

Melanie Esterl

Resilienz und Interaktionswahrnehmung bei Endometriose

Eine quantitative Studie zur Interaktion in der medizinischen Versorgung mit 189 Frauen, die von Endometriose betroffen sind.

Die vorliegende Arbeit beschäftigt sich mit dem komplexen Krankheitsbild Endometriose¹ und den daraus folgenden, häufig schwierigen, Interaktionen in der Arzt-Patientinnen-Beziehung. Sie setzt daran an, wie sich die Interaktion bzgl. Resilienz und Salutogenese in der Behandlungspraxis mit der Erkrankung fördern lässt. (vgl. Esterl et al. 2016)

Endometriose ist eine gutartige, meist chronische Erkrankung im reproduktionsfähigen Alter bei Frauen. Sie kann schon in jungen Jahren Symptome hervorrufen, die die Leistungsfähigkeit, die Sexualität, die Umsetzung des Kinderwunsches, die Alltagsgestaltung und somit die Lebensqualität massiv beeinträchtigen. (vgl. Brandes 2015, Schweppe 2011)

In der Literatur findet man wiederholt Studien, die sich mit den psychischen Beeinträchtigungen der betroffenen Frauen befassen. (vgl. Schute 2011) Dadurch kommen die Frauen, zusätzlich zu ihrer Erkrankung, wiederholt in einen defizitären Fokus, der in der Medizin noch immer verbreitet ist.

¹ Endometriose ist eine der häufigsten gynäkologischen Erkrankungen, die einen chronischen Verlauf hat und zur Dysmenorrhoe, Dyspareunie, Dyschezie und Unfruchtbarkeit führen kann. Endometriosesymptome treten häufig bereits im Jugendalter auf. 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.

Bitzer et al. (2008) beschreiben die Annahme, dass Frauen aus Angst, als psychisch gestört bewertet zu werden, ihre BehandlerInnen nicht informieren.

Die Verbesserung der Krankheitssymptome wird neben der operativen und medikamentösen Therapie einer guten Arzt-Patientinnen-Beziehung zugeschrieben.

Es bestehen nachrangig Studien, die sich damit beschäftigen, wie die Frauen in ihrer Salutogenese und Resilienz im Behandlungskontext unterstützt werden können. (vgl. Siedentopf 2013)

Als systemische Familientherapeutin verstehe ich eine Erkrankung im Kontext der sozialen Systeme (das beinhaltet ihre wesentliche Wechselwirkung).

In der Arzt-PatientInnen-Beziehung besteht aus systemischer Sicht das Prinzip der Kybernetik. Das bedeutet, dass der Behandler ein Teil des Systems des Patienten wird. (vgl. Schlippe & Schweitzer 2000) Das Wirklichkeitskonzept der systemischen Therapie beinhaltet die philosophische Ansicht, dass es nicht eine objektive Wirklichkeit gibt, sondern jedes Individuum sein Konstrukt hat. Bei jedem Arzt-Patienten-Kontakt treffen zwei Konstrukte aufeinander. Daher kommt der partnerschaftlichen Komponente der Interaktion eine wesentliche Bedeutung zu. Sie ist die Basis für Informationsaufnahme, Vertrauensbildung und Compliance. Der narrative Ansatz in der Medizin rückt somit in den Vordergrund. (vgl. Kalitzkus et al. 2009)

Jede Frau kommt nicht nur mit ihrer Erkrankung zum behandelnden Arzt, sondern auch mit ihren diesbe-

züglichen Vorerfahrungen. Es handelt sich um einen Intimbereich, häufig um eine Einschränkung der Weiblichkeit, daher ist es besonders bedeutsam, den Frauen empathisch zu begegnen. (vgl. Esterl 2015)

Den BehandlerInnen kommt eine wichtige Rolle als Begleiter und Ratgeber zu. (vgl. Siedentopf 2013)

In den Kassenpraxen besteht ein Spannungsfeld zwischen den Bedürfnissen und dem Vergütungssystem. Die benötigte Zeit, um Endometriose zu diagnostizieren und zu behandeln, wird nicht ausreichend vergütet. Das beinhaltet, dass entweder die Patientin oder der Behandler Verzicht üben müssen.

Einerseits bedeutet dieser Sachverhalt für die gegenwärtige Situation die Notwendigkeit einer Veränderung des Vergütungssystems, andererseits die interdisziplinäre Zusammenarbeit, wenn die Grenzen der Ärztinnen und Ärzte erreicht sind.

ENDOMETRIOSEFORSCHUNG

HINTERGRUND

Aufgrund der späten Diagnostik und des 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. Aufgrund der Beschwerden und der sensiblen und tabuisierten Themen, die mit dem Krankheitsbild verbunden sind, ist die Lebensqualität der Patientinnen häufig beeinträchtigt.

Ein wichtiger Aspekt bei Endometriose ist der adäquate Umgang mit dieser Erkrankung seitens der Patientinnen und der BehandlerInnen, damit die Frauen die Krankheit in ihren Lebensalltag integrieren können, sodass die Lebensqualität verbessert wird.

In diesem Spannungsfeld untersucht die vorliegende Studie, inwieweit ein Zusammenhang zwischen der Interaktionswahrnehmung in der medizinischen Versorgung durch die betroffenen Frauen und ihrer Resilienz besteht.

ZIEL

In den bisher vorliegenden Forschungsergebnissen wird wiederholt die psychische Beeinträchtigung und Einschränkung in der Lebensqualität bei mit Endometriose erkrankten Frauen festgestellt. Es gibt jedoch keine Studien bezüglich der Resilienz der Betroffenen. Hier setzt die Forschungsfrage der vorliegenden Untersuchung an: Inwieweit besteht ein Zusammenhang zwischen der Wahrnehmung der Interaktion durch die erkrankten Frauen im Hinblick auf das Behandlungssetting in der medizi-

nischen Versorgung einerseits und dem Resilienzfaktor bei den Endometriosepatientinnen andererseits?

METHODEN

Es wurden insgesamt 189 Frauen mit der Erkrankung Endometriose aus Deutschland, Österreich und der Schweiz befragt. Die Befragung erfolgte über sechs Monate anonym durch einen verfügbaren Link, der auf den Plattformen der Endometriosevereinigungen in Leipzig und Wien veröffentlicht, in deren Newslettern ausgesandt und auch von der Endometriose-Selbsthilfegruppe in Leipzig versendet wurde. Zusätzlich wurde der Bogen an GynäkologInnen sowie an PsychotherapeutInnen und an das Institut für Epidemiologie, Sozialmedizin und Gesundheitssystemforschung der Medizinischen Hochschule Hannover versandt.

In der statistischen Auswertung mit dem Programm SPSS wurden Frequenzanalysen, t-Tests, Korrelationsberechnungen und Varianzanalysen durchgeführt.

Der verwendete Fragebogen ist in fünf Bereiche gegliedert:

1. Interaktion und Patientenzufriedenheit bzgl. medizinischer Behandlung bei niedergelassenen FachärztInnen,
2. Interaktion und Patientenzufriedenheit im stationären Behandlungssetting,
3. Interaktion und Patientenzufriedenheit im ambulanten Krankenhausbereich sowie
4. Fragen zu Basisdaten und
5. der standardisierten Resilienzskala RS-25 nach Schumacher, Leppert, Gunzelmann, Strauß und Brähler.

ERGEBNISSE

Die Ergebnisse belegen, dass die Interaktionswahrnehmung im stationären Bereich, bezogen auf die ärztliche informative Kommunikation am besten bewertet wird, im niedergelassenen Bereich die Interaktionswahrnehmung, bezogen auf die partnerschaftliche Kommunikation und bezüglich der Pflege im stationären Bereich am positivsten bewertet wird.

Es wurde untersucht, welche der vier Interaktionswahrnehmungsbereiche am stärksten mit der Patientinnenzufriedenheit im stationären Setting korreliert. Das Ergebnis zeigt, dass die partnerschaftliche und informative Kommunikation am stärksten mit einer erhöhten Patientinnenzufriedenheit zusammen hängen.

Hinsichtlich der Resilienzwerte der betroffenen Frauen ist positiv anzumerken, dass insgesamt keine Unterschiede zur Normbevölkerung feststellbar sind.



DR. IN MELANIE ESTERL ist Psychotherapeutin (SF), Traumatherapeutin, Kinder- und Jugendtherapeutin, Kleinkindpädagogin, Diplomsozialarbeiterin, Supervisorin, Coach, Mediatorin

Es zeigt sich kein signifikanter Zusammenhang zwischen der Interaktionswahrnehmung und der Resilienz. Die Bewertung der partnerschaftlichen Unterstützung steht in Korrelation mit der Patientinnenzufriedenheit, mit der Zufriedenheit, bezogen auf andere soziale unterstützende Ressourcen und auf den Resilienzfaktor.

Je mehr partnerschaftliche Unterstützung besteht, desto zufriedener sind die Frauen mit familiären und anderen sozialen Unterstützungen und desto höher ist ihre Resilienz.

SCHLUSSFOLGERUNGEN

Die vorliegenden Ergebnisse weisen darauf hin, dass die erkrankten Frauen mehr Information im Rahmen der Gesundheitsversorgung möchten sowie die Möglichkeit suchen, selbst mehr in die Behandlung einbezogen zu werden, um aktiver mitwirken zu können.

Es zeigt sich die Sinnhaftigkeit von psychotherapeutischer/psychologischer Begleitung, die die Frauen unterstützt, ihre Bedürfnisse hinsichtlich der medizinischen Versorgung besser wahrzunehmen und umzusetzen. Im Sinne der Resilienz und Salutogenese ist dies ein wesentlicher Beitrag im Umgang mit und zur Integration der Erkrankung Endometriose.

Die gesundheitsfördernde Kommunikation erscheint einerseits sekundär, jedoch besteht andererseits Kritik an fehlender Miteinbeziehung in den Behandlungsprozess, vor allem zur Frage eigener Handlungsmöglichkeiten, um zur Heilung beizutragen. Für die Frauen bedeutet Mitbestimmung salutogenetische Unterstützung Richtung Resilienz. Dies erleichtert ihnen den Umgang mit ihrer Erkrankung.

In der vorliegenden Studie wurden die bisherigen Daten zur Zeitdauer bis zur Diagnosestellung bestätigt: 7,62 Jahre. Das Durchschnittsalter liegt bei 28,94 Jahren. Die an der medizinischen Versorgung geäußerte Kritik hat bei den untersuchten Frauen jedoch keinen Wechsel der BehandlerInnen bzw. der Krankenanstalt zur Folge. Die Mehrheit der Frauen würde wieder in dasselbe Krankenhaus gehen.

Es zeigt sich die Sinnhaftigkeit von psychotherapeutischer/psychologischer Begleitung, die die Frauen unterstützt, ihre Bedürfnisse hinsichtlich der medizini-

schen Versorgung besser wahrzunehmen und umzusetzen. Der Fokus sollte darauf gerichtet sein, dass die Frauen lernen, sich hinsichtlich der medizinischen Versorgung für ihre Bedürfnisse einzusetzen. Im Sinne der Resilienz und Salutogenese ist psychosoziale Unterstützung ein wesentlicher Beitrag im Umgang mit und zur Integration der Erkrankung Endometriose.

EINLEITUNG

RESILIENZ UND GESUNDHEIT

Resilienz ist ein über die Gesundheitswissenschaften hinaus populärer Begriff und hat seine wissenschaftlichen Ursprünge in den 1950er Jahren. (vgl. Bengel & Lyssenko 2012, McCubin 2001) Der Begriff „Resilienz“ leitet sich vom lateinischen Wort *resilire* ab, bedeutet abprallen und meint die Kompetenz, erfolgreich mit

belastenden Situationen sowie den Rahmenbedingungen und deren negativen Auswirkungen umzugehen. (vgl. Wustmann 2005) Wissensstand ist, dass Resilienz vorwiegend auf erlernte Fähigkeiten zurückzuführen ist. (Wustmann 2009) Wesentliche Grundlagen zur Resilienzforschung hat die Entwicklungspsychologin Emily E. Werner geschaffen, besonders mit ihrer Langzeitstudie zu Kindern auf der Insel Kauai. (Werner & Smith 1977, Werner 1993)

Eine bedeutende Erweiterung der Resilienzforschung ermöglichten die Arbeiten von Aaron Antonovsky, die durch die salutogenetische Perspektive die Gesundheits- und Humanwissenschaften interdisziplinär beeinflusst haben. (vgl. Antonovsky 1997) Während die Hauptfrage der Salutogenese ist, was Gesundheit fördert, zielt die Resilienzforschung besonders auf die Ressourcen und Schutzfaktoren ab, die erforderlich sind, um sich gesund zu entwickeln und adäquat mit Stress umzugehen. Es steht die psychische Widerstandsfähigkeit im Vordergrund. Reivich und Shatte (2003) erfassen „Sieben Säulen der Resilienz“. Diese sieben Faktoren nach Reivich und Shatte sind beschrieben als

Faktor 1: Emotionssteuerung,

Faktor 2: Impulskontrolle,

Faktor 3: Kausalanalyse,

Faktor 4: Realistischer Optimismus,

Faktor 5: Selbstwirksamkeitsüberzeugung,

Faktor 6: Zielorientierung (smart, sinnvoll, messbar, anerkannt, realisierbar, terminisiert) und

Faktor 7: Empathie.

Schumacher et al. (2004) setzen in der Begriffsbeschreibung der Resilienz an der Beobachtung an, dass Menschen auf Belastung unterschiedlich reagieren. Die einen bleiben stabil oder erholen sich schnell, die anderen werden krank und brauchen zur Regenerierung länger. In ihrer Arbeit stellen sie Resilienz als eine „elastische“ Widerstandsfähigkeit dar, die sich zeitlich und situationsbedingt verändern kann. Es geht um Fokussierung auf Gesundheit und Ressourcen, also um einen Gegenpol zu einem pathologisierenden Vulnerabilitätskonzept. Bezugnehmend auf die Konzeption der Resilienz zeigen sich in der vorhandenen Literatur Zusammenhänge mit verschiedenen Schutzfaktoren, die Überschneidungen mit dem Modell der sieben Faktoren nach Reivich und Shatte aufweisen: Als wesentliche Schutzfaktoren werden positive Emotionen, Optimismus, Hoffnung, Selbstwirksamkeitserwartung, Selbstwertgefühl, Kontrollüberzeugungen, Kohärenzgefühl, Hardiness, Religiosität und Spiritualität, Coping sowie soziale Unterstützung genannt (vgl. Bengel & Lyssenko 2012). Auf diese Begriffe wird nun folgend präziser eingegangen: Antonovsky (1997) bezeichnet Kohärenzgefühl als eine „globale Orientierung“. Diese ist gekennzeichnet durch ein bestimmtes Maß an kontinuierlichem Vertrauen, dass sich die Lebensereignisse durch Synergien des Innen und Außen ergeben und „strukturiert, vorhersehbar und erklärbar“ sind. Weiters zeigt sich emotionale Sicherheit dadurch, dass man sich den herausfordernden Reizen stellen kann, die Ressourcen dafür mitbringt und sich die Konfrontation mit dieser Herausforderung lohnt. Der Begriff Hardiness wurde von Kobasa (Wagner 2004) entwickelt und umfasst drei Bereiche: Kontrolle, aktive Beteiligung und Herausforderung. Es ist die positive Auseinandersetzung mit fordernden Stimuli gemeint, wobei die betroffene Person das subjektive Gefühl der Weiterentwicklung und Selbstwirksamkeit empfindet und somit erfolgreich das Ziel erreichen kann. Das Individuum kann somit der stresserzeugenden Umwelt protektiv gegensteuern. Die Forschungsergebnisse von Bandura (1989) beschreiben die Selbstwirksamkeit. Dieses Modell basiert auf verinnerlichten Werten, die unser Denkverhalten beeinflussen, was für das Individuum hilfreiche oder störende Auswirkungen haben kann. Die persönliche Zielsetzung hängt von der Selbstwahrnehmung und von persönlichen Fähigkeiten und Ressourcen ab. Je stärker die wahrgenommene Selbstwirksamkeit ist, desto höher sind die vorgenommenen Ziele und das Eigenengagement.

In der bestehenden Literatur wird der Begriff „post-

traumatische Reifung“ in Zusammenhang mit Resilienz gebracht. Es bestehen unterschiedliche Auffassungen und Untersuchungen zu dieser Forschungsfrage. (vgl. Calhoun & Tedeschi 2006, Janoff-Bulman 2006) Hinsichtlich der Erhebung der Ausprägung der individuellen Resilienz wurden zahlreiche Messinstrumente entwickelt. Die bewährtesten Verfahren sind (vgl. Windel et al. 2011):

- Connor-Davidson Resilience Scale – CD-RISC (Connor & Davidson 2003)
- Resilience Scale for Adults – RSA (Friborg et al. 2003)
- The Brief Resilience Scale – RSA (Friborg et al. 2005)
- Resilience Scale – RS (Schumacher et al. 2004)
- Psychological Resilience (Windle, Markland & Woods 2008)
- The ER 89 (Block & Kremen 1996)

RESILIENZ UND KRANKHEIT

Herzlich (1973) schildert drei Krankheitsdefinitionen bei PatientInnen, die auch drei unterschiedliche Auffassungen bezüglich der Arzt-PatientInnen-Beziehung beinhalten.

Die erste Darstellung basiert auf dem Kausalitätsprinzip. Krankheit wird als destruktiv empfunden, verbunden mit sozialen Verlusten, abhängigen Verhaltensmustern und Passivität. Der Arzt wird als die Person gesehen, die heilt und somit alles wieder korrigiert.

Die zweite Beschreibung umfasst ein systemisches Prinzip. Die Krankheit wird als Herausforderung gesehen, durch die man sich aktiv weiterentwickeln darf. Der Arzt hat bei dem Modell die Rolle des Kooperationspartners.

Die dritte Schilderung von Herzlich zeigt ein Erleben, welches ein Spiegel unserer Gesellschaft sein könnte. Krankheit steht für Befreiung von belastenden Lebensumständen. Der Arzt wird gebraucht, um in Pause gehen zu dürfen. Petzold (2011) knüpft mit dem Hinweis zu einem wesentlichen Faktor in der Systemtheorie an: Die PatientInnen, die uns aufsuchen, ordnen uns einem übergeordneten System zu und schreiben uns daher Macht zu. Petzold (ebd.) beschreibt weiters, dass das Verstehen des Menschen als ein sich dynamisch entwickelndes System mit begehrenswerten Zielen und gleichzeitig von motivierenden und demotivierenden inneren und äußeren Faktoren beeinflusst, die Basis der Salutogenesetheorie sei. In der systemischen Betrachtung wird der Mensch im Ideal ganzheitlich in Resonanz mit seinen Lebenskontexten beschrieben. Menschen erscheinen dann als besonders resilient, wenn sie auch bei starkem, dauerhaftem Distress immer wieder auf die Sinnhaftigkeit fokus-

sieren können und somit immer wieder zu ihren sinnvollen Annäherungszielen finden. (Petzold 2011)

Der verbindende Faden zwischen den Konzepten von Resilienz, Kohärenzgefühl, Selbstwirksamkeit und Hardiness ist die Kausalität zwischen den inneren und äußeren Einflüssen der Betroffenen und der Wechselwirkung zwischen den Systemen. In der Resilienzforschung ermöglichen diese Modelle, die Untersuchung auf die Handlungsfähigkeit der Patientin und die des helfenden Systems zu erweitern. Für anwendungsorientierte Forschung erscheint dabei der Wechsel vom problem- zum lösungsorientierten Fokus nutzbringend. In der Anwendung in einem behandelnden oder beratenden Kontext können professionelle HelferInnen durch ein neugieriges, empathisches, partnerschaftlich orientiertes Anamnesegespräch mit resilienzorientierten Fragen nach Emotionen, Zielen, Ressourcen, Umgang mit Stress und Selbstwirksamkeit und Erklärungsmodellen für den aktuellen Gesundheitszustand die Patientin hilfreich unterstützen. Die Patientin und die medizinischen BehandlerInnen geben und erhalten gegenseitig Informationen, die für die Behandlung und für die Behandlungsbeziehung wichtig erscheinen. Diese Form der Interaktion unterstützt positiv den Heilungsprozess. Petzold (2011) betont dabei die Wichtigkeit, die Machtkomponente in der Behandlungsbeziehung nicht auszublenden.

Die Einbeziehung von Resilienz in die medizinische Versorgung ermöglicht, die Handlungsfähigkeit und Effektivität im Umgang mit den Patientinnen und ihren Beschwerden zu verbessern.

In der Gegenwart hat sich die Resilienzforschung zu einem boomenden, interdisziplinären Wissenschaftszweig entwickelt, der auch in den Massenmedien hohe Popularität erlangt hat. (vgl. Friedrich O. J.) Die alte Annahme, dass Resilienz genetisch determiniert sei, ist heute mehrheitlich widerlegt. Die vorliegenden Untersuchungen belegen viel eher, dass der Wert des Resilienzfaktors lebenslang beeinfluss- und entwickelbar ist. Aus zeitgenössischer Sicht besonders wegweisend erscheinen Forschungsansätze, wie man Resilienz im Gerontobereich fördern kann. (vgl. Wild et al. 2013) Resilienz wird als eine Fähigkeit verstanden, die sich in den Verhaltensmustern einer Person zeigt. Sie ist das Ergebnis eines Entwicklungsprozesses, der durch Interaktion zwischen der Umwelt und dem Menschen entsteht. Das impliziert, dass widrige Um-

stände nur dann resilienzfördernd sind, wenn das Individuum intrapersonale und externe Schutzfaktoren hat, um daran zu wachsen. (vgl. Fingerle 2007) Angesichts der aktuellen Popularität der Resilienz erscheint es wichtig, diesen Begriff nicht im Sinne einer inflationären Verwendung zu missbrauchen, damit weitere wissenschaftliche Arbeit möglich ist. Die Einbeziehung von Resilienz in die medizinische Versorgung ermöglicht, die Handlungsfähigkeit und Effektivität im Umgang mit den Patientinnen und ihren Beschwerden zu verbessern. Dieses Wissen ist ein wesentlicher Beitrag in der Arbeit mit Endometriosepatientinnen, da, wie Bitzer (2008) beschreibt, diese Erkrankung immer mehr zu einem multidisziplinärem Projekt wird, wo das Risiko besteht, dass die Patientin mit ihren Bedürfnissen aus dem Blickfeld gerät.

ZUM BEGRIFF DER INTERAKTION IN DER BEHANDLUNG

Die ursprüngliche, aus dem lateinischen kommende, Wortbedeutung der Begriffe „inter“ = „zwischen“ und „agere“ = „handeln“ beschreibt somit Prozesse zwischen einzelnen oder mehreren Menschen. 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, der das Interaktionssystem als Teilsystems des sozialen Systems definiert, im Unterschied zu anderer Funktionssystemen, deren Kommunikationen nicht an körperliche Anwesenheit gebunden ist.

In Bezug auf die Arzt-Patientenbeziehung analysiert Weidmann (2001) kritisch, dass im Krankenhaus die Beteiligten zumeist nicht als Subjekte mit speziellen Bedürfnissen und einer sozialen Anbindung interagieren, sondern der Charakter einer „Warenbeziehung“ dominiert. Eine emotionale Unterstützung für die PatientInnen ist so nur unzureichend möglich.

DAS KRANKHEITSBILD ENDOMETRIOSE

Knapp (1999) erwähnt, dass in Europa seit 300 Jahren Kenntnisse über das Krankheitsbild Endometriose be-

stehen. 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 Zölon-Metaplasie-Theorie (vgl. Meyer 1919) und das Archimeta- 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) erkrankten 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

STUDIENDESIGN UND STICHPROBENBESCHREIBUNG

Es wurden insgesamt 189 Frauen mit dem Krankheitsbild Endometriose aus Deutschland, Österreich und der Schweiz befragt. Die Befragung erfolgte über den Zeitraum von sechs Monaten anonym über eine Internetseite, die über Selbsthilfeplattformen von endometriosebetroffenen Frauen in Deutschland und Österreich beworben und in Newslettern ausgesandt wurde. Zusätzlich wurde der Fragebogen an FachärztInnen für Gynäkologie, an PsychotherapeutInnen und an die Medizinische Hochschule Hannover versandt. Der Rücklauf gliedert sich wie folgt: 124 Frauen beantworteten den Fragebogen nach dem Kontakt über die Endometriosevereinigungen, eine Frau nach dem Kontakt über den behandelnden Gynäkologen, zwei Frauen nach dem Kontakt über eine Psychotherapeutin, eine Frau nach dem Kontakt über die Medizinische Hochschule Hannover, 61 Frauen antworteten über andere Kontaktquellen (etwa Freundinnen und Bekannte). Insgesamt waren es 212 Fragebögen, davon 189 vollständig ausgefüllt. Aus Österreich kamen 43 Fragebögen, davon 41 vollständig, aus Deutschland 159, davon 138 vollständig und aus der Schweiz 10, davon alle vollständig. Die statistische Auswertung wurde mit dem Programm SPSS berechnet. Es wurden Frequenzanalysen, t-Tests, Korrelationsberechnungen und Varianzanalysen durchgeführt.

FRAGEBOGEN

Der verwendete Fragebogen war in fünf Bereiche gegliedert:

- 15 Fragen erhoben die Interaktion und Patientinnenzufriedenheit bzgl. medizinischer Behandlung bei niedergelassenen ÄrztInnen,
- 50 Fragen bezogen sich auf die Interaktion und Patientinnenzufriedenheit im stationären Behandlungssetting,
- 33 Fragen erhoben persönliche Basisdaten,
- 34 Fragen untersuchten die Interaktion und Patientinnenzufriedenheit im ambulanten Behandlungsbereich im Krankenhaus.

Weiters wurde zur Resilienzmessung die standardisierte Resilienzskala von Schumacher et al. (2004) verwendet.

Die Interaktionswahrnehmung wurde im Fragebogen in vier Unterkategorien unterteilt:

1. informative Kommunikation,
2. partnerschaftliche Kommunikation,
3. Vertrauen,
4. gesundheitsfördernde Kommunikation.

Es wurden Antwortskalen verwendet, die für die Auswertung einheitlich codiert wurden, sodass die Skala 1–5 zur Verfügung stand (1 entspricht einer geringen Zustimmung, 5 einer hohen Zustimmung). Die Fragebögen dieser Untersuchung wurden nach dem Modell der Endometriose-Studie der medizinischen Hochschule Hannover (vgl. Lampe et al. 2007) weiterentwickelt und im Hinblick auf die forschungsleitende Fragestellung zu Interaktion und Kommunikation im Behandlungssetting erheblich ergänzt.

Die forschungsleitende Fragestellung dieser Studie: Endometriosepatientinnen sind aufgrund des meist chronischen Verlaufes und der langen Dauer bis zur Diagnosestellung mehrmalig mit medizinischen BehandlerInnen in Interaktion. In den bisher vorliegenden Forschungsergebnissen wird wiederholt die psychische Beeinträchtigung und Einschränkung in der Lebensqualität bei mit Endometriose erkrankten Frauen festgestellt, es gibt jedoch keine Studien bezüglich der Resilienz der Betroffenen. Hier setzt die Forschungsfrage der vorliegenden Untersuchung an: Inwieweit besteht ein Zusammenhang zwischen der Wahrnehmung der Interaktion durch die erkrankten Frauen im Hinblick auf das Behandlungssetting in der medizinischen Versorgung einerseits und dem Resilienzfaktor bei den Endometriosepatientinnen andererseits?

ERGEBNISSE

DESKRIPTIVE DATEN ZUR UNTERSUCHUNGSGRUPPE

Alle Frauen leiden an dem Krankheitsbild Endometriose und wurden diesbezüglich schon medizinisch be-

handelt. 13 Frauen wurden ausschließlich ambulant behandelt, 96 ausschließlich stationär sowie 76 ambulant und stationär.

82 Frauen wurden im niedergelassenen Bereich von WahlärztInnen behandelt. 101 Frauen wurden aktuell 2013/2014 im Krankenhaus wegen Endometriose behandelt. Davon waren 105 Frauen unter einer Woche stationär im Krankenhaus aufgenommen, 56 eine bis zwei Wochen, 10 Frauen gaben an, mehr als zwei Wochen stationär behandelt worden zu sein. Eine Frau war über 4 Wochen stationär aufgenommen. 123 Frauen wurden in einem Großkrankenhaus und 29 in einem Kleinkrankenhaus behandelt. Von den 189 Frauen gaben 154 an, in einer Beziehung/Lebensgemeinschaft zu leben, 28 definierten ihren Beziehungsstatus als „single“, 7 als „geschieden“. Bezogen auf den Ausbildungsgrad haben 2 Frauen den Abschluss einer Pflichtschule, 36 Frauen den Lehrabschluss, 1 Frau den Abschluss der Meisterprüfung, 39 Frauen den Abschluss einer Fachschule ohne Abitur, 40 Frauen haben das Abitur absolviert und 71 Frauen gaben einen Fachhochschul-, Akademie- bzw. Universitätsabschluss an.

Das Durchschnittsalter bei der Diagnosestellung beträgt 28,94 Jahre. Die Durchschnittsdauer bis zur Diagnosestellung beträgt 7,62 Jahre.

ERGEBNISSE ZUR INTERAKTIONSWAHRNEHMUNG

Es wird deutlich, dass die Interaktionswahrnehmung „informative Kommunikation“ sich im ärztlichen und pflegerischen Kontext stationär, ambulant und niedergelassen unterscheidet ($p < 0,001$). Den höchsten Wert zeigt die informative Kommunikation stationär ($3,68 \pm 0,916$), in der Mitte liegt die informative Kommunikation ambulant ($3,29 \pm 1,063$) und den geringsten Wert hat die informative Kommunikation im niedergelassenen Bereich ($2,09 \pm 1,793$).

Es zeigt sich, dass im Bereich der Interaktionswahrnehmung partnerschaftliche Kommunikation zwischen ambulantem, stationärem und niedergelassenem Bereich folgende Unterschiede bestehen: Die partnerschaftliche Kommunikation ambulant ($2,85 \pm 0,844$) zeigt einen signifikanten Unterschied zu der partnerschaftlichen Kommunikation stationär ($3,02 \pm 0,889$) und zu der partnerschaftlichen Kommunikation niedergelassen ($4,12 \pm 1,116$, $p < 0,001$). Am höchsten ist der Wert der partnerschaftlichen Kommunikation im niedergelassenen ärztlichen Bereich ($4,12 \pm 1,116$, $p < 0,001$).

Die Untersuchung legt dar, dass sich im Bereich der Interaktionswahrnehmung „partnerschaftliche Kommunikation“ zwischen Pflegekraft und Patientin im

Vergleich dieser zwei Bereiche folgender Unterschied ergibt: partnerschaftliche Kommunikation ambulant ($2,50 \pm 0,693$) zur partnerschaftlichen Kommunikation stationär ($2,91 \pm 0,634$, $p < 0,001$).

Sichtbar wird, dass das Empfinden der betroffenen Frauen bezogen auf „es wird Druck auf mich ausgeübt“ sich im niedergelassenem Bereich ($1,66 \pm 0,837$) vom stationärem Bereich ($3,52 \pm 0,718$) und dem ambulanten Bereich ($3,38 \pm 0,812$) unterscheidet ($p < 0,001$), zwischen dem ambulanten und dem stationären Bereich besteht kein signifikanter Unterschied.

Es wird ein tendenzieller Zusammenhang zwischen der Zufriedenheit mit der partnerschaftlichen Unterstützung im Alltag und der Interaktionswahrnehmung „partnerschaftlicher Kommunikation“ im niedergelassenen Bereich ($r = 0,150$, $p = 0,061$) belegt.

Es zeigte sich in der Untersuchung, bezogen auf die Interaktionswahrnehmung im Groß- und Kleinkrankenhaus, kein signifikanter Unterschied.

Auf die Frage, ob die Patientin wieder in dieses Krankenhaus gehen würde, antworteten von 90 Frauen, bezogen auf den ambulanten Bereich, 26 mit „ja jedenfalls“ und 33 mit „eher ja“. Bezogen auf den stationären Bereich antworteten von 172 Frauen 13 mit „keinesfalls“ und 18 mit „eher nein“.

Es wird ein tendenzieller Unterschied, bezogen auf den stationären Aufenthalt, unter bzw. über einer Woche in der Interaktionswahrnehmung „gesundheitsfördernde Kommunikation“ deutlich. Frauen, die unter einer Woche stationär waren, wiesen einen höheren Wert ($1,97 \pm 0,246$) auf, als die Frauen, die länger als eine Woche stationär waren ($1,88 \pm 0,329$).

Es gibt einen Unterschied bei der Interaktionswahrnehmung ‚informative Kommunikation‘ im stationären Bereich zwischen „schlechter“ und „beschwerdefrei“ ($p = 0,023$), und es gibt einen tendenziellen Unterschied zwischen „schlechter“ und „ich befinde mich noch in Behandlung“ ($p = 0,052$). Die Frauen, die empfinden, dass es ihnen schlechter geht, nehmen auch die Interaktion schlechter wahr.

ERGEBNISSE ZUR PATIENTINNENZUFRIEDENHEIT

Es gibt keinen Unterschied, bezogen auf die Patientinnenzufriedenheit, hinsichtlich Behandlung durch weibliches oder männliches ärztliches Personal, weder stationär ($p = 0,547$) noch niedergelassen ($p = 0,545$).

Für die anderen Gruppen, ambulant und niedergelassen, ist es nicht auswertbar, weil es zu wenig Fälle gibt, die ihren Gesundheitszustand als „schlechter“ oder „beschwerdefrei“ definieren.

Es wurde untersucht, welche der vier Interaktionswahrnehmungsbereiche am stärksten mit der Patientinnenzufriedenheit im stationären Setting korreliert. Die informative Kommunikation ($3,64 \pm 0,991$) und partnerschaftliche Kommunikation, Arzt ($3,01 \pm 0,895$) und Pflege ($2,97 \pm 0,635$) haben eine hohe Korrelation in ähnlichem Ausmaß, sie hängen in annähernd gleich starkem Umfang mit der Zufriedenheit zusammen. Die gesundheitsfördernde Kommunikation hat nur eine geringe Korrelation mit der Zufriedenheit ($1,51 \pm 0,905$).

Die Forschungsfrage: Inwieweit besteht ein Zusammenhang zwischen der Wahrnehmung der Interaktion durch die erkrankten Frauen im Hinblick auf das Behandlungssetting in der medizinischen Versorgung einerseits und dem Resilienzfaktor bei den Endometriosepatientinnen andererseits?

Es gibt eine sehr starke Korrelation im niedergelassenen Bereich zwischen der Interaktionswahrnehmung „Zufriedenheit“ und „Vertrauen“ ($3,50 \pm 1,356$), eine starke Korrelation zwischen der Interaktionswahrnehmung „informative Kommunikation“ und „Zufriedenheit“ ($2,43 \pm 1,922$) und eine eher starke Korrelation zwischen der Interaktionswahrnehmung „partnerschaftliche Kommunikation“ und „Zufriedenheit“ ($4,05 \pm 1,167$). Es gibt keine Korrelation zwischen der Interaktionswahrnehmung „gesundheitsfördernde Kommunikation“ und „Zufriedenheit“ ($p = 0,161$).

ERGEBNISSE ZUR RESILIENZ

Der Mittelwert der deutschen Normstichprobe im Resilienzfragebogen RS-25 beträgt 5,28. In der Untersuchungsgruppe wurde der Mittelwert von 5,16 vorgefunden. Dieser Wert weicht von der Normstichprobe nicht signifikant ab, daher entspricht die Resilienz der Untersuchungsgruppe jener der Normalbevölkerung.

Es wurde untersucht, ob die Zufriedenheit, bezogen auf die sozialen Ressourcen, mit dem Resilienzfaktor korreliert.

Es zeigt sich ein signifikanter Zusammenhang zwischen der Zufriedenheit mit der partnerschaftlichen Unterstützung im Alltag und der Zufriedenheit mit der familiären Unterstützung im Alltag ($r = 0,533$, $p < 0,001$).

Je höher die Zufriedenheit mit der partnerschaftlichen Unterstützung im Alltag, desto höher die Zufriedenheit mit anderen sozialen Unterstützungen im Alltag ($r = 0,377$, $p < 0,001$).

Je höher die Zufriedenheit mit der partnerschaftlichen Unterstützung im Alltag, desto höher der Resilienzfaktor ($r = 0,245$, $p = 0,002$).

Es zeigt sich ein Unterschied bezüglich Resilienzfaktor, abhängig vom Gesundheitszustand bei Frauen, die noch in Behandlung sind ($5,07 \pm 0,853$) und Frauen, die beschwerdefrei sind ($5,75 \pm 0,662$). Die anderen Gruppen liegen dazwischen und unterscheiden sich nicht voneinander.

ANGABEN ÜBER DIE MEDIZINISCHE BEHANDLUNG

In der vorliegenden Studie sind 49,7% der Frauen unzufrieden mit der Information bezüglich Ursachen ihrer Erkrankung, 52,4% bezüglich der Information über den Verlauf der Endometriose, 46,6% bezüglich der In-

Es wurde in der Befragung der österreichischen Frauen zwischen Zusatzversicherung und rein gesetzlicher Krankenversicherung differenziert. Es zeigt sich ein tendenzieller Unterschied zwischen der Interaktionswahrnehmung in „gesundheitsfördernder Kommunikation“ und dem Vorliegen einer Zusatzversicherung ($p = 0,058$). Die Frauen mit Zusatzversicherung weisen einen höheren Wert in dieser Skala auf ($1,57 \pm 1,250$) als Frauen ohne Zusatzversicherung ($1,34 \pm 0,654$).

DISKUSSION

Die vorliegenden Daten zur Interaktionswahrnehmung belegen, dass die Frauen bei einem stationären Aufenthalt die informative und partnerschaftliche Kommunikation positiver bewerteten als in der ambulanten Behandlung. Dies kann als Bestätigung für die derzeitigen Reformüberlegungen für die Spitalsambulanzen in Österreich gesehen werden, die häufig unter massiver Überlastung stehen und so in vielen Fällen zu wenig Zeit für eine bedarfsgerechte Versorgung ihrer PatientInnen aufbringen können. Worin unter Einbeziehung psychosozialer Aspekte die erfolgversprechendsten Veränderungen in der Organisation von Spitalsambulanzen bestehen ist eine wichtige Fragestellung für zukünftige weiterführende Forschungen.

Die aktuelle Studie von Zimmermann et al. (2010) zeigt, dass Frauen als Kundinnen in der Gesundheitsversorgung mehr Informationen erhalten möchten. In ihrer Studie waren im Vergleich zur besonderen Wichtigkeit der informativen Kommunikation die gesundheitsfördernde Kommunikation und die Qualität der erlebten Arzt-Patientinnen-Beziehung nachrangig. Die Dimension der gesundheitsfördernden Kommunikation ist auch in den Ergebnis-

sen der vorliegenden Studie nicht vordergründig, jedoch zeigt sich bei der Frage nach eigenen präventiven Handlungsmöglichkeiten („Was ich selbst zur Heilung beitragen kann“) ein hohes Maß an Unzufriedenheit. Die gesundheitsfördernde Kommunikation scheint somit für die Frauen im Vergleich einerseits sekundär, andererseits besteht jedoch deutliche Kritik an fehlender Miteinbeziehung.

Leeners (2011) Forschungsergebnisse bestätigen, dass Informationen und aktives Mitwirken seitens der Patientinnen essentiell sind, die Frauen wollen mitbestimmen. Sie beschreiben einen aktuellen Handlungs-

Die BehandlerInnen sehen ihren Auftrag, die körperlichen Beschwerden zu vermindern und weitere negative Verläufe der somatischen Erkrankung zu verhindern. Das ist ein primäres Ziel der medizinischen Versorgung, jedoch steckt darin die Gefahr, dass die Patientin als Person in ihrer Komplexität in den Hintergrund tritt.

formation über die geplante Therapie, 52,9% bezüglich der Information über die verordneten Medikamente und 43,4% der Frauen sind mit „Zuspruch und Unterstützung“ seitens der ärztlichen BehandlerInnen im niedergelassenen Bereich unzufrieden.

73% sind mit der „Kommunikation auf gleicher Augenhöhe“ zufrieden und 77,2% empfinden die Kommunikation während der Behandlungen klar und verständlich.

Bezüglich komplementärmedizinischer Angebote geben sieben Frauen Homöopathie, acht TCM (Traditionelle Chinesische Medizin) und 18 „andere Verfahren“ an.

bedarf. Die Studie von Lampe et al. (2007) belegt ebenso eine Unzufriedenheit hinsichtlich Kommunikation und Information in der Behandlung. Es wird deutlich, dass eine wesentliche Voraussetzung für den professionellen Umgang mit Endometriose die adäquate Aufklärung der Frauen bei der Frage: „Was kann ich selbst zur Verbesserung des Krankheitsbildes beitragen?“ ist. Für die Betroffenen besteht so eine Förderung in Richtung Salutogenese und Resilienz, die eine wichtige Hilfe zur Krankheitsbewältigung ermöglicht. In der Studie von Zimmermann et al. (2010) kritisieren 26,4% der befragten Frauen die zeitliche Verzögerung der Diagnose, was auch von Hudelist et al. (2012) als Störfaktor in der Endometriosetherapie bestätigt wird. Diese Einschätzung hinsichtlich der langen Dauer bis zur Diagnosestellung wird auch in der vorliegenden Arbeit bekräftigt, die erhobenen Daten zum Durchschnittsalter decken sich mit den Ergebnissen von Brandes (2006). Brandes äußert, dass die Minimierung der Diagnosezeit ein wichtiges Ziel der Forschungsarbeit sein muss, da die Lebensqualität davon sehr negativ beeinflusst ist. Nachdem Untersuchungen vorliegen, dass Endometriose schon im Jugendalter beginnt stellt sich die Frage, warum das Diagnosealter nach wie vor so hoch ist.

Daraus ergeben sich für die Autoren folgende weiterführende Untersuchungsfragen: Bagatellisieren junge Frauen ihre Symptome selbst, weil Menstruationsschmerzen als normal gelten? Nehmen die Frauen ihre Beschwerden ernst, lassen sich dann aber durch das Bagatellisieren seitens der BehandlerInnen beeinflussen? Nehmen jüngere Frauen ihren Körper noch nicht so bewusst wahr, wie die älteren Frauen? Werden die Beschwerden erst transparent, wenn es um das Thema Kinderwunsch geht? Haben die BehandlerInnen die Diagnose Endometriose bei jungen Frauen noch nicht integriert? Ist Endometriose ein Tabuthema seitens der BehandlerInnen und seitens der Patientinnen, da es um Scham geht, z. B. Schmerzen beim Sexualverkehr? Für weitere Forschungsarbeiten sollte auch die Auswahl möglichst niedrigschwelliger Untersuchungsinstrumente überlegt werden. Das Design der vorliegenden Studie setzt bei den teilnehmenden Frauen die Bereitschaft voraus, sich mit ihrer Erkrankung auseinanderzusetzen. Es werden aufgrund des webbasierten Fragebogens basale Computerkenntnisse und ein Internetzugang benötigt. Dies könnte möglicherweise auf die Repräsentativität der Stichprobe Einfluss nehmen.

Junge Frauen mit typischen Beschwerden sollten mehr mit dem Fokus Endometriose untersucht werden (vgl. Brandes 2006). Die Kritik zu der medizinischen Versorgung hat jedoch bisher keine Veränderungen in der Behandlungspraxis der ÄrztInnen bzw. der Kranken-

anstalten zur Folge. (vgl. Lampe et al. 2007) Das deckt sich mit den Ergebnissen dieser Studie. Die Mehrheit der Frauen würde wieder in das gleiche Krankenhaus gehen. Daraus entwickeln sich folgende weiterführende Hypothesen, vor allem im psychotherapeutischen und psychologischen Kontext:

Die Frauen wurden aufgrund der langen Leidensdauer vielen Stressoren ausgesetzt. Hat sich daher

- deren Widerstandsfähigkeit stärker ausgeprägt?
- Sind die Frauen aufgrund der Menge an Stressoren resigniert?
- Ist die Interaktionsproblematik hintergründig und „versteckt“, da die Frauen primär mit ihren Beschwerden beschäftigt sind?
- Reagieren die Frauen aufgrund der aktuellen Beschwerden mit den Abwehrmechanismen Verdrängung und Verleugnung?
- Reagieren die Frauen mit Erleichterung, da sie nach einem langen Prozess eine Diagnose erhalten haben, sodass die Kritik an der medizinischen Versorgung in den Hintergrund tritt?
- Ist die Interaktion nicht so dringlich wie das Problem, eine neue Krankenanstalt bzw. neue BehandlerInnen aufzusuchen?
- Fehlt es den Frauen an (Selbst-)Bewusstsein, sodass sie sich nicht für eine Behandlung einsetzen können, die ihnen angenehmer ist?

Diese Hypothesen zeigen die Sinnhaftigkeit von psychotherapeutischer Begleitung auf. Der Fokus sollte darauf gerichtet sein, dass die Frauen lernen können, in der medizinischen Versorgung für sich selbst einzutreten. Im Sinne der Resilienz ist psychosoziale Unterstützung ein wesentlicher Beitrag im Umgang mit und in der Integration von Endometriose.

SCHLUSSFOLGERUNG

Die untersuchten Frauen sind durch das Krankheitsbild Endometriose in wiederholtem Kontakt mit medizinischen BehandlerInnen. Dabei ist die medizinische Interaktion aktuell wesentlich vom biomedizinischen Modell geprägt. Im Mittelpunkt stehen die körperlichen Symptome der Patientinnen. Die BehandlerInnen sehen ihren Auftrag, die körperlichen Beschwerden zu vermindern und weitere negative Verläufe der somatischen Erkrankung zu verhindern. Das ist ein primäres Ziel der medizinischen Versorgung, jedoch steckt darin die Gefahr, dass die Patientin als Person in ihrer Komplexität in den Hintergrund tritt.

Durch die Erkrankung sind die Frauen in ihrer Lebensqualität beeinträchtigt bzw. auch gefordert, sich eine ihnen angemessene Lebenssituation zu schaffen. Dafür haben sie im Licht dieser Studie positive Voraussetzungen, da ihr Resilienzfaktor der Normbevölke-

rung entspricht. Deutlich wird, dass seitens der medizinischen Versorgungssysteme Möglichkeiten der Verbesserung im Hinblick auf die untersuchte Patientinnengruppe bestehen. Dabei ist einerseits davon auszugehen, dass es keinen signifikanten Zusammenhang zwischen der Interaktionswahrnehmung im Behandlungssetting und der Resilienz der betroffenen Frauen gibt. Andererseits zeigt sich, dass die Interaktion zwischen BehandlerInnen und Patientinnen positiver gestaltet werden kann. Hier kann in der Zusammenführung der bisherigen Daten mit der Auswertung der vorliegenden Studie das Modell der psychischen Schutzfaktoren weiterentwickelt werden.

Die betroffenen Frauen wollen mitgestalten (Selbstwirksamkeitserwartung), stärkere Informationsvermittlung (Kontrollüberzeugungen) und fühlen sich zufriedener durch die partnerschaftliche Unterstützung (soziale Unterstützung). Wenn nun auch die individuellen Erklärungsmodelle und Bedürfnisse, die jeweilige Biographie mit ihren Ressourcen und den damit verbundenen Copingstrategien der Frauen mit einbezogen und Tabuthemen berücksichtigt werden ist das ein guter Ansatz, um die Frauen im Gesundheitsprozess zu fördern sowie ein weiterer Schritt, damit die Frauen die Interaktionswahrnehmung in der medizinischen Versorgung positiver bewerten können.

BIBLIOGRAPHIE:

- Antonovsky, A. (1997): Salutogenese, Zur Entmystifizierung der Gesundheit, Tübingen, dgvt-Verlag.
- Bandura, A. (1989): Human Agency in Social Cognitive Theory. In: *American Psychologist*, 44, 1175–1184.
- Brandes, I. (2007): Lebensqualität von Endometriose-Patientinnen. In: *Gynäkologie und Frauenheilkunde*, 67, 1227–1231.
- Brandes, I., (2015): Interaktion in der Arzt- Patientinnen- Beziehung beim Krankheitsbild Endometriose. Interview mit Melanie Esterl vom 13.08.2015. Angenommen von: Res Proceedings IUC.
- Bengel, J., Lyssenko, L. (2012): Resilienz und psychologische Schutzfaktoren im Erwachsenenalter. Stand der Forschung zu psychologischen Schutzfaktoren von Gesundheit im Erwachsenenalter. *Praxis der Gesundheitsförderung*, Bd.43.Köln: BZgA.
- Bitzer, J., Tschudin, S., Frey, B., Alder, J. (2008): Psychosomatische Betreuung von Patientinnen mit Endometriose. In: *Journal für Gynäkologische Endokrinologie*, 2 (2), Ausgabe für Österreich, 54–57.
- Calhoun, L. G., Tedeschi, R. G. (2006): The foundations of post-traumatic growth: An expanded framework. In: Calhoun, L. G., Tedeschi, R. G. (Hrsg.): *Handbook of posttraumatic growth: Research & practice*. Mahwah: Lawrence Erlbaum, 1–23.
- Denny, E., Mann, C. H. (2008): Endometriosis and the primary care consultation. In: *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 139 (1), 111–115.
- Esterl, M. (2015): Interaktion in der Arzt- Patientinnen- Beziehung beim Krankheitsbild Endometriose. Eine qualitative Studie zur Interaktionswahrnehmung der betroffenen Frauen hinsichtlich ihrer medizinischen Versorgung. Peer-reviewed am Interuniversitären Kolleg.
- Esterl, M. (2015): Interaktion in der Arzt-Patientinnen-Beziehung beim Krankheitsbild Endometriose. Eine qualitative Studie zur Interaktionswahrnehmung der BehandlerInnen hinsichtlich der ÄrztInnen-Patientinnen-Beziehung in der medizinischen Versorgung. *Psychotherapie Forum*. Berlin-Heidelberg: Springer.
- Esterl, M., Dietrich, G., Lothaller, H. (2016): 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. 34 (2).
- Fingerle, M. (2007): Der „riskante“ Begriff der Resilienz – Überlegungen zur Resilienzförderung im Sinne der Organisation von Passungsverhältnissen. In: Opp & Fingerle (Hrsg.), *Was Kinder stärkt. Erziehung zwischen Risiko und Resilienz*, München: Reinhardt, 299–310.
- Friborg, O., Hjemdal, O., Martinussen, M., Rosenvinge, J. H. (2009): Empirical support for resilience as more than the counterpart and absence of vulnerability and symptoms of mental disorder. In: *Journal of Individual Differences*, 30 (3), 138–151.
- Friedrich, M.: Das Zauberwort heißt Resilienz. Eine Analyse zum Resilienzkonzept. In: *Zeitschrift „beziehungsweise“* (online im Internet). URL: http://www.oif.ac.at/service/zeitschrift_beziehungsweise/detail/?tx_ttnews%5Btt_news%5D=2438&cHash=Ode54939c9b566b5a2346f99f447c1ce. Zugegriffen: 12. Jänner 2015.
- Herzlich, C., *Health and Illness* (1973): A Social psychological analysis, Oxford: Academic Press.
- Huber, J., Wenzl, R., Kurz, C. (2006): Endometriose. (online im Internet). URL: http://www.aerztezeitung.at/fileadmin/PDF/2006_Verlinkungen/2006-18_DFP_Endometriose.pdf. Zugegriffen: 12. April 2015.
- Hudelist, G., Fritzer, N., Thomas, A., Niehues, C., Oppelt, P., Haas, D., Tammaa, A., Salzer, H. (2012): Diagnostic delay for endometriosis in Austria and Germany: causes and possible consequences. In: *Human Reproduction*, 27 (12), 3412–3416.
- Janoff-Bulman, R. (2006): Schema-change perspectives on posttraumatic growth. In: Calhoun, L. G., Tedeschi, R. G. (Hrsg.): *Handbook of posttraumatic growth: Research & practice*, Mahwah: Lawrence Erlbaum, 81–99.
- Johnston, J., Reid, H., Hunter, D. (2015): Clinical Intelligence, Diagnosing endometriosis in primary care: clinical update. In: *British Journal of General Practice*, 65, 101–102.
- Kalitzkus, V. Wilm, S., Matthiessen, P.F. (2009): Narrative Medizin – Was ist es, was bringt es, wie setzt man es um? In: *ZFA, Z Allg Med*, 85 (2), 60–66.
- Knapp, V. J. (1999): How old is endometriosis? Late 17th- and 18th-century European descriptions of the disease. In: *Fertility and Sterility*, 72 (1), 10–14.
- Knoblauch, H. (1994): Erving Goffmans Reich der Interaktion. In: Goffman, Erving (Hrsg.): *Interaktion und Geschlecht*. Frankfurt am Main: Campus.
- Lampe, A., Jackisch, D. Kottas, E. (2007): Patientinnenzufriedenheit mit der Versorgung bei Endometriose – Erhebung von Patientinnenerfahrungen aus den Jahren 2001 bis 2005. In: *Geburtshilfe und Frauenheilkunde*, 67, A27.
- Leeners, B. (2011): Psychosomatische Aspekte bei Endometriose, 1-4 (online im Internet).URL:https://www.tellmed.ch/include_php/previewdoc.php?file_id=8113Zugegriffen: 19. Juni 2015.
- Leyendecker, G., Wildt, L., Mall, G. (2009): The pathophysiology of endometriosis and adenomyosis: tissue injury and repair. *Arch Gynecol Obstet*, 280 (4), 38–529.
- Luhmann, N. (1996): *Soziale Systeme. Grundriss einer allgemeinen Theorie*, 6. Auflage, Frankfurt am Main, Main: Suhrkamp.
- McCubbin, L. (2001): Challenge to the Definition of Resilience.

- (online im Internet). URL: <http://files.eric.ed.gov/fulltext/ED458498.pdf>. Zugegriffen: 19. Juni 2015.
- Mechsner, S. (2015): Endometriose: Pathogenese, Symptome und Diagnostik. In: Sillem, M., Siedentopf, F., Mechsner, S. (Hrsg.): Leitsymptom chronischer Unterbauchschmerz der Frau Interdisziplinär Klinisch Praxisorientiert“, Berlin Heidelberg: Springer, 35–50.
- Meuleman, C., Vandenabeele, B., Fieuws, S., Spiessens, C., Timmerman, D., D'Hooghe, T. (2008): High prevalence of endometriosis in infertile women with normal ovulation and normospermic partners. In: *Fertility and Sterility*, 92, 68–74.
- Meyer, R. (1919): Über den Stand der Frage der Adenomyositis, Adenomyome im Allgemeinen und insbesondere über Adenomyositis seroepithelialis und Adenomyometritis sarcomatosa. *Zentralbl. Gynäkol*, 36, 745–750.
- Neuberger, C. (2007): Interaktivität, Interaktion, Internet. In: *Publizistik*, 52 (1), 33–50.
- Petzold, T. (2011): Grundlagen einer systemischen Kohärenzregulation. Dynamische und systemische Aspekte einer salutogenetisch orientierten Meta-Theorie für Gesundheitsberufe (online im Internet). URL: http://www.salutogenese-zentrum.de/cms/fileadmin/user_upload/Petzold-Theorie-1211-Salutogenese.pdf. Zugegriffen: 19. Juni 2015.
- Reivich, K., Shatte, A. (2003): *The resilience factor: 7 keys to finding your inner strength and overcoming life's hurdles*. New York: Random House.
- Von Rokitsansky K. (1860): Über Uterusdrüsen-Neubildung in Uterus und Ovarialsarcomen. *Z. Ges. Ärzte, Wien*, 37: 93–577.
- Sampson, J. (1927): Peritoneal endometriosis due to the menstrual dissemination of endometrial tissue into the peritoneal cavity. *J. Obstet Gynaecol*, 14, 422.
- Schindler, A. E. (2007): Epidemiologie, Pathogenese und Diagnostik der Endometriose in *Journal für Fertilität und Reproduktion*, 17 (4) (Ausgabe für Österreich), 22–27.
- Von Schlippe, A., Schweitzer, J. (2000): *Lehrbuch der systemischen Therapie*, Göttingen, Vandenhoeck & Ruprecht.
- Schmidt, C., Halbe, B., Wolff, F. (2014): Gynäkologie und Geburtshilfe im Spannungsfeld von Personalmangel, Wirtschaftlichkeit und Ambulantisierung In: *Geburtshilfe Frauenheilkunde*, 74, 1061–1065.
- Schumacher, J., Leppert, K., Gunzelmann, T., Strauß, B., Brähler, E. (2004): Die Resilienzskala – Ein Fragebogen zur Erfassung der psychischen Widerstandsfähigkeit als Personmerkmal. Revidierte Manuskriptfassung. In: *Z. f. Klinische Psychologie, Psychiatrie und Psychotherapie* (online im Internet), URL: http://bgm-ostschweiz.ch/wp_live/wp-content/uploads/Resilienzskala_Schumacher-et-al.pdf. Zugegriffen: 19. Juni 2015.
- Schute, K.L. (2011): Prävalenz von Depressionen und Angststörungen und ihre Einflussfaktoren bei Frauen mit Endometriose, unv. Dissertation, Universität Berlin.
- Schweppe, KW. (2011): Endometriose- Entstehung, Diagnostik Behandlungsmöglichkeiten und Probleme in Klinik und Praxis. In: *J. Reproduktionsmed. Endokrinol*, 8 (3), 180–194.
- Siedentopf, F. (2013): *Psychosomatische Frauenheilkunde und ihre Bedeutung im Kontext ausgewählter gynäkologischer Erkrankungen*, unv. Habilitationsschrift, Universität Berlin.
- Sillem, M., (2015): 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.
- Ulrich, U., Buchweitz, O., Greb, R., Keckstein, J. (2013): Interdisciplinary S2k Guidelines for the Diagnosis and Treatment of Endometriosis. In: *Geburtshilfe und Frauenheilkunde*, 73, 890–898.
- 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%20oder%20Endometriose.doc>. Zugegriffen: 12. Dezember 2014.
- Wagner, R. (2004): *Krankheitsbewältigung aus metatheoretischer und methodologischer Perspektive*. Würzburg: Königshausen & Neumann.
- Weidmann, R. (2001): *Rituale im Krankenhaus*. München: Urban & Fischer.
- Werner, E. E., Smith, R. S. (1977): *Kauai's children come of age*. Honolulu: University Press of Hawaii.
- Werner E. E. (1993): Risk, resilience, and recovery: Perspectives from the Kauai Longitudinal Study, *Development and Psychopathology*, 5, 503–515.
- Wild, K., Wiles, J. L., Allen, R.E.R.S. (2013): Resilience: thoughts on the value of the concept for critical gerontology. In: *Aging & Society*, 33 (1), 137–158.
- Windle, G., Bennett, K. M., Noyes, J. (2011): A methodological review of resilience measurement scales. In: *Health and Quality of Life Outcomes*, 9:8, 3–18.
- Wustmann, C. (2005): Die Blickrichtung der neueren Resilienzforschung. Wie Kinder Lebensbelastungen bewältigen. In: *Zeitschrift für Pädagogik*, 51, 192–206.
- Wustmann, C. (2009): Die Erkenntnisse der Resilienzforschung – Beziehungserfahrungen und Ressourcenaufbau. In: *Psychotherapie Forum*, 17 (2), 71–78.
- Zimmermann, A., Brandes, I., Babitsch, B. (2010): Informationsbedürfnisse von Frauen mit Endometriose im Rahmen der Gesundheitsversorgung. In: *Geburtshilfe und Frauenheilkunde*, 70 (7), 568–573.