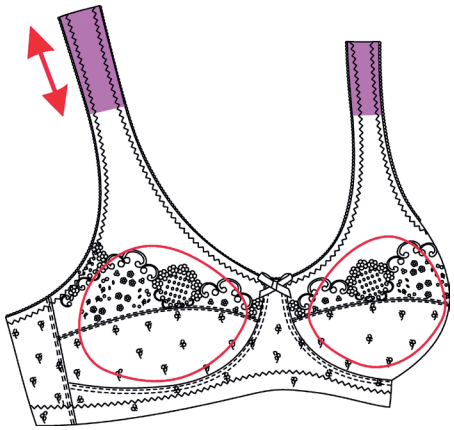

Abb. 11: Grafische Darstellung Spezial-BH

3.5 PROTHESENBADEANZUG

Spezial-Badeanzüge sind ebenfalls mit Taschen für die Brustprothese versehen, haben breite Träger oder Doppelträger und sind so geschnitten, dass die Prothese nicht verrutschen kann und Bewegungsfreiheit gewährleistet ist.

Abb. 12: Spezial-Bademode

3.6 VERORDNUNG, GRUNDVERSORGUNG UND ZUSCHÜSSE

Hilfsmittel der Brustversorgung (Brustprothesen, Kompressions-BH, Prothesenhalterung) gehören zu den Hilfsmitteln, die zu Lasten der gesetzlichen Krankenkasse verordnet werden können. Die Verordnung von Brustprothesen belastet das Arznei- und Heilmittelbudget des Arztes nicht.
Hilfsmittel zur Brustversorgung sollten immer auf einem separaten Rezept verordnet werden, auf dem das Feld Nummer 7 (Hilfsmittel) mit einer „7“ markiert wird. Das Rezept muss darüber hinaus folgende Angaben enthalten:

1. Genaue Indikation / Diagnose (ICD-10-Code)
2. Anzahl
3. Produkt
4. Hilfsmittelnummer

Grundsätzlich ist der behandelnde Arzt gehalten, auf dem Rezept die Produktart oder eine siebenstellige Hilfsmittelnummer anzugeben.

Denn es wird davon ausgegangen, dass die im Hilfsmittelverzeichnis enthaltenen Produkte einer Produktart gleichartig und gleichwertig sind. Das Sanitätshaus als Leistungserbringer wählt dann das Einzelprodukt unter Berücksichtigung der individuellen Situation der Patientin und nach Maßgabe der mit den Krankenkassen abgeschlossenen Verträge zur wirtschaftlichen Versorgung der Versicherten aus.

In begründeten Ausnahmefällen kann der Arzt aber auch ein Einzelprodukt verordnen. Er vermerkt dann entweder den Namen des Einzelproduktes sowie die Herstellerfirma oder die zehnstellige Hilfsmittelnummer auf dem Rezept. Der Arzt entscheidet in einem solchen Fall im Rahmen seiner Therapiefreiheit, dass nur das von ihm bestimmte Einzelprodukt die medizinisch notwendige Verordnung gewährleisten kann.
Wichtig ist, dass auf dem ärztlichen Verordnungsschein der BH als „Prothesen-Halterung“ bezeichnet wird, da er sonst von der Krankenkasse nicht als bezuschussungsfähig gilt.
Die Krankenkasse in Deutschland übernimmt:

- die Kosten einer Silikonprothese bzw. eines Ausgleichsteils zu 100 % alle 2 Jahre
- 2 x jährlich einen Teil der Kosten für einen Spezial-BH
- bei Gewichtsverlagerung (muss vom Arzt bestätigt sein) die komplette Neuversorgung
- Teilbezuschussung eines Badeanzugs (individuell)

Zur Verordnung von BHs oder Badeanzügen leisten die Krankenkassen lediglich Zuschüsse, die einen Ausgleich für die Mehrkosten darstellen, die für Spezialwäsche anfallen. Allerdings ist es so, dass diese Zuschüsse von Krankenkasse zu Krankenkasse, sogar innerhalb einer Krankenkasse von Bundesland zu Bundesland unterschiedlich gehandhabt werden. Generell gilt, dass zehn Prozent der Kosten für eine Verordnung von der Versicherten selbst zu tragen sind. Mindestens fünf Euro – die sogenannte Rezeptgebühr – müssen in jedem Fall bezahlt werden. Nach oben ist die Zuzahlung auf zehn Euro begrenzt.

4. Patientinnen berichten: Entscheidung für ein Leben mit Brustprothese

Abb. 13: Beratungsgespräch

ANDREA, 37 JAHRE:
MAN MUSS DEN SCHRITT WIRKLICH WOLLEN.

Ich erkrankte mit 28 Jahren an Brustkrebs und verlor vor fast zehn Jahren meine rechte Brust. Nach zwei oder drei Jahren informierte ich mich dann bei verschiedenen Ärzten und Kliniken nach den verschiedenen Möglichkeiten eines Brustaufbaus. Da ich bestrahlt wurde, gab es wenige Ärzte, die sich auf den Einsatz eines Expanders einlassen wollten. Ich wollte meinem Körper keine weiteren Narben und somit keine weitere Baustelle zumuten. Also kam ein Brustaufbau mit Eigengewebe für mich damals nicht in Frage.

Ich entschied mich also für den Aufbau mit Expander. Als der OP-Termin zum Einsatz des Expanders immer näher rückte, ging ich in mich und fragte mich ernsthaft, ob ich das wirklich unbedingt will und ob ich glaube, dass es mein Leben so positiv verändern würde, dass ich mehrere OPs in Kauf nehmen würde. Ich finde, man sollte es unbedingt wollen, wenn man sich für einen Brustaufbau entscheidet. Bei dem geringsten Zweifeln, so fand ich, ist es entweder noch nicht an der Zeit oder nicht die richtige Entscheidung. Es ist eine Entscheidung, die nicht wegläuft. Meine Antwort war kein klares JA und somit sagte ich den Termin ab. Mein Bauchgefühl war dagegen. Heute bin ich sehr froh darüber.

Seit nunmehr zehn Jahren lebe ich gut mit einer Brustprothese. Es gibt schöne Dessous, Bademoden und gute Prothesen, mit denen wir Betroffenen uns nicht verstecken müssen. Die Möglichkeit, später noch einen Brustaufbau zu machen, bleibt mir trotzdem noch.

In den ersten Jahren brauchte ich Zeit, mich an die neue Situation zu gewöhnen. Duschen nach dem Sport im Verein, Kennenlernen eines Partners, Unsicherheit, die Prothese könnte verrutschen… All das war natürlich ein Thema. Aber es war oft nur die erste Hemmschwelle, die überwunden werden musste. Und so schwer es auch manchmal gefallen ist: Jedesmal, wenn eine Schwelle überwunden war, fühlte ich mich sehr befreit. Ich gehe insgesamt sehr offen damit

um – heute noch viel mehr als damals – und ich bin froh, dass ich mir Zeit für die Entscheidung genommen habe, denn heute empfinde ich den Verlust der Brust nicht mehr als Defizit.

ANITA, 51 JAHRE: KÖRPER UND PROTHESE PASSEN ZUSAMMEN.

Ausschlaggebend für die Entscheidung, eine Prothese zu tragen, war die Beratung und Unterstützung durch meinen Frauenarzt. Er empfahl mir, nicht sofort einen Aufbau machen zu lassen, sondern erst mal die Therapie (OP, Chemo, Reha) abzuschließen. Aufbauen könne man später immer noch.

Die verschiedenen Variationen eines Aufbaus mit Eigengewebe erscheinen mir nach wie vor zu riskant und aufwendig. Einen Aufbau mit Silikonimplantat kann ich mir wegen des Fremdkörpers in meinem Körper nicht vorstellen. Außerdem ist es ja mit einer einmaligen OP nicht getan. Kapselfibrose ist ein weiteres Risiko. Und dass man ein Implantat möglicherweise nach 10 bis 15 Jahren austauschen muss, ist auch keine schöne Aussicht.

Vielleicht bin ich nicht sehr mutig und ein Aufbau würde ohne jede Panne gelingen. Aber ich bin nicht bereit, weitere Lebens- und Leidenszeit für ein unter Umständen fragwürdiges Ergebnis zu opfern. Denn längst nicht alle Rekonstruktionen sehen im ersten Anlauf gelungen aus.

Über die Jahre hat sich mein Körper immer wieder verändert: Ich habe zugenommen, abgenommen, das Gewebe wird entspannter. Diese Veränderungen kann ich mit einer Prothese sehr einfach ausgleichen. Ich habe auch die Wahl: Haftprothese ja oder nein, je nach Tagesform (wie z.B. Brille oder Kontaktlinsen). Für mich sind Passform von Prothese und BHs stimmig. Der optimale Figurausgleich gibt mir Sicherheit und Selbstbewusstsein.

ELFIE, 59 JAHRE: FOLGEDIAGNOSEN LEICHTER ERKENNBAR

Bei einer krankheitsbedingten Brustoperation steht man nicht zuletzt durch den heutigen medizinischen Fortschritt möglicherweise vor der Frage, ob man einer Brustamputation einen Brustaufbau folgen lässt oder ob man es bei der Amputation belässt. Meine Brustoperation ist nun fast 20 Jahre her, im Jahr 1997 erhielt ich die Diagnose Brustkrebs, worauf 2007 und 2010 weitere Erkrankungen und Operationen folgten. Bereits 1997 wurde mir auch die rechte Brust amputiert.

Immer wieder kam die Frage auf, ob ich mir einen Brustaufbau vorstellen könnte – immer wieder lehnte ich ab. Zunächst begründete ich meine Entscheidung damit, dass ich mir weitere Operationen ersparen wollte. In meiner Entscheidung wurde ich spätestens nach erneuter Erkrankung im Jahr 2007, also zehn Jahre nach der ersten Diagnose, bestätigt. Wäre ein Befund mit durchgeführtem Brustaufbau überhaupt so schnell möglich gewesen oder gar zu spät entdeckt worden? Hätte die „aufgebaute Brust" bei der Operation zu Komplikationen geführt? Fragen, die ich mir im Nachhinein stellte, mit denen ich mich aber zum Glück zu diesem Zeitpunkt nicht auch noch auseinander setzen musste. Zumal ich mich von Beginn an mit der Prothese wohlgefühlt habe. Nie hätte ich gedacht, dass von außen keinem auffällt, dass „etwas fehlt", weil die Prothese eine natürliche Brust formt und zur gesunden Brust kein Unterschied erkennbar ist.

Als mich die ernüchternde Diagnose im Jahr 2010 zum dritten Mal erreichte, hatte ich endgültig mit dem Gedanken an eine ästhetisch eventuell schönere Lösung abgeschlossen. Vielleicht habe ich aber auch Glück, dass ich durch mein intaktes Familienleben und einen verständnisvollen, liebevollen Mann nie ernsthaft einen Brustaufbau in Erwägung zog. Der offene und natürliche Umgang meiner Familie mit der körperlichen Veränderung trägt wohl neben einer guten Prothese ihren Teil dazu bei, dass ich mich nach wie vor als vollwertige Frau fühle.

EVAMARIE, 60 JAHRE: MIT PROTHESE OHNE EINSCHRÄNKUNG AKTIV.

Als bei mir die Diagnose Brustkrebs gestellt wurde, war ich knapp 44 Jahre alt. Ich habe es selbst gesehen, da sich die Brustwarze einzog. Nach einer zunächst brusterhaltenden OP stand bald fest, dass erneut operiert werden musste, weil kein ausreichender Sicherheitsabstand vorhanden war. Die Brustwarze musste auch entfernt werden, da der Tumor direkt darunter lag.

Mir wurde mit Bildern die brustaufbauende Methode des „Schwenklappens" vom Rückenmuskel vorgestellt. Dies hat mich aus verschiedenen Gründen nicht überzeugt: Das Ergebnis wäre eines ohne Brustwarze gewesen. Weitere komplizierte Schritte hätten folgen müssen, um die Optik wieder herzustellen. Außerdem bin ich damals und auch noch heute gerne sportlich tätig mit Gymnastik, Krafttraining, Schwimmen usw., und da wäre ich etwas eingeschränkt gewesen.

Meine Meinung dazu ist: Die Muskeln - gerade auch am Rücken - sollten da bleiben wo sie hingehören. Also habe ich mich gegen einen Aufbau entschieden, und habe die Entscheidung für die Prothese bis jetzt nicht bereut.

Ich bin froh über meine Entscheidung, da meine Prothesengröße von damals 1 (ich war sehr dünn) auf heute 5 gestiegen ist. Was hätte ich mit einem kleinen – damals passenden – Aufbau gemacht... So aber brauchte ich immer nur meine jeweilige Prothesengröße zu ändern und mich keiner weiteren OP zu unterziehen. Meine Narbe sieht ästhetisch aus und ich habe keine Probleme beim Sport, gehe in die Sauna und bin mit meiner Prothesen- und BH-Versorgung zufrieden.

EUROCOM E. V.

eurocom (european manufacturers federation for compression therapy and orthopaedic devices) ist die Herstellervereinigung für Kompressionstherapie und Orthopädische Hilfsmittel. Der Verband versteht sich als Gestalter und Dialogpartner auf dem Gesundheitsmarkt und setzt sich dafür ein, das Wissen um den medizinischen Nutzen, die Wirksamkeit und die Kosteneffizienz von Orthopädischen Hilfsmitteln und Kompressionstherapie zu verbreiten. Zudem entwickelt eurocom Konzepte, wie sich die Hilfsmittelversorgung aktuell und in Zukunft sicherstellen lässt. Dabei vertritt eurocom die gemeinsamen Interessen der Hersteller gegenüber anderen Akteuren im Gesundheitswesen – politischen Entscheidern, der Ärzteschaft, den Krankenkassen und dem Fachhandel.

Zur Erfüllung ihrer Aufgaben initiiert und unterstützt eurocom wissenschaftliche Studien und stößt den Wissenstransfer an. Der Verband gestaltet politische Prozesse aktiv mit, gibt einen Überblick über aktuelle gesundheitspolitische Entwicklungen und schafft Branchentransparenz durch vierteljährliche Marktanalysen.

eurocom wurde 1998 zunächst als Vereinigung der im deutschen und europäischen Markt agierenden Hersteller von Kompressionstherapie gegründet. Seit 2003 vertritt eurocom auch Hersteller von Einlagen, Bandagen, Orthesen sowie Prothesen und Hilfsmitteln zur modernen Brustversorgung.

Dem Verband gehören nahezu alle im deutschen Markt operierenden europäischen Unternehmen aus den Bereichen Kompressionstherapie und Orthopädische Hilfsmittel an.

MITGLIEDER DER ARBEITSGRUPPE BRUSTVERSORGUNG

Amoena Medizin-Orthopädie-Technik GmbH
Kapellenweg 36
D – 83064 Raubling
www.amoena.de

ANITA Dr. Helbig GmbH
Grafenstr. 23
D – 83098 Brannenburg
www.anita.com

Thuasne Deutschland GmbH
Im Steinkamp 12
D – 30938 Burgwedel
www.thuasne.de

BILDNACHWEIS

Amoena Medizin-Orthopädie-Technik GmbH:
Abb. 3, 4, 6, Titelbild

ANITA Dr. Helbig GmbH:
Abb. 1, 2, 5, 8, 11, 12

Thuasne Deutschland GmbH:
7, 9, 10, 13

IMPRESSUM

Herausgeber: eurocom • european manufacturers federation for compression therapy and orthopaedic devices, Düren

August-Klotz-Strasse 16 d
D-52349 Düren

Phone: +49 (0) 2421 - 95 26 52
Fax: +49 (0) 2421 - 95 26 64

E-Mail: info@eurocom-info.de
Internet: www.eurocom-info.de

Redaktion: Antje Schneider, eurocom e. V.

1. Auflage 2015