

Preis: € 7,50

15

papers

Gesundheitswissenschaften

Kommunikation und Interaktion zwischen Gynäkologin/Gynäkologe und Patientin während der Schwangerschaft

Herausgegeben von
Univ.- Prof. Dr. Josef
Weidenholzer, Institut für
Gesellschafts- und
Sozialpolitik, Johannes Kepler
Universität Linz in
Zusammenarbeit mit der
Oberösterreichischen
Gebietskrankenkasse.
Redaktionelle Betreuung:
Mag. Werner Bencic
Kontaktadresse:
OÖ Gebietskrankenkasse,
Andrea Rosenkranz,
Gruberstraße 77,
A - 4021 Linz,
Tel.: 0732/7807-3221,
Fax: 0732/7807-66 3221,
E-mail: andrea.rosenkranz@oegkk.at,
Hersteller:
OÖGKK-Hausdruckerei

von **Eva Berndl**

Inhaltsverzeichnis

1.	Theoretische und methodische Konzeption	3
1.1.	Ausgangslage und Problemstellung	4
1.1.1.	Rahmenbedingungen von Schwangerschaftsuntersuchungen	5
1.1.2.	Pränataldiagnostik	9
1.1.2.1.	Vorgeburtliche Untersuchungen im Überblick	10
1.1.2.2.	Konsequenzen aus vorgeburtlichen Untersuchungen	12
1.2.	Studienziele und Forschungsfragen	14
1.3.	Theoretische und konzeptionelle Grundlagen	15
1.3.1.	Zwischenmenschliche Kommunikation	15
1.3.1.1.	Die vier Seiten einer Nachricht	16
1.3.1.2.	Nachrichten und Botschaften	19
1.3.1.3.	Kongruente und inkongruente Nachrichten	21
1.3.1.4.	Mit vier Ohren empfangen	22
1.3.2.	Arzt-Patienten-Interaktionen	27
1.3.3.	Scham in der Arzt-Patientinnen-Beziehung	30
1.4.	Studiendesign	31
1.5.	Methodik der Datengewinnung und -auswertung	40
1.6.	Darstellung der Ergebnisse	44
2.	Empirische Ergebnisse	46
2.1.	Schwangerschaftsbezogene Daten der Befragten	46
2.2.	Informationen zum Frauenarzt	48
2.3.	Allgemeine Gesprächssituation	51
2.4.	Wahrgenommene Einstellung des Arztes zu schwangerschaftsnahen Themen und Geburt	67
2.5.	Auswahl und Beurteilung des Arztes	74
2.6.	Der „ideale“ Gynäkologe	83
2.7.	Einstellungen der Befragten	90

2.8. Rahmenbedingungen und Organisationsablauf der Arztpraxis	93
2.9. Demographie der Befragten	104
3. Zusammenfassung, Schlussfolgerungen und kritische Würdigung	106
3.1. Diskussion der wichtigsten Befunde	106
3.2. Schlussfolgerungen und Empfehlungen	109
3.3. Kritische Würdigung	111
Tabellenverzeichnis	112
Literaturverzeichnis	113
Gesprächsleitfaden	116

1. Theoretische und methodische Konzeption

Das Gespräch zwischen Patientin und Arzt oder Ärztin ist durch viele Elemente gekennzeichnet, die alle einen mehr oder weniger starken Einfluss auf die Qualität und das Ergebnis des Untersuchungsgespräches haben. Dazu zählt das erwartete als auch das gezeigte Rollenverhalten der beteiligten Personen; Rituale, welche zwischen Menschen unbewusst oder bewusst „vereinbart“ sind. Die echte oder vermeintliche Abhängigkeit der Patientin von der Aussage der Ärztin sowie die verwendete Sprache wie Hochsprache oder Dialekt spielen eine wesentliche Rolle bei der Gesprächsführung.

Diese Arbeit wurde mit dem Ziel gestartet, einen möglichst umfassenden Überblick über verschiedene Problemstellungen in der Arzt-Patienten-Beziehung – konkret am Beispiel schwangerer Frauen und Gynäkologen – zu geben. Diese Thematik ist für viele Gesellschaftsgruppen interessant. Dazu zählen nicht nur die Schwangeren sondern auch die Krankenkassen, die Fachärzte, Hebammen und alle Organisationen, welche sich in irgendeiner Form mit Schwangerschaft bzw. dem ungeborenen Leben beschäftigen.

Die oberösterreichische Gebietskrankenkasse hat im voraus Interesse an den Ergebnissen der Befragung bekundet, was eine Verbreitung der erarbeiteten Inhalte wahrscheinlich macht. Die Ergebnisse dieser Arbeit sollen im Idealfall die Ausgangsbasis für nötige Verbesserungsvorschläge und –ansätze sein.

Am Anfang dieser Arbeit stellte sich das Problem, ob von Ärzten oder Ärztinnen die Rede sein sollte. Nach meiner Erfahrung ist an Universitäten die Verwendung der Form ÄrztInnen am gebräuchlichsten, um sicherzustellen, dass beide Geschlechter gleichermaßen gemeint sind. Dies macht allerdings manchmal die Formulierung von Sätzen komplizierter und ist dadurch für den Lesefluss nicht unbedingt dienlich. Ich glaube, bei der Verfassung eines Schriftwerkes sollte das Leseverständnis ein wesentliches Kriterium sein, daher wird die einseitige Formulierung, welche beide Geschlechter anspricht (ÄrztInnen) nur verwendet, sofern sich daraus keine unnötige Verkomplizierung der Satzstellung ergibt. In den meisten Fällen aber ist willkürlich entweder von dem Arzt oder von der Ärztin die Rede. Bei manchen Fragestellungen ist allerdings gerade das Geschlecht von Bedeutung; in diesen Fällen werden explizit die Bezeichnungen weibliche Gynäkologin bzw. männlicher Gynäkologe verwendet.

Ich hoffe, dass diese Form beiden Geschlechtern gerecht wird und entschuldige mich vorneweg bei den statistisch interessierten Lesern dieser Arbeit, die möglicherweise feststellen werden, dass die Zahl der geschlechterspezifischen Formulierungen nicht genau zur Hälfte aufgeteilt wurde.

1.1. Ausgangslage und Problemstellung

In Parsons¹ idealtypischen Modell der Arzt-Patient-Beziehung, das die Wissenschaft in diesem Bereich geprägt und zu Kritik veranlasst hat, wird der Patientin eine passive und abhängige Position zugeordnet. Die Patientin nimmt eine untergeordnete Rolle als „die Kranke“ ein. Hingegen ist der Arzt in der Rolle des Experten, der professionelle Verhaltensvorschriften gibt und auf den sich Autorität und Wissen konzentrieren. Dieses traditionelle Modell der Arzt-Patienten-Beziehung und andere, in welchen die Mitsprache und Entscheidung von Patienten verstärkt betont werden, sollen hier erklärt werden.

Die Situation einer schwangeren Frau, die den/die Gynäkologen/in aufsucht um Sicherheit über die Schwangerschaft zu erhalten, um Gesundheitsvorsorge für sich und das Ungeborene zu betreiben oder auch nur um in den Genuss des Mutter-Kind-Pass-Bonus zu kommen, unterscheidet sich grundsätzlich von anderen Interaktionen zwischen Patienten und Ärzten. Dabei ist von Bedeutung, ob für die Frau eine Schwangerschaft ein „normales“ Geschehen ist bzw. wie sie emotional auf die Veränderung in ihrem Leben reagiert. Einerseits ist also die Schwangerschaft als natürlicher Ablauf zu sehen, dem zwar vielleicht durch die vielen Messungen und Daten der Vorsorgeuntersuchungen so manches von seiner Natürlichkeit abhanden kommt. Andererseits ist die Verantwortung der Frau für das ungeborene Leben in sich in vielen Fällen sehr stark ausgeprägt und veranlasst die werdende Mutter zu vielerlei Zugeständnissen und Einschränkungen. In unseren Köpfen ist das Bild der fürsorglichen Mutter verankert, die alles für ihr Kind tun würde, und das ist durchaus positiv besetzt. Unter „alles“ in diesem Zusammenhang fallen aber auch so wenig aufsehen erregende Dinge wie die nötigen Untersuchungen, die relativ aufwendig

¹ Vgl. GRAUSGRUBER, A.: PatientInnenunterstützung (2002): Zur Notwendigkeit und den Möglichkeiten. In: HENGL, W. & MEGGENEDER, O (Hrsg.): Gesundheitswissenschaften Band 21. Der informierte Patient. Linz: Oberösterreichische Gebietskrankenkasse. S. 10.

sein können. Manche Schwangerschaften sind durch Komplikationen geprägt, was Einfluss auf das Verhältnis zum Arzt haben dürfte.

Um festzustellen, wieweit Frauen bereit sind, eine zum Wohle des Kindes eher passive und abhängige Rolle einzunehmen, soll zum Beispiel die Frage beantwortet werden, ob bei Unzufriedenheit mit dem Gynäkologen auch während der Schwangerschaft ein Arztwechsel stattfände.

Wichtig ist auch die Frage nach eventuellen anderen Betreuungspersonen während der Schwangerschaft. Es besteht beispielsweise die Möglichkeit, neben den Untersuchungen durch die Gynäkologin im Zuge des Mutter-Kind-Passes auch die Hilfestellung von Hebammen bereits während der Schwangerschaft in Anspruch zu nehmen. Dies kann bei zum Beispiel bei Geburtsvorbereitungskursen oder in Hebammenzentren der Fall sein. Durch verschiedene Ansprechpartner kann sich die Schwangere vielfältiger informieren. Dabei kann aber auch ein Spannungsverhältnis zwischen diesen Gruppen (Frauenärzte, Hebammen, Gynäkologen im Krankenhaus) ans Licht kommen. Das Ziel einer professionellen, demokratischen und unterstützenden Betreuung sollte sein, die Schwangere optimal durch die Schwangerschaft zu begleiten. Über die Erreichung dieses Anspruches soll die praktische Studie Aufschluss geben.

1.1.1. Rahmenbedingungen von Schwangerschaftsuntersuchungen

An dieser Stelle soll der Mutter-Kind-Pass kurz beschrieben werden, da die darin vorgesehenen Untersuchungen sozusagen das Rahmenprogramm der Schwangerschaftsvorsorge vorgeben. Eine Frau, bei der von der Gynäkologin eine Schwangerschaft bestätigt wird, bekommt von dieser daraufhin automatisch einen Mutter-Kind-Pass ausgestellt. Damit ist das Grundprogramm an Untersuchungen festgelegt. Daraus ergibt sich eine gewisse Vereinfachung des Ablaufes, da sich nicht jede einzelne Frau bezüglich der diversen nötigen Untersuchungen informieren muss, sondern auf die offiziellen Empfehlungen des Passes zurückgreifen kann. Bei jedem Einzelfall sind dann noch eventuell nötige Zusatzuntersuchungen und deren Kosten zwischen Ärztin und Patientin abzuklären.

In Österreich wurde der Mutter-Kind-Pass² 1974 eingeführt. Die Zielsetzung lag auf regelmäßigen, kostenlosen medizinischen Vorsorgeuntersuchungen vom Eintritt der Schwangerschaft bis zum 4. Lebensjahr des Kindes um etwaige Fehlentwicklungen und Erkrankungen frühzeitig zu erkennen. Die Untersuchungen erfolgen nach einem standardisierten Programm, welches 1982 wesentlich erweitert wurde und wodurch die erhobenen Befunde in einer Mindestform dokumentiert werden. Neben den vorgeschriebenen Untersuchungen obliegt es dem Arzt/der Ärztin Schwangere bei Vorliegen von Risikofaktoren zu weiteren Untersuchungen zu bestellen.

Der Mutter-Kind-Pass umfasst fünf Untersuchungen der Schwangeren und acht Untersuchungen des Kindes. Da sich diese Arbeit auf die Zeit der Schwangerschaft bezieht, wird hier nur auf die ersten fünf vorgesehenen Untersuchungen eingegangen. Während der Schwangerschaft werden im Abstand von fünf Wochen gynäkologische Untersuchungen durchgeführt, wo bei der Mutter das Gewicht, der Bauchumfang und der Blutdruck gemessen und der Harn auf Eiweiß und Zucker analysiert werden. Durch Vaginal- und Ultraschalluntersuchungen werden Fundus und Kindeslage festgehalten und kardiotokographische Untersuchungen durchgeführt. Zusätzlich ist eine interne Untersuchung vorgesehen, wobei Nase, Rachen, Zähne, Hals, Skelett und Haut auf Anomalien geprüft werden und auch Herz-Kreislauf, Blutdruck und Lunge untersucht werden. Das Toxoplasmose-Screening wurde in Österreich 1975 eingeführt. Die Übertragung kann z.B. durch Genuss von rohem Fleisch oder Kontakt mit Katzenkot stattfinden. Eine Toxoplasmoseinfektion verläuft meistens symptomlos, führt aber bei Feten zu schweren Schädigungen. Durch die verpflichtenden Untersuchungen im Rahmen des Mutter-Kind-Passes konnte die Zahl der pränatal infizierten Kinder von 70 auf 1 von 10.000 gesenkt werden. Etwa die Hälfte der erstuntersuchten Schwangeren ist toxoplasmoseinfiziert. Eine Gefahr für den Fötus besteht aber nur, wenn es während der Schwangerschaft zu einer Infektion kommt.

Die Möglichkeiten der pränatalen Medizin werden mit dem laufenden Fortschritt im medizinisch-technischen Bereich immer umfangreicher. Dazu zählen genetische Beratungen, Ultraschalldiagnostik und invasive Untersuchungen wie Fruchtwasser-

² Vgl. PASS, C. (2001). Gesundheitswissenschaften. Band 19. Inanspruchnahme des Mutter-Kind-Passes. Ein Beispiel für die Wechselwirkungen zwischen sozialer Lage und Gesundheit. Linz. Oberösterreichische Gebietskrankenkasse. S. 53ff.

Mutterkuchen- und Nabelschnurpunktion. Untersuchungen dieser Art werden in Oberösterreich beispielsweise vom Departement für Pränatale Medizin an der Linzer Frauenklinik durchgeführt. Dem behandelnden Frauenarzt obliegt es abzuschätzen, ob und welche Art von Behandlung jeweils durchzuführen ist und die Schwangere an die entsprechende Stelle zu überweisen.

Ein wesentlicher Punkt der vielfältigen pränatalen Diagnosemöglichkeiten besteht in der Möglichkeit zur Abtreibung eines vermutlich behinderten Kindes. Neben diesen fraglichen Auswirkungen der pränatalen Medizin sind jedoch auch die positiven zu bedenken, welche es beispielsweise erlauben, bereits Eingriffe an Ungeborenen vorzunehmen um dadurch Leiden vorzubeugen.

Ein Problemfeld der vielfältigen Information der Schwangeren über mögliche Komplikationen ist darin zu sehen, dass gewisse Ängste geschürt werden. Die vielen Untersuchungen und das Wissen, was alles schief gehen kann, verängstigt die Frauen umso mehr. Diese Befürchtungen werden beim Arzt kaum bzw. nicht genügend diskutiert³.

Auch die steigende Tendenz zu Kaiserschnitten (teils auf Wunsch) als Entbindungsform ist darauf zurückzuführen, dass die Geburt nicht mehr als natürlicher Vorgang gesehen wird. Dies veranschaulicht folgende Statistik⁴ aus dem Jahr 2000 von verschiedenen oberösterreichischen Kliniken: Die Kaiserschnitttrate war mit 32,66% im Diakonissenkrankenhaus am höchsten, in der Landesfrauenklinik waren es 13,62% und im Spital der Barmherzigen Brüder 15,35%. Zum Vergleich dazu beträgt die durchschnittliche Kaiserschnitttrate in Österreich 17,2% der Geburten. Im Jahr 2001 stieg die Kaiserschnitttrate in der Landesfrauenklinik auf 18% und im Spital der Barmherzigen Brüder auf 16,9%. Daraus kann man ersehen, dass der Kaiserschnitt (Sectio) auf Wunsch im Steigen begriffen ist. Vor einigen Jahren wurde dies noch auf mancher Geburtsstation verwehrt; die Spitäler können sich eine Ablehnung dieses Wunsches aber immer weniger leisten, da die Auslastung in vielen Spitälern zu gering ist und Betten leer stehen.

Eine wichtige Rolle bei der Entscheidung ob ein geplanter Kaiserschnitt vorgenommen werden soll oder nicht, spielt der Gynäkologe. Denn oftmals wird bereits während der Schwangerschaft festgelegt wie die Geburt stattfinden soll. Für

³ Vgl. SALZBURGER NACHRICHTEN, Angst vor Schwangerschaft. 06.06.2002, S.9

⁴ Vgl. OBERÖSTERREICHISCHE NACHRICHTEN, Wehenschmerz und Angst ade, lieber Kaiserschnitt. 25.04.2002, S.22

viele Schwangere sind die Angst vor dem Geburtsschmerz oder Komplikationen bei vorangegangenen Geburten Hauptargumente für einen geplanten Kaiserschnitt. Aber auch bei älteren Erstgebärenden oder bei einer Mehrlingsschwangerschaft kann der Wunsch nach einer Kaiserschnittgeburt ausgeprägt sein.

Die Notwendigkeit eines Kaiserschnittes ist dann gegeben, wenn beispielsweise Lageanomalien des Kindes auftreten, bei speziellen Erkrankungen der Mutter oder wenn während der Geburt Gefahr für Mutter und Kind bestehen würde. Aber auch eine Beckenendlage des Kindes ist kein zwingender Grund für einen Kaiserschnitt. Jeder Kaiserschnitt ist eine Operation und birgt Risiken wie Thrombose- und Blutungsgefahr oder das Auftreten von Infektionen.

Spitäler, in welchen Hebammen die Geburt leiten, haben meist geringere Sectio-Raten und leichtere Geburten. Ein Beispiel dafür sind die Niederlande, wo Schwangere von Beginn an von Hebammen betreut werden und die Kaiserschnitttrate nur bei 10% liegt. Am anderen Ende der Skala liegt Griechenland, wo es nur wenige Hebammen gibt und die Kaiserschnitttrate bei 45% liegt. In den USA wird fast jedes 2. Kind per Kaiserschnitt geboren.

Eine Alternative zum Kaiserschnitt auf Wunsch, also nicht aufgrund medizinischer Notwendigkeit, ist die Rückenmarksanästhesie⁵. Zu unterscheiden ist dabei zwischen Peridural-Anästhesie (PDA) und der neuen Methode des Walking Epidural (Rückenmarksanästhesie zum Gehen), welche idealerweise eine Schmerzausschaltung ermöglicht, die Bewegungsfähigkeit der Frau jedoch erhalten bleibt. Die Schwangere ist bei Bewusstsein und kann aktiv am Geburtsvorgang mitwirken, gleichzeitig ist aber das Schmerzempfinden gedämmt.

Sowohl der Gynäkologe als auch die Hebamme tragen während der Schwangerschaft bereits einen großen Teil zur Meinungsbildung der Schwangeren bezüglich der zu erwartenden bzw. gewünschten Geburt bei. Neben den notwendigen medizinischen Maßnahmen zur Sicherstellung der Gesundheit von Mutter und Kind ist der Spielraum für den Verlauf der Schwangerschaft und Geburt groß. Der betreuende Gynäkologe sollte sich bewusst sein, dass er als Meinungsbildner und starker Beeinflusser agiert und dass er neben den vorgesehenen Untersuchungen des Mutter-Kind-Passes auch in der Lage ist, der Frau Ängste zu nehmen. Ein wesentliches Kriterium dafür ist, dass sich der Arzt Zeit nimmt für seine Patientin und Einfühlungsvermögen zeigt. Die Aufklärung von Seiten

⁵ Vgl. SALZBURGER NACHRICHTEN, Geburt ohne Schmerzen. 28.05.2002, S.6

des Arztes über Geburtsmöglichkeiten ist sehr wesentlich und dies ist ein Punkt, der verbesserungswürdig zu sein scheint.

Der Mutter-Kind-Pass Bonus ist ein finanzieller Anreiz (ca. € 145,-) für Eltern, die vorgesehenen Untersuchungen des Mutter-Kind-Passes, speziell während der Schwangerschaft und im ersten Lebensjahr des Kindes, auch wirklich vornehmen zu lassen. Aus Einsparungsgründen gab es im Laufe der vergangenen Jahre in manchen Bundesländern keinen Mutter-Kind-Pass-Bonus, woraufhin die Zahl der Untersuchungen abnahmen. Für die Inanspruchnahme des vollen Kinderbetreuungsgeldes müssen daher nun auch die vorgesehenen Untersuchungen des Kleinkindes nachgewiesen werden⁶.

Es ergibt sich die Frage, ob die vielfältigen Angebote der Untersuchungsmöglichkeiten zuwenig publik sind, da es sehr stark vom jeweiligen Arzt abhängt, welche Zusatzuntersuchungen er empfiehlt bzw. anbietet. Interessant ist auch der Aspekt der Zusammenarbeit zwischen Gynäkologen und Hebammen bereits während der Schwangerschaft. Gibt es hier Spannungsfelder und welche Möglichkeiten zur Initialisierung bzw. Verbesserung der Zusammenarbeit könnten gefunden werden? Würde den Frauen die Geburt erleichtert und gäbe es auch in Österreich weniger Kaiserschnittgeburten, wenn die Schwangeren von einem Frauenarzt und einer Hebamme betreut werden würden?

1.1.2. Pränataldiagnostik

Durch vorgeburtliche Untersuchungen können Rückschlüsse auf die Gesundheit des Kindes gezogen werden. Ultraschalluntersuchungen und die Messung der Herztöne sowie eine Blutuntersuchung der Schwangeren werden generell in den meisten Fällen angewandt. Andere Formen von vorgeburtlichen Untersuchungen werden nach Ermessen des behandelnden Arztes und nach dem Alter der Schwangeren empfohlen oder durchgeführt.

⁶ Vgl. http://www.gpa.at/frauen/karenzgeld_vergl.htm#15, 11.02.2003

1.1.2.1. Vorgeburtliche Untersuchungen im Überblick⁷

Die nachfolgend angeführten Untersuchungen sind ein Auszug aus vielen Möglichkeiten der Pränataldiagnostik und erheben keinen Anspruch auf Vollständigkeit.

Ultraschall

Durch Ultraschall können Größen gemessen und verglichen werden sowie „sichtbare“ Fehlbildungen des Embryos erkannt werden.

Eine Ultraschalluntersuchung beinhaltet nach derzeitigem Wissen kein Risiko für Mutter und Kind. Die Untersuchung kann von außen „durch“ die Bauchdecke erfolgen oder durch Einführung eines Schallkopfes in die Scheide.

CTG - Kardiotokographie⁸

Dadurch werden die Herztöne (Herzschlagfrequenz) des Babys im Mutterleib kontrolliert und überwacht und auch die Wehentätigkeit in der Spätschwangerschaft und während der Geburt kann aufgezeichnet werden. Die Abkürzung CTG ergibt sich aus dem englischen Wort cardiotokograph(y).

Fruchtwasseruntersuchung

Die Fruchtwasseruntersuchung, auch Amniozentese genannt, wird empfohlen, wenn die werdende Mutter älter als 35 Jahre ist bzw. wenn eine Chromosomenstörung aufgrund familiärer Disposition vermutet wird.

Durch die Bauchdecke der Frau wird unter Ultraschallkontrolle eine Punktionsnadel in die Fruchtblase eingeschoben und daraus Fruchtwasser entnommen. Dies geschieht ohne Betäubung und wird ungefähr wie eine intravenöse Injektion empfunden. Aus dem Fruchtwasser werden Zellen des Fötus untersucht um daraus auf Chromosomenveränderungen, Neuraldefekte oder erbliche Stoffwechselerkrankungen schließen zu können. Die Risikorate, dass durch die Amniozentese ein Abort ausgelöst wird, liegt bei 0,5 - 1%.

⁷ Vgl. www.m-ww.de/sexualitaet_fortpflanzung/geburt/praenatal.html, 05.05.2003

Chorionzottenbiopsie

Ähnlich wie bei der Fruchtwasseruntersuchung wird durch die Bauchdecke eine Nadel eingeführt und aus der Placenta (Mutterkuchen) eine Gewebeprobe entnommen. Aus dieser Untersuchung kann auf Chromosomenveränderungen und erbliche Stoffwechselerkrankungen geschlossen werden.

Die Risikorate, dass durch die Chorionzottenbiopsie ein Abort ausgelöst wird, liegt bei 1 – 1,5%.

Nackentransparenzmessung

Mit speziellen Ultraschallgeräten kann ein erfahrener Untersucher die Nackendichte des Embryos messen. Diese relativ neue Methode beruht auf der Erkenntnis, dass Embryos mit Trisomien (Down Syndrom) in den meisten Fällen einen dickeren Nacken haben als normale Embryos.

Ergibt sich aus der Untersuchung der Verdacht auf Trisomie, so muss dies unbedingt mit einer Amniozentese oder einer Chorionzottenbiopsie bestätigt werden, da es auch viele normale Embryos mit einer erhöhten Nackendichte gibt.

TripleTest

Bei diesem Test werden drei bestimmte Eiweiße im mütterlichen Blut untersucht, dadurch kann ein eventuelles Risiko für die werdende Mutter abgeschätzt werden. Ein auffälliges Ergebnis sollte unbedingt mit einer Amniozentese bestätigt werden. Generell müssen durch den TripleTest invasive Untersuchungsmethoden weniger häufig durchgeführt werden.

Moxibustion⁹

Dies ist eine Form der Wärmetherapie aus der Traditionellen Chinesischen Medizin, die zwischen der 32. und der 37. SSW angewendet werden kann, wenn der Fötus eine Beckenendlage aufweist. Dabei werden Moxa-Zigarren (meist ein Beifußkraut)

⁸ Vgl. <http://www.oegkv.at/recht/ga2001/Die%20Durchfuhrung%20der%20Kardiotokographie.htm>, 12.05.2003

⁹ Vgl. http://naturmedizin.qualimed.de/Moxibustion_beckenendlage.html, 12.05.2003

an bestimmten Punkten des Körpers (Akupunkturpunkten) in Hautnähe angezündet und abgebrannt. Dies wirkt unter anderem entspannend und beruhigend auf die werdende Mutter und soll die Drehung des Fötus erleichtern.

1.1.2.2. Konsequenzen aus vorgeburtlichen Untersuchungen

Die pränatale Diagnostik¹⁰ sucht während der Schwangerschaft nach Auffälligkeiten beim Fötus. Dabei stellt sich erstens die Frage, ob eine Behinderung des Ungeborenen definitiv festgestellt werden kann. Zweitens ist die Beeinflussung der Schwangeren durch eine negative Information zu betrachten.

Wird eine schwerwiegende Normabweichung festgestellt, so wird die Erwartung auf ein gesundes Kind damit in Frage gestellt. Die Frau nimmt in dieser Situation eine Doppelrolle ein, in der sie zum einen über ihr eigenes, zum anderen über das sich in ihr entwickelnde Leben bestimmt. Sehr oft sind Therapien beim Fötus nicht möglich und der Frau wird ein Schwangerschaftsabbruch angeboten. Impliziert wird dabei, das sich entwickelnde Leben des Fötus sei nicht lebenswert. Dies steht eigentlich in scharfen Kontrast zum Bild, das in unserer Gesellschaft vom lebenden behinderten Menschen offiziell postuliert wird – nämlich eines vollwertigen, zu akzeptierenden und zu fördernden Mitglieds der Gemeinschaft.

Die betroffene Schwangere muss, zumeist unter Zeitdruck, mit ihrem Partner eine Entscheidung finden. Wird durch die Diagnose einer Behinderung des Fötus der werdenden Mutter einfach „der Ball zugespielt“? Mit den gesellschaftlichen und gesetzlichen Regeln geht eine Abtreibung eines voraussichtlich behinderten Kindes nach außen hin konform (theoretisch bis zum Geburtstermin). Es scheint in Ordnung zu sein, ein krankes Kind nicht zur Welt bringen zu wollen – oder zu sollen? Kann es sein, dass durch die Diagnose einer Behinderung des Ungeborenen eine Frau erst auf die Idee gebracht wird eine Abtreibung vornehmen zu lassen? Beziehungsweise, was noch schlimmer wäre, fühlt sich eine Frau mit dem Wissen um die Behinderung des Ungeborenen sogar unter Druck gesetzt - möglicherweise unbewusst, mit dem Gedanken im Hinterkopf, dass man in der Gesellschaft zu funktionieren hat, dass

¹⁰ Vgl. BAUMANN-HÖLZLE, R. & KIND, C.: Indikationen zur pränatalen Diagnostik: Vom geburtshilflichen Notfall zum genetischen Screening. In: KETTNER, M. (Hrg.) (1998): Beratung als Zwang. Schwangerschaftsabbruch, genetische Aufklärung und die Grenzen kommunikativer Vernunft. Campus Verlag, Frankfurt/Main. S. 131ff

man seinen Platz einzunehmen hat – aber ist das möglich mit einem behinderten Kind? Wo doch die Unvereinbarkeit von Familie und Beruf speziell für Frauen ein Postulat zu sein scheint. Für eine Schwangere mit dem Wissen um eine mögliche Behinderung des Fötus ist die Entscheidung, das Kind zu bekommen wahrscheinlich sehr schwierig zu treffen.

Wichtig dabei ist, wie es zur Diagnose gekommen ist. Wurden aufgrund von alarmierenden Symptomen weitere Untersuchungen durchgeführt, so ist dies eine Reaktion auf eine akute Notsituation. Erblich vorbelasteten Paaren, mit erhöhtem Risiko für ein chronisch krankes oder behindertes Kind, ist in der Regel die Lebenswirklichkeit eines Menschen mit Behinderung und seiner Angehörigen bekannt. In diesen Fällen wird die genetische Beratung aufgrund einer konkreten Betroffenheit durchgeführt.

Die große Mehrzahl der heute durchgeführten pränatalen Untersuchungen wird aufgrund des Alters der schwangeren Frau oder einfach auf deren Wunsch¹¹ hin vorgenommen. Hier ist ursprünglich keine Notlage erkennbar und der ethische Konflikt wird erst durch das Untersuchungsangebot geschaffen. Das erhöhte Risiko für ein behindertes Kind aufgrund des Alters der Schwangeren ist rein statistischer Natur. Die Altersgrenze von 35 Jahren ist völlig willkürlich gewählt und repräsentiert keineswegs einen Sprung in der mit dem Alter langsam ansteigenden Risikokurve. Die Häufigkeit der Durchführung invasiver Pränataldiagnostik (Chorionzottenbiopsie oder Fruchtwasseruntersuchung) aufgrund des Alters der Schwangeren ist von Arzt zu Arzt sehr unterschiedlich. Daraus kann geschlossen werden, dass die Haltung und das Verhalten des Arztes einen großen Einfluss auf die Entscheidung der Schwangeren zu einer solchen Untersuchung haben. Dies ist in Anbetracht der ausgeprägten Asymmetrie in der Arzt-Patienten-Beziehung auch nicht verwunderlich. Der Wunsch nach Pränataldiagnostik entsteht nicht zuletzt auch deshalb, weil die Untersuchung mit hoher Wahrscheinlichkeit das Nicht-Betroffensein bestätigt.

Die Möglichkeiten der Pränataldiagnostik machen das Beratungsgespräch immer schwieriger bzw. können den einzelnen Arzt in der Praxis überfordern. Durch die zunehmende Verbreitung der pränatalen Diagnostik durch technologische Entwicklungen und ökonomische Überlegungen müsste auch das Beratungsangebot für betroffene Frauen ausgeweitet werden. Unter dem ökonomischen Aspekt versteht

¹¹ Vgl. NIPPERT, I.: Wie wird im Alltag der pränatalen Diagnostik tatsächlich argumentiert? In: KETTNER, M. (Hrg.) (1998): Beratung als Zwang. Schwangerschaftsabbruch, genetische Aufklärung und die Grenzen kommunikativer Vernunft. Campus Verlag, Frankfurt/Main. S. 153ff

man Kosten-Nutzen-Überlegungen, die als Maßnahme öffentlicher Gesundheitsvorsorge propagiert werden. Sie werden zwar nicht offiziell empfohlen, treten aber als Wahlmöglichkeiten individueller Lebensgestaltung auf der Ebene des Einzelnen in Erscheinung.

1.2. Studienziele und Forschungsfragen

Ziel dieser Arbeit ist herauszufinden, wo in einer Arzt-Patientinnen-Beziehung speziell während einer Schwangerschaft Möglichkeiten für Missverständnisse und Probleme liegen können. Ein Grund dafür, der das Arzt-Patienten-Verhältnis im Allgemeinen kennzeichnet, liegt in der grundsätzlichen Veränderung¹² der Medizin: unter dem Vorbild der Naturwissenschaften wurde das Hauptaugenmerk mehr und mehr auf die Behandlung des Objektes gelegt, der Mensch wurde auf seine Krankheitsgeschichte reduziert. Der Mensch als Subjekt, als Kranker mit seiner Krankengeschichte, wird immer weniger wahrgenommen.

Durch das Zusammenwirken von Wissenschaft, Technik und Gesundheitsfürsorge ist in den letzten Jahrzehnten ein noch nie gekanntes Niveau medizinischer Versorgung erreicht worden. Die traditionelle Beziehung zwischen Arzt und Patienten ist immer stärker funktionalisiert und technisiert worden, da die Erwartungen an den Erfolg der Medizin und auch die Therapiemöglichkeiten ständig zunehmen.

Diese Situation hat zum Beispiel auch dazu geführt, dass sich die Alternativmedizin immer größerer Beliebtheit erfreut. Das Arzt-Patienten-Verhältnis bedarf allerdings einer ganzheitlichen Sichtweise auf den Menschen mit seiner Krankheit, seinen Empfinden und seinen Wahrnehmungen. Das Kapitel über zwischenmenschliche Kommunikation soll den theoretischen Rahmen dazu liefern, um mit diesem Hintergrundwissen Gesprächssituationen zu analysieren und gegebenenfalls zu verbessern.

¹² Vgl. KAMPITS, P.(1996): Das dialogische Prinzip in der Arzt-Patienten-Beziehung. In: BUCHMÜLLER, H.R. (Hrsg.): Angermühler-Gespräche Medizin-Ethik-Recht. Passau: Wissenschaftsverlag Rothe. S. 11f.

Die zentralen Fragestellungen dieser Arbeit lauten:

- „Ist für Frauen der zeitliche, der kommunikative und der organisatorische Aufwand ihres Arztes bzw. ihrer Ärztin ausreichend?“
- „Wo liegen in einer Arzt-Patientinnen-Beziehung während einer Schwangerschaft Störfelder, welche das Verhältnis der Frau zu ihrem Arzt bzw. ihrer Ärztin verschlechtern?“
- „Welche Erwartungen haben (schwängere) Frauen bzw. lässt sich daraus die „ideale Gynäkologin“ charakterisieren?“
- „Wo liegen grundsätzliche Verbesserungsmöglichkeiten in der Schwangerenbetreuung und wie könnten diese organisiert werden?“

1.3. Theoretische und konzeptionelle Grundlagen

Der Untersuchungsgegenstand dieser Arbeit ist das Verhältnis zwischen Gynäkologin und Patientin in der Zeit der Schwangerschaft. Dafür erscheint es wichtig, ein Verständnis zu entwickeln für das Funktionieren von Kommunikation an sich und im speziellen in einer Situation, die durch ein asymmetrisches hierarchisches Verhältnis gekennzeichnet ist.

1.3.1. Zwischenmenschliche Kommunikation

Wie kann man die Kommunikation zwischen zwei Personen analysieren? Welche Kommunikationswege kann man erkennen und wie entstehen diese? Wer und Was ist an einem Kommunikationsprozess beteiligt?

Versuchen wir den Grundvorgang¹³ zu beschreiben: Es gibt den *Sender*, der eine *Nachricht* von sich gibt, die der *Empfänger* verstehen soll. Oftmals ist dieses Verstehen nicht so einfach wie es auf den ersten Blick erscheint, da der Sender entweder seine Nachricht nicht eindeutig formuliert oder er auf nonverbalem Weg

¹³ SCHULZ VON THUN, F. (1999). Miteinander reden 1. Störungen und Klärungen. Allgemeine Psychologie der Kommunikation. S. 25ff.

etwas Gegensätzliches zu erkennen gibt. Auch viele andere Faktoren führen zu Störungen des Mitteilungsweges zwischen zwei Personen. Beispielsweise kann der Empfänger ein völlig anderes Hintergrundwissen zur (vermeintlich richtig) empfangenen Botschaft haben und dadurch eben dieser Botschaft einen konträren Inhalt entnehmen. Man erkennt, dass an einer Kommunikation zwischen nur zwei Personen sehr viele Möglichkeiten für Komplikationen und Störungen auftreten können, die der Tatsache zugrunde liegen, dass jede Person eigene Methoden zur Ver- bzw. Entschlüsselung einer Botschaft anwendet und daraus Missverständnisse gründen. Meistens stimmen die gesendete und die empfangene Nachricht in etwa überein. Häufig wird aber die Güte der Verständigung nochmals überprüft. Zum Beispiel mit der Frage: „Wie haben Sie das gemeint?“ oder „Darf ich das so verstehen, dass...?“. Aber auch direkte Reaktion auf die Nachricht wie: „Nein, mein Auto ist rot und nicht grün.“ geben Auskunft über die Verständigung (in diesem Fall hat es sich vermutlich um eine Verwechslung gehandelt). Würde der Empfänger der Nachricht keine *Rückmeldung* (auch *Feedback* genannt) geben, so wäre das Missverständnis unaufgeklärt. Durch ständiges Feedback, wie es in einem Gespräch üblich ist (ein Satz ergibt den anderen), erfolgt eine Überprüfung, ob die Sendeabsicht mit dem Empfangsresultat übereinstimmt.

1.3.1.1. Die vier Seiten einer Nachricht

Tatsache ist, dass in ein und derselben Nachricht stets viele Botschaften gleichzeitig enthalten sind. Um diese Vielfalt von Botschaften innerhalb einer Nachricht ordnen zu können, ist es notwendig die verschiedenen Seiten zu identifizieren.

Schulz von Thun (1999) unterscheidet in seinem psychologischen Modell der zwischenmenschlichen Kommunikation vier Seiten bzw. Aspekte einer Nachricht. Diese sind der Sachinhalt, die Selbstoffenbarung, der Appell und die Beziehung.

Sachinhalt

Unter dem Sachinhalt versteht man die Information, welche offensichtlich übermittelt wird. Ein Beispiel dafür ist die Aussage: „Er hat gerne Torte“. Die Sache um die es hier geht sind Eßgewohnheiten.

Um zu erkennen, was in dieser simplen Botschaft alles drinnen stecken kann, betrachten wir die nächste Seite: die Selbstoffenbarung.

Selbstoffenbarung

In jeder Nachricht stecken auch Aussagen über den Sender. Bewusst oder unbewusst wird durch die Art wie man etwas sagt bzw. was man sagt, auch Einblick auf die Person des Senders gewährt. Unter dem bewussten Teil der Aussage versteht man die gewollte *Selbstdarstellung*, unter dem unbewussten Teil die unfreiwillige *Selbstenthüllung*. Gemeinsam ergibt sich daraus die Selbstoffenbarung, welche für den Zuhörer bzw. Empfänger sichtbar wird. Für den Sender ist dieses ständige, automatische Mitsenden von Selbstoffenbarungsbotschaften ein Grund zur Unruhe, denn er möchte sich ja bestmöglich präsentieren. Um mit dieser Problematik fertig zu werden, gibt es verschiedene Techniken der Selbsterhöhung und der Selbstverbergung, die angewendet werden.

In unserem Fall ist der Sender offenkundig deutschsprachig und beschäftigt sich freiwillig oder notgedrungen mit den Vorlieben einer anderen Person.

Beziehung

Die Seite der Beziehung in einer Nachricht zu betrachten ist der Versuch, zu identifizieren wie der Sender zum Empfänger steht und was er von ihm hält. Durch die gewählte Formulierung, den Tonfall oder andere nonverbale Signale der Mimik oder Gestik wird die Beziehungsseite angesprochen. Auf dieser Seite ist der Empfänger meist besonders empfindlich, da er sich hier als Person in bestimmter Weise behandelt fühlt. Im obigen Beispiel könnte das etwa Bevormundung sein im Sinne von „mir wird gesagt, was er gerne isst, wie wenn ich das nicht ohnehin wüsste“. Auch Zurechtweisung wäre denkbar, wenn der etwa Sender vermitteln will „das hättest Du aber schon wissen können“, oder aber auch wenn der Empfänger dies so empfindet.

In beiden Fällen wird das Gespräch verkompliziert, da zwar durchaus der Sachinhalt anerkannt wird, aber auf der Beziehungsebene eine Ablehnung entsteht.

Wird eine Nachricht gesendet, also etwas gesagt, so wird dadurch immer auch eine gewisse Art von Beziehung ausgedrückt. Das heißt, der Empfänger erkennt beim

Empfang der Nachricht was der Sender von ihm hält und wie er ihn sieht. Fühlt sich der Empfänger durch die Beziehungsaspekt der Nachricht negativ berührt, so wird dies den weiteren Gesprächsablauf verkomplizieren, wenn nicht gar hemmen.

Aber die Beziehungsseite gibt auch Aufschluss darüber, wie der Sender die Beziehung zwischen ihm und dem Empfänger sieht, als ein Ausdruck dessen, wie die beiden zueinander stehen. Eine Nachricht enthält implizit auch eine Beziehungsbotschaft, welche das Verhältnis von Sender und Empfänger zum Ausdruck bringt. Es könnte sich dabei etwa um ein freundschaftliches, ein vertrautes, ein distanzierendes, ein sachliches, ein unfreundliches etc. Verhältnis handeln.

Im Praxisteil dieser Arbeit wird speziell auf das Verhältnis bzw. die Beziehung zwischen Gynäkologe/in und schwangerer Patientin eingegangen. Da die Schwangerschaft für die Frau eine sehr intensive Änderung ihres Lebens mit sich bringt und die Besuche beim Arzt Einfluss auf die Gesundheit von Mutter und Kind, aber auch auf das seelische Wohlbefinden der Mutter haben, ist es von Interesse, diese Situation näher zu betrachten.

Nun kann es allerdings sein, dass der Empfänger nicht einverstanden ist, mit der Art und Weise wie der Sender die Beziehung definiert. Er bzw. in diesem Beispiel Sie kann möglicherweise bestimmte Fragen als aufdringlich und unangemessen empfinden. Dies ist schon in einer normalen Gesprächssituation ein Problem, da sich der Empfänger dann meistens zurückzieht oder auch offensiv reagiert. Bei der Arzt/Patientin-Interaktion aber ist ein positiv geprägtes Gesprächsklima sehr wichtig für das gegenseitige Verständnis. Gegenseitig deshalb, weil der Arzt verstehen muss, was die Patientin bewegt, aber auch weil die Patientin verstehen muss, was ihr der Arzt vermitteln will. Dabei ist aber speziell der Arzt gefordert, der ja dafür geschult sein muss bzw. sein müsste, das richtige Verhältnis zwischen nicht übertriebener, aber doch gut verständlicher Darstellung zu finden.

Die Selbstoffenbarungsseite enthält vom Sender aus betrachtet eine *Ich-Botschaft*. Hingegen enthält die Beziehungsseite einerseits eine *Du-Botschaft* und andererseits ein *Wir-Botschaft*¹⁴.

¹⁴ Vgl. SCHULZ VON THUN, F. (1999). Miteinander reden 1. Störungen und Klärungen. Allgemeine Psychologie der Kommunikation. S. 28.

Appell

Die meisten Nachrichten haben den Zweck, den Empfänger zu etwas zu veranlassen, etwa zu einer Aktion oder zu einer Entgegnung. Die Funktion ist also, auf den Empfänger Einfluss zu nehmen etwas zu tun, zu denken, zu fühlen oder zu unterlassen. Dies kann offen geschehen oder aber auch in allen anderen Seiten der Nachricht versteckt sein, wobei dann von Manipulation gesprochen wird.

Wir alle kennen das, wenn etwa ein Kind wie auf Kommando zu Weinen beginnt um etwas zu bekommen. Damit drückt es auf der Selbstoffenbarungsseite aus „ich bin traurig“, auf der Beziehungsseite „du bist zuständig dafür, dass es mir wieder besser geht“, auf der Sachinhaltsseite „ich will dieses Spielzeug jetzt haben“ und auf der Appellseite „Du Erwachsener, gib mir das doch“. Es nützt alle Möglichkeiten einer Botschaft aus um den anderen dazu zu bringen, dem Appell Folge zu leisten.

Dies bedeutet aber auch, dass die Sachinhalts-, die Selbstoffenbarungs- und die Beziehungsseite nicht die Realität widerspiegeln sondern als Mittel zum Zweck eingesetzt werden, das heißt funktionalisiert werden.

Zwischen dem Appellaspekt und dem Beziehungsaspekt muss unterschieden werden, da mit ein und demselben Appell verschiedene Beziehungen einhergehen können bzw. unterschiedlich empfunden werden.

1.3.1.2. Nachricht und Botschaften

Eine Nachricht enthält viele Botschaften gleichzeitig, denn egal ob dies der Sender will oder nicht, sendet er immer gleichzeitig auf allen vier Seiten. Das quadratische Modell der zwischenmenschlichen Kommunikation dient dazu, die Fülle von verschiedenen Botschaften zu ordnen.

Als Beispiel könnte man folgende (fiktive) Aussage eines Arztes zu einer Schwangeren betrachten: „Ausgewogene Ernährung ist sehr wesentlich für eine normale Entwicklung des Babys“. Auf der Sachinhaltsseite reagiert der Arzt damit auf eine entsprechende Frage der Patientin oder aber vielleicht auf das gemessene Gewicht der Schwangeren. Auf der Selbstoffenbarungsseite macht er deutlich „mir ist wichtig, das Schwangere gesund Essen“ und auf die Beziehungsseite „als Ihr Arzt kann ich Ihnen Ratschläge geben, welche Sie befolgen sollten“. Auf der Appellseite

ist damit gemeint „achten Sie auf Ihre Ernährung“ oder vielleicht auch „achten Sie auf Ihr Gewicht“. Wie hieraus ersichtlich ist, können sich aus einer Nachricht sehr viele Möglichkeiten zu Missverständnissen und Fehlinterpretationen ergeben.

Die Nachricht¹⁵ ist also das ganze Paket mit seinen sprachlichen und nicht-sprachlichen Anteilen und darin sind gleichzeitig viele Botschaften enthalten. Bei der Nachricht kann es sich nur um ein Wort „Raus“ oder um einen einzigen „vielsagenden“ Blick handeln, es können aber auch mehrere Sätze oder eine ganze Rede sein. Was Grundlage der Analyse ist, bestimmt die praktische Zielsetzung.

Unterschieden werden explizite und implizite Botschaften, also solche, die ausdrücklich formuliert werden (explizit) bzw. jene, die in der Nachricht versteckt sind, ohne jedoch direkt formuliert zu sein (implizit). Die ausdrückliche oder indirekte Formulierung einer Botschaft ist auf jeder der vier Seiten des Modells der zwischenmenschlichen Kommunikation möglich. Anzunehmen wäre, dass die eigentlichen Hauptbotschaften explizit gesendet werden, was aber keineswegs der Fall ist. Oftmals wird sie implizit gesendet, auch um notfalls dementieren zu können: „das habe ich nicht gesagt“.

Implizite Botschaften sind oft in den nonverbalen Nachrichtenanteilen zu erkennen. Beispielsweise werden über die Stimme, die Betonung und Aussprache, die Mimik und Gestik Botschaften übermittelt, die zu erkennen geben, wie die sprachlichen Nachrichtenanteile zu verstehen sind. Es ist aber auch möglich, dass die nonverbalen Nachrichtenanteile das Gegenteil von den verbalen Nachrichtenanteilen ausdrücken, oder doch zumindest eine eigene Botschaft enthalten. Ein Beispiel dafür wäre der Arzt, der eine Patientin auffordert von ihren Beschwerden zu erzählen, aber gleichzeitig in seinen Unterlagen blättert. Einerseits müsste sich der Arzt zwar Zeit zum Zuhören nehmen, andererseits macht er aber durch das Blättern deutlich, dass er eigentlich keine Zeit hat.

Auch Schweigen ist eine Art von Kommunikation. Dieses Grundgesetz wird in dem Satz, der von Watzlawick & Beaven¹⁶ über die menschliche Kommunikation geprägt wurde, deutlich: „*Man kann nicht nicht kommunizieren*“. Jedes Verhalten beinhaltet eine Art von Mitteilung. Wenn beispielsweise eine Patientin von der Ordinationshilfe

¹⁵ Vgl. SCHULZ VON THUN, F. (1999). Miteinander reden 1. Störungen und Klärungen. Allgemeine Psychologie der Kommunikation. S. 33ff.

¹⁶ Watzlawick, P. & Beaven, J.H. (1969). Menschliche Kommunikation. Zit. nach SCHULZ VON THUN, F. (1999). Miteinander reden 1. Störungen und Klärungen. Allgemeine Psychologie der Kommunikation. S. 34.

in den Untersuchungsraum geschickt wird und dort den Arzt in seine Unterlagen vertieft sieht, ohne von ihr Notiz zu nehmen, so kann die Patientin darin eine Art von Nachricht wahrnehmen. Die Sachseite ist in diesem Fall leer, aber die Selbstoffenbarungsseite des Arztes sagt aus „Ich bin in meine Arbeit vertieft und möchte diese gerade nicht unterbrechen“. Die Beziehungsseite drückt aus „Die Patientin ist nicht wichtig genug um die (schriftliche) Arbeit des Arztes zu unterbrechen“ es ist ihr aus der Sicht des Arztes durchaus zuzumuten noch einige Minuten zu warten, da der Arzt ja der Ranghöhere ist und die Patientin diejenige, die etwas benötigt. Die Appellseite könnte lauten „Stören Sie mich jetzt nicht“.

Um auf die angesprochene Beziehungsseite in diesem Beispiel zurückzukommen sei festgestellt, dass Ärztinnen und Ärzte ihre Patientinnen auch als Kunden sehen sollten und sich selbst als Dienstleister. Um diesem Anspruch gerecht zu werden, ist die persönliche Einstellung des Arztes und die der beschäftigten Personen in der Ordination wichtig. Aber auch der zufriedenstellende Organisationsablauf in der Ordination, aus der Sicht der Patientinnen, ist dafür wesentlich.

1.3.1.3. Kongruente und inkongruente Nachrichten¹⁷

Widersprechen sich in einer Nachricht die verbalen und die nonverbalen Anteile, so ist die Rede von inkongruenten Nachrichten. Im Gegensatz dazu weisen bei kongruenten Nachrichten alle Signale in die gleiche Richtung. So passt ein freundliches Lächeln und eine einladende Handbewegung zu dem Satz „Kommen Sie doch herein.“ Besonders inkongruente Nachrichten, wo die verbalen und nonverbalen Signale nicht zusammenpassen, sollten eine Ärztin aufhorchen lassen. Beispielsweise kann eine Patientin auf die Frage „Wie geht es Ihnen?“ mit „Danke, gut“ antworten, aber durch Tonfall und Mimik ausdrücken, dass etwas nicht in Ordnung ist.

Für den Empfänger sind inkongruente Nachrichten verwirrend, besonders wenn sich die beiden (Sender und Empfänger) nicht gut kennen und daher nicht „aus Erfahrung“ wissen wie etwas gemeint ist. Was aber veranlasst den Sender, Nachrichten mit sich widersprechenden Botschaften zu senden? Inkongruente

¹⁷ Vgl. SCHULZ VON THUN, F. (1999). Miteinander reden 1. Störungen und Klärungen. Allgemeine Psychologie der Kommunikation. S. 35ff.

Nachrichten haben den Vorteil, dass sich der Sender nicht genau festlegt, also zur Not dementieren könnte. Ein Vorteil ist auch, dass die Regeln der Höflichkeit eingehalten werden und trotzdem dem Empfänger die eigentliche Botschaft (meist negativ) mitgeteilt wird. Oftmals ist dem Sender diese Widersprüchlichkeit gar nicht bewusst. Sie kann aber auch daraus resultieren, dass der Sender gegenteilige Gefühle hat bzw. mit sich selbst nicht ganz im reinen ist.

Für eine Ärztin ist es daher besonders wichtig, Patientinnen aufmerksam zuzuhören, Blickkontakt zu halten und auch ihre Körpersprache zu beobachten, um herauszufinden was diese wirklich bewegt. Aber vor allem umgekehrt muss einer Ärztin bewusst sein, dass durch nonverbale Signale wie Mimik, Gestik und Tonfall für eine Patientin ein ganz anderer Eindruck entstehen kann als vielleicht auf der Sachebene beabsichtigt war.

1.3.1.4. Mit vier Ohren empfangen¹⁸

Die vier Seiten des Nachrichten Quadrates aus der Sicht des Senders wurden ausführlich behandelt. Nun soll die Sichtweise des Empfängers näher betrachtet werden.

Die vier Seiten einer Nachricht ergeben auch vier Möglichkeiten, beim Empfang einen Schwerpunkt zu setzen. Das heißt, der Empfänger kann eine Nachricht auf alle vier möglichen Seiten hin durchleuchten.

Er wird versuchen, den Sachinhalt aufzunehmen. Um die Selbstoffenbarungsseite zu verstehen muss er den Sender einschätzen. Bei der Beziehungsseite kommt die persönliche Betroffenheit in Spiel, der Empfänger muss dabei abschätzen, wie der Sender zu ihm steht oder was er von ihm hält. Bei der Apellseite lautet die Frage, die sich der Empfänger stellen muss „Was soll ich tun, nachdem ich das nun gehört habe?“.

In den meisten Fällen wird der Empfänger nicht auf allen vier Seiten gleich stark hören bzw. „auf Empfang“ sein, sondern die eine oder andere Seite sogar komplett ausgeschaltet haben. Dies ist ihm oft nicht bewusst, aber es beeinflusst den Verlauf eines Gespräches so, dass es in ganz unterschiedliche Richtungen führen kann.

¹⁸ Vgl. SCHULZ VON THUN, F. (1999). Miteinander reden 1. Störungen und Klärungen. Allgemeine Psychologie der Kommunikation. S. 44ff.

Der Empfänger hat grundsätzlich die freie Auswahl, auf welche der vier Seiten einer Nachricht er reagiert bzw. welcher er überhaupt bewusst wahrnimmt. Diese Selektion aber macht die zwischenmenschliche Kommunikation sehr schwierig und kompliziert.

Das bereits angeführte Beispiel der Aussage eines Arztes zu einer Schwangeren: „Ausgewogene Ernährung ist sehr wesentlich für eine normale Entwicklung des Babys“ soll nun aus der Empfängersicht betrachtet werden.

Bei einer Reaktion auf den Sachinhalt würde vielleicht eine weitere Sachfrage der Schwangeren folgen (etwa nach konkreten Ernährungstipps).

Reagiert sie auf die Selbstoffenbarungsseite könnte etwa eine Erwiderung wie „Die Ernährung halten Sie für sehr wichtig, nicht wahr?“ stehen.

Bei einer Reaktion auf die Beziehungsseite könnte eine Antwort wie „Ja, ich weiß, dass Sie recht haben“ stehen.

Reagiert die schwangere Patientin auf die Apellseite, so wird sie vielleicht antworten „Ich verzichte eh’ schon auf die Schokolade und esse stattdessen mehr Obst“.

Störungen in der Kommunikation treten dann auf, wenn der Empfänger auf eine Seite Bezug nimmt, auf die der Sender eigentlich keinen großen Wert legen wollte. Problematisch wird es auch, wenn der Sender eine Seite stark betont (etwa die Sachseite) und dies vom Empfänger als unpersönlich empfunden wird. Dadurch kann die Sachinformation verfälscht aufgenommen werden, da sie durch zwiespältige Gefühle überdeckt wird.

Sachinhalt

Manche Empfänger (eher Männer und Akademiker) nehmen nur die Sachinhaltsseite einer Nachricht wahr und verkennen dadurch die Gesamtsituation, speziell dann, wenn ein Problem auf einer ganz anderen Ebene besteht. Beispielsweise könnte eine Schwangere über Übelkeit klagen und vom Arzt hören, dass dies in den ersten drei Schwangerschaftsmonaten normal sei und sie sich damit abfinden müsse. Damit wäre der Arzt zwar auf die Sachinhaltsseite eingegangen, jedoch nicht auf die Gesamtsituation der Frau, welche die Übelkeit möglicherweise als sehr starke Belastung empfindet. Die implizite Apellseite „Können Sie nichts dagegen tun?“ wird in dieser Situation vom Arzt nicht mehr aufgegriffen.

Beziehung

Manche Empfänger legen in neutrale Nachrichten eine Stellungnahme zu ihrer Person hinein und fühlen sich beispielsweise persönlich angegriffen. Das heißt, sie messen der Beziehungsseite einer Nachricht übermäßig große Bedeutung zu und vernachlässigen die anderen Seiten. So wird einer Auseinandersetzung auf der Sachinhaltsseite ausgewichen. Sinnvoll wäre es, durchaus auch bei sich selber, zu überprüfen, ob man nicht einer Äußerung fälschlicherweise einen anderen Schwerpunkt zuweist, als vom Sender vorgesehen. Oftmals hat eine Nachricht, welche ein Empfänger schwerpunktmäßig auf der Beziehungsseite hört, eher Selbstoffenbarungscharakter des Senders.

Selbstoffenbarung

Ob eine Nachricht eher Selbstoffenbarungs- oder eher Beziehungscharakter hat lässt sich oft nicht eindeutig klären. Allerdings erscheint es als sinnvoller, wenn der Empfänger der Selbstoffenbarungsseite des Senders mehr Aufmerksamkeit schenken würde, statt die Beziehungsseite übermäßig zu strapazieren und alles auf sich selbst zu beziehen. Die einfachste Variante, die schon das kleine Kind beherrscht, ist es, Äußerungen persönlich zu nehmen. Zu Überlegen, was und vor allem warum den ein Sender eigentlich eine Äußerung trifft ist schon schwieriger, da es der Empathie in eine andere Person bedarf. Für das Verständnis um die Gefühlslage eines anderen ist es wichtig, der Selbstoffenbarungsseite einen höheren Stellenwert zukommen zu lassen. Dies kann gleichzeitig mehr Gelassenheit auf der Beziehungsseite bedeuten. Für eine konstruktive Kommunikation ist die richtige Ausgewogenheit des Zuhörens maßgebend.

Beim aktiven Zuhören wird das Hören der Selbstoffenbarungsseite besonders ausgebildet. Dabei ist jedoch nicht die Diagnose oder Entlarvung „so einer bist Du also“ wichtig, sondern das Bemühen, sich in die Gefühls- und Gedankenwelt des Senders nicht-wertend einzufühlen steht im Vordergrund. Dadurch hilft der Empfänger dem Sender sich auf für ihn Wichtiges zu besinnen.

Eine Ärztin sollte beispielsweise durch gezielte und vor allem einfühlsame Fragestellung in der Lage sein, der Patientin bei der Formulierung ihre Gedanken zu

helfen. Dabei kann die Ärztin auf ihren Informationsvorschuss und ihre Erfahrung zurückgreifen, ohne allerdings dabei zu verallgemeinern.

Einige der befragten Frauen meinten, ihr Arzt habe die Fähigkeit, gewisse Dinge für sie klar zu machen, die sie ansonsten selber nicht bewusst hätten ansprechen können. Wie wichtig aktives Zuhören des Arztes für Patientinnen ist, zeigen die Ergebnisse der Befragung.

Appell

Manche Menschen hören aus jeder Nachricht sofort einen Appell heraus und sind ständig auf der Lauer, darauf zu reagieren. Sie möchten es allen Mitmenschen recht machen und deren Erwartungen entsprechen. Darüber vergessen sie aber, auf sich selbst zu hören und reagieren automatisch, weil dies gesellschaftlich positiv ankommt. Wünschenswert wäre allerdings, sich von diesen eingefahrenen Schnellreaktionen zu befreien und stattdessen Reaktionen zu ermöglichen, welche die äußeren und die inneren Umstände berücksichtigen. Der Empfänger sollte also nicht automatisiert reagieren, sondern seine eigene Persönlichkeit miteinbeziehen. Dies kann durchaus auch ein Schutz vor Verallgemeinerungen durch den Empfänger sein, denn Auseinandersetzung mit einem (vermeintlichen) Appell, statt umgehender Reaktion, bedeutet gleichzeitig auch, sich mit dem Sender und mit sich selbst zu beschäftigen.

Die ankommende Nachricht

Wenn man den Weg und die Möglichkeiten zur Verformung einer Nachricht betrachtet, kann man wohl nachvollziehen, wie viele Anlässe zur Fehlinterpretation ein Gespräch bietet. In einer Nachricht stecken jede Menge Botschaften aus allen vier Seiten des Nachrichtenquadrates, manche dieser Botschaften wurden vom Sender explizit eingefügt, andere implizit, manche absichtlich andere unabsichtlich. Diese Vielfalt von Botschaften kommt beim Empfänger an – aber wie sie dieser aufnimmt hängt wiederum von ihm ab. Je nachdem, welcher Seite der Empfänger besondere Aufmerksamkeit schenkt kann sich eine Nachricht sehr wesentlich verändern. Es bieten sich viele Möglichkeiten an, eine Nachricht falsch oder

unzureichend zu verstehen, damit ist nicht (nur) die sachliche Seite gemeint, sondern das ganze Paket mit allen vier Seiten der Verständigung. Wir alle kennen die Worte „das habe ich nicht so gemeint“ oder „das hast Du falsch aufgefasst“. Diese Missverständnisse rühren daher, dass der Sender einen Teil seines inneren Zustandes in Sprache übersetzen muss. Die Problematik dabei ist, dass Menschen manchmal mit verschiedenen Worten geringfügig oder auch stärker unterschiedliche Bedeutungen verbinden. Dies kann dann zu einer Fehlinterpretation beim Empfänger führen. Außerdem greift ein Empfänger zum Verstehen einer Nachricht automatisch auf seine Vorerfahrungen zurück und lässt auch seine Erwartungen und Befürchtungen miteinfließen.

Missverständnisse entstehen durch Störungen der Kommunikation, also wenn nicht auf allen vier Seiten sondern nur auf einer Seite kommuniziert wird.

Fehlinterpretationen in einem Gespräch liegen dann nahe, wenn Sender und Empfänger aus verschiedenen Sprachmilieus kommen oder schichtenspezifische Sprachgewohnheiten haben. Beispielsweise könnte man annehmen, dass eine Gynäkologin aufgrund ihrer höheren Bildung eher Hochdeutsch spricht, viele Patientinnen aber eher Dialekt sprechen. Das kann zu Störungen führen, weil sich vielleicht manche Patientin genötigt fühlt auch „schön“ zu sprechen und diese Situation Druck auf sie ausübt. Weiters kann die für einen Laien eher ungewohnte fachspezifische Sprache beim Arzt noch zu zusätzlicher Unsicherheit führen.

Die Zugehörigkeit zu verschiedenen Schichten verkompliziert eine Verständigung nicht nur auf der Sachebene sondern vor allem auch auf der Beziehungsebene.

Auch ein negatives Selbstbild eines Empfängers oder das Bild, welches der Empfänger vom Sender hat, kann eine Störquelle beim Empfang einer Nachricht darstellen. Weiters können so genannte korrelierende Botschaften für Störung sorgen. Dies ist der Fall, wenn zwar der Empfänger eine Seite der Nachricht korrekt empfängt, aber auf einer anderen Seite eine weitere Botschaft mithört, welche oftmals mit der Kernbotschaft gekoppelt ist. Ein Beispiel dafür wäre: Jemand sagt zu einer Frau mit einem fünf Monate alten Baby „Oh, so groß ist er schon“. Die Mutter versteht zwar, dass auf der Sachseite gemeint ist, wie schnell Babys in diesem Alter wachsen, reagiert aber vielleicht auf eine oftmals damit korrelierende Botschaft, nämlich wie „dick“ Babys in diesem Alter oft sind. Die Mutter könnte sich dadurch angegriffen fühlen und vielleicht erwidern „Ja, ich weiß, obwohl ich ihn nur stille

nimmt er so stark zu“. Das heißt, es wird eine andere Botschaft als die eigentlich gemeinte vom Empfänger aufgegriffen.

Wenn eine Nachricht beim Empfänger ankommt wird sie zuerst wahrgenommen (oft mit dem Schwerpunkt auf einer Seite) und dann interpretiert (mit dem Hintergrund der Persönlichkeit, der Erwartungen und Erfahrungen des Empfängers). Beim Empfänger entsteht dabei ein Gefühl, im obigen Beispiel könnte es Verärgerung der Mutter sein.

Die Reaktion auf einer Nachricht hängt von den drei Vorgängen des Wahrnehmens, des Interpretierens und des Fühlens ab. Die Gesprächssituation beim Arzt, wo einerseits notwendigerweise auf sehr persönliche Belange einer Schwangeren Bezug genommen wird, sich aber andererseits die beiden beteiligten Personen nicht nahe stehen, lässt viel Spielraum für Fehlinterpretationen und Missverständnisse zu. Die Beschäftigung mit dem Thema der zwischenmenschlichen Kommunikation könnte für Ärzte eine Bereicherung darstellen, in ihrem Verhältnis zu den Patientinnen.

1.3.2. Arzt-Patienten-Interaktionen

Eine Änderung des Zugangs zu Ärzten zeichnet sich in unserer Gesellschaft ab. War der Arzt früher der „Gott in weiß“, dem bedingungslos Glauben geschenkt wurde und dem man nicht widersprach, so ist die Beziehung zwischen Arzt und Patienten nun von stärkerer Interaktion gekennzeichnet. Patienten stellen Meinungen und Vorschläge der Experten häufiger in Frage und sind generell besser informiert, sie übernehmen aber auch mehr Verantwortung für ihre Gesundheit bzw. Krankheiten.

Es kann grundsätzlich eine Unterscheidung zwischen drei verschiedenen Entscheidungsmodellen (*paternalistic, shared oder informed decision making*) der Arzt-Patienten-Beziehung getroffen werden¹⁹.

Ebner unterscheidet nur zwischen zwei, nämlich dem *medicozentrierten* Ansatz und dem *partizipativen/patientenorientierten* Ansatz²⁰. Sowohl die eingesetzten Instrumente als auch die zugrunde liegenden Wertbilder sind sehr verschieden.

¹⁹ Vg. BÜCHI, M. u.a. (2000): Alle Macht den Patienten? Vom ärztlichen Paternalismus zum Shared Decision Making. Online: www.saez.ch/pdf/2000/2000-49/2000-49-1017.PDF (29.06.2003)

Der medicozentrierte Ansatz

Der *medicozentrierte Ansatz* versucht, das Verhalten der Patienten gezielt zu beeinflussen. Dies geschieht etwa durch eine Reduktion der Information auf die wichtigsten Botschaften, die Vermeidung von potentiellen Problemen durch Hinweise und den bewussten Einsatz von Wiederholungen von Anweisungen. Dieser Ansatz basiert auf der klassischen bevormundenden Arzt-Patienten-Beziehung (*paternalistic decision making*), mit einem relativen Informationsungleichgewicht zum Nachteil des Patienten. In der Praxis bedeutet dies, dass der Patient kooperiert und befolgt, was ihm der Arzt nach bestem Wissen und Können empfiehlt und verordnet. Allerdings besteht bei diesem Modell die Gefahr, dass die Grenze zwischen wohlwollender Beratung und Bevormundung überschritten wird.

Der partizipative/patientenorientierte Ansatz

Der *partizipative/patientenorientierte Ansatz* hingegen versucht, Patienten zu befähigen, ihre Interessen und Bedürfnisse selbständig wahrzunehmen und zu vertreten. Die Selbstbestimmung des Patienten und seine Wünsche und Bedürfnisse in Bezug auf die Behandlung seiner Krankheit stehen im Vordergrund. Die Patienteninformation soll mithelfen, den Patienten zu befähigen an Entscheidungen mitzuwirken und seinen Präferenzen Ausdruck zu verleihen. Der Patient soll zu Eigenverantwortung ermutigt werden und die Unterstützung dabei liegt im intensiven Austausch von Kenntnissen und Erfahrungen zwischen Arzt und Patient. Dieses Modell wird auch als *shared decision making* bezeichnet und kennzeichnend dafür ist der intensive Austausch zwischen Arzt und Patient, wobei Wissen und Wertvorstellungen gegenseitig mitgeteilt werden. Angenommen wird dabei, dass der Patient nicht nur Information sucht, sondern vor allem intensive Kommunikation während des gesamten Prozesses der Entscheidungsfindung.

²⁰ Vgl. EBNER, H.: Macht Wissen gesund? Über die Bedeutung und Funktion der Patienteninformation im Zeitalter der Informationsgesellschaft. In: HENGL, W. & MEGGENEDER, O. (Hrsg.) (2002),

Das informed-decision-making-Modell

Das dritte Entscheidungsmodell des *informed decision making* wurde vom freien Markt übernommen. Es setzt einen kompetenten Käufer voraus, der zwischen verschiedenen Möglichkeiten rational abwägt und dann eine optimale Entscheidung trifft. Der Arzt wird hier zum Lieferanten von möglichst objektiver Information reduziert, die Verantwortung mit all seinen Konsequenzen einer Entscheidung liegt allerdings beim Patienten. Bei diesem Modell wird erstens davon ausgegangen, dass der Patient trotz seiner Erkrankung fähig ist eine Entscheidung zu treffen und zweitens, dass die Information so umfassend und objektiv ist, dass der Patient eine rationale Entscheidung fällen kann.

Es stellt sich allerdings die Frage, ob alle Patienten an der Entscheidungsfindung mitwirken wollen. Denn Verantwortung zu übernehmen kann Angst machen und überfordern. Eine Problematik dabei ist weiters die Vermittlung von Informationen. Wie aus der Werbung bekannt ist, können Inhalte je nach Bedarf sehr unterschiedlich dargestellt werden und auch so genannte hard facts, etwa Wahrscheinlichkeiten für oder gegen etwas, lassen oftmals sehr viel Interpretationsspielraum zu.

Es wird von der Annahme ausgegangen, dass sich selbstverantwortliche Patienten potentiell gesundheitsförderlicher verhalten als andere. Ob sich ein Modell des informed decision making wirklich positiv auf die finanzielle Situation des Gesundheitswesens auswirkt ist allerdings noch nicht systematisch und genügend untersucht worden.

In einem partizipativen Kommunikationsmodell bringt jeder Partner Inputs ein und profitiert dabei von den Inputs des anderen. Die Patientin bringt das Wissen über ihre persönlichen Präferenzen und Bedürfnisse ein, wobei sie der Arzt empathisch unterstützen sollte. Der Experte verfügt über das Fachwissen bezüglich medizinischer Risiken und Chancen, aber auch über organisationsbedingte Möglichkeiten und Grenzen und stellt dies in Form von Aufklärungsinformation zur Verfügung. Im gemeinsamen Gespräch und mit der Beratung durch den Arzt soll so der Behandlungsablauf klar werden. Aus den Ergebnissen dieser Studie kann geschlossen werden, dass sich schwangere Frauen sehr wohl einen intensiven

Austausch mit ihrer Ärztin wünschen, wobei auf ihre persönlichen Präferenzen eingegangen werden soll. Nur die alleinige Bereitstellung von Information dürfte aber den meisten Frauen zu wenig sein, worauf die Bemerkung „er ist der Arzt und hat Medizin studiert und daher muss er wissen, was gut für mich ist“ schließen lässt. Auch die Annahme, dass sich Nicht-Erstgebärende eher auf sich selbst und ihre eigenen Erfahrungen verlassen hat sich nicht bestätigt.

1.3.3. Scham in der Arzt-Patientinnen-Beziehung

Die Situation bei einem Gynäkologen kann von Frauen als beschämend und peinlich empfunden werden. Wie vom Arzt mit diesem natürlichen Schamgefühl der Patientin umgegangen wird, hat großen Einfluss auf das Gesprächsklima zwischen beiden. Wie aus den Befragungen hervorgeht, sind manche Ärzte in der Lage, eine Atmosphäre zu schaffen, in der sich eine Frau wohlfühlen kann, auch wenn sie teilweise nackt ist und sich intimen Untersuchungen unterziehen muss. Einige Patientinnen sind der Meinung, dass bei weiblichen Gynäkologinnen eher eine vertraute Atmosphäre herrscht als bei männlichen. Es wurden aber auch einige männliche Gynäkologen explizit sehr gut beurteilt in dieser Hinsicht. Wahrscheinlich liegt dies daran, dass diese Ärzte den Gefühlen einer Patientin gegenüber offen sind und sich stimmungsmäßig auf sie einstellen können. Neben der wissenschaftlichen und fachlichen Ausbildung von Ärzten, sollte auch die Wahrnehmung und Einschätzung der emotionalen Seite der Arzt-Patientinnen-Beziehung geschult werden.

Ein Besuch beim Gynäkologen bedeutet für Frauen oftmals notwendigerweise eine Überschreitung ihrer persönlichen Schamgrenze, sowohl in Bezug auf die körperliche Untersuchung als auch in Bezug auf die notwendigen Fragen bzw. die Anamnese. Durch die Untersuchungen²¹ und die vielfältigen, objektiv messbaren Daten, die dabei erstellt werden, kann sich eine Patientin als Objekt fühlen und dem Arzt gegenüber „zumachen“ bzw. eine Abwehrhaltung entwickeln. Ein guter Arzt sollte erkennen, dass sich dahinter Schamgefühle verbergen und nicht mangelnder Kooperationswille. Daher ist es wichtig, dass in einer Arzt-Patientinnen-Beziehung

²¹ Vgl. HEIDEGGER; M. & LEVINAS, E.: Die Mitwelt – Der Andere. In: PFAU, B. (1998): Scham und Depression. Ärztliche Anthropologie eines Affektes. Verlag Schattauer: Stuttgart. S. 48ff.

auch auf die emotionale und persönliche Seite eingegangen wird um eine ganzheitliche Sicht der Patientin zu ermöglichen. Dafür ist viel Einfühlungsvermögen von Seiten des Arztes gefragt, aber auch in der Ausbildung sollte eine Bewusstmachung dieser Problematik erfolgen. Wie Pfau²² aufzeigt, ist ein Ansatz das Rollenspiel von Medizinstudenten, um das Problem des emotionalen Erlebens von Kranksein und Scham erkennbar zu machen. Eine relativ simple und sehr einsichtige Forderung wäre, dass sich die Patientin nur soweit ausziehen muss, wie dies für die Untersuchung notwendig ist. Bei manchen Ärzten allerdings hat die Frau nicht die Möglichkeit, sich zwischen Brustuntersuchung und vaginaler Untersuchung teilweise wieder anzukleiden. Wäre dies möglich, so wäre das Gefühl der Entblößung und damit einhergehend das Gefühl der Scham weniger stark. Der Arzt würde somit bewusst machen, dass er um das Problem der Entblößung weiß und darauf achten wird, dass die Integrität und Identität der Patientin gewahrt wird.

1.4. Studiendesign

Zielgruppe

Der praxisorientierte Teil dieser Arbeit besteht aus Interviews von betroffenen Frauen. Entweder sind diese Frauen zum Zeitpunkt der Befragung schwanger oder sie haben kürzlich ein Kind geboren. Die schwangeren Befragten befinden sich etwa in der zweiten Hälfte oder im letzten Drittel der Schwangerschaft, da hier bereits einige Erfahrungen in Bezug auf die Behandlung durch Frauenärzte anzunehmen sind. Bei den befragten jungen Müttern liegt die Geburt bis zu maximal 11 Monaten zurück, da anzunehmen ist, dass die Eindrücke der Schwangerschaft im Verlauf der Zeit verblassen.

²² Vgl. PFAU, B. (1998): Scham und Depression. Ärztliche Anthropologie eines Affektes. Verlag Schattauer: Stuttgart. S. 7f und S. 93ff .

Stichprobe

Die Befragung konzentrierte sich auf das östliche Oberösterreich, speziell im Großraum Linz – Steyr - Wels und auf das angrenzende westliche Niederösterreich (Mostviertel). Einige Frauen aus Niederösterreich haben zwar ihren Frauenarzt bzw. ihre Frauenärztin in Steyr oder Umgebung, entbinden aber beispielsweise in einem niederösterreichischen Krankenhaus. Dies ist besonders bei Frauen, die am Land wohnen öfter der Fall, da die Distanz hier nicht ganz so wichtig ist, weil ohnehin ein Auto gebraucht wird um zum Arzt zu kommen.

Es stellte sich die Frage, wie man Frauen, die in die Zielgruppe der zu Befragenden fallen, finden kann. Dazu wurde zuerst der nähere und weitere Bekanntenkreis „durchforstet“, wodurch sich das eine oder andere Interview ergab. Ein zweiter Schritt war, mein Anliegen nach Interviewpartnerinnen publik zu machen (wiederum im Bekanntenkreis) wodurch sich einige weitere Interviews mit mir vorher unbekanntem Frauen ergaben. Auch bei einem Mutter-Kind-Treffen fand ich Frauen, welche sich zur Befragung bereit erklärten. Die Hebamme dieses Treffens wiederum hat für mich den Kontakt zur leitenden Hebamme der Frauenklinik in Linz hergestellt. Sowohl im Warteraum der Schwangerenambulanz der Frauenklinik in Linz, als auch des Landeskrankenhauses Steyr waren viele Frauen bereit zu einer Befragung.

Die Interviews fanden in verschiedenen Umgebungen statt. Zumeist in den Warträumen von Krankenhäusern oder bei den Befragten Zuhause. Einige fanden bei der Interviewerin Zuhause, an der Universität oder in einem Café statt.

Thematische Schwerpunkte (Operationalisierung)

Schwangerschaftsbezogene Daten der Befragten

Die Anzahl der Schwangerschaften, Einlings- oder Mehrlingsschwangerschaft und Geburtsort sind Aspekte, die unter diesem Themenbereich von Interesse sind.

Informationen zum Frauenarzt

Hier werden allgemeine Informationen wie Praxisort, Vertragsstatus, Geschlecht und Gründe für Wahl oder Wechsel des Facharztes erhoben.

Allgemeine Gesprächssituation

Zur Erklärung der allgemeinen Gesprächssituation zählt die Frage nach der Art des Gesprächsbeginns und der Gesprächsinhalte, aber auch wie der Arzt auf Fragen eingeht, ob er genügend Einfühlungsvermögen beweist, sich genügend Zeit nimmt und gut zuhören kann und die Sorgen der Patientin ernst nimmt.

Die Inhalte, die Verständlichkeit und der Umfang von ärztlichen Antworten sowie die Verwendung bzw. Erklärung von Fachausdrücken und Fremdwörtern als auch die Mitteilung über das Geschlecht des Kindes werden ebenfalls unter diesem Themenblock abgefragt.

Wahrgenommene Einstellung des Arztes zu schwangerschaftsnahen Themen und Geburt

Unter diesem Themenbereich wird festgestellt, ob Gynäkologen Informationen über ergänzende Methoden der Schulmedizin, Geburt, Geburtsvorbereitungskurse und Betreuung durch Hebammen anbieten, aber auch die Frage nach der Anwesenheit des Arztes bei der Geburt.

Auswahl und Beurteilung des Arztes

Hier werden Auswahlkriterien für einen Gynäkologen gesucht, die Gesprächssituation wird mittels verschiedener Attribute und der Verwendung von Hochdeutsch oder Dialekt bezeichnet und eine Beurteilung der Qualifikation und Beschreibung des Verhaltens des Arztes sowie die Zufriedenheit mit der Person des Arztes werden ermittelt. Außerdem werden Änderungen im Gesprächsklima, Komplikationen während der Schwangerschaft, Schwangerschaftsabbruch und Erfahrungen während früherer Schwangerschaften erhoben.

Der „ideale“ Gynäkologe

Hier wird erhoben ob bei Unzufriedenheit mit dem Arzt während der Schwangerschaft ein Wechsel erfolgen würde, inwieweit das Geschlecht und das Alter des Arztes sowie etwaige Kosten für einen Wahlarzt von Bedeutung sind. Auch der Wunsch nach einer Begleitung durch eine Bezugsperson während Schwangerschaft, Geburt und der ersten Zeit danach wird erfragt.

Einstellungen der Befragten

Die Einstellung der Frauen soll durch Themen wie die Wichtigkeit der Vorsorgeuntersuchungen des Mutter-Kind-Passes, die Befolgung von Ratschlägen durch den Arzt als auch die empfundene Intensität der Belastung von Schwangerschaft und Mutterschaft charakterisiert werden.

Rahmenbedingungen und Organisationsablauf der Arztpraxis

Ermittelt werden hier die Zufriedenheit mit der Erreichbarkeit, Ordinationszeiten, Voruntersuchungen durch die Ordinationshilfe sowie die Wartezeit und Fahrzeit. Auch die Aushändigung von Ultraschallbildern sowie deren Kosten, die Anwesenheit des Kindsvaters bei Untersuchungsterminen sowie die gesamte Zufriedenheit sind Thema dieses Bereiches.

Demographie der Befragten

Hier werden das Alter, der Beruf, der Wohnort und die Frage nach geplanter oder ungeplanter Schwangerschaft erhoben.

Datenerhebung

Zur Erreichung der vorgesehenen Zielstellungen eignen sich Interviews bzw. Befragungen. Besonders geeignet sind dafür problemzentrierte Interviews²³, denn hier hat die Befragte die Möglichkeit offen Antworten zu formulieren, ohne zwischen vorgegebenen Antwortalternativen wählen zu müssen. Dies hat unter anderem den Vorteil, dass die Befragte ihre ganz subjektiven Perspektiven offen legen kann. Einige wenige Fragen – etwa die Beurteilung der Qualifikation der Ärzte – bedingen zur leichteren Vereinheitlichung allerdings Antwortkategorien beispielsweise in Form von Schulnoten. Wichtig ist allerdings, trotz der vorgegebenen Antwortkategorien Spielraum für zusätzliche Äußerungen zu lassen. Ziel dieser Form der Befragung ist es außerdem, eine Vertrauensbeziehung zwischen Interviewer und Befragter zu schaffen um auch über heikle Themen ehrliche Antworten zu erhalten.

Unter problemzentrierten Interviews versteht man alle Formen der offenen, halbstrukturierten und qualitativen Befragungen. Die Befragte soll dabei möglichst frei zu Wort kommen und die Interviewsituation soll einem offenen Gespräch nahe kommen. Es ist aber auf eine bestimmte Problemstellung zentriert und es liegt am Interviewer, immer wieder darauf zurückzukommen, sollte die Befragte im Gespräch abschweifen. Die gewählte Problemstellung wurde bereits vorneweg festgelegt, analysiert und bestimmte, wesentliche Aspekte daraus wurden erarbeitet. Im Gesprächsleitfaden werden diese, für das Thema wesentlichen Bereiche, zusammengestellt und im Gesprächsverlauf angesprochen.

Die Grundprinzipien²⁴ dieser Vorgehensweise - wie sie Witzel definiert - liegen in folgenden drei Merkmalen:

Die *Problemzentrierung* meint, dass an gesellschaftlichen Problemstellungen angesetzt werden soll, deren wesentliche objektive Aspekte der Forscher sich bereits vor der Interviewphase erarbeitet.

Die *Gegenstandsorientierung* des Verfahrens meint, dass seine konkrete Gestaltung auf den spezifischen Gegenstand bezogen sein muss und nicht in der Übernahme fertiger Instrumente bestehen kann.

²³ Vgl. MAYRING, P. (1990). Einführung in die qualitative Sozialforschung. Eine Anleitung zum qualitativen Denken. München: Psychologie Verlags Union. S. 46ff.

²⁴ Vgl. WITZEL, A. (1982). Verfahren der qualitativen Sozialforschung. Überblick und Alternativen. Frankfurt: Campus. S. 72f.

Bei der *Prozessorientierung* geht es schließlich um die flexible Analyse des wissenschaftlichen Problemfeldes, eine schrittweise Gewinnung und Prüfung von Daten, wobei Zusammenhang und Beschaffenheit der einzelnen Elemente sich erst langsam und in ständigem reflexivem Bezug auf die dabei verwendeten Methoden herauschälen.

Hierbei handelt es sich also um ein eindeutig qualitatives Verfahren, wobei für die Interviewdurchführung noch ein weiteres Merkmal von Bedeutung ist: die *Offenheit*. Damit ist gemeint, dass die Befragten frei antworten können, ohne aus vorgegebenen Antwortalternativen wählen zu müssen und an diese gebunden zu sein. So können die subjektiven Bedeutungen der Antworten besser erfasst werden und die Befragten können selber Zusammenhänge des Themas entwickeln. Auch die Überprüfbarkeit des Verständnisses für die Fragen ist bei offenen Antworten möglich. Zielt die gegebene Antwort nicht auf die Fragestellung ab, so besteht die Möglichkeit, dass die Frage falsch verstanden wurde. Der Interviewer hat dann die Möglichkeit, nochmals nachzufragen bzw. anders zu formulieren, um doch das zu erfahren, was von Interesse ist.

Wichtig in einer Interviewsituation ist die Warm-up-Phase, in der vor allem eine vertrauensvolle Beziehung zwischen Interviewerin und Befragter geschaffen werden soll. Die Befragte sollte das Gefühl haben, freiwillig und gerne zu erzählen. Sie soll sich ernstgenommen fühlen und nicht ausgehorcht. Am Interviewer liegt es, eine möglichst gleichberechtigte und offene Situation zu schaffen. Im verwendeten Gesprächsleitfaden dieser Arbeit finden sich dazu einige Einstiegsfragen, wie solche nach Name und ev. auch Geburtsgewicht des Kindes. Fragen dieser Art wären zwar für die Erfassung der gewünschten Daten nicht notwendig, sollen aber dazu dienen, der Befragten Interesse an ihr und am Kind zu symbolisieren so dass sie sich in der Interviewsituation möglichst wohl fühlt. Nicht alle Einstiegsfragen müssen im Interviewleitfaden ausformuliert sein. Es ist dem Interviewer überlassen, diese je nach Situation zu formulieren.

Mayring formuliert folgende Grundgedanken:

→ Das Problemzentrierte Interview wählt den sprachlichen Zugang, um seine Fragestellung auf dem Hintergrund subjektiver Bedeutungen, vom Subjekt selbst formuliert, zu eruieren.

- Dazu soll eine Vertrauenssituation zwischen Interviewer und Interviewten entstehen.
- Die Forschung setzt an konkreten gesellschaftlichen Problemen an, deren objektive Seite vorher analysiert wird.
- Der Interviewte wird zwar durch den Interviewleitfaden auf bestimmte Fragestellungen hingelenkt, soll aber offen, ohne Antwortvorgaben, darauf reagieren.

Dies sagt bereits viel aus, über den Ablauf eines problemzentrierten Interviews, bei dem die Formulierung und Analyse des Problems immer am Anfang stehen muss. Daraus werden die zentralen Forschungsaspekte für den Interviewleitfaden zusammengestellt. Dieser enthält die verschiedenen Gesprächsthemen in einer vernünftigen Reihenfolge und nach Themenbereichen zusammengefasst. Entweder sind nur Formulierungsvorschläge für die Fragen gemacht oder es werden bereits die Fragen niedergeschrieben wie sie gestellt werden sollen. Ist die zweite Variante der Fall, so sollte allerdings der Interviewer genügend Flexibilität beweisen um den Zeitpunkt der Fragestellung zu ändern, falls sich dies aus dem Gespräch heraus ergeben sollte. Greift beispielsweise eine Befragte einem Themenbereich oder einer einzelnen Frage vor, so sollte sie nicht unterbrochen werden, sondern das Interview einfach kurzfristig anders strukturiert werden als vorgesehen. Allerdings darf der Interviewer nicht vergessen, übersprungene Fragen nochmals aufzuwerfen um möglichst viele benötigte Fakten bzw. Eindrücke und Darstellungen zu erhalten.

Die nächste Phase ist die so genannte Pilotphase, in der Probeinterviews durchgeführt werden. Dies dient dazu, um Schwachstellen des Gesprächsleitfadens herauszufinden. Diese können in verschiedenen Bereichen liegen, wie der Formulierung der Fragen, im Ablauf oder in der Struktur der Fragen oder im mangelnden Verständnis der Fragen durch die Befragten. Dies macht eine Modifizierung des Fragebogens bzw. eine Umgestaltung und Umformulierung der Fragen notwendig um auch wirklich das zu erfassen, was erfasst werden soll. Die Pilotphase dient aber auch der Interviewerschulung, das heißt die Interviewerin hat die Möglichkeit auszutesten, welche Situation oder welches Verhalten ihrerseits notwendig ist um die geforderte vertrauensvolle Atmosphäre herzustellen und um ehrliche und offene Antworten zu erhalten.

Die Erfahrung hat mir gezeigt, dass diese Pilotphase sehr wesentlich zum Erfolg beiträgt und der Interviewleitfaden (der aus meiner Sicht vermeintlich schon fertig war) noch sehr vielen notwendigen Änderungen unterworfen war.

Ein Kriterium für die durchdachte Formulierung der Themen und Fragen und eine sinnvolle Reihung ist, dass dadurch auch die Ausarbeitung der Antworten so weit wie möglich vereinfacht werden soll.

Nach der Pilotphase beginnt die eigentliche Interviewphase. Mayring unterscheidet bei den Gesprächen zwischen folgenden drei wesentlichen Teilen²⁵:

→ *Sondierungsfragen* sind ganz allgemein gehaltene Einstiegsfragen in eine Thematik. Dabei soll eruiert werden, ob das Thema für den einzelnen überhaupt wichtig ist, welche subjektive Bedeutung es für ihn besitzt.

→ *Leitfadenfragen* sind diejenigen Themenaspekte, die als wesentlichste Fragestellungen im Interviewleitfaden festgehalten sind.

→ *Ad-hoc-Fragen* werden vom Interviewer spontan formuliert. Entweder weil sie für die Themenstellung oder für die Erhaltung des Gesprächsfadens bedeutsam sind. Oft ergeben sich während des Interviews Aspekte, die im Leitfaden nicht verzeichnet sind und eines Nachfragens bedürfen.

Anwendungsgebiete des problemzentrierten Interviews sind überall dort, wo schon einiges über den Gegenstand bekannt ist und spezifische Fragestellungen im Vordergrund stehen. Das heißt, theoretische oder praktische Vorkenntnisse fließen in die Fragestellung mit ein und beeinflussen diese nachträglich. Der Interviewer kennt sich also aus bei dem Themengegenstand und ist dadurch in der Lage, im Leitfaden seine persönlichen Erfahrungen und Kenntnisse einfließen zu lassen. Auch während des Interviews besteht die Möglichkeit dazu, aber nur falls es unumgänglich scheint, beispielsweise um entweder die Befragte „aus der Reserve zu locken“ oder das Gespräch im Gange zu halten. Grundsätzlich aber sollte die Interviewerin eine neutrale Haltung anstreben, denn alle eigenen Erfahrungen beinhalten meist auch eine Werturteil oder eine Wertschätzung, was bei der Befragten zu Unsicherheit führen kann. Im Zweifelsfall sollte eher Zurückhaltung geübt werden und nur sachlich

²⁵ Vgl. MAYRING, P. (1990). Einführung in die qualitative Sozialforschung. Eine Anleitung zum qualitativen Denken. München: Psychologie Verlags Union. S. 48f.

gesprächen werden, all diese Vorschläge sind aber sehr abhängig von der Person der Befragten.

Ein anderer wichtiger Punkt von problemzentrierten Interviews liegt in der teilweisen Standardisierung des Leitfadens. Dadurch wird die Vergleichbarkeit von verschiedenen Interviews erleichtert, weil sich das gewonnene Datenmaterial von vielen Gesprächen auf die jeweiligen Fragen des Leitfadens zurückführen lässt. Die Auswertung wird durch teilweise Standardisierung vereinfacht.

Der Vollständigkeit halber sei erwähnt, dass sich problemzentrierte Interviews auch für größere Stichproben eignen, eben wegen der vereinfachten Auswertung im Vergleich zu anderen Erhebungsmethoden.

In der vorliegenden Arbeit wurden 30 Frauen befragt und diese Ergebnisse wurden ausgewertet. Unterschieden wurde dabei grundsätzlich zwischen Befragung während der Schwangerschaft und nach der Geburt. Dahinter liegt die Annahme, dass durch Geburt und Mutterschaft Erfahrungen während der Schwangerschaft „überdeckt“ werden können und vergessen werden.

Andererseits ist es aber auch möglich, dass eben durch diese Erfahrungen etwa während der Geburt (bei der in den meisten Fällen der behandelnde Gynäkologe nicht anwesend ist) Erwartungen geweckt werden und Frauen erst bewusst wird, wie die Schwangerschaftsbetreuung abgelaufen ist.

Diese Aspekte sind der Hauptgrund dafür, warum beide Gruppen befragt wurden. Dass sich durch die etwas weitere Auslegung der Zielgruppe auch die Auffindung von bereitwilligen Gesprächspartnerinnen erleichtert sei nur am Rande erwähnt.

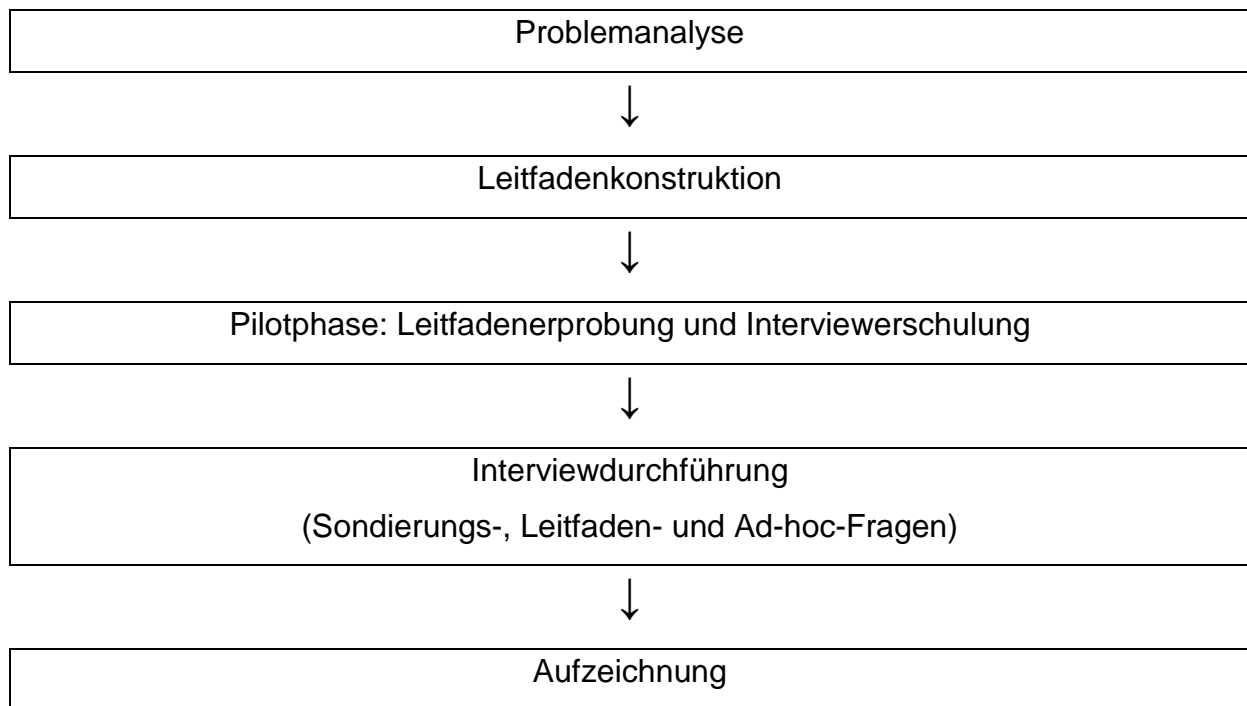


Abb.1: Ablaufmodell des problemzentrierten Interviews²⁶.

1.5. Methodik der Datengewinnung und -auswertung

Die Datenerhebung erfolgte durch problemzentrierte Interviews. Die Daten wurden mittels des Verfahrens der qualitativen Inhaltsanalyse ausgewertet wobei Aussagen der Befragten generalisiert werden um Kategorien zu finden, zu welchen eine eindeutige Zuordnung möglich ist. Das heißt, der Grundgedanke der qualitativen Inhaltsanalyse ist die systematische Analysierung von Texten und sprachlichem Material. Dabei wird das Ausgangsmaterial zergliedert und schrittweise bearbeitet und es wird ein Kategoriensystem erstellt, in dem die Analyseaspekte festgelegt werden. Die drei Grundformen der qualitativen Inhaltsanalyse – wie sie unter den Auswertungsverfahren näher beschrieben werden - sind die Zusammenfassung, die Explikation und die Strukturierung.

²⁶ Vgl. MAYRING, P. (1990). Einführung in die qualitative Sozialforschung. Eine Anleitung zum qualitativen Denken. München: Psychologie Verlags Union. S. 48.

Das Aufbereitungsverfahren

Eine exakte und angemessene Beschreibung²⁷ des Forschungsgegenstandes ist sehr wesentlich. In der qualitativen Forschung ist dabei die Datenaufbereitung ein wesentliches Kriterium. Das erhobene Material muss festgehalten, aufgezeichnet, aufbereitet und geordnet werden, bevor mit der Auswertung begonnen werden kann. Dazu bietet sich entweder die Mitschrift an, wobei dies meist nicht wörtlich möglich ist sondern nur nach Stichworten. Nach dem Interview müssen dann die Stichworte möglichst wahrheitsgetreu ausformuliert werden. Daraus ergeben sich meist Probleme der Wahrnehmung und Verzerrung durch den Interviewer. Daher wird das Gespräch in den meisten Fällen mittels eines Tonbandgerätes aufgezeichnet, natürlich nur mit dem Einverständnis der Befragten. Dies eignet sich vor allem dazu um auch größere und komplexe Datenmengen korrekt aufzuzeichnen. Probleme bei Mitschriften liegen auch darin, dass die Befragte auf die nächste Frage warten muss und daher ein größerer Zeitaufwand erforderlich ist und der Gesprächsfluss unterbrochen wird. Beim ersten Probeinterview stand noch kein Diktiergerät zur Verfügung, was mit ein Grund dafür war, dass die Befragung mehr als doppelt so lange (etwa 45 Minuten) dauerte wie die nachfolgenden (etwa 20 Minuten).

Ein Vorteil der wörtlichen Transkription nach einer Tonbandaufnahme liegt darin, dass man das Datenmaterial dann schriftlich zur Verfügung hat und darin Notizen und Randbemerkungen machen kann und Unterstreichungen und Durchstreichungen ausführen kann. Etwas Geschriebenes vor sich zu haben, also schwarz auf weiß, erleichtert die Auswertung sehr, da man leichter Vergleiche durchführen bzw. einfach blättern kann. Oftmals müssen Aussagen in ihrem Kontext gesehen werden, da sie aus dem Zusammenhang gerissen vielleicht eine andere Bedeutung hätten. Bei der wörtlichen Transkription wird also das gesprochene Wort in ein normales Schriftdeutsch übertragen, der Dialekt weitestgehend bereinigt und Satzbaufehler werden behoben. Allerdings sollten bestimmte Aussagen, die eine beschriebene Situation oder ein bestimmtes Gefühl besonders deutlich widerspiegeln, originalgetreu übernommen werden, um dies dem Leser auf ähnlich eindringliche Weise übermitteln zu können.

²⁷ Vgl. MAYRING, P. (1990). Einführung in die qualitative Sozialforschung. Eine Anleitung zum qualitativen Denken. München: Psychologie Verlags Union. S. 60ff.

Der nächste Schritt besteht in der Zusammenfassung der einzelnen Gesprächsprotokolle. Der Grundgedanke dabei ist, das Allgemeinniveau des Materials erst zu vereinheitlichen und dann schrittweise höher zu setzen, denn mit steigendem Abstraktionsgrad verringert sich der Materialumfang. Dies läuft methodisch kontrolliert ab, indem einzelne Bedeutungseinheiten integriert, gebündelt oder auch fallengelassen werden weil sie etwa im allgemeineren Text schon aufgegangen sind. Mayring formuliert sechs mögliche reduktive Prozesse zur Erstellung von Zusammenfassungen²⁸:

- *Auslassen*: Bedeutungseinheiten (informative, wichtige und bedeutungsvolle Aussagen die sich aus dem Text ableiten) die wiederholt vorkommen, werden weggelassen.
- *Generalisation*: Bedeutungseinheiten werden durch eine begrifflich übergeordnete bzw. abstrakte ersetzt.
- *Konstruktion*: Aus mehreren spezifischen Bedeutungseinheiten wird eine globale konstruiert, die den Sachverhalt als Ganzes kennzeichnet.
- *Integration*: Eine Bedeutungseinheit, die in einer bereits durch Konstruktion gebildeten, globaleren aufgeht, kann wegfallen.
- *Selektion*: Bestimmte, zentrale Bedeutungseinheiten werden unverändert beibehalten, da sie wesentliche, bereits generelle Textbestandteile enthalten.
- *Bündelung*: Inhaltlich eng zusammenhängende, im Text aber weit verstreute Bedeutungseinheiten werden als Ganzes, in gebündelter Form wiedergegeben.

Aus diesen Aktivitäten lässt sich das Ablaufmodell zusammenstellen. Am Anfang muss das Abstraktionsniveau bestimmt werden und das Material auf dieses Niveau hin generalisiert werden (*Generalisierung*). Dann werden Bedeutungseinheiten, die bereits vorgekommen sind, weggelassen (*Auslassen*) und unverändert zu übernehmenden Textstellen markiert (*Selektion*). Schließlich werden ähnliche oder zusammenhängende Bedeutungseinheiten gebündelt, integriert und umfassende Einheiten werden konstruiert (*Bündelung, Konstruktion, Integration*) um den Text

²⁸ Vgl. MAYRING, P. (1990). Einführung in die qualitative Sozialforschung. Eine Anleitung zum qualitativen Denken. München: Psychologie Verlags Union. S. 68f.

weiter zu reduzieren. Die sich daraus ergebenden neuen Aussagen (also was übrig bleibt) müssen in einem Kategoriensystem zusammengestellt werden und mit dem Ausgangsmaterial rücküberprüft werden. Wenn die Zusammenfassung noch nicht allgemein genug ist, so muss der Prozess noch einmal durchlaufen werden.

Das Auswertungsverfahren – die qualitative Inhaltsanalyse²⁹

Mittels Inhaltsanalyse sollen Materialien systematisch ausgewertet werden. Dazu zählt das Auszählen, Bewerten und Inbeziehung-Setzen von Textelementen, meist mittels quantitativer Techniken.

Die qualitative Inhaltsanalyse nutzt die Vorteile dieses systematischen und methodischen Vorgehens bei dem das Material schrittweise analysiert wird und in Einheiten zerlegt wird, welche nacheinander bearbeitet werden. Im Zentrum steht dabei ein entwickeltes Kategoriensystem, in dem noch vor der eigentlichen Analyse die Aspekte festgelegt werden, die aus dem Material herausgefiltert werden sollen.

Um eine eindeutige Zuordnung von Textmaterial zu bestimmten Kategorien zu ermöglichen muss erstens explizit definiert werden, welche Textbestandteile in eine Kategorie fallen. Zweitens werden konkrete Textstellen angeführt, die als Beispiele für diese Kategorie gelten. Drittens werden dort, wo Abgrenzungsprobleme zwischen Kategorien bestehen, Regeln formuliert, um eindeutige Zuordnungen zu ermöglichen.

Das Durchgehen des Materials unterteilt sich dann in zwei Arbeitsschritte. Zuerst werden jene Textstellen im Material bezeichnet, die einer bestimmten Kategorie zuzuordnen sind. Entweder wird die Kategoriennummer bei der Textstelle vermerkt oder man arbeitet mit verschiedenfarbigen Unterstreichungen. Im zweiten Schritt wird das gekennzeichnete Material dann herausgefiltert, zusammengefasst und aufgearbeitet.

²⁹ Vgl. MAYRING, P. (1990). Einführung in die qualitative Sozialforschung. Eine Anleitung zum qualitativen Denken. München: Psychologie Verlags Union. S. 85ff.

In der qualitativen Inhaltsanalyse wird aber auch auf den Kontext von Textbestandteilen eingegangen und markante Einzelfälle werden übernommen um aus dem gesammelten Datenmaterial Strukturen herauszufiltern.

Durch die Zusammenfassung wird das Datenmaterial so reduziert, dass die wesentlichen Inhalte bestehen bleiben und ein abstraktes, aber überschaubares Abbild des Grundmaterials geschaffen wird.

Bei der Explikation wird zu einzelnen fraglichen Textstellen Zusatzmaterial gesucht, um das Verständnis zu erhöhen und eine Erklärung zu finden. In dieser Arbeit ist es manchmal für das Verständnis des Lesers notwendig, bestimmte Aussagen zu interpretieren. Das kann durch Beispiele der Fall sein oder indem das Gegenteil beschrieben wird oder indem etwas definiert oder genauer beschrieben wird. Auch Information über die Entstehungssituation können in die Explikation eingehen.

Bei der Strukturierung wiederum ist das Ziel der Analyse, bestimmte Aspekte aus dem Material herauszufiltern bzw. das Datenmaterial aufgrund bestimmter, vorher festgelegter Kriterien, einzuschätzen.

Bei der Auswertung der empirischen Studie wird verstärkt das Verfahren der Zusammenfassung verwendet, wo es notwendig ist, fließen Explikation und Strukturierung mit ein.

Ziel dieser Arbeit ist, bestimmte Aspekte im Umgang von Ärztinnen mit ihren schwangeren Patientinnen festzustellen. Sowohl die Erwartungen als auch die bereits gesammelten Erfahrungen Schwangerer mit den behandelnden Ärzten werden erhoben um daraus bestimmte Strukturen abzuleiten. Diese Ergebnisse sollen Aufschluss darüber geben, was Schwangeren beim Besuch eines Gynäkologen wichtig ist und worauf sie Wert legen.

Der Gesprächsleitfaden, wie er bei der Befragung verwendet wurde, ist im Anhang zu finden.

1.6. Darstellung der Ergebnisse

Die gewonnenen Daten der Erhebung werden zu einem Großteil verbal dargestellt. Die Fragen des Interviewleitfadens werden ausgewertet und kategorisiert. Die jeweiligen Kategorien werden einerseits allgemeingültig bezeichnet und andererseits

durch konkrete, interessante Aussagen einzelner Frauen noch näher erläutert. Diese Aussagen sind zur besseren Auffindung kursiv gekennzeichnet. In vielen Fällen ergibt zur leichteren Veranschaulichung die Möglichkeit einer zusätzlichen Darstellung mittels Tabellen, was eigentlich eine quantitative Darstellungsform ist. Hier wird die qualitative Analyse durch quantitative Methoden ergänzt um einen geordneten Überblick auf die Schwerpunkte zu schaffen. Die vertiefenden Aspekte bzw. konkrete Einzelbeispiele werden zusätzlich in Textform angeführt um die einzelnen Kategorien zu erläutern und zu beschreiben.

2. Empirische Ergebnisse

Die Auswertung der Fragen findet sich hier in der gleichen Reihenfolge wieder, wie sie der durchgeführten Befragung entsprechen. Gebietsübergreifende Antworten wurden aufgrund ihrer Zugehörigkeit bestimmten Themenbereichen zugeordnet bzw. wurden Zusammenhänge zwischen einzelnen Gebieten hergestellt wo es nötig erschien.

2.1. Schwangerschaftsbezogene Daten der Befragten

Anzahl der Schwangerschaften

Insgesamt wurden 30 Frauen zu ihrer Einstellung und ihren Erfahrungen mit Gynäkologen und Gynäkologinnen befragt. Dabei wurde angestrebt, eine ausgewogene Aufteilung zwischen schwangeren Frauen und solchen, die schon entbunden hatten, zu erlangen. 14 der befragten Frauen waren zum Zeitpunkt der Befragung noch schwanger, die meisten von ihnen eher am Ende der Schwangerschaft, aber alle mindestens in der zweiten Hälfte der Schwangerschaft. Die anderen 16 Frauen hatten bereits entbunden, wobei die Geburt maximal 11 Monate zurück lag.

Befragung während der Schwangerschaft

Bei fünf Frauen, welche zum Zeitpunkt der Befragung noch schwanger waren, handelt es sich um die erste Schwangerschaft.

Bei vier Schwangeren handelte es sich um die zweite Schwangerschaft.

Bei einer Schwangeren handelte es sich um die dritte Schwangerschaft.

Bei vier Schwangeren handelte es sich um die vierte Schwangerschaft.

Befragung nach der Geburt

Bei den Frauen, die zum Zeitpunkt der Befragung schon entbunden hatten, handelte es sich bei zehn Frauen um die erste Schwangerschaft.

Bei vier Frauen handelte es sich um die zweite Schwangerschaft.

Bei zwei Frauen handelte es sich um die vierte Schwangerschaft.

Gesamt Befragungen

Insgesamt gesehen wurden fünfzehn Frauen zu ihrer ersten Schwangerschaft befragt.

Für acht der befragten Frauen war es die zweite Schwangerschaft.

Für eine der befragten Frauen war es die dritte Schwangerschaft.

Für sechs der befragten Frauen war es die vierte Schwangerschaft (auffallend aber eher wenig überraschend dabei ist, dass fünf dieser Frauen angaben, diese letzte Schwangerschaft sei „eigentlich“ nicht mehr geplant gewesen).

Einlings- oder Mehrlingsschwangerschaft

Bei 28 der befragten Frauen handelte es sich um Einlingsschwangerschaften und bei zwei um Zwillingschwangerschaften.

(Voraussichtlicher) Geburtsort

Zwölf Frauen haben im Landeskrankenhaus Steyr entbunden bzw. werden dort entbinden.

Fünf Frauen haben in der Frauenklinik in Linz entbunden bzw. werden dort entbinden.

Fünf Frauen haben im Krankenhaus in Waidhofen/Ybbs entbunden bzw. werden dort entbinden.

Zwei Frauen haben im Krankenhaus der Barmherzigen Brüder in Linz entbunden bzw. werden dort entbinden.

Zwei Frauen haben zu Hause entbunden bzw. werden zu Hause entbinden.

Eine Frau hat im Krankenhaus in Wels entbunden.

Eine Frau hat im Krankenhaus in Amstetten entbunden.

Eine Frau hat im Krankenhaus der Diakonissen entbunden.

Eine Frau hat vor im Krankenhaus in Bad Ischl zu entbinden.

Zusammenfassung

Etwa die Hälfte der Frauen war zum Zeitpunkt der Befragung noch schwanger, die andere Hälfte hatte bereits entbunden. Zwei der Befragten waren mit Zwillingen

schwanger und ebenfalls zwei Frauen planten bzw. hatten eine Hausgeburt. Der Großteil allerdings geht zur Entbindung in ein Krankenhaus.

2.2. Informationen zum Frauenarzt

Praxisort

Die Ergebnisse der Befragung beziehen sich auf insgesamt einundzwanzig verschiedene Ärzte, wobei fünfzehn in Linz, Steyr oder Wels ordinieren, und sechs ihre Ordination in kleineren Gemeinden haben.

Vertragsstatus

Die Ergebnisse beziehen sich auf fünfzehn VertragsärztInnen und sechs WahlärztInnen, ein Arzt war während der gesamten Schwangerschaft der Frau Wahlarzt und wurde danach Vertragsarzt, worüber sich die Befragte sehr froh zeigte.

Geschlecht

Auch zur Frage des Geschlechtes der Ärzte ist eine ähnliche Verteilung zustande gekommen: Fünfzehn der Ärzte sind Männer, sechs der Ärztinnen sind Frauen.

Diese Verteilung von fünfzehn/sechs, die sich durch die Ergebnisse aus Praxisort, Vertragsstatus und Geschlecht ergeben ist rein zufällig und kann untereinander variieren. Das heißt, es sind keineswegs alle sechs Ärztinnen Wahlärztinnen und es ordinieren auch nicht alle fünfzehn VertragsärztInnen in den Zentren Linz, Steyr und Wels sondern es gibt viele verschiedene Kombinationen, die aufzuführen allerdings nicht sinnvoll erscheint.

Gründe für Wahl oder Wechsel des Facharztes

Für **zweiundzwanzig** der befragten Frauen spielte eine **Empfehlung** in irgendeiner Form, durch unten angeführte Personen, eine Rolle.

Viele gaben an, durch Empfehlung von Schwiegermutter, Mutter, Schwester, Bekannten, Arbeitskolleginnen, Freundeskreis, einer bekannten Hebamme oder des Hausarztes auf ihren derzeitigen Gynäkologen aufmerksam geworden zu sein.

Eine Befragte gab an, dass sie ihrer Homöopathin von ihrem unerfüllten Wunsch nach einer Schwangerschaft erzählte, worauf ihr diese einen Wahlarzt empfohlen hat, der auf diesem Gebiet Erfahrung hat.

Eine Befragte ist umgezogen und bekam von der vorigen Frauenärztin eine Empfehlung über eine bekannte Gynäkologin an ihrem neuen Wohnort.

Bei zwei weiteren Befragten war ein Umzug der Grund für einen Wechsel des Frauenarztes.

Zwei der Befragten haben ganz gezielt eine weibliche Ärztin gesucht und haben vom Vertragsarzt gewechselt, als an ihrem jeweiligen Wohnort eine Gynäkologin eine Wahlarztpraxis eröffnet hat. Eine der Befragten hat eine weibliche Gynäkologin gesucht, die als Vertragsärztin in der Stadt ordiniert, in der sie selber arbeitet.

Eine Befragte ist auf ihren Gynäkologen aufmerksam geworden, weil er auf dem Weg zur ihrem Arbeitsplatz lag.

Eine Befragte hat einfach einen Arzt aus dem Telefonbuch gewählt.

Eine Frau hat gezielt einen Arzt gesucht, der seine Ordination am Freitag Nachmittag geöffnet hat, so dass sie nicht extra von der Arbeit weg muss.

Eine der Befragten war früher bei ihrem Gynäkologen angestellt und ist daher bei ihm in Behandlung.

Eine Befragte wechselte zu einem Vertragsarzt, weil die Kosten für die Wahlärztin relativ hoch waren und sich trotzdem der gewünschte Erfolg in Form einer Schwangerschaft nicht eingestellt hat.

Eine der Befragten wechselte trotz Zufriedenheit von einem Wahlarzt zu einem Vertragsarzt, weil ihr die Kosten für einen Wahlarzt in der Schwangerschaft zu hoch waren.

Zwei der Befragten haben ihren Gynäkologen bei der ersten Geburt bzw. bei einer Fehlgeburt im Krankenhaus kennen gelernt und waren so zufrieden, dass sie darauf hin gewechselt haben (von einem Vertragsarzt zu einem Wahlarzt). Einen Vorteil sehen die Frauen darin, dass ein Arzt, von dem sie im Krankenhaus behandelt

wurden, bereits die Krankengeschichte, speziell bei einer Fehlgeburt, kennt. Die Befragte, welche eine Fehlgeburt hatte, meinte explizit, der vorherige Arzt hätte alles getan um die Fehlgeburt zu vermeiden, aber zur Sicherheit sei ihr trotzdem eine zweite Meinung wichtig gewesen. Sie ist bei der zweiten Schwangerschaft dann bei dem Wahlarzt geblieben, der auch im Krankenhaus ordiniert.

Eine Frau hat wegen allgemeiner Unzufriedenheit während der Schwangerschaft den Arzt gewechselt.

Drei Frauen mussten den Gynäkologen wechseln, da der vorige in Pension ging, zwei von ihnen sind vom Nachfolger übernommen worden und eine suchte sich einen neuen Arzt. Eine der Frauen, die übernommen wurde, meinte dazu: *„Das war das Beste was mir passieren konnte, wirklich ein Glück.“*

Zwei der Befragten mussten auch darauf Rücksicht nehmen, welcher Arzt noch neue Patientinnen aufnimmt und konnten dadurch nicht zu ihrem Wunscharzt gehen.

Eine Frau wechselte wegen Unzufriedenheit, da sie beim vorigen Arzt Schmerzen hatte.

Zusammenfassung

Die Befragung bezieht sich sowohl auf Wahl- als auch auf Vertragsärzte und auf Ärzte beiderlei Geschlechts. Die Ordinationen der Ärzte befinden sich in den Städten Linz, Steyr, Wels bzw. in kleineren Gemeinden des oberösterreichischen Zentralraumes.

In den meisten Fällen spielen Empfehlungen von verschiedenen Seiten bei der Wahl eines Facharztes eine wesentliche Rolle. Gründe für den Wechsel eines Arztes sind Umzug, Pensionierung des Arztes, Kosten für Wahlarzt oder Unzufriedenheit mit dem Arzt.

2.3. Allgemeine Gesprächssituation

Zur Erklärung für den Leser soll hier kurz der mögliche Ablauf in einer gynäkologischen Ordination skizziert werden.

In den meisten Fällen wird für eine gynäkologische Untersuchung oder eine Schwangerschaftskontrolle ein Termin vereinbart. Nach Betreten der Ordination erfolgt die Anmeldung bei der Assistentin. Darauf hin erfolgt zumeist eine mehr oder weniger lange Wartezeit im Wartezimmer. Diese wird bei Untersuchungen während einer Schwangerschaft unterbrochen, um etwa eine Blutprobe abzunehmen oder eine Harnprobe abzugeben. Aber auch die Messung des Gewichtes und des Bauchumfanges der Schwangeren und der Herztöne des Kindes (CTG) fallen in diese Zeit. Zu diesen Untersuchungen ist nur der Bauch frei zu machen.

Nach dem diese Voruntersuchungen durch die Assistentin abgeschlossen sind erfolgt das Gespräch mit der Ärztin, im abgeschlossenen Ordinationszimmer. Dabei wird dann über die Ergebnisse der Voruntersuchungen und ähnliches, wie unten angeführt, gesprochen. Zu diesem Zweck sitzt die Patientin, noch angezogen, entweder der Ärztin am Schreibtisch gegenüber oder je nach Gegebenheit auch neben ihr. Danach folgt die Untersuchung, wobei im Untersuchungszimmer ein Wandschirm vorhanden ist, um der Patientin die Möglichkeit zu geben, sich ungestört freizumachen. Eine Befragte erzählte, dass es bei ihrem Arzt bereits im Vorzimmer, bei der Assistentin, einen Wandschirm gibt und man gebeten wird, die Strumpfhose schon vorher abzulegen, damit die Entkleidung beim Arzt nicht zu lange dauert.

Nach dem Abschluss der gynäkologischen Untersuchungen bzw. der Untersuchungen der Schwangerenvorsorge notiert meist der Arzt seine Ergebnisse, während sich die Patientin wieder ankleidet. Zumeist, wird danach noch einmal, kürzer oder länger, am Schreibtisch Platz genommen und über die Ergebnisse der Untersuchung und Ähnliches gesprochen.

Das subjektive Empfinden der schwangeren Frau bezüglich der Veränderungen ihres Körpers und der damit einhergehenden möglichen Unannehmlichkeiten differiert oftmals stark mit der Wahrnehmung der Gynäkologin³⁰. Die Patientin kann aufgrund der nicht vorhandenen medizinischen Vorbildung ihre Beschwerden zumeist nur

³⁰ Vgl. ROSSMANITH, S.: Vom Monolog zum Dialog. Ausgewählte Aspekte der Arzt-Patient-Beziehung. In: RINGEL, E. & ROSSMANITH, S. (1989): Die Arzt-Patient-Beziehung. S.14f.

unzureichend präzisieren und ausdrücken. Das Befinden wird in Wort gefasst, welche nicht der medizinischen Fachsprache zugehören – hingegen kann eine Ärztin das Krankheitsbild der Patientin wesentlich leichter verbalisieren und in medizinisch-fachlich Raster einfügen. In der Diagnose oder Therapie wird häufig nur unzureichend auf das Krankheitsbild der Patientin eingegangen, sondern nur auf das Krankheitsbild der Ärztin, wodurch für die Patientin das Gefühl entstehen kann, dass sie nur als Körper, aber nicht als Mensch wahrgenommen wird.

Die folgenden Fragen bzw. deren Auswertung sollen darüber Aufschluss geben, wie dies die befragten Frauen wahrnehmen.

Art des Gesprächsbeginns und Gesprächsinhalte

Sehr oft beginnen Ärzte nach der Begrüßung das Gespräch mit einer Patientin mit der Frage nach dem allgemeinen Befinden. Die klassische Eröffnungsfrage scheint „*Wie geht es Ihnen*“ zu sein. Weiters folgen dann oftmals konkrete Fragen nach dem Verlauf der letzten Wochen, nach Beschwerden, Problemen oder irgendwelchen Besonderheiten. Auch wird darauf eingegangen, ob irgendwelche Fragen oder Anliegen oder sonstige Gründe zur Beunruhigung aufgetaucht sind. Manche Ärzte fragen, ob es sich um eine Routineuntersuchung handelt. Auch die Abhandlung von spezifischen Fragen vor dem Bestehen einer Schwangerschaft, wie diverse Tests um überhaupt schwanger werden zu können, gehören zum Eröffnungsgespräch.

Wenn es sich nicht um die erste Schwangerschaft handelt, ist für Ärzte interessant, wie die vorige/n Schwangerschaft/en verlaufen ist/sind.

Aber auch persönliche und private Fragen wie nach der Familie oder den Kindern oder ein Gespräch über allgemeine Themen sind für Ärztinnen ein Gesprächseinstieg. Bis auf eine Ausnahme, ist das Eingehen auf private Umstände eher bei Wahlärztinnen zu finden, die sich meistens mehr Zeit für eine Patientin nehmen. Bei der einen Ausnahme handelt es sich um einen männlichen Vertragsarzt, bei dem zwei der befragten Frauen Patientinnen sind. Beide sind von seiner Art mit Menschen umzugehen sehr angetan.

Die große Mehrheit der Ärztinnen, speziell der Vertragsärztinnen, geht in erster Linie auf Themen betreffend die Schwangerschaft ein. Das empfinden viele der Frauen als passend, nur wenn offensichtlich wird, dass eine schnelle Untersuchung seitens der Ärztin gewünscht ist, fällt das unangenehm auf.

Eine Frau beschreibt den Ablauf am Anfang des Untersuchungstermins folgendermaßen: *„Zuerst begrüßt er mich und fragt mich wie es mir geht, und wenn ich es ihm erzähle meint er jedes Mal, das sei eh' normal.“*

Eine Frau meinte, das Vorgespräch vor der Untersuchung wäre immer sehr kurz und knapp *„kaum sitze ich, so muss ich auch schon wieder auf und in den Untersuchungsraum, das Vorgespräch ist nur eine Formsache“*.

Aus diesen Aussagen geht hervor, dass manche Frauen das Gefühl haben, ihr Arzt hört nicht genau zu, was sie sagen bzw. hört nur selektiv und geht nur auf offensichtlich konkret verbalisierte Anliegen ein, aber nicht auf allgemeine Randthemen, die für eine Frau zur Schwangerschaft dazugehören und durchaus auch belastend sein können. Hier kommt einerseits der zeitliche Aspekt zum tragen, also die Quantität des Behandlungsgesprächs, andererseits aber auch der qualitative Aspekt. Die Ärztin sollte einen gewissen „goldenen Mittelweg“ finden, nämlich einerseits der Patientin das Gefühl geben, dass alle ihre Anliegen ernst genommen und angehört werden, auch wenn sie scheinbar nicht relevant sind. Andererseits sollte und muss sie natürlich auch das Behandlungsgespräch mit gezielten Fragen oder Hinweisen führen und bei Abschweifungen zum Thema zurückkehren, ohne allerdings dabei die Patientin in ihren Ausführungen zu unterbrechen.

Eingehen des Arztes auf Fragen

Hier soll festgestellt werden, wie ein Arzt auf persönliche Anliegen einer Patientin reagiert. Beispielsweise kann eine ausführliche Antwort den Grundstein für eine positive Beziehung legen, hingegen laden kurze abschließende Antworten nicht zu einer Vertiefung des Gespräches ein.

Kategorien	Kurz und bündig, rasch	Zufrieden stellend, sachlich	Gut	Sehr gut, ausführlich
Nennungen	3	3	3	21

Tab. 1: Das Antwortverhalten des Arztes.

Drei Frauen meinen, dass der Arzt sehr **rasch, kurz und bündig** auf ihre Fragen eingeht. Er beantwortet zwar das Nötigste, aber eben nur das. Die Frauen haben das Gefühl, dass man dem Arzt „*jede Information aus der Nase ziehen muss*“.

Einige Frauen geben zusätzlich an, die Ärztin solle von sich aus mehr Fragen stellen, denn einerseits vergisst die Patientin in der Situation manchmal auf verschiedene Dinge und andererseits ist ihr als Patientin manches nicht so bewusst bzw. können verschiedene Anliegen nicht so verständlich formuliert und ausgedrückt werden oder es besteht eine Scheu darüber zu sprechen. Hier wünschen sich die Frauen, dass die Ärztin von sich aus nachfragen bzw. gängige Anliegen ansprechen würde.

Drei Frauen sind der Ansicht, dass die Ärztin ihre Fragen **zufrieden stellend** oder **sachlich** beantwortet.

Drei Frauen sind der Ansicht, dass die Ärztin ihre Fragen **gut** beantwortet.

Mehr als zwei Drittel der befragten Frauen, genau **einundzwanzig**, sind der Ansicht, dass die Ärztin ihre Fragen **sehr gut** und **ausführlich** beantwortet.

Folgende Aussage soll dies verdeutlichen: „*Wenn auch nur die kleinste Ungereimtheit ist, erklärt sie mir alles genau und gibt mir Tipps, sie ist aber auch sehr flexibel und geht sehr gut auf mich und meine Bedürfnisse ein*“.

Eine dieser Frauen meinte, ihre Ärztin sei auf ihre Fragen gut eingegangen, aber da es in der Schwangerschaft keine Komplikationen gegeben habe, hätte sie auch nicht viele Fragen gehabt bzw. hätte sie einfach viel zum Thema gelesen, da die Ärztin von sich aus nichts angesprochen hat.

Zuhören können und Zeit-Nehmen des Arztes

Das Vermögen einer Ärztin, aktiv zuhören zu können wenn eine Patientin ihre Anliegen schildert, ist wesentlich für das Verständnis. Auch der Zeitaufwand für eine

Patientin trägt zu einem guten Gesprächsklima bei. Für Patientinnen, also in den meisten Fällen medizinische Laien, ist es oftmals schwierig, manche Probleme auf den Punkt zu bringen. Steht die Ärztin dabei unterstützend und geduldig zur Seite, so stellt dies für beide Parteien eine Verbesserung der Zusammenarbeit dar.

Kategorien	Genügend Zeit/Zuhörvermögen	Zuwenig Zeit/Zuhörvermögen
Nennungen	25	5

Tab. 2: Zeitaufwand und Zuhörvermögen der Ärztin.

Fünfundzwanzig der befragten Frauen geben an, dass sich ihr Arzt **genügend Zeit** für sie nimmt und **gut zuhören** kann.

Darunter fallen Aussagen wie: *„er nimmt sich ausführlich/sehr viel/mehr als genug/auf jeden Fall genügend Zeit“*, *„er ist sehr gründlich“*, *„auch wenn der Warteraum voll ist, nimmt er sich genügend Zeit, das schätze ich sehr“*, *„man hat nie das Gefühl, abgefertigt zu werden“*, *„wenn ich ein Problem habe, nimmt er sich genügend Zeit“*, *„ich hatte noch nie das Gefühl, dass es schnell gegangen wäre, dafür nehme ich aber auch eine längere Wartezeit in Kauf“*, *„er ist auch nach der Untersuchung interessiert, ob ich noch offene Fragen habe oder noch etwas wissen will“*.

Vier dieser Frauen, die alle bei Wahlärzten in Behandlung sind geben exakte Zeitangaben an: „20 Minuten“, „30-45 Minuten“, „bis zu eineinhalb Stunden“ (2x).

Bei den beiden Frauen, die bis zu eineinhalb Stunden bei der Ärztin verbringen gab eine an, dass die Kinder der Ärztin und ihre eigenen gleich alt sind und sie dadurch auch privaten Gesprächsstoff miteinander haben.

Die zweite Frau gab an, dass die Ärztin auch eine psychologische Zusatzausbildung hat und bei jedem Termin eine ausführliche Gesprächstherapie macht, die dann aber auch extra auf der Rechnung aufscheint.

Eine der Frauen, die mit dem Zeitaufwand des Arztes zufrieden sind, sprach eine Ausnahmesituation an: *„Einmal, als ich ohne Termin kam und er mich einschieben musste, da hatte ich das Gefühl, dass er froh war als ich wieder ging, aber normalerweise nimmt er sich genügend Zeit für mich“*.

Fünf der befragten Frauen sind der Ansicht, dass sich ihr Arzt **zuwenig Zeit** für sie nimmt und das Gespräch viel zu rasch ist. Sie fühlen sich „*abgefertigt*“ von ihrem Arzt.

Eine dieser Frauen bemängelt, dass er während des Gespräches schreibt und er ihr nie in die Augen schaut. Dadurch hat sie das Gefühl, ihm die Zeit zu stehlen.

Zwei dieser Frauen geben an, dass sich ihr Arzt soviel Zeit nimmt, „wie es halt gerade sein muss“ und „meidet, was nicht sein muss“ bzw. „nur über das Nötigste redet“.

Bei allen Ärzten, die sich subjektiv zu wenig Zeit für die Patientin nehmen, handelt es sich um männliche Vertragsärzte.

Jedoch ist nicht nur die Quantität des Gesprächs ausschlaggebend für die Zufriedenheit der Patientin, sondern auch die Qualität, wozu beispielsweise Empathie und Verständnis des Arztes zählen. Das Gespräch zwischen Arzt und Patientin sollte auch wirklich ein solches sein und nicht ein Interview bzw. eine Befragung. Signalisiert der Arzt Interesse an der Person der Patientin und ihren Lebensumständen, so kann dadurch Sympathie und Vertrauen erweckt werden. Der Arzt sollte in der Lage sein, während des Gespräches stets wieder lenkend zu den medizinischen Fragen zurückzuführen ohne jedoch der Patientin das Wort abzuschneiden. So kann sich eine Beziehung zwischen Arzt und Patientin wesentlich persönlicher, freundlicher und einfühlsamer gestalten und dabei wesentlich weniger hierarchisch und medizinisch-technisch orientiert sein³¹.

Einfühlungsvermögen des Arztes

Unter dem Einfühlungsvermögen des Arztes wird verstanden, wie er auf sensible Themen reagiert. Empfindet die Patientin eine Aussage als angemessen und fühlt sich nicht in irgendeiner Form negativ behandelt, so kann davon ausgegangen werden, dass der Arzt genügend Einfühlungsvermögen besitzt.

³¹ Vgl. WODAK, S.: „Und warum kommen Sie?“ Soziolinguistische Überlegungen zur Kommunikation zwischen Arzt und Patient.. In: RINGEL, E. & ROSSMANITH, S. (1989): Die Arzt-Patient-Beziehung. S.45f.

Kategorien	Genügend Einfühlungsvermögen	Zuwenig Einfühlungsvermögen
Nennungen	23	7

Tab. 3: Einfühlungsvermögen des Arztes.

Dreiundzwanzig der befragten Frauen gehen an, dass ihr Arzt **genügend Einfühlungsvermögen** beweist.

Eine Frau meinte, dass der Arzt weiß und unterscheidet, wie er eine Patientin nehmen muss bzw. was genau dieser Patientin wichtig ist. Eine andere drückt ähnliches aus indem sie sagt, er behandelt jede Frau so wie es für sie gut ist, indem er etwa merkt, wenn jemand nervös ist und dann besonders einfühlsam ist. Eine Frau meinte, ihre Ärztin kann gut abschätzen was sie (die Patientin) wirklich braucht.

Eine Frau meinte, ihr Arzt kann sehr gut auf Menschen eingehen.

Eine Frau gab an: *„manchmal weiß ich nicht so genau wie ich etwas ausdrücken soll bzw. was ich eigentlich genau will, dann holt er das aus mir heraus, er beweist wirklich sehr viel Einfühlungsvermögen“*.

Eine Frau meinte, gerade weil es eine schwierige Schwangerschaft war, könne sie beurteilen, wie gut der Arzt auf sie eingegangen ist und wie intensiv *„wirklich intensivst“* er sich um sie bemüht hat.

Für eine andere Frau wiederum meinte: *„Ja, er hat genügend Einfühlungsvermögen, aber bis jetzt hatte ich auch noch nie ein Problem in der Schwangerschaft“*.

Der Arzt einer Frau, die während der Schwangerschaft Probleme hatte, war sehr einfühlsam und interessiert, auch bezüglich der Dinge, die im Krankenhaus gesagt oder gemacht oder empfohlen wurden.

Einer der Frauen sagte der Arzt bei der vierten Schwangerschaft, dass sie eh' schon ein Profi ist, was sie als aufbauend empfand.

Sieben Frauen geben an, dass ihr Arzt **zuwenig Einfühlungsvermögen** beweist.

Eine Frau meinte über ihre Wahlärztin *„sie ist irgendwie eine harte Person, ohne dass sie es böse meint; sie sagt alles sehr gerade heraus und sehr schonungslos formuliert, ohne zu bedenken, wie das auf mich wirken könnte. Auch wenn grundsätzlich alles wahr ist, so könnte sie doch ein wenig einfühlsamer sein“*. Diese Frau hatte bereits eine Fehlgeburt hinter sich und die Ärztin meinte nach den ersten

drei Monaten der zweiten Schwangerschaft, dass sie nun zwar das Ärgste geschafft habe, aber man nie wissen könne, was noch passiert. Das hat die Patientin verunsichert.

Die anderen sechs Frauen, die ihrem Arzt zu wenig Einfühlungsvermögen zugestehen sind jeweils bei einem männlichen Vertragsarzt in Behandlung.

Einige der Frauen meinten dazu, für den Arzt wäre es einfach der Job, also Routine, es werde zwar medizinisch alles abgeklärt aber darüber hinaus komme vom Arzt nichts.

Zu einer Achtunddreißigjährigen sagte ihr Arzt, sie wäre eben auch nicht mehr die Jüngste, als sie über Beschwerden klagte. Das empfand sie als sehr unhöflich.

Eine Frau meinte, ihr Arzt wäre zwar sehr charmant, aber er gehe nicht wirklich auf sie ein, er mache eben nur das Nötigste.

Für eine Frau war speziell am Anfang der ersten Schwangerschaft das Einfühlungsvermögen des Arztes zu gering, im Laufe der Zeit hat sie sich aber daran gewöhnt und es macht ihr nichts mehr aus.

Ernst nehmen von Sorgen

Kategorien	Ja	Nein
Nennungen	28	2

Tab. 4: Die Wahrnehmung von Sorgen seitens der Ärztin.

Achtundzwanzig Frauen haben den Eindruck, dass ihre Ärztin die Sorgen der Patientin **ernst nimmt**. Darunter fallen Aussagen wie „er ist wirklich auf meine Sorgen eingegangen“.

Eine Patientin war bei der Schwangerschaft 38 Jahre alt und hat sich aufgrund ihres Alters Sorgen gemacht über die Gesundheit bzw. eventuelle Behinderungen ihres Kindes. Sie konnte ihrem Arzt alles erzählen, was sie so beschäftigt hat und er erklärte ihr das Für und Wider jedes möglichen Tests. Eine Fruchtwasseruntersuchung wurde empfohlen und der Arzt hat danach von sich aus im Krankenhaus rückgefragt, um wirklich alles ganz genau abzuklären, wodurch sich die Patientin sehr sicher fühlte.

Eine der Frauen, die wegen Toxoplasmose während der Schwangerschaft ein Medikament einnehmen musste, hat dieses nur schlecht vertragen und darauf Magenschmerzen bekommen. Ihr Arzt hat ihr entsprechende Magenschutztabletten besorgt und ihr immer wieder erklärt, wieso sie das Medikament nehmen muss, sie ließ sich aber auch von anderen Ärzten bestätigen, dass es in dem Fall nur ein mögliches Medikament gibt.

Einer 36-jährigen Frau wurde aufgrund des Alters eine Fruchtwasseruntersuchung vorgeschlagen. Sie hat das aber abgelehnt und der Arzt hat nicht darauf gedrängt.

Eine Frau, die gerne schwanger werden wollte gab an, dass sich ihr Arzt sehr um sie bemüht hat und sie an ganz konkreten Tagen bestellt hat um die Fruchtbarkeit zu kontrollieren. Er hat den Wunsch nach einer Schwangerschaft sehr ernst genommen und ist auf die körperliche, medizinische Seite einer Befruchtung sehr gut eingegangen. Auf den psychischen Druck, dem sich die Patientin wegen der Wunschwangerschaft ausgesetzt hat wurde allerdings nicht eingegangen. Die Frau gab an, erst nachdem sie mit ihrem Wunsch nach einer Schwangerschaft abgeschlossen hatte, und überhaupt nicht mehr damit gerechnet hatte, sei sie dann schwanger geworden.

Eine der Frauen, die ungeplant mit ihrem vierten Kind schwanger war, wurde vom Arzt getröstet. Er meinte *„sie werde sicher viel Freude mit dem Kind haben und dass es vielleicht jetzt ein Mädchen wird, nach drei Buben“*. Für die Patientin war damit *„das Eis gebrochen“*.

Vier der achtundzwanzig Frauen die mit dem Einfühlungsvermögen des Arztes zufrieden sind meinten, sie hätten eigentlich keine Sorgen bzw. nur kleinere Sorgen gehabt, die dann aber im gemeinsamen Gespräch mit dem Arzt sehr rasch aus dem Weg geräumt waren.

Zwei Frauen meinten, der Arzt geht schon auf ihre Sorgen ein, aber es **könnte besser sein** und er könnte vor allem mehr dazu erklären, da es leichter ist, Tatsachen zu akzeptieren, die man auch versteht. Beispielsweise hatte eine der Frauen starke Ischiasschmerzen und bekam vom Arzt keinen Ratschlag wie sie dem

begegnen könnte „*meine Ischiasschmerzen waren ihm ziemlich egal*“. Sie war dann bei einer Ärztin für Akupunktur in Behandlung, wodurch die Schmerzen innerhalb kurzer Zeit weg waren. Bei dieser Frau wurde während der Schwangerschaft eine Zyste bei der Gebärmutter festgestellt, woraufhin ihr der Arzt sagte, das sei egal und sie solle sich keine Sorgen machen. Sie hat sich allerdings große Sorgen gemacht, vor allem auch, weil ihr nicht erklärt wurde, wieso dies zustande gekommen ist und wieso dies kein Grund zur Besorgnis ist.

Die zweite Frau hatte anfangs leichte Blutungen und verspürte oft ein schmerzhaftes Ziehen im Bauch, was den Arzt aber nicht weiter beeindruckt hat. Auch ihr wurde kein Grund für die Beschwerden genannt.

Bei beiden Frauen handelte es sich um die erste Schwangerschaft, was vielleicht den Informationsbedarf erklärt und sie waren bei einem männlichen Vertragsarzt in Behandlung. Beide gaben an, dass sie nach Ende der Schwangerschaft auf der Suche nach einem neuen Arzt, vorzugsweise einer Frau, sind.

Inhalte ärztlicher Antworten

Dreiundzwanzig Frauen sind mit den Antworten **zufrieden** bzw. gaben an, dass sie konkrete und ausführliche Antworten auf jede Frage bekommen.

Eine dieser Frauen, die mit ihrem vierten Kind schwanger ist, meinte, dass sie schon vieles gewusst hatte, aber bezüglich Fruchtwasseruntersuchung keine Ahnung hatte. Der Arzt erklärte alles sehr genau und verständlich. Er wies auch auf die 0,5 %ige Gefahr eines Abortus nach einer Fruchtwasseruntersuchung hin, darauf, dass man danach drei Tage lang nichts heben darf und dass die Untersuchung nicht schmerzhaft ist.

Invasive³² Untersuchungen wie die Fruchtwasseruntersuchung (Amniozentese), ermitteln zwar genetische Störungen des Ungeborenen sehr genau, sind jedoch für den Embryo auch bedrohlich. Nutzen und Risiko einer Fruchtwasseruntersuchung sollten genau abgewogen werden, da laut Statistik die Gefahr einer Fehlgeburt aufgrund einer invasiven Untersuchung für eine 35-Jährige etwa so hoch ist, wie das natürliche Risiko, ein behindertes Kind zur Welt zu bringen.

³² Vgl.: <http://www.lifeline.de/cda/page/center/0,2845,8-4800,00.html>, 05.05.2003

Eine Frau schätzt an ihrer Ärztin besonders die Klarheit der Antworten und dass sie *„nicht lange um den heißen Brei herum redet“*, sondern sagt *„was Sache“* ist und auch gleich die beste Herangehensweise an das Problem bereitstellt.

Eine Frau meinte: *„mein Arzt ist zwar kein sehr gesprächiger Mensch, aber wenn ich etwas frage bekomme ich schon konkrete und ausführliche Antworten“*.

Eine Frau gab an, dass sie immer ganz konkrete Antworten bekommt und noch nie das Gefühl gehabt hat, dass der Arzt etwas nicht weiß, allerdings mit der Einschränkung, dass sie das nicht wirklich objektiv beurteilen kann.

Zwei Frauen, die bereits Erfahrung mit einer Schwangerschaft hatten, gaben an, dass sie nicht so viele bzw. **„eigentlich keine“ Fragen** an den Arzt haben weil sie viel zum Thema lesen und sich auch im Bekanntenkreis umhorchen. Aber sie sind sicher, dass der Arzt alle eventuellen Fragen konkret beantworten würde.

Fünf der befragten Frauen sind zwar mit den Antworten grundsätzlich zufrieden, meinten aber, ihre Fragen könnten **ausführlicher** und nicht ganz so rasch beantwortet werden. *„Oft wäre es super, wenn er ein bisschen mehr dazu erklären würde und nicht nur so kurze und prägnante Antworten geben würde“*. *„Er könnte mehr sagen, es sind immer nur sehr kurze Antworten, meistens nur Ja oder Nein“*. *„Ich bekomme zwar eine kurze und konkrete Antwort, aber er erklärt nicht, wieso etwas zustande gekommen ist“*. *„Manche Antworten sind ausweichend, damit er eben eine Antwort gibt“*.

Verständlichkeit der Antworten

Vierundzwanzig der Frauen sind der Meinung, dass die Antworten der Ärztin **verständlich** formuliert sind.

Darunter fallen Aussagen wie: *„Es wird alles auf sehr einfache/verständliche/klare Art und Weise erklärt“*, *„Es wird alles genau erklärt, was ist und was sein könnte“*. *„Die Antworten sind so formuliert, dass ich mich auskenne bzw. es verstehe“*.

Für **zwei** der Frauen sind die Antworten inhaltlich sehr verständlich formuliert, aber **akustisch** etwas schwierig zu verstehen. Einer der Ärzte spricht Deutsch mit Akzent der andere spricht generell etwas undeutlich („*manchmal nuscheilt er ein bisschen*“).

Zwei der Frauen sind der Meinung, dass der Arzt zwar verständliche Antworten formuliert, aber alles viel genauer und vor allem auch von sich aus erklären sollte („*was er sagt ist verständlich, aber einfach viel zu wenig*“).

Eine Frau meinte, die Antworten sind meistens verständlich formuliert und wenn sie etwas wirklich Wichtiges nicht versteht, so fragt sie nach. Der Arzt meinte allerdings immer, es sei eine normale Schwangerschaft und ein normaler Befund, daher hatte sie wenig Veranlassung „*nachzubohren*“.

Eine Frau, die bei einer Wahlärztin in Behandlung ist, meinte „*ich muss immer nachfragen, sonst würde ich vieles nicht verstehen, dann bekomme ich es aber erklärt*“.

Erklärung von Fremdwörtern und Fachausdrücken

Vierzehn Frauen geben an, dass ihre Ärztin keine Fremdwörter oder Fachausdrücke verwendet.

Einige der Frauen verwiesen auf ihr medizinisches Vorwissen oder darauf, dass sie schon viel zum Thema Schwangerschaft gelesen haben und meinten, vielleicht würde ihnen dadurch die Verwendung von Fremdwörtern nicht auffallen.

Sieben Frauen geben an, dass Fremdwörter sofort bei der Verwendung erklärt werden, so dass die Patientinnen die Bedeutung verstehen.

Sechs Frauen geben an, dass sie manchmal nachfragen müssen um ein Fremdwort oder einen Fachausdruck zu verstehen, ihnen dann aber die Bedeutung verständlich erklärt wird.

Ab und zu nachfragen zu müssen, scheint aber kein Problem für diese Frauen darzustellen. Eine drückte es so aus: „*In jedem Beruf verwendet man automatisch Fachausdrücke, die ein Außenstehender vielleicht nicht so versteht, das ist normal*“.

Eine Frau meinte, sie mag einfach nicht immer nachfragen wenn sie etwas nicht versteht, weil sie das Gefühl hat, das sie der Arzt eh' schon aus der Ordination hinaus haben möchte.

Eine Frau gab an, dass Fremdwörter und Fachausdrücke eher nicht erklärt werden.

Eine der Befragten, die bei einer Wahlärztin in Behandlung ist, meinte, der Ärztin falle es gar nicht auf, dass sie Fremdwörter und Fachausdrücke verwendet, das sei für sie ganz selbstverständlich. Die Frau gab an, dass sie immer nachfragen muss (*„ich sage dann immer, und was heißt das jetzt auf Deutsch?“*). Daraufhin bekommt sie dann auch für einen Laien verständliche Antworten.

Information über Geschlecht des Kindes

Allen befragten Frauen wäre oder ist das Geschlecht des Kindes mitgeteilt worden. (Der Hintergrund dieser Fragestellung liegt in der empörten Schilderung einer Frau, die während einer Schwangerschaft vor vierzehn Jahren ihren damaligen Arzt nach dem Geschlecht des Kindes gefragt hat. Dieser verweigerte eine Aussage und meinte dazu nur *„das sei ohnehin nicht wichtig“*.)

Vierzehn Frauen gaben an, dass ihnen ihre Ärztin das Geschlecht des Kindes mitgeteilt hat bzw. dass sie es aufgrund einer Fruchtwasseruntersuchung oder Tests im Krankenhaus erfahren hätten. Eine meinte, der Arzt hätte Rücksicht darauf genommen, falls sie das Geschlecht nicht wissen wollte, als er die Testergebnisse aus dem Krankenhaus bekam.

Eine Frau meinte, sie hat schon aufgrund der Ultraschalluntersuchung im Krankenhaus gewusst, dass es ein Mädchen wird und zur Absicherung bei ihrer Ärztin noch nachgefragt. Diese wollte sich allerdings nicht so recht festlegen. Erst als sie hörte, dass sie zum gleichen Ergebnis gekommen ist, war sie sich *„auf einmal“* auch ganz sicher, dass es ein Mädchen wird.

Eine Frau meinte, dass der Arzt gar nicht dazu kam, es ihnen mitzuteilen, weil ihr Mann bereits erkannt hat, dass es ein Bub wird.

Vier Frauen gaben an, dass ihnen die Ärztin das Geschlecht des Kindes mitgeteilt hätte, wenn sie es hätte sehen können. Aufgrund von Zwillingsschwangerschaften oder der Lage des Kindes ist es mit einer Ultraschalluntersuchung nicht immer möglich, das Geschlecht zu erkennen.

Zwölf Frauen gaben an, dass ihnen ihre Ärztin das Geschlecht des Kindes mitgeteilt hätte, sie es aber nicht wissen wollten.

Hier gibt es unterschiedliche Aussagen wie: *„Man merkt, dass sie es eigentlich nicht sagen möchte, ich weiß aber von Bekannten, dass sie es einem doch mitteilt“*. *„Ich hatte das Gefühl, dass er es mir gerne gesagt hätte und sich sehr zurückhalten musste, es nicht zu tun“*.

Umfang ärztlicher Informationen

Fünfundzwanzig Frauen geben an, dass sie sich vom Arzt gut und ausreichend informiert fühlen.

Eine Frau war sehr zufrieden, weil sie sowohl über Unterbindung nach der Geburt als auch über die Zuckerbelastung während der Schwangerschaft aufgeklärt wurde, da dies bei den vorigen Schwangerschaften auch schon ein Problem darstellte. Ihre Aussage: *„Ich bin sehr zufrieden und fühle mich gut aufgehoben“*.

Eine der Befragten fühlte sich vom Arzt sehr gut informiert über verschiedene Tests wie etwa Chorionzottenbiopsie, die eine etwaige Behinderung des Fötus nachweisen können. Er empfahl entweder eine Fruchtwasseruntersuchung (Amniozentese) oder eine Chorionzottenbiopsie.

Eine Frau meinte, der Arzt erklärt immer genau das Wieso und Warum z.B. wenn er ein Rezept verschreibt.

Eine Frau meinte auf die Frage: *„Das hat so gepasst, da ich eh' alles gefragt habe, was ich wissen wollte“*. Eine andere meinte auf die Frage: *„Ja, genau aus diesem Grund bin ich ja auch bei ihm“*.

Fünf Frauen können diese Frage nicht bejahen:

Eine Frau meinte, dass die Ärztin selber wenig gesagt hat. *„Bei Ultraschalluntersuchungen hat sie zwar alles für sich abgeklärt, aber mir nicht mitgeteilt, was man erkennen kann. Ich hätte mir mehr erwartet, musste aber immer nachfragen z.B. ob die Größe des Kindes passt oder die Fruchtwassermenge. Wenn ich gefragt habe, bekam ich schon immer eine genaue Antwort“.*

Eine Frau, die bei einer Wahlärztin in Behandlung ist, meinte, sie fühle sich zwar sehr gut aber nicht ausreichend informiert, da man der Ärztin *„alles aus der Nase ziehen muss“*. Aber die Patientin hat keine Scheu gezielt nachzufragen und die Ärztin bei Unklarheiten anzurufen.

Eine Frau, die mit ihrem zweiten Kind schwanger war, meinte, *„wenn ich nicht Kontakte zu anderen Müttern hätte wäre ich eigentlich schlecht und nicht ausreichend informiert gewesen, denn der Frauenarzt erwähnte nichts, worauf man aufpassen soll wie z.B. nichts Schweres heben oder Sonstiges. Wenn da ein unerfahrenes Mädchen in der Schwangerschaft zu ihm gehen würde, wäre sie bestimmt schlecht informiert. Wenn ich aus der Ordination raus war, sind mir oft im Nachhinein noch Dinge eingefallen, die ich noch hätte fragen wollen, aber bei meinem Arzt hat man immer das Gefühl, dass er zuwenig Zeit hat“.*

Eine Frau, die ebenfalls mit dem zweiten Kind schwanger war, fühlte sich Anfangs nicht ausreichend informiert, meinte aber *„nun bin ich es schon gewöhnt, dass er nicht viel spricht. Es ist auch nicht so leicht, einen guten Arzt zu bekommen, denn viele sagen, der Patientenstamm ist schon voll“*. Zwischen den beiden Kindern war die Patientin bei einer anderen Ärztin, mit der sie allerdings nicht so recht zufrieden war, daher hat sie wieder zurückgewechselt.

Eine Frau beantwortete die Frage ob sie sich vom Arzt gut und ausreichend informiert fühlt mit *„Nein, eigentlich nicht. Z.B. untersucht er die Brüste nur wenn ich ihn darauf hinweise, also eher unwillig und das finde ich sehr unangenehm. Eigentlich sollte das automatisch bei einer gynäkologischen Untersuchung dabei sein“*.

Zusammenfassung

Die Inhalte von Gesprächen zwischen Arzt und Patientin beziehen sich auf die relevanten medizinischen Aspekte. Erkennbar ist, dass bei Wahlärzten eher private bzw. familiäre Themen eine Rolle spielen. Vertragsärzte hingegen gehen eher nur auf schwangerschaftsbezogene Themen ein.

Für Frauen ist es wichtig, dass Ärzte auf ihre Fragen eingehen. Sind die Antworten zu wenig ausführlich bzw. eher abweisend, so ist dies für die Patientin nicht zufriedenstellend. Auch der Zeitaufwand ist wichtig für die Zufriedenheit, wobei nicht so sehr die Quantität, sondern vor allem die Qualität im Vordergrund steht. Patientinnen empfinden es als irritierend, wenn die Ärztin von anderen Dingen (scheinbar) abgelenkt ist.

Die Ärzte, denen zu wenig Zeitaufwand und Einfühlungsvermögen zugestanden wird, sind zumeist männliche Vertragsärzte.

Bezüglich der Inhalte von ärztlichen Antworten wird von manchen Patientinnen bemängelt, dass die Antworten zu wenig ausführlich sind bzw. sehr kurz sind. Die Frauen, die sich zu wenig informiert fühlen, geben dafür Gründe wie Wortkargheit des Arztes, Scheu der Patientin zum Nachfragen oder einfach Zeitmangel während des Gespräches an.

Allen Frauen ist oder wäre bei Wunsch das Geschlecht des Kindes von ihrem Arzt mitgeteilt worden.

2.4. Wahrgenommene Einstellung des Arztes zu schwangerschaftsnahen Themen und Geburt

Haltung zu ergänzenden Methoden der Schulmedizin wie Homöopathie oder Akupunktur etc. während der Schwangerschaft

Kategorien	Nennungen
Keine Information	20
Information über Homöopathie und Akupunktur	4
Information nur über Akupunktur	4
Information nur über Homöopathie	2

Tab. 5: Hinweise auf Alternativmedizin.

Zwanzig Frauen gaben an, dass der Arzt Homöopathie oder Akupunktur nicht von sich aus angesprochen hat bzw. dass dies überhaupt kein Thema war bei der Schwangerenuntersuchung. Einige bekamen von anderer Seite diesbezügliche Empfehlungen ausgesprochen und haben daraufhin bei ihrem Arzt rückgefragt. Diese Ärzte meinten dazu, wenn jemand Befugter (Hebamme, Homöopath) etwas empfiehlt, so wird das schon in Ordnung sein.

Manche Frauen konnten auf Erfahrungen während einer früheren Schwangerschaft zurückgreifen, weshalb sie kein Informationsbedürfnis mehr hatten.

Einige Frauen informieren sich zu diesen Themen anderweitig, etwa bei Hebammen oder Spezialisten für Homöopathie oder Akupunktur.

Manche Frauen haben generell oder wegen Schwierigkeiten während der Schwangerschaft kein Interesse daran.

Bei einigen Ärzten ist Informationsmaterial im Wartezimmer zu finden.

Ein Arzt bietet selber Akupunktur an, aber es wird nicht automatisch bei der Schwangerenuntersuchung angesprochen.

Eine Ärztin, die von der Schwangeren darauf angesprochen wurde, betrachtet Homöopathie als gute Ergänzung zur Schulmedizin.

Einige Frauen meinten, dass sie sich mehr Information über ergänzende Möglichkeiten gewünscht hätten.

Eine Frau erzählte ihrem Arzt von den homöopathischen Empfehlungen der Hebamme. Er sah das vom medizinischen Standpunkt her neutral, meinte aber, das sei wieder so eine Sache, wo sich die Hebammen wichtig machen wollen.

Vier Frauen wurden sowohl über Homöopathie als auch über Akupunktur informiert. Einer Frau war die Information sehr wichtig, zwei haben diese Möglichkeiten nicht aufgegriffen.

Vier Patientinnen wurden über Akupunktur informiert bzw. an jemanden verwiesen, der darauf spezialisiert ist. Über Homöopathie wurde nicht angesprochen. Eine Frau ließ Akupunktur im Krankenhaus machen, da es dort gratis ist.

Zwei Frauen wurden darauf hingewiesen, dass es homöopathische Mittel zur Geburtserleichterung bzw. gegen die Schwangerschaftsübelkeit gibt, über Akupunktur wurde nicht gesprochen. Einer dieser Frauen wurde explizit empfohlen, sich mit einer Hebamme in Verbindung zu setzen, da der Fötus eine Beckenendlage aufwies. Die Hebamme wendete Moxibustion (eine Form der Wärmetherapie) an und bis zum Zeitpunkt der Geburt hatte sich das Kind in die richtige Lage gedreht.

Einige Frauen verwiesen bei dieser Frage auch auf weitere schulmedizinische Untersuchungen oder Test, wie eine spezielle Ultraschalluntersuchung zur Überprüfung der Organe des Kindes.

Folgende Aussagen wurden dazu gemacht:

„Mein Arzt hat mir einen zusätzlichen Test (combined test) im Krankenhaus empfohlen, denn ich auch machen ließ. Allerdings hat er € 160,- gekostet und ich musste ihn selber zahlen, das hat mich schon gestört, weil es doch ziemlich teuer ist.“

„Meine Ärztin hat mich in die Frauenklinik überwiesen, wo man kostenlos zusätzliche Tests machen lassen kann wie die Nackenfaltenmessung, eine spezielle Organuntersuchung und eine Herzuntersuchung. Das rechne ich meiner Ärztin hoch an, denn ich weiß von einigen Bekannten, dass die davon gar nichts erfahren haben.“

Hinweis auf Geburtsvorbereitungskurse und Betreuung durch Hebammen während der Schwangerschaft

Vierzehn Frauen gaben an, dass das Thema Geburtsvorbereitungskurs bei der Gynäkologin **nicht** angesprochen wurde, vielen war aber aufgefallen, dass Informationsmaterial im Wartezimmer aufliegt.

Bei zwölf dieser Frauen war es nicht die erste Schwangerschaft, man kann also davon ausgehen, dass Gynäkologinnen Geburtsvorbereitungskurse nicht mehr für so wichtig halten, wenn die Frau keine Erstgebärende ist.

Bei einer Erstgebärenden wusste die Ärztin, dass die Mutter der Patientin Hebamme ist und sie daher ohnehin gut informiert ist.

Eine Frau, welche mit dem ersten Kind schwanger war, meinte *„das (der Geburtsvorbereitungskurs) ist für meinen Arzt anscheinend nicht so wichtig, es wäre aber schon wünschenswert gewesen, darüber Information zu erhalten.“*

Sechzehn Frauen wurden entweder von ihrer Gynäkologin auf einen Geburtsvorbereitungskurs und/oder einen Schwangerschaftsgymnastikkurs hingewiesen bzw. fragten die Patientinnen selbst danach.

Dreizehn dieser Frauen waren Erstgebärende, bei drei war es nicht die erste Schwangerschaft.

Drei dieser Frauen wurde aus gesundheitlichen Gründen explizit von Schwangerschaftsgymnastik abgeraten.

Das Platzproblem bei Geburtsvorbereitungskursen wurde auch angesprochen. Speziell in Linz scheint es zuwenig Kurse zu geben, da einige Frauen meinten, nur mit viel Glück oder durch Beziehungen noch bzw. gar keinen Platz bekommen zu haben.

Einige Frauen wurden auf die Möglichkeit einer Betreuung durch Hebammen hingewiesen bzw. wurde ihnen Informationsmaterial mitgegeben. Eine Ärztin meinte dazu, dass die Krankenkassen die Kosten übernehmen, in einem Geburtsvorbereitungskurs wurde gesagt, dass diese Kosten selber zu tragen sind. Generell scheinen Frauen über die Möglichkeiten während der Schwangerschaft mit Hebammen in Kontakt zu sein eher wenig informiert zu sein. Viele meinten, dass sie

darüber eigentlich nichts wissen und einige meinten, dass sie sich mehr Information wünschen würden.

Viele meinten aber auch, dass sie keine Betreuung durch Hebammen brauchen würden.

Einige Frauen hatten das Gefühl, dass ihre Ärztin einer Betreuung durch Hebammen während der Schwangerschaft sehr positiv gegenübersteht.

Viele Frauen meinten grundsätzlich, dass Geburtsvorbereitungskurse eine wichtige Ergänzung zu den Vorsorgeuntersuchungen bei der Gynäkologin darstellen. Bei diesen Kursen wird den Frauen Informatives zu Schwangerschaft, Geburt und der ersten Zeit mit dem Baby mitgeteilt und sie bekommen ihre Fragen beantwortet. Das bedeutet meist, dass an die Gynäkologin weniger Fragen gestellt werden.

Eine Frau, bei der die erste Schwangerschaft vor dreizehn Jahren war, meinte in Bezug auf Geburtsvorbereitungskurse: *„es hat sich sehr viel geändert im Vergleich zu damals, auf alles wird genau eingegangen.“*

Information über Geburt bzw. verschiedene Geburtsarten

Siebzehn Frauen gaben an, während der Schwangerschaft **nicht** mit ihrem Arzt über die bevorstehende Geburt gesprochen zu haben. Für die meisten dieser Frauen war das auch in Ordnung, sie sind der Ansicht, dass der Gynäkologe für den medizinischen Bereich zuständig ist. Solange keine Probleme auftreten, besteht auch keine Veranlassung das Thema anzusprechen. Die Geburt wird von vielen als eigenständiger Abschnitt betrachtet, mit welcher der behandelnde Arzt eigentlich nichts zu tun hat. Bei Geburtsvorbereitungskursen oder so genannten Storchentourneys (Veranstaltungen im Krankenhaus, wo man alles rund um Schwangerschaft, Geburt und Babypflege erklärt bekommt und die Räumlichkeiten besichtigen kann) werden die Hebammen befragt. Für manche Frauen ist es leichter, mit einer Frau über die bevorstehende Geburt zu sprechen bzw. informieren sich viele selber anhand der einschlägigen Literatur.

Nur zwei dieser Frauen sagten, dass sie sich eigentlich schon auch vom Gynäkologen Information über die Geburt gewünscht hätten.

Eine Frau, die vorgesehen hatte, dass sie ihr Arzt zur Geburt ins Krankenhaus begleitet, meinte dazu: *„man kann sagen, ich habe gesprochen und er hat geschwiegen, er ist nicht darauf eingestiegen“*.

Zwei Frauen gaben an, dass eigentlich keine Zeit war über die Geburt zu sprechen, weil das Kind/die Kinder zu früh zur Welt kam/en. Zwei Frauen meinten, dass es nicht nötig ist darüber sprechen, denn sie lassen die Geburt einfach auf sich zukommen. Manche Frauen fragten nach dem Gewicht, um daraus Hinweise über die Geburt abzuleiten.

Dreizehn Frauen gaben an, mit dem Gynäkologen über die bevorstehende Geburt gesprochen zu haben

Bei sechs dieser Frauen war der Grund dafür eine medizinische Veranlassung. Entweder handelte es sich um eine Mehrlingsschwangerschaft oder das Kind lag verkehrt herum oder es hat bei einer früheren Geburt Komplikation gegeben, weshalb die Möglichkeit einer Kaiserschnittgeburt angesprochen wurde.

Eine Frau meinte dazu, ihr Arzt war erst nach mehrmaligen Gesprächen bereit einer Wunsch-Sectio (Kaiserschnitt auf Wunsch der Patientin) zuzustimmen, der Versuch einer normalen Geburt wäre ihm lieber gewesen.

Einer Frau hatte der Arzt schon während der Schwangerschaft einen Kaiserschnitt empfohlen, im Krankenhaus wurde allerdings keine Veranlassung dazu gesehen und das Kind kam durch normale Geburt zur Welt.

Die anderen sieben Frauen, haben mit ihrem Gynäkologen meist nur kurz über die bevorstehende Geburt gesprochen. Dabei war die Unterwassergeburt ein Thema, wo darauf hingewiesen wurde, dass eine Geburt nicht genau im Voraus planbar ist, weil sich die Umstände rasch ändern können.

Für drei Frauen wäre bzw. war eine Hausgeburt ein Thema. Die behandelnden Ärzte standen diesem Wunsch eher neutral bis positiv gegenüber, wiesen aber ebenfalls auf die schwierige Planbarkeit einer Geburt hin.

Eine Frau, welche mit ihrem vierten Kind schwanger war, meinte explizit, dass sie sich gut über verschiedene Geburtsarten informiert fühlt.

Empfehlungen zu Geburtskliniken

Fünf Frauen gaben an, dass ein oder mehrere bestimmte/s Krankenhäus/er von der Ärztin angesprochen wurde/n. Zwei Frauen wurden auf die Frauenklinik hingewiesen. Einer Frau wurde ein Prospekt über das LKH Steyr mitgegeben. Zwei Frauen wurden auf das Krankenhaus der Diakonissen hingewiesen und die Möglichkeit, die behandelnde Ärztin zur Geburt „mitzunehmen“.

Die anderen **fünfundzwanzig** Frauen gaben, **keine Empfehlungen** über Geburtskliniken bekommen zu haben. Die Ärztin fragt in der Regel einfach nur, wo die Patientin entbinden möchte und nimmt das zu Kenntnis.

Die meisten Frauen scheinen die Entscheidung über den Geburtsort aufgrund anderer Kriterien als der Empfehlung durch die Gynäkologin zu treffen. Die räumliche Nähe aber auch Empfehlungen oder eigenen Erfahrungen spielen dabei eine Rolle.

Bevorzugung bestimmter Spitäler

Drei Frauen, die bei Ärzten in Steyr in Behandlung sind, meinten, dass der Arzt aufgrund der räumlichen Nähe das **LKH Steyr** bevorzugt.

Zwei Ärzte gaben der **Frauenklinik** in Linz den Vorzug, allerdings mit der Betonung, dass man als Patientin auch in den anderen Krankenhäusern gut aufgehoben ist

Ein Arzt gab eindeutig dem Krankenhaus der **Diakonissen** in Linz den Vorzug, die Befragte meinte dazu wörtlich: *„da kann er mitgehen und dabei verdienen, ich glaube er wäre entsetzt gewesen, wenn ich woanders entbunden hätte.“*

Die meisten Frauen aber beantworteten die Frage mit „**Nein**“, wobei einige hinzufügten, dass ihr Arzt keinem Krankenhaus den Vorzug gab, obwohl er selber in einem bestimmten tätig ist.

Anwesenheit des Arztes bei der Geburt

Drei Frauen beantworteten die Frage ob der Arzt während der Geburt anwesend sein soll bzw. war mit **Ja**.

Bei zweien davon erfolgte die Geburt durch einen geplanten Kaiserschnitt und sie waren gut informiert und hatten intensiv mit ihrem jeweiligen Arzt (beide Wahlärzte) darüber gesprochen. Beide meinten, sie hätten volles Vertrauen zu ihrem Arzt und haben die Geburtsklinik auch unter dem Aspekt ausgewählt, dass ihr betreuender Arzt dort arbeitet. Eine dieser Frauen zeigte sich sehr zufrieden, denn sie konnte schon im Voraus mit dem Anästhesisten sprechen, was ihr viel Sicherheit gab.

Bei einer Frau sollte der Arzt während der Geburt anwesend sein. Er wusste von der Hebamme, dass der Muttermund schon sehr weit offen war und die Geburt vermutlich nicht mehr lange dauern würde, ist aber erst zehn Minuten vorher eingetroffen, was für die Patientin sehr enttäuschend und frustrierend war.

Siebenundzwanzig der befragten Frauen gaben an, es ist bzw. war **nicht vorgesehen**, dass ihr Arzt bei der Geburt anwesend ist.

Zusammenfassung

Überraschend ist, dass zwei Drittel der Befragten angaben, keinerlei Information zu ergänzenden Methoden der Schulmedizin, wie Homöopathie oder Akupunktur, von ihrem Arzt erhalten zu haben.

Fast die Hälfte der Befragten wurden nicht auf Geburtsvorbereitungskurse hingewiesen, wobei allerdings anzumerken ist, dass die meisten dieser Frauen keine Erstgebärenden waren. Hingegen waren fast alle der Frauen, die von ihrem Arzt auf einen Geburtsvorbereitungskurs hingewiesen wurden, Erstgebärende.

Sehr überraschend ist die Tatsache, dass mehr als die Hälfte der Frauen mit ihrem Gynäkologen nicht über die bevorstehende Geburt gesprochen haben. Nur mit einigen wenigen Frauen wurde über verschiedene Geburtskliniken gesprochen.

Die Rahmenbedingungen in Österreich bringen es anscheinend mit sich, dass Schwangerschaft und Geburt als voneinander unabhängige Ereignisse gesehen werden, so dass sich die meisten Gynäkologen für Informationen zur Geburt nicht zuständig fühlen.

2.5. Auswahl und Beurteilung des Arztes

Bei der Kommunikation³³ zwischen Arzt und Patientin werden emotionale und kognitive Botschaften ausgetauscht, wobei es leicht zu einer „Kollision“ von verbal vermitteltem sachlichen Inhalt und emotional übermittelter Botschaft kommen kann. Dem Arzt fällt die Aufgabe zu, ein Klima zu schaffen, das den Bedürfnissen der Patientin entspricht und ihr ermöglicht, aus sich herauszugehen. Das Klima in der Begegnung ist das tragende Element der Verständigung. Der Arzt sollte versuchen, sich auf die Patientin einzustellen und dabei empathisch Anteil zu nehmen. Nicht bloße Aufmerksamkeit ist gefragt, sondern kreative Wahrnehmung, indem die Mitteilungen der Patientin durch die anteilnehmende und verständige Präsenz des Arztes bereichert und begreifbar werden. Der Arzt muss dabei nicht aktiv handelnd tätig sein, sondern er muss „aktiv dabei sein“, um auf emotionaler, kognitiver und empathischer Ebene die Patientin wahrzunehmen. Ein positiver Begegnungsraum im Vorfeld der körperlichen Untersuchung kann der Patientin helfen, die oft mit Unbehagen erwartete gynäkologische Untersuchung entspannter zu sehen. Je besser es einem Arzt gelingt, ein Klima des Vertrauens herzustellen, desto weniger wird die körperliche Untersuchung von der Frau als unangenehmer Eingriff in die persönliche Intimsphäre betrachtet werden.

Auswahlkriterien für einen Gynäkologen

Für fünfzehn Frauen sind **Empfehlungen** wesentliche Kriterien bei der Auswahl des Gynäkologen. Einige schränkten aber ein, dass sie trotz Empfehlung mit Ärzten unzufrieden waren bzw. manche Ärzte keine neuen Patientinnen mehr aufnehmen.

Sechs Frauen gaben als ersten Grund für die Wahl einer Ärztin an, dass es sich um eine **weibliche Gynäkologin** handelt.

Wichtig ist für Frauen eine **gute Gesprächsbasis** und dass der Arzt ein guter Ansprechpartner ist und man ihm vertrauen kann. Sie wollen sich sicher und ernst genommen fühlen. Er sollte **Einfühlungsvermögen** haben, sich genügend **Zeit**

³³ Vgl. ROSSMANITH, S.: Vom Monolog zum Dialog. Ausgewählte Aspekte der Arzt-Patient-Beziehung. In: RINGEL, E. & ROSSMANITH, S. (1989): Die Arzt-Patient-Beziehung. S.15ff.

nehmen und mit Menschen umgehen können. Weiters sollte ein Arzt gut erklären können, freundlich und sympathisch sein. Wünschenswert ist für manche Frauen, dass der Arzt selbst Initiative zwingt, in Form von Ansprechen eventueller Probleme oder bei gewissen Untersuchungen (z.B. unaufgefordert eine Brustuntersuchung durchführen).

Die **fachliche Kompetenz** (auf dem „laufenden“ sein) sowie auch das **Alter des Arztes** spielen eine Rolle bei der Wahl.

Wichtig bei der Wahl eines Arztes sind aber auch die **Erreichbarkeit**, die **Wartezeiten** und die **Ordinationszeiten**. Weiters wurde genannt, dass bei Auftreten eines Problems auch eine kurzfristige Terminvergabe möglich sein sollte.

Nur eine Frau hat sich konkret die Ordinationen von zwei Ärztinnen angeschaut und daraufhin eine ausgewählt.

Zwei Frauen gaben an, dass der Grund für Wechsel das ungenügende Eingehen auf den Wunsch nach einer Schwangerschaft war.

Einige Frauen sprachen schlechte Erfahrungen mit früheren Gynäkologen an. Herablassendes Verhalten, ungenügende Information, passives Verhalten, lange Wartezeiten, Zufügen von Schmerzen etc. fallen darunter.

Beschreibung der Gesprächssituation

Bei der Beantwortung dieser Frage kamen sehr oft Mehrfachnennungen vor.

Kategorien	Sachlich	Neutral	Freundschaftlich	Vertrauensvoll	Distanziert
Nennungen	15	11	10	10	-

Tab. 6: Attribute der Gesprächssituation

Keine einzige Frau bezeichnete das Verhältnis zu ihrer Ärztin als distanziert. Die Hälfte bezeichnete es als sachlich und ein Drittel als neutral, freundschaftlich oder vertrauensvoll. Es gibt viele verschiedene Variationen der einzelnen Attribute.

Zu dieser Frage meinten siebzehn Frauen von sich aus, dass sie mit der Gesprächssituation zufrieden sind.

Vier meinten dazu, dass das Gespräch ausführlicher, offener und persönlicher sein könnte bzw. man stark erkennt, wenn der Arzt unter Zeitdruck steht.

Beurteilung der fachlichen/medizinischen Qualifikation

Kategorien	Sehr gut	Sehr gut – Gut	Gut	Befriedigend	Genügend
Nennungen	18	3	8	1	-

Tab. 7: Beurteilung des Arztes fachlich/medizinisch.

In fachlicher bzw. medizinischer Hinsicht bewerten fast alle befragten Frauen ihren Gynäkologen mindestens mit einem Gut. Achtzehn geben ein reines Sehr gut, drei ein Sehr gut bis Gut und acht Frauen ein Gut.

Einige der Frauen schränken ihre Aussage insofern ein, als sie angeben zu wenige Vergleichsmöglichkeiten und auch zu wenig Fachwissen zu haben um dies wirklich objektiv beurteilen zu können. Aber für ihre Wahrnehmung sind die Ärzte fachlich Gut bis Sehr gut zu bewerten. Manche meinten, dass während der Schwangerschaft keine Probleme auftraten, was sich auch in der guten Beurteilung niederschlug.

Einige Frauen verweisen auch auf die Vorbildung ihrer Ärzte z.B. in einem Krankenhaus oder auf die gründlichen Untersuchungen wie z.B. eine Ultraschalluntersuchung bei jedem Besuch. Auch Urkunden oder sonstige schriftliche Bestätigungen über Fortbildungen, die in der Ordination aushängen, erhöhen das Vertrauen in die fachlichen Qualitäten eines Arztes.

Eine Frau, die ihren Arzt mit einem „Gut, im Vergleich zu den anderen bei denen ich schon war“ schränkte ein, indem sie sagte, dass ihre Hebamme mehr von der Materie versteht.

Einer Frau, die ihren Arzt ebenfalls mit einem Gut bewertet, wurde sofort ein natürliches Medikament verschrieben, als sie bei einer Routineuntersuchung erwähnte, dass nun eine Schwangerschaft geplant sei. Die Frau nahm das Medikament nicht, da sie dies mit dem Entstehen einer Zwillingsschwangerschaft in Verbindung brachte und sich übervorteilt fühlte.

Nur eine Frau (32 Jahre) bewertet ihren Gynäkologen mit einem Befriedigend. Diese Patientin war mit Zwillingen schwanger und wegen Problemen während der Schwangerschaft regelmäßig im Krankenhaus zur Untersuchung. Der Arzt bestand anfangs unbedingt auf eine Fruchtwasseruntersuchung, aber da im Krankenhaus keine Rede davon war, kam er wieder davon ab. Die Frau hatte in einer früheren Schwangerschaft erhöhte Toxoplasmose-Werte und wollte daher, dass dies von ihrem Arzt untersucht wird. Er sträubte sich dagegen, obwohl sie ihn einige Male darauf ansprach, irgendwann jedoch hat er es von sich aus untersucht. Als sich die Patientin darüber verwundert zeigte meinte er: „na ja, dann machen wir es halt.“ Durch die Erfahrungen im Krankenhaus wurde der Frau bewusst, dass der Arzt eigentlich zuwenig fachliche Kompetenz besitzt. Nur weil sie aufgrund von Problemen auch im Krankenhaus betreut und untersucht wurde und sich dadurch abgesichert fühlte, ist sie weiterhin bei ihrem Arzt geblieben.

Beurteilung der persönlichen/menschlichen Qualifikation

Kategorien	Sehr gut	Sehr gut – Gut	Gut	Gut – Befriedigend	Befriedigend
Nennungen	13	5	8	1	3

Tab. 8: Beurteilung des Arztes persönlich/menschlich.

In Bezug auf die persönlichen bzw. menschlichen Qualitäten werden die Ärzte etwas schlechter beurteilt als bei der medizinisch/fachlichen Seite.

Sechszwanzig Frauen bewerten ihren Arzt in persönlicher bzw. menschlicher Hinsicht mit mindestens einem Gut.

Eine Frau meinte dazu, ihr Arzt ist zwar nicht gerade das „sprühende Leben“ und eher distanziert, aber das ist für sie so in Ordnung.

Eine Frau, die ihrem Arzt ein Gut gab, meinte er könnte in menschlicher Hinsicht schon besser sein, einfach etwas persönlicher.

Eine der Frauen, die mit einem Befriedigend antworteten, meinte, dass ihre Ärztin zuwenig Einfühlungsvermögen aufweist. Für die anderen waren die Untersuchungen und die Gespräche zu sehr Routine und zu schnell vorbei.

Bevorzugung sachlichen Verhaltens oder eher persönlicher Anteilnahme

Kategorien	Sachliches Verhalten	Persönliches Verhalten	Beides, Mischung
Nennungen	4	16	10

Tab. 9: Gewünschtes Verhalten des Arztes.

Von den befragten Frauen gaben nur **vier** an, dass sie **sachliches Verhalten** einer Gynäkologin bevorzugen. Damit ist gemeint, dass es genügt, auf die medizinischen Aspekte der Untersuchung einzugehen. Für eine dieser Frauen ist sachliches Verhalten im Normalfall angebracht, nur wenn ein Problem bestünde, würde sie sich persönlicheres Verhalten der Ärztin wünschen.

Mehr als die Hälfte der Frauen (**sechzehn**) antworteten auf die Frage, dass sie sich eher **persönliches Verhalten** einer Gynäkologin wünschen.

Viele bringen diese Frage mit dem Formulieren von Antworten der Ärztin in Zusammenhang. Ein Arzt hat sich mit der Patientin mitgefremt, als er von der vermutlichen Schwangerschaft erfuhr, weil er wusste, dass sie bereits eine Fehlgeburt hinter sich hatte.

Einer Frau wurde das hohe Gewicht des Kindes auf sehr direkte Art mitgeteilt, wodurch sie Angst vor der Geburt hatte (ihre drei ersten Kinder waren auch schwere Geburten).

Einer anderen Frau riet der Arzt, aufgrund des großen Kopfumfanges des Kindes dringend zu einer Kaiserschnittgeburt. Die Frau meinte dazu wörtlich *„da war ich schockiert und verunsichert, denn es war nicht wirklich sachlich und vom menschlichen her einfach grausam vom ihm, das so zu formulieren.“* Bei einer späteren Untersuchung beruhigte sie ein anderer Arzt damit, dass vermutlich nur der errechnete Termin falsch sei. Das Kind kam durch normale Geburt zur Welt.

Beide Frauen, die sich durch diese direkten Aussagen verunsichert fühlten, bestätigen ihren Ärzten ansonsten ein gutes Einfühlungsvermögen und sind mit ihnen sehr zufrieden.

Viele Frauen meinen, dass es sehr auf die Situation ankommt; bei einer Routine- oder Kontrolluntersuchung ohne Schwangerschaft ist es nicht so wichtig, ob der Arzt auch persönliche Anteilnahme zeigt. Wenn aber eine Schwangerschaft besteht oder

der Wunsch danach vorhanden ist, so scheint die menschliche Seite des Arztes stärker an Bedeutung zu gewinnen.

Zehn der befragten Frauen waren der Meinung, dass **sowohl sachliches Verhalten als auch persönliche** Anteilnahme eines Gynäkologen wichtig sind. Wörtlich war oftmals zu hören: „eine gute Mischung ist wichtig“. Ein Arzt sollte sachlich erklären können, dabei aber Gespür für Menschen beweisen und auf deren Bedürfnisse eingehen. Zuviel Anteilnahme oder gar Mitleid ist allerdings nicht gefragt.

Vertrauen zum Gespräch über ev. gewünschten Schwangerschaftsabbruch

Kategorien	Ja	Nein	Kann ich nicht sagen
Nennungen	27	2	1

Tab. 10: Ansprechpartner bei Wunsch nach Schwangerschaftsabbruch.

Fast alle der befragten Frauen (**siebenundzwanzig**) würden mit ihrem Gynäkologen über einen Schwangerschaftsabbruch sprechen. Viele meinten allerdings dazu, dass dies für sie nie in Frage käme.

Einige meinten, dazu wäre der Arzt ja da, oder sie wüssten nicht, an wen sie sich sonst wenden sollten.

Interessant ist, dass nur eine Frau explizit angab, mit ihrem Arzt über einen Schwangerschaftsabbruch gesprochen zu haben. Aufgrund der durchgeführten Tests zur Feststellung einer eventuellen Behinderung des Fötus ergab sich dieses Gesprächsthema, wobei der Arzt anbot den Eingriff vorzunehmen, wenn es nötig wäre und auch vorschlug, bereits im Voraus mit dem Partner darüber zu sprechen.

Viele Frauen haben während des Interviews verschiedenste Test zur Feststellung einer Behinderung des Kindes angesprochen. Die Konsequenzen aus der Früherkennung einer Fehlbildung dürften (bis auf die eine Ausnahme) aber anscheinend im Voraus zwischen Arzt und Patientin nicht angesprochen worden sein. (Siehe dazu Kapitel 1.1.2.2.: „Konsequenzen aus vorgeburtlichen Untersuchungen“).

Eine Frau ließ keine Fruchtwasseruntersuchung machen, obwohl ihr Arzt es vorgeschlagen hatte, da sie das Kind ohnehin in jedem Fall bekommen hätte.

Es stellt sich die Frage, ob allen Frauen, welche diverse Tests machen lassen, auch die Verantwortung und die Konsequenz, zumindest einer Entscheidungsfindung, bewusst ist bzw. bewusst gemacht wird. Meist geht es um die Frage³⁴: Wird eine Schwangerschaft ausgetragen und ein behindertes Kind geboren oder soll das Kind abgetrieben werden, denn eine Chance auf Heilung gibt es selten.

Von den **zwei** Frauen, die mit ihrem Arzt nicht über einen Schwangerschaftsabbruch sprechen würden, hätte eine einfach nicht genügend Vertrauen zu ihm. Die zweite würde sich an eine zuständige Stelle für dieses Thema wenden, was aber nicht mangelndes Vertrauen zu ihrem Arzt ausdrückt.

Eine Frau wusste nicht, ob sie mit ihrem Arzt über einen Schwangerschaftsabbruch sprechen würde, weil das für sie nie zur Debatte stand.

Komplikationen einer Schwangerschaft und Auswirkungen auf die Arztbesuche

Achtzehn Frauen gaben an, dass es während der Schwangerschaft **keine Komplikationen** gab bzw. eher nur Unannehmlichkeiten wie Wasser in den Beinen, erhöhter Blutdruck oder erhöhte Zuckerwerte.

Zwölf Frauen gaben an, dass es während der Schwangerschaft **Komplikationen** gab.

Eine dieser Frauen meinte, der Arzt hätte sich schon Sorgen um sie gemacht, weil sie in den ersten vier Monaten der Zwillingschwangerschaft nur ab- statt zugenommen hat. Sie fühlte sich sehr gut betreut.

Fünf der Frauen, die Komplikation hatten, gaben an, dass sich die Situation beim Arzt dadurch zum Positiven verändert hat (wurde freundschaftlicher, persönlicher, menschlicher).

Für Sieben der Frauen, die Komplikationen hatten, haben sich diese, abgesehen von der Häufigkeit, nicht auf die Besuche beim Arzt ausgewirkt. Das ist aber nicht negativ zu betrachten, denn damit kann gemeint sein, dass die Situation beim Arzt immer als gut empfunden wurde und auch so geblieben ist.

³⁴ Vgl. <http://www.lifeline.de/cda/page/center/0,2845,8-4800,00.html>, 05.05.2003

Änderungen im Gesprächsklima

Zwölf Frauen gaben an, dass sich das Gesprächsklima im Verlauf der Schwangerschaft **positiv verändert** hat. Zumeist wurde es durch die oftmaligeren Besuche persönlicher, intensiver, familiärer und offener. Die Ausgangsbasis war in den meisten Fällen schon gut, nur einige gaben an, dass bei den ersten ein, zwei Besuchen noch ein eher distanziertes, sachliches oder steifes Klima geherrscht hat.

Zehn Frauen gaben an, dass das Gesprächsklima beim Arzt immer gut war und während der Schwangerschaft **gleich gut** geblieben ist.

Sechs Frauen meinten, dass das Gesprächsklima auch während der Schwangerschaft immer **gleich sachlich** geblieben ist.

Eine Frau meinte, das Gesprächsklima **variiert** von Termin zu Termin und hängt stark damit zusammen, unter welchem Zeitdruck der Arzt gerade steht.

Nur **eine** Frau gab an, das Gesprächsklima sei **eher schlechter** geworden. Sie empfand das so, weil ihr Vertrauen in den Arzt, aufgrund der Vergleiche mit den Untersuchungen im Krankenhaus, geringer wurde.

Die Verwendung von Hochdeutsch oder Dialekt

Zwei Drittel der befragten Frauen (zwanzig) gaben an, dass beide, sowohl Arzt als auch Patientin **eher Dialekt** bzw. Umgangssprache miteinander sprechen. Nur bei medizinischen Erklärungen wird vom Arzt oftmals auf Hochdeutsch zurückgegriffen, was das Verständnis erleichtert. Viele antworteten auf die Frage: „*wir sprechen ganz normal miteinander*“.

Fünf Frauen meinten, dass beide **eher Hochdeutsch** miteinander sprechen.

Fünf Frauen meinten, dass entweder eine **Mischung** aus Hochdeutsch und Dialekt gesprochen wird, oder, dass sie als Patientinnen Dialekt und der Arzt Hochdeutsch spricht.

Viele fügten hinzu, dass die Art der Sprache für sie so in Ordnung sei und keine einzige meinte, sie hätte das Gefühl, eher Hochdeutsch sprechen zu müssen.

Zufriedenheit mit dem Frauenarzt als Person

Kategorien	Sehr zufrieden	Zufrieden	Mäßig zufrieden
Nennungen	20	7	3

Tab. 11: Zufriedenheit mit der Person der Gynäkologin.

Zwei Drittel der befragten Frauen (zwanzig) sind mit ihrem Frauenarzt als Person **sehr zufrieden**. Aussage dazu lauten: „*er ist ein super Arzt*“, „*ich fühle mich gut aufgehoben*“, „*er geht einfach gut auf Patienten ein*“, „*er ist ein sehr angenehmer Mensch*“.

Sieben Frauen geben an, dass sie **zufrieden** sind. Eine meinte, ihr Arzt könnte etwas freundlicher sein.

Drei sind mit ihren Arzt als Person nur **mäßig zufrieden** und würden ihn mit einem Gut bis Befriedigend beurteilen. Zwei dieser Frauen geben an, dass sie nach der Schwangerschaft den Arzt wechseln werden.

Erfahrungen während früherer Schwangerschaft(en)

Achtzehn Frauen geben an, dass sie **keine Erfahrung** mit der Betreuung durch einen anderen Arzt während einer früheren Schwangerschaft haben.

Zwölf Frauen beantworten die Frage mit **Ja**. Entweder waren sie während einer früheren Schwangerschaft bei einem anderen Arzt bzw. haben während der Schwangerschaft den Arzt gewechselt. Gründe für den Wechsel sind: Umzug der Patientin, Arzt ging in Pension, zu hohe Kosten für Wahlarzt, allgemeine Unzufriedenheit, zu große Entfernung auf Dauer.

Eine dieser Frauen erzählte, dass sie in der ersten Schwangerschaft vor achtzehn Jahren laufend bei ihrem Arzt in Behandlung war und trotzdem erst in der 13. SSW von ihrer Schwangerschaft erfahren hatte.

Zusammenfassung

Auswahlkriterien für einen Frauenarzt sind sehr oft Empfehlungen, aber auch das Geschlecht – viele wünschen sich eine Frau als Ärztin. Eine gute Gesprächsbasis und Einfühlungsvermögen, sowie fachliche Kompetenz und das Alter wurden ebenfalls als Kriterien genannt. Fast alle Ärzte wurden hinsichtlich der fachlichen Qualifikation mit Gut oder Sehr gut beurteilt. Bei der Beurteilung der persönlichen Qualifikation der Ärzte war das Ergebnis nicht ganz so eindeutig. Gründe dafür liegen in mangelndem Einfühlungsvermögen und dem Erstarren in Routine.

Wesentlich mehr Frauen bevorzugen eher persönliches Verhalten des Arztes als sachliches Verhalten. Ein Drittel meint allerdings, dass beides, je nach Situation, wünschenswert ist.

Die meisten Frauen würden sich bezüglich eines Schwangerschaftsabbruches an ihren Arzt wenden. Nur zwei gaben, dass sie dafür nicht genügend Vertrauen zu ihrem Arzt hätten.

Einige der Frauen, bei denen während der Schwangerschaft Komplikation auftraten, sind der Meinung, dass dadurch das Klima beim Arzt persönlicher wurde.

Nur eine Frau meint, dass das Gesprächsklima zwischen ihr und ihrem Arzt im Verlauf der Zeit schlechter wurde. Bei den anderen ist es entweder gleich geblieben oder es hat sich aufgrund der oftmaligeren Besuche positiv verändert.

Die Annahme, dass sich Patientinnen bei ihrem Arzt bemüßigt fühlen, Hochdeutsch zu sprechen, hat sich nicht bestätigt. Viele Frauen meinten, dass sie „ganz normal“ sprechen, sich also sprachlich wohl fühlen.

2.6. Der „ideale“ Gynäkologe

Arztwechsel bei Unzufriedenheit während Schwangerschaft

Kategorien	Ja	Nein
Nennungen	20	10

Tab. 12: Wechsel bei Unzufriedenheit während der Schwangerschaft.

Zwei Drittel der befragten Frauen (zwanzig) geben an, dass sie bei Unzufriedenheit auch während der Schwangerschaft den Gynäkologen **wechseln** würden. Einige der Frauen schränkten ein, dass abgewogen werden muss, was wichtiger ist: die Unzufriedenheit bzw. dass nicht mehr vorhandene Vertrauen oder aber dass dieser Arzt die ganze Vorgeschichte kennt und ein neuer nicht. Leichter fällt ein Wechsel, wenn es neben den Mutter-Kind-Pass Untersuchungen auch Betreuung durch Ärzte im Krankenhaus gibt. Die meisten aber gaben ein uneingeschränktes „Ja“ zur Antwort bzw. „Ja, sicher“ oder „Ja, auf jeden Fall“.

Zwei dieser Frauen haben konkret wegen Unzufriedenheit während der Schwangerschaft (eher am Ende) den Arzt gewechselt.

Ein Drittel der Frauen (zehn) gab an, dass sie bei Unzufriedenheit während der Schwangerschaft **nicht** den Arzt wechseln würden bzw. dies nicht getan haben.

Der Grund dafür liegt darin, dass dieser Arzt alle Befunde bei sich hat und die Vorgeschichte kennt. Einige meinen, bei sehr gravierender Unzufriedenheit würden sie schon wechseln, etwa wenn ein bestimmter Test nicht durchgeführt wird. Eine dieser Frauen war unzufrieden, weil sie aber parallel zu den Mutter-Kind-Pass Untersuchungen auch immer im Krankenhaus betreut wurde, hat sie sich damit abgefunden. Eine Frau, die ebenfalls unzufrieden war und nicht gewechselt hat, meinte „*sollte ich noch ein Kind bekommen, würde ich bei Unzufriedenheit schon wechseln, aber bei der ersten Schwangerschaft weiß man noch nicht so genau Bescheid*“.

Wunsch hinsichtlich des Geschlechts eines Arztes

Kategorien	Geschlecht egal	Lieber Frau	Lieber Mann
Nennungen	16 ≈ 53%	11 ≈ 37%	3 ≈ 10%

Tab. 13: Präferenzen bezüglich Geschlecht eines Arztes.

Mehr als die Hälfte der Befragten Frauen (**sechzehn**) gaben an, dass es für sie **keine Rolle** spielt, ob sie von einem Frauenarzt oder einer Frauenärztin betreut werden. Zwei davon gaben an, keinen Vergleich zu haben, weil sie noch nie bei einer weiblichen Gynäkologin gewesen sind. Eine meinte, das Geschlecht sei egal, weil

beide die gleiche Ausbildung haben. Eine Frau meinte, ihr Arzt hätte eine „so liebe Art“, dass es keine Rolle spielt, dass er ein Mann ist.

Vierzehn Frauen gaben an, dass das Geschlecht des Arztes/der Ärztin für sie schon eine Rolle spielt.

Sehr überraschend war die explizite Aussage von drei Frauen im Alter von 26, 28 und 29 Jahren, dass sie lieber zu einem männlichen Gynäkologen gehen. Sie fühlen sich bei einem Mann besser aufgehoben bzw. empfinden es als „normaler“ von einem männlichen Gynäkologen betreut zu werden.

Etwas mehr als ein Drittel der Frauen (elf) gaben an, dass sie lieber von einer weiblichen Gynäkologin betreut werden. Diese Frauen sind der Meinung, dass eine Frau eher als ein Mann nachvollziehen kann, was im Körper einer Frau vor sich geht und empfinden die Situation bei einer weiblichen Gynäkologin als angenehmer und haben zu einer Frau mehr Vertrauen. Wichtig ist auch die Tatsache, dass eine weibliche Gynäkologin eben selber auch Kinder bekommen kann bzw. bereits hat und daher aus eigener Erfahrung sprechen kann.

Einige Frauen meinten, dass sie sich im Laufe der Zeit daran gewöhnt hätten, von Männern untersucht zu werden, vor allem da man ja während Schwangerschaft und Geburt im Krankenhaus fast keine Chance hat, das zu vermeiden.

Einige Frauen bemängeln, dass es einfach zu wenig weibliche Gynäkologinnen gibt. Sie meinen, dass sie eine Frau besser versteht, auch in Bezug auf Gefühle und Emotionen wohingegen bei einem männlichen Gynäkologen eher die sachliche, medizinische Ebene im Vordergrund steht. Sie haben bei einer Frau ein besseres Gefühl und können auch leichter über gewisse Dinge, wie etwa Sex oder Krankheiten im Intimbereich, sprechen.

Der Anteil von Frauen, die sich explizit eine weibliche Gynäkologin wünschen beläuft sich in dieser Studie auf rund 37%. Nur 10% wünschen sich explizit einen männlichen Gynäkologen. Für 53% der befragten Frauen macht das Geschlecht des Gynäkologen keinen Unterschied bzw. sind sie noch nie bei einer weiblichen Gynäkologin gewesen.

Diese Studie kann man zwar aufgrund der geringen Grundgesamtheit (30 Interviews) nicht als repräsentativ betrachten, eine Tendenz ist aber sehr wohl erkennbar.

In Linz gibt es sechsunddreißig männliche und sechs weibliche GynäkologInnen, im restlichen Oberösterreich achtundsiebzig männliche und elf weibliche Gynäkologinnen. Insgesamt gibt es also hunderteinunddreißig, wovon hundertvierzehn männliche Gynäkologen und nur siebzehn weibliche Gynäkologinnen sind. In folgender Tabelle wird das Geschlechterverhältnis dargestellt:

Geschlecht/Ort	Linz	Restl. Oberösterr.	Gesamt absolut	Gesamt/Prozent
Männlich	36	78	114	87 %
Weiblich	6	11	17	13 %
Gesamt	42	89	131	100 %

Tab. 14: Anzahl Gynäkologinnen und Gynäkologen in Oberösterreich und in Linz.

Im Gegensatz zu den 37% die sich eine weibliche Frauenärztin wünschen gibt es im Bundesland Oberösterreich³⁵ aber nur rund 13% weibliche Gynäkologinnen.

Um nur die Frauen zufriedenzustellen, die sich explizit eine weibliche Gynäkologin wünschen (von den Befragten, für die das Geschlecht keine Rolle spielt, soll hier gar keine Rede sein), müsste der Anteil an weiblichen Frauenärzten von 13% auf 37% erhöht werden. Das wäre für das Bundesland Oberösterreich eine Anzahl von insgesamt mindestens achtundvierzig weiblichen Gynäkologinnen.

Die Diskrepanz zwischen diesen Ergebnissen und den Tatsachen sollte für die Verantwortlichen ein Ansatzpunkt zum Handeln sein.

Bevorzugtes Alter des Arztes

Vierzehn Frauen sind der Meinung, dass das Alter des Arztes eine Rolle spielt im Umgang mit Patientinnen.

Dabei ist jedoch ein Unterschied zu bemerken: Vier Frauen bevorzugen eher einen älteren Arzt, aufgrund der höheren Erfahrung bzw. weil die Situation bei einem etwa gleich alten peinlich wäre.

Die anderen Frauen bevorzugen eher einen jüngeren Arzt, damit keine Gefahr besteht, dass er in Pension geht und weil sie mit einem Jüngeren leichter ins Gespräch kommen und das Gefühl haben, offener sprechen zu können. Außerdem

³⁵ Vgl. <http://www.aerzte-austria.at/bundesfach/oberoesterreich1.htm>, 03.05.2003.

meinen sie, dass ein Jüngerer auf dem neuesten Wissensstand ist und die Untersuchungen noch nicht so sehr Routine für ihn sind. Wörtliche Aussagen dazu sind: „Ältere können nicht mehr so auf einen eingehen“, „früher sind die älteren Ärzte schon anderes umgesprungen mit einem“, „Ein jüngerer hat vielleicht selber kleine Kinder hat, und weiß wie das ist“.

Eine Frau meinte, dass sich generell das Selbstverständnis und die Einstellung der Ärzte geändert haben. Früher war der Arzt eher der „Gott in weiß“, nun stehen Arzt und Patientin eher auf der gleichen Stufe, da jüngere Ärzte großteils eine offenere und demokratischere Einstellung zu Patienten haben.

Sechzehn Frauen sind der Meinung, dass das Alter eines Arztes keine Rolle spielt im Umgang mit den Patientinnen. Oft war zu hören, dass es eher auf die Persönlichkeit und das Einfühlungsvermögen eines Menschen ankommt.

Unabhängig vom Umgang mit Patientinnen attestieren viele Frauen einem älteren Arzt mehr Erfahrung.

Akzeptanz für einen sehr jungen Arzt

Kategorien	Ja	Nein	Auf Empfehlung
Nennungen	19	4	7

Tab. 15: Bereitschaft junge Ärztin zu akzeptieren.

Neunzehn der befragten Frauen würden einen jungen Gynäkologen aufsuchen, der erst seit kurzer Zeit ordiniert. Manche argumentieren, dass ohnehin jeder Arzt bestimmte Praxisjahre vorweisen können muss, bevor er eine Praxis aufmachen darf. Einige meine, dass ein junger Arzt eher die neuesten Lehrmeinungen kennt, es aber grundsätzlich auf die Person des Arztes ankomme und nicht so sehr auf das Alter. Bei Komplikation würden einige doch eher einen erfahrenen Arzt aufsuchen.

Sieben Frauen würden nur auf Empfehlung zu einem Gynäkologen gehen, der seine Ordination erst seit kurzer Zeit hat.

Vier Frauen würden nicht zu einem jungen Frauenarzt gehen.

Bereitschaft für Selbstbehalt bei Wahlarzt

Kategorien	Ja	Eventuell	Nein
Nennungen	17	3	10

Tab. 16: Bereitschaft für Arztbesuch zu zahlen.

Ein Drittel der Frauen (**zehn**) würden **auf keinen Fall** zu einem Wahlarzt gehen da sie dabei einen Teil der Kosten selber tragen müssten. Eine meinte dazu „*ich zahle auch so schon genug*“ und eine weitere Aussage war, dass es auch sehr gute Kassenärzte gibt.

Zwei Drittel der Frauen (**zwanzig**) würden unter bestimmten Umständen zu einem Wahlarzt gehen. Eine Frau gibt an, dass bei ihrer Versicherung bezüglich Selbstbehalt kein Unterschied besteht zwischen Wahl- und Vertragsarzt. Einige meinten, eine weibliche Vertragsärztin wäre ihnen am liebsten.

Gründe für einen Wahlarzt

In erster Linie wurde dabei die räumliche Nähe genannt, die Distanz zum Arzt sollte nicht zu weit sein, und dafür wird auch ein Selbstbehalt in Kauf genommen.

Weitere Gründe für einen Wahlarzt wären: Wenn eine gewünschte Behandlung nur von einem Wahlarzt angeboten würde oder generell kein zufrieden stellender Vertragsarzt gefunden werden könnte. Wenn eine weibliche Gynäkologin nur als Wahlärztin in zumutbarer Nähe zu finden wäre und ganz allgemein aufgrund von Empfehlung eines bestimmten Arztes.

Wörtliche Aussagen dazu lauten: „*ich war mit den bisherigen Vertragsärzten unzufrieden*“, „*ich wollte unbedingt schwanger werden, und er wurde mir empfohlen*“, „*weil ich unbedingt zu einer Frau gehen möchte*“ und „*sie wurde mir empfohlen, lieber wäre mir aber eine Vertragsärztin*“.

Begleitung während Schwangerschaft, Geburt u. Nachbetreuung durch eine Person

Kategorien	Ja	Nein
Nennungen	17	13

Tab. 17: Wichtigkeit einer durchgehenden Betreuung.

Mehr als die Hälfte der befragten Frauen (**siebzehn**) wünschen sich eine **durchgehende Betreuung** über die Geburt hinaus durch eine Person. Manche könnten sich vorstellen, dass dies Funktion der Arzt übernimmt, andere wiederum nur, dass dies die Hebamme übernimmt. Der Gynäkologe als Mediziner hat eine wichtige Funktion, aber, wie eine Befragte formulierte: *„für das ganze Drumherum während und nach der Schwangerschaft sind einfach die Hebammen die Fachleute“*. Viele meinen, sie würden nicht genau wissen wo sie sich informieren könnten und welche Kosten dabei auf sie zukommen bzw. sind der Ansicht, dass das leider schwierig zu realisieren ist.

Speziell bei der ersten Schwangerschaft, wenn alles neu für eine Frau ist, wäre eine durchgehende Begleitperson wichtig. Jemanden, denn man bei Unklarheiten einfach fragen oder anrufen kann, ohne Scheu davor haben zu müssen.

Für **dreizehn** der befragten Frauen ist eine durchgehende Betreuung nicht oder **nicht so sehr wichtig**. Manche sehen einen Vorteil in der Betreuung durch mehrere Personen, da dadurch auf insgesamt viel mehr Erfahrung und Wissen zurückgegriffen werden kann.

Eine Viertgebärende meinte: „da (durch die Geburt) muss ich sowieso selber durch“. Beim ersten Kind wäre eine durchgehende Betreuung auch für sie wünschenswert gewesen.

Einige meinten, dies wäre wünschenswert, wenn es Probleme oder Komplikation gibt.

Zusammenfassung

Kommt während der Schwangerschaft grobe Unzufriedenheit mit dem behandelnden Gynäkologen auf, so würden zwei Drittel den Arzt wechseln. Ein Drittel würde während der Schwangerschaft nicht den Arzt wechseln, sondern erst danach.

Zum gewünschten Geschlecht eines Frauenarztes meinte mehr als die Hälfte, dass ihnen egal sei, ob es ein Mann oder eine Frau sei. Mehr als ein Drittel wünschte sich explizit eine Frau als Gynäkologin. Nur drei Frauen wünschen sich explizit einen Mann als Gynäkologen. Zwischen dem Wunsch nach weiblichen Gynäkologinnen und der tatsächlichen Anzahl derer, herrscht in Oberösterreich eine große Diskrepanz. Hier besteht also Handlungsbedarf, das Angebot an die Bedürfnisse der Patientinnen anzupassen.

Frauen, für die das Alter des Arztes eine Rolle spielt, bevorzugen öfters einen jüngeren Arzt, da hier eher ein gutes Gesprächsklima zustande kommt und nicht wegen Pensionierung ein anderer Arzt gesucht werden muss

Nur vier Frauen würden nicht zu einem sehr jungen Arzt, der die Ordination erst kurze Zeit hat, gehen.

Selbstbehalt für den Arztbesuch zu zahlen (bei einem Wahlarzt), lehnt ein Drittel völlig ab. Für zwei Drittel kommt dies unter bestimmten Umständen, wie räumliche Nähe oder besondere Qualifikation, in Frage.

Mehr als die Hälfte würden sich eine durchgehende Betreuung durch eine Person während Schwangerschaft, Geburt und erste Zeit danach wünschen.

2.7. Einstellungen der Befragten

Wichtigkeit der Vorsorgeuntersuchungen des Mutter-Kind-Passes

Alle **drei**zig befragten Frauen finden die im Mutter-Kind-Pass vorgesehenen Untersuchungen **sehr gut** und lassen alle machen. Viele freuen sich darauf, weil sie dann die Sicherheit haben, dass die Schwangerschaft normal verläuft bzw. etwaige Komplikation frühzeitig erkannt und behandelt werden können. Speziell durch die Ultraschalluntersuchungen wird die Beziehung zum Kind gefestigt. Einige fanden es gut, dass die Untersuchungen fix vorgegeben sind, denn sonst würden sie sich wahrscheinlich nicht die Zeit nehmen, so oft zum Arzt zu gehen.

Nur eine Frau machte sich Sorgen, dass durch die Mutter-Kind-Pass Untersuchungen (auch nach der Geburt), die Gesundheit und deren Stellenwert bei einer Person relativ leicht nachvollziehbar wird (Stichwort: gläserner Mensch).

Viele Frauen meinten explizit, sie würden die vorgesehenen Untersuchungen auch ohne finanziellen Anreiz machen lassen, bzw. wissen viele ohnehin nicht, ob sie dafür Geld bekommen werden. Solange die Untersuchungen an sich gratis sind werden sie von den hier Befragten wahrgenommen.

Bei zwei Frauen, die bei Wahlärztinnen in Behandlung sind, wurden bei jedem Termin auch Ultraschalluntersuchungen gemacht, die extra verrechnet wurden. Beide meinten, dass sie erst im Nachhinein erfahren hätten, dass im Mutter-Kind-Pass nicht so viele vorgesehen waren und meinten, dass sie sich einiges an Kosten hätten sparen können.

Befolgung von Ratschlägen des Arztes

Kategorien	Ja, grundsätzlich schon	Eher Nein
Nennungen	27	3

Tab. 18: Befolgung von Ratschlägen des Arztes.

Fast alle Frauen (**siebenundzwanzig**) geben an, dass sie die Ratschläge des Arztes **grundsätzlich schon** befolgen. Bei Unklarheiten wird nachgefragt bzw. werden manche Ratschläge zwar als gut und richtig anerkannt, aber es siegen andere Gründe (Bequemlichkeit, Eitelkeit,...) über den Nutzen. Beispiele dafür sind das Tragen von Stützstrümpfen, das Auftragen von Cremes, Schwangerschaftsgymnastik etc.

Zwei Frauen meinten, dass sie eigentlich nicht viele Ratschläge bekommen haben. Die meisten machen sich selber Gedanken, wieweit etwas für sie zutrifft und anzunehmen ist. Die Frage nach der richtigen Ernährung während der Schwangerschaft wurde einige Male angesprochen.

Drei Frauen beantworteten die Frage nach der Befolgung von ärztlichen Ratschlägen eher mit **Nein**, wobei sie speziell die Verordnungen von Medikamenten während der Schwangerschaft ansprachen. Manche Medikamente wie Calcium, Eisen oder

Vitamine werden automatisch verordnet, ohne nachzuprüfen, ob ein Mangel besteht. Das wird von den Frauen als nicht nachvollziehbar empfunden und daher abgelehnt. Diese Frauen waren jeweils mit dem ersten Kind schwanger.

Die Hypothese, dass Erstschwangere die Ratschläge ihres Arztes wichtiger nehmen als Frauen, die bereits Erfahrung mit einer Schwangerschaft haben, hat sich nicht bestätigt.

Die Belastung einer Schwangerschaft

Etwas mehr als die Hälfte der Befragten (**sechzehn**) gab an, dass sie die Schwangerschaft nicht bzw. **nicht als starke Belastung** empfanden bzw. empfinden. Manche schränkten ein, nur die letzten ein bis zwei Wochen wären anstrengend. Für neun dieser Frauen war es die erste Schwangerschaft, die anderen sieben hatten bereits Erfahrung damit.

Vierzehn der Frauen empfanden die Schwangerschaft zumindest **teilweise als belastend**, manche sogar stark. Dafür gibt es verschiedene Gründe wie die körperlichen Veränderungen, Sorgen aufgrund von Komplikationen während der Schwangerschaft, Anforderungen aus Beruf, Haushalt oder Familie etc.

Einige meinten während eines bestimmten Zeitraumes der Schwangerschaft hat es körperliche Probleme wie Blutungen, Kreislaufprobleme, vorzeitige Wehen, Liegen müssen etc. gegeben, wodurch sie die Situation als Belastung empfunden haben.

Die Belastung der Mutterschaft

Neun der Frauen geben an, dass sie die Mutterschaft als **anstrengend** bzw. als Herausforderung erleben. Viele meinen gleichzeitig aber auch, dass es sehr schön sei. Ein Großteil dieser Frauen hat bereits Erfahrung als Mutter, nur eine in dieser Gruppe ist mit dem ersten Kind schwanger.

Neunzehn der Frauen sehen in der Mutterschaft **eher keine Belastung** obwohl einige hinzufügen, dass es manchmal schon anstrengend sei. Einige nennen die mangelnde Vereinbarkeit mit dem Beruf als Grund. Auch hier hat ein Großteil Erfahrung als Mutter, nur zwei Frauen sind mit dem ersten Kind schwanger.

Zwei der Frauen, die mit ihrem ersten Kind schwanger sind, meinen, dass sie sich das jetzt noch **nicht vorstellen können**.

Zusammenfassung

Die Vorsorgeuntersuchungen des Mutter-Kind-Passes werden von allen Frauen als sehr gut und wichtig beurteilt.

Die meisten der Befragten folgen den Ratschlägen ihres Arztes, auch die Frauen, welche schon Erfahrung mit früheren Schwangerschaften haben. Bei der Verordnung von Vitaminen oder sonstigen Medikamenten sind manche kritisch.

Für knapp die Hälfte stellt die Schwangerschaft eine Belastung dar, aber nur ein knappes Drittel bezeichnet die Mutterschaft als anstrengend.

2.8. Rahmenbedingungen und Organisationsablauf der Arztpraxis

Zufriedenheit mit Erreichbarkeit und Ordinationszeiten

Kategorien	Sehr zufrieden	Zufrieden	Weniger zufrieden
Nennungen	9	17	4

Tab. 19: Zufriedenheit mit der Erreichbarkeit der Ärztin.

Fast ein Drittel der Frauen (**neun**) geben an, dass sie mit den Ordinationszeiten und der Erreichbarkeit ihres Arztes **sehr zufrieden** sind. Von diesen Frauen geben sechs an, dass sie ihren Arzt auch außerhalb der Ordinationszeiten erreichen könnten.

Siebzehn der Frauen sind mit den Ordinationszeiten und der Erreichbarkeit ihres Arztes **zufrieden** bzw. geben an, dies sei in Ordnung für sie.

Einige Frauen sprachen an, dass ihre Wahlärzte zwar nur ein- bis zweimal pro Woche Ordination haben, aber sie dafür in den jeweiligen Krankenhäusern erreichbar wären.

Für zwei Frauen war positiv, dass sie auch kurzfristig zwischen zwei Terminen „hineingezwickt“ wurden, wenn es nötig war. Bei Auftreten eines Problems noch am gleichen Tag einen Termin zu bekommen ist für viele Frauen wichtig.

Fünf dieser Frauen könnten ihren Arzt bei Problemen auch außerhalb der Ordinationszeiten erreichen.

Vier der Frauen zeigten sich **weniger zufrieden** mit den Ordinationszeiten und der Erreichbarkeit ihres Arztes.

Ein Grund dafür ist, dass nur ein Tag in der Woche für Schwangere reserviert ist, der Arzt aber ausgesucht wurde, weil er am freien Tag der Patientin Ordination hat. Während der Schwangerschaft musste sie daher extra von der Arbeit wegfahren. Sie empfand das System als sehr unflexibel.

Eine Frau bezeichnete zwar die Ordinationszeiten als grundsätzlich in Ordnung, aber empfand die Erreichbarkeit als mangelhaft. In der Ordination läuft ab 9.00 morgens das Tonband am Telefon, wenn also ein kurzfristiges Problem auftritt kann man den Arzt danach telefonisch nicht mehr erreichen.

Ein Wahlarzt hat nur einen Tag pro Woche Ordination, was für die Patientin eher unzureichend ist.

Eine Frau meinte, für ihre flexiblen Arbeitszeiten waren die Ordinationszeiten in Ordnung, aber generell sollte ein Arzt zweimal pro Woche Abendordination anbieten um auch Personen mit geregelten Arbeitszeiten zufriedenzustellen.

Zwei dieser Frauen könnten ihren Arzt aber auch außerhalb der Ordinationszeiten erreichen.

Erreichbarkeit außerhalb der Ordinationszeiten

Kategorien	Ja	Nein	Weiß nicht
Nennungen	13	9	8

Tab. 20: Erreichbarkeit des Arztes außerhalb der Ordinationszeiten.

Dreizehn Frauen geben an, dass ihr Arzt bei Problemen auch außerhalb der Ordinationszeiten **erreichbar** wäre. Entweder im Krankenhaus, in dem er beschäftigt ist oder über die private Telefonnummer.

Neun Frauen geben an, dass sie ihr Arzt außerhalb der Ordinationszeiten **nicht erreichbar** wäre.

Acht Frauen meinen, dass sich diese Frage nie gestellt hätte und sie **nicht wissen**, ob sie ihren Arzt außerhalb der Ordinationszeiten erreichen könnten.

Von den Frauen, die ihren Arzt nicht erreichen könnten bzw. nicht wissen ob dies möglich ist, meinten viele, dass es bei einem Problem ohnehin nahe liegend sei ins Krankenhaus zu gehen. Nur eine Frau, die grundsätzlich mit den Ordinationszeiten zufrieden ist, wünschte sich explizit, dass sie ihren Arzt auch außerhalb der Ordinationszeiten erreichen könnte.

Voruntersuchung durch die Ordinationshilfe

Zu den Voruntersuchungen zählen oftmals das Blutdruckmessen, Gewichtsmessen, Abgeben einer Harnprobe, Bauchumfang messen, Herztöne des Kindes messen etc. In vielen gynäkologischen Ordinationen ist es üblich, dass diese Voruntersuchungen von den Assistentinnen vorgenommen werden. Einige Frauen meinten aber auch, bis auf die Anmeldung hätten sie mit der Ordinationshilfe eigentlich nichts zu tun.

Kategorien	Sehr zufrieden	Nicht zufrieden
Nennungen	27	3

Tab. 21: Zufriedenheit mit den Assistentinnen und den Voruntersuchungen.

Siebenundzwanzig Frauen sind mit den Ordinationshilfen bzw. Assistentinnen **sehr zufrieden**. Sie nehmen sich genügend Zeit und sind sehr freundlich und nett. Oftmals kann man auch mit ihnen über Unsicherheiten sprechen, eine Frau meinte sogar *„von den Assistentinnen habe ich mehr erfahren als von meinem Arzt“*.

Zwei dieser Frauen waren beim Messen der Herztöne des Kindes sehr verunsichert, da ihnen gesagt wurde, dass beim Aufleuchten des roten Lämpchens etwas nicht stimmt. Sie nahmen aufgrund dieser unzureichenden Erklärung an, dass mit dem

Kind etwas nicht stimmt, wobei aber nur die Übertragung des Gerätes nicht in Ordnung ist. Beide sind aber grundsätzlich mit den Ordinationshilfen zufrieden.

Nur **drei** Frauen gaben an, mit den Ordinationshilfen **nicht zufrieden** gewesen zu sein. Sie werden als unsympathisch, reserviert und unfreundlich bezeichnet. Eine Frau bemängelte, dass Untersuchungen wie Bauchumfang oder Gewichtsmessen nicht gemacht wurden, obwohl es im Mutter-Kind-Pass vorgesehen ist. Eine andere Frau bemängelte den Organisationsablauf an sich (sie wurde zum Abgeben der Harnprobe aus dem Wartezimmer aufgerufen, lieber hätte sie den Becher gleich bei Eintreffen bekommen). Zwei dieser Frauen sind mit ihrem Arzt in zumindest einer Hinsicht (persönlich oder fachlich) nicht so zufrieden. Die dritte ist mit ihrem Arzt sehr zufrieden.

Bezüglich des Zeitaufwandes durch die Ordinationshilfen zeigte sich keine Frau unzufrieden.

Länge und max. akzeptierte Wartezeit

Wartezeit	5 bis 15 Min.	Bis zu 30 Min.	Bis zu 45 Min.	Bis zu 1 Std.	Bis zu 2 Std.
Nennungen	12	8	2	6	4

Tab. 22: Wartezeit mit Termin.

Die folgenden Antworten beziehen sich auf die Zeit, welche Patientinnen mit Termin warten müssen, bis sie zur Ärztin hineingerufen werden. Oftmals wird diese Zeit mit den Voruntersuchungen überbrückt.

Zwölf der befragten Frauen geben an, dass sie normalerweise fast gar keine oder nur eine Wartezeit von **fünf bis fünfzehn Minuten** haben.

Bei **acht** Frauen dauert es bis zu **30 Minuten** und bei **zwei** bis zu **45 Minuten**, bis sie zur Ärztin hineingerufen werden.

Sechs Frauen geben an, bis zu **einer Stunde** warten zu müssen und **vier** bis zu **zwei Stunden**.

Über eine Wartezeit von mehr als einer halben Stunde zeigten sich einige der Befragten verärgert. Hingewiesen wurde auch auf die besonderen Umstände einer Schwangerschaft, denn hier wird das Warten in geschlossenen Räumen als besonders unangenehm und anstrengend empfunden.

Einige Frauen (mit Wartezeiten bis zu 30 Minuten) sprechen einmalige Ausnahmesituationen an, wo sie länger warten mussten, darüber zeigten sich alle verständnisvoll. Einerseits, weil es passieren kann, dass eine Patientin einmal mehr Zeit braucht als vorhergesehen, andererseits, weil sie selber auch froh wären, wenn sie überraschend einen Termin bräuchten und zwischendurch einen bekämen.

Manche Frauen bemängeln ein undurchschaubares System beim Aufrufen und fühlen sich dadurch benachteiligt. Folgende Aussage soll dies verdeutlichen: *„ich bin pünktlich zu meinem Termin gekommen, war die Dritte im Wartezimmer und bin als Fünfte drangekommen, das ist schon unangenehm.“*

Eine Frau meinte: *„auch wenn man den ersten Termin am Morgen hat, muss man eine halbe Stunde warten“.*

Es wird als positiv empfunden, wenn eine voraussichtlich längere Wartezeit der Patientin mitgeteilt wird, damit sie noch einmal weggehen kann.

Max. Wartezeit mit Termin

Max. Wartezeit	Bis zu 20 Minuten	Bis zu 30 Minuten	Bis zu 1 Stunde	Bis zu 1,5 Stunden
Nennungen	1	24	2	3

Tab. 23: Max. angemessene Wartezeit mit Termin.

Als max. angemessene Wartezeit mit Termin empfindet ein Großteil der Frauen (vierundzwanzig) bis zu einer halben Stunde. Eine findet nur bis zu zwanzig Minuten angemessen, zwei Frauen bis zu einer Stunde und drei Frauen sogar bis zu eineinhalb Stunden. Einige meinten, dass ein bis eineinhalb Stunden die „Schmerzgrenze“ darstellen.

Ab einer eruierten Wartezeit von 45 Minuten lässt sich eine geänderte Erwartung feststellen: Bei den drei ersten Gruppen mit einer Wartezeit von fast gar nicht bis zu 45 Minuten würden die meisten auch länger warten. Drei von ihnen sogar bis zu eineinhalb Stunden.

Die beiden anderen Gruppen, mit einer Wartezeit von ein bis zwei Stunden, empfinden alle eine kürzere Wartezeit als angemessen, die meisten bis zu einer halben Stunde, nur eine bis zu einer Stunde.

Ablenkung im Warteraum

Die **meisten** Frauen geben an, dass im Wartezimmer genügend vielseitiger Lesestoff vorhanden ist und sie damit **zufrieden** sind.

Nur **vier** Frauen waren damit **eher unzufrieden**. Entweder weil es sich um zu wenige, veraltete oder zu einseitige Zeitschriften handelt. Aktuelle und vielseitige Information ist gewünscht, auch für die männliche Begleitperson sollte etwas dabei sein.

Einige Frauen erwähnten, dass es im Wartezimmer eine Spielecke für Kinder gibt, was als positiv empfunden wird.

Ultraschallbilder und deren Preis

Preis	Kostenlos	Euro: 3,--/ 4,--/ 5,--	Euro: 25,--	Kein Bild
Nennungen	20	7	1	2

Tab. 24: Kosten für Ultraschallbilder.

Zwei Drittel (zwanzig) der Frauen geben an, dass sie **kostenlos** Ultraschallbilder ihrer Kinder bekommen haben. Die meisten sogar unaufgefordert, einige mussten nachfragen. Die Anzahl der Bilder variiert je nach Arzt, mindestens wurden zwei hergegeben.

Sieben Frauen gaben an, für ein Ultraschallbild zwischen drei und fünf Euro bezahlen zu müssen. Viele gaben an, dass für das erste Bild nichts verrechnet wurde.

Eine Frau müsste für ein Ultraschallbild rund **fünfundzwanzig** Euro bezahlen. Das ist kein Tipp- oder Hörfehler sondern die Befragte hat das auf Nachfrage explizit bestätigt.

Zwei Frauen haben **keine Ultraschallbilder** bekommen. Eine meinte, als sie danach gefragt hat, war das Kind bereits zu groß für ein Bild. Die zweite Frau hat während der ersten Schwangerschaft danach gefragt, aber keines erhalten, da der Drucker kaputt war. In der zweiten Schwangerschaft wollte sie dann nicht mehr nachfragen.

Eine Frau, die mit ihrem Gynäkologen sehr zufrieden ist, hat ihren kleinen Sohn in die Ordination mitgebracht. Dieser hat ein eigenes Ultraschallbild vom Baby bekommen und durfte außerdem beim Computer sitzen.

„Nebensächlichkeiten“ dieser Art werden durch Patientinnen vermutlich wesentlich höher geschätzt, als dies einem Arzt bewusst ist.

Die Mitnahme von Kindesvater oder Vertrauensperson

Alle Befragten geben an, dass der Kindesvater in der Ordination **willkommen** war bzw. mitkommen hätte können. Bei den meisten Frauen ist er mindestens einmal mitgekommen und wurde in das Gespräch miteinbezogen.

Viele Frauen meinten, dem Vater des Kindes wurde alles gut erklärt.

Einige Frauen meinten, dass sich ihre Ärzte sogar etwas mehr bemühen bei ihren Erklärungen, wenn die Väter anwesend sind.

Eine witzige Aussage einer Frau war: *„der Arzt hat meinem Freund wirklich alles sehr oft gezeigt, aber irgendwann hat er es auch aufgegeben ihm das Ultraschallbild zu erklären“*.

Bei einigen Frauen konnten die älteren Kinder mitkommen, um das Baby bereits am Bildschirm zu sehen. Schon im Voraus wurde abgeklärt, in welcher SSW dies am günstigsten wäre, damit die Kinder möglichst viel erkennen können.

Fahrzeit zum Arzt

Fahrzeit	5 Min.	10 Min.	15 Min.	20 Min.	25 Min.	35 Min.	75 Min.
Nennungen	5	5	9	6	3	1	1

Tab. 25: Fahrzeit zum Gynäkologen.

Je fünf Frauen benötigen für den Weg zu ihrer Gynäkologin fünf oder zehn Minuten. Neun Frauen benötigen fünfzehn Minuten und sechs Frauen zwanzig Minuten. Drei Frauen brauchen für den Weg fünfundzwanzig Minuten, eine Frau fünfunddreißig Minuten und eine Frau benötigt sogar fünfviertel Stunden. Als Transportmittel wird das Auto, öffentliche Verkehrsmittel oder einfach per Fuß angegeben.

Die meisten Frauen, die angeben zwanzig Minuten oder länger für den Weg zu ihrem Arzt zu benötigen wohnen in einer Landgemeinde.

Auswahlkriterium Entfernung

Ein Drittel der Frauen (zehn) beantworten diese Frage mit **Nein**.

Für **zwei Drittel** der Frauen (zwanzig) spielt die Entfernung auf jeden Fall oder schon auch **eine Rolle** bei der Wahl ihres Gynäkologen.

Drei davon meinen, dass es speziell während einer Schwangerschaft, wenn man oft Arzttermine hat, wichtig ist nicht zu weit fahren zu müssen. Eine Frau hat aus diesem Grund den Arzt gewechselt; sie ist mit dem neuen Arzt auch sehr zufrieden, wäre aber noch lieber beim vorigen geblieben.

Eine Frau, die mit ihrem Arzt sehr zufrieden ist, meinte: *„eine Stunde Entfernung wäre für mich das Maximum, wenn aber mein jetziger Arzt weiter wegziehen würde, so würde ich doch bei ihm bleiben, sofern es noch halbwegs vertretbar ist.“*

Max. Fahrzeit zum Frauenarzt

Zeit in Minuten	15-20	30	35-40	45	60	90
Nennungen	5	11	2	7	4	1

Tab. 26: Max. angemessene Fahrzeit.

Mehr als zwei Drittel (elf) der Frauen würden etwa eine halbe Stunde bis zu ihrem Gynäkologen fahren. Fünf würden fünfzehn bis zwanzig Minuten Fahrzeit in Kauf nehmen und zwei Frauen fünfunddreißig bis vierzig Minuten.

Für sieben Frauen wäre eine dreiviertel Stunde Fahrzeit noch in Ordnung und für vier Frauen eine Stunde. Nur eine meinte, eineinhalb Stunden Fahrzeit käme ev. noch in Kauf.

Bei den zehn Frauen, welche angaben, dass die Entfernung bei der Wahl des Arztes keine Rolle spielt, wird folgende max. Fahrzeit angegeben:

Zeit in Minuten	30	45	60	90
Nennungen	5	3	1	1

Tab. 27: Max. angemessene Fahrzeit falls Entfernung unwichtig ist.

Sieben dieser Frauen wohnen in einer Stadt bzw. am Stadtrand und nur drei am Land. Die Fahrzeiten liegen in einem Intervall zwischen dreißig und neunzig Minuten.

Bei den zwanzig Frauen, welche angaben, dass die Entfernung bei der Wahl des Arztes auf jeden Fall oder schon auch eine Rolle spielt, wird folgende max. Fahrzeit in Kauf genommen:

Zeit in Minuten	15-20	30	35-40	45	60
Anzahl	5	6	2	4	3

Tab. 28: Max. angemessene Fahrzeit falls Entfernung eine Rolle spielt.

Die Verteilung in Bezug auf den Wohnort ist hier ausgewogener, elf der Frauen wohnen am Land, neun in einer Stadt bzw. am Stadtrand. Die Fahrzeiten liegen in einem Intervall zwischen fünfzehn und sechzig Minuten.

Eine Frau meinte zwar, dass man ohnehin längere Anfahrtszeiten in Kauf nimmt, wenn man am Land wohnt. Daraus kann aber nicht geschlossen werden, dass für Frauen, welche in einer Stadt wohnen, nur kurze Anfahrtswege in Frage kämen. Die individuelle Grenze der max. Fahrzeit scheint nicht direkt mit dem Wohnort zusammenzuhängen.

Zufriedenheit insgesamt (medizinisch, Entfernung, Rahmenbedingungen, Ablauf in der Ordination,...)

Kategorien	Sehr Gut	Sehr gut – Gut	Gut	Gut - Befriedigend	Befriedigend
Nennungen	18	1	8	2	1

Tab. 29: Zufriedenheit insgesamt mit dem betreuenden Arzt.

Fast zwei Drittel (**achtzehn bzw. neunzehn**) der befragten Frauen sind mit ihrem Gynäkologen insgesamt betrachtet **sehr zufrieden**.

Von diesen Frauen geben fünfzehn an, nicht länger als dreißig Minuten warten zu müssen, viele sogar kürzer. Nur zwei müssen etwa eine Stunde warten, eine sogar bis zu zwei Stunden.

Einige der Frauen, die sehr zufrieden sind, fügen hinzu, dass sie sonst den Arzt wechseln würden bzw. auch in Zukunft bei ihrem Arzt bleiben werden.

Acht bzw. neun Frauen sind mit ihrem Arzt **zufrieden**.

Hier geben vier Frauen an, dass es manchmal zu längeren Wartezeiten bis zu einer Stunde kommt.

Fast alle (siebenundzwanzig) geben also an, mit ihrem Frauenarzt insgesamt mindestens zufrieden zu sein.

Nur **drei** Frauen geben eine Note **Gut bis Befriedigend** bzw. ein reines **Befriedigend**. Bei allen drei dieser Frauen liegen die Gründe für die nicht so gute Bewertung eher in der Person des Arztes, also beispielsweise im unzureichenden Eingang auf die gesamten Umstände der Schwangerschaft. Zuwenig Einfühlungsvermögen des Arztes bzw. das Gefühl zu haben, dass man abgefertigt wird schlägt sich in einer schlechteren Bewertung nieder.

Zusammenfassung

Bezüglich der Erreichbarkeit der Ärztin und der Ordinationszeiten zeigen sich nur vier Frauen unzufrieden. Gründe dafür sind mangelnde Flexibilität gegenüber Schwangeren oder keine Abendordinationen. Viele Frauen können ihren Arzt bei

kurzfristigen Problemen auch außerhalb der Ordinationszeiten erreichen. Die Möglichkeit, den Arzt außerhalb der Ordinationszeiten zu erreichen wird positiv bewertet. Besteht die Möglichkeit nicht, so wird dies allerdings nicht negativ, sondern eher neutral beurteilt, da es bei Komplikationen nahe liegend ist, ein Krankenhaus aufzusuchen.

Die meisten der Befragten sind mit den Voruntersuchungen durch die Sprechstundenhilfen zufrieden.

Mit einer Wartezeit von bis zu dreißig Minuten zeigt sich ein Großteil der Befragten einverstanden. Für einmalige längere Wartezeiten, also Ausnahmesituationen, herrscht Verständnis. Bemängelt wird hingegen ein undurchschaubares System beim Aufrufen der Patientinnen, oder Wartezeit trotz erstem Termins nach Öffnen der Ordination.

Die Ausstattung der Wartezimmer mit Lesestoff ist für die meisten Frauen ausreichend, nur vier sind damit nicht zufrieden. Positiv erwähnt werden explizit Spielecken für Kinder.

Bezüglich der Ultraschallbilder des ungeborenen Kindes herrschen große Unterschiede. Zwei Drittel müssen nichts dafür zahlen. Wenn Ärzte für die Bilder einen Kostenbeitrag verlangen, so beläuft sich dieser auf etwa drei bis fünf Euro. Manche Ärzte geben Bilder nur nach Aufforderung aus, was einigen Frauen unangenehm ist.

Der Kindsvater oder eine Vertrauensperson ist bei allen Ärzten willkommen.

Die Fahrzeit zum Gynäkologen ist sehr unterschiedlich, was sich auch aus der Tatsache ergibt, dass einige der Befragten am Land wohnen. Für zwei Drittel der Befragten spielt die Entfernung zum Arzt eine Rolle bei der Auswahl.

Die Zufriedenheit mit dem jeweiligen Arzt, den Rahmenbedingungen, Fahr- und Wartezeiten ist bei den meisten Frauen Sehr gut bis Gut. Bei den drei Frauen, welche weniger zufrieden sind, liegen die Gründe in der Person des Arztes.

2.9. Demographie der Befragten

Geplante oder ungeplante Schwangerschaft

Zweiundzwanzig der befragten Frauen gaben an, dass es sich um eine geplante Schwangerschaft handelt.

Von den acht Frauen, die ungeplant schwanger waren, handelte es sich bei fünf um die vierte Schwangerschaft. Bei den anderen drei Frauen war es das erste Kind. Zwei dieser Frauen befinden sich als Studentinnen noch in Ausbildung.

Alter der Befragten

Die befragten Frauen sind zwischen einundzwanzig und achtunddreißig Jahre alt bzw. hatten dieses Alter im Zeitraum der Schwangerschaft.

Alter	21	22	23	24	25	26	28	29	31	32	33	34	35	36	37	38
Anzahl	1	1	2	2	1	4	2	3	2	3	1	1	2	1	1	3

Tab. 30: Altersverteilung der befragten Frauen.

Beruf der Befragten

Büroangestellte (5 Nennungen), Kfm. Angestellte (3 Nennungen), Polizistin (2 Nennungen), Studentin (2 Nennungen), Einzelhandelskauffrau, Landwirtin, KFZ-Elektrikerin, Medizinisch Technische Analytikerin, Kindergärtnerin, Erzieherin, Lehrerin, Floristin, Ärztin, Arzthelferin, Sprechstundenhilfe, Damenkleidmacherin, Altenfachbetreuerin, Filialleiterin im Verkauf, Köchin/Kellnerin, Friseurin, Journalistin, Kfm. Außendienstmitarbeiterin.

Wohnort (Stadt oder ländliches Gebiet)

Von den dreißig befragten Frauen wohnen etwas mehr als die Hälfte (sechzehn) in einer Stadt (Linz, Steyr, Wels) oder am Stadtrand und knapp die Hälfte (vierzehn) in einer Landgemeinde oder Überland.

Zusammenfassung

Die befragten Frauen sind zwischen einundzwanzig und achtunddreißig Jahre alt. Bei knapp einem Drittel handelt es sich um eine ungeplante Schwangerschaft.

Die Frauen üben diverse Berufe aus bzw. befinden sich einige noch in Ausbildung.

Der Wohnort der Frauen befindet sich entweder im oberösterreichischen Zentralraum Linz-Wels-Steier oder im angrenzenden westlichen Niederösterreich.

3. Zusammenfassung, Schlussfolgerungen und kritische Würdigung

In dieser Studie sollten Fragen zum Verhältnis zwischen schwangerer Patientin und GynäkologIn geklärt werden, wozu 30 Frauen befragt wurden. Die Erhebung erfolgte mittels problemzentrierter Interviews, also einer Form der qualitativen Forschung. Das Ziel war einerseits, eine möglichst umfassende Beschreibung der Situation und aller tangierenden Elemente aus der Sicht der betroffenen Frauen zu liefern. Andererseits sollten aus dieser Beschreibung auch die Erwartungen von Frauen sowie mögliche Störfelder eruiert werden. Aus der Identifizierung von Problem-bereichen lassen sich im Idealfall Empfehlungen und Verbesserungsvorschläge ableiten.

3.1. Diskussion der wichtigsten Befunde

Was sind nun die zentralen Ergebnisse der Befragung und welche Tipps für den Alltag im Umgang von Ärzten mit ihren Patientinnen können daraus abgeleitet werden? Zur besseren Veranschaulichung werden im Folgenden noch einmal die zentralen Forschungsfragen angeführt.

Ist für Frauen der zeitliche, der kommunikative und der organisatorische Aufwand ihres Arztes bzw. ihrer Ärztin ausreichend?

Grundsätzlich sind die meisten der befragten Frauen mit ihren Ärzten zufrieden. In Bezug auf die Stichprobe kann festgestellt werden, dass etwa vier Fünftel im Großen und Ganzen zufrieden sind. Das bedeutet aber, dass etwa ein Fünftel der Frauen mit verschiedenen Aspekten der Arzt-Patientinnen-Beziehung nicht so ganz zufrieden ist. Zu diesen Aspekten zählen etwa mangelnder Zeitaufwand und dadurch zuwenig Informationen, zuwenig Einfühlungsvermögen, unverständliche oder zu lange Wartezeiten sowie Selbstbehalt bei Wahlärzten. In manchen Fällen wiegt dies so schwer, dass ein Arztwechsel in Betracht gezogen wird. Zumeist aber handelt es sich um Teilbereiche, über die Unmut aufkommt, und andere Bereiche werden durchaus

positiv bewertet, so dass die Frau trotzdem weiterhin beim betreffenden Arzt in Behandlung ist.

Wo liegen in einer Arzt-Patientinnen-Beziehung während einer Schwangerschaft Störfelder, welche das Verhältnis der Frau zu ihrem Arzt bzw. zu ihrer Ärztin verschlechtern?

Problemfelder im Gespräch zwischen Arzt und Schwangerer liegen im Zeitaufwand und im Einfühlungsvermögen des Arztes sowie in der Ausführlichkeit und Verständlichkeit der Erklärungen. Das Einfühlungsvermögen und damit auch eine verbesserte Wahrnehmung der Patienten Anliegen könnte bereits während des Medizinstudiums durch entsprechende Kursangebote vertieft werden. Ein Beispiel dafür wäre Rollenspiele, bei denen die angehenden Ärzte in die Rolle von Patienten schlüpfen und heikle Situationen oder Themen durchspielen.

Bezüglich des Zeitaufwandes ist ein gutes Zeitmanagementsystem in der Arztpraxis ein wesentlicher Ausgangspunkt. Ist das Wartezimmer voll, so wird die Behandlung und das Gespräch zwischen Arzt und Patientin wahrscheinlich eher auf das Wesentliche und Augenscheinliche konzentriert werden, was scheinbar unwichtigere Aspekte in den Hintergrund drängt. Um gutes Zeitmanagement zu betreiben, wäre es sinnvoll, schon bei der Terminvergabe durch gezielte aber diskrete Fragen eine Einschätzung des Zeitaufwandes vorzunehmen. Dadurch könnte die Terminlegung besser eingeschätzt werden als wenn einfach alle zehn oder fünfzehn Minuten ein Termin vergeben wird. Etwas Spielraum für Patientinnen zu lassen, die aufgrund eines Problems ohne Terminvereinbarung in die Praxis kommen, wäre ebenfalls wichtig. Die Praxis von manchen Ärzten, dass Schwangerenuntersuchungen an bestimmten Wochentagen durchgeführt werden, ist auch problematisch. Zwar wird dadurch vermutlich die Vergabe und Einteilung der Termine erleichtert, allerdings kann diese Einschränkung der Terminwahl auf nur einen oder zwei Wochentage auch als sehr negativ und unflexibel empfunden werden.

Aus der Befragung wurde deutlich, dass für Gynäkologen eine ganzheitliche Schwangerschaftsbetreuung, im Sinne von Verwendung bzw. Hinweis auf ergänzende Methoden wie Homöopathie oder Akupunktur, eher wenig Bedeutung hat. Dies, trotzdem Akupunktur zur Geburtserleichterung in manchen Kranken-

häusern kostenlos angeboten wird. Auch der Hinweis auf Geburtsvorbereitungskurse, die zwar kostenpflichtig sind, ist längst nicht für alle Gynäkologen selbstverständlich. Gerade diese Kurse stellen aber eine sinnvolle Ergänzung dar zu den Vorsorgeuntersuchungen in der Schwangerschaft.

Welche Erwartungen haben (schwängere) Frauen und lässt sich daraus die „ideale Gynäkologin“ charakterisieren?

Der subjektiv empfundene Zeitaufwand, den Ärzte betreiben, ist für Frauen ein wesentliches Kriterium für die Zufriedenheit. Das bedeutet nicht unbedingt, dass das Gespräch sehr lange dauern muss, sondern mit subjektiv ist das Empfinden der Frau gemeint. Haben Patientinnen das Gefühl, dass genügend Zeit für sie verwendet wird, so werden zumeist gleichzeitig auch ihre Fragen ausführlich beantwortet bzw. werden ihre Sorgen ernst genommen. Viele Frauen geben zwar an, dass das Eingehen auf private Themen nicht wichtig ist, aber wenn es der Fall ist, zeigen sich die Frauen dann insgesamt sehr zufrieden mit der Situation bei ihrem Arzt. Denn dadurch wird klar, dass die Frau als ganze Person wahrgenommen wird, und nicht nur als Schwangere mit den spezifischen schwangerschaftsbezogenen Anliegen. Außerdem wird dadurch der Eindruck vermieden, dass es sich für den Arzt um einen Routinejob handelt.

Wesentliche Aspekte, die eine gute Gynäkologin ausmachen, sind etwa das Einfühlungsvermögen, die Gesprächsbasis, das Geschlecht, das Alter und die fachliche Kompetenz. Aber auch Kriterien wie die Wartezeit, die Erreichbarkeit und die Ordinationszeiten im Allgemeinen tragen zur Bildung eines Qualitätsurteils bei. Die meisten der angesprochenen Faktoren sind Erfahrungs- oder Vertrauenseigenschaften, wie dies bei Dienstleistungen meist der Fall ist³⁶. Erfahrungseigenschaften können erst während oder nach der Inanspruchnahme des Untersuchungstermins evaluiert werden. Dazu zählt beispielsweise das wahrgenommene Einfühlungsvermögen der Ärztin. Vertrauenseigenschaften hingegen sind selbst im Nachhinein kaum zu beurteilen, da ein Laie zumeist nicht in der Lage ist, festzustellen ob eine medizinische Diagnose angemessen ist. Im

³⁶ vgl. HALLER, S. (2001): Dienstleistungsmanagement. Grundlagen – Konzepte – Instrumente. Wiesbaden: Gabler. S.12f.

Gegensatz zu den beiden genannten sind die Sucheigenschaften zu sehen. Diese umfassen alle Attribute, die durch eine Patientin festgestellt werden könn(t)en, bevor sie die Ärztin überhaupt kennengelernt hat. Beispiele dafür sind das Alter oder die Ordinationszeiten. Der Wunsch vieler Frauen, von einer weiblichen Gynäkologin betreut zu werden, scheitert zurzeit noch an der Tatsache, dass es einfach zu wenig weibliche (Vertrags-)Ärztinnen gibt.

3.2. Schlussfolgerungen und Empfehlungen

Wo liegen grundsätzliche Verbesserungsmöglichkeiten in der Schwangerenbetreuung und wie könnten diese organisiert werden?

In unserer Gesellschaft ist der eigentlich natürliche Vorgang einer Schwangerschaft, in Bezug auf die Betreuung, auf verschiedene Institutionen aufgeteilt. Die Geburt wird aus diesem Blickwinkel als ein von der Schwangerschaft losgelöstes Ereignis betrachtet. Die medizinische Versorgung während der Schwangerschaft übernimmt zumeist der Gynäkologe. Die Geburt aber findet in den allermeisten Fällen in einem völlig anderen Rahmen, an einem anderen Ort und mit anderen Personen statt. Zu argumentieren, dass es Frauen freisteht, den Ort der Geburt zu wählen und in manchen Fällen auch ihren Gynäkologen zur Geburt mitzunehmen, trifft die Problematik nicht im Kern. Denn eigentlich sollten Rahmenbedingungen geschaffen werden, die es schwangeren Frauen ermöglichen, während der Geburt von vertrauten Bezugspersonen begleitet zu werden, die auch schon die Schwangerschaft miterlebt haben. Statt einer Einteilung in Schwangerschaft, Geburt und eventuell Nachbetreuung in der ersten Zeit mit dem Kind, sollte eigentlich die Situation der Frau mit ihren jeweiligen Anliegen im Vordergrund stehen. Allein die Tatsache, dass das Thema Geburt bei vielen GynäkologInnen in der Schwangerenbetreuung überhaupt nicht besprochen wird, zeigt auf, wie sehr hier die Schwangere auf sich allein gestellt ist. Speziell bei einer ersten Schwangerschaft, in der eine Frau noch nicht auf frühere Erfahrungen zurückgreifen kann, wäre eine durchgehende Betreuung wichtig. Dazu zählt auch die Möglichkeit, bei Auftreten einer Frage oder eines Problems, unkompliziert die Betreuungsperson erreichen zu können. Viele Unsicherheiten könnten dadurch vermieden werden. Bezüglich des

Einsatzes von mobilen Hebammen bzw. einer Vor- und Nachbetreuung der Geburt herrscht noch großes Informationspotential in der Bevölkerung.

Welche Möglichkeiten gibt es, die „ideale“ Gynäkologin zu finden? Es gibt das Telefonbuch und das Internet, aber die wichtigste Informationsquelle ist nach wie vor die Empfehlung. Da aber diese subjektiv ist, könnte versucht werden, einen öffentlich zugänglichen, objektiven Kriterienkatalog zu finden und darin Standards zu definieren. Diesen aufzustellen ist ein Unterfangen, welches der Unterstützung der betreffenden Institutionen bedarf. Es bleibt die Frage, wer eine Bewertung und Beurteilung vornimmt. Sinnvoll erscheint (als erste Phase?) eine Selbstbewertung der GynäkologInnen, um eingefahrene Vorgänge bewusst zu machen. Um dies anschaulich zu gestalten und gleichzeitig auch Verbesserungsvorschläge anzubieten, wäre dazu eine Skizzierung der Idealvorstellungen nötig.

Auch für die vielen Möglichkeiten der pränatalen Diagnose wäre es sinnvoll, Standards für deren Einsatz zu finden. Es macht den Eindruck, dass zwar das wesentliche Kriterium für die Empfehlung einer Fruchtwasseruntersuchung das Alter der Frau ist. Jedoch ist nicht klar, nach welchen Kriterien andere Untersuchungsmöglichkeiten wie etwa die Nackentransparenzmessung erfolgen. Es scheint, dass die Entscheidungsfindung über das Ausmaß der pränatalen Diagnose ziemlich willkürlich vom Arzt oder der Ärztin getroffen wird und nicht alle Schwangeren die gleiche Behandlung erfahren. Dieser Ungleichbehandlung von Patientinnen, die alle ihren Beitrag zur Finanzierung des Gesundheitssystems leisten, könnte durch Setzen von Standards für die jeweiligen Ärzte entgegengewirkt werden. Der Mutter-Kind-Pass ist eine Österreichweite Einrichtung, die eine Gleichbehandlung in der Grundversorgung von Schwangeren gewährleistet. Zumindest Landesweit sollte ebenfalls eine Vereinheitlichung der angebotenen Leistungen angestrebt werden. Ein erster Schritt wäre, die Gynäkologinnen und Gynäkologen zu befähigen, ihre Patientinnen über das gesamte Ausmaß von pränatalen Untersuchungen bis hin zu den Konsequenzen zu informieren. Dies sollte in einem Prozess geschehen, der dem shared decision making Modell nahe kommt. Aber auch Informationen über die Rahmenbedingungen und Kostenübernahme von Betreuung durch Hebammen sollte für schwangere Frauen einheitlich zur Verfügung stehen. Um nicht die meist knapp bemessene Zeit einer Ärztin mit Nicht-medizinischen Anliegen zu vermindern, wäre es eine Möglichkeit, eine Assistentin bzw. Sprechstundenhilfe in diesen Belangen zu schulen.

3.3. Kritische Würdigung

Diese Arbeit sollte sich im Wesentlichen um die Kommunikation zwischen Arzt/Ärztin und schwangerer Patientin handeln. Im Zuge der Befragung und der Auswertung haben sich allerdings sehr viele Aspekte ergeben, die ebenfalls wichtig sind. Daher wurde die Arbeit entsprechend angepasst und geht auf verschiedene Anliegen näher ein, wohingegen andere nur gestreift werden. Ein Beispiel dafür ist die Verwendung von Hochsprache oder Dialekt. Anfangs war vorgesehen, diesen Aspekt wesentlich stärker zu gewichten; da dies für die befragten Frauen aber kein Problem darstellt, erscheint es auch nicht sinnvoll, näher darauf einzugehen.

Da nur dreißig Frauen befragt wurden ist diese Studie zwar nicht als repräsentativ zu bezeichnen, was auch nicht das Ziel war. Für eine repräsentative Umfrage hätten sehr viel mehr Frauen befragt werden müssen, was für eine einzelne Person als Interviewerin problematisch gewesen wäre. Um sehr viele Frauen zu erreichen wäre es durchaus eine Möglichkeit gewesen, die Studie quantitativ in Form einer postalischen Umfrage zu gestalten. Allerdings wären dabei vermutlich manche Ergebnisse weniger klar oder vielleicht gar nicht zum Ausdruck gekommen. Durch das persönliche Gespräch und der Schaffung einer gewissen Vertrauensbasis zwischen Befragter und Interviewerin sind die vielfältigen subjektiven Deutungen eher zu erfassen.

Viele Ergebnisse dieser Befragung bieten Grundlage für die Entwicklung von Verbesserungsvorschlägen und Modifizierungen. Ganz allgemein war es ein Anliegen dieser Arbeit, die Sensibilisierung für Problemfelder in der Beziehung zwischen Patientin und Gynäkologe/Gynäkologin in der Schwangerschaft zu verstärken um daraus ein Verbesserungspotential für die Zukunft abzuleiten.

Tabellenverzeichnis

Tab. 1	Das Antwortverhalten des Arztes	54
Tab. 2	Zeitaufwand und Zuhörvermögen der Ärztin	55
Tab. 3	Einfühlungsvermögen des Arztes	57
Tab. 4	Die Wahrnehmung von Sorgen seitens der Ärztin	58
Tab. 5	Hinweise auf Alternativmedizin	67
Tab. 6	Attribute der Gesprächssituation	75
Tab. 7	Beurteilung des Arztes fachlich/medizinisch	76
Tab. 8	Beurteilung der Ärztin persönlich/menschlich	77
Tab. 9	Gewünschtes Verhalten des Arztes	78
Tab. 10	Ansprechpartner bei Wunsch nach Schwangerschaftsabbruch	79
Tab. 11	Zufriedenheit mit der Person der Gynäkologin	82
Tab. 12	Wechsel bei Unzufriedenheit während der Schwangerschaft	83
Tab. 13	Präferenzen bezüglich Geschlecht eines Arztes	84
Tab. 14	Anzahl Gynäkologinnen und Gynäkologen in Oberösterreich und in Linz	86
Tab. 15	Bereitschaft junge Ärztin zu akzeptieren	87
Tab. 16	Bereitschaft für Arztbesuch zu zahlen	87
Tab. 17	Wichtigkeit einer durchgehenden Betreuung	89
Tab. 18	Befolgung von Ratschlägen des Arztes	91
Tab. 19	Zufriedenheit mit der Erreichbarkeit der Ärztin	93
Tab. 20	Erreichbarkeit des Arztes außerhalb der Ordinationszeiten	94
Tab. 21	Zufriedenheit mit den Assistentinnen und den Voruntersuchungen	95
Tab. 22	Wartezeit mit Termin	96
Tab. 23	Max. angemessene Wartezeit mit Termin	97
Tab. 24	Kosten für Ultraschallbilder	98
Tab. 25	Fahrzeit zum Gynäkologen	100
Tab. 26	Max. angemessene Fahrzeit	100
Tab. 27	Max. angemessene Fahrzeit falls Entfernung unwichtig ist	101
Tab. 28	Max. angemessene Fahrzeit falls Entfernung eine Rolle spielt	101
Tab. 29	Zufriedenheit insgesamt mit dem betreuenden Arzt	102
Tab. 30	Altersverteilung der befragten Frauen	104

Literaturverzeichnis

Bücher

BAUMANN-HÖLZLE, R. & KIND, C.: Indikationen zur pränatalen Diagnostik: Vom geburtshilflichen Notfall zum genetischen Screening. In: KETTNER, M. (Hrg.) (1998): Beratung als Zwang. Schwangerschaftsabbruch, genetische Aufklärung und die Grenzen kommunikativer Vernunft. Campus Verlag, Frankfurt/Main.

BÜCHI, M. u.a. (2000): Alle Macht den Patienten? Vom ärztlichen Paternalismus zum Shared Decision Making. Online: www.saez.ch/pdf/2000/2000-49/2000-49-1017.PDF (29.06.2003)

EBNER, H.: Macht Wissen gesund? Über die Bedeutung und Funktion der Patienteninformation im Zeitalter der Informationsgesellschaft. In: HENGL, W. & MEGGENEDER, O. (Hrsg.) 2002, Gesundheitswissenschaften Band 21: Der informierte Patient. Linz.

GRAUSGRUBER, A.: PatientInnenunterstützung: Zur Notwendigkeit und den Möglichkeiten. In: HENGL, W. & MEGGENEDER, O. (Hrsg.) (2002). Gesundheitswissenschaften Band 21. Der informierte Patient. Linz: Oberösterreichische Gebietskrankenkasse.

HALLER, S. (2001): Dienstleistungsmanagement. Grundlagen – Konzepte – Instrumente. Wiesbaden: Gabler.

HEIDEGGER, M. & LEVINAS, E.: Die Mitwelt – Der Andere. In: PFAU, B. (1998): Scham und Depression. Ärztliche Anthropologie eines Affektes. Verlag Schattauer: Stuttgart.

HENGL, W. & MEGGENEDER, O. (Hrsg.) (2002): Gesundheitswissenschaften Band 21. Der informierte Patient. Linz: Oberösterreichische Gebietskrankenkasse.

KAMPITS, P. (1996): Das dialogische Prinzip in der Arzt-Patienten-Beziehung. In: BUCHMÜLLER, H.R. (Hrsg.): Angermühler-Gespräche Medizin-Ethik-Recht. Passau: Wissenschaftsverlag Rothe.

KETTNER, M. (Hrsg.): Beratung als Zwang. Schwangerschaftsabbruch, genetische Aufklärung und die Grenzen kommunikativer Vernunft. Frankfurt 1998: Campus.

LÜTH, P. (1980): Wörterbuch zur Medizinischen Soziologie. Stuttgart: Hippokrates.

MAYRING, P. (1990): Einführung in die qualitative Sozialforschung. Eine Anleitung zum qualitativen Denken. München: Psychologie Verlags Union.

NIPPERT, I.: Wie wird im Alltag der pränatalen Diagnostik tatsächlich argumentiert? In: KETTNER, M. (Hrsg.) (1998): Beratung als Zwang. Schwangerschaftsabbruch, genetische Aufklärung und die Grenzen kommunikativer Vernunft. Campus Verlag, Frankfurt/Main.

PASS, C. (2001): Gesundheitswissenschaften Band 19. Inanspruchnahme des Mutter-Kind-Passes. Ein Beispiel für die Wechselwirkung zwischen sozialer Lage und Gesundheit. Linz: Oberösterreichische Gebietskrankenkasse.

PFAU, B. (1998): Scham und Depression. Ärztliche Anthropologie eines Affektes. Verlag Schattauer: Stuttgart.

RINGEL, E. & ROSSMANITH, S. (1989): Die Arzt-Patient-Beziehung. Ausgewählte Aspekte. Wien/München/Bern: Verlag Wilhelm Maudrich.

SCHULZ VON THUN, F. (1999): Miteinander reden 1. Störungen und Klärungen. Allgemeine Psychologie der Kommunikation. Hamburg: Rowohlt.

WITZEL, A. (1982): Verfahren der qualitativen Sozialforschung. Überblick und Alternativen. Frankfurt: Campus.

WODAK, S.: „Und warum kommen Sie?“ Soziolinguistische Überlegungen zur Kommunikation zwischen Arzt und Patient. In: RINGEL, E. & ROSSMANITH, S. (1989): Die Arzt-Patient-Beziehung.

Internetquellen:

<http://www.aerzte-austria.at/bundesfach/oberoesterreich1.htm>, 03.05.2003.

http://www.gpa.at/frauen/karenzgeld_vergl.htm#15, 11.02.2003

<http://www.lifeline.de/cda/page/center/0,2845,8-4800,00.html>, 05.05.2003

http://naturmedizin.qualimed.de/Moxibustion_beckenendlage.html, 12.05.2003

http://www.m-ww.de/sexualitaet_fortpflanzung/geburt/prae natal.html, 05.05.2003

<http://www.oegkv.at/recht/ga2001/Die%20Durchfuhrung%20der%20Kardiotokographie.htm>, 12.05.2003

<http://www.saez.ch/pdf/2000/2000-49/2000-49-1017.PDF> (29.06.2003)

Zeitungen

OBERÖSTERREICHISCHE NACHRICHTEN, Wehenschmerz und Angst ade, lieber Kaiserschnitt. 25.04.2002

SALZBURGER NACHRICHTEN, Angst vor Schwangerschaft. 06.06.2002

SALZBURGER NACHRICHTEN, Geburt ohne Schmerzen. 28.05.2002

Gesprächsleitfaden: Kommunikation und Interaktion
zwischen Gynäkologe/Gynäkologin und Patientin während
der Schwangerschaft.
Erfahrungen und Wahrnehmungen aus der Sicht der
schwangeren Frau.

Datum:

Zeit (Beginn + Ende):

Hinweis auf Wahrung der Anonymität, trotz persönlicher Befragung.

Befragung im Zuge einer Diplomarbeit.

I. Einstieg:

1. Ist es die erste Schwangerschaft?
2. Einlings- oder Mehrlingsschwangerschaft?
3. (Voraussichtlicher) Geburtsort? Alter des Kindes in Monaten?
4. Ist Ihr Arzt ein Vertrags- oder ein Wahlarzt? Wo ist seine Praxis?
5. Wie sind Sie auf Ihren Frauenarzt aufmerksam geworden?

II. Das Verhalten des Arztes:

6. Wie beginnt Ihr Arzt das Gespräch?
7. Wie geht der Arzt auf Sie bzw. Ihre Fragen ein?
8. Kann er gut zuhören, nimmt er sich genügend Zeit?
9. Beweist er genügend Einfühlungsvermögen?
10. Haben Sie das Gefühl, dass Ihre Sorgen ernst genommen werden?
11. Bekommen Sie konkrete Antworten? Sind diese auf Ihre Fragen bezogen?
12. Sind die Antworten verständlich formuliert?
13. Werden Fremdwörter und Fachausdrücke erklärt?
14. Wurde Ihnen, falls gewünscht, das Geschlecht des Kindes mitgeteilt?
15. Fühlen Sie sich von Ihrem Arzt gut und ausreichend informiert?

III. Einstellung des Arztes zu schwangerschaftsnahen Themen und Geburt:

16. Wie äußert er sich zu ergänzenden Methoden der Schulmedizin wie Homöopathie oder Akupunktur während der Schwangerschaft?
17. Wurden Geburtsvorbereitungskurse angesprochen bzw. was hält Ihr Arzt von der Betreuung durch Hebammen während der Schwangerschaft?
18. Wird beim Gynäkologen über die Geburt bzw. verschiedene Geburtsarten gesprochen? (Unterwassergeburt, Kaiserschnitt auf Wunsch, Rückenmarksnarkose,...)
19. Bekommen Sie Empfehlungen über verschiedene Geburtskliniken?
20. Gibt der Arzt bestimmten Spitälern den Vorzug und wenn ja, warum?
21. Wird Ihr Arzt voraussichtlich bei der Geburt anwesend sein?

IV. Wie wird der behandelnde Arzt von der Patientin wahrgenommen:

22. Nach welchen Kriterien wählen Sie den Arzt Ihres Vertrauens aus?
23. Wie würden Sie die Gesprächssituation bei Ihrem Frauenarzt beschreiben? (zB: sachlich, freundschaftlich, distanziert, neutral, vertrauensvoll,...)
24. Wie beurteilen Sie Ihren Arzt in fachlicher/medizinischer Hinsicht? Warum? (nach Schulnoten)
25. Wie beurteilen Sie Ihren Arzt in persönlicher/menschlicher Hinsicht? Warum? (nach Schulnoten)
26. Welche Art von Verhalten des Arztes schätzen Sie mehr? Eher sachliches Verhalten oder eher persönliche Anteilnahme?
27. Hätten Sie genügend Vertrauen zu Ihrem Arzt um einen eventuell gewünschten Schwangerschaftsabbruch mit ihm zu besprechen?
28. Gab/gibt es Komplikationen während der Schwangerschaft? Wenn ja, wie wirkt sich das auf die Besuche beim Arzt aus?
29. Hat sich das Gesprächsklima zwischen Ihnen und Ihrem Arzt im Verlauf der Zeit verändert?
30. Sprechen Sie mit Ihrem Arzt Hochdeutsch bzw. fühlen Sie sich dazu veranlasst? Wie spricht er mit Ihnen?
31. Wie zufrieden sind Sie generell mit Ihrem Frauenarzt als Person?
32. Haben Sie Erfahrung mit der Betreuung durch einen anderen Arzt während einer früheren Schwangerschaft?

V. Allgemeine Erwartungen der Patientin an einen Gynäkologen:

33. Würden Sie bei Unzufriedenheit mit dem Arzt während der Schwangerschaft zu einem anderen Arzt wechseln?
34. Macht es für Sie einen Unterschied, ob Sie von einem Frauenarzt oder einer Frauenärztin betreut werden? Wenn ja, warum?
35. Glauben Sie, dass das Alter des Arztes eine Rolle spielt im Umgang mit Patientinnen?
36. Würden Sie auch einen sehr jungen Arzt aufsuchen?
37. Wären Sie unter bestimmten Umständen bereit, zu einem Wahlarzt zu gehen, bei dem für Sie Kosten anfallen?
38. Wenn ja, welche Umstände wären dies?
39. Ist für Sie eine durchgehende Betreuung während Schwangerschaft, Geburt und Nachbetreuungszeit durch eine Person (Arzt oder Hebamme) wichtig?

VI. Einstellung der Patientin zu den Veränderungen und Umständen einer Schwangerschaft:

40. Wie stehen Sie zu den Vorsorgeuntersuchungen des Mutter-Kind-Passes?
41. Folgen Sie normalerweise den Ratschlägen Ihres Arztes?
42. Empfinden Sie die Schwangerschaft als starke Belastung?
43. Glauben Sie, dass die (zukünftige) Mutterschaft eine Belastung sein wird bzw. empfinden Sie es als Belastung?

VII. Rahmenbedingungen und Organisationsablauf der Arztpraxis:

44. Sind Sie mit der Erreichbarkeit des Arztes und den Ordinationszeiten zufrieden?
45. Könnten Sie Ihren Arzt bei Problemen auch außerhalb der Ordinationszeiten erreichen?
46. Wird in der Ordination (Voruntersuchung durch die Ordinationshilfe) genügend Zeit für Sie genommen?
47. Gibt es lange Wartezeiten? Welche max. Wartezeit ist für Sie angemessen?

48. Gibt es Ablenkung wie Lesestoff, Namensbücher etc.?
49. Bekommen Sie (unaufgefordert) Ultraschallbilder Ihres Kindes, sind diese kostenpflichtig?
50. Ist der Kindsvater oder eine Vertrauensperson in der Ordination willkommen?
51. Wie weit bzw. wie lange fahren Sie zu Ihrem Arzt?
52. Spielt die Entfernung bzw. die benötigte Fahrzeit eine Rolle bei der Wahl Ihres Arztes?
53. Welche Strecke/Zeit würden Sie max. in Kauf nehmen um den Frauenarzt aufzusuchen?
54. Wie zufrieden sind Sie insgesamt gesehen mit Ihrem Arzt (medizinisch, Entfernung, Rahmenbedingungen, Ablauf in der Ordination,...)?

VIII. Demographisches:

55. Ist es eine geplante Schwangerschaft?
56. Wie alt sind Sie?
57. Was ist Ihr Beruf bzw. war Ihr Beruf vor der Schwangerschaft?
58. Wo wohnen Sie (Stadt oder ländliches Gebiet)?

DANKE !

Persönlicher Eindruck der Befragten NACH dem Interview:

- Gesprächssituation (freundschaftlich,...)
- Anwesenheit anderer Personen während des Interviews