



Bericht zur begleitenden wissenschaftlichen Evaluierung der Arbeit der Second-Opinion- Ambulanz (SOA) des Internationalen Zentrums für FrauenGesundheit (IZFG) im Zeitraum von 2002 – 2004

Autorinnen:

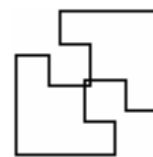
Dr. Astrid Libuda-Köster

Institut für Projektevaluation und
sozialwissenschaftliche Datenanalyse (IPSE),
Bad Salzuflen



Dr. Uta Enders-Dragässer

Gesellschaft für Sozialwissenschaftliche
Frauenforschung e.V. (GSF e.V.)
Frankfurt am Main



GSFF e.V.

Inhaltsverzeichnis	Seite
Gründung und Konzeption des Internationalen Zentrums für FrauenGesundheit (IZFG)	1
Die Second-Opinion-Ambulanz (SAO) als frauengerechtes und psychosozial orientiertes Zweitmeinungsmodell	1
Das innovative Konzept der SOA	3
Arbeitsweise der SOA im IZFG	5
Die begleitende wissenschaftliche Evaluierung der Arbeit der SOA	7
Zielsetzung und Aufgaben der begleitenden wissenschaftlichen Evaluierung der Arbeit der SOA	7
Hypothesen	8
Forschungsdesign der begleitenden wissenschaftlichen Evaluierung	8
Befragungsbereiche	9
Ergebnisse der Befragung	11
Die Klientinnen	11
Alter der Klientinnen	11
Bildungsstatus der Klientinnen	11
Erwerbsstatus der Klientinnen	12
Familienstatus der Klientinnen	13
Kostenübernahme und Zugang zur SOA	14
Zugänge zur SOA und Gründe für die Inanspruchnahme der SOA	14
Die Anliegen der Klientinnen	16
Bisherige gesundheitliche Probleme der Klientinnen	18
Bisherige medizinische Empfehlungen (Erstmeinung)	20
Zufriedenheit mit den vorherigen Empfehlungen	21
Informationen und Handlungsempfehlungen der SOA	21
Veränderungen zwischen Erstmeinung und Zweitmeinung	23
Stellenwert der Arbeit der SOA, Umgang und Zufriedenheit damit	26
Umsetzung von Handlungsempfehlungen der SOA	28
Forts. Inhaltsverzeichnis	
Informationsgewinn durch die SOA	29

Zustimmung zum Arbeitskonzept der SOA	30
Zusammenfassung und Diskussion der Ergebnisse	34
Soziodemografische Merkmale der Zielgruppe und Bezüge zu einzelnen Untersuchungsergebnissen	35
Die gesundheitlichen Probleme und Anliegen der Klientinnen	38
Die Handlungsempfehlungen der SOA	40
Empfehlungen zur Veränderung des Lebensstils	40
Ergebnisse des Arbeitskonzepts der SOA	41
Zufriedenheit	43
Fazit und Ausblick	43
Literatur	45
Anhang I: Liste der Tabellen und Grafiken	46
Anhang II: Fragebogen	47
Anhang III: Kontaktadressen	51

Bericht zur begleitenden wissenschaftlichen Evaluierung der Arbeit der Second-Opinion-Ambulanz (SOA) des Internationalen Zentrums für FrauenGesundheit (IZFG) im Zeitraum von 2002 – 2004

Gründung und Konzeption des Internationalen Zentrums für FrauenGesundheit (IZFG)

Das Internationale Zentrum für FrauenGesundheit in Bad Salzuflen wurde als Projekt der Expo 2000 im Jahr 1999 durch die Stadt Bad Salzuflen, das Staatsbad und die Mediengruppe als gGmbH gegründet. Eines der Ziele der Gründung war es, in Form von Frauengesundheits-Projekten Modelle "guter Praxis" zu entwickeln und für die Integration in das Gesundheitssystem zu erproben, in Verbindung mit der Frauengesundheitsforschung sowie der bio-psychozialen Medizin.

Ein laufendes Projekt des IZFG ist die Second-Opinion-Ambulanz (SOA). Zwei weitere Projekte sind die Bad Salzuflener FrauenBewegungskuren sowie die vom Land NRW finanzierte Koordinationsstelle Frauen und Gesundheit, die neben Köln (Hagazussa) auch in Bad Salzuflen im IZFG ansässig ist. Die Koordinationsstelle hat die Vernetzung der politischen, medizinischen und beratenden Institutionen, die sich mit Frauengesundheit befassen, zur Aufgabe. Damit bietet sie u.a. wichtige Voraussetzungen für die Implementierung von Gesundheitsangeboten für Frauen als Modellen "guter Praxis".

Die Second-Opinion-Ambulanz (SOA) als frauengerechtes und psychosozial orientiertes Zweitmeinungsmodell

Die Einfügung des §65b in das SGB V hat die Krankenkassen zur Einführung einer qualitätsgesicherten und unabhängigen Patientenberatung verpflichtet. Daran setzt die im IZFG entwickelte und betriebene SOA mit einem medizinisch und psychosozial orientierten Untersuchungs- und Beratungsangebot für Frauen an. Die SOA am IZFG ist bisher einzigartig. Es gibt in Deutschland kein weiteres Zweitmeinungsmodell für Frauengesundheit und speziell für gynäkologische Erkrankungen. Dem Modell der SOA im IZFG kommt deshalb im deutschen Gesundheitswesen hohe Aufmerksamkeit zu, als einzigem deutschem Zweitmeinungsangebot für Frauengesundheit und als patientinnenorientiertem Modell im Zusammenhang der Debatte zur so genannten "Informierten Entscheidung" bzw. zum "shared decision making" (Klemperer 2003).

Charakterisiert ist die im IZFG angebotene Beratung durch ein psychosomatisches Verständnis von Krankheit und Gesundheit, verbunden mit einer lebensweltlichen Orientierung. Dabei werden naturheilkundliche und komplementäre Behandlungsansätze gegebenenfalls in die Handlungsoptionen einbezogen. Die konkrete aktuelle medizinische Fragestellung und das persönliche Anliegen der Klientin stehen im Fokus der in der Regel einmaligen Beratung.

Ergänzend zur SOA führt das IZFG regelmäßig als Veranstalterin oder in

Kooperation mit regionalen Verbänden und Bildungseinrichtungen Patientinnen-Vorträge, Gesprächskreise und Seminare zu gynäkologischen Fragestellungen durch.

Nach Erfahrungen aus der gynäkologischen Rehabilitation bzw. aus der Beratung durch z.B. Frauengesundheitszentren ist die Situation von Frauen mit gynäkologischen Diagnosen häufig durch das Fehlen umfassender Informationen gekennzeichnet. Das gilt für die Diagnose und damit die Einordnung der Beschwerden ebenso wie für die Entscheidung zwischen (Be)Handlungsmöglichkeiten. Sie können schulmedizinisch – operativ oder konservativ - sein, aber auch komplementärmedizinisch, naturheilkundlich. Die Patientinnen können sich für Selbsthilfegruppen entscheiden oder für Veränderungen in ihrem Verhalten, ihrem Lebensstil. Auch zu den Prognosen fehlen Informationen weitgehend. Dies gilt für die Frage der Erfolgchancen und Risiken von Behandlungen bzw. bei Verzicht auf Behandlungen, insbesondere aber für das Risiko von möglichen Folgestörungen je nach Behandlungsform.

Die Frauen haben einen hohen Bedarf an Erläuterung und Bewertung der medizinischen Informationen bzw. Einschätzungen und benötigen einen Orientierungsrahmen als Entscheidungshilfe, der neben den medizinischen auch psychosoziale Aspekte berücksichtigt (IZFG1/04).

Dem oft komplexen Informationsbedarf von Frauen wird eine medizinische Zweitmeinung, unter Einschluss der erforderlichen medizinischen Diagnostik, nicht gerecht, wenn die Fragestellungen medizinisch nicht definitiv eingrenzbar sind bzw. wenn für eine individuelle Entscheidungsfindung eine unabhängige und verständliche Beratung benötigt wird. Diese hat in jedem Fall neben den gesundheitlichen Problemen auch die persönlichen Lebensumstände zu berücksichtigen. Das sind bei Frauen beispielsweise die Doppelbelastung durch Erwerbsarbeit und Familienarbeit, insbesondere ihre Verantwortung für die Versorgung von Familienangehörigen, z.T. über die Kernfamilie hinaus. Dazu können noch spezifische Streßfaktoren kommen wie z.B. Beziehungsprobleme oder Probleme am Arbeitsplatz.

Patientinnen legen daher ihren Entscheidungen nicht allein medizinische Kriterien zugrunde. Sie verknüpfen sie mit den Erfordernissen ihrer jeweiligen Lebenssituation, vor allem ihren sozialen Verpflichtungen gegenüber Angehörigen sowie ihren beruflichen Verpflichtungen.

In der Literatur wird darauf eingegangen, dass PatientInnen ihren Entscheidungen nicht allein medizinische Kriterien zugrunde legen, sondern auch lebensweltliche Kosten-Nutzen-Erwägungen. Daher besteht seit langem auch die Forderung, die persönlichen Präferenzen und Kriterien von PatientInnen bei der Entscheidungsfindung ausdrücklich zu berücksichtigen. Die Frauengesundheitsbewegung hat darauf aufmerksam gemacht, dass diese Diskussion jedoch genderspezifisch zu führen ist, damit diese Forderungen im klinischen Alltag auch orientiert am Bedarf der Patientinnen und Patienten umgesetzt werden können. Sie bleiben aber oft bereits deshalb unerfüllt, weil schon die für den

Beratungsprozess erforderliche Gesprächszeit ebenso fehlt wie auch die dafür erforderlichen Qualifikationen (vgl. dazu Caspari, C.; Untch, M.; Vodermaier, A. 2003). Dies sind insbesondere Qualifikationen in klientInnenzentrierter Gesprächsführung und nichthierarchischer Beratung. Sie gewährleisten, dass mit medizinischer Kompetenz auch die psychosozialen Dimensionen medizinischer Entscheidung thematisiert werden und Orientierungshilfen gegeben werden können, um die Patientin zu befähigen, eine für sie passende Entscheidung zu finden.

Die Kommunikation in der Beratungssituation unterscheidet sich deutlich abhängig vom Geschlecht der Beraterin bzw. des Beraters und der Rat suchenden Person. Bei den oft schambesetzten, tabuisierten und gesellschaftlich negativ bewerteten gynäkologischen Erkrankungen kann eine weibliche Beraterin von ratsuchenden Frauen als besonders hilfreich angesehen werden. Klientinnen teilen sich erfahrungsgemäß aufgrund des geschlechtsspezifischen Mitteilungsverhaltens (Enders-Drägässer/Sellach (Hg.) 1999) Frauen gegenüber eher zu Sachverhalten ihres Frauseins, ihrer Intimität, ihrer Sexualität, ihrer sozialen Verpflichtungen und Belastungen mit.

Das innovative Konzept der SOA

An dieser komplexen Situation bei Frauen setzt das innovative Konzept der SOA im IZFG an. Es geht über ein rein medizinisches Verständnis von Zweitmeinung hinaus und bezieht in psychosozialer Weise die Lebensumstände der Klientin (Lebensphase, Lebenskonzept, Kinderwunsch, Familien- und Haushaltssituation, berufliche Situation, spezifische Stressfaktoren usw.) mit ein. Dabei wird auch die häufige Fehlversorgung und Pathologisierung von Weiblichkeit bzw. stellvertretend der weiblichen Organe mitberücksichtigt, zum Beispiel der Gebärmutter als Ausdrucksorgan.

Die SOA am IZFG ist ein gynäkologisches Untersuchungs- und Beratungsangebot, das Frauen bei der Entscheidungsfindung zwischen therapeutischen und/oder diagnostischen Alternativen unterstützen will: Ist eine Operation unumgänglich? Wenn ja, welche Arten von Operationen gibt es, welche Vor- und Nachteile haben sie, z.B. im Hinblick auf spätere Folgebeschwerden? Welches sind infolgedessen typische Risiken? Gibt es vergleichbare Erfolge mit kleineren Eingriffen? Welches sind häufig durchgeführte Eingriffe, bei denen viele Erfahrungen vorliegen? Welche Erfahrungen sind dies? Wie sind neue oder "Außenseiter"-Methoden im individuellen Fall der Klientin zu bewerten? Welche bestimmten Fragen sind wichtig im Vorgespräch mit einem (möglichen) Operateur? Was erwartet die Klientin nach der Operation bzw. Behandlung - auch wenn sie normal verläuft? Was bedeutet das für ihre Intimität, ihre Sexualität, für die Versorgung ihres Haushalts? Welche Folgen sind kurz-, mittel- oder langfristig bezogen auf das Organsystem, das Befinden, die Leistungsfähigkeit zu erwarten? Welche Chancen bietet eine vorgeschlagene Hormon- oder Chemotherapie? Gibt es Alternativen zur Medikation? Welche Wechselwirkungen sind bei gleichzeitigen internistischen Problemen wie z.B. Hochdruck, Embolie u.a. oder bei psychischen Problemen wie z.B. medikamentös behandelte Depressionen, Angsterkrankung u.a. zu beachten? Welche begleitenden

Therapien wie z.B. Schmerztherapie, physikalische Therapien, Psychotherapie usw. kommen in Frage? Wie kann die Klientin selbst zur Verbesserung des gesundheitlichen Problems beitragen? Muss überhaupt etwas getan werden? Welche weitere Diagnostik kommt zur Klärung in Frage?

Den medizinischen Schwerpunkt der SOA bilden Diagnosen zu insbesondere Erkrankungen des Unterleibs bzw. der Gebärmutter und der Brust, d.h. Diagnosen wie Myome, Endometriose und Mammakarzinom sowie das Klimakterische Syndrom. Weitere Diagnosen sind chronische und schwer zu behandelnde Schmerzzustände, Zustand nach mehrfacher gynäkologischer Operation sowie chronisch-rezidivierende Infektionen.

Die Unterstützung der Klientinnen besteht in der Erarbeitung einer zweiten oder weiteren medizinischen Meinung, die den Vorzug hat, ohne Rücksicht auf Fremdinteressen durch institutionelle Einbindungen und Festlegungen geäußert zu werden, in diesem Sinn also unabhängig ist. Dabei wird besonderer Wert darauf gelegt, eine Übersetzung medizinischer Sachverhalte in klar verständliche Begriffe vorzunehmen und sie in ihrer Bedeutung zu gewichten.

Zum zweiten – und das ist das eigentlich Innovative an diesem Konzept – ist es das ausdrückliche Ziel der SOA, das persönliche Anliegen der Klientin, ihre Motive, ihre Kriterien und Präferenzen zu ermitteln und darauf hinzuarbeiten, dass sie sowohl ihre Kriterien als auch ihre Entscheidung lebensgeschichtlich verorten und dadurch mit ihren Lebensverhältnissen verknüpfen kann, um sicher zu stellen, dass ihnen bei der Entscheidungsfindung ein hoher Stellenwert beigemessen wird. Am Ende des Prozesses soll die Klientin die getroffene Entscheidung als zu ihr passend bewerten und vertreten können.

Es gibt in der Gynäkologie als Handlungsoptionen viele Eingriffs- und Therapiemöglichkeiten, viele so genannte "weiche Indikationen" und auch die Möglichkeit, keine medizinische Behandlung vornehmen zu lassen. Außerdem sind eventuelle Fremdinteressen hinter Handlungsoptionen für die betroffenen Frauen nicht sicher durchschaubar.

Das frauengerechte und psychosozial orientierte Konzept der SOA am IZFG hat eine umfassende Doppelqualifikation der Beraterin zur Voraussetzung. Ihre langjährige Berufserfahrung als Fachärztin für Gynäkologie und in der gynäkologischen und onkologischen Rehabilitation wird durch eine psychotherapeutische Ausbildung ergänzt. So ist es möglich, in der Beratungssituation neben dem somatischen Befund die psychosozialen Umstände der Klientin, ihr bisheriges Gesundheitsverhalten sowie ihre Erfahrungen mit dem Medizinsystem zu berücksichtigen. Dabei ist wichtig, die genaue Fragestellung der Klientin, ihr persönliches Anliegen, ihre persönlichen Motive, zu ermitteln. Nicht selten verbirgt sich ein weiteres anderes Problem hinter der Frage, ob eine Operation vorgenommen werden sollte, denn gynäkologische Diagnosen sind häufig mit lebensgeschichtlichen Ereignissen bzw. Anliegen verknüpft.

So kann sich bei einer Endometriose-Erkrankung für jüngere Frauen die Frage

stellen, auf welche Weise und mit welchen Erfolgschancen sich ein aktueller Kinderwunsch realisieren lässt. Blutungsstörungen können Folge einer seelischen Drucksituation sein. Die zugrunde liegenden Probleme lassen sich nicht mit der Entfernung des Ausdrucksorgans Gebärmutter entschärfen. Es können hiermit sogar neue gesundheitliche Beschwerden entstehen.

Bei Mammakarzinom kann nach erfolgter Operation je nach unterschiedlichen Therapieregimes die Angst vor möglichen Nebenwirkungen groß sein bzw. davor, eine entscheidende Chance zu verpassen. Die Wertigkeit unterschiedlicher Behandlungen, die verständliche Interpretation der Hauptrichtungen der Forschung und die Ergebnisse der Studien sind häufig Fragen auf der Sachebene. Auf der emotionalen Ebene wird nach mehr Sicherheit gesucht, um mit den schließlich getroffenen Entscheidungen auch auf Dauer gut (weiter)leben zu können.

Die Kombination von medizinischer mit frauenorientierter psychosozialer Kompetenz macht daher die Besonderheit des Angebots der SOA im IZFG aus. In Deutschland gibt es noch eine weitere SOA, für den Bereich Tumorerkrankung. Dies ist die stärker diagnostikorientierte SOA für Patientinnen und Patienten an der Klinik für Tumorbilogie in Freiburg. Für das Spektrum gynäkologischer Erkrankungen wären Beratungsstellen von Pro Familia am ehesten dem frauenorientiertem IZFG-Angebot vergleichbar, sofern die Beratung von einer Gynäkologin durchgeführt wird.

Arbeitsweise der SOA im IZFG

Die Beratung in der SOA dauert 45- 60 Minuten und beinhaltet meist eine vollständige gynäkologische Untersuchung, evtl. auch eine Ultraschalluntersuchung. Über Ablauf, Organisation, zeitlichen und finanziellen Rahmen ist die Klientin im Vorfeld durch das Sekretariat informiert worden. Relevante Voruntersuchungsbefunde und OP-Berichte sollten vorliegen, um zur differenzierten Erörterung herangezogen werden zu können. Auf Wunsch der Klientin kann eine Vertrauensperson in die Beratung einbezogen werden. Die Zusammenstellung der Unterlagen, die Konkretisierung der Fragen und die emotionale Vorbereitung sind wichtiger und aktiver Teil des Prozesses für die Klientin.

Die Beratung findet in ungestörter Atmosphäre in einem dafür ausgestatteten Besprechungs- und Arbeitszimmer statt.

Der Gesprächskontakt wird regelmäßig mit der Frage begonnen, wie die Klientin "den Weg hierher" gefunden hat, um eine Anknüpfung an Motiv und Erwartung bzw. augenblickliches Befinden herzustellen. Als nächstes wird eine relativ offene Frage gestellt, bei welchem gynäkologischen Problem sich die Klientin Unterstützung wünscht. Art der Vorbereitung und Darstellung des Problems (z.B. vollständige Listen von Krankheitsdaten seit Kindheit, Berichte und Fotos von OPs, formulierte Fragen, Ausdrucke aus dem Internet, Erfahrungen von Gleichbetroffenen, Meinung von Freundinnen; oder ebenso: keine Unterlagen, fehlende Erinnerung usw.) sowie die Emotionalität im Kontakt (Körpersprache, Stimme, Reaktion auf angesprochene Themen usw.) geben einen Einblick in Persönlichkeit und Verarbeitungsmuster der Rat suchenden Klientin. Gefühle können im Verlauf der Beratung thematisiert und

einbezogen werden, in einem Wechsel von Sach- und Gefühlsebene.

Für die medizinische Fragestellung ist eine fokussierte kürzere oder längere Anamnese erforderlich, die neben den reinen Daten auch das jeweilige Erleben bzw. die Umstände erfasst. Medizinisches Vokabular wird übersetzt in Alltagssprache in Form sinnhafter Bedeutung, nicht als einfache Wort-zu-Wort-Übersetzung. Sachfragen werden anschaulich mit Bildmaterial, Skizzen oder durch Beschreibungen in Analogien (z.B. Gewebe "wie weicher Samt") erklärt. Eine positive Irritation und Neubewertung wird ermöglicht, wenn respektvolle Ausdrücke für (weibliche) Organe verwendet werden.

Die gynäkologische Untersuchung (mit Ultraschall) gibt diagnostisch Aufschluss über den Organbefund und ist damit zusätzlich zu den mitgebrachten Befunden eine weitere medizinische Grundlage der Beratung. Gleichzeitig ergeben sich beim Kontakt in der Untersuchung und durch den Befund selbst (z.B. stark angespannte Beckenbodenmuskulatur) Hinweise auf verbal nicht geäußerte psychische Problemkonstellationen. Ein sensibler Umgang ist erforderlich, um im Rahmen der SOA angemessen darauf einzugehen, ggf. ist eine weitergehende psychologische Unterstützung sinnvoll.

Manche Fragen bewegen sich ganz oder überwiegend auf der Sachebene, beziehen sich auf Studienergebnisse oder statistische Erfolge von medizinischen Behandlungsoptionen. Bei der gemeinsamen Erarbeitung verschiedener Wege bzw. der Vor- und Nachteile eines durch medizinische Erstmeinung vorgeschlagenen Weges wird aufmerksam Blickkontakt zur Klientin gehalten, damit sie Tempo und Fragestellung bestimmen kann.

Buchempfehlungen, meist in Form von spezifischen Ratgebern zum Fragenkomplex / Krankheitsbild, ergänzen die Beratung.

Gegen Ende stellt sich die Frage nach dem Transfer der Beratungsergebnisse. Der Umgang mit eigenen Wünschen gegenüber dem Medizinsystem wird häufig thematisiert, z.B. konkret: "Wie sag ich's meinem Arzt/meiner Ärztin?"

Die Ergebnisse des Beratungstermins werden auf Wunsch schriftlich festgehalten und der Klientin zur Verfügung gestellt.

Nicht immer sind eine Untersuchung oder eine ausführliche Beratung notwendig. Deshalb werden – je nach Sachlage – auch Telefontermine von 15 - 30minütiger Dauer vergeben, z.B. bei Fragen zu einer Hormonersatztherapie. Nicht erst seit der Veröffentlichung der Ergebnisse zur WHI-Studie (Women's Health Initiative) herrscht hier große Verunsicherung. Erklärungen zur Hormonersatztherapie und Verfahrensweisen, damit umzugehen, sind auch telefonisch möglich.

Bei der Terminvergabe werden die Klientinnen gebeten, Vorbefunde beim eigentlichen Gespräch bereit zu halten bzw. vorab per Fax zu schicken. Telefonisch wird dann auch geklärt, ob ein Untersuchungstermin folgen sollte, da eine medizinische Beratung sonst nur eingeschränkt und eher allgemein möglich ist.

Dem modellhaften Status der SOA entsprechend werden die Leistungen der SOA

privatärztlich erbracht. Die Klientinnen erhalten eine privatärztliche Rechnung über die Leistungen der SOA in Höhe des Kassensatzes. Wenn überhaupt erstatten manche der gesetzlichen Krankenkassen einen Teil der Kosten, während private Krankenversicherungen in der Regel den vollen Satz erstatten.

Die SOA im IZFG wird seit dem Jahr 2000 genutzt. Bis zum Herbst 2002 haben ca. 400 Klientinnen die SOA aufgesucht. Ein großer Teil von ihnen kommt aus der näheren oder weiteren Umgebung von Bad Salzuflen bzw. aus den Bundesländern Nordrhein-Westfalen und Niedersachsen. Jedoch legen insbesondere Klientinnen mit den Diagnosen Endometriose oder Myome auch größere und große Entfernungen zurück und reisen im Einzelfall sogar aus dem Ausland an.

Die begleitende wissenschaftliche Evaluierung der Arbeit der SOA

Das IZFG ist seit dem Aufbau der SOA davon ausgegangen, dass dieses einzigartige und innovative Modellkonzept für Nutzerinnen von hoher Bedeutung ist und zudem dazu beiträgt, Kosten einzusparen. Daher wurden bei der Stiftung der Sparkasse Bad Salzuflen Mittel beantragt, um zur Qualität und Wirksamkeit der SOA eine wissenschaftliche Evaluierung durchführen zu können.

Nach der Bewilligung der Mittel im Jahr 2002 wurde der Auftrag zu einer begleitenden Evaluation der SOA vom IZFG an das Institut für Projektevaluation und sozialwissenschaftliche Datenerhebung (IPSE) erteilt. Mit der Arbeit wurde im Juli 2002 begonnen, in enger Kooperation des IZFG mit Dr. Astrid Libuda-Köster vom IPSE sowie seit 2003 Dr. Uta Enders-Drägässer und Dr. Brigitte Sellach von der Gesellschaft für Sozialwissenschaftliche Frauenforschung e.V. (GSF e.V.).

Zielsetzung und Aufgaben der begleitenden wissenschaftlichen Evaluierung der Arbeit der SOA

Die begleitende wissenschaftliche Evaluierung sollte die Arbeit der SOA im IZFG dahingehend überprüfen, inwieweit sie aufgrund von Qualität und Wirksamkeit modellhaft eine "gute Zweitmeinungs-Praxis" darstellt, die ihren Klientinnen mit der Vermittlung von Handlungswissen und Handlungsempfehlungen in medizinischer und psychosozialer Hinsicht eine wesentliche Hilfestellung für so genannte "informierte" Entscheidungsfindungen im Umgang mit ihren gesundheitlichen Problemen bietet.

Dabei war auch zu evaluieren, inwieweit die Art und Weise der spezifischen medizinischen und psychosozialen Kommunikation im SOA geeignet ist, dass die Klientinnen ihre gesundheitlichen Probleme in frauengerechter Weise im Zusammenhang ihrer Biografie und Lebensumstände in der Beratung thematisieren können.

Weiter war zu evaluieren, inwieweit sich Klientinnen auf der Grundlage der von der SOA erarbeiteten (medizinischen) Handlungsempfehlungen für weniger invasive, kostengünstigere und gegebenenfalls auch individuell befriedigendere Alternativen bei Behandlungen, Therapien und Medikation entscheiden können.

Hypothesen

Zentrale Hypothesen der Evaluation von Qualität und Wirksamkeit von Untersuchungen und Beratungen durch die SOA im IZFG waren:

- die Vermittlung von Wissen über medizinische Sachverhalte ist für die Entscheidungsfindung der Klientinnen hilfreich;
- den Klientinnen wird Handlungswissen vermittelt;
- die jeweilige Problemkonstellation liegt nicht allein auf der medizinischen Ebene, sondern schließt psychosoziale Komponenten ein und diese kommen zur Sprache;
- das Beratungsgespräch zeichnet sich durch einen nichthierarchischen Kommunikationsstil aus und
- Fremdentscheidungen werden vermieden.

Diese Hypothesen waren durch die Evaluation wissenschaftlich zu überprüfen.

Forschungsdesign der begleitenden wissenschaftlichen Evaluierung

Methodisches Konzept der Evaluation der SOA waren eine schriftliche Befragung der Klientinnen durch einen Fragebogen mit quantitativen Items und einigen offenen Fragen¹ sowie themenzentrierte Expertinnengespräche, insbesondere mit den Ärztinnen der SOA, zu allen Fragen ihrer SOA-Arbeit sowie zu den Ergebnissen der schriftlichen Klientinnen-Befragung. Es wurden außerdem Krankenakten ausgewertet, ebenfalls Literatur sowohl zu Frauengesundheit (einschließlich Vorträgen und Veröffentlichung zur Arbeit der SOA) als auch zu Konzepten der so genannten "informierten bzw. geteilten Entscheidung" (Klemperer 2003).

Die Befragung wurde in drei Wellen jeweils postalisch nach dem Besuch der SOA durchgeführt. Klientinnen, die auf die schriftliche Befragung nicht reagierten, erhielten einmalig ein Erinnerungsschreiben mit einem neuen Fragebogen.

Die zentralen Hypothesen waren auf der Basis des Konzeptes bzw. der Zielsetzung der medizinischen Arbeit der SOA interdisziplinär von Sozialwissenschaftlerinnen und Medizinerinnen ermittelt worden. Sie wurden zu Aussagen (Items) für den Fragebogen für die Klientinnen weiterentwickelt, damit die medizinischen und psychosozialen Zielsetzungen und Aufgaben der SOA evaluiert werden konnten mit den Möglichkeiten der statistischen Analyse. Mit Hilfe der Items des Fragebogens wurde messbar gemacht, ob und inwieweit die Zielsetzungen und Aufgaben der Arbeit der SOA von den Klientinnen bestätigt wurden. Eine signifikante Zustimmung oder Ablehnung bestätigt oder falsifiziert Hypothesen und damit die Zielerreichung durch die SOA. Mit den themenzentrierten Expertinnengesprächen mit den Ärztinnen der SOA konnten die statistischen Ergebnisse nicht nur sozialwissenschaftlich sondern auch medizinisch evaluiert werden.

¹ Der Originalfragebogen findet sich im Anhang

Ursprünglich war vorgesehen, die Klientinnen direkt im Anschluss an die SOA-Beratung zu befragen. Ein Pretest zu diesem Zeitpunkt zur Überprüfung der Items ergab aber, dass die Klientinnen unmittelbar nach der SOA-Beratung mit der emotionalen Verarbeitung der Beratungsergebnisse intensiv beschäftigt waren. Zudem hatten sie zu diesem Zeitpunkt bereits viel Zeit im IZFG verbracht und sahen einer oft recht langen Heimreise entgegen. Das Vorhaben, die Klientinnen direkt nach der Beratung zu befragen, wurde daher aufgegeben. Stattdessen wurde das Design der postalischen Befragung erarbeitet.

Bis zum Beginn der Befragung hatten ca. 400 Klientinnen die SOA aufgesucht. Aus dieser Grundgesamtheit wurden Klientinnen mit dem Evaluations-Fragebogen schriftlich befragt. Er wurde Ende November 2002 an alle Klientinnen versandt, die in den letzten 6 Monaten einen Termin in der SOA wahrgenommen hatten. Auf eine Befragung von Patientinnen, deren Besuch länger als ein halbes Jahr zurücklag, wurde dabei verzichtet. Patientinnen, die nicht reagierten, wurden erneut mit Fragebogen angeschrieben. Nach dem Erinnerungsschreiben lag der Rücklauf bei 80%.

Im Mai 2003 wurde eine zweite Welle Fragebögen verschickt, allerdings nur an Erstpatientinnen. Eine dritte Befragungs-Welle wurde im November 2003 versandt. Nach ihrem Abschluss lag der Rücklauf weiterhin überdurchschnittlich hoch bei 78%. Zugleich war mit 103 Teilnehmerinnen die vorgesehene Fallzahl von 100 überschritten. Deshalb wurde die Befragung im April 2004 vorerst abgeschlossen.

Befragungsbereiche

Die schriftliche Befragung der Klientinnen gliederte sich in fünf Bereiche:

- im Bereich **Zugang und Gründe für die Inanspruchnahme** wurden die Klientinnen danach befragt, wie und weshalb sie auf die SOA aufmerksam geworden waren;
- im Bereich **Handlungswissen und Handlungsempfehlungen der SOA** ging es darum, ob Handlungswissen und (alternative) Handlungsempfehlungen vermittelt worden waren, die den Klientinnen eine "informierte" Entscheidungsfindung mit Bezug zu ihren Lebensumständen möglich machten;
- im Bereich **Umsetzung von Handlungsempfehlungen** ging es darum, wie die Klientinnen die Handlungsempfehlungen der SOA aufgenommen hatten und wie sie sie umsetzen wollten bzw. ggf. umgesetzt hatten;
- im Bereich **Stellenwert der Arbeit der SOA und Zufriedenheit damit** wurden die Klientinnen danach befragt, welchen Stellenwert sie der Arbeit der SOA gaben, wie sie mit den Informationen und Empfehlungen umgingen, wie zufrieden sie damit waren.
- im Bereich **soziodemografische Merkmale der Klientinnen** wurden persönliche Angaben erhoben, zu Alter, Familienstatus, Kindern bzw. zu pflegenden Angehörigen sowie zum Bildungs- und Erwerbsstatus.

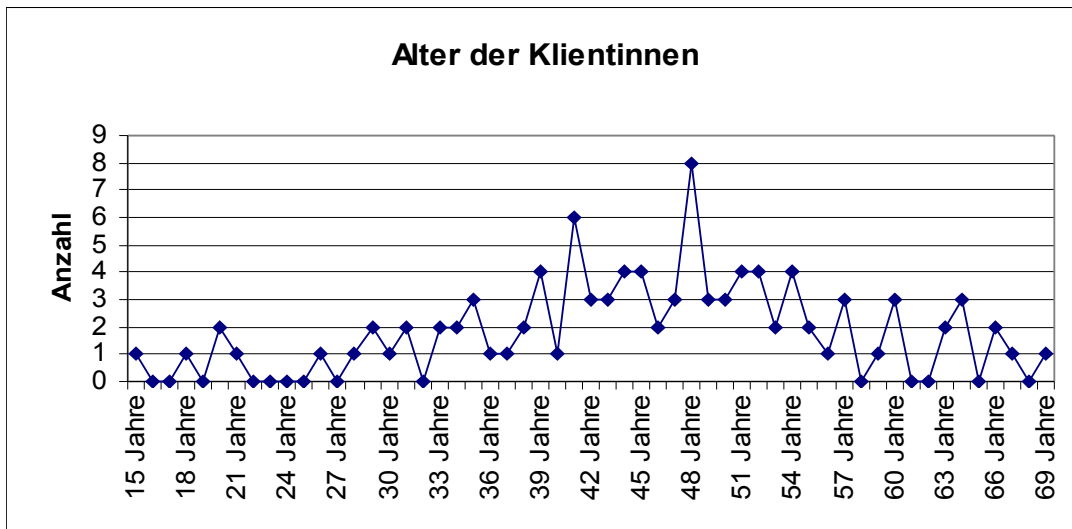
Ergebnisse der Befragung

Die Klientinnen

Die insgesamt 103 Klientinnen, die den Fragebogen ausgefüllt zurückgeschickt haben (N = 103), werden im Folgenden von den erhobenen sozio-demografischen Merkmalen her charakterisiert. Damit wird verdeutlicht, welche Frauen die SOA aufgesucht haben.

Alter der Klientinnen

Grafik 1 Alter der Klientinnen



Das Alter der Frauen, die die SOA in Anspruch nahmen, variierte zwischen 15 und 69 Jahren. Im Falle der fünfzehnjährigen Klientin handelte es sich um die Tochter einer langjährigen Patientin.

Die Grafik 1 veranschaulicht, dass bei gynäkologischen Problemen ein Bedarf an einer Zweitmeinung bei Frauen jeden Alters besteht. Ein leicht erhöhter Bedarf findet sich in der Lebensphase des Klimakteriums. Manche Störungen wie Myome treten zu dieser Zeit verstärkt auf. Aktuell führte die Diskussion zur Hormontherapie ebenfalls in dieser Altersphase zu vermehrten Anfragen.

Bildungsstatus der Klientinnen

Tabelle 1 Bildungsabschlüsse

	IZFG	Gesamt-Deutschland ²
Kein Abschluss/in Ausbildung	1,0%	7,3%
Hauptschulabschluss	11,9%	47,2%
mittl. Bildungsabschluss	29,7%	28,4%
höherer Abschluss	<u>57,4%</u>	<u>17,1%</u>
	100,0%	100,0%

Wie die Tabelle 1 zeigt, sind Frauen mit höheren Bildungsabschlüssen überproportional häufiger Klientinnen der SOA. Der Vergleich mit der gesellschaftlichen Normalverteilung zeigt weiter, dass Frauen ohne Abschluss, in

² Quelle: Statistisches Bundesamt, Bildung im Zahlenspiegel 2002, Frauen ab 15 Jahren für Gesamt Deutschland, N=36057000.

Ausbildung sowie mit Hauptschulabschluss überproportional seltener Klientinnen der SOA sind.

Nahezu Gleichverteilung besteht hingegen bei den mittleren Bildungsabschlüssen, dem Realschulabschluss in den alten Bundesländern bzw. dem entsprechenden Abschluss der Polytechnischen Oberschule zu DDR-Zeiten in den neuen Bundesländern.

Die Klientinnen mit so genannten "höheren Bildungsabschlüssen", 57,4% aller befragten Frauen nach Tabelle 1, verfügen zudem überwiegend über einen Fachhochschul- bzw. Universitätsabschluss. Dies zeigt Tabelle 2:

Tabelle 2 Hochschulreife und Hochschulabschlüsse

	IZFG
Fachhochschulreife	8,9%
Abitur	7,9%
Fachhochschulabschluss	14,9%
Universitätsabschluss	<u>25,7%</u>
	57,4%

Mithin hatten etwas mehr als ein Viertel der befragten Klientinnen (25,7%) einen Universitätsabschluss. Wenn noch der Fachhochschulabschluss (14,9%) berücksichtigt wird, verfügten rund 40% der Befragten insgesamt über einen Hochschulabschluss.

Es handelt sich also bei der Gruppe der befragten Klientinnen überwiegend um Frauen mit mittlerem Bildungsabschluss bzw. Hochschulreife, die überproportional häufiger auch über Hochschulabschlüsse verfügten. Sie stellen keine dem Durchschnitt der weiblichen Bevölkerung entsprechende Gruppe dar.

Diese überwiegend qualifiziert ausgebildeten Frauen zeigten mit der Inanspruchnahme der SOA ein hohes Interesse an der Klärung ihrer gesundheitlichen Probleme.

Erwerbsstatus der Klientinnen

Die Klientinnen waren zum Zeitpunkt der Befragung überwiegend erwerbstätig, wie Tabelle 3 zeigt.

Zu berücksichtigen ist dabei allerdings, dass nur der Erwerbsstatus selbst erhoben worden ist, nicht jedoch auch die jeweils ausgeübte Erwerbstätigkeit der Klientinnen.

Tabelle 3 Erwerbsstatus der Klientinnen

in Ausbildung	6,8%
Hausfrau	12,6%
selbständig	11,7%
Arbeitnehmerin	51,5%
erwerbslos	7,8%
Rentnerin	9,7%
	<hr/>
	100,0%

Familienstatus der Klientinnen

Die Angaben zum Familienstatus der Klientinnen (Tabelle 4) zeigen im Vergleich zur weiblichen Gesamt-Bevölkerung³, dass verheiratete Frauen überrepräsentiert sind. Demgegenüber sind ledige und verwitwete Frauen unterrepräsentiert.

Tabelle 4 Familienstatus

	IZFG	Gesamt Deutschland ⁴
ledig	28,2%	35,8%
verheiratet	57,3%	45,6%
geschieden	10,7%	6,1%
verwitwet	3,9%	12,5%
	<hr/>	
	100,0%	100,0%

Etwa ein Viertel (26,7%) der Befragten lebte zum Zeitpunkt der Befragung allein. Ein Viertel der Klientinnen lebte mit Kindern unter 18 Jahren zusammen. 12% der Klientinnen trugen Verantwortung für eine pflegebedürftige Person.

Die Daten zum Familienstatus lassen keine Aussagen darüber zu, inwieweit Klientinnen durch ihre Familiensituation (z.B. durch Verantwortung für Pflege) gesundheitlich belastet waren bzw. auf partnerschaftliche / familiäre Unterstützung bei der Bewältigung ihrer gesundheitlichen Probleme zurückgreifen konnten.

Kostenübernahme und Zugang zur SOA

Nur rund 20% der Klientinnen haben die Beratung durch die SOA über eine private Krankenversicherung finanziert. Vier Fünftel der Klientinnen hatten als so genannte "Kassenpatientinnen" für die Kosten der SOA privat aufzukommen, da die gesetzlichen Krankenkassen bzw. die Ersatzkassen die entstehenden Kosten nicht bzw. nur teilweise übernehmen, während sie von privaten Kassen voll erstattet werden.

³ Die weibliche Gesamtbevölkerung umfasst eine weitere gefächerte Altersgruppe als die untersuchte Patientinnengruppe.

⁴ Quelle: Statistisches Bundesamt, Jahrbuch 2002, weibliche Bevölkerung am 31.12.1999

Da bei den Klientinnen der SOA im IZFG Frauen unterhalb eines mittleren Bildungsabschlusses ebenso unterrepräsentiert sind wie ledige und verwitwete Frauen, steht daher zu vermuten, dass diese Frauen als Kassenpatientinnen das Angebot der SOA nicht oder nur bedingt nutzen konnten, weil sie es nicht selbst finanzieren können.

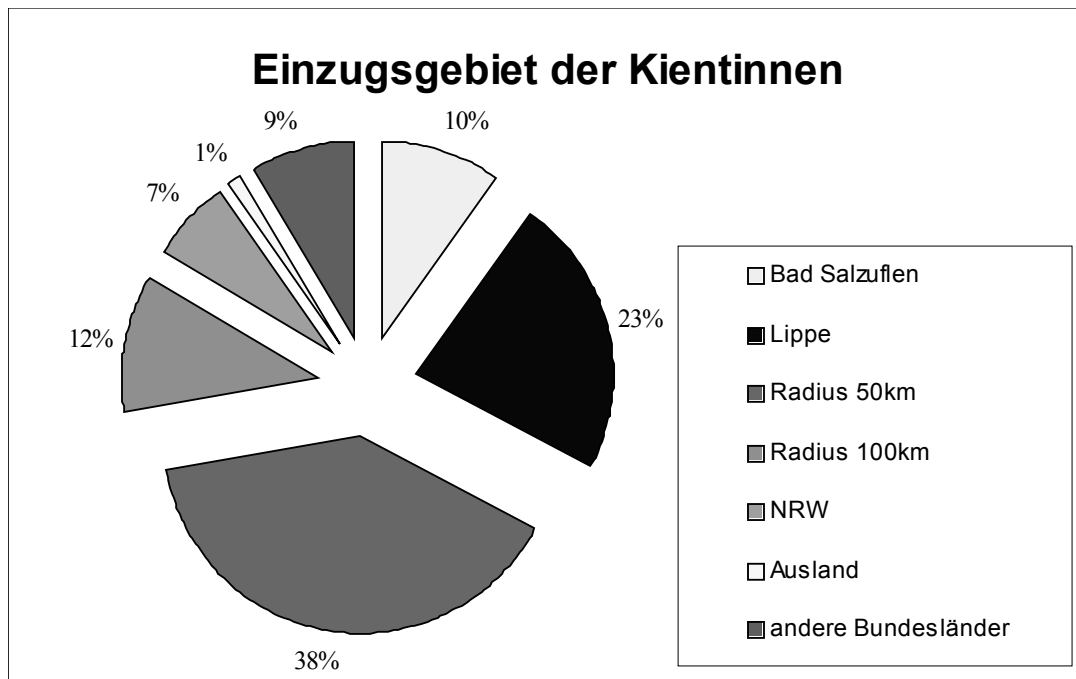
Die Kosten werden vorerst eher von Klientinnen getragen, die qualifiziert ausgebildet bzw. qualifiziert erwerbstätig sind und/oder mit einem qualifiziert erwerbstätigen Ehemann/Partner zusammenleben. Die soziodemografische Zusammensetzung der Teilnehmerinnen an der Befragung verweist daher darauf, dass für Kassenpatientinnen zu ihren gesundheitlichen Problemen, die einer Klärung und Entscheidungsfindung bedürfen, das Kostenproblem hinzu zu kommen scheint. Den Weg zur SOA finden Frauen mit hohem Bildungsniveau eher, weil sie auch eher in der finanziellen Situation sind, die Kosten dafür privat übernehmen zu können.

Es ist anzunehmen, dass gynäkologische Erkrankungen über alle Bildungsschichten hinweg von Bedeutung sind. Daher lässt sich hier als ein Ergebnis festhalten, dass Frauen mit niedrigerem Bildungsstatus aufgrund ihrer über ihn vermittelten Einkommenssituation das Angebot der SOA zur Zeit der Befragung weniger zugänglich war.

Zugänge zur SOA und Gründe für die Inanspruchnahme der SOA

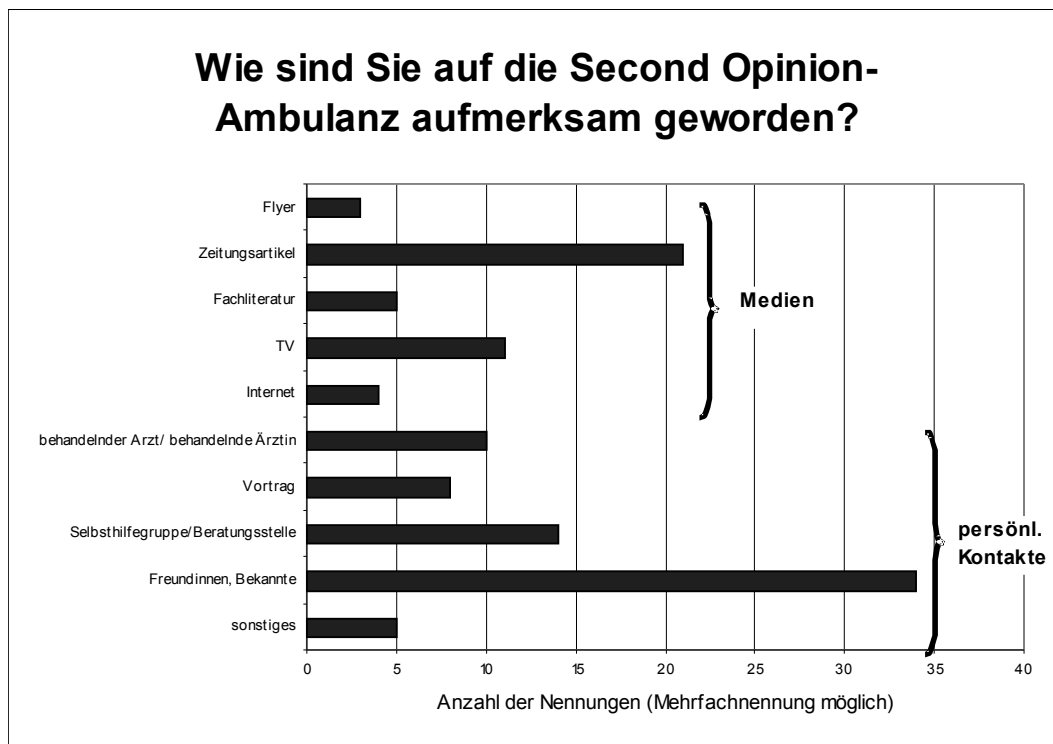
Grafik 2 gibt einen Überblick dazu, woher die Klientinnen der SOA kommen. Deutlich wird, dass etwas mehr als Zweidrittel aus der Region d.h. aus einem Umkreis von bis zu 50 km kommen. 33% von ihnen leben in der nächsten Umgebung (Bad Salzuflen / Lippe) und insgesamt 38% im Umkreis von bis zu 50 km Entfernung. 12% kommen hingegen aus einem "Pendelgebiet" im Umkreis von bis zu 100 km bzw. aus dem Bundesland Nordrhein-Westfalen. Weitere 17% kommen z.T. von weither, auch aus weiteren Bundesländern, im Einzelfall sogar aus dem Ausland.

Grafik 2 Einzugsgebiet der Klientinnen



Die Zusammensetzung zeigt, dass viele Klientinnen auch aus der näheren Umgebung einen, wie weitere Daten belegen, dringlichen Beratungsbedarf haben, der sie die SOA aufsuchen lässt. Klientinnen, die von weiter her zur SOA kommen, bestätigen mit ihrem Kommen zugleich die überregionale Bekanntheit der SOA und damit die vielfältige und erfolgreiche Öffentlichkeitsarbeit des IZFG für die SOA, wie sie aus Grafik 3 ersichtlich wird.

Grafik 3 Aufmerksamkeit für die SOA



Wie die Grafik 3 zeigt, sind die Zugänge zur SOA einerseits vielfältig, andererseits entfallen sie bei genauerer Analyse auf zwei hauptsächliche Zugangsbereiche. Das

sind auf der einen Seite persönliche Kontakte und Empfehlungen (60%) und auf der anderen Seite verschiedene Medien (35%). Es bleibt ein Rest von 5%, der u.a. auch auf berufliche Kontakte im weitesten Sinne zurückgeht. An erster Stelle steht der Zugang über direkte persönliche Kontakte, Freundinnen / Bekannte (35%) bzw. die eigene Ärztin /Arzt (10%). Es können noch die 8% dazu gezählt werden, die durch ein Seminar / einen Vortrag auf die Arbeit der SOA aufmerksam geworden waren, ebenso 15% Frauen, die in Selbsthilfegruppen oder Beratungsstellen auf die SOA hingewiesen wurden, weil auch hier der Zugang durch einen direkten persönlichen Kontakt vermittelt wurde. Aber auch verschiedene Medien haben für den Zugang zur SOA Bedeutung, wenn die Nennungen von 20% für Zeitungsartikel, 11% für Funk und Fernsehen mit z.B. Reportagen und Fernsehsendungen, 4% für Internet sowie 3% für den Flyer zusammengerechnet werden. Damit haben 37% der Klientinnen angegeben, auf diese Weise von der Arbeit der SOA erfahren zu haben. Weiter werden noch Fachbücher mit 4% sowie das Frauenbranchenbuch mit 1% genannt.

Diese Prozentwerte erklären, dass die SOA sowohl aus Bad Salzuflen und der näheren Umgebung als auch von weither in Anspruch genommen wird, bis hin zu Frauen, die wegen einer Zweitmeinung zu ihren gesundheitlichen Problemen aus anderen Bundesländern oder sogar aus dem Ausland angereist waren.

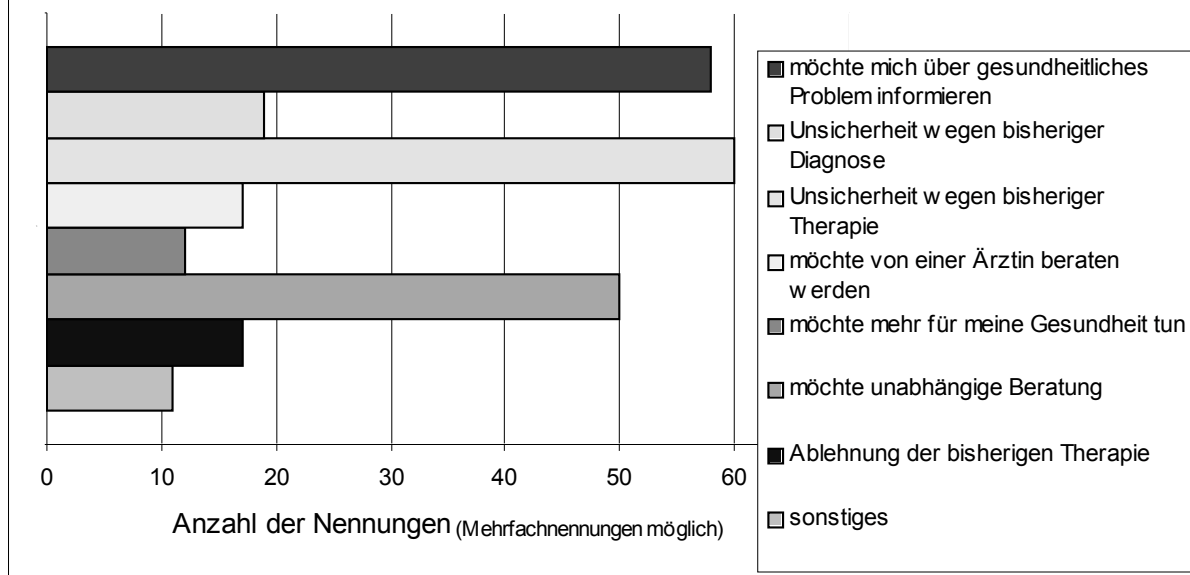
Aus Seitengesprächen mit den Klientinnen ergab sich den Expertinnengesprächen zufolge zudem, dass sich Bad Salzuflen auch über das Angebot der SOA hinaus aus weiteren Gründen als attraktiv für Frauen mit gesundheitlichen Einschränkungen erwiesen hatte. So nannten Klientinnen die vorhandene medizinische Kompetenz und hier speziell die gynäkologische Rehabilitation sowie die Frauengesundheitsangebote wie z.B. die Frauenbewegungskuren des IZFG. Als reizvoll empfanden sie in Bad Salzuflen ebenfalls die insbesondere im Sommer für das Innenstadtklima sehr positiven Salinen, den Kurpark und das ungewöhnlich vielfältige Badeangebot des "Vitasol". Positiv waren weiter die fußläufige Erreichbarkeit nahezu sämtlicher Kurangebote bzw. das Stadtbus-Angebot, was ihnen Mobilität auch unabhängig von einer Autonutzung gewährleistete. Ein weiterer wichtiger Punkt war zudem, dass ihrem Sicherheitsgefühl als alleinreisenden Frauen die Atmosphäre einer kleineren Stadt mit Angeboten wie z.B. Familienpensionen entgegenkam.

Die Anliegen der Klientinnen

Grafik 4 gibt einen Einblick in die Anliegen, mit denen die Klientinnen zur SOA gekommen sind.

Grafik 4 Anliegen der Klientinnen

"Warum haben Sie sich entschlossen, die SOA zu besuchen, also eine zweite Meinung einzuholen?"



Die Grafik zeigt, dass die Klientinnen eine zweite Meinung einholen, weil sie über ein bestimmtes gesundheitliches Problem (56,3%) mehr Informationen erwarten, genauere und ausführlichere Erklärungen suchen bis hin zu einer neuen Sicht ihres gesundheitlichen Problems. Die Klientinnen gaben Unsicherheit mit einer bestimmten Diagnose (18,4%) bzw. wegen einer vorgeschlagenen Therapie (58,3 %) an. 16,5% lehnten die bisher vorgeschlagene Therapie ab.

Durch die SOA-Beratung erhofften sich die Klientinnen mehr Sicherheit und einen Orientierungsrahmen für die bei ihnen anstehenden Entscheidungen. Dabei war ihnen in 48,5% eine unabhängige Beratung wichtig. Ausdrücklich von einer Ärztin beraten sein wollten 16,5% der Klientinnen.

Ein großer Teil der Klientinnen in der SOA des IZFG suchte "einen kompetenten Ratgeber in Spezialproblemen" (Äußerung einer Klientin).

11,7% der Klientinnen wollten allgemein mehr für ihre Gesundheit tun. Sie sehen sich damit ganzheitlich, nicht rein symptomorientiert.

3% der Klientinnen suchten eine persönliche Alternative zu ihren behandelnden Ärztinnen und Ärzten bzw. 10,7% nannten weitere spezifische Gründe. Sie gaben aus ihrer jeweiligen persönlichen Situation heraus z.B. an, dass ein "Verdacht verifiziert" werden sollte; dass sie sich von ihren behandelnden Ärztinnen und Ärzten "allein gelassen" fühlten bzw. dass diese "keine Erfahrung" z.B. mit Endometriose oder mit Depression nach einer Gebärmutter-Operation hatten.

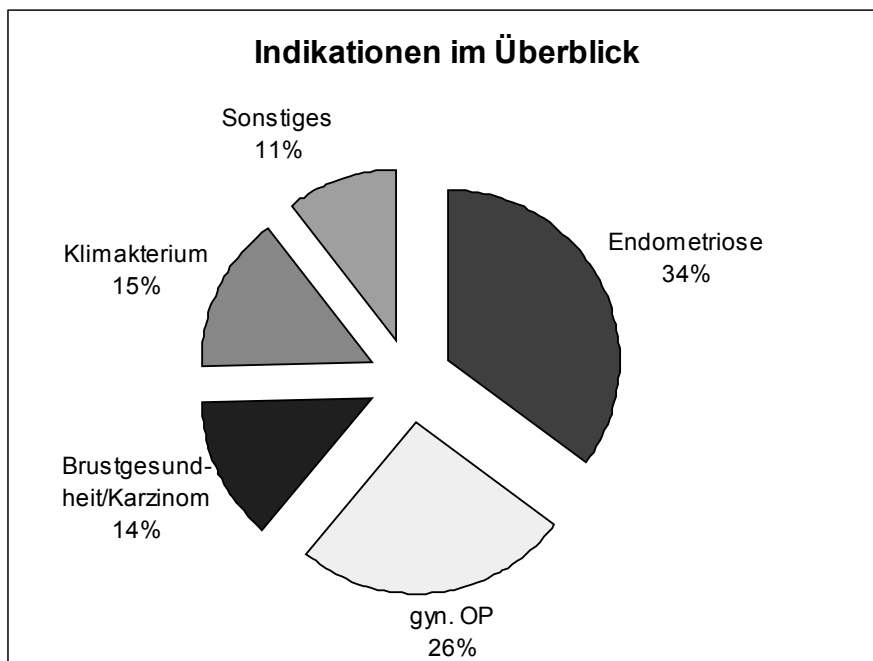
Andere wollten nicht "grob und grenzüberschreitend" behandelt werden oder wollten wissen, ob sie auch "keine Therapie" machen könnten.

Bisherige gesundheitliche Probleme der Klientinnen

Eine zweite medizinische Meinung wird von den Klientinnen der SOA überwiegend bei den folgenden Indikationen gesucht (nach Akteneinsicht ermittelt):

- Endometriose (34%),
- hinsichtlich gynäkologischer (geplanter oder stattgefundener) Operationen (26%),
- bei Erkrankungen im Bereich Brustgesundheit / Mamakarzinom (14%) und
- bei 15% der Klientinnen hinsichtlich Wechseljahresbeschwerden.

Grafik 5 Indikationen im Überblick

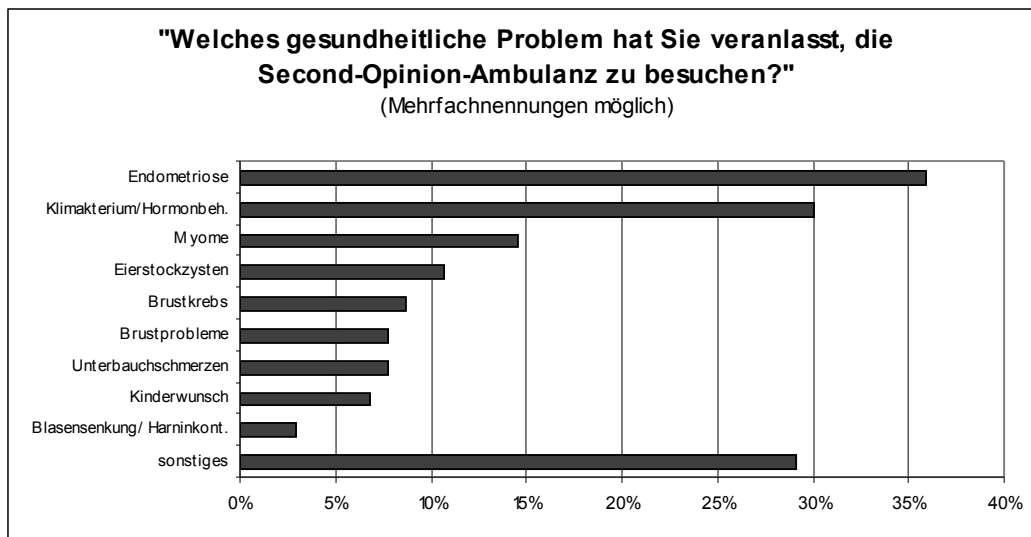


Die Ergebnisse der Befragung zeigten darüber hinaus, dass in der Wahrnehmung der Klientinnen die gesundheitlichen Probleme mehrschichtig sind. Beispielsweise ist Endometriose oft mit (unerfüllten) Kinderwunsch und Unterbauchschmerzen verknüpft.

Blasensenkung / Harninkontinenz sind eine Fragestellung für eine gynäkologischen Operation bzw. entstehen in Folge eines Eingriffs.

Auf die Frage „Welches gesundheitliche Problem hat Sie veranlasst, die Second-Opinion-Ambulanz zu besuchen?“ (Grafik 6) waren darum „Mehrfachantworten“ möglich:

Grafik 6 Anlass für das Aufsuchen der SOA



Wie Grafik 6 deutlich macht, betreffen die von den Klientinnen selbst im Fragebogen benannten gesundheitlichen Probleme im einzelnen vorrangig bestimmte Erkrankungen bzw. Syndrome wie Endometriose (35,9%), klimakterische Beschwerden und Fragen zu Hormonbehandlungen (30,1%). Hormontherapie ist dabei relativ hoch angegeben, weil sie sowohl von den Ratsuchenden mit Endometriose als auch in Zusammenhang mit Wechseljahren angegeben werden konnte.

Es folgen Myome (14,6%) und Eierstockzysten (10,7%) zumeist mit der Frage nach einer Operationsindikation. Bei Brustkrebs (8,7%) handelte es sich um Fragen der optimalen Therapie und Komplementärtherapien. Weitere Brustprobleme (7,8%) waren z.B. Mastopathie und Kapselbibrosen bei Implantaten.

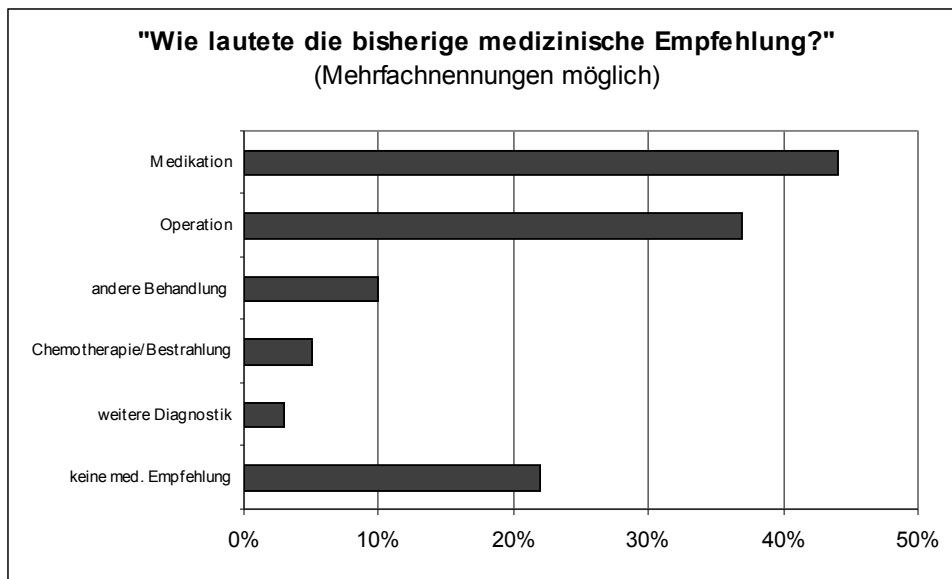
Unterbauchschmerzen benannten 7,8%, Kinderwunsch 6,8% sowie Blasensenkung / Harninkontinenz 2,9% der Klientinnen.

29,1% der Klientinnen gaben andere gesundheitliche Probleme an, die z.T. weit streuen. An den Einzelnennungen zeigt sich, dass in der SOA über die Gynäkologie hinausgehende gesundheitliche Probleme in Zusammenhang mit gynäkologischen Fragestellungen thematisiert werden. An gesundheitlichen Einzelfragen wurden z.B. genannt: seelische Probleme / Depressionen, Bluthochdruck in Zusammenhang mit Hormontherapie, Migräne, somatische Veränderungen, genetisch bedingte Stoffwechselerkrankung, ständig wiederkehrende Pilzinfektionen.

Bisherige medizinische Empfehlungen (Erstmeinung)

Das breite Spektrum der in der SOA thematisierten Fragen wird auch aus Grafik 7 ersichtlich:

Grafik 7 Bisherige medizinische Empfehlungen



Fragen zur Medikation standen mit 43,7% an erster Stelle, dicht gefolgt von Fragen zu Operationen mit 36,9%. Bei 9,7% der Klientinnen war die Frage einer anderen Behandlung abzuklären, bei 4,9% ging es um die Frage von Chemotherapie / Bestrahlung. Weitere Diagnostik wünschten 2,9% der Klientinnen.

22,3% der Klientinnen gaben an, "ohne medizinische Empfehlung" zu kommen. Bei ihnen ist davon ausgegangen worden, dass ein medizinisches Problem vorlag, zu dem es nach Bewertung der Klientin bisher keine ausdrückliche (oder befriedigende) Empfehlung gab.

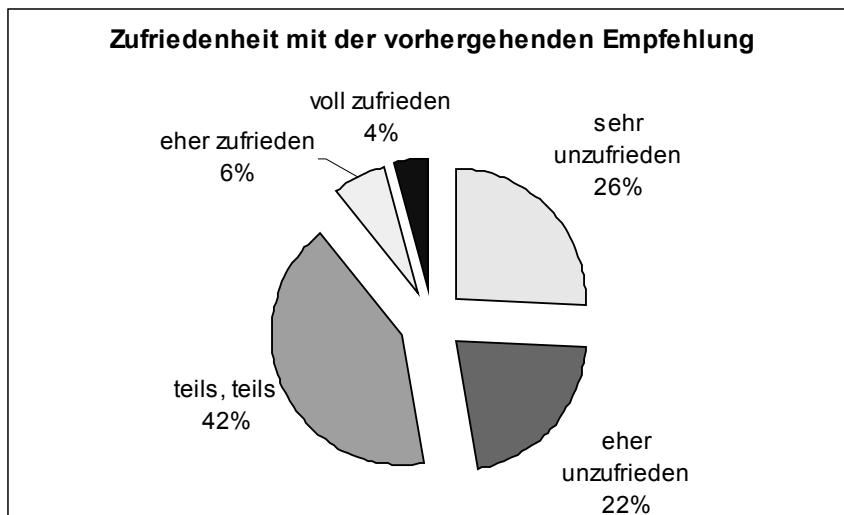
Bei den Operationsempfehlungen standen an erster Stelle die Entfernung der Gebärmutter (mindestens 23,8%) und Myom-Operationen, gefolgt von Operationen zur Entfernung von Endometrioseherden und Adhäsionen, Eingriffe an den Eierstöcken (z.B. Zystenentfernung), Entfernung von Implantaten, ferner Bauchspiegelungen. Brustoperationen spielten dabei fast keine Rolle (1%).

Die empfohlenen Medikamente bezogen sich vorrangig auf Hormonbehandlungen und dabei ganz überwiegend auf die beiden großen Gruppen Endometriose und klimakterische Beschwerden mit mindestens 21,8%.

Bei "anderen Behandlungen", zu denen eine Zweitmeinung eingeholt wurde, wurden ebenfalls Fragen der Pilleneinnahme bzw. Hormontherapie angegeben; sie galten aber auch der Suche nach alternativen Problemlösungen, um sich nicht mit gesundheitlichen Problemen bzw. Kinderlosigkeit wie zuvor abfinden zu müssen.

Zufriedenheit mit den vorherigen Empfehlungen

Grafik 8 Zufriedenheit mit der vorhergehenden Empfehlung



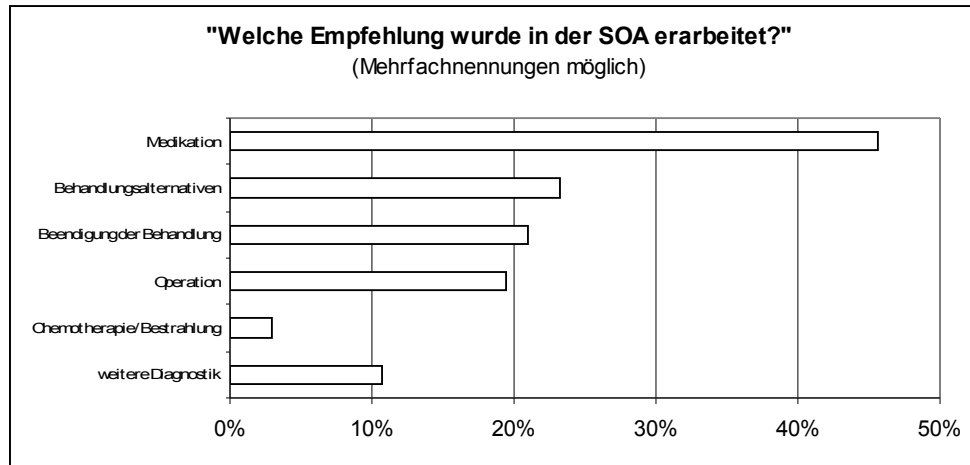
Die Daten zur Zufriedenheit mit der vorhergehenden Empfehlung (Erstmeinung) verdeutlichen nach Grafik 8 den erheblichen Bedarf an Information und kompetenter Beratung, mit dem die Klientinnen in die SOA gekommen sind. Darüber hinaus lassen sie auch auf die Dringlichkeit der Anliegen der Klientinnen bzw. auf einen erheblichen Leidensdruck schließen, dies insbesondere vor dem Hintergrund der vorherigen Empfehlungen, zu denen sie eine Zweitmeinung einholten.

Voll zufrieden (3,9%) bzw. eher zufrieden (5,8%) mit den vorherigen Empfehlungen waren insgesamt knapp 10% der Klientinnen. Hingegen bezeichneten sich 23,3% als sehr unzufrieden und 29,4% als eher unzufrieden damit. Das war über die Hälfte der Klientinnen. Hinzu kommen noch 37,9%, die von sich sagen, dass sie teils zufrieden, teils unzufrieden sind. Damit geben insgesamt 90% der Klientinnen an, dass sie mit den vorherigen Empfehlungen teils unzufrieden bis ausgesprochenen unzufrieden waren, gegenüber nur 10% der Klientinnen, für die Momente von Unzufriedenheit keinerlei Rolle spielten.

Von daher lässt sich bereits vermuten, dass ein sehr hohes Ausmaß an Unzufriedenheit mit den jeweiligen medizinischen Erstmeinungen, aus welchen Gründen im einzelnen auch immer, die Klientinnen mitbewogen hat, das Angebot der SOA im IZFG in Anspruch zu nehmen.

Informationen und Handlungsempfehlungen der SOA

Im Mittelpunkt der Arbeit der SOA stehen die Handlungsempfehlungen, die in der SOA auf der Grundlage einer medizinischen und psychosozialen Beratung und Diagnose frauengerecht erarbeitet werden. Dabei kann die Arbeit der SOA an den Befunden und Fragestellungen anknüpfen, wie sie von den Klientinnen in die Beratung mitgebracht wurden. Auch bei den 22,3% der Klientinnen, die "ohne medizinische Empfehlungen" gekommen waren, lagen bei Nachfrage Vorerfahrungen und meist auch Vorbefunde vor.



Grafik 9 Empfehlungen der SOA

Grafik 9 bestätigt den hohen Stellenwert der Medikation (45,6%) für die Klientinnen und in der Arbeit der SOA. Sie verweist zugleich auch auf die Bedeutung der Beratung durch die SOA wegen Behandlungsalternativen (23,3%) bzw. Beendigung einer Behandlung (20,4%), wegen einer Operation (19,4%), Chemotherapie / Bestrahlung (2,9%) sowie wegen weiterer Diagnostik (10,7%).

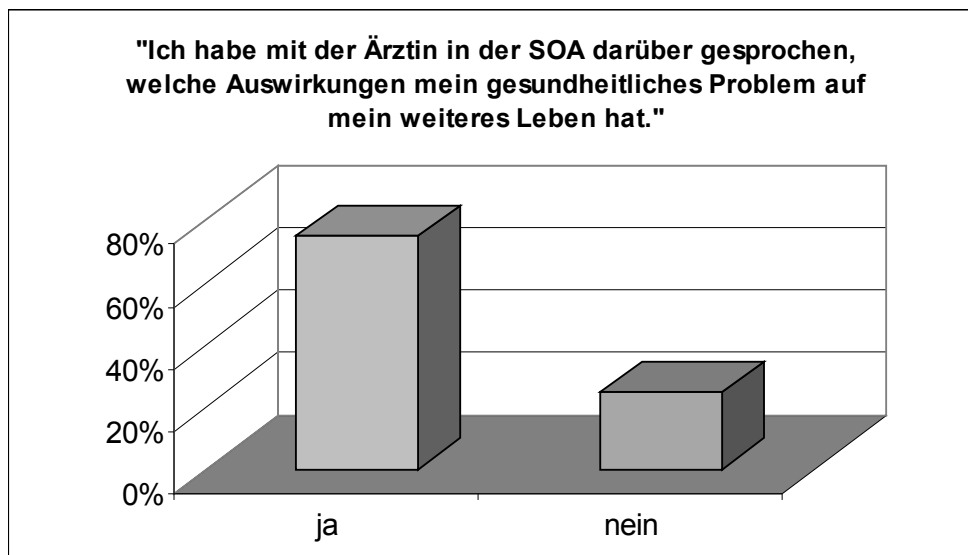
17,8% der Klientinnen sagten in diesem Zusammenhang auch aus, dass sie von der SOA zur weiteren Diagnostik an eine Spezialistin bzw. einen Spezialisten verwiesen wurden. Unter diese Kategorie fallen Klientinnen, bei denen die OP-Indikation bestätigt wurde, wie z.B. eine Bauchspiegelung bei Verdacht auf Endometriose, ebenfalls Klientinnen, die für eine differenzierte Diagnose eine spezialisierte Einrichtung aufsuchen wollten sowie Klientinnen mit einem auffälligen Befund am Eierstock, bei denen eine differenzierte Spezial-Ultraschalluntersuchung erforderlich schien, die ggf. einen weitergehenden operativen Eingriff erspart.

Dem psychosozialen aber auch medizinischen Ansatz der SOA entspricht, dass die Lebensumstände der Klientinnen thematisiert werden können. Dazu bestätigten 45,5% der Klientinnen, dass sie mit der Ärztin über persönliche Probleme sprachen. 54,5% verneinten dies. 44,4% der Klientinnen äußerten, dass sie das Ansprechen persönlicher Probleme als hilfreich empfunden haben gegenüber 55,6%, die dies verneinten. 44,4% sagten auch, dass für sie der Zusammenhang zwischen persönlichen Problemen und dem gesundheitlichen Problem in der SOA zum ersten Mal zur Sprache gekommen war. Von 55,6% wurde dies verneint.

Häufige persönliche Probleme, die benannt wurden, betrafen Partnerschaft und Sexualität, depressive Stimmungen und Erschöpfungszustände sowie das Gefühl,

als Frau versagt zu haben. Benannt wurden auch Probleme am Arbeitsplatz, Überforderungssituationen und mangelnde Unterstützung im sozialen Umfeld. Diese Prozentwerte zeigen, dass es fast der Hälfte der Klientinnen ein Anliegen bzw. möglich war, ihr gesundheitliches Problem mit ihren Lebensverhältnissen ausdrücklich zu verknüpfen. Die Prozentwerte machen allerdings auch deutlich, dass das medizinisch-gesundheitliche Problem bei 47,5% der Klientinnen völlig im Vordergrund stand. Bei 21,2% der Klientinnen hatten die Informationen zu ihrem gesundheitlichen Problem eher Vorrang, während 21,2% dafür ein teils, teils angaben. 10,1% stimmten dem so nicht zu. Auch diese Prozentwerte verweisen wieder auf die Dringlichkeit, die die Klientinnen ihren gesundheitlichen Anliegen beimessen. Dies wird auch deutlich an der Frage, welche Auswirkungen das gesundheitliche Problem auf das weitere Leben hat. Hier geben 75% an, dass sie mit der Ärztin der SOA darüber gesprochen haben, während dies 25% verneinen.

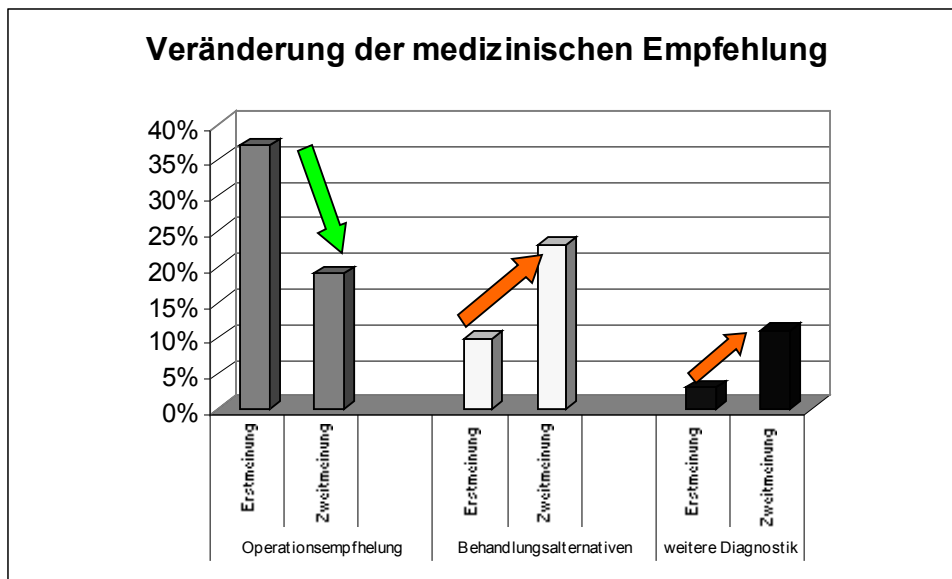
Grafik 10 Auswirkungen des gesundheitlichen Problems



Veränderungen zwischen Erstmeinung und Zweitmeinung (SOA)

Der Vergleich zwischen den vorherigen medizinischen Empfehlungen (Erstmeinung Grafik 7) mit den in der SOA erarbeiteten Empfehlungen (Zweitmeinung Grafik 9) zeigt erhebliche Veränderungen bei den Empfehlungen (Grafik 11): Danach reduzierten sich die Operationsempfehlungen sehr deutlich von 36,9% auf 19,4%. Die Behandlungsalternativen erfuhren eine Steigerung von 9,7% auf 23,3% ebenso wie die weitere Diagnostik von 2,9% auf 10,7%. Deutlich wird auch als genereller Trend: in der SOA weniger invasive medizinische Empfehlungen erarbeitet.

Grafik 11 Vergleich medizinischer Erstmeinung versus medizinischer Zweitmeinung



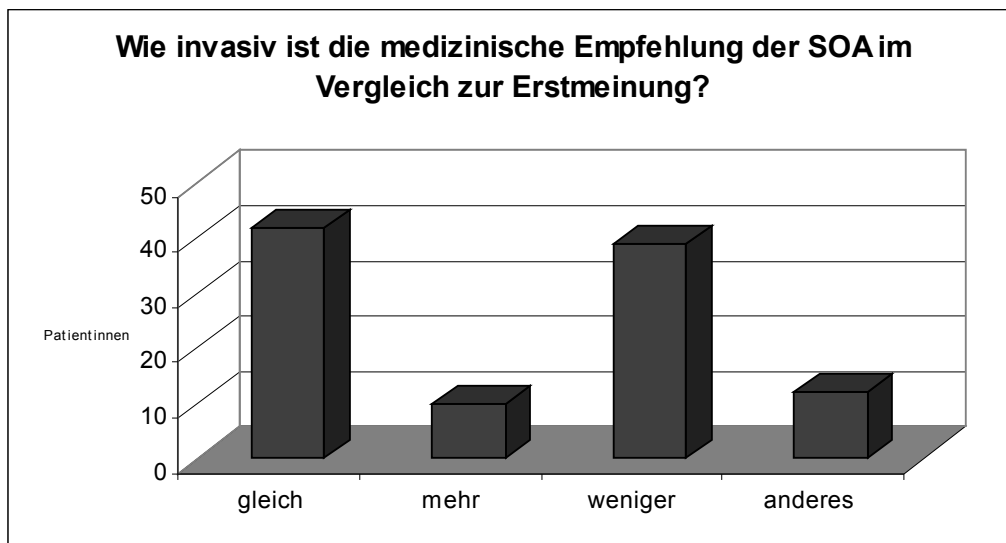
Die deutliche Verschiebung der medizinischen Empfehlung in Richtung auf weniger invasive medizinische Empfehlungen ist durch eine weitere Auswertung geprüft worden:

Hierfür wurde jeder Fall hinsichtlich seines Ausmaßes an Invasion von Erstmeinung zu Zweitmeinung bewertet⁵: Durch eine systematische qualitative Überprüfung der Daten zur Erst- bzw. Zweitmeinung konnten die folgende Kategorien entwickelt werden:

- gleich** = Bestätigung der Erstmeinung
- weniger** = weniger invasiv, z.B. Verzicht auf Operation
- mehr** = eine invasivere Behandlungsart, z.B. mehr oder stärkere Medikamente
- anderes** = eine vollständig andere Behandlungsart, die darum aus medizinischer Sicht nicht als mehr oder weniger invasiv zu bewerten war.

⁵ Die Bewertung des Vergleichs Erstmeinung –Zweitmeinung unterliegt möglicherweise subjektiven Einflüssen. Darum wurde die Bewertung im Team Ärztinnen-Sozialwissenschaftlerinnen ausführlich diskutiert.

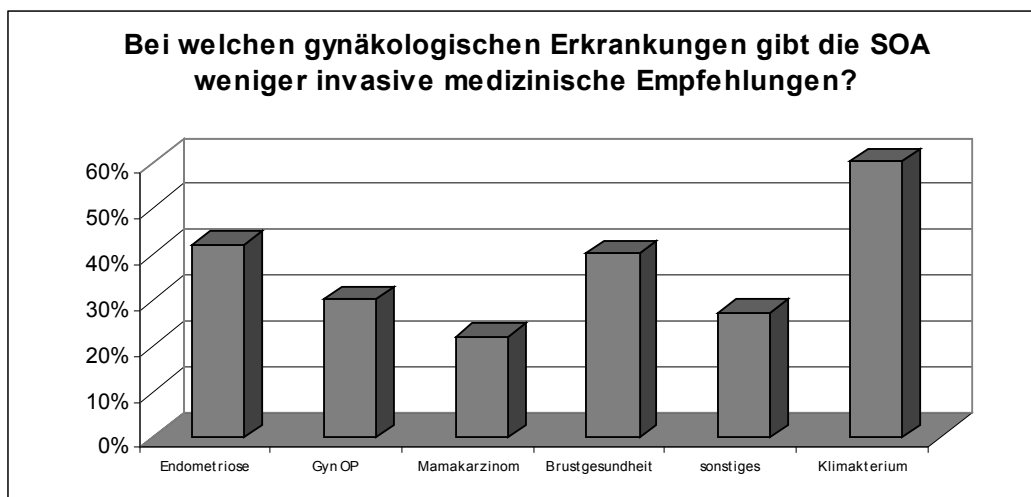
Grafik 12: Invasivität der Zweitmeinung



In 40,8% der Fälle wird mit „gleich“ die medizinische Erstmeinung bestätigt, weitere 9,7% der Klientinnen erhalten mit „mehr“ eine invasivere Empfehlung. Für 37,9% der Klientinnen entwickelte die SOA eine „weniger“ invasive Behandlungsmöglichkeit, dies überwiegend bei der Therapie des klimakterischen Syndroms (60%). "Anderes" bezeichnet eine andere medizinische Empfehlung, etwa eine andere Medikation.

Insgesamt werden, wie Grafik 13 zeigt, in einzelnen Bereichen auch große Unterschiede deutlich.

Grafik 13: Zusammenhang gynäkologische Erkrankung und Invasivität der Zweitmeinung



Je nach medizinischer Indikation ergibt sich ein unterschiedliches Ausmaß an Übereinstimmung bei der medizinischen Erst- bzw. Zweitmeinung. Insbesondere beim klimakterischen Syndrom wurde in 60% aller Fälle der medizinischen Erstmeinung invasiver behandelt. Dies lässt den Schluss zu, dass Frauen mit klimakterischem Syndrom eher überproportional medikamentös (mit Hormonen) behandelt werden. Eine Häufung des Problems in der beginnenden

Menopause hatte Grafik 1 deutlich werden lassen. Demgegenüber ist beim Mamakarzinom mit einer Gleichbewertung in 78% der Fälle eine wesentlich größere Übereinstimmung von Erst- und Zweitmeinung festzustellen. Offenbar besteht bei Tumorerkrankungen ein weitaus größerer medizinischer Konsens als beim klimakterischen Syndrom.

Tabelle 5: Invasivitätsunterschiede nach Indikation

	anderes	gleich	mehr	weniger	Total
Endometriose	13,9%	30,6%	13,9%	41,7%	100%
gynäkol. OP	14,8%	44,4%	11,1%	29,6%	100%
Mamakarzinom	0%	77,8%	0%	22,2%	100%
Brustgesundheit	0%	40,0%	20,0%	40%	100%
Klimakterium	20,0%	20%	0%	60%	100%
Sonstiges	0%	63,6%	9,1%	27,3%	100%

Akzeptanz der eigenen Krankheit bzw. der Entwicklungsphasen des eigenen Körpers (z.B. der Menopause) hängen damit zusammen, wie bei gesundheitlichen Problemen Symptome und Behandlungsalternativen in die eigene Lebensgeschichte integriert werden können. Aufgrund des bereits dargestellten überdurchschnittlich hohen Bildungsstandes der Klientinnen kann davon ausgegangen werden, dass die Gesundheitskompetenzen und der Reflektionsgrad einer Reihe von Klientinnen ebenfalls überdurchschnittlich hoch waren. Sie dürften nach einer Verknüpfung von medizinischer Beratung mit den psychosozialen Aspekten weiblicher Lebensverhältnisse gesucht und in der SOA-Beratung auch gefunden haben, als eine spezifische Qualität hinsichtlich der Berücksichtigung der psychosozialen Aspekte von Frauengesundheit.

Stellenwert der Arbeit der SOA, Umgang und Zufriedenheit damit

Eine Reihe von Fragebogen-Items galten dem Stellenwert der Arbeit der SOA, der Zufriedenheit sowie dem weiteren Umgang damit beim eigenen gesundheitlichen Handeln als Patientin im Gesundheitswesen und als Frau im Rahmen ihrer jeweiligen Lebensverhältnisse.

Eine neue Sichtweise des gesundheitlichen Problems haben durch die Beratung der SOA 11,2% bzw. 4,1% der Klientinnen nicht gewinnen können. Sie konnten dem auch nicht in Form eines teils, teils zustimmen.

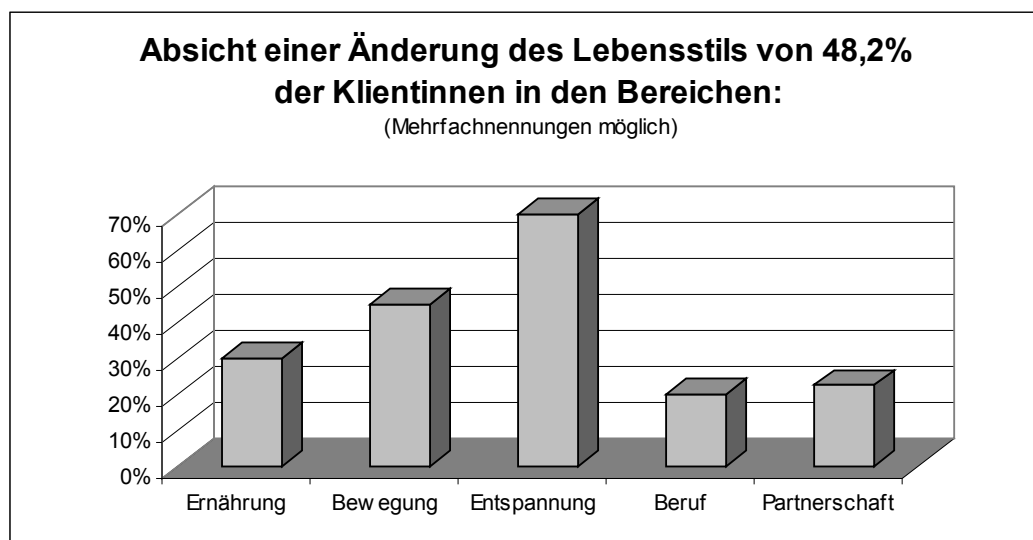
Hingegen stimmten 37,8% der Klientinnen dem voll zu, 25,5% mit eher und 20,4% mit teils, teils. Dies bedeutet, dass es für mehr als ein Drittel der Klientinnen möglich war, ihr gesundheitliches Problem in einem neuen Licht sehen zu können. Fast

knapp die Hälfte von ihnen bejahten eine Veränderung ihrer Sichtweise. Dies gilt für insgesamt etwa 4/5 der Klientinnen, die geantwortet haben.

Die Veränderung der Sichtweise des Großteils der Klientinnen hat z.T. mit ihrem persönlichen Lebensstil zu tun, denn 48,2% der Klientinnen hielten hier eine Veränderung für sinnvoll, während dies 51,8% verneinten, wobei sich fast ein Fünftel der Klientinnen dazu nicht äußerte.

Benennen Frauen einen Einfluss ihres Lebensstils auf ihre gynäkologischen Probleme, so werden an erster Stelle der Mangel an Entspannung und der Mangel an Bewegung genannt, danach folgen Ernährung, Partnerschaftsprobleme und der Beruf, wie Grafik 14 zeigt:

Grafik 14 Änderung des Lebensstils



Bei den angestrebten Veränderungen steht dementsprechend Entspannung mit 70% an erster Stelle, gefolgt von Bewegung (45%), Ernährung (30%), Partnerschaft (22,5%) sowie Beruf (20%). Deutlich wird bei diesen Prozentwerten, dass Partnerschaft bzw. Beruf für ein Fünftel der Klientinnen einen zu verminderten Stressfaktor darstellten. Für 3,9% der Klientinnen war in diesem Zusammenhang auch die Empfehlung erarbeitet worden, eine Psychotherapie zu beginnen.

Ein gutes „Stressmanagement“ bei frauentypischen Anforderungsprofilen in verschiedenen Rollen und Aufgaben ist offensichtlich ein großes Anliegen und wird von Frauen verstärkt gesucht, wenn gynäkologische Probleme auftreten. Unter anderem deswegen hat das IZFG auch die "Frauenbewegungskuren" entwickelt, mit denen gezielte Angebote für Entspannung und Bewegung mit klassischen Kur-Elementen verknüpft wurden.

Die Prozentwerte für Entspannung, Partnerschaft und Beruf belegen auch den hohen Stellenwert der psychosozialen Dimension der SOA-Arbeit. Sie erweist sich auch von daher als frauengerecht, weil es der SOA gelingt, die Lebensverhältnisse ihrer Klientinnen in die medizinische Zweitmeinungsfindung und damit in die Entscheidungsfindung der Klientinnen einzubeziehen.

Wie die Frage der Veränderung des Lebensstils in der SOA-Arbeit thematisiert wird, kann am folgenden Beispiel einer Klientin illustriert werden:

Nach mehrfachen Unterbauchoperationen wegen Eierstockszysten und Myomen bestanden bei der Klientin X nach wie vor die gleichen oder ähnliche Schmerzen im Bereich des rechten Unterbauches. Inzwischen hatten sich eine Schonhaltung und Rückenschmerzen zusätzlich entwickelt. Die Klientin erkannte im Gespräch einen Zusammenhang zwischen der Schmerzentstehung und den Partnerschaftsproblemen mit dem damaligen alkoholkranken und zu Wutausbrüchen neigenden Ehemann. Inzwischen lebte sie getrennt, reagierte aber auf Anforderungen von außen trotzdem immer wieder "mit dem Bauch" und hatte Sorge, daß sie wegen Verwachsungen wieder operiert werden müsse. Dieser Klientin half die Bestätigung, daß sie ihren Bauch als Indikator für Überforderung nutzen könnte. Ihr wurde auch deutlich, dass die innere Narbenbildung auch als abgeschlossener Heilungsprozess nach den Eingriffen zu sehen war und dass spezielle Gymnastik, mehr sportliche Bewegung, Entspannung, Wärmepackungen usw. ihr helfen könnten.

Mehrere Items des Fragebogens galten der Erweiterung des Kenntnisstandes durch die Beratung der SOA. 32,7% der Klientinnen stimmten dem voll zu, dass sie in der SOA Informationen erhalten hatten, die ihnen vorher nicht bekannt waren. 30,6 stimmten dem eher zu und 24,5% sahen dies teils, teils. Dies sind insgesamt 87,8% aller Klientinnen, die damit deutlich machten, dass sie ihren Informationsstand mehr oder weniger bis erheblich verbessern konnten, denn nur 8,7% stimmten dem weniger zu und 3,9% überhaupt nicht.

Umsetzung von Handlungsempfehlungen der SOA

Über alternative Handlungsempfehlungen verfügen zu können, bedeutet jedoch noch nicht diese auch umzusetzen.

80% der Klientinnen gaben an, den Handlungsempfehlungen der SOA folgen zu wollen. 9,5% wollten dies teilweise tun. 3,3% von ihnen wussten dies noch nicht und 7,4% verneinten dies. Auch hier hatten einige Klientinnen keine Meinung geäußert.

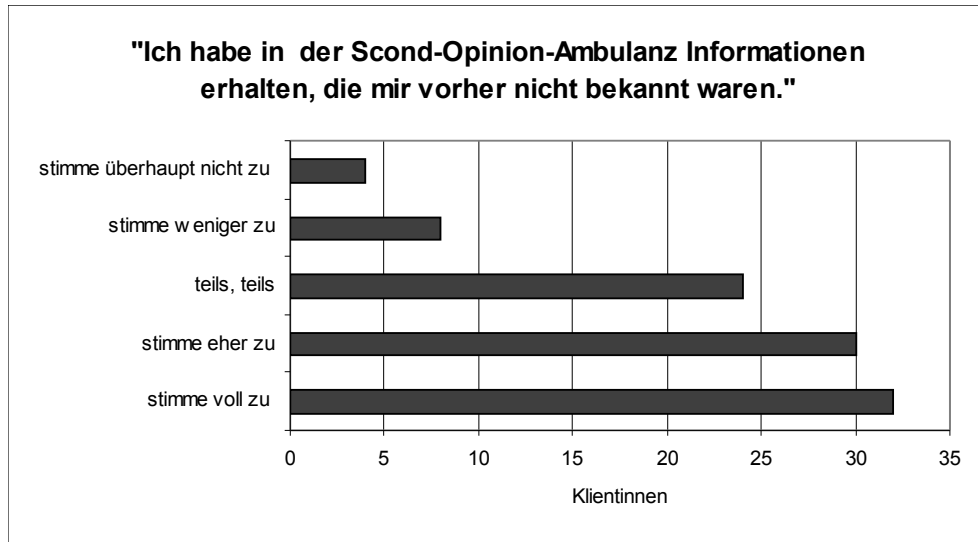
Die Klientinnen, die den Handlungsempfehlungen der SOA nicht oder nur teilweise folgen wollten, gaben dazu eine Reihe von Begründungen / Erklärungen, die sich jeweils auf ihre persönliche Situation bezogen. Erkennbar wurde dabei, dass einige in den ihnen empfohlenen Operationen noch keine Lösung ihres gesundheitlichen Problems sahen bzw. umgekehrt doch eine Operation für erforderlich hielten.

Anderen ging es um die Frage der Medikation. Hier wurden z.B. Unverträglichkeiten genannt, weshalb der Empfehlung nicht gefolgt würde. Geäußert wurde auch, dass das empfohlene Medikament aus finanziellen Gründen nicht vom Kassenarzt verschrieben werden würde. Ebenfalls genannt wurde Schwangerschaft als Grund dafür, einer Empfehlung nicht zu folgen.

Informationsgewinn durch die SOA

Die Befragung galt auch der Verbesserung des Verständnisses medizinischer Sachverhalte und Zusammenhänge.

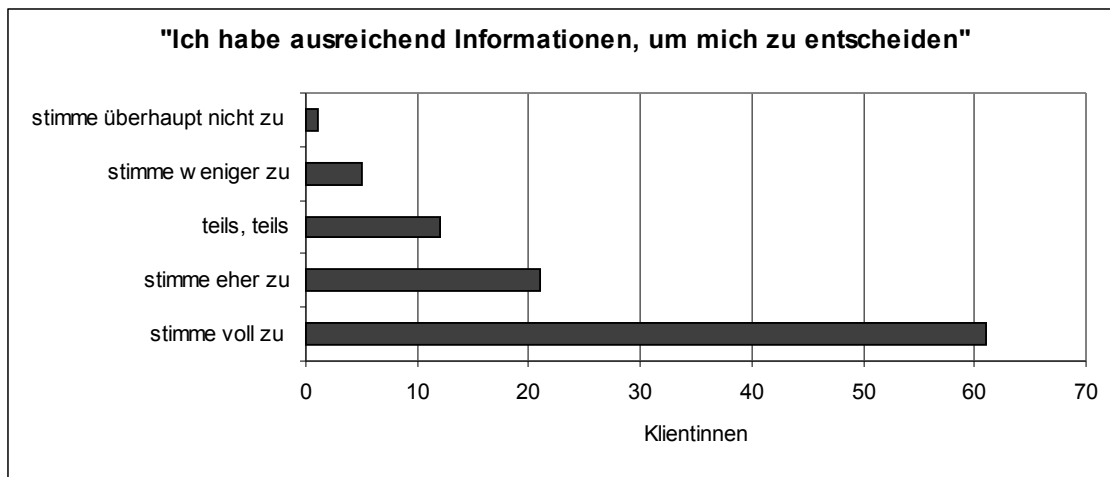
Grafik 15: Informationszugewinn durch die SOA



Wie Grafik 15 zeigt, lassen die ermittelten hohen Prozentwerte darauf schließen, dass es den meisten Klientinnen an medizinischen Informationen zu ihrem gesundheitlichen Problem bzw. an einem besseren Verständnis dieser Informationen erheblich gemangelt haben dürfte. 59,6% der Klientinnen stimmten dem voll zu, dass ihnen das Gespräch in der SOA zu einem besseren Verständnis verholfen hatte. 21,2% stimmten dem eher zu und 8,1% entschieden sich für ein teils, teils. Lediglich 8,1% stimmten dem weniger zu und 3% überhaupt nicht.

Zur Frage der Vorteile und Nachteile verschiedener möglicher Behandlungsmethoden äußerten 57,4% der Klientinnen volle Zustimmung dazu, dass sie sich eine Meinung bilden konnten. 23,4% stimmten dem eher zu, 12,8% sahen dies teils, teils. 5,3% stimmten dem weniger zu 1,1% überhaupt nicht. Damit haben etwas über 80% der Klientinnen eine klare Zustimmung dazu geäußert, dass sie sich Vor- und Nachteile möglicher Behandlungsoptionen klar machen konnten.

Grafik 16: Die informierte Entscheidung



Ein

wichtiges Ziel der Arbeit der SOA ist es, den Klientinnen genügend Informationen zur Verfügung zu stellen, damit sie sich "informiert" entscheiden können. 61% stimmten dem voll zu, dass sie ausreichend Informationen hatten, um sich entscheiden zu können. 21% stimmten dem eher zu und 12% sahen dies teils, teils. 5,5% konnten dem weniger zustimmen und 1% überhaupt nicht.

Inwieweit die Klientinnen damit auch die Sicherheit gewonnen hatten, dass sie die richtige Empfehlung für sich und ihr gesundheitliches Problem erhalten hatten, wird an den Prozentwerten dazu deutlich. 55,6% der Klientinnen stimmten hier voll und 27,3% eher zu, während 15,2% dies teils, teils sahen. Keine Zustimmung äußerte 1% und 1% der Klientinnen stimmte weniger zu.

Die gewonnene Sicherheit zeigte sich auch, wenn es um die Frage der Entscheidungsfindung für den nächsten Schritt ging. Dem stimmten 64% voll und 20% eher zu, für 12% war es ein teils, teils. 3% stimmten weniger und 1% überhaupt nicht zu.

Aus diesen Prozentwerten wird deutlich, dass es der SAO offensichtlich in einem hohen Ausmaß gelingt, für die Klientinnen einen Orientierungsrahmen zu schaffen, der ihnen "informierte" Entscheidungen ermöglicht, auch in den einzelnen Schritten, die jeweils zu gehen sind.

Zustimmung zum Arbeitskonzept der SOA

Von Bedeutung für die Evaluation war auch, wie die von der SAO postulierte gleichberechtigte Kommunikation realisiert und von den Klientinnen eingeschätzt wurde, zumal diese auch dem Anspruch genügen sollte, in medizinischer und psychosozialer Hinsicht frauengerecht zu sein.

Hohe Zustimmung gab es dazu, inwieweit die Erklärungen der Ärztin in der SOA gut verstanden werden konnten. Ohne eine Verneinung stimmten dem 90,3% voll zu. Je 4,9% der Klientinnen stimmten dem eher zu bzw. sahen dies teils-teils.

Dass die Ärztin in der SOA gleichberechtigt mit ihnen gesprochen habe, fand bei allen Klientinnen ohne Ausnahme Zustimmung, bei 94,1% war es volle Zustimmung, 5% stimmten dem eher zu und 1% äußerten ein teils, teils. Dies ist auch eine

beachtliche Zustimmung zum Modellkonzept der SOA und belegt die Qualität der dort geleisteten Arbeit eindrucklich.

Das Gespräch mit der Ärztin wurde auch in hohem Ausmaß als angenehm empfunden. In vollem Umfang bejahten dies 89,3% der Klientinnen. 7,8% stimmten eher zu, für 2,9% war es ein teils, teils. Es gab keine Verneinung.

Offensichtlich spürten auch 93,1% der Klientinnen keinen Zeitdruck während der Beratung. Sie bestätigten damit, dass sich die Ärztin in der SOA Zeit genommen hatte, um alles mit ihnen in Ruhe durchzusprechen. 4,9% stimmten dem eher und 2% weniger zu. Es gab keine Verneinungen.

Die Arbeit der Ärztinnen in der SOA scheint auch in hohem Maß vertrauensbildend zu sein, denn 85,4% stimmten dem voll zu, dass sie zur Ärztin in der SOA Vertrauen gefasst hatten. 10,7% stimmten eher zu und 2,9% äußerten ein teils, teils. 1% stimmten dem weniger zu, während keine Klientin nicht zustimmte.

Hohe Zustimmung äußerten die Klientinnen auch dahingehend, dass ihnen die Ärztin in der SOA menschliches Verständnis entgegen gebracht habe. 88,3% stimmten dem voll zu, 14% eher und 1% teils teils. Es gab keine Verneinung.

Auch für die Frage des Verständnisses der Ärztinnen für die mit der Erkrankung zusammenhängenden Probleme gab es eine hohe Zustimmung. 82% der Klientinnen stimmten voll zu, 14% eher und 3% teils teils. 1% stimmte weniger zu, verneint wurde es von niemand.

Der Befragung zufolge gelingt es in der SOA auch weitgehend, Informationen zu den Rechten und Informationsmöglichkeiten von Patientinnen zu vermitteln. Dem stimmten 37,6% der Klientinnen voll und 20% eher zu. 16,5% der Klientinnen antworteten mit teils, teils. 20% von ihnen äußerten allerdings, dass dies bei ihnen eher weniger zutraf bzw. 5,9%, dass es nicht zutraf.

Bei der Befragung ging es auch darum, inwieweit die SOA den Klientinnen Mut gemacht hat, ihre gesundheitlichen Anliegen gegenüber Ärzten / Ärztinnen im Gesundheitswesen zu formulieren. Damit bezieht sich dieses Item auf die vor den Klientinnen liegende Situation, als "informierte" Patientin Ärztinnen und Ärzten gegenüber ihre gesundheitlichen Anliegen zu vertreten. Die Prozentwerte der Klientinnen zeigen die Hoffnung, dass ihnen dies gelingt, bringen aber auch eine nüchterne Einschätzung zum Ausdruck, denn 23,3% der Klientinnen stimmten dem voll und 21,4% eher zu, während 20,4% mit teils teils antworteten. 13,6% stimmten weniger und 7% überhaupt nicht zu.

Diese Prozentwerte müssen zum einen vor dem Hintergrund gesehen werden, dass es die Unzufriedenheit mit Ärztinnen und Ärzten und deren Empfehlungen war, die sie dazu veranlasst hatte, die SOA in Anspruch zu nehmen. Zum anderen muss auch berücksichtigt werden, dass sie als Patientinnen in den "Normalsituationen" der Praxen und Kliniken meist erlebt hatten, dass im Gesundheitswesen unter Zeitdruck gehandelt wird und dass bei den medizinischen Entscheidungsfindungen psychosoziale Dimensionen wenig oder gar nicht berücksichtigt werden. Auch wenn

es gute Beispiele in der Frauenheilkunde für patiententinnengerechte und psychosomatisch orientierte Versorgung gibt, muß immer noch davon ausgegangen werden, dass der vorherrschende Kommunikationsstil hierarchisch und weder frauengerecht noch klientinnenzentriert ist.

Sich als "Informierte Patientin" im Medizinsystem zu behaupten, heißt auch, unbequem zu sein, sich evt. gegen Widerstände und Unmut durchzusetzen und die Verantwortung dafür zu übernehmen, Beziehungen zu ÄrztInnen neu zu gestalten bzw. die BehandlerInnen zu wechseln. Nicht immer fühlen sich von Erkrankung betroffene Frauen dazu in der Lage. Dies verdeutlicht, dass es noch an Modellen zur Stärkung ihrer Position und zu ihrer Unterstützung mangelt.

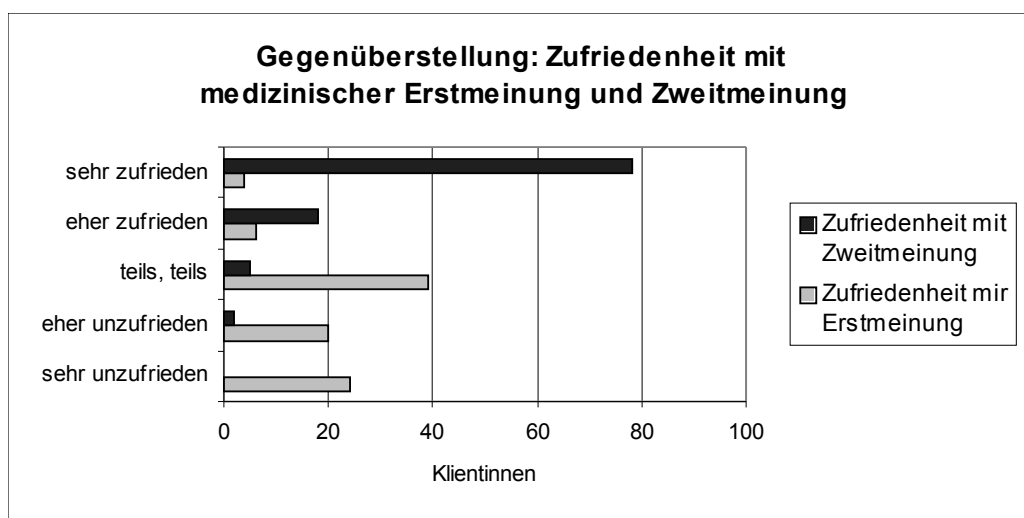
Bei der Frage der allgemeinen Zufriedenheit mit der Beratung durch die SOA machten die Klientinnen eine hohe Zufriedenheit deutlich. 75,7% äußerten sich sehr zufrieden und 17,5% zufrieden. Bei 4,9% war es ein teils teils. Weniger zufrieden äußerten sich 1% und überhaupt nicht zufrieden ebenfalls 1%.

Der Vergleich mit der Zufriedenheit mit den vorherigen Empfehlungen wirkt fast spiegelbildlich, wie dies auch mit Grafik 11 veranschaulicht wird.

Als voll zufrieden (3,9%) bzw. eher zufrieden (5,8%) mit den vorherigen Empfehlungen) bezeichneten sich nur knapp 11% der Klientinnen. Dem stehen etwas über 93% der Klientinnen gegenüber, die mit 75,7% (sehr zufrieden) und 17,5% (zufrieden) ihre hohe Zufriedenheit mit den Handlungsempfehlungen der SAO zum Ausdruck brachten.

Den 21,5% eher unzufriedenen bzw. 25,8% mit den vorherigen Empfehlungen sehr unzufriedenen Klientinnen stehen nach der SOA-Beratung lediglich 1% unzufriedene Klientinnen gegenüber.

Grafik 17 Vergleich: Zufriedenheit mit SOA



Diese Prozentwerte machen auch deutlich, dass Klientinnen nach dem Termin in der SOA auf Grund all dessen was sie für sich in Erfahrung bringen und auch klären konnten, mit der emotionalen Verarbeitung derart beschäftigt waren, dass deshalb

nach dem Pretest in dieser Situation eine Befragung unmittelbar nach dem Termin in der SOA aufgegeben worden war.

Zusammenfassung und Diskussion der Ergebnisse

Bei der seit 2000 arbeitenden SOA im IZFG in Bad Salzuflen handelt es sich bundesweit um das einzige Zweitmeinungsmodell für Frauengesundheit und speziell gynäkologische Erkrankungen.

Ziele der SOA im IZFG sind, in Zusammenarbeit mit den Klientinnen

- ▶ eine Zweitmeinung zur Verfügung zu stellen, die verständlich ist und die die gemeinsam entwickelten Handlungsoptionen bewertet;
- ▶ dabei das persönliche Anliegen der Klientinnen zu ermitteln, mit den jeweiligen persönlichen Lebensverhältnissen zu verknüpfen und für ihre Entscheidungsfindung einen psychosomatisch orientierten medizinischen und psychosozialen Orientierungsrahmen zur Verfügung zu stellen;
- ▶ dafür Qualifikationen in klientinnenzentrierter und nichthierarchischer Gesprächsführung einzusetzen.

Die SOA im IZFG in Bad Salzuflen ist psychosomatisch und lebensweltlich orientiert. Medizinische und psychosoziale Kompetenzen zur Frauengesundheit werden kombiniert, Erkenntnisse aus Komplementär- und naturheilkundlicher Medizin genutzt. Die SOA verknüpft in ihrer Arbeit in innovativer Weise zudem zwei neuere Stränge der aktuellen Fachdiskussion. Der eine Strang der Fachdiskussion gilt den Fragen der Patientenzentriertheit bei der Entscheidungsfindung, berücksichtigt dabei aber noch nicht Genderfragen. Der andere Diskussionsstrang ist von der Frauengesundheitsbewegung für Fragen der Frauengesundheit entwickelt worden und hat den Genderaspekt in systematischer Weise zur Grundlage.

Beim IZFG bestand ein hohes Interesse an einer Evaluation der innovativen Modellarbeit der SOA. Durch eine Förderung der Stiftung der Sparkasse Bad Salzuflen wurde eine begleitende Evaluation seit 2002 möglich. Beauftragt wurden damit das Institut für Projektevaluation und sozialwissenschaftliche Datenerhebung (IPSE) in Bad Salzuflen sowie zu einem späteren Zeitpunkt noch die Gesellschaft für Sozialwissenschaftliche Frauenforschung e.V. (GSF e.V.), auf der Grundlage einer bereits bestehenden Zusammenarbeit der beiden Institute in einem anderen Forschungszusammenhang (Zeitbudgeterhebung 2001/02 des Statistischen Bundesamtes).

Schwerpunkt der Evaluation war eine postalische Befragung von Klientinnen der SOA mit einem Fragebogen zu drei verschiedenen Zeitpunkten. Es wurden ebenfalls Expertinnengespräche insbesondere mit den Ärztinnen der SOA geführt, Krankenakten ausgewertet, ebenfalls Literatur, sowohl zu Frauengesundheit (einschließlich Vorträgen und Veröffentlichungen zur Arbeit der SOA) als auch zu Konzepten der so genannten "informierten Entscheidung" bzw. "geteilten Entscheidungsfindung" bzw. der evidenzbasierten Medizin (Klemperer 2003).

Die schriftliche Befragung von Klientinnen hatte mit insgesamt 78% einen

überdurchschnittlich hohen Rücklauf. Insgesamt konnten 103 Fragebögen ausgewertet werden.

Soziodemografische Merkmale der Zielgruppe und Bezüge zu einzelnen Untersuchungsergebnissen

Die befragten Klientinnen der SOA waren zwischen 15 – 69 Jahren alt. Damit zeigte sich ein genereller Bedarf in jeder Altersgruppe, bei einem leicht erhöhten Bedarf bei Klientinnen im Klimakterium sowie aus dem aktuellem Anlass der Kritik an der Hormonersatztherapie (WHI-Studie) bei Klientinnen, die sich mit Fragen der Hormontherapie auseinandersetzen hatten.

Bei den Klientinnen der SOA handelt es sich überwiegend um Frauen, die mindestens einen mittleren Bildungsabschluss haben und überproportional über Hochschulabschlüsse verfügen. Die überwiegend qualifiziert ausgebildeten Klientinnen sind mit etwa 80% ebenfalls überwiegend erwerbstätig. Diese Teilnehmerinnengruppe entspricht von ihren demografischen Merkmalen her nicht dem Durchschnitt der weiblichen Bevölkerung. Unterrepräsentiert sind Frauen unterhalb eines mittleren Bildungsabschlusses sowie ledige und verwitwete Frauen.

Die Inanspruchnahme der SOA durch eine Zielgruppe mit dieser soziodemografischen Zusammensetzung lässt aufgrund der vorliegenden Daten der Befragung mehrere Schlüsse zu:

Die Klientinnen waren mit der Erstmeinung zu ihrem gesundheitlichen Problem sehr unzufrieden. Bei ihrer aktiven Auseinandersetzung damit und angesichts der Dringlichkeit, die sie ihrem gesundheitlichen Problem gaben, sind sie nicht nur auf das Angebot der SOA aufmerksam geworden, sondern haben sich auch entschieden, es in Anspruch zu nehmen, auch dann, wenn sie nicht im Umkreis von Bad Salzuflen leben. Die Zielgruppe hat dabei z.T. eine beachtliche Mobilität gezeigt, denn 77% der Klientinnen kommen nicht direkt aus Bad Salzuflen bzw. Lippe, also der näheren Umgebung. Sie haben zu 45% bis zu 50 km Entfernung überwunden, zu 19% 50 bis zu 100 km, um die SOA aufzusuchen. Weitere 13% der Klientinnen kommen von noch weiter her, z.B. auch aus einem anderen Bundesland. Es ist anzunehmen, dass dies zum einen mit dem jeweiligen Leidensdruck zusammenhängt. Mit Bezug auf den wahrscheinlichen Leidensdruck sind aber auch die Prozentwerte für die Inanspruchnahme der SOA durch Klientinnen direkt aus Bad Salzuflen bzw. Lippe nicht unbeachtlich.

Es ist aber auch anzunehmen, dass die Inanspruchnahme damit zusammenhängt, dass die Klientinnen als überwiegend qualifiziert ausgebildete und tätige Frauen auch eher aktiv werden konnten, denn sie konnten sich die SOA auch zum größten Teil eher "leisten".

Das wird an der Frage der Kostenübernahme deutlich. Bisher stellt die SOA ein Modell dar, das noch nicht in die Regelpraxis überführt worden ist. Das bedeutet,

dass die gesetzlichen Krankenkassen die Kosten in der Regel nicht übernehmen, während das die privaten Kassen tun. Da die Leistungen der SOA privatärztlich abgerechnet werden, sind für die Inanspruchnahme der SOA die jeweiligen Einkommensverhältnisse von Bedeutung. Sie sind wiederum erfahrungsgemäß sowohl mit dem Bildungsstatus als auch mit dem Familienstatus verknüpft, insofern, als die Klientinnen selbst qualifiziert erwerbstätig sind und/oder mit einem qualifiziert erwerbstätigen Ehemann/Partner zusammenleben.

Die soziodemografische Zusammensetzung der Gruppe verweist daher darauf, dass der Zugang zur SOA für Kassenpatientinnen noch erschwert ist. Zu ihren gesundheitlichen Problemen kommt noch das Problem der Kostenübernahme hinzu.

Die Daten zu den Klientinnen der SOA zeigen aber nicht nur, dass Frauen mit einem höheren Bildungsstatus möglicherweise in der aktiven Auseinandersetzung mit ihrem gesundheitlichen Problem eher auf die SOA aufmerksam geworden sind, sondern auch, dass die Öffentlichkeitsarbeit der SOA "ankommt". Das gilt für beide Hauptzugänge, die sich aus den Daten ermitteln ließen, die Wahrnehmung aufgrund persönlicher Kontakte bzw. Empfehlungen einerseits und die Wahrnehmung über die unterschiedlichen Medien andererseits, wie sie entweder vom IZFG für die SOA eingesetzt wurden oder wie sie für die SOA-Arbeit interessiert werden konnten und über sie überregional berichteten. Insofern lässt sich sagen, dass die SOA bereits die Frauen erfolgreich erreicht, denen eine private Finanzierung der Kosten möglich ist und dies sehr weit über Bad Salzuflen hinaus.

Alle Ergebnisbereiche der Klientinnen-Befragung, sowohl zu den gesundheitlichen Anliegen, zur hohen Unzufriedenheit mit der Erstmeinung und hohen Zufriedenheit mit der SOA-Arbeit sowie zur erfolgreichen Öffentlichkeitsarbeit des IZFG legen nahe, dass bei einer Übernahme der SOA-Kosten durch die gesetzliche Krankenversicherung der Kreis der Nutzerinnen erheblich ausgeweitet werden könnte. Insbesondere gesetzlich versicherte Frauen und speziell aus ungünstigen Einkommensverhältnissen würden davon für ihre gesundheitlichen Probleme profitieren können, wobei das nur anfangs eher für Frauen aus der näheren Umgebung von Bad Salzuflen gelten dürfte. Angesichts der Einzigartigkeit und hohen Qualität der SOA-Arbeit, die auch durch die Daten der Befragung belegt ist, dürfte sich auch bei Frauen, die in den gesetzlichen Krankenkassen versichert sind, der Einzugsbereich ausweiten.

Dies hängt u.a. auch damit zusammen, dass die Klientinnen bei der Befragung deutlich gemacht haben, dass sie ihr gesundheitliches Problem für dringlich halten, dass sie mit der Erstmeinung bzw. ihren Ärztinnen und Ärzten in hohem Maß unzufrieden sind, weshalb sie ihren Bedarf an verständlichen Informationen und an Orientierung ebenso wie ihre Verunsicherung hinsichtlich der von ihnen zu treffenden Entscheidungen über die Befragung sehr klar zum Ausdruck bringen.

Bei den Daten zu den Veränderungen bei den Handlungsempfehlungen von Erstmeinung zu Zweitmeinung ist auffallend, dass in einem beachtlichen Prozentsatz anstelle von Operationen Medikamente empfohlen werden konnten.

Die Operationsempfehlungen reduzierten sich sehr deutlich von 36,9% auf 19,4%. Die Behandlungsalternativen erfuhren eine Steigerung von 9,7% auf 23,3% ebenso wie die weitere Diagnostik von 2,9% auf 10,7%. Deutlich wird auch als genereller Trend, dass in der SOA weniger invasive medizinische Empfehlungen erarbeitet werden. Für 37,9% der Klientinnen hat die SOA eine „weniger“ invasive Behandlungsmöglichkeit entwickelt, dies insbesondere bei der Therapie des klimakterischen Syndroms.

Der Faktor derartiger Möglichkeiten der Kostenersparnis dürfte auch für die gesetzlichen Krankenversicherungen an Interesse gewinnen.

Die Daten zeigen bei den Klientinnen zwei Untergruppen mit unterschiedlichen Interessen und Handlungsstrategien. Etwas mehr als die Hälfte der Klientinnen konzentriert sich auf ihr gesundheitliches Problem. Sie lassen dabei persönliche Probleme außen vor. Sie suchen nach Möglichkeiten, ihr gesundheitliches Problem in einem neuen Licht sehen und entsprechend die für sie passenden Entscheidungen treffen zu können. Sie sehen in der Ärztin der SOA "den kompetenten Ratgeber in Spezialproblemen" und äußern ihre hohe Zufriedenheit mit ihrer fachlichen Arbeit, ihrem Kommunikationsstil sowie dem spezifischen Setting der SOA. Ihre Handlungsmuster dürften der Tendenz nach dem Typus der "informierten Entscheidung" (Klemperer 2003) zuzurechnen sein.

45,5% Klientinnen nutzten jedoch die Möglichkeit, ihr gesundheitliches Problem mit ihrer persönlichen Situation zu verknüpfen, wobei dies 44,4% als hilfreich empfunden haben und auch sagen, dass für sie der Zusammenhang zwischen gesundheitlichen und persönlichen Problemen durch die SOA zum ersten Mal zur Sprache gekommen ist. Dazu haben sie sich der Ärztin der SOA zu ihren persönlichen Problemen mitgeteilt und sie Einblick gewinnen lassen. Benannt wurden von ihnen Probleme in der Partnerschaft, mit der Sexualität, Überforderungssituationen bzw. mangelnde Unterstützung im sozialen Umfeld, das Gefühl als Frau versagt zu haben, Probleme am Arbeitsplatz, mit depressiven Stimmungen, Erschöpfungszuständen. Wie die Daten zeigen, haben fast die Hälfte der Klientinnen ihr gesundheitliches Problem mit ihren Lebensverhältnissen ausdrücklich verknüpfen können. Sie sind der Tendenz nach der Gruppe zuzurechnen, die der "geteilten Entscheidungsfindung" zuneigen (Klemperer 2003).

Die Ergebnisse aus der Befragung besagen aber auch, dass die Kommunikation von Frau zu Frau die gegenseitigen Mitteilungsmöglichkeiten erweitert und der Klientin ermöglicht hat, der Ärztin aber auch sich selbst erstmals wichtige Sachverhalte, Einsichten und Zusammenhänge mitzuteilen, die zuvor im medizinischen Setting nicht thematisiert werden konnten, die nun aber in eine "geteilte Entscheidungsfindung" eingehen können. Dabei handelt es sich oft um Sachverhalte ihres Frauseins, ihrer Intimität, ihrer Sexualität sowie ihrer sozialen Verpflichtungen und Belastungen. Ihre Bedeutung ist durch die Befragung bestätigt worden, z.B. in Zusammenhang mit der Frage der Veränderung des persönlichen Lebensstils (Grafik 14).

Der Aspekt des "geschlechtsspezifischen Mitteilungsverhaltens" (Enders- Dragässer/Sellach 1998) ist bisher in der genderfreien Fachdiskussion um die informierte Entscheidung bzw. die geteilte Entscheidungsfindung weitgehend unberücksichtigt geblieben (vgl. dazu auch Meißner 1994). Er wird daher auch nicht als Qualitätsmerkmal thematisiert und in der Debatte zur Qualitätssicherung der patientInnenzentrierten medizinischen Entscheidungsfindung berücksichtigt.

Die gesundheitlichen Probleme und Anliegen der Klientinnen

Die Klientinnen der SOA sind hinsichtlich der Erstmeinungs-Indikationen hauptsächlich vier Gruppen zuzurechnen. Nach Akteneinsicht sind dies Endometriose (34%), gynäkologische Operationen (geplant oder stattgefunden) (26%), Erkrankungen im Bereich Brustgesundheit / Mamakarzinom (14%) sowie Wechseljahresbeschwerden (15%).

Bei der Klientinnen-Befragung differenzierte sich dies infolge der Mehrfachnennungen weiter aus. Dabei kamen auch über die Gynäkologie hinausgehende gesundheitliche Probleme in Zusammenhang mit den gynäkologischen Fragestellungen zur Sprache. Am häufigsten wurde Endometriose genannt (35,9%), gefolgt von klimakterischen Beschwerden und Fragen zu Hormonbehandlungen (30,1%), u.a. auch deshalb, weil Hormontherapie sowohl von den Klientinnen mit Endometriose als auch in Zusammenhang mit Wechseljahren angegeben werden konnte.

Es folgten Myome (14,6%) und Eierstockzysten (10,7%) zumeist mit der Frage nach einer Operationsindikation. 8,7% der Klientinnen kamen mit der Diagnose Brustkrebs und hatten Fragen zur optimalen Therapie und zu Komplementärtherapien. Als weitere Brustprobleme (7,8%) wurden z.B. Mastopathie und Kapsel-fibrosen bei Implantaten angegeben.

Unterbauchschmerzen benannten 7,8%, Kinderwunsch 6,8% sowie Blasensenkung / Harninkontinenz 2,9% der Klientinnen. Insgesamt 29,1% der Klientinnen gaben aber noch andere gesundheitliche Probleme an, die z.T. weit streuen.

An den Einzelnennungen bei der Befragung hat sich gezeigt, dass es in der SOA möglich war, gesundheitliche Probleme differenzierter zu thematisieren und zu analysieren, dabei auf Begleiterkrankungen und Wechselwirkungen einzugehen und dafür auch Handlungsoptionen entwickeln zu können, nicht nur innerhalb der Gynäkologie, sondern auch in Zusammenhang mit gynäkologischen Fragestellungen über die Gynäkologie hinausgehend. Das waren z.B. seelische Probleme / Depressionen, Bluthochdruck in Zusammenhang mit Hormontherapie, Migräne, somatische Veränderungen, genetisch bedingte Stoffwechselerkrankung, ständig wiederkehrende Pilzinfektionen.

Diese Erweiterung des medizinischen Blicks durch die Aufmerksamkeit für die Mehrschichtigkeit gesundheitlicher Probleme, psychosoziale Zusammenhänge und Wechselwirkungen wird nicht nur als Erfordernis einer patientInnenzentrierten Medizin in der Frauengesundheitsbewegung diskutiert, sondern ist auch zugleich ein

Indikator für mehrere Qualitätsaspekte der SOA-Arbeit, die hier zum Tragen gekommen sind:

- die Erweiterung der Mitteilungsmöglichkeiten der Klientinnen, z.B. durch das Gegenüber einer Frau als Ärztin,
- eine hierarchiefreie und die Lebensverhältnisse der Klientinnen respektierende Kommunikation,
- ein klientinnenzentriertes Setting,
- der offene Suchblick der Ärztinnen der SOA für Begleiterkrankungen, Wechselwirkungen und psychoziale Faktoren.

Damit bestätigen sich auch die Hypothesen zur erfolgreichen Vermittlung von von Wissen über medizinische Sachverhalte und von Handlungswissen, zu den psychosozialen Komponenten gesundheitlicher Problemkonstellation und zu den Möglichkeiten einer hierarchiefreien Kommunikation.

Die Handlungsempfehlungen der SOA

Die Befragungsdaten zeigen im Vergleich zwischen Erst- und Zweitmeinung mit den in der SOA erarbeiteten Empfehlungen (vgl. Grafik 11) eine bereits genannte erhebliche Reduzierung der Operationsempfehlungen (von 36,9% auf 19,4%), zugunsten von Empfehlungen zur Medikation; eine erhebliche Zunahme an Behandlungsalternativen (von 9,7% auf 23,3%) sowie eine Zunahme an weiterer Diagnostik (von 2,9% auf 10,7%).

Die Frage der Medikation hat mit 45,6% für die Klientinnen und in der Arbeit der SOA einen hohen Stellenwert. Sie verweist zugleich auch auf die Bedeutung der Beratung durch die SOA wegen Behandlungsalternativen (23,3%) bzw. Beendigung einer Behandlung (20,4%), wegen einer Operation (19,4%), Chemotherapie / Bestrahlung (2,9%) sowie wegen weiterer Diagnostik (10,7%). Dies bestätigt auch die Hypothese zur Unabhängigkeit von Fremdentscheidungen in der SOA-Arbeit.

Die Daten stehen auch für eine deutliche Verschiebung in Richtung auf weniger invasive medizinische Empfehlungen durch die SOA (Grafiken 12 und 13 sowie Tabelle 5). Das bezieht sich insbesondere auf die Behandlung des klimakterischen Syndroms in Form von Reduzierungen bei der Medikation.

Die beachtlichen Verschiebungen sind auch eine Auswirkung des bereits angesprochenen offenen Suchblicks der Ärztinnen, der durch den auf den Bedarf von Frauen zentrierte psychosomatisch und psychosozial orientierte Konzept der SOA vorgegeben ist. In einer Erstmeinungssituation wird im Gegenteil eher davon auszugehen sein, dass der Suchblick letztlich auf eine Verengung hin orientiert ist, um eine Diagnose klar fokussieren zu können. Insofern legen die Befragungsergebnisse in ihrer Breite nahe, dass eine patientInnenorientierte evidenzbasierte Medizin mit beiden Suchblicken, d.h. mit Erstmeinung und Zweitmeinung systematischer zu arbeiten hätte, um die in der medizinischen Praxis

vorkommenden Verschreibungsirrtümer, Fehler und unerwünschten Wirkungen zu vermeiden bzw. zu minimieren, worauf Klemperer (2003) hinweist.

Empfehlungen zur Veränderung des Lebensstils

Die Veränderung der Sichtweise des Großteils der Klientinnen durch die Beratung in der SOA galt zu einem beträchtlichen Teil ihrem persönlichen Lebensstil. 48,2% der Klientinnen hielten hier eine Veränderung für sinnvoll, während dies 51,8% verneinten, wobei sich fast ein Fünftel der Klientinnen dazu nicht äußerte. Dies wird auch indirekt an Grafik 10 deutlich, die zeigt, dass die große Mehrheit der Klientinnen mit der Ärztin der SOA über die Auswirkungen des gesundheitlichen Problems auf das weitere Leben gesprochen hat.

Benennen Frauen einen Einfluss ihres Lebensstils auf ihre gynäkologischen Probleme, so werden an erster Stelle der Mangel an Entspannung und der Mangel an Bewegung genannt, danach folgen Ernährung, Partnerschaftsprobleme und der Beruf (Grafik 14).

Die Prozentwerte für Entspannung, Partnerschaft und Beruf belegen daher auch den hohen Stellenwert der psychosozialen Dimension der SOA-Arbeit. Sie erweist sich auch von daher als frauengerecht, weil es der SOA gelingt, die Lebensverhältnisse ihrer Klientinnen in die medizinische Zweitmeinungsfindung und damit in die Entscheidungsfindung der Klientinnen einzubeziehen.

Bei den angestrebten Veränderungen steht dementsprechend Entspannung mit 70% an erster Stelle, gefolgt von Bewegung (45%), Ernährung (30%), Partnerschaft (22,5) sowie Beruf (20%). Deutlich wird bei diesen Prozentwerten, dass Partnerschaft bzw. Beruf für ein Fünftel der Klientinnen einen zu vermindernden Stressfaktor darstellten.

Angesichts der Erfahrung aus der SOA-Arbeit, dass Klientinnen einen Bedarf an einem verbesserten Stressmanagement u.a. durch Entspannung und Bewegung haben, hatte das IZFG die "Frauenbewegungskuren" entwickelt, mit denen für unterschiedliche Zielgruppen gezielte Angebote für Entspannung und Bewegung mit klassischen Kur-Elementen erfolgreich verknüpft worden sind. Aus den Expertinnengesprächen der begleitenden Evaluation wurde dazu deutlich, dass Klientinnen z.T. auch durch eine "Frauenbewegungskur" auf die SOA aufmerksam werden und sich entsprechend zur Inanspruchnahme der SOA entschließen.

Ergebnisse des Arbeitskonzepts der SOA

Die Daten der Befragung zeigen, dass es für mehr als ein Drittel der Klientinnen möglich war, ihr gesundheitliches Problem in einem neuen Licht sehen zu können und dass fast knapp die Hälfte von ihnen eine Veränderung ihrer Sichtweise bejahten. Dies gilt für insgesamt etwa 4/5 der Klientinnen, die geantwortet haben.

So haben insgesamt 87,8% aller Klientinnen deutlich gemacht, dass sie ihren Informationsstand mehr oder weniger bis erheblich verbessern konnten. 59,6% der Klientinnen stimmten dem voll zu, dass ihnen das Gespräch in der SOA zu einem besseren Verständnis medizinischer Sachverhalte und Zusammenhänge verholfen hatte. Weitere 21,2% stimmten dem eher zu. Dem entspricht, dass es eine hohe

Zustimmung dazu gab, inwieweit die Erklärungen der Ärztin in der SOA gut verstanden werden konnten. Ohne eine Verneinung stimmten dem 90,3% voll zu. Auch für die Frage des Verständnisses der Ärztinnen für die mit der Erkrankung zusammenhängenden Probleme gab es eine hohe Zustimmung. 82% der Klientinnen stimmten voll zu.

Etwas über 80% der Klientinnen haben ihre klare Zustimmung dazu geäußert, dass sie sich Vor- und Nachteile möglicher Behandlungsoptionen klar machen konnten. 61% stimmten dem voll zu, dass sie ausreichend Informationen hatten, um sich entscheiden zu können. 21% stimmten dem eher zu und 12% sahen dies teils, teils.

55,6% der Klientinnen stimmten voll zu, dass sie die Sicherheit gewonnen hatten, die richtige Empfehlung für sich und ihr gesundheitliches Problem erhalten zu haben. 27,3% stimmten dem eher zu, während 15,2% dies teils, teils sahen. Die gewonnene Sicherheit wird auch daran deutlich, dass bei der Frage der Entscheidungsfindung für den nächsten Schritt 64% voll und 20% eher zu stimmten.

Offensichtlich gelingt es der SOA in einem hohen Ausmaß, für die Klientinnen einen verlässlichen Orientierungsrahmen zu schaffen, der ihnen "informierte" Entscheidungen ermöglicht, auch in den einzelnen Schritten, die von ihnen jeweils zu gehen sind.

Dazu trägt auch die Doppelqualifikation der Ärztinnen bei, die zu ihrer langjährigen Erfahrung als Fachärztinnen für Gynäkologie psychotherapeutisch ausgebildet sind. Die entsprechenden Daten aus der Befragung zeigen, wie sich dieses im Modellkonzept der SOA verankerte Qualitätsmerkmal in der konkreten SOA-Arbeit auf die Klientinnen und ihre Situation positiv auswirkt. So stimmten alle Klientinnen ohne Ausnahme zu, dass die Ärztin in der SOA gleichberechtigt mit ihnen gesprochen habe. 94,1% stimmten voll zu. Das Gespräch mit der Ärztin wurde auch von 89,3% der Klientinnen als angenehm empfunden.

Die Arbeit der Ärztinnen in der SOA scheint auch in hohem Maß vertrauensbildend zu sein, denn 85,4% stimmten dem voll zu, dass sie zur Ärztin in der SOA Vertrauen gefasst hatten. 88,3% stimmten auch voll zu, dass ihnen die Ärztin in der SOA menschliches Verständnis entgegen gebracht habe.

Offensichtlich empfanden auch 93,1% der Klientinnen keinen Zeitdruck während der Beratung. Sie bestätigten damit, dass sich die Ärztin in der SOA Zeit genommen hatte, um alles mit ihnen in Ruhe durchzusprechen. Diese Daten bestätigen voll die Bedarfsgerechtigkeit und Frauenorientierung des Arbeitskonzepts der SOA.

Bei der Befragung ging es aber auch darum, inwieweit die SOA den Klientinnen Mut gemacht hat, ihre gesundheitlichen Anliegen gegenüber Ärzten / Ärztinnen im Gesundheitswesen zu formulieren. Dies bezieht sich auf die vor den Klientinnen liegende Situation, als "informierte" Patientinnen und Ärzten gegenüber ihre gesundheitlichen Anliegen zu vertreten. Die Prozentwerte der Klientinnen zeigen die Hoffnung, dass ihnen dies gelingt, bringen aber auch eine nüchterne Einschätzung zum Ausdruck, denn 23,3% der Klientinnen stimmten dem voll und 21,4% eher zu,

während 20,4% mit teils teils antworteten. 13,6% stimmten weniger und 7% überhaupt nicht zu.

Zufriedenheit

Insgesamt 90% der Klientinnen hatten bei der Befragung angegeben, dass sie mit den Erstmeinungs-Empfehlungen teils unzufrieden bis ausgesprochenen unzufrieden waren, gegenüber nur 10% der Klientinnen, für die Momente von Unzufriedenheit keinerlei Rolle spielten. Im einzelnen nannten sie auch Unzufriedenheit mit den Ärztinnen und Ärzten, die sie behandelt hatten.

Von daher kann davon ausgegangen werden, dass ein sehr hohes Ausmaß an Unzufriedenheit mit den jeweiligen medizinischen Erstmeinungen, aus welchen Gründen im einzelnen auch immer, die Klientinnen mitbewogen hat, das Angebot der SOA im IZFG in Anspruch zu nehmen, zu ihrer großen allgemeinen Zufriedenheit, wie die Daten zeigen, denn 75,7% äußerten sich sehr zufrieden und 17,5% zufrieden.

Diese Prozentwerte müssen zum einen vor dem Hintergrund gesehen werden, dass es die Unzufriedenheit mit einzelnen Ärztinnen und Ärzten und deren Empfehlungen und Verhalten war (Grafik 8), die sie dazu veranlasst hatte, den mehr oder weniger weiten Weg zur SAO auf sich zu nehmen. Zum anderen muss aber auch berücksichtigt werden, dass sie als Patientinnen in den "Normalsituationen" der Praxen und Kliniken meist erlebt hatten, dass im Gesundheitswesen unter Zeitdruck gehandelt wird und dass bei den medizinischen Entscheidungsfindungen psychosoziale Dimensionen wenig oder gar nicht berücksichtigt werden. Auch wenn es gute Beispiele in der Frauenheilkunde für patiententinnengerechte und psychosomatisch orientierte Versorgung gibt, muß immer noch davon ausgegangen werden, dass der vorherrschende Kommunikationsstil hierarchisch und weder frauengerecht noch klientinnenzentriert ist.

Fazit und Ausblick

Abschließend lässt sich mit Bezug auf die Fachdiskussion zur patientInnenzentrierten Entscheidungsfindung (Klemperer 2003) feststellen, dass ein Modell wie die SOA hervorragend geeignet ist, mit ihrer Beratungsarbeit mehreren aktuellen Problembereichen Rechnung zu tragen. Dies ist zum einen die Frage des verbesserten Transfers der aktuellen Wissensbestände in die medizinische Praxis. Oft bestehen unterschiedliche Behandlungsoptionen, für die es keine beste Lösung gibt, weshalb zwischen unterschiedlichen möglichen Ergebnissen abzuwägen ist. Darin liegt aber auch ein Qualitätsproblem gegenüber Patient/-innen und Öffentlichkeit. Zudem werden Symptome subjektiv unterschiedlich wahrgenommen und können auch in unterschiedlichen Lebenssituationen völlig unterschiedliche Bedeutung haben. Deshalb ist es von hoher Bedeutung, die Präferenzen, Erwartungen und Lebensumstände von PatientInnen und speziell für die SOA im IZFG für Patientinnen einzubeziehen und ihre subjektive Seite in die Entscheidungsfindung eingehen zu lassen.

Nach Coulter et al. (1999) kann es in der medizinischen Kommunikation zu Ungenauigkeiten und irreführenden Aussagen kommen, die einen falschen Eindruck von der Wirksamkeit einer Behandlung erwecken können, etwa in Form einer zu optimistischen Darstellung bzw. einer verharmlosenden Bewertung der Risiken und unerwünschten Wirkungen. Dies war auch oft die Ausgangssituation von Klientinnen der SOA. Sie wollten, wie dies auch von Coulter et al. thematisiert wurde, umfassend, aber auf nicht beängstigende Weise über Risiken informiert werden. Sie wollten u.a. eine realistische Vorstellung der Prognose erhalten,

- die Abläufe und die wahrscheinlichen Ergebnisse von Untersuchungen und Behandlungen verstehen,
- Unterstützung erhalten und Hilfe bei der Bewältigung;
- andere darin unterstützen, sie zu verstehen.

Aber sie wollten auch, wie dies Coulter et al. ermittelt hatten, wissen, welche Wirkung die Behandlung auf ihre Empfindungen und Emotionen sowie auf ihr Sexualleben haben würde. Wichtig war für sie auch, wie sie nach der Behandlung ihre Versorgung im Alltag organisieren konnten. Sie haben daher Fragen dazu, wie lange es bis zur Wiedererlangung der Gesundheit dauern wird, wann sie nach Hause gehen können und was diejenigen wissen müssen, die sie betreuen (vgl. Klemperer 2003).

Hier treffen sich beide Diskussionsstränge von Frauengesundheitsbewegung und patientInnenzentrierter Entscheidungsfindung und machen einen spezifischen Bedarf von Frauen deutlich. Das ist anders bei den genderunspezifischen Untersuchungen. Bei ihnen wird der spezifische Bedarf von Frauen, wenn er überhaupt deutlich wird, nicht ausdrücklich thematisiert und nicht in die Qualitätsdiskussion einbezogen.

Die SOA im IZFG leistet als innovatives und zielgruppenzentriertes Modell einen wesentlichen Beitrag zur Frauengesundheit, weil sie das aktive Zuhören, Empathie, Klarheit der Informationen und ein offenes Entwickeln von Handlungsoptionen erfolgreich in ihr Konzept integriert hat, wie die Befragungsdaten zeigen. Damit ist sie aber auch wegweisend für den Mainstream der Fachdiskussion, im Sinn der Zielsetzungen auch der Gesundheitsreform.

Literatur

- Böcken J, Braun B, Schnee M (Hrsg.): Gesundheitsmonitor 2002. Gütersloh: Verl. Bertelsmann Stiftung, 2002
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hg): Bericht zur gesundheitlichen Situation von Frauen in Deutschland. Eine Bestandsaufnahme unter Berücksichtigung der unterschiedlichen Entwicklung in West- und Ostdeutschland. Verbundprojekt zur gesundheitlichen Situation von Frauen in Deutschland. Schriftenreihe Band 209, Stuttgart Mai 2001
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hg): Frauen in Deutschland. Von der Frauen- zur Gleichstellungspolitik, Berlin Bonn 2002
- Caspari C., Untch M., Vodermaier A. Shared Decision Making bei Brustkrebspatientinnen. Qualitative Untersuchung zur gemeinsamen Entscheidungsfindung beim Mammakarzinom in einer Universitätsklinik. Gesundheitswesen 2003; 65: 190-199
- Charles C., Gafni A, Whelan T. Decision-making in the physician-patient encounter: revisiting the shared treatment decision-making model. Soc Sci Med 1999;49:651-661
- Coulter, A., Entwistle, V., Gilbert, D. (1999): Sharing decisions with patients: is the information good enough? BMJ 318:318-322
- Ehret-Wagener, Barbara/Stratenwerth, Irene/Richter, Karin: Gebärmutter, das überflüssige Organ? Sinn und Unsinn von Unterleibsoperationen. Reinbek bei Hamburg, 1994
- Enders-Drägässer, Uta; Sellach, Brigitte (Hg.): Frauen in der stationären Psychiatrie. Ein interdisziplinärer Bericht. Lage 2. Auflage 1999
- Emanuel EJ, Emanuel LL. Four models of the physician-patient-relationship. JAMA. 1992;267:2221-2226
- Klemperer, David: Wie Ärzte und Patienten Entscheidungen treffen. Konzepte der Arzt-Patient-Kommunikation. Veröffentlichungsreihe der Arbeitsgruppe Public Health. Forschungsschwerpunkt Arbeit, Sozialstruktur und Sozialstaat. WZB, Berlin Oktober 2003, Bestell-Nr. SP I 2003-302, ISSN-Nr. 0948 048X
- Meißner: Argumentation in natürlicher Sprache – eine empirische Untersuchung geschlechtstypischer Argumentationsformen. Frankfurt am Main 1994
- Mercer SW, Watt GCM, Reilly D. : Empathy is important for enablement. BMJ 2001;322:865
- O'Connor A M, Rostom A, Fiset V, Tetroe J, Entwistle V, Llewellyn-Thomas H, et al. Decision aids for patients facing health treatment or screening decisions: systematic review. BMJ 1999;319:731-734
- Statistisches Bundesamt: Bildung im Zahlenspiegel 2002, Wiesbaden
- Streich, W, Klemperer D, Butzlaff M. Partnerschaftliche Beteiligung an Therapieentscheidungen. In: Böcken J, Braun B, Schnee M (Hrsg.) Gesundheitsmonitor 2002. Gütersloh: Verl. Bertelsmann Stiftung, 2002

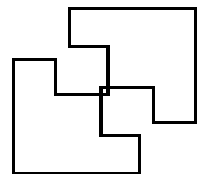
Die Evaluation wurde durchgeführt von Dr. Astrid Libuda-Köster, Institut für Projektevaluation und sozialwissenschaftliche Datenanalyse (IPSE) und Dr. Uta Enders-Drägässer, Gesellschaft für Sozialwissenschaftliche Frauenforschung (GSF e.V.).

Kontaktadressen:

IZFG
Internationales Zentrum für Frauengesundheit
Alte Vlothoer Str. 47-49
32105 Bad Salzuflen
www.IZFG.de



GSF e.V.
Gesellschaft für sozialwissenschaftliche Frauenforschung e.V.
Hammarskjöldring 129
60439 Frankfurt am Main
www.gsfev.de



GSF e.V.

IPSE
Institut für Projektevaluation und sozialwissenschaftliche Datenerhebung
Wiesenstr, 29
32105 Bad Salzuflen
www.IPSE-NRW.de

