

Interaktion in der Arzt-Patientinnen-Beziehung beim Krankheitsbild Endometriose. Eine qualitative Studie zur Interaktionswahrnehmung der betroffenen Frauen hinsichtlich ihrer medizinischen Versorgung

Melanie Esterl

*Interuniversitäres Kolleg für Gesundheit und Entwicklung Graz / Schloss Seggau
college@inter-uni.net*

ZUSAMMENFASSUNG

Ziel

Frauen, die von Endometriose betroffen sind, haben häufig Kontakt mit BehandlerInnen in der medizinischen Versorgung. Bis dato gibt es bzgl. der Interaktion mit den BehandlerInnen kaum Untersuchungen. Hier setzt die Forschungsfrage der vorliegenden Untersuchung an: Wie nehmen Endometriosepatientinnen die Interaktion in der Arzt-Patientinnen- Beziehung wahr?

Hintergrund

Aufgrund der häufig späten Diagnostik und des meist chronischen Krankheitsverlaufes haben Frauen mit der Erkrankung Endometriose wiederholten Kontakt mit medizinischen BehandlerInnen. Das bedeutet, die Patientin und das helfende System stehen zumeist über lange Zeit in Interaktion. Ein wichtiger Aspekt bei Endometriose ist der adäquate Umgang mit dieser Erkrankung seitens der Patientinnen und seitens der BehandlerInnen, damit die Frauen die Krankheit in ihren Lebensalltag integrieren können, so dass die Lebensqualität weniger stark negativ beeinflusst wird. Bis dato gibt es bzgl. der Interaktion mit den BehandlerInnen kaum Untersuchungen.

Methode

Für diese Studie wurden zwei unterschiedliche Stichproben im Sinne eines zweistufigen Vorgehens herangezogen. Im ersten Schritt erfolgte eine Sekundäranalyse von 189 Fragebögen von Endometriose betroffenen Frauen (vgl. Esterl et al. 2015). Es fand ein Sampling nach vorab festgelegten Kriterien statt (vgl. Przyborski und Wohrab- Sahr 2010). Diese umfassten das Krankheitsbild Endometriose, Vertrautheit mit der Interviewerin und dem Wunsch nach eigenverantwortlichem Umgang mit der Erkrankung. Die Vorgangsweise in der Stichprobenbildung entspricht der Analyse von wenigen Fällen nach Gläser und Laudel (2010). Es wurde das Verfahren der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring (vgl. Mayring 1985) gewählt. Die weitere Vorgehensweise bestand aus Einzelfallanalysen (vgl. Mayring 2002) mit anschließend systemischer Hypothesenbildung (vgl. von Schlippe & Schweitzer 2000).

Ergebnisse

Die betroffenen Frauen wünschen sich vermehrte Information und Aufklärung und empfinden Zeit und Ruhe als wesentlichen Faktor in der Interaktion sowie die partnerschaftliche und empathische Haltung seitens der BehandlerInnen. Je höher der Leidensruck seitens der betroffenen Frau ist, umso

höher ihre Eigeninitiative. Die Interaktionen sind gekennzeichnet durch Abwehrmechanismen der Frauen, die sie vor negativen Empfindungen schützen. Diese Dynamiken übertragen sich in der Interaktion. Seitens der Frauen zeigt sich ein Reifungsprozess, bis sie partnerschaftlich begegnen können. Sie reagieren während der Handlungsprozesse mit Selbstzuschreibungen und Erklärungsmodellen, um weiter vertrauen zu können. Für Frauen mit geringerem Leidensdruck ist die Gestaltung der partnerschaftlichen Interaktion weniger wichtig bzw. wird sie anders bewertet. Es zeigen sich negative und positive Emotionen bei allen Frauen. Der Zeitfaktor während der Interaktionen wird meist negativ bewertet. Die Körperempfindungen werden von den Frauen unterschiedlichst beschrieben- starke Schmerzen bis zu keinerlei Beschwerden. Die Mehrheit der Frauen empfindet hohen Energieaufwand und erhöhten finanziellen Aufwand in den Interaktionen.

Schlussfolgerungen

Die von den interviewten Frauen berichtete deutlich verzögerte Zeit bis zur Diagnosestellung steht in Einklang mit dem in der vorangegangenen quantitativen Studie (vgl. Esterl et al. 2015) vorgefundenen Wert von 7,62 Jahren Dauer bis zur Diagnose. Diese Zeitspanne verändert das Selbsterleben bei den Frauen, da sie beginnen an ihrer Körperwahrnehmung zu zweifeln (vgl. Langenbach und Körfer 2006). Rasche Diagnosestellung gibt es häufig bei unerfülltem Kinderwunsch, da die BehandlerInnen spezieller ausgebildet sind bzgl. der Erkennung und der Therapie von Endometriose. Endometriose verursacht häufig starke und chronische Beschwerden, die schwierig zu behandeln sind, dies führt zu Unzufriedenheit seitens der Patientinnen und BehandlerInnen. Es kommt zu Missverständnissen in der Kommunikation. Gründe seitens der BehandlerInnen sind, dass sie nicht ausreichend informieren, da die Ärzte annehmen, dass die Frauen schon informiert sind oder gewisse Informationen gar nicht wissen müssen und es bzgl. der engen Taktung der Patientinnen nicht möglich ist, derart ausführlich zu informieren. Seitens der Patientinnen besteht ein erhöhter Informationsbedarf (vgl. Zimmermann et al. 2010), da sie bei einmaliger Information noch nicht alles wahrnehmen können. Es gibt auch Frauen, die Informationen wollen, jedoch mit Abwehrmechanismen reagieren, die die Interaktion erschweren (vgl. Brandes ebd.). Diese Abwehrmechanismen, die beide Interaktionspartner zeigen, weisen auf die sensiblen Themen, die mit dieser Erkrankung verbunden sind, hin. Es geht um Tabuthemen, wie Sexualität und damit verbundene Schmerzen (vgl. Fritzer et al. 2013), Libidoprobleme, Intimbereiche, Weiblichkeit und einiges mehr. Darum kommt der Gestaltung der partnerschaftlichen Interaktion eine wesentliche Bedeutung zu. Seitens der Frauen zeigt sich manchmal aufgrund noch ausständiger Reifungsprozesse eine abwertende Haltung gegenüber der BehandlerInnen und ein nicht eigenverantwortlicher Umgang mit ihrer Erkrankung. Seitens der Behandlerinnen zeigt sich ebenso Abwertung, Desinteresse an der schwierigen Erkrankung und die fehlende Bereitschaft zur Selbstreflexion. Das Krankheitsbild Endometriose zeigt kein typisches Muster seitens der Patientinnen und der BehandlerInnen (vgl. Brandes ebd.). Daher lässt sich ableiten, dass jede Interaktion individuell gestaltet werden darf. Da es nicht in jedem Kontext möglich ist, allen Bedürfnissen gerecht zu werden, erscheint es sinnvoll, vernetzt mit anderen Disziplinen, wie zB. Psychotherapie, Selbsthilfegruppen, Physiotherapeuten, Komplementärmediziner etc. zu arbeiten.

EINLEITUNG

Theorien zum Begriff Interaktion

Die ursprüngliche, aus dem Lateinischen kommende Wortbedeutung, von den Begriffen „inter“ = „zwischen“ und „agere“ = „handeln“ beschreibt Prozesse zwischen einzelnen oder mehreren Menschen. Bierhoff (2006) bezeichnet Interaktion als wechselseitigen Prozess zwischen zwei Personen, der durch innere Abhängigkeit gesteuert ist. Er beschreibt, dass die interagierenden Beteiligten interessiert sind, ihren eigenen Vorteil in der Begegnung zu erlangen, jedoch kann auch Kooperation oder Selbstlosigkeit das leitende Motiv sein. Interaktion beinhaltet Kommunikation, jedoch steht beim Kommunizieren die Mitteilung, die Informationsübertragung im Vordergrund.

Soziale Interaktion ist gekennzeichnet durch gegenseitigen Einfluss, einer Machtkomponente und Gleichheit. Nach Neuberger (2007) bezeichnet Interaktion eine Beziehung zwischen Personen, die sich gegenseitig wahrnehmen und an ihrem Verhalten orientieren. Goffmann beschreibt eine Interaktionsordnung als Einheiten zwischen Personen mit natürlichen Grenzen (vgl. Knoblauch 1994). Diese Ordnung bezeichnet die Bereiche der Interaktion, in denen wir uns mit körperlicher Präsenz untereinander austauschen. Damit besteht ein grundsätzlicher Unterschied zur Gesellschaftsstruktur, auf den auch Luhmann (1996) hinweist, wenn das Interaktionssystem als soziales System abgrenzend zum Gesellschaftssystem definiert.

Watzlawick et al. (2011) beschreiben symmetrische und komplementäre Interaktionen. Damit sind Beziehungen gemeint, die entweder auf Gleichheit oder auf Unterschiedlichkeit basieren. Im Fall der Gleichheit spiegeln sich die Interaktionspartner, ihre Interaktion ist symmetrisch. Im Fall der Unterschiedlichkeit ergänzen sich die Interaktionspartner in ihrem Verhalten, ihre Interaktion ist komplementär. Symmetrisches Interagieren definiert sich durch das Fokussieren nach Gleichheit und Verringerung von Unterschiedlichkeit, während komplementäres Interagieren durch ergänzende Unterschiede gekennzeichnet ist. In der komplementären Beziehung gibt es zwei unterschiedliche Positionen: Ein Partner nimmt die primäre Stellung ein, der Andere die sekundäre. Komplementäre Beziehungen beziehen sich auf gesellschaftliche oder kulturelle Kontexte, z. B. die Arzt-Patienten-Beziehung. Beide Interaktionspartner verhalten sich in einer Weise, die ein bestimmtes Verhaltensmuster des Anderen voraussetzt, es zeitgleich auch bedingt. So löst die "Unmöglichkeit, nicht zu kommunizieren" zwischenmenschliche kommunikative Interaktionsprozesse aus, sobald Begegnung zwischen zwei Menschen gegeben ist.

In der systemischen Psychotherapie zeigt sich dieser Ansatz in der Systemtheorie. Wenn Psychotherapeuten von „systemisch“ sprechen, bezeichnen sie damit vorrangig die Interaktion zwischen Personen sozialer Systeme und die Auswirkungen dieser bezogen z.B. auf Erkrankungen (vgl. Schweitzer 1997). Symptome sind Signale für eine gestörte Interaktion in einem System, das bedeutet, es bestehen ungesunde Muster und diese zeigen Wechselwirkungen (vgl. Schlippe und Schweitzer 2000).

Die Interaktion in der Arzt- Patienten- Beziehung von der Vergangenheit bis zur Gegenwart

Geisler (1997) beleuchtet die wesentliche Bedeutung der Sprache seit der Antike in der medizinischen Versorgung. Dadurch konnte die Realität des Patienten erkannt und genutzt werden, um den Heilungsprozess zu fördern. Im Zuge der Modernisierung und Technologisierung ist das biomedizinische Modell in den Vordergrund gerückt (vgl. Schröder, 2010). Klemperer (2003) beschreibt, dass ein biomedizinisches Verständnis einer krankhaften Störung das Erfassen des psychosozialen Kontexts des Patienten nicht erfordert. Der Arzt hat den Auftrag, die Ursache zu finden und die Störung zu beheben. Das biomedizinische Modell beinhaltet, dass die subjektiven Erklärungsmodelle des Patienten keine Bedeutung haben. Ab 1960 entstand ein Entwicklungsprozess Richtung psychosoziales Modell (vgl.

Engel 1997, House et al. 1988). In den letzten Jahrzehnten wurde die Kommunikation zwischen Arzt und Patienten als Forschungsobjekt wesentlicher (vgl. Nowak, Wimmer- Puchinger 1990). Spranz-Fogasy (2010) beschreibt die Arzt-Patienten- Beziehung als vertraulich. Die Zugangsweise zu den Themen Beschwerden, Krankheit, Leid etc. ist unterschiedlich, daher kommt der Interaktion zwischen den Personen stärkere Bedeutung zu. Jeder Patient bringt seine Individualität und seine Biografie mit in den Behandlungskontakt, deren Verständnis für den Heilungsprozess bedeutsam ist. Asymmetrische bzw. symmetrische Interaktion zeigt sich in unterschiedlichen Arzt-Patient- Interaktionsmodellen (vgl. Emmanuel & Emmanuel 1992). Nach Geisler (2003) thematisiert der Patient einen Teil seiner Symptomatik nicht. Die medizinischen BehandlerInnen erhalten wenig Information über die psychosozialen Begleitumstände der Beschwerden und mehr als die Hälfte der psychosozialen Problematik mit der die Patienten leben, wird nicht erkannt. Die Miteinbeziehung von PatientInnen in den medizinischen Behandlungsprozess tritt wissenschaftlich und gesundheitspolitisch in den letzten Jahren zunehmend in den Fokus der Aufmerksamkeit. Als internationaler Begriff für die Patienteneinbeziehung wird der Begriff „shared decision making“ verwendet (vgl. Loh et al. 2007). Studien zeigen auf, dass PatientInnen vermehrt am Behandlungsgeschehen im ärztlichen Gespräch beteiligt werden wollen, auch beim Krankheitsbild Endometriose (vgl. Elwyn et al., 2003, Zimmermann et al. 2010, Leeners 2011, Lampe et al. 2007). Interaktion impliziert Kommunikation und diese ist ein wesentliches Untersuchungselement für den medizinischen Behandler. Dieses Instrument hilft zu diagnostizieren, ein therapiestützendes Arzt-Patientenverhältnis aufzubauen und den Heilungsprozess zu fördern (vgl. Geisler 2002, Schröder 2010). Nach Petzold (2011) bestehen systemische Selbstregulationsprozesse. Der Mensch entwickelt sich in Resonanz zu seiner Umgebung. Bauer (2006) beschreibt die Resonanz nicht nur auf psychischer, sondern auch auf biologischer Ebene. Diese Reaktionen beeinflussen und verändern den Krankheitsverlauf. Salutogenese ist ein selbst regulierender Prozess, daher ist medizinische Beratung eine kommunikative Begleitung in der salutogenetischen Selbstregulation des Patienten (vgl. Petzold ebd.) Kommunikation findet nach Watzlawick et al. (2011) auf zwei Ebenen statt: der Inhalts- und der Beziehungsebene. Die Inhaltsebene umfasst Daten und Informationen. Die Beziehungsebene umfasst die Interaktionsqualität zwischen den Kommunizierenden. Der Beziehungsaspekt bestimmt den Inhaltsaspekt. Wie der Empfänger die Botschaft des Senders hört, zeigt, wie er eine Botschaft verstehen möchte und in welcher Beziehung er mit der die Nachricht aussendenden Person steht. Der Sender kommuniziert durch Mimik, Gestik und Tonfall die zwischenmenschliche Beziehung zwischen ihm und dem Empfänger. Besteht eine Diskrepanz zwischen dem Inhalts- und Beziehungsaspekt, dann liegt eine missverständliche Kommunikation vor. Häuser (2015) bezieht sich auf die Übertragung und Gegenübertragung (vgl. Kernberg 2008) in der Arzt-Patienten- Interaktion bei chronischem Unterbauchschmerz. Diese zwei Mechanismen sind in jeder menschlichen Interaktion vorhanden. In der Arzt-Patienten- Interaktion bedeutet es konkret, dass der Patient beim Arzt Gefühle und Verhaltensmuster auslöst, sowie der Arzt beim Patienten. Häuser formuliert Faktoren für beide InteraktionspartnerInnen, die die Beziehung negativ beeinflussen. Faktoren seitens des Arztes sind Angst vor Fehlern und deren rechtliche Konsequenz, Angst vor Entwertung durch öffentliche Bewertung, Angst vor "seelischen Abgründen"(spontane Emotionen, z.B. Weinen) und eine narzisstische Persönlichkeitsstruktur bezüglich der Lösung des Schmerzes. Das beinhaltet, dass statt individueller Therapieplanung eigenes operatives Können im Vordergrund steht. Faktoren seitens der von Endometriose betroffenen Frauen sind unrealistische Erwartungen, zB. Wunsch nach dauernder Schmerzfreiheit und frühkindliche Bindungsstile. Bei Frauen mit chronischen Schmerzen zeigen sich vermehrt unsichere Bindungsstile als bei gesunden Frauen. Das beeinflusst die Copingstrategien im Umgang mit der Erkrankung und im Behandlungsprozess (vgl. Häuser ebd.).

Narrative Medizin- Narrativer Ansatz

Kalitzkus et al. (2009) beschreiben den Begriff "Narrative Medizin": Die Erzählungen des Patienten bekommen zunehmende Bedeutung. Sie gelten als Ressource im Verstehen des Krankheitsbildes und dienen als diagnostisches Instrument. Die Entwicklung des narrativen Ansatzes steht in Zusammenhang mit patientenzentrierten Ansätzen, wie z.B. bei der klientenzentrierten Gesprächsführung nach Rogers (vgl. Rogers 1995), Arbeiten nach Balint (vgl. Balint 1961, Balint 1980) und die narrative Denkrichtung in der systemischen Psychotherapie (vgl. Schlippe und Schweitzer 2000). Die narrative Medizin ermöglicht die Fokussierung auf die Beziehung in der medizinischen Behandlung. Der Patient mit seinen Erklärungsmodellen und salutogenetischen Lösungsansätzen ist Mittelpunkt (vgl. Antonovsky 1997).

Lucius-Hoene (2006) definiert Erzählungen als eine Form der Mitteilung, die Reflexion ermöglichen. Die Erzählungen des Patienten sind ein Spiegel der gegenwärtigen Situation, nicht so wie es war, sondern welche Bedeutung es gegenwärtig für den Patienten hat. Nach Hampton et al. (1975) können ca. drei Viertel der Diagnosen allein aufgrund des Gesprächs bereits zutreffend gestellt werden.

Kalitzkus et al. (2009) beschreiben die Möglichkeit derartiger Erzählungen auch in der ärztlichen Sprechstunde, wenn dafür Raum gelassen wird. Sie beschreiben 5 wesentliche Merkmale der Patientenerzählung für die ärztliche Praxis: die Erzählung hängt davon ab, wer sie hört und wird dementsprechend gestaltet, sie zeigt die Individualität des Patienten, spiegelt sein Erleben und sein Empfinden. Erzählungen lassen Erklärungsmodelle, Zuschreibungen und Interpretationen erkennen. Der Patient möchte den Arzt am Erlebten teilhaben lassen, damit er nicht nur informiert ist sondern auch mitempfinden kann. Die Erzählungen sind in drei Phasen aufgeteilt: Orientierung, Problemfokussierung und Evaluation.

Langenbach und Körfer (2006) beschreiben die biographisch- narrative Medizin in Bezug auf den Zusammenhang zwischen Körper- und Selbstbild des Patienten. Fühlt sich der Betroffene in seinem Körper unwohl, trifft er häufig eine negative Aussage über seine Person, hat der Betroffene ein gesundes Körperempfinden, wirkt sich das positiv auf sein Selbsterleben aus.

Uexküll (2001) erklärt die Diskrepanz zwischen der biologischen und narrativen Medizin mit der Entwicklung von zwei Modellen. Das biochemische Modell mit physikalischem Wissen über Körperfunktionen wird an den Universitäten unterrichtet. Das Modell, um das Wissen zu verstehen, das der Patient erzählt, wenn er über seine Symptome und Beschwerden spricht, wurde in der Vergangenheit weniger berücksichtigt. Gegenwärtig wird nun auch psychosoziales und tiefenpsychologisches Wissen vermittelt. Dieses Modell ist unabdingbar für den Arzt und es geht darum, eine Synergie mit dem körperorientierten Modell zu bilden.

Ein wesentlicher Aspekt bei der narrativen Medizin ist der Zeitfaktor. Aufgrund der Kassenfinanzierung ist die Umsetzung erschwert, da derzeit nur ein minimaler Zeitrahmen pro Patient von der Krankenkasse vergütet wird.

Das Krankheitsbild Endometriose

Knapp (1999) erwähnt, dass in Europa seit 300 Jahren Kenntnisse über das Krankheitsbild Endometriose bestehen. Schindler (2007) erwähnt, dass die älteste bekannte morphologische Beschreibung von Endometriose 1690 von Schroen entstand. Huber et al. (2006) verweisen in ihrem medizingeschichtlichen Rückblick auf den bedeutenden Beitrag, den der Wiener Pathologe Rokitansky im Jahr 1860 zur Erforschung der Endometriose geleistet hat (vgl. Rokitansky 1860). Nach Hudelist et al. (2012) ist Endometriose eine der häufigsten gynäkologischen Erkrankungen, die einen chronischen

Verlauf hat und zur Dysmenorrhoe, Dyspareunie, Dyschezie und Unfruchtbarkeit führen kann. Johnston et al. (2015) beschreiben, dass Endometriosesymptome bereits im Jugendalter beginnen. Erkennungssymptome können immer wiederkehrende Beckenschmerzen (unabhängig von der Menstruation), Darmprobleme, die schon erwähnte Dyspareunie und Dysmenorrhoe, Blasenbeschwerden, Müdigkeit, Rückenschmerzen und ungewöhnliche Periodenbeschwerden sein, einige Frauen weisen jedoch eine asymptomatische Endometriose auf. Es gibt eine Anzahl von Symptomen, für die mehrere unterschiedliche Diagnosen in Frage kommen, was die Diagnosestellung erschwert. International ist von einer verlängerten Diagnosedauer auszugehen, die nach Hudelist (2012) mit 7-9 Jahren angegeben wird (vgl. Mechsner 2015).

Die Diagnoseverzögerung zählt neben Schmerzen, Infertilität und Nebenwirkungen der Therapien zu den bedeutendsten Belastungsfaktoren. Ein wiederholt geschildertes Problem betroffener Frauen ist das Gefühl, mit ihren Symptomen nicht ernst genommen zu werden. Diese Erkrankung hat laut Leeners (2011) eine Prävalenz von 7-10% bei Frauen im reproduktionsfähigen Alter. Nach Meuleman et al. (2009) leiden 47% der unfruchtbaren Frauen an Endometriose. Bisher wurden einige Theorien zur Ätiologie und Pathogenese vorgestellt, dazu gehören die Implantationstheorie (vgl. Sampson 1927), die Zölom-Metaplasie-Theorie (vgl. Meyer 1919) und das Archimetra- bzw. "Gewebe-Verletzungs- und Reparatur-Konzept" (vgl. Leyendecker 2009). Aufgrund ungenügender Kenntnisse bezüglich der Pathogenesemechanismen fehlen demzufolge auch kausale Therapien. Ulrich et al. (2013) charakterisieren Endometriose als eine morphologische, funktionelle Erkrankung, deren Ätiologie und Pathogenese noch nicht gänzlich geklärt sind. Bitzer et al. (2008) schildern für die Behandlungspraxis eine Konkurrenz verschiedener therapeutischer Ansätze, deren Anzahl auch immer mehr steigt. Nach wie vor wird medizinisch fast ausschließlich invasiv bei Endometriose vorgegangen. Es gibt keine kausalen Behandlungsmöglichkeiten, jedoch gilt derzeit eine Operation als beste Möglichkeit, die Symptome zu lindern und Organfunktionen wieder herzustellen (vgl. Ulrich und Keckstein O. J.).

Sillem (2015) erwähnt, dass es bedeutsam ist, den chronischen Unterbauchschmerz nicht isoliert von dem Symptomkomplex der Endometriose zu sehen. Trotz korrekter Therapieanwendung leiden Endometriosepatientinnen zu 20% innerhalb von zwölf Monaten nach einer durchgeführten Behandlung wieder an Schmerzen, sowie weitere 50% innerhalb von fünf Jahren. Das Ausmaß der Beeinträchtigung ist - mit Ausnahmen - durch den Schweregrad der Endometriose bestimmt. Nach Mechsner (2015) erkranken ca. 40.000 Frauen pro Jahr in Deutschland neu an Endometriose und zwei Millionen Frauen sind schon betroffen. Mechsner (ebd.) argumentiert damit die Wichtigkeit von weiteren Forschungen, da ein Teil der Frauen weder von operativen, hormonellen oder analgetischen Therapien im salutogenetischen Prozess unterstützt wird und eine andere Gruppe der Endometriosepatientinnen asymptomatisch erscheint.

METHODE

Die forschungsleitende Fragestellung dieser Studie

Frauen, die von Endometriose betroffen sind, haben häufig Kontakt mit BehandlerInnen in der medizinischen Versorgung. Bis dato gibt es bzgl. der Interaktion mit den BehandlerInnen kaum Untersuchungen. Hier setzt die Forschungsfrage der vorliegenden Untersuchung an: Wie nehmen Endometriosepatientinnen die Interaktion in der Arzt-Patientinnen- Beziehung wahr?

Sampling

Für diese Studie wurden zwei unterschiedliche Stichproben im Sinne eines zweistufigen Vorgehens herangezogen. Im ersten Schritt erfolgte eine Sekundäranalyse von 189 Fragebögen von Endometriose betroffenen Frauen. Die Frauen meldeten sich vorrangig über eine anonyme Internetplattform für die Studie an (vgl. Esterl et al. 2015). Im zweiten Schritt wurden qualitativ ausgewertete Interviews geführt, dazu fand ein Sampling nach vorab festgelegten Kriterien statt (vgl. Przyborski und Wohlrab-Sahr 2010). Diese umfassten das Krankheitsbild Endometriose, Vertrautheit mit der Interviewerin und dem Wunsch nach eigenverantwortlichem Umgang mit der Erkrankung (vgl. Esterl et al. 2015, Zimmermann et al. 2010, Leeners 2011, Lampe et al. 2007). Es zeigte sich im Vorfeld, dass aufgrund der intimen Themenstellung zahlreiche Frauen nicht bereit waren, sich durch eine ihnen nicht bekannte Forscherin befragen zu lassen. Aufgrund dieser Vorerfahrung wurden fünf Frauen ausgewählt, die mit der Interviewerin bekannt waren. Die Interviewpartnerinnen verfügen über Autonomie und Eigenverantwortung, vier der fünf Frauen befanden sich in psychotherapeutischer bzw. klinisch- psychologischer Behandlung.

Die Vorgangsweise in der Stichprobenbildung entspricht der Analyse von wenigen Fällen nach Gläser und Laudel (2010).

Methodisches Vorgehen

Es wurde das Verfahren der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring (vgl. Mayring 1985) gewählt. Es ist eine sozialwissenschaftliche, sinnverstehende, interpretative Methode für die Datenanalyse sozial relevanter Daten. Die Interviews wurden nach einem Leitfaden geführt, als Audiodatei aufgenommen und anschließend transkribiert. Das sprachliche Material diente der Interpretation und verfolgte das Ziel der Strukturierung: Ziel ist die Herausarbeitung einer bestimmten Struktur des Materials, welche „in Form eines Kategoriensystems an das Material herangetragen wird“ (Mayring 1985, S. 197). Nach dem Vertiefungsmodell von Mayring (vgl. Mayring 2001) wurden anhand einer vorangegangenen quantitativen Studie (vgl. Esterl et al. 2015) zwei deduktive Kategorien gebildet. Durch die den Tiefeninterviews differenzierten sich sechs weitere induktive Kategorien.

Die Kategorien wurden in Haupt und- Subkategorien gegliedert und definiert.

Die weitere Vorgehensweise bestand aus Einzelfallanalysen (vgl. Mayring 2002). Diese wurden in jeder Kategorie zu einem Text zusammengefasst und anschließend anhand der Hypothesenbildung der systemischen Psychotherapie interpretiert.

"Eine Hypothese ist eine vorläufige, im weiteren Verlauf zu überprüfende Annahme über das, was ist."

"So geht es nicht darum, die eine richtige Hypothese zu finden. Vielmehr führt gerade die Vielfalt der Hypothesen auch zu einer Vielfalt von Perspektiven und Möglichkeiten" (vgl. von Schlippe & Schweitzer 2000, S.117).

Allgemein müssen Hypothesen folgenden drei Kriterien aufweisen:

Sie müssen widerlegbar, untereinander widerspruchsfrei sein und systematisch zusammen hängen, (vgl. Kromrey 2000)

Um zu den endgültigen Ergebnissen zu gelangen, wurden die Einzelfallanalysen miteinander verglichen und bzgl. Unterschieden und Parallelen analysiert.

Abschließend wurden die Ergebnisse unter Einbeziehung eines Experteninterviews (vgl. Mayring 2002) mit einer Forscherin des Institutes für Epidemiologie, Sozialmedizin und Gesundheitssystemforschung der Medizinischen Hochschule Hannover diskutiert.

Interpretengemeinschaft

Die Interpretengemeinschaft bestand aus zwei systemischen Psychotherapeutinnen, einer Fachärztin für Psychiatrie mit katathym imaginärer Psychotherapieausbildung und mir, als systemische

Psychotherapeutin. Alle Teilnehmerinnen hatten bereits vor dem Treffen alle Interviews gelesen und eine Kopie aller Interviews zur Durchsicht vor sich liegen.

Durchführung der Interviews

Der Erstkontakt war in drei Fällen ein persönliches Vorgespräch in meiner psychotherapeutischen Praxis und in zwei Fällen telefonisch. Die betroffenen Frauen erhielten Information über die Forschungsfrage, das Forschungsinstrument und die Anonymität der Interviews.

Die Interviews fanden in drei Fällen in meiner Praxis statt und in zwei Fällen bei den Frauen daheim in ruhiger und vertrauter Atmosphäre.

Demographische Daten der Interviewpartnerinnen

Interviewpartnerin 1

Die Patientin ist zum Zeitpunkt des Interviews und bei Diagnosestellung 29 Jahre alt. Beschwerden hatte die Patientin seit ihrem zwölften Lebensjahr. Zum Zeitpunkt des Interviews schilderte die Patientin starke Beschwerden und einen Kinderwunsch. Sie konsultierte einen Hausarzt, sechs niedergelassene GynäkologInnen, eine Gynäkologin im Kinderwunschzentrum und einen Gynäkologen in einer Krankenhausambulanz.

Interviewpartnerin 2

Die Patientin ist zum Zeitpunkt des Interviews 40 Jahre, bei Diagnosestellung 38 Jahre alt. Beschwerden spürte die Patientin seit ihrem 18. Lebensjahr. Die Patientin hatte mehrere Fehlgeburten und keine Kinder. Sie wurde einmal operiert. Zum Zeitpunkt des Interviews schildert die Patientin Beschwerden durch starke Monatsblutungen. Sie konsultierte zwei niedergelassenen Gynäkologinnen, drei GynäkologInnen in einer Krankenhausambulanz und einen operierenden Gynäkologen.

Interviewpartnerin 3

Die Patientin ist zum Zeitpunkt des Interviews 38 Jahre, bei Diagnosestellung 32 Jahre alt. Beschwerden hatte die Patientin keine. Es war ein Zufallsbefund, da ihr Kinderwunsch unerfüllt geblieben war. Sie wurde zweimal operiert und in den künstlichen Wechsel versetzt. Mittlerweile ist sie im frühzeitigen biologischen Klimakterium. Sie konsultierte zwei niedergelassenen GynäkologInnen, eine Gynäkologin in einem Kinderwunschzentrum, für zusätzliche Untersuchungen drei GynäkologInnen und einen operierenden Gynäkologen.

Interviewpartnerin 4

Die Patientin war zum Zeitpunkt des Interviews 39 Jahre, bei Diagnosestellung 29 Jahre alt. Die Patientin zeigte Blasenbeschwerden, aufgrund dessen wurde der Verdacht auf Endometriose geäußert. Sie hatte 3 Wochen Schmerzen. Die Patientin wurde einmal operiert. Sie hatte zum Interviewzeitpunkt ein einjähriges Kind. Sie konsultierte einen niedergelassenen Gynäkologen, der sie auch operierte und davor einen Urologen.

Interviewpartnerin 5

Die Patientin war zum Zeitpunkt des Interviews 40 Jahre, bei Diagnosestellung war sie 38 Jahre alt. Die Patientin zeigte starke Menstruationsblutungen und -krämpfe. Die Patientin wurde zweimal operiert und bekam die Hormonspirale eingesetzt. Sie konsultierte drei niedergelassene GynäkologInnen, einer davon war ihr Operateur.

ERGEBNISSE

Kategorienbildung

Folgende Kategorien wurden aufgrund der Einzelanalysen erarbeitet:

Hauptkategorie 1: Informative Interaktionswahrnehmung

Subkategorien 1.1: Erhalt von Informationen

1.2: Fehlen von Information

Definition: Diese Kategorie umfasst die Sachebene der Interaktion, beleuchtet werden Informationen, die die Krankheit betreffen, Aufklärung über das Krankheitsbild, Behandlungsschritte, komplementärmedizinische Angebote und Vernetzung zu Psychotherapie, Selbsthilfegruppen etc. und die Kompetenzzuschreibung an den Behandler.

Hauptkategorie 2: Partnerschaftliche Interaktionswahrnehmung

Subkategorien: 2.1 positives Empfinden während der Interaktionsprozesse

2.2 negatives Empfinden während der Interaktionsprozesse

2.3 eigeninitiatives Handeln seitens der Patientin

Definition: Diese Kategorie umfasst die Beziehungsebene der Interaktion, beleuchtet werden Wertschätzung und Empathie (Patientin in ihrem Empfinden wahrnehmen und begleiten), partnerschaftliche Kommunikation und Einbeziehung in die medizinische Behandlung und das eigenverantwortliche Handeln seitens der Patientin.

Hauptkategorie 3: Selbstbeschreibungen und Zuschreibungen an die BehandlerInnen während der Interaktion

Definition: Diese Kategorie umfasst Erklärungsmodelle seitens der Patientin bezogen auf die Gestaltung der Interaktion.

Hauptkategorie 4: Emotionen während der Interaktion

Subkategorien: 4.1 negative Emotionen während der Interaktionsprozesse seitens der Patientin

4.2 positive Emotionen während der Interaktionsprozesse seitens der Patientin

Definition: Diese Kategorie umfasst aus dem Text heraus lesbare vordergründige negative Emotionen wie Sorge, Hilflosigkeit, Verzweiflung, Scham, Trauer, Frust, Wut, Resignation, Enttäuschung etc. und positive Emotionen wie Freude, Hoffnung, Erleichterung, Sicherheit etc.

Hauptkategorie 5: Ressourcen, außerhalb der Interaktion mit den BehandlerInnen

Subkategorien: 5.1 Experten

5.2 soziales Umfeld

5.3 Betroffenenhilfe

5.4 Medien

Definition: Diese Kategorie umfasst Unterstützungsangebote und hilfreich erlebte Impulse für die Patientin außerhalb der Interaktion mit den BehandlerInnen.

Hauptkategorie 6: Zeitfaktor in der Interaktion

Definition: Diese Kategorie umfasst das Erleben des Zeitfaktors bzgl. Diagnosestellung, Anfahrtswege, Zeitrahmen bis zu einer Behandlung, Zeitaufwand während Behandlungen, etc.

Hauptkategorie 7: Körperempfindungen während der Interaktion

Subkategorie: 7.1 positive Körperwahrnehmung

7.2 negative Körperwahrnehmung

Definition: Diese Kategorie umfasst Körperempfindungen bzgl. Schmerzen, Beschwerden, Heilungsprozess etc. während der Interaktionsprozesse.

Hauptkategorie 8: Aufwand

Subkategorien: 8.1 Geld

8.2. Energie/Mühe

Definition: Diese Kategorie umfasst finanzielle, physische und psychische Anstrengungen seitens der Patientin.

Ergebnisse zu der Interaktionswahrnehmung seitens der betroffenen Frauen

Im Vergleich der Einzelanalysen zeigt sich bzgl. der informativen Interaktionswahrnehmung, dass zwei Frauen mit typischen Endometriosebeschwerden über einen längeren Zeitraum erst später Informationen über ihre Erkrankung bzw. die Diagnose erhielten, als die drei Frauen, die andere Beschwerden hatten. Die Frauen mit erhöhtem Leidensdruck zeigten typische Symptome wie Menstruationskrämpfe und starke Blutungen und wurden erst Jahre später mit Verdacht auf Endometriose diagnostiziert. Eine Frau hatte kurze Zeit Blasenbeschwerden und eine litt unter einem nicht erfüllbaren Kinderwunsch, da wurde rasch die Diagnose gestellt. Der Erhalt von Informationen wurde positiv empfunden, wenn sie ausführlich aufgeklärt wurden und Empfehlungen erhielten, zB. Alternativen, weitere Anlaufstellen, etc.

Die partnerschaftliche Interaktionswahrnehmung wurde negativ beschrieben, wenn Beschwerden und geäußerte Sorgen nicht wahrgenommen bzw. ernst genommen wurden und die Frauen den Eindruck hatten, der Behandler könnte ihnen nicht nachempfinden und nehme sich nicht ausreichend Zeit. Als unangenehm wurde die rasche Verordnung von Hormonen und die rasche Empfehlung zu einer Schwangerschaft und Operation wahrgenommen. Negativ empfunden wurde die defizitäre Beschreibung des Unterleibs und die unempathische Ausdrucksweise.

Die partnerschaftliche Interaktion wurde positiv wahrgenommen, wenn die Frauen das Gefühl hatten, vertrauen zu können. Dieses Vertrauen entstand durch eine ruhige Atmosphäre, durch Informationserhalt, durch Zeigen von Interesse an ihrer Person und an ihren Beschwerden, durch Wertschätzung, das Gefühl ernst genommen zu werden und durch Information darüber, was in ihnen funktioniert. Die Frauen bewerteten die Interaktion positiv, wenn sie das Gefühl hatten, partnerschaftlich behandelt zu werden und es Raum für andere Themen und zur Mitgestaltung gab. Diese Interaktion wurde in drei Fällen bei den Komplementärmedizinerinnen beschrieben. Frauen mit langzeitigen Beschwerden zeigten während der Interaktionen einen Reifungsprozess. Anfänglich fragten sie weniger nach, beschrieben Abwehrmechanismen wie Verdrängung, Spaltung, Verleugnung, Projektion, Rationalisierung etc. Sie schilderten ambivalente Gefühle bzgl. ihrer Erkrankung, die sich dann auch in der Interaktion spiegelte.

Diese sind auf Ängste und die sensiblen Themen wie Weiblichkeit, Sexualität und Mutterschaft zurück zu führen. Sie brachen die Kontakte zu Behandlern ab. Schwierig zeigte sich der Faktor der Paternalisierung der ErstbehandlerInnen in zwei Fällen. Die Frauen brauchten längere Zeit, um sich aus dieser Arzt-Patienten- Beziehung zu lösen. Je höher der Leidensdruck wurde, desto stärker die Eigeninitiative. Sie suchten sich Spezialisten und Komplementärmediziner, sprachen ihre Bedürfnisse an und forderten schlussendlich ein, was sie brauchten. Die Patientin mit dem geringsten Leidensdruck zeigte kaum Eigeninitiative, benötigte wenig Information und wenig Raum, da sie sich nach der Operation von ihrer Erkrankung distanzierte. Sie empfand keinerlei Beschwerden mehr und bekam ein Kind. Drei der Frauen entschuldigten ihr Interaktionsverhalten mit Ahnungslosigkeit, sie hatten das Gefühl, etwas falsch gemacht zu haben und hatten den Anspruch an sich selbst, eine Kompetenz zu besitzen, die jedoch der Rolle des Arztes obliegt. Die Frauen mit dem stärksten Leidensdruck aufgrund der langen Dauer empfanden Schuld, weil sie zu lange zu ihrem ersten Vertrauensarzt gingen und beschrieben eigene Unfähigkeit. Die Patientinnen mit intensiven langen Interaktionen erwähnten Erklärungsmodelle, warum der Behandler auf eine bestimmte Art interagierte. Sie nahmen die Schuld auf sich und schrieben den Behandlern positive Ambitionen zu statt die Kompetenz zu hinterfragen. Die Frauen benötigten diese Erklärungsmodelle, um weiter vertrauen zu können.

Negative Emotionen zeigten sich bei allen Frauen und zeigten sich im Gefühl, alleine gelassen zu werden seitens der BehandlerInnen, als Angst, Ausweglosigkeit, Scham, Resignation, Trauer, Enttäuschung und Druckempfinden aufgrund invasiver, rascher und geballter Empfehlungen. Zwei der Frauen schilderten Todesangst. Positive Emotionen wurden als Sicherheit bei Komplementärmedizinern durch ressourcenorientierte Kommunikation, Hoffnung aufgrund alternativer Behandlungen und ausführlicher Aufklärung und Erlösung nach Erhalt der Diagnose beschrieben.

Hilfreich außerhalb der Interaktionen mit den behandelnden GynäkologInnen wurde die Interaktion mit Komplementärmedizinern erlebt. Die Frauen beschrieben als Hauptfaktor die Zeit und Ruhe während des Gesprächs. Das Internet war für 4 Frauen ein wesentliches Informationsportal und diente zwei Frauen als Bestätigung " Ich bin nicht allein mit der Erkrankung". Stützend war eine psychologische bzw. psychotherapeutische Begleitung in drei Fällen. Die Betroffenenhilfe, Fachliteratur und familiäre Gespräche wurden vereinzelt erwähnt. Der Zeitfaktor wurde negativ erlebt bezogen auf die Dauer bis zur Diagnosestellung, Dauer der Beschwerden, zeitlich aufwändigere Anfahrtswege und lange Untersuchungszeiten. Die Patientin mit dem geringsten Leidensdruck erwähnte den Zeitfaktor positiv, da sie nur drei Wochen Beschwerden hatte. Für eine Frau mit großem Leidensdruck war der Zeitfaktor unwesentlich, das lässt sich darauf zurückführen, dass sie selbst die Zeit brauchte, um sich ihrer Erkrankung anzunähern. Die Körperempfindungen wurden von den Frauen unterschiedlich beschrieben. Eine Patientin hatte keine Schmerzen aufgrund von Endometriose, jedoch litt sie dann unter dem künstlichen und später biologischen Klimakterium. Eine Patientin hatte 3 Wochen starke Schmerzen, eine Patientin hatte seit frühester Jugend Unterleibskrämpfe und Schmerzen, war teilweise arbeitsunfähig und bekam dann eine Zyste und Darmblutungen, eine Patientin litt unter starken Blutungen, Herz- Kreislauf-Problemen aufgrund der Hormoneinnahme und Schmerzen aufgrund von Verwachsungen. Eine Patientin beschrieb starke Rückenschmerzen, Blutungen, Krämpfe und aufgrund der Hormonbehandlung Libido- und Lebenslustverlust. In den Interviews zeigte sich deutlich, dass die Frauen mit stärkeren und typischen Endometriosesymptomen jahrelang nicht adäquat medizinisch behandelt wurden, dass sie mehr Unterstützung benötigten und unzufriedener mit der Interaktion waren im Gegensatz zu den Frauen, die weniger bis kaum Beschwerden hatten. Die Patientinnen empfanden hohen Energieaufwand bezogen auf Anfahrten zu Untersuchungen, Anstrengung aufgrund der Beschwerden und erhöhten finanziellen Aufwand bezogen auf die Komplementärmedizin und Spezialisten. Die Frau mit dem geringsten Leidensdruck beschrieb keinerlei Aufwand.

Zusammenfassend kann beschrieben werden, dass zwei Frauen mit typischen starken Blutungen, Krämpfen und stärkerem Beschwerdebild der Endometriose weitaus später bzgl. ihrer Diagnose informiert wurden als die Patientinnen mit anderer Symptomatik zB. Blasenproblemen und Kinderlosigkeit. Die betroffenen Frauen wünschen sich vermehrte Information und Aufklärung und empfinden Zeit und Ruhe als wesentlichen Faktor in der Interaktion sowie die partnerschaftliche und empathische Haltung seitens der BehandlerInnen. Diese Haltung wird hauptsächlich bei den KomplementärmedizinerInnen erlebt. Je höher der Leidensdruck seitens der betroffenen Frau ist, umso höher ihre Eigeninitiative. Die Interaktionen sind gekennzeichnet durch Abwehrmechanismen der Frauen, die sie vor negativen Empfindungen schützen. Diese Dynamiken übertragen sich in der Interaktion. Seitens der Frauen zeigt sich ein Reifungsprozess, bis sie partnerschaftlich begegnen können. Sie reagieren während der Handlungsprozesse mit Selbstzuschreibungen und Erklärungsmodellen, um weiter vertrauen zu können. Für Frauen mit geringerem Leidensdruck ist die Gestaltung der partnerschaftlichen Interaktion weniger wichtig bzw. wird sie anders bewertet. Es zeigen sich negative und positive Emotionen bei allen Frauen. Diese drücken sich im Gefühl, alleine gelassen zu werden seitens der BehandlerInnen, als Angst, Ausweglosigkeit, Scham, Resignation, Trauer, Enttäuschung und Druckempfinden aus bzw. als Gefühl der Sicherheit, Hoffnung und Erlösung. Stützend, außerhalb der gynäkologischen Arzt- Patientin- Interaktion, werden das Internet, die KomplementärmedizinerInnen, die Betroffenenhilfe, Fachliteratur und die Familie erlebt. Der Zeitfaktor wird negativ erlebt bezogen auf die Dauer bis zur Diagnosestellung, Dauer der Beschwerden, zeitlich aufwändigere Anfahrtswege und lange Untersuchungszeiten. Die Körperempfindungen werden von den Frauen unterschiedlich beschrieben von starken Schmerzen bis zu keinerlei Beschwerden. Die Mehrheit der Patientinnen empfindet hohen Energieaufwand bezogen auf Anfahrten zu Untersuchungen, Anstrengung aufgrund der Beschwerden und erhöhten finanziellen Aufwand bezogen auf die Komplementärmedizin und Spezialisten.

DISKUSSION

Die von den interviewten Frauen berichtete deutlich verzögerte Zeit bis zur Diagnosestellung steht in Einklang mit dem in der vorangegangenen quantitativen Studie (vgl. Esterl et al. 2015) vorgefundenen Wert von 7,62 Jahren Dauer bis zur Diagnose. Frauen zeigen häufig in früher Pubertät Beschwerden, die jedoch aufgrund fehlenden Wissens seitens der niedergelassenen GynäkologInnen und der gesellschaftlichen Vorstellung, dass die Monatsblutung mit Schmerzen einhergeht, nicht ernst genommen werden (vgl. Brandes 2015). Diese Zeitspanne verändert das Selbsterleben bei den Frauen, da sie beginnen an ihrer Körperwahrnehmung zu zweifeln (vgl. Langenbach und Körfer 2006). Junge Frauen besitzen meist noch nicht die Kompetenz, sich energisch für ihre Bedürfnisse einzusetzen und sind meist sehr ahnungslos über die biologischen Abläufe in ihrem Körper. Es erscheint sinnvoll, die Frauen diesbezüglich zu schulen. Es stellt sich die Frage, wann haben Schmerzen einen Krankheitswert? Der Krankheitsfaktor sollte daran gemessen werden, wenn Frauen ihren Alltag, die Arbeit und Schule nicht mehr bewältigen können und regelmäßig Schmerzmittel einnehmen müssen. Rasche Diagnosestellung gibt es häufig bei unerfülltem Kinderwunsch, da die BehandlerInnen spezieller ausgebildet sind bzgl. der Erkennung und der Therapie von Endometriose. In diesen Fällen sind zwei Faktoren wesentlich, zu einem gibt es in vielen Fällen ein Erfolgserlebnis, nämlich eine Schwangerschaft und zum anderen ist die Vergütung deutlich besser als bei KassenärztInnen (vgl. Brandes ebd.) Endometriose verursacht häufig starke und chronische Beschwerden, die schwierig zu behandeln sind, dies führt zu Unzufriedenheit seitens der Patientinnen und BehandlerInnen. Es kommt zu Missverständnissen in der Kommunikation. Gründe seitens der BehandlerInnen sind, dass sie nicht informieren, da

die Ärzte annehmen, dass die Frauen schon informiert sind oder gewisse Informationen gar nicht wissen müssen und es bzgl. der engen Taktung der Patientinnen nicht möglich ist, derart ausführlich zu informieren. Das Internet ist ein stark genutztes Informationsinstrument für die Frauen, sie holen sich Bestätigung, dass sie mit der Erkrankung nicht alleine sind und haben die Möglichkeit zum Austausch. Internetforen tragen negativ dazu bei, dass furchterzeugende Mythen bzgl. Endometriose verbreitet werden und Aversionen gegen Ärzte, Kassen etc. geschürt werden. Seitens der Patientinnen besteht ein erhöhter Informationsbedarf (vgl. Zimmermann et al. 2010), da sie bei einmaliger Information noch nicht alles wahrnehmen können. Es gibt auch Frauen, die Informationen wollen, aber dann mit Abwehrmechanismen darauf reagieren, die die Interaktion erschweren (vgl. Brandes ebd.). Diese Abwehrmechanismen, die beide Interaktionspartner zeigen, weisen auf die sensiblen Themen dieser Erkrankung hin. Es geht um Tabuthemen, wie Sexualität und damit verbundene Schmerzen (vgl. Fritzer et al. 2013), Libidoprobleme, Intimbereiche, Weiblichkeit und einiges mehr. Darum kommt der Gestaltung der partnerschaftlichen Interaktion eine wesentliche Bedeutung zu. Der Wunsch nach partnerschaftlicher Begegnung wird deutlich, die sich für betroffene Frauen in Form von Wertschätzung, Ruhe, Zeit und Empathie zeigt. Es gibt beiderseits Verhaltensweisen, die diese Begegnung stören. Es zeigt sich, dass eine in jungen Jahren entstandene Vertrauensbeziehung zu einem Arzt aufgrund einer Paternalisierung (vgl. Klemperer 2003) sich als störend in der Krankenbehandlung zeigen kann. Seitens der Frauen zeigt sich manchmal aufgrund noch ausständiger Reifungsprozesse eine abwertende Haltung gegenüber der BehandlerInnen und ein nicht eigenverantwortlicher Umgang mit ihrer Erkrankung. Seitens der BehandlerInnen zeigt sich ebenso Abwertung, Desinteresse an der schwierigen Erkrankung und die fehlende Bereitschaft zur Selbstreflexion. Das Krankheitsbild Endometriose zeigt kein typisches Muster seitens der Patientinnen und der BehandlerInnen (vgl. Brandes ebd.). Daher lässt sich ableiten, dass jede Interaktion individuell gestaltet werden darf. Da es nicht in jedem Kontext möglich ist, allen Bedürfnissen gerecht zu werden, erscheint es sinnvoll, vernetzt mit anderen Disziplinen, wie zB. Psychotherapie, Selbsthilfegruppen, Physiotherapeuten, Komplementärmedizinern etc. zu arbeiten.

FAZIT FÜR DIE PRAXIS

Beim Krankheitsbild Endometriose kommt es zu vermehrten Interaktionen in der Arzt- Patientinnen-Beziehung. Es bestehen häufig Kommunikationsschwierigkeiten und eine erschwerte Interaktion. Die Basis dafür bilden Abwehr- und Übertragungsmechanismen von Emotionen, die mit der Erkrankung verbundenen Tabuthemen und die fehlende Miteinbeziehung von biographischen relevanten Daten und Vorerfahrungen der Frau. Für die Praxis zeigt sich nun die Relevanz der Bewusstwerdung dieser Erlebnisdimensionen und die Wichtigkeit der Vernetzung mit anderen Disziplinen.

Konkret bedeutet das für die Praxis: Bewusstwerdung eigener Grenzen und Bedürfnisse, Weiterleitung zu einem Spezialisten bei Erlangen eigener Grenzen, interdisziplinäre Vernetzung, empathische Kommunikation und das Erfassen der Bedürfnisse der Frau. Bedeutsam ist das Angebot seitens der BehandlerInnen, den Anliegen der betroffenen Frau- im eigenen Behandlungskontext oder an geeigneter Stelle- Raum zu geben. Weiters ist die Akzeptanz beidseitiger Hilflosigkeit wesentlich, damit eine ausweglos erscheinende Situation neu adaptiert werden kann und das Zulassen von negativen Emotionen beiderseits, da diese sonst einen positiven Behandlungsverlauf blockieren bzw. zum Kontaktabbruch führen.

LITERATUR

- Antonovsky, A.: Salutogenese, Zur Entmystifizierung der Gesundheit, Tübingen, dgvt. 1997
- Balint, M., Balint, E.: Psychotherapeutische Techniken in der Medizin. Bern- Stuttgart: Klett. 1961
- Balint, M.: Der Arzt, sein Patient und die Krankheit. Stuttgart: Klett-Cotta. 1980
- Bauer, J.: warum ich fühle, was du fühlst. Intuitive Kommunikation und das Geheimnis der Spiegelneurone. München, Wilhelm Heyne Verlag. 2006
- Bierhoff, H.W.: Sozialpsychologie: Ein Lehrbuch, Stuttgart, Verlag Kohlhammer. 2006
- Bitzer, J., Tschudin, S., Frey, B., Alder, J.: Psychosomatische Betreuung von Patientinnen mit Endometriose. In : Journal für Gynäkologische Endokrinologie , 2 (2), Ausgabe für Österreich, 54-57. 2008
- Brandes, I.: Interaktion in der Arzt- Patientinnen- Beziehung beim Krankheitsbild Endometriose. Interview mit Melanie Esterl vom 13.08.2015. In Druckvorbereitung 2015
- Elwyn, G., Edwards, A., Wensing, M., Hood, K., Atwell ,C., Grol, R.: Shared decision-making: developing the OPTION scale for measuring patient involvement. Qual Saf Health Care; 12: 9- 933. 2003
- Emanuel, EJ., Emanuel, LL.: Four models of the physician-patient relationship. In: JAMA, 267: 2221- 2226. 1992
- Engel, GL.: Wie lange noch muss sich die Wissenschaft der Medizin auf eine Weltanschauung aus dem 17. Jahrhundert stützen. In: von Uexküll T. (Hrsg.): Psychosomatische Medizin. 5. Aufl., 3-11, München/ Jena, Urban & Fischer Verlag. 1997
- Esterl, M., Dietrich, G., Lothaller, H.: Resilienz- Interaktion- Endometriose. Eine quantitative Studie zur Interaktion in der medizinischen Versorgung mit 189 Frauen, die von Endometriose betroffen sind. In: Speculum. Zeitschrift für Gynäkologie und Geburtshilfe. Gablitz: Krause & Pachernegg Gmbh. Eingereicht 2015. In Druckvorbereitung. 2015
- Fritzer, N., Haas, D., Oppelt, P., Renner, St., Hornung, D., Wölfler, M., Ulrich, U., Fischerlehner, G., Sillem, M., Hudelist, G.: More than just bad sex: sexual dysfunction and distress in patients with endometriosis. In: European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology, Vol. 169 (2). 2013
- Gläser, J., Laudel, G.: Experteninterviews und qualitative Inhaltsanalyse. Wiesbaden, Verlag für Sozialwissenschaften 2010
- Geisler, L. S.: Arzt-Patient-Beziehung im Wandel- Stärkung des dialogischen Prinzips. In: Deutscher Bundestag (Hrsg.): Schlussbericht der Enquetekommission " Recht und Ethik der modernen Medizin". Berlin: Deutscher Bundestag 2002

Geisler, L.S.: Das ärztliche Gespräch - eine vernachlässigte Aufgabe.

(online im Internet).URL:<http://www.linus-geisler.de/vortraege/dd/0306kommunikation.pdf>.

Zugegriffen: 31.7.2015. 2003

Geisler, L.S.: Sprachlose Medizin? Das Verschwinden des Dialogischen. 1997

(online im Internet). URL: http://www.linus-geisler.de/artikel/97imagohominis_sprachlose.html.

Zugegriffen: 31.7.2015.

Hampton, J. R., Harrison, M. J. G., Mitchell J. R. A. ,Prichard J. S., Seymor, C.: Relative contributions of history-taking: physical examination and laboratory investigation to diagnosis and management of medical outpatients. In: *Br Med J* 2, 486-489. 1975

Häuser, W.: Umgang mit Patientinnen mit chronischem Unterbauchschmerz aus schmerzmedizinischer und psychosomatischer Perspektive. In: Sillem, M., Siedentopf, F., Mechsner, S.: *Leitsymptom chronischer Unterbauchschmerz der Frau Interdisziplinär Klinisch Praxisorientiert*“, Berlin Heidelberg: Springer, S.119-129. 2015

House, J.S., Landis, K. R., Umberson, D.:Social relationships and health. In: *Science* 241:540-545. 1988

Huber, J., Wenzl, R., Kurz, C.: Endometriose.

(online im Internet). URL: http://www.aerztezeitung.at/fileadmin/PDF/2006_Verlinkungen/2006-18_DFP_Endometriose.pdf. Zugegriffen: 12.04.2015 2006

Hudelist, G., Fritzer, N., Thomas, A., Niehues, C., Oppelt, P., Haas, D., Tammaa, A., Salzer, H. : Diagnostic delay for endometriosis in Austria and Germany: causes and possible consequences. In: *Human Reproduction*, 27 (12), 3412-3416. 2012

Johnston, J., Reid, H., Hunter, D.: Clinical Intelligence, Diagnosing endometriosis in primary care: clinical update. In: *British Journal of GeneralPractice*, 65, 101-102. 2015

Kalitzkus, V. Wilm, S., Matthiessen, P.F.:Narrative Medizin – Was ist es, was bringt es, wie setzt man es um? In: *ZFA,Z Allg Med*, 85 (2), 60-66. 2009

Kernberg, O.F., Yeomans, F.E., Clarkin, J.F., Buchheim, P.: Psychodynamische übertragungsfokussierte Psychotherapie (TFP) von Patienten mit einer Borderline-Persönlichkeitsorganisation. In: Dreyer K.A., Schmidt M.G. (Hrsg.): *Niederfrequente psychoanalytische Therapie*, Stuttgart: Klett-Cotta. 2008

Knapp, V.J.: How old is endometriosis? Late 17th- and 18th-century European descriptions of the disease. In: *Fertility and Sterility*, 72 (1), 10- 14. 1999

Klemperer, D.: *Wie Ärzte und Patienten Entscheidungen treffen: Konzepte der Arzt-Patient-Kommunikation*. 2003

(online im Internet) URL:<http://www.econstor.eu/bitstream/10419/47383/1/378768611.pdf>.

Zugegriffen: 29.7.2015

Knoblauch, H.: Erving Goffmans Reich der Interaktion. In: Goffman, Erving (Hrsg.): Interaktion und Geschlecht. Frankfurt am Main: Campus. 1994

Kromrey, H.: Empirische Sozialforschung: Modelle und Methoden der standardisierten Datenerhebung und Auswertung, 10. Auflage. Opladen, Leske & Budrich 2002

Langenbach, M., Koerfer, A.: Körper, Leib und Leben : wissenschaftliche und praktische Traditionen im ärztlichen Blick auf den Patienten. In: Zeitschrift für qualitative Bildungs-, Beratungs- und Sozialforschung, 7(2), 191-216. 2006

Lalouschek, J.: Ärztliche Gesprächsausbildung. Eine diskursanalytische Studie zu Formen des ärztlichen Gesprächs. Opladen: Westdeutscher Verlag. 1995

Lampe, A., Brandes, I., Jackisch, D.: Patientinnenzufriedenheit mit der ärztlichen Versorgung bei Endometriose – Erhebung von Patientinnenerfahrungen aus den Jahren 2001 bis 2005. Geburtshilfe Frauenheilkd, 9 (67), A 27. 2007

Leeners, B.: Psychosomatische Aspekte bei Endometriose, 1-4. 2011
(online im Internet). URL: https://www.tellmed.ch/include_php/previewdoc.php?file_id=8113
Zugegriffen: 19. Juni 2015

Leyendecker, G., Wildt, L., Mall, G.: The pathophysiology of endometriosis and adenomyosis: tissue injury and repair. Arch Gynecol Obstet, 280(4): 38-529. 2009

Loh, A., Simon, D., Kriston, L., Härter, M.: Patientenbeteiligung bei medizinischen Entscheidungen. Effekte der Partizipativen Entscheidungsfindung aus systematischen Reviews. In: Deutsches Ärzteblatt, Jg. 104, Heft 21, 1483-1489. 2007

Lucius-Hoene, G.: Narrative Medizin. Die besondere Rolle des Erzählens und Zuhörens. In: Berliner Ärzte ,43(2), 14–18. 2006

Luhmann, N.: Soziale Systeme. Grundriss einer allgemeinen Theorie, 6. Auflage, Frankfurt am Main, Suhrkamp. 1996

Mayring, P.: Einführung in die qualitative Sozialforschung. Eine Anleitung zu qualitativem Denken. 5. Auflage. Weinheim und Basel, Beltz. 2002

Mayring, P.: Qualitative Inhaltsanalyse. In: Jüttemann, G. (Hrsg.): Qualitative Forschung in der Psychologie. Grundfragen, Verfahrensweisen, Anwendungsfelder. Weinheim u. Basel, Beltz. 1985

Mayring, P.: Kombination und Integration qualitativer und quantitativer Analyse. In: Forum Qualitative Sozialforschung, 2 (1). 2001
(online im Internet). URL: <http://www.qualitative-research.net/index.php/fqs/rt/prinfterfriendly/967/2110>
Zugegriffen am: 10.08.2015.

Mechsner, S.: Endometriose: Pathogenese, Symptome und Diagnostik. In: Sillem, M., Siedentopf, F., Mechsner, S. (Hrsg.): Leitsymptom chronischer Unterbauchschmerz der Frau Interdisziplinär Klinisch Praxisorientiert“, Berlin Heidelberg: Springer, S.35-50. 2015

Meuleman, C.,Vandenabeele, B., Fieuws, S., Spiessens, C., Timmerman , D., D’Hooghe, T.: High prevalence of endometriosis in infertile women with normal ovulation and normospermic partners. In: Fertility and Sterility, 92, 68-74. 2008

Meyer, R.: Über den Stand der Frage der Adenomyositis, Adenomyome im Allgemeinen und insbesondere über Adenomyositis seroepithelialis und Adenomyometritis sarcomatosa. Zentralbl Gynäkol, 36: 745-750. 1919

Neuberger, C.: Interaktivität, Interaktion, Internet. In: Publizistik, 52 (1), S.33-50. 2007

Nowak, P., Wimmer-Puchinger, B.: Die Umsetzung linguistischer Analyseergebnisse in einem Kommunikationstraining mit Ärzten- ein Modellversuch. In: Konrad Ehlich, Armin Koerfer, Angelika Redder, Rüdiger Weingarten (Hrsg.):Medizinische und therapeutische Kommunikation. Diskursanalytische Untersuchungen, Wiesbaden, Springer Verlag. 1990

Rogers, C. R.: Die klientenzentrierte Gesprächspsychotherapie. Frankfurt, Fischer. 1995

Petzold, T.D.:Systemische und dynamische Aspekte von Ganzheit in einer Theorie der Allgemeinmedizin. 2011
(online im Internet). URL: <https://www.zist.de/sites/default/files/downloads/systemische-und-dynamische-aspekte-von-ganzheit-einer-theorie-der-allgemeinmedizin.t.d.petzold.pdf>. Zugegriffen: 13.05.2015

Przyborski, A.,Wohlrab-Sahr, M.: Qualitative Sozialforschung. Ein Arbeitsbuch. 3. Auflage.München, Oldenbourg Verlag. 2010

Von Rokitansky K.: Über Uterusdrüsen-Neubildung in Uterus und Ovarialsarcomen. Z. Ges. Aerzte, Wien, 37: 93- 577. 1860

Sampson, J.: Peritoneal endometriosis due to the menstrual dissemination of endometrial tissue into the peritoneal cavity. J Obstet Gynaecol, 14, 422. 1927

Schindler, AE: Epidemiologie, Pathogenese und Diagnostik der Endometriose in Journal für Fertilität und Reproduktion; 17 (4), (Ausgabe für Österreich) 22-27. 2007

Von Schlippe, A., Schweitzer, J.: Lehrbuch der systemischen Therapie, Göttingen, Vandenhoeck & Ruprecht. 2000

Schröder, H.: Theoretische Aspekte der Arzt-Patienten-Interaktion. 2010
(online im Internet).URL:https://www.europa-uni.de/de/forschung/institut/institut_intrag/texte/API.pdf. Zugegriffen: 30.7.2015.

Schweitzer, J. Weber, G.: Störe meine Kreise. Zur Theorie, Praxis und kritischen Einschätzung der Systemischen Therapie. In: Psychotherapeut- 42:197–210. 1997

Sillem, M.: Endometriose: Klinik und Therapie. In: Sillem, M., Siedentopf, F., Mechsner, S. (Hrsg.): Leitsymptom chronischer Unterbauchschmerz der Frau Interdisziplinär Klinisch Praxisorientiert“, Berlin Heidelberg: Springer, S.55-59. 2015

Spranz-Fogasy, T.: Verstehensdokumentation in der medizinischen Kommunikation: Fragen und Antworten im Arzt- Patient- Gespräch. In: Deppermann, Arnulf/ Reitemeier, Ulrich/Schmitt, Reinhold/ Spranz-Fogasy, Thomas (Hrsg.): Verstehen in professionellen Handlungsfeldern, 27-116, Tübingen, Narr. 2010

Ulrich, U., Buchweitz, O., Greb, R. , Keckstein, J.: Interdisciplinary S2k Guidelines for the Diagnosis and Treatment of Endometriosis. In: Geburtshilfe und Frauenheilkunde, 73, S.890-898. 2013

Ulrich, U., Keckstein, J. (O.J.): Operative Therapie der Endometriose. Empfehlungen nach der aktuellen Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe. (online im Internet), URL:<http://doctors.endometriose-liga.eu/files/Operative%20Therapie%20der%20Endometriose.doc> . Zugegriffen: 12.Dezember 2014

Von Uexküll, T.: Körper- Sein, Körper- Haben – Der Hintergrund des Dualismus in der Medizin. In: Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie 51 , H. 3/4, 128-133. 2001

Watzlawick, P., Beavin J.H., Jackson D.D.: Menschliche Kommunikation, Formen, Störungen, Paradoxien, Bern, Verlag Huber. 2011

Zimmermann, A., Brandes,I., Babitsch, B.: Informationsbedürfnisse von Frauen mit Endometriose im Rahmen der Gesundheitsversorgung. In : Geburtshilfe und Frauenheilkunde, 70 (7), S. 568-573. 2010