

Aus der Klinik und Poliklinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie
- Schwerpunkt Medizinische Psychologie und Medizinische Soziologie -
der Universitätsmedizin der Johannes Gutenberg-Universität Mainz

**Betreuungsbedürfnisse von Patientinnen im Rahmen
der gynäkologischen Krebsfrüherkennungsuntersuchung
- Entwicklung eines Erfassungsinstrumentes -**

D i s s e r t a t i o n

zur Erlangung des Doktorgrades der Medizin

der Universitätsmedizin

der Johannes Gutenberg-Universität Mainz

vorgelegt von

Yvonne Schiffhorst
aus Kamp-Lintfort

Mainz, 2013

Inhaltsverzeichnis

1.	Einleitung / Ziel der Dissertation	1
2.	Literaturdiskussion	4
2.1.	Die Krebsfrüherkennungsuntersuchung (KFU)	4
2.2.	Aktueller Wissensstand zu Betreuungsbedürfnissen in Bezug auf die KFU	5
2.3.	Themenbezogene Studien in anderen Betreuungskontexten	16
2.4.	Fragestellungen und Hypothesen	17
3.	Material und Methoden	19
3.1.	Ethik-Kommission und Datenschutz	19
3.2.	Entwicklung eines Untersuchungsinstrumentes	19
3.2.1.	Itempool aus Literaturrecherche	22
3.2.2.	Itempool aus Leitfadeninterviews	22
3.2.3.	A-priori-Dimensionierung	23
3.2.4.	Revision und Reduktion der Items	24
3.2.5.	Explorative Expertenbefragung	26
3.3.	Fragebogenaufbau	29
3.4.	Voruntersuchung	35
3.5.	Hauptuntersuchung	37
3.6.	Datenauswertung	38
4.	Ergebnisse	46
4.1.	Soziodemographische Merkmale der Probandinnen	46
4.2.	Kontrollüberzeugungen zu Krankheit und Gesundheit (KKG)	48
4.3.	Deskriptive Statistiken	49
4.4.	Dimensionierung der Betreuungsbedürfnisse	60
4.5.	Entwicklung der Betreuungsbedürfnis-Skalen (BB-S)	79
4.5.1.	Skala I (BB-S-A-I): Betreuungsbedürfnisse bezogen auf den Arzt – Bedürfnis nach Information	80

4.5.2.	Skala II (BB-S-A-RE): Betreuungsbedürfnisse bezogen auf den Arzt – Bedürfnis nach Respekt und Einfühlungsvermögen im Rahmen der körperlichen Untersuchung	82
4.5.3.	Skala III (BB-S-A-ZV): Betreuungsbedürfnisse bezogen auf den Arzt – Bedürfnis nach Zuwendung und Verfügbarkeit	85
4.5.4.	Skala IV (BB-S-AH-ZS): Betreuungsbedürfnisse bezogen auf die Arzthelferin – Bedürfnis nach Zuwendung und Service	86
4.5.5.	Skala V (BB-S-AH-L): Betreuungsbedürfnisse bezogen auf die Arzthelferin – Bedürfnis nach logistischer Unterstützung	87
4.5.6.	Skala VI (BB-S-P-BE): Betreuungsbedürfnisse bezogen auf die Praxisorganisation und Praxisausstattung – Bedürfnis nach Basisausstattung und Erreichbarkeit	88
4.5.7.	Skala VII (BB-S-P-Z): Betreuungsbedürfnisse bezogen auf die Praxisorganisation und Praxisausstattung – Bedürfnis nach Zusatzausstattung	90
4.6.	A-posteriori-Dimensionen und Anpassung der Hypothesen	92
4.7.	Teststatistische Kennwerte und Gütekriterien der Skalen	93
4.8.	Interkorrelation der Betreuungsbedürfnis-Skalen	95
4.9.	Hierarchie der Betreuungsbedürfnisse	96
4.10.	Zusammenhang von Betreuungsbedürfnissen und Kontrollüberzeugungen	97
4.11.	Gruppenunterschiede innerhalb der Betreuungsbedürfnis-Skalen	99
5.	Diskussion	109
5.1.	Kategorisierung der Betreuungsbedürfnisse	109
5.2.	Hierarchie der Betreuungsbedürfnisse	111
5.3.	Determinanten der Betreuungsbedürfnisse	112
5.4.	Betreuungsbedürfnisse und Kontrollüberzeugungen	114
5.5.	Deskriptive Statistiken	115
5.6.	Methodenkritik	139
5.7.	Ausblick	141
6.	Zusammenfassung	143
7.	Literaturverzeichnis	145

8.	Anhang	171
8.1.	Liste der kontaktierten Organisationen	171
8.2.	Rohitempool aus empirischen Arbeiten, theoretischer Literatur, Transkripten der Leitfadeninterviews und Eigenkonstruktion	172
8.2.1.	Tab. 50 Rohitems I: A-priori-Komponente I "Betreuungs- bedürfnisse bezogen auf den Arzt" (BB-A)	172
8.2.2.	Tab. 51 Rohitems II: A-priori-Komponente II "Betreuungs- bedürfnisse bezogen auf die Arzthelferin" (BB-AH)	188
8.2.3.	Tab. 52 Rohitems III: A-priori-Komponente III "Bedürfnisse bezogen auf die Praxisorganisation und Praxisausstattung" (BB-P)	190
8.3.	Auszüge relevanter Textpassagen aus den transkribierten Leitfadeninterviews und daraus entwickelte Items	197
8.3.1.	Interview mit Frau A.S.	197
8.3.2.	Interview mit Frau E.S.	199
8.3.3.	Interview mit Frau G.R.	201
8.3.4.	Interview mit Frau I.K.	203
8.3.5.	Interview mit Frau J.S.	205
8.3.6.	Interview mit Frau K.S.	207
8.3.7.	Interview mit Frau N.M.	209
8.3.8.	Interview mit Frau N.Mr.	211
8.3.9.	Interview mit Frau S.K.	213
8.3.10.	Interview mit Frau W.V.	215
8.3.11.	Interview mit Frau Y.L.	217
8.4.	Expertenbefragung	220
8.4.1.	Liste der Experten	220
8.4.2.	Experten-Fragebogen inkl. Instruktionsbeschreibung	221
8.4.3.	Tab. 53 Auswertung der Expertenbefragung	232
8.4.4.	Tab. 54 Begriff „Krebsfrüherkennungsuntersuchung“	239
8.4.5.	Anmerkungen der Experten	240
8.5.	Reduzierter Itempool	241
8.5.1.	Tab. 55 Reduzierte Items I: A-priori-Komponente I "Betreuungsbedürfnisse bezogen auf den Arzt" (BB-A)	241

8.5.2.	Tab. 56 Reduzierte Items II: A-priori-Komponente II "Betreuungsbedürfnisse bezogen auf die Arzthelferin" (BB-AH)	243
8.5.3.	Tab. 57 Reduzierte Items III: A-priori-Komponente III "Betreuungsbedürfnisse bezogen auf die Praxisorganisation und Praxisausstattung" (BB-P)	244
8.6.	Hauptuntersuchung	245
8.6.1.	Fragebogen inkl. Instruktionsbeschreibung für die Probandinnen	245
8.6.2.	Liste der Facharztpraxen	263
8.6.3.	Instruktionsbeschreibung für die Arzthelferinnen	264
8.7.	Befunde der Hauptuntersuchung auf Itemniveau	266
8.7.1.	Tab. 58 Deskriptive Statistiken der Betreuungsbedürfnis-Items bezogen auf den Arzt	266
8.7.2.	Tab. 59 Deskriptive Statistiken der Betreuungsbedürfnis-Items bezogen auf die Arzthelferin	271
8.7.3.	Tab. 60 Deskriptive Statistiken der Betreuungsbedürfnis-Items bezogen auf die Praxisorganisation und Praxisausstattung	273
Danksagung		276
Tabellarischer Lebenslauf		277

Abkürzungsverzeichnis

BB	Betreuungsbedürfnisse
BB-S	Betreuungsbedürfnis-Skala/Skalen
EB	Expertenbefragung
EBM	Einheitlicher Bewertungsmaßstab
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
GOÄ	Gebührenordnung für Ärzte
HPV	Humane Papillomaviren
HU	Hauptuntersuchung
IGeL	Individuelle Gesundheitsleistung(en)
KBV	Kassenärztliche Bundesvereinigung
KFU	Krebsfrüherkennungsuntersuchung
KKG	Fragebogen zur Erhebung von Kontrollüberzeugungen zu Krankheit und Gesundheit
M	Mittelwert
MVZ	Medizinisches Versorgungszentrum
N	Anzahl der berücksichtigten Fälle
p	Signifikanz-Wert
PKV	Private Krankenversicherung
r	Korrelationskoeffizient
RI	Rohitempool
SD	Standardabweichung
SMS	Short Message Service, engl. für „Kurznachrichtendienst“
VU	Voruntersuchung

1. Einleitung / Ziel der Dissertation

Frauen, die in Deutschland leben und über eine gesetzliche Krankenkasse versichert sind, haben gemäß §25 Abs. 2 Sozialgesetzbuch (SGB) V ab einem Alter von 20 Jahren einmal jährlich Anspruch auf eine gynäkologische Krebsfrüherkennungsuntersuchung (KFU) (205). Verankert ist die Früherkennungsmaßnahme in der entsprechenden Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (76).

Diese Form der Sekundärprävention besteht schon seit 1971, und wie Scheffer et al. in ihrer Arbeit aus 2006 darstellen konnten, ist die Beteiligung an der gynäkologischen KFU seitdem kontinuierlich angestiegen (190). Trotzdem liegt die Beteiligungsrate aller in Deutschland lebenden, anspruchsberechtigten Frauen je nach Datenquelle bei nicht mehr als 30% bis 65% (17, 106, 112, 116, 189, 190).

Das Zentralinstitut für die Kassenärztliche Versorgung in Deutschland wurde im Jahr 2006 vom Gemeinsamen Bundesausschuss beauftragt, die Teilnahme an der gynäkologischen Krebsfrüherkennung zu untersuchen. Es stellte fest, dass in den Jahren 2002-2004 das Angebot der KFU von 20-30% der 20-54-jährigen Frauen überhaupt nicht in Anspruch genommen wurde und dass mit zunehmendem Alter die Teilnahme an der Vorsorgeuntersuchung stetig abnahm. Nur etwa ein Viertel der anspruchsberechtigten Frauen in der Altersklasse von 20-64 Jahren ging demnach regelmäßig einmal im Jahr zur gynäkologischen KFU (237).

Betrachtet man diese Datenlage nun in Zusammenschau mit dem prognostizierten Inzidenzanstieg weiblicher Krebserkrankungen - vor allem dem des Mammakarzinoms (181) - wird deutlich, wie wichtig es ist, die KFU-Inanspruchnahme in Deutschland mit adäquaten Maßnahmen zu fördern.

Es gibt Forschungsarbeiten, die sich mit den Zusammenhängen zwischen soziodemographischen Merkmalen in der weiblichen Bevölkerung und der KFU-Inanspruchnahme befasst haben (189, 190, 203). Ebenso wurden in mehreren Studien die möglichen Ursachen und Gründe für die geringe Beteiligung an der Vorsorgeuntersuchung ermittelt (25, 40, 47, 98, 107, 127, 236). So konnte beispielsweise herausgefunden werden, dass die Angst vor der tatsächlichen Entdeckung einer Krebserkrankung (16, 151, 169, 223, 225) Frauen ebenso von der KFU fernhalten kann wie negative Gefühle, welche durch die ungewöhnlich intime Untersuchungssituation ausgelöst werden (225). Letztere können sich aus einem Mixtum diffuser

Empfindungen wie Scham, Erniedrigung und Machtlosigkeit zusammensetzen (9, 29, 35, 40, 151, 162, 169, 223, 225, 231). Doch auch die konkrete Angst vor Schmerzen im Rahmen der Untersuchung spielt bei dem beobachteten Vermeidungsverhalten eine wesentliche Rolle (151, 223, 225).

Hat man nun die möglichen Beweggründe der weiblichen Bevölkerung für die mangelnde Inanspruchnahme der KFU identifiziert, so stellt sich in zweiter Linie die Frage, welche Optionen es gibt, um die Akzeptanz der Vorsorgeuntersuchung zu erhöhen und die allgemeine Teilnahmemotivation zu verbessern.

Die Reduktion von unangenehmen Gefühlen, die mit der gynäkologischen Untersuchung in Verbindung stehen, sowie das Erkennen der individuellen Patientinnenbedürfnisse und der adäquate Umgang mit diesen, könnten hier den entsprechenden Ansatz bieten (98).

Was also wollen Frauen, wenn Sie zur Krebsvorsorge gehen? Welche Bedürfnisse und Wünsche haben sie? Und mit welchen Fragen und Erwartungen betreten sie die gynäkologische Praxis?

Bei all diesen Fragestellungen sollte nicht vergessen werden, dass das Zielklientel der KFU per definitionem strenggenommen keine Patientinnen sind, die den Gynäkologen aufgrund von Beschwerden aufsuchen, sondern vielmehr gesunde und symptomlose Frauen (15, 121). Aus diesem Grunde ist anzunehmen, dass sich die Informationswünsche und Betreuungsbedürfnisse der Früherkennungsteilnehmerinnen von denen (schwer) kranker Patientinnen unterscheiden (77, 121).

Da es bisher kaum empirische Studien gibt, die sich mit der Identifikation und Erfüllung von Betreuungsbedürfnissen im Rahmen der gynäkologischen KFU befassen, fehlen folglich umfassende Erkenntnisse zu Art und Ausmaß dieser Bedürfnisse.

Aus diesem Grunde war es das Ziel der vorliegenden Arbeit, eigens für diese Fragestellung ein Instrument zu entwickeln. Es sollte in Form eines Fragebogens den psychosozialen Betreuungsbedarf gynäkologischer Vorsorge-Patientinnen erfassen und dabei den Kriterien der Reliabilität und Validität ebenso entsprechen wie den Prinzipien der Nützlichkeit und Ökonomie.

Der entwickelte Fragebogen soll eine wichtige Informationslücke im Bereich der Patientenversorgung schließen, indem er die Bedürfnisse und Wünsche der beschriebenen weiblichen Bevölkerungsgruppe dokumentiert, strukturiert und vorrangig zu erfüllende identifiziert. Durch die Ergebnisse der vorliegenden multizentrischen Querschnittsstudie sollen die Betreuungsbedürfnisse gynäkologischer Vorsorge-Patientinnen für die behandelnden Frauenärzte transparenter und leichter erfüllbar werden. Im Idealfall resultiert hieraus eine optimierte medizinische Betreuung, welche nicht nur die Zufriedenheit von einzelnen Patientinnen zu steigern vermag, sondern in Folge derer sich auch die Gesamtbeteiligung an der KFU erhöhen lässt.

An dieser Stelle sei darauf hingewiesen, dass der fachlich korrekte Terminus „Krebsfrüherkennungsuntersuchung“ (KFU) in der vorliegenden Arbeit durchaus das ein oder andere Mal durch Bezeichnungen wie „Krebsvorsorge“ oder „Vorsorgeuntersuchung“ ersetzt worden ist. Wenngleich der Begriff der Vorsorge strenggenommen nicht die eigentliche sekundärpräventive Früherkennung von Krebserkrankungen bezeichnet, sondern vielmehr ein Instrument der Primärprävention darstellt (46), so wird er doch im allgemeinen Alltagssprachgebrauch häufig synonym für die KFU eingesetzt und findet somit auch in der vorliegenden Arbeit Verwendung.

Ist im Folgenden vom Arzt, Frauenarzt oder Gynäkologen die Rede, so ist selbstverständlich immer auch die Ärztin, Frauenärztin oder Gynäkologin gemeint.

2. Literaturdiskussion

Im Folgenden werden jene Studien beleuchtet, welche sich bis dato mit der Thematik von Betreuungsbedürfnissen im Zusammenhang mit der gynäkologischen KFU auseinandergesetzt haben.

2.1. Die Krebsfrüherkennungsuntersuchung (KFU)

Zu den Leistungen im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) gehören im Bereich der Präventionsmedizin auch die Krebsfrüherkennungsuntersuchungen (KFU). Für die weibliche Bevölkerung bedeutet dies - je nach Lebensalter - den Anspruch auf unterschiedliche vertragsärztliche Maßnahmen gemäß der Krebsfrüherkennungsrichtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (76).

So können Frauen jährlich durch einen Gynäkologen eine Inspektion und Palpation des Genitals (ab 20 Jahren), der Brust und Haut (ab 30 Jahren) sowie des End- und Dickdarms (ab 50 Jahren) vornehmen lassen.

Alle Früherkennungsmaßnahmen umfassen stets eine zielgerichtete Anamnese, eine körperliche Untersuchung sowie die anschließende Befundmitteilung und Beratung.

Im Detail haben alle Frauen ab einem Alter von 20 Jahren Anspruch auf eine jährliche Untersuchung zur Früherkennung von Gebärmutterhalskrebs mittels eines Pap-Tests (Zervikalabstrich mit anschließender Färbung nach Papanicolaou und zytologischer Begutachtung). Ab dem 30. Lebensjahr kommt zur Krebsfrüherkennung von Brustkrebs einmal im Jahr eine Tastuntersuchung der Brust und der regionären Lymphknoten sowie die Begutachtung der Haut hinzu. Zwischen dem 50. und 69. Lebensjahr besteht seit 2005 nach EU-Leitlinien die Möglichkeit an einem Screening-Programm zur Brustkrebsfrüherkennung mittels Mammographie (Röntgenuntersuchung der Brustdrüsen) teilzunehmen (54), zu welchem die Frauen alle zwei Jahre schriftlich von den Screening-Zentren eingeladen werden. Zur Darmkrebsfrüherkennung wird ab einem Alter von 50 Jahren ein jährlicher Stuhltest (auf okkultes Blut im Darm) angeboten. Ab dem 55. Lebensjahr bestehen dann zwei unterschiedliche Möglichkeiten zur Früherkennung: Entweder wird der Stuhltest alle zwei Jahre durchgeführt oder es wird eine Koloskopie (Darmspiegelung) vorgenommen, welche

nach frühestens zehn Jahren ein zweites (und letztes) Mal im Rahmen der Darmkrebsfrüherkennung durchgeführt werden kann.

2.2. Aktueller Wissensstand zu Betreuungsbedürfnissen in Bezug auf die KFU

Um einen Überblick über den aktuellen Wissensstand zum Thema „Patientinnenbedürfnisse im Rahmen der gynäkologischen Krebsfrüherkennungsuntersuchung“ in Deutschland zu erhalten, wurde zu Beginn des Forschungsprojektes eine ausführliche Literaturrecherche vorgenommen.

Hierzu wurden v. a. die internationalen medizinischen und psychologischen Datenbanken (pubmed, Web of Science, Medline, MEDPILOT, PSYINDEX, Cochrane Library) nach empirischen wie theoretischen Arbeiten und Forschungsergebnissen zu den Themengebieten „Gynäkologische Krebsfrüherkennung“ in Kombination mit „Betreuungsbedürfnisse“ (bzw. auch „Patientenbedürfnisse“ und „Informationsbedürfnisse“) durchsucht.

Als Suchbegriffe in unterschiedlichsten Konstellationen dienten hierbei: „care need“, „information need“, „patient* need*“, „patient* expectation*“, „gyn* examination“, „gyn* cancer screening“, „gyn* cancer prevention“, „gyn* early cancer detection“, „early detection examination“, „gyn* cancer early detection exam*“, „pap smear“, „check up gyn* cancer“.

In der deutschsprachigen Datenbank MEDPILOT sowie im Katalog der Deutschen Nationalbibliothek wurde naturgemäß nach deutschen Suchworten recherchiert wie beispielsweise: „Patientenbedürfnisse“, „Betreuungsbedürfnisse“, „Informationsbedürfnisse“ in Kombination mit „Krebsfrüherkennung“, „Früherkennung“, „Vorsorgeuntersuchung“, „Krebsvorsorge“, „Vorsorge“, „Screening“ – teils mit, teils ohne das Adjektiv „gyn*“.

Die Literaturrecherche erstreckte sich auch auf die Datenbanken verschiedener gynäkologischer und präventivmedizinischer Fachzeitschriften wie beispielsweise „FRAUENARZT“, „Der Gynäkologe“, „GYN Praktische Gynäkologie“, „Gynäkologisch-geburtshilfliche Rundschau“, „Geburtshilfe und Frauenheilkunde“, „Deutsches Ärzteblatt“, „Journal of medical screening“, „Zeitschrift für Gesundheitspsychologie“.

Parallel zu dieser Literaturrecherche wurden unterschiedliche Organisationen und Vereine, die Berührungspunkte zu den Themen Prävention und KFU in der Frauenheilkunde haben, per E-Mail kontaktiert und zu ihrem Wissenstand bezogen auf das Thema „Patientinnenbedürfnisse im Rahmen der gynäkologischen KFU“ befragt.

Die Liste der kontaktierten Organisationen kann im Anhang unter 8.1. eingesehen werden.

Die Antworten auf die Anfrage per E-Mail waren zahlreich, allerdings bedauerten die meisten Kontaktpersonen, zu der angefragten Thematik keine Informationen bereitstellen zu können. Einige verwiesen wiederum auf andere Quellen und Kontakte, die möglicherweise weiterhelfen könnten und die daraufhin ebenfalls via E-Mail angeschrieben wurden.

Summa summarum konnten auf diesem Wege keine weiteren Arbeiten oder Umfragen in Deutschland zum Thema „Betreuungsbedürfnissen im Rahmen der gynäkologischen KFU“ identifiziert werden.

Durch die oben beschriebene, systematische Literaturrecherche in deutsch- wie englischsprachigen Datenbanken konnten zum einen reichlich Publikationen gefunden werden, die sich mit dem Inanspruchnahmeverhalten und dem Wissen der weiblichen Bevölkerung hinsichtlich der KFU befassen (25, 47, 53, 115, 116, 118, 148, 178, 182-185, 190, 191, 200, 203, 232, 239), zum anderen imponierten themenbezogene Studien in anderen Betreuungskontexten wie etwa in der Onkologie oder der Allgemeinmedizin (siehe 2.3.).

Wie Ogburn et al. in ihrer Arbeit herausgefunden haben, bestehen bei Frauen besondere und sehr individuelle Bedürfnisse hinsichtlich ihrer gesundheitlichen Versorgung und Betreuung (160). Umso überraschender ist es, dass nur wenige Studien zu ermitteln waren, welche sich mit dem Kernthema der vorliegenden Dissertation – den Betreuungsbedürfnisse von Patientinnen im Rahmen der gynäkologischen KFU – beschäftigten. Einige Arbeiten beleuchteten zwar sehr punktuell ganz bestimmte Wünsche und Bedürfnisse gynäkologischer Patientinnen wie beispielsweise die Anwesenheit einer Arzthelferin während der Untersuchung (2, 59, 127, 167, 207, 214) oder das bevorzugte Geschlecht des Untersuchers (42, 84, 171, 180, 197, 240), eine aktuelle und umfassende Evaluierung der Betreuungsbedürfnisse in Bezug auf die Vorsorgeuntersuchung beim Frauenarzt konnte jedoch nicht ermittelt werden.

Es gibt allerdings eine interessante – wenn auch schon ältere – systematische Übersichtsarbeit aus dem Jahre 1994, erschienen in der Schweiz, in welcher die Autoren Bernet und Buddeberg einen Überblick über verschiedene Studien geben, die in den Jahren 1979-93 Erfahrungen und Erwartungen von Patientinnen bezüglich der gynäkologischen Untersuchung zum Gegenstand hatten (23).

Zusammenfassend stellten die Autorin und der Autor fest, dass die Patientinnenbedürfnisse individuell sehr stark differieren, dass aber insgesamt ein hoher Anspruch an die Gesprächsbereitschaft der Frauenärzte besteht. Die Betreuung unter Berücksichtigung der individuellen Bedürfnisse, Wünsche und auch Ängste jeder einzelnen Patientin wird als die zentrale Schlussfolgerung dieser systematischen Übersichtsarbeit postuliert.

Im Folgenden werden einige der analysierten Studien genauer betrachtet.

Eine besondere Bedeutung kommt der Arzt-Patientinnen-Beziehung zu. Areskog-Wijma stellt in ihrer Arbeit sowohl das Bedürfnis der Patientinnen nach einem „emotional warmen und freundlichen Kontakt“ in den Vordergrund, gleichzeitig aber auch den Wunsch vieler Frauen nach mehr Egalität in der Beziehung zu ihrem Gynäkologen (9). Dieser Wunsch nach einem symmetrisch gestalteten Verhältnis zwischen Arzt und Patientinnen wird ebenfalls in der Studie von Weiss und Meadow (231) thematisiert.

Knorre stellt in seiner Arbeit als zentrale Patientinnenbedürfnisse Offenheit, Ehrlichkeit und Gesprächsbereitschaft des Arztes heraus. Freundlichkeit wurde nur von der Hälfte der befragten Frauen als besonders wichtig bewertet, und die Eigenschaften Zurückhaltung, Zartgefühl und Verständnis besaßen nur für wenige Patientinnen einen größeren Stellenwert (119).

Ein weiteres wichtiges Bedürfnis der Patientinnen, welches in einigen Studien aufgedeckt wird, hängt mit dem Faktor Zeit zusammen. „Der Wunsch nach mehr Zeit“ bezieht sich gemäß Petravage et al. konkret auf die Gesprächsdauer, die sich mehr als 50% der Frauen ausgedehnter wünschen würden (169), während Knorre zu dem Schluss gelangt, dass es den Patientinnen gar nicht so sehr um mehr Zeit an sich – also um eine längere Unterhaltung – geht, sondern dass vielmehr die Qualität und der Inhalt des Gesprächs sowie die eigentliche Gesprächsbereitschaft des Frauenarztes von Bedeutung sind (119).

Was den Zeitpunkt des gewünschten Gesprächs betrifft, fand Vondruska heraus, dass Frauen nicht nur vor und nach der gynäkologischen Untersuchung Gesprächsbedarf aufweisen. Vielmehr wird auch gerade während der Untersuchung die Kommunikation mit dem Behandler gewünscht, etwa um zu wissen, was der Arzt gerade sieht oder macht bzw. um sich auf den nächsten Untersuchungsschritt – wie beispielsweise das Einführen eines Spekulum – besser einstellen zu können (225).

Diese Arbeit stellt ebenso wie die Studien von Petravage et al. und Poma et al. heraus, dass seitens der Patientinnen ein breites Informationsbedürfnis hinsichtlich der durchgeführten Tests und Untersuchungsergebnisse besteht, dass sie gleichzeitig aber auch über die Handhabung von Untersuchungsinstrumenten aufgeklärt werden möchten und interessiert sind an Erklärungen zur Anatomie und Funktion der weiblichen Geschlechtsorgane (169, 173, 225). Nach Poma et al. wünschen gerade ältere Frauen darüber hinaus auch Informationen zu allgemeinen Gesundheitsthemen und Medikamenteneinnahme (173).

Die Frage nach dem bevorzugten Informationsgeber wird mehrheitlich auf den Arzt bezogen. Frauen ziehen die Informationsvermittlung von ärztlicher Seite also deutlicher jener durch Arzthelferinnen bzw. durch Pflegepersonal vor (119, 169, 225). Informationen von Seiten der Helferin rangieren hinsichtlich der Beliebtheit bei Patientinnen sogar noch deutlich hinter schriftlichen Informationsquellen wie Broschüren oder Büchern (119).

Das Bedürfnis der Frauen nach aktiver Beteiligung an der gynäkologischen Untersuchung – beispielsweise durch Beobachtung der ärztlichen Handlungen mittels eines Handspiegels - war Gegenstand mehrerer Studien (24, 29, 56, 139), welche Zufriedenheit und Ängstlichkeit der Patientinnen fokussierten. Hierbei wurde festgestellt, dass das Wohlbefinden der Patientinnen stark abhängig ist von einer detaillierten verbalen Dokumentierung der Untersuchung seitens des Arztes. Eine intensiverte Kommunikation scheint nach diesen Forschungsergebnissen eher zu Zufriedenheit und Angstreduktion zu führen als die alleinige aktive Partizipation der Patientin mittels Handspiegel. Eine gute Möglichkeit, die weiblichen Ängste bei der Untersuchung zu reduzieren, bestand laut Broadmore et al. beispielsweise in der „Demonstration des Spekulum“ (29).

Ob die Beratung hinsichtlich sexueller Probleme ebenfalls zu den Betreuungsbedürfnissen der Patientinnen im Rahmen der KFU gehört, wurde in vier verschiedenen Studien untersucht. Während die Befragten bei Petravage et al. mehrheitlich angaben, sich im Gespräch über sexuelle Probleme mit ihrem Gynäkologen wohl zu fühlen (169), konnten die Arbeiten von Vondruska und Vella zeigen, dass nur wenige Frauen - unabhängig vom Geschlecht des Mediziners – im Rahmen der gynäkologischen Untersuchung auf das Thema Sexualität angesprochen werden wollten. Gleichzeitig gaben die Studienteilnehmerinnen bei Vondruska allerdings an, ihr Gynäkologe sei der bevorzugte Gesprächspartner, wenn es um Probleme sexueller Natur gehe (223, 225). Interessanterweise konnten Weiss und Meadow feststellen, dass beinahe 50% der Patientinnen die mangelnde Empathie ärztlicherseits für das Nicht-Zustandekommen eines Gesprächs über Sexualität angaben (231).

Insgesamt betrachtet sind die Patientinnenbedürfnisse und –einstellungen zu dieser Thematik recht heterogen, was Bernet und Buddeberg in ihrem Review beispielsweise mit der Diversität des Teilnehmerinnenalters, ihrem Selbstbild, der Persönlichkeit und dem Geschlecht des Untersuchers sowie gesellschaftlichen und sozialen Faktoren begründen (23).

Ebenso uneinheitlich wird die Frage nach dem bevorzugten Untersuchergeschlecht seitens der Patientinnen beantwortet, zu der es zahlreiche Studien gibt (9, 83, 167, 169, 204, 223, 225). Bernet und Buddeberg verweisen auch hier wiederum auf unterschiedliche begründende Faktoren wie Alter und Persönlichkeitsmerkmale der Frauen, den soziokulturellen Hintergrund, ihre früheren Erfahrungen im Rahmen gynäkologischer Untersuchungen und ihre individuellen Stresskompensationsmechanismen (23).

Ob die Anwesenheit einer Arzthelferin als Assistenz bei der gynäkologischen Untersuchung von Patientinnen eher gewünscht oder abgelehnt wird, ist ebenfalls in diversen Studien untersucht worden (29, 83, 167, 168, 223, 225). Zusammenfassend kann hier festgehalten werden, dass fast alle Frauen, die durch eine Ärztin untersucht wurden, keine Arzthelferin wünschten, während bis zu 68% jener Frauen, bei denen die Untersuchung von einem Arzt vorgenommen wurde, gerne eine Assistentin im Raum gehabt hätten (29, 83, 167, 168). Unabhängig vom Geschlecht des Untersuchers empfanden 79% der Patientin bei Vella (223) die Anwesenheit einer

Assistentin als „beruhigend“ und nur 3% lehnte sie gänzlich ab. Hingegen gaben 46% der befragten Frauen bei Vondruska (225) und 44% der Patientinnen bei Penn und Bourquet (168) an, dass sie eine Drittperson im Untersuchungszimmer als störend empfänden, was 70% der Befragten in der Golomb-Studie wiederum gänzlich verneinten (83).

Insgesamt kommen Bernet und Buddeberg zu dem Schluss, dass etwa die Hälfte der Patientinnen eine zusätzliche Person als Assistenz bei der gynäkologischen Untersuchung zumindest akzeptiert (23).

Einen besonderen Stellenwert innerhalb der Untersuchungssituation hat die Kommunikation zwischen der Patientin und dem Arzt. Bernet und Buddeberg bezeichnen die Situation als „extrem“, da die Patientin in diesem Moment mit zwei Schwierigkeiten konfrontiert wird – zum einen liegt sie nackt auf dem Untersuchungsstuhl, zum anderen soll sie die medizinische Fachsprache verstehen, welche die intimen Probleme rund um ihre Genitalorgane beschreibt. Ein leicht verständliches und patientinnenorientiertes Vokabular ist folglich jenes, dessen sich der Gynäkologe in dieser Situation am besten bedienen sollte, um den Zugang und die Kommunikation zur Untersuchten nicht unnötig zu erschweren (23). Da nach den Studien von Weijts et al. viele Frauen in der Untersuchungssituation gar nicht in der Lage sind, über ihre Ängste und Befürchtungen zu reden, empfehlen die genannten Autoren, der Arzt möge die Patientin konkret und offen danach fragen (229).

Wie wichtig gerade für den männlichen Untersucher die reflektierte Wortwahl im Rahmen der Untersuchung ist, zeigt die Arbeit von Ragan und Pagano (175). Die Autoren weisen daraufhin, dass ein und dieselbe Äußerung je nach Geschlecht des Behandlers von der Patientin ganz unterschiedlich aufgefasst werden kann - möglicherweise bis hin zu vermeintlichem ärztlichen Sexismus.

Auch Frick-Bruder macht darauf aufmerksam, dass gerade der Gynäkologe als männlicher Untersucher seine Äußerungen wohl überlegt zu formulieren habe. Insbesondere seien Bemerkungen über die Figur oder das Aussehen der Patientin ebenso wie zweideutige Bemerkungen oder intime Fragen während der Untersuchung als äußerst kritisch zu bewerten. Sie könnten im Hinblick auf die unterlegene und abhängige Position, in der sich die Patientin per se in ihrer Rolle als Untersuchte befindet, zu Angst und dem Gefühl des Ausgeliefertseins führen (71).

Einige Arbeiten der letzten Jahre befassen sich mit verschiedenen Einzelaspekten von Patientinnenbedürfnissen in Bezug auf die gynäkologische Untersuchung. Die Studien unterscheiden hierbei nicht, ob es sich um eine rein präventive Krebsfrüherkennungsuntersuchung handelt, zu der die Frauen erscheinen, oder ob die gynäkologische Untersuchung aus einem anderen Anlass stattfindet.

Gleichwohl bieten diese Forschungsarbeiten interessante und wichtige Hinweise auf die Wünsche und Erwartungen von Frauen im Hinblick auf eine gynäkologische Untersuchung.

In einer Studie aus dem Jahre 2009 durchgeführt an 100 pommerschen Frauen stellten Szymoniak et al. die besonderen Bedürfnisse der Patientinnen innerhalb der eigentlichen Untersuchungssituation in den Vordergrund (213). Es wurde eruiert, welche Schritte der Untersuchung als besonders unangenehm empfunden wurden und wie die Patientinnen zur Anwesenheit einer Arzthelferin eingestellt waren. Die Frage nach der Präsenz einer Arzthelferin oder Pflegekraft während der gynäkologischen Untersuchung wurde schon in vielen Studien gestellt (2, 29, 59, 127, 167, 168, 207, 214, 228, 236), mit teils sehr unterschiedlichen Ergebnissen. So sprachen sich beispielsweise die 433 bzw. 199 Probandinnen der Studien von Yanikkerem (236) und Broadmore (29) zum überwiegenden Teil für eine anwesende Helferin aus, während die 13 Teilnehmerinnen der Larsen Studie (127) durchweg eine Assistentin im Rahmen der Untersuchung ablehnten.

Mittels eines Fragebogens eruierte Teague 2006 sowohl bei weiblichen wie männlichen Patienten einer Klinik für Geschlechtskrankheiten in Melbourne, wie es um ihren Wunsch nach einer Pflegekraft während der Genitalinspektion bestellt war (214). Je nach Geschlecht des Untersuchers fielen die Antworten der Probandinnen sehr unterschiedlich aus. Handelte es sich um einen männlichen Untersucher, so wünschten fünfmal so viele Frauen eine Pflegekraft als Assistenz bei der Untersuchung als wenn es sich um eine untersuchende Ärztin handelte. Allerdings gaben ein Drittel der Teilnehmerinnen an, dass sie unabhängig vom Geschlecht der untersuchenden Person keine zusätzliche Arzthelferin wünschten, da sie dies als unangenehm empfänden. Teague zog daraus die Schlussfolgerung, dass Patientinnen vor einer gynäkologischen Untersuchung gefragt werden sollten, ob sie eine Assistenz am Untersuchungsstuhl wünschten oder nicht.

Auch Afaneh untersuchte diese Thematik anhand einer Befragung von 152 Frauen in Irland im Jahr 2010 und fand heraus, dass die überwiegende Mehrheit der Frauen

(80% unabhängig vom Geschlecht des Untersuchers) während der vaginalen Untersuchung keine Pflegekraft als Assistenz wünschten (2).

Im Jahr 2009 untersuchte Sinha die Einstellung von 200 Patientinnen hinsichtlich der Anwesenheit einer Arzthelferin während der Brusttastuntersuchung (207). 53% der Befragten gaben an, keine Assistenz zu benötigen, 33% der Frauen wünschten die Präsenz einer Helferin. Von letzteren bestanden nur 29% auf eine Helferinnenanwesenheit sofern der Untersucher männlich sei, während 52% eine anwesende Pflegekraft unabhängig vom Untersuchergeschlecht wünschten. Als Gründe für das Verlangen nach einer dritten Person während der Brustuntersuchung gaben die Befragten an, dass sie sich dadurch wohler, mehr unterstützt und weniger verlegen fühlten. Sie sähen darin weder ein Problem für die Arzt-Patienten-Beziehung noch für die Wahrung der Diskretion.

Ob Patientinnen eher einer Frauenärztin oder einem Frauenarzt den Vorzug geben und welche Einflussfaktoren bei dieser Entscheidung eine Rolle spielen, haben mittlerweile diverse internationale Studien und Forschungsprojekte untersucht (13, 20, 27, 37, 42, 55, 57, 66, 84, 86, 88, 97, 103, 113, 124, 135, 136, 138, 140, 171, 172, 180, 187, 195, 197, 212, 213, 221, 240).

Während einige Arbeiten klar darstellen können, dass Frauen mehrheitlich geneigt sind, Gynäkologinnen aufzusuchen (13, 37, 55, 124, 135, 136, 180, 195, 212, 213, 240), gibt es andere Studien, die wiederum belegen, dass das Geschlecht nicht alleine ausschlaggebend ist für die Wahl des Behandlers ist (84, 86, 97, 103, 140, 171, 172, 197).

So fanden beispielsweise Guile et al. sowie Schnatz et al. in ihren Studien an 149 bzw. 901 Probandinnen heraus, dass Frauen zwar dann einer Ärztin den Vorzug gaben, wenn sie keine weiteren Informationen über die zur Auswahl stehenden Untersucher erhalten hatten, dass aber eine beträchtliche Anzahl von Teilnehmerinnen einen Arzt als Behandler wählte, sobald diesem besondere menschliche Qualitäten und technische Kompetenzen zugeschrieben worden waren (84, 197).

Auch auf Seiten der befragten Frauen gibt es Determinanten wie den Bildungsgrad (52, 180, 222, 236), den sozio-ökonomischer Status (70, 180, 195, 236) die Geburtenzahl (180, 236) oder das Patientinnenalter, welche einen deutlichen Einfluss auf die Wahl des Untersuchergeschlechts haben. So konnten zum Beispiel Yanikkerem

et al. zeigen, dass Frauen unter 25 Jahren eine Gynäkologin bei der körperlichen Untersuchung bevorzugten (236).

Piper et al. untersuchten in einer Querschnittsstudie im Jahr 2008 anhand einer Befragung von 287 Patientinnen, welche Faktoren neben dem Geschlecht des Untersuchers noch Einfluss auf die Wahl des Gynäkologen oder der Gynäkologin haben (171). Sie konnten herausfinden, dass vor allem Professionalität, Zertifizierung, Höflichkeit, langjährige Betreuung, Verfügbarkeit und Verständnis für die Patientinnen von großer Bedeutung waren. Daneben wurden auch die Teilnahme an medizinischen Fortbildungen, Kommunikation sowie Krankenhausanschluss als wichtige Kriterien für die Arztwahl genannt, während operative Tätigkeit/chirurgische Fähigkeiten, Universitätsanbindung und gutes Aussehen/angenehmes Äußeres des Gynäkologen geringere Relevanz besaßen.

Auch Mavis et al. untersuchten in einer groß angelegten Befragung an 1059 Patientinnen, welche Charakteristika neben dem Geschlecht des Arztes für Frauen bei der Arztwahl eine Rolle spielten (140). Im Ergebnis zeigte sich, dass die Faktoren „Interpersonelle Kommunikation“ und „Klinische Kompetenz“ von den Probandinnen deutlich höher bewertet wurden als das ärztliche Gender.

Der Arzt möge sowohl nett und freundlich als auch kommunikativ und gut gelaunt sein – so urteilten die befragten Frauen im Rahmen der Szymoniak-Studie (213).

Zusammenfassend weisen Patientinnen im Rahmen der Untersuchungssituation laut Szymoniak die folgende Bedürfnisse auf: einen Arzt, der zum einen eine intime und vertraute Atmosphäre schafft, zum anderen individuell und freundlich auf sie eingeht, um so Ängste und Anspannung zu reduzieren. Des Weiteren wünschen knapp die Hälfte der Befragten die Anwesenheit einer Arzthelferin während der Untersuchung (213).

Laut Summers und Fullard möchten Patientinnen über die Art der Untersuchung wie beispielsweise den Pap-Abstrich, den Untersuchungsablauf und die Ergebnisse informiert werden. Sie wünschen Aufklärung über Risikofaktoren für Gebärmutterhalskrebs und ihr individuelles Erkrankungsrisiko (212).

Dass ein großer Informationsbedarf von Seiten der Patientinnen bzgl. des Untersuchungsablaufs besteht, konnten sowohl Jeppeson als auch Yanikkerem et al. und Broadmore et al. in ihren Studien ermitteln (29, 101, 236).

Während Jeppeson und Yanikkerem et al. herausfanden, dass die gynäkologische Untersuchung von den Frauen als weit weniger belastend empfunden wurde, wenn sich der Arzt mit ihnen unterhält und ihnen die Untersuchungsschritte erläutert (101, 236), gaben die Probandinnen in der Studie von Broadmore an, ihnen seien besonders das Einfühlungsvermögen des Untersuchers und die Benutzung von angewärmten Instrumenten wichtig (29).

Auch Bonevski et al. beschäftigten sich mit der Zufriedenheit und den Informationsbedürfnissen von Patientinnen im Rahmen der gynäkologischen Untersuchung (27). Seehusen et al. fanden im Jahr 2006 heraus, dass Frauen die körperliche Untersuchung als weniger unangenehm und beschämend empfanden, wenn sie ohne einen gynäkologischen Stuhl mit Beinhaltern sondern lediglich auf einer Liege durchgeführt wurde (202).

Verschiedene Studien beschäftigten sich mit der Frage, wie man den physischen wie psychischen Stress der Patientinnen im Rahmen der vaginalen gynäkologischen Untersuchung reduzieren könnte. So wurde der Einsatz alternativ geformter Spekulagetestet (216), das Selbsteinführen des Spekulum durch die Patientin angeboten (235) und die Verwendung neuer Beinhalter und Fußstützen geprüft (161). Desweiteren wurden unterschiedlichste Untersuchungspositionen betrachtet (204) sowie auch der Einfluss des Einsatzes von Untersuchungskitteln (233).

Welche besonderen Informationsbedürfnisse Patientinnen mit erhöhtem Brustkrebsrisiko aufweisen, untersuchten Paisley et al. anhand einer Befragung von 257 Frauen. Hierbei standen Fragen nach gesunder Ernährung und gesundem Körpergewicht sowie aktiver Lebensführung im Vordergrund (165).

McCaffery und Irving erforschten durch Interviews mit 19 Patientinnen im Jahr 2005, welche genauen Informationsbedürfnisse Patientinnen zum Thema „Humane Papillomaviren“ (HPV) haben und auf welche Art sie über ihre Untersuchungsergebnisse unterrichtet werden möchten (143).

Dass das mangelnde Wissen um den Zusammenhang zwischen humanen Papillomaviren und der Entwicklung von Zervixkarzinomen für die geringe Teil-

nahmequote an der jährlichen KFU mit verantwortlich ist, konnte Fylan bereits 1998 in ihrer Arbeit zeigen (74).

Im Jahr 2000 erfassten Klug et al. erstmals in Deutschland mittels einer Befragung von 1500 Frauen (Rücklaufquote 36%, n = 532) den Wissensstand von Patientinnen zum Thema Früherkennungsmöglichkeiten und Risikofaktoren für Gebärmutterhalskrebs und Brustkrebs (116). Die im Jahr 2005 publizierte Arbeit fokussierte zudem auf die Motivation zur Teilnahme an der Früherkennungsuntersuchung. Eine wesentliche Erkenntnis dieser Studie war, dass es ein dringendes Informationsbedürfnis in der weiblichen Bevölkerung hinsichtlich der Risikofaktoren für Gebärmutterhalskrebs gibt. Dass das Wissen rund um HPV in der Bevölkerung insgesamt gesehen noch relativ gering ist, konnten Klug et al. auch in ihrer systematischen Übersichtsarbeit aus dem Jahr 2008 zeigen, in der die Daten aus 39 Studien - erschienen von 1992 bis 2006 (insgesamt 19 986 Probanden) - dargestellt wurden (117).

Diese Resultate werden nochmals durch das systematische Review von Dreier et al. aus dem Jahr 2011 untermauert, das die Ergebnisse von 13 Studien aus den Jahren 2000-2010 zum Thema Wissen, Einstellungen und Inanspruchnahmeverhalten von Frauen in Bezug auf die KFU analysiert (47). Die Autoren gelangen zu dem Fazit, dass in der weiblichen Bevölkerung deutliche Wissensdefizite bezüglich Brust- und Gebärmutterhalskrebs bestehen, ebenso wie zu Zielen, Nutzen und Risiken der entsprechenden Früherkennungsmaßnahmen. In diesem Rahmen plädieren Dreier et al. für die Etablierung eines neuen Monitorings, das den Wissensstand der Patientinnen, ihre Einstellung zu sowie Teilnahme an der KFU erfassen kann und zur Entwicklung neuer Informationsstrategien für die Bevölkerung beizutragen vermag.

Die hier beschriebenen Arbeiten liefern allesamt wertvolle und wichtige Erkenntnisse zu Wünschen und Bedürfnissen gynäkologischer Patientinnen. Zu beachten ist allerdings, dass die Studien teilweise im Ausland durchgeführt worden sind, so dass kulturelle und religiöse Hintergründe der Probandinnen bei der Interpretation der Ergebnisse zu berücksichtigen sind.

2.3. Themenbezogene Studien in anderen Betreuungskontexten

Im Rahmen der Datenrecherche konnte eine Vielzahl von Studien gesichtet werden, die sich mit den Betreuungsbedürfnissen gynäkologisch-onkologischer Patienten (14, 61-63, 65, 67, 91, 92, 95, 110, 126, 131, 152, 153, 159, 176, 198, 206, 211, 215, 220, 224) auseinandersetzen oder die Informationsbedürfnisse hinsichtlich eines positiven HPV-Befundes bzw. einer cervicalen Neoplasie beleuchten (104, 128, 143). In Kanada wurde beispielsweise 2008 eine Querschnittsstudie an 103 Patientinnen mit gynäkologischen Krebserkrankungen durchgeführt, deren Ziel es war, die Betreuungsbedürfnisse eben jener Patientengruppe zu erfassen (211).

Ein Review von O'Leary et al. aus 2007 bietet eine Übersicht über die Informationsbedürfnisse von Mammakarzinom-Patientinnen - zusammengetragen aus 25 Arbeiten veröffentlicht in den Jahren 1986-2006 (159).

Auch in Fischbecks Arbeit aus 2002 (61) finden die Betreuungsbedürfnisse von Brustkrebs-Patientinnen besondere Beachtung, während Mistry et al. in 2010 eine Querschnittsstudie durchgeführt haben, welche die Informationsbedürfnisse von 187 Patienten mit unterschiedlichen Krebsentitäten im Hinblick auf ihr Erkrankungsstadium exploriert (153).

Im Bereich der primärärztlichen Versorgung – respektive in der hausärztlichen Praxis - wird ebenfalls verstärkt Wert auf die Erforschung von Betreuungsbedürfnissen der Patienten gelegt, wie die Arbeit von Schmidt aus 2010 (194) zeigen konnte.

Und dass das Wissen um die Informationsbedürfnisse der Patienten gerade in Spezialbereichen der Medizin von großer Wichtigkeit ist, konnte Zimmer durch ihre Studie aus dem Jahr 2011 an knapp 200 Anästhesie-Patienten im Rahmen des Prämedikations-Gesprächs deutlich machen (238).

Inwiefern die gesundheitsbezogenen Kontrollüberzeugungen der Patienten einen Einfluss auf ihre Betreuungsbedürfnisse haben, wurde in den Forschungsprojekten von Butow et al. sowie von Ko et al. untersucht (33, 120). Hier zeigten die Ergebnisse der erst genannten Forschergruppe Zusammenhänge zwischen dem Informationsbedarf von Krebspatienten und ihrer Kontrollüberzeugung zu Krankheit und Gesundheit auf (33), während Ko et al. Korrelationen zwischen Informationsbedürfnissen von hospitalisierten gynäkologischen Patientinnen und ihren jeweiligen Kontrollüberzeugungen sichtbar machen konnten (120).

2.4. Fragestellungen und Hypothesen

Fragestellungen

Wie bereits in der Einleitung erläutert, besteht ein deutlicher Informationsmangel hinsichtlich der Betreuungsbedürfnisse gynäkologischer Patientinnen im Rahmen der KFU. Dies bestätigen auch die Ergebnisse der intensiven Datenrecherche zum aktuellen Forschungsstand, welche in der Literaturdiskussion ausführlich dargestellt wurden. Durch das derzeitige Defizit an aussagekräftigen empirischen Untersuchungen zu besagtem Thema, ergeben sich für die vorliegende Studie die folgenden Forschungsfragen:

- 1) Welche spezifischen Betreuungsbedürfnisse, Wünsche und Erwartungen bestehen bei Patientinnen in Bezug auf die gynäkologische Krebsfrüherkennungsuntersuchung? Ist es möglich, diese Bedürfnisse empirisch begründeten Kategorien zuzuordnen?
- 2) Ist eine Hierarchie der Wichtigkeit innerhalb der Betreuungsbedürfnisse erkennbar?
- 3) Lassen sich Zusammenhänge zwischen den subjektiven Betreuungsbedürfnissen und den patienteneigenen Kontrollüberzeugungen zu Krankheit und Gesundheit erkennen?
- 4) Gibt es Determinanten wie soziodemographische Merkmale der Patientinnen oder ihre Kontrollüberzeugungen, die Gruppenunterschiede hinsichtlich der Betreuungsbedürfnisse bedingen?
- 5) Ist es möglich, aus den Ergebnissen der Arbeit Konsequenzen für die gynäkologische KFU im ambulanten Bereich abzuleiten - im Sinne einer verbesserten und patientenorientierteren Versorgung? Kann ein Instrument entwickelt werden, welches in der Lage ist, die wichtigsten psychosozialen Betreuungsbedürfnisse von Frauen hinsichtlich der KFU auf eine prägnante und übersichtliche Art und Weise für den fakultativen Einsatz in Frauenarztpraxen darzustellen? Kann die Behandlung und Betreuung im Rahmen der KFU hierdurch individuell verbessert werden?

Hypothesen

In Zusammenschau der bisherigen empirischen Forschungsergebnisse zur Thematik „Betreuungsbedürfnisse im Rahmen der gynäkologischen Krebsfrüherkennungsuntersuchung“ und den hierzu formulierten Fragestellungen, wurden die nachfolgenden Hypothesen entwickelt.

Strukturierungshypothesen:

Frauen haben im Rahmen der KFU bestimmte subjektive Betreuungsbedürfnisse, die kategorisiert und in reliablen Skalen dargestellt werden können. Sowohl bezogen auf den Arzt als auch auf die Arzthelferin lassen sich jeweils zwei Kategorien von Betreuungsbedürfnissen abbilden – zum einen das „Bedürfnis nach Information“ und zum anderen das „Bedürfnis nach sozioemotionaler Unterstützung“ (H1a und H1b). Desweiteren lassen sich noch „Bedürfnisse bezogen auf die Praxisorganisation- und -ausstattung“ differenzieren (H1c).

Die Wichtigkeit der Betreuungsbedürfnisse lässt sich in Form einer Wertigkeitsrangfolge abbilden (H1d).

Zusammenhangshypothese:

Es besteht ein Zusammenhang zwischen den Betreuungsbedürfnissen im Rahmen der KFU und den patienteneigenen Kontrollüberzeugungen zu Krankheit und Gesundheit (H2).

Unterschiedshypothesen:

Der psychosoziale Betreuungsbedarf im Rahmen der KFU differiert in Abhängigkeit von den persönlichen Besonderheiten der Patientinnen. Es bestehen Unterschiede je nach Alter (H3a), Lebenssituation (H3b) und der Sozialschichtzugehörigkeit (H3c). Darüber hinaus finden sich unterschiedlich stark ausgeprägte Betreuungsbedürfnisse in Abhängigkeit von der Intensität der jeweiligen Kontrollüberzeugungen (H3d).

3. Material und Methoden

Ziel der vorliegenden Arbeit war die Entwicklung eines Untersuchungsinstrumentes, das die Betreuungsbedürfnisse gynäkologischer Patientinnen im Rahmen der KFU zu detektieren vermag. Die einzelnen Schritte der Fragebogenkonstruktion werden im folgenden Kapitel beschrieben.

3.1. Ethik-Kommission und Datenschutz

Um ethischen oder juristischen Problemen bei der Durchführung des geplanten Forschungsprojektes vorzubeugen, wurde das geplante Studiendesign vorab mit der Ethik-Kommission der Landesärztekammer Rheinland-Pfalz abgesprochen und von dieser genehmigt.

Darüber hinaus wurde eine Stellungnahme des rheinland-pfälzischen Landesbeauftragten für den Datenschutz eingeholt, um die Durchführung sowohl der Leitfadeninterviews (siehe 3.2.2.) als auch der Vor- und Hauptuntersuchung (siehe 3.4. und 3.5.) von datenschutzrechtlicher Seite her abzusichern.

3.2. Entwicklung eines Untersuchungsinstrumentes

Gemäß dem geplanten Studiendesign wurde für die Erstellung des Fragebogens zunächst auf Grundlagenliteratur zurückgegriffen, die sich mit der Planung und Durchführung von Befragungen befasst (68, 114, 129, 170, 179, 210).

Die Entwicklung des Instruments zur Erfassung von Betreuungsbedürfnissen orientierte sich sodann an den gängigen Arbeitsschritten einer theoriegeleiteten Skalenkonstruktion in Anlehnung an das Likert- und das Thurstone-Verfahren (61, 123, 134, 156). Hierzu wurden zunächst induktiv wie deduktiv Items aus unterschiedlichen Quellen abgeleitet (Recherche in internationaler Fachliteratur und Durchführung von halbstrukturierten Leitfadeninterviews), die im nächsten Schritt in Form von A-priori-Dimensionen kategorisiert wurden. Der so entstandene Rohitempool wurde mit Hilfe von wissenschaftlichen und nicht-wissenschaftlichen Experten revidiert und reduziert.

Anschließend erfolgte die Gestaltung des Fragebogens mit den übrig gebliebenen Kernitems, den Fragen von Lohaus und Schmitt zur Erhebung von gesundheitsbezogenen Kontrollüberzeugungen (133) sowie einem abschließenden Part zur Erfassung demographischer und sozialer Daten der Probandinnen.

Zur Überprüfung der Verständlichkeit der einzelnen Fragen und der generellen Durchführbarkeit der Befragung mittels des entwickelten Instrumentes wurde eine Voruntersuchung an 20 Probandinnen durchgeführt.

Es folgte die Hauptuntersuchung mit 1000 ausgegebenen Fragebögen, anhand derer die festgelegte A-priori-Dimensionierung empirisch verifiziert werden sollte. Zur Entwicklung reliabler Betreuungsbedürfnis-Skalen wurde der so erhaltene Datensatz einer Hauptkomponentenanalyse unterzogen. Auf diesem Wege konnte ein Erfassungsinstrument (Fragebogen) bestehend aus sieben Betreuungsbedürfnis-Skalen mit Bezug auf die gynäkologische KFU entwickelt werden, das zukünftig in der Frauenheilkunde eingesetzt werden kann.

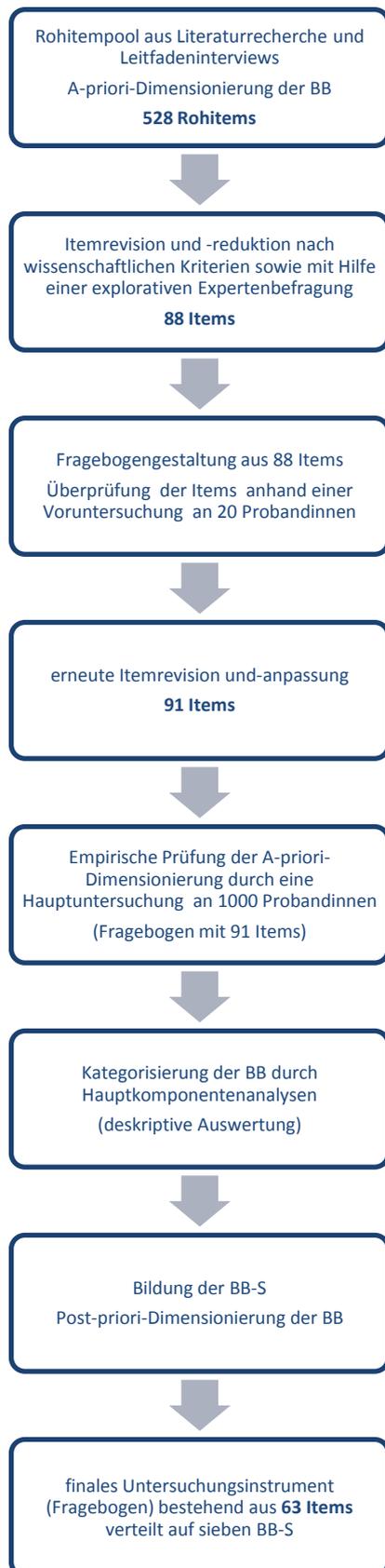


Abb. 1 Ablauf der Instrumentenentwicklung

3.2.1. Itempool aus Literaturrecherche

Als eine Quelle für die Itemsuche diente die einschlägige präventivmedizinische Literatur. Hierzu wurde der bereits unter 2.2. beschriebene Weg eingeschlagen – eine ausführliche systematische Literaturrecherche in den internationalen medizinischen und psychologischen Datenbanken.

Es konnten zahlreiche Arbeiten gefunden werden, die den Auswahlkriterien entsprachen und deren Inhalt geeignet erschien, um als Itemgrundlage zu dienen (1, 4, 7-9, 11, 17-19, 21-24, 27, 29, 41, 43, 44, 49, 51, 59, 69, 71, 72, 74, 75, 79, 80, 82, 87, 89, 96, 102, 105, 111, 116, 117, 119, 121, 122, 137, 142, 143, 146, 149, 150, 154, 155, 157, 160, 163-169, 173, 174, 188, 192, 193, 196, 199, 208, 209, 212-214, 217-219, 223, 225-227, 230, 231, 235).

Ein großer Teil dieser verwendeten Arbeiten bestand aus Zeitschriftenartikeln, es wurden aber auch themenbezogene Monografien und Buchbeiträge verwendet. Schließlich konnten aus den genannten Literaturquellen 222 Items übernommen bzw. in modifizierter Form weiterentwickelt werden.

Die Liste dieser Rohitems inklusive ihrer Quellen befindet sich im Anhang 8.2..

3.2.2. Itempool aus Leitfadeninterviews

Um weitere individuelle Bedürfnisse, Wünsche und Erwartungen von Frauen in Bezug auf die KFU zu identifizieren, wurden Leitfadeninterviews mit elf Patientinnen in der Frauenarztpraxis von Herrn Dr. med. [REDACTED] in Wiesbaden-Nordenstadt durchgeführt. Die Durchführung der Leitfadeninterviews orientierte sich hierbei an den Empfehlungen von Helfferich (90) und Mayer (141). Zur Audioaufzeichnung und Datensicherung wurde das Computerprogramm „MAGIX Video deluxe“ benutzt.

Anschließend wurden die halb standardisierten Interviews nach den Richtlinien von Ehlich und Rehbein (50) sowie in Anlehnung an die Ausführungen von Dittmar (45) transkribiert. Aus den insgesamt elf Transkriptionen konnten zusätzliche 306 Items generiert werden. Im Anhang 8.3. befinden sich die relevanten Textpassagen der Interviews, welche Hinweise auf die zu erforschenden Betreuungsbedürfnisse liefern.

ten. Die so eruierten Rohitems befinden sich ebenfalls in der umfassenden Rohitemliste des Anhangs 8.2.

3.2.3. A-priori-Dimensionierung

Aufgrund der Größe des Rohitempools wurde in Anlehnung an Lösel (134) das Konzept einer intuitiven Skalenkonstruktion angewandt.

Hierbei wurden die Items a-priori-definierten Kategorien zugeordnet, welche die Patientinnenbedürfnisse jeweils in Bezug auf den Frauenarzt, in Bezug auf die Arzthelferin sowie in Bezug auf die Praxisstruktur abbilden sollten.

Durch dieses Verfahren entstanden die folgenden A-priori-Dimensionen (inklusive Subkategorien):

Betreuungsbedürfnisse bezogen auf den Arzt (BA)

BAI Bedürfnis nach Information

- BAID Diagnostische Möglichkeiten und Untersuchungen im Rahmen der Krebsfrüherkennungsuntersuchung (KFU)
- BAIG Gesundheitsförderndes Verhalten und persönliches Krebsrisiko
- BAIL Individuelle Gesundheitsleistungen (IGeL)
- BAIL Leistungsumfang und Frequenz der KFU
- BAIM Medikamente und weiterführende medizinische Themen
- BAIP Praxisbezogene Prozessabläufe
- BAIR Risikofaktoren, Symptome und Therapieoptionen maligner gynäkologischer Erkrankungen
- BAIU Untersuchungsbegleitende Informierung / Kommentierung der Untersuchung

BAS Bedürfnis nach sozioemotionaler Unterstützung

- BASK Kontaktvermittlung hinsichtlich weiterführender Diagnostik und Therapie
- BASKI Ärztliches Kommunikationsverhalten – Patientinnen adäquate Informationsvermittlung
- BASKE Ärztliches Kommunikationsverhalten – Empathie, Positive Wertschätzung, Selbstkongruenz
- BASKU Ärztliches Kommunikationsverhalten – Im Rahmen des Untersuchungsablaufs
- BASM Motivation zur Teilnahme an der KFU
- BASP Persönlichkeitsstruktur der untersuchenden Person

BASS	Beratung zum Thema „Sexualität und Partnerschaft“
BASU	Patientinnen orientierte Untersuchungsgestaltung durch die Ärztin / den Arzt
BASV	Verfügbarkeit und Erreichbarkeit der Ärztin / des Arztes

Betreuungsbedürfnisse bezogen auf die Arzthelferin (BAH)

BAHI Bedürfnis nach Information

BAHII	Individuelle Gesundheitsleistungen (IGeL)
BAHIL	Leistungsumfang und Frequenz der KFU
BAHIP	Praxisbezogene Prozessabläufe

BAHS Bedürfnis nach sozioemotionaler Unterstützung

BAHSK	Kommunikationsverhalten der Arzthelferin – Empathie, Positive Wertschätzung, Selbstkongruenz
BAHSP	Persönlichkeitsstruktur der Arzthelferin
BAHSS	Patientinnen orientierte Serviceleistungen
BAHSU	Patientinnen orientierter Untersuchungsgestaltung durch die Arzthelferin

Bedürfnisse bezogen auf die Praxisausstattung und Praxisorganisation (BP)

BPE	Erreichbarkeit der Praxis
BPI	Informationen über das Leistungsangebot der Praxis
BPP	Praxisbezogene Prozessabläufe und Qualitätsmanagement
BPU	Ausstattung und Atmosphäre des Untersuchungszimmers
BPW	Ausstattung und Atmosphäre des Wartezimmers

3.2.4. Revision und Reduktion der Items

Zur Ermittlung der Fragebogen-Items wurden die zwei oben beschriebenen Wege – Literaturrecherche und Leitfadeninterviews - beschränkt.

Da auf diese Weise ein Pool von insgesamt 528 Rohitems gewonnen werden konnte, bestand die nächste Aufgabe gemäß den Ausführungen von Holm (93) darin, diese Menge an Items drastisch zu reduzieren, um bei der angestrebten Befragung die Bereitschaft und Geduld der Teilnehmerinnen nicht unnötig zu strapazieren, und in zweiter Linie durch eine überschaubare Menge an Fragen die Wahrscheinlichkeit zu erhöhen, dass die Fragebögen auch vollständig ausgefüllt werden.

Diese Itemreduktion wurde in mehreren Sitzungen gemeinsam mit Frau [REDACTED] (Wissenschaftliche Mitarbeiterin des Forschungsschwerpunktes Medizinische Psychologie und Medizinische Soziologie der Universitätsmedizin Mainz) durchgeführt, wobei einzelne Items sprachlich verbessert und Dubletten entfernt wurden.

Gemäß der Vorgehensweise von Fischbeck (61) orientierte sich die Itemauswahl an folgenden inhaltlichen und formalen Kriterien:

- Der Iteminhalt sollte mit dem Studienziel und den Arbeitshypothesen (siehe 2.4.) übereinstimmen und einer der oben genannten A-priori-Kategorien zuzuordnen sein.
- Die Items sollten sich speziell auf die Bedürfnisse jener Patientinnen beziehen, welche die Frauenarztpraxis zur KFU aufsuchen. Items, die sich eher an Patientinnen mit gynäkologischen Beschwerden richteten oder die auf onkologische Patientinnen zielten, wurden deshalb verworfen.
- Um „jegliche Forschung zur sozialen Unterstützung verhaltensnah und kontextspezifisch zu halten“ (61, 147) wurden ausschließlich Items ausgewählt, deren Inhalt aus Sicht der Experten für den niedergelassenen Frauenarzt auch als erfüllbar anzusehen ist. (Siehe hierzu das Ergebnis der Expertenbefragung 3.2.5. und den Anhang 8.4.3.)
- Die Formulierung der Items sollte nach Mummendey (156) bestimmte formale Kriterien erfüllen: Bezug auf die Gegenwart, Eindeutigkeit, keine Darstellung banaler, globaler oder irrelevanter Äußerungen, kurze Formulierungen (nach Möglichkeit weniger als 20 Wörter pro Item), Konzentration auf einen vollständigen Gedanken, Vermeidung von Häufigkeitsangaben („immer“, „nie“ etc.), einfache Satzkonstruktion, Vermeidung doppelter Verneinung, Anpassung an den Wortschatz der Zielgruppe

Gemäß dieser Vorgehensweise konnten die insgesamt 528 Rohitems auf 117 Einzelfragen reduziert werden.

Hiervon fielen 76 Items in die Kategorie „Betreuungsbedürfnisse bezogen auf die Ärztin / den Arzt“ (BB-A), 16 in die Gruppe „Betreuungsbedürfnisse bezogen auf die Arzthelferin“ (BB-AH) und weitere 25 Items gehörten in die Kategorie „Bedürfnisse bezogen auf die Praxisorganisation und-ausstattung“ (BB-P).

3.2.5. Explorative Expertenbefragung

Um die verbliebenen 117 Items nochmals zu reduzieren und sie auf ihre Relevanz und Gültigkeit in Bezug auf die A-priori-Kategorisierung zu überprüfen, wurde in einem nächsten Schritt eine explorative Expertenbefragung durchgeführt.

Hierzu wurden sechs Frauenärztinnen, neun Frauenärzte und drei Arzthelferinnen teils persönlich, teils telefonisch kontaktiert und über den Inhalt und die Zielsetzung der Studie informiert. Alle 18 Personen (nähere Informationen zu den Experten siehe im Anhang 8.4.1.) erklärten sich gerne bereit, als Experten zu fungieren und den Fragekatalog kritisch zu bewerten.

So erhielten die Experten per Post eine Zusammenstellung der Items und wurden in einem schriftlichen Rating gebeten, die einzelnen Fragen durchzusehen und zu prüfen, ob und wie gut sie ihrer Meinung nach die Betreuungs- und Informationsbedürfnisse der „Vorsorge-Patientinnen“ widerspiegeln.

Hierbei konnten die Experten für jedes Item unter folgenden Bewertungsmodi wählen:

- ++** = ist Patientinnen sehr wichtig
- +** = ist Patientinnen wichtig
- = ist Patientinnen weniger wichtig
- = Item wird aus stilistischen oder inhaltlichen Gründen abgelehnt

Im Falle der Itemablehnung sollten die Experten auch den Grund für ihre Ablehnung angeben und hatten hierfür folgende Optionen zur Auswahl:

- (U)** Die Formulierung ist unverständlich und/oder zu global.
- (S)** Das Item betrifft Selbstverständliches/Banalitäten oder liefert keine neue Erkenntnis.
- (N)** Das Item ist ärztlicherseits nicht erfüllbar bzw. stellt keine Aufgabe der Frauenärztin/des Frauenarztes im Rahmen der KFU dar.
- (F)** Das Item ist für den gemeinten Kontext falsch oder unzutreffend; die Frage/das Bedürfnis stellt sich nicht; es stellt aus Sicht der Patientin sicherlich kein Informations-/Betreuungsbedürfnis dar; es ist völlig

unwichtig und überflüssig oder kommt zu selten vor, als dass es bedeutsam sein könnte.

- (K) Die Frage ist zu konfrontativ oder könnte Anstoß erregen.
- (D) Die Frage ist eine Dublette von Item XY bzw. wird inhaltlich schon in einem anderen Item vertreten.
- (A) andere Gründe

Für den Fall, dass der Inhalt eines Items aus ihrer Sicht nur teilweise zuträfe, wurden sie gebeten, dieses in der Spalte „Anmerkungen“ möglichst so umzuformulieren, dass der Inhalt vollständig zutrifft.

Die Experten hatten hierbei die Gelegenheit, Items umzuformulieren oder selbst neue zu generieren, sofern sie aus eigener Erfahrung essentielle Inhalte bei den bisher gesammelten Fragen vermissten.

Da der korrekte Begriff „Krebsfrüherkennungsuntersuchung“ von den meisten Patientinnen nur selten verwendet wird, wurden die Experten gebeten, aus einer Auswahl von acht Begriffen (Vorsorge, Vorsorgeuntersuchung, Krebsvorsorge, Krebsvorsorgeuntersuchung, Krebsfrüherkennungsuntersuchung, Krebsfrüherkennung, Früherkennung, Früherkennungsuntersuchung) jene drei auszuwählen, welche ihrer Meinung nach am ehesten geeignet seien, den Begriff der Krebsfrüherkennungsuntersuchung aus Sicht der Patientinnen wiederzugeben.

Abschließend sollten die Experten noch notieren, zu welchen Themen ihrer Meinung nach Patientinnen im Rahmen der KFU schriftliches Informationsmaterial (Informationsbroschüren) erhalten möchten und zu welchen Aspekten des Themas "Gesunder Lebensstil" bei Patientinnen ein vermeintlich besonders großer Beratungsbedarf besteht.

Der vollständige Bogen zur Expertenbefragung kann im Anhang unter 8.4.2. eingesehen werden.

Ergebnisse

Die Auswertung der Expertenbefragung wurde mit dem Programm SPSS 20.0 vorgenommen. Die Ergebnisse sind vollständig im Anhang unter 8.4.3. einzusehen.

Auffallend war, dass vor allem im Hinblick auf die Nicht-Erfüllbarkeit einiger Iteminhalte aus ärztlicher Sicht große Einigkeit herrschte. So lehnten sie die ständige telefonische Erreichbarkeit des Arztes (Item: „.....mir die Möglichkeit gibt, sie/ihn auf dem Handy auch außerhalb der Sprechstundenzeiten zu erreichen, wenn es um etwas sehr Dringendes geht.“) ebenso ab wie die obligate Mitteilung sämtlicher auch unauffälliger Untersuchungsbefunde (Item: „...ich auch dann über mein Untersuchungsergebnis informiert werde, wenn kein auffälliger Befund vorliegt.“).

Einem Hinweis der Experten folgend wurden medizinische Abkürzungen innerhalb des Itemtextes - wie etwa „HPV“ - in nachfolgenden Klammern ausgeschrieben bzw. erläutert.

Bezüglich der Frage, welcher Begriff aus der Sicht der Patientinnen am ehesten die „Krebsfrüherkennungsuntersuchung“ wiederzugeben vermag, entschieden sich die Experten für die Begriffe „Vorsorge“ und „Krebsvorsorge“ (siehe hierzu Tab. 8.4.4. im Anhang). Aus diesem Grunde wurde im Patientinnen-Fragebogen der Begriff der „Krebsvorsorge“ verwendet, wenn es rein formal auch um die „Krebsfrüherkennungsuntersuchung“ ging (siehe hierzu auch die Ausführungen unter 2. Literaturdiskussion).

Über welche medizinischen Themen Patientinnen nach Ansicht der Fachärzte gerne Informationsbroschüren erhalten würden und zu welchen Aspekten bezogen auf das Themengebiet „Gesunder Lebensstil“ sie gerne eine Beratung erhalten möchten, ist der Tabelle 8.4.5. im Anhang zu entnehmen.

Die Befunde der Expertenbefragung wurden nochmals gemeinsam mit Frau [REDACTED] [REDACTED] einer ausführlichen und kritischen Bewertung unterzogen. Im Zuge dieser Arbeitsphase wurden einige Items gestrichen, andere wiederum zusammengefasst oder sprachlich etwas modifiziert, so dass der Fragenkatalog schließlich von 117 auf 88 Einzelitems reduziert werden konnte.

3.3. Fragebogenaufbau

Der Fragebogen wurde im DIN-A4-Hochformat erstellt und in beidseitig bedruckter Form an die Studienteilnehmerinnen ausgegeben.

Der finale Original-Fragebogen, welcher in der Hauptuntersuchung eingesetzt wurde, ist im Anhang unter 8.6.1. einzusehen.

Der Fragebogen gliedert sich in die folgenden sechs Abschnitte:

- Anschreiben / Anleitung
- Items bezogen auf die Betreuungsbedürfnisse
- Zufriedenheitsrating und Untersuchergeschlecht
- Fragen zur Informationsvermittlung
- Fragen zu Kontrollüberzeugungen über Krankheit und Gesundheit (KKG-Fragebogen)
- soziodemographische Daten zur Person

Instruktionsbeschreibung

Dem Deckblatt, welchem das Thema der Studie („Betreuungsbedürfnisse von Patientinnen im Rahmen der gynäkologischen Krebsfrüherkennungsuntersuchung“) und die Universitätsmedizin Mainz respektive der Forschungsschwerpunkt Medizinische Psychologie und Medizinische Soziologie als Träger der Studie zu entnehmen waren, folgte ein zweiseitiges Patientinnen-Anschreiben.

Dieses Anschreiben bzw. diese Anleitung umfasste die folgenden Informationen:

- Vorstellung der Studie inkl. Hintergrund und Ziele
- Zusage von Freiwilligkeit und Anonymität
- Erläuterung des Frage-Antwortformates
- Hinweis auf die Ausfülldauer von 20-30 Minuten
- Hinweis den Fragebogen in der Praxis und ohne fremde Hilfe auszufüllen
- Hinweis pro Frage nur eine Antwort anzukreuzen
- Hinweis den Fragebogen vollständig auszufüllen
- Hinweis den ausgefüllten Fragebogen im verschlossenen Umschlag den Arzt-helferinnen zurück zu geben

- Hinweis, dass mit dem Ausfüllen des Fragebogens und der Abgabe im verschlossenen Umschlag automatisch die freiwillige Studienteilnahme erklärt werde
- Dank für die Mitarbeit und Unterstützung

Items bezogen auf die Betreuungsbedürfnisse

Der erste und umfangreichste Teil des Fragebogens bestand aus den 88 Betreuungsbedürfnis-Items. Hiervon fielen die Items A1 - A55 in die Kategorie „Betreuungsbedürfnisse bezogen auf den Frauenarzt“ (BA), die Items AH56 - AH67 in „Betreuungsbedürfnisse bezogen auf die Arzthelferin“ (BAH) und die Items P68 - P88 in „Betreuungsbedürfnisse bezogen auf die Praxisorganisation und Praxisausstattung“ (BP).

Für die Beantwortung dieser Fragen wurde eine geeignete, äquidistante und differenzierende fünfstufige Antwortskala im Likert-Format gewählt, welche nach Rohrmann (186) mittels eines Verbalankers die Wichtigkeit der Erfüllung der Betreuungsbedürfnisse bewerten ließ. Durch den Fokus auf die „Wichtigkeit“ konnten die Patientinnen folglich mittels dieser Skalierung angeben, in welchem Ausmaß die Erfüllung des jeweiligen Betreuungsbedürfnisses für sie persönlich von Bedeutung war. Die Verwendung eines solchen Verbalankers wurde schon in verschiedenen Untersuchungen zu Patientenbetreuungsbedürfnissen erfolgreich eingesetzt (64, 85, 234).

Die Probandinnen erhielten für die Beantwortung jedes Items folgende Antwortmöglichkeiten:

- ist mir nicht wichtig
- ist mir wenig wichtig
- ist mir mittelmäßig wichtig
- ist mir ziemlich wichtig
- ist mir sehr wichtig

Die bisher noch thematisch bzw. nach der A-priori-Dimensionierung sortierten Items wurden im nächsten Schritt per Listen-Sortierfunktion des Computers in eine zufällige

Reihenfolge gebracht, um eine Einflussnahme auf die Dimensionsstruktur durch die Reihenfolge der Items in der Befragung weitestgehend zu vermeiden.

Zufriedenheitsrating und Untersuchergeschlecht

Im Anschluss an die Betreuungsbedürfnis-Fragen erhielten die Probandinnen die Möglichkeit, die Betreuung durch ihren Gynäkologen, die Betreuung durch die Arzthelferinnen sowie die allgemeine Praxisorganisation und -ausstattung zu bewerten. Auch hierzu stand ihnen eine fünfstufige Antwortskala zur Verfügung, um das jeweilige Maß an Zufriedenheit auszudrücken:

- nicht zufrieden
- wenig zufrieden
- mittelmäßig zufrieden
- ziemlich zufrieden
- sehr zufrieden

Diese Informationen erschienen vor allem für die teilnehmenden Studien-Praxen von großem Interesse, da sie im Rahmen der Auswertung so einen Anhaltspunkt für Zufriedenheit ihrer Patientinnen erhalten konnten.

Um bei der späteren Datenauswertung berücksichtigen zu können, ob das Geschlecht des Untersuchers für die Probandinnen einen Einfluss auf bestimmte Betreuungsbedürfnisse hat, wurde zusätzlich abgefragt, ob die Patientinnen derzeit durch eine Frauenärztin oder einen Frauenarzt betreut wurden.

Fragen zur Informationsvermittlung

Der Inhalt einiger Items erschien für die fünfstufige Likert-Antwortskala als wenig geeignet, da sich beispielsweise auf eine Primärfrage wie „Möchten Sie an Ihren Krebsvorsorgetermin erinnert werden?“ bei Bejahung die Anschlussfrage „Auf welchem Wege sollte die Erinnerung erfolgen?“ stellte.

Diese Art von Fragen wurde deshalb in einem separaten Fragebogenpart formuliert. Dieser setzte sich wie folgt zusammen:

1. *„Möchten Sie durch Ihre Frauenarztpraxis an Ihren Krebsvorsorgetermin erinnert werden? Und wenn ja - auf welche Art und Weise?“*

Neben der negativen Antwort „Nein – ich möchte nicht an meinen Krebsvorsorgetermin erinnert werden“, konnten die Patientinnen, welche positiv antworteten, zwischen sechs Optionen wählen:

- Brief
- Anruf
- Nachricht auf dem Anrufbeantworter
- E-Mail
- SMS
- Fax

2. *„Auf welche Art und Weise möchten Sie über ein auffälliges (krankhaftes) Untersuchungsergebnis informiert werden?“*

Hier standen die folgenden Antwortmöglichkeiten zur Auswahl:

- Anruf meiner Frauenärztin/meines Frauenarztes
- Anruf der Arzthelferin
- Nachricht auf dem Anrufbeantworter
- Brief
- E-Mail
- SMS
- Fax
- persönliches Gespräch mit meiner Frauenärztin/meinem Frauenarzt

3. *„Möchten Sie auch dann über das Ergebnis Ihrer Krebsvorsorgeuntersuchung informiert werden, wenn dieses unauffällig ist? Und wenn ja – auf welche Art und Weise?“*

Auch hier hatten die Patientinnen die oben aufgeführten acht Mittelungswege zur Auswahl, konnten die Mitteilung eines unauffälligen Ergebnisses aber auch mit „Nein“ ablehnen.

4. *„Bitte geben Sie an, wie wichtig es Ihnen ist, schriftliches Informationsmaterial (Informationsbroschüren) zu Krebsvorsorge bezogenen Themen zu erhalten.“*

Es wird in fünfstufiger Skalierung (*nicht wichtig, wenig wichtig, mittelmäßig wichtig, ziemlich wichtig, sehr wichtig*) erfragt, wie wichtig ihnen der Erhalt von Informationsbroschüren zu den folgenden Themen ist:

- Inhalt und Umfang der Gesetzlichen Krebsvorsorgeuntersuchung
- Individuelle Gesundheitsleistungen (IGeL) im Zusammenhang mit der Krebsvorsorge
- Gebärmutterhalskrebs(-vorsorge) und Pap-Test (Krebsabstrich)
- Brustkrebs(-vorsorge)
- Humane Papillomaviren (HPV)
- Darmkrebs(-vorsorge)

5. *„Bitte geben Sie zudem an, auf welchem Wege Sie diese Informationsbroschüren erhalten möchten.“*

Hier konnten die Probandinnen zwischen folgenden drei Alternativen wählen:

- im Wartezimmer selbst aussuchen und mitnehmen
- durch die Arzthelferin ausgehändigt bekommen
- durch meine Frauenärztin/meinen Frauenarzt ausgehändigt (und gegebenenfalls erläutert) bekommen

6. *„Bitte geben Sie an, wie wichtig für Sie die Durchführung folgender IGeL (Individuelle Gesundheitsleistungen) ist.“*

Auch hier wird wiederum die bekannte fünfstufige Antwortskala angeboten, um folgende IGeL zu bewerten:

- Ultraschalluntersuchung der Brust
- Ultraschalluntersuchung der Gebärmutter, Eierstöcke und Eileiter
- Dünnschichtzytologischer Abstrich (verbesserter Krebsabstrich/Pap-Abstrich)
- HPV-Test (Humane Papillomaviren = Erreger von Gebärmutterhalskrebs)
- Immunologischer Stuhltest (verbesserter Test auf okkultes Blut im Stuhl)

7. *„Bitte geben Sie an, in welchem Maße Sie über die Durchführung der IGeL (Individuelle Gesundheitsleistungen) mitentscheiden möchten.“*

Hierbei haben die Patientinnen folgende Optionen:

- gemeinsame Entscheidung mit der Ärztin/dem Arzt
- Entscheidungsabtretung an die Ärztin/den Arzt
- alleinige Entscheidung ohne ärztliche Beteiligung

8. *„Bitte geben Sie an, wie wichtig für Sie die unterschiedlichen Themen im Bereich "Gesunder Lebensstil" und "Gesundheitsförderndes Verhalten" sind, über die Sie Ihre Frauenärztin / Ihr Frauenarzt im Rahmen der Krebsvorsorge beraten könnte.“*

Diese Frage schließt thematisch an das Item A50 „...mich zu den Themen "Gesunder Lebensstil" und "Gesundheitsförderndes Verhalten" berät.“ an und erfragt, wie wichtig den Patientinnen die ärztliche Beratung zu den folgenden Themen ist:

- stärkende Maßnahmen für das Immunsystem
- gesunde Ernährung
- Nahrungsergänzungspräparate
- Sport, Bewegung, Fitness
- Erlangen und Erhalten eines gesunden Körpergewichtes
- Stressbewältigung und Entspannungsverfahren.

Die oben aufgezählten Themengebiete waren v.a. durch die Anregungen der Experten eruiert worden (siehe im Anhang 8.4.1.).

Um die Wichtigkeit für die Probandinnen zu erfahren, wurde diesen abermals die bekannte fünfstufige Skalierung angeboten.

9. *„Bitte geben Sie an, ob Sie bei der gynäkologischen Vorsorgeuntersuchung eine Arzthelferin dabei haben möchten oder nicht.“*

Die Patientinnen konnten hier Bejahen, Verneinen oder auch indifferent mit „egal“ antworten.

10. *„Bitte geben Sie an, ob Sie lieber durch eine Frauenärztin oder einen Frauenarzt beraten und untersucht werden möchten.“*

Neben der eindeutigen Präferenz für ein Untersuchergeschlecht konnten sich die Probandinnen auch bei dieser Frage für „egal“ entscheiden.

Fragen zu Kontrollüberzeugungen über Krankheit und Gesundheit (KKG-Fragebogen)

Ein weiterer Fragebogenteil beschäftigte sich mit den gesundheitsbezogenen Kontrollüberzeugungen der Patientinnen. Hierzu wurde der KKG-Fragebogen von Lohaus und Schmitt (133) in das bestehende Fragebogendesign eingearbeitet. Der KKG wird häufig im Bereich der Krankheitsprophylaxe und Patientencompliance eingesetzt und soll in der aktuellen Arbeit neben den soziodemographischen Daten der Probandinnen die Kontrollüberzeugungen als weitere Determinante bei der späteren Fragebogenauswertung bereitstellen.

Soziodemographische Daten zur Person

Der letzte Part des Fragebogens erfasst Angaben der Probandinnen zu:

- Alter
- Familienstand
- höchstem Schulabschluss
- höchstem beruflichen Abschluss
- aktueller Erwerbssituation

Durch die Abfrage der zuvor genannten Daten kann in einem zweiten Schritt die soziale Schichtzugehörigkeit ermittelt werden.

3.4. Voruntersuchung

Um die Verständlichkeit der Fragebogenitems, das Format und die Instruktionsbeschreibung empirisch zu überprüfen, wurde der entwickelte Fragebogen in Form eines Pretests an einem Kollektiv von 20 Probandinnen erprobt (130).

Die Datenerhebung erfolgte innerhalb der Sprechstunde der gynäkologischen Praxis von Herrn Dr. med. [REDACTED] (Wiesbaden). Die Arzthelferinnen der Praxis wurden gebeten, jeder Patientin, die zur KFU die Praxis aufsucht, einen Fragebogen anzubieten und die geplante Studie mit wenigen Worten zu erläutern. Auf diese Art und Weise konnten 20 Probandinnen rekrutiert werden, die den Fragebogen im Wartezimmer der Praxis ausfüllten.

Im Anschluss an zu beantwortenden Fragen hatten die Patientinnen auf einer halben Seite die Gelegenheit, zu den einzelnen Items bzw. zum Fragebogen(-konzept) als Ganzem schriftlich Stellung zu nehmen. Zudem wurden sie gebeten, die Zeit anzugeben, welche sie für das Ausfüllen des Bogens benötigt hatten.

Da bei einem neu entwickelten Fragebogen Konstruktionsfehler im Nachhinein nicht mehr ausgeglichen werden können (28), wurde nach abgeschlossener Voruntersuchung der gesamte Fragebogen nochmals in Bezug auf die folgenden Kriterien untersucht:

- Wurden einzelne Fragen nicht verstanden oder war die Fragestellung zu schwierig?
- Wurde eine wichtige Antwortkategorie übersehen?
- War die Länge des Fragebogens zumutbar?
- Haben sich verschiedene Fragen gegenseitig beeinflusst?
- Waren die Antwortkategorien erschöpfend und eindeutig?
- Welche Probleme ergaben sich bei der Auswertung des Testes?

In der Zusammenschau gab es keine Schwierigkeiten beim Ausfüllen der Fragebögen durch die Testpersonen. Das angebotene fünfstufige Antwortschema im Itempart wurde durchgehend problemlos angenommen. Die Fragen schienen allesamt eindeutig und verständlich zu sein ebenso die vorangestellte Instruktionsbeschreibung. Lediglich eine Probandin merkte an, dass ihr die Fragen des KKG-Fragebogenteils „etwas seltsam“ vorgekommen seien. Weitere Kommentare dieser Art gab es nicht. Es wurden weder bestimmte Themengebiete noch Einzelfragen beanstandet oder als fehlend beklagt.

Die Bearbeitungszeit wurde mit 18-35 Minuten angegeben und erschien in dieser Länge als zumutbar für die Hauptuntersuchung.

Bei der Auswertung der 20 ausgefüllten Fragebögen mittels SPSS 20.0 ergaben sich keinerlei Schwierigkeiten.

Da zwischenzeitlich eine für die Studie interessante und wichtige Arbeit von Albert et al. (5) erschienen war, wurde der Fragebogen nochmals um drei neue Items ergänzt (siehe die Items A18, A44 und A46 im Fragebogen der Hauptuntersuchung).

Das Item A42 aus dem Pretest wurde hierbei zugunsten des neuen Items „...mit mir über mein persönliches Risiko, eine Krebserkrankung zu entwickeln, spricht.“ (Item A44 in der Hauptuntersuchung) gestrichen.

Zudem wurde das Item „...mir erklärt, welche Untersuchungen sie / er im Rahmen der Krebsvorsorge durchführen wird.“ (Item A53 im Pretest) modifiziert zu „...mir erklärt, welche Untersuchungen zur Krebsvorsorge dazugehören.“ (Item A56 in der Hauptuntersuchung).

Somit konnten die 88 Items der Voruntersuchung nach kritischer Überarbeitung auf 91 Items für die Hauptuntersuchung erweitert werden.

3.5. Hauptuntersuchung

Die Grundgesamtheit, aus der das Kollektiv von 1000 Probandinnen ausgewählt wurde, bestand aus Frauen, die ihre gynäkologische Praxis zur KFU aufsuchten.

Im Rahmen der angestrebten Datenerhebung erschien es nicht sinnvoll, Privatpatientinnen von der Befragung auszunehmen oder eine Differenzierung zwischen gesetzlich und privat versicherten Frauen vorzunehmen, da beiden Gruppen von Patientinnen eine Krebsfrüherkennungsuntersuchung zusteht - entweder über das SGB V § 25 Abs. 2 oder aber durch private Krankenversicherungsverträge (zum einen abrechenbar gemäß Abschnitt B. II. § 6 der Krebsfrüherkennungs-Richtlinie über die Gebührenordnungsposition 01730 EBM (48), zum anderen über den § 27 GOÄ (81)). Ziel der vorliegenden Arbeit sollte es nicht sein, zu detektieren, ob privat versicherte Frauen andere Betreuungsbedürfnisse aufweisen als Kassenpatientinnen, vielmehr sollten als wichtige Determinanten Alter, Lebenssituation, Sozialschichtzugehörigkeit sowie gesundheitsbezogene Kontrollüberzeugungen herangezogen werden.

Um die entsprechenden Probandinnen rekrutieren zu können, wurden zehn niedergelassene Gynäkologen telefonisch kontaktiert und über das geplante Forschungsprojekt informiert (siehe 8.6.2. Liste der Facharztpraxen). Um einen möglichst großen Einzugsbereich zu erfassen, wurden Praxen aus drei verschiedenen Bundesländern selektiert (Rheinland-Pfalz, Hessen, Nordrhein-Westfalen). Zur Gewährleistung der Vergleichbarkeit der erhobenen Daten wurde darauf geachtet, dass sich alle Praxen in städtischen Gebieten befinden und dass ein ausgewogenes Zahlenverhältnis zwischen Frauenärztinnen und Frauenärzten besteht.

Alle Gynäkologen, zu denen Kontakt aufgenommen wurde, erklärten sich bereit, an der Studie teilzunehmen und erhielten im Anschluss an das Gespräch ein Musterexemplar des Fragebogens per Post oder via E-Mail zugesandt.

In den Monaten März bis Juni 2011 wurden mit den zehn Facharztpraxen Termine vereinbart, um den Ärzten und ihren Arzthelferinnen die Studie in einem persönlichen Gespräch vorzustellen. Hierbei wurden in jeder Praxis 100 Fragebögen inklusive Umschlägen für die Teilnehmerinnen abgegeben. Zusätzlich erhielten die Praxisassistentinnen eine detaillierte schriftliche Instruktionsbeschreibung, welche insbesondere nochmals die folgenden Einschlusskriterien für die Studienteilnahme hervorhob:

- Alter von mindestens 20 Jahren
- KFU als Grund für den Praxisbesuch (nicht gynäkologische Beschwerden)
- gute deutsche Sprachkenntnisse
- keine sprachlichen und/oder schriftliche Verständnisschwierigkeiten

Der praxisinterne Ablauf war wie folgt: Die Helferinnen informierten die Patientinnen, welche zur KFU erschienen, zuerst über Hintergründe und Zielsetzung der Befragung und wiesen dann auf Besonderheiten wie beispielsweise Freiwilligkeit, Anonymität, und die Ausfülldauer von 20-30 Minuten hin.

Sodann erhielten die Probandinnen einen Fragebogen nebst Umschlag und füllten ihn gemäß der beigefügten Anleitung im Wartezimmer der Frauenarztpraxis aus.

Anschließend gaben sie den fertigen Bogen im verschlossenen Umschlag bei den Arzthelferinnen ab, wodurch das wichtige Kriterium der Anonymität gewahrt blieb.

Nach telefonischer Absprache wurde das erhobene Datenmaterial zwischen August und November 2011 in den gynäkologischen Praxen abgeholt.

3.6. Datenauswertung

Auswertbare Daten und Probandinnenkommentare

Von insgesamt 1000 ausgegebenen Fragebögen wurden 965 zurückgegeben, was einem Rücklauf von 96,5% entspricht.

Von diesen 965 Fragebögen waren insgesamt vier nicht ausgefüllt und entfielen somit bei der statistischen Gesamtauswertung. In 114 Bögen wurden in einem oder

mehreren Abschnitten mehr als 10% der Fragen nicht beantwortet, was im jeweiligen Part zum Ausschluss von der Auswertung führte.

Insgesamt 21 Probandinnen merkten an, dass die auf den Arzt bezogenen Items A29 („...sich während der Untersuchung ausschließlich auf mich konzentriert und keine Störungen von außen zulässt (z.B. Telefonate, Unterbrechungen durch die Arzthelferin).“) und A41 („...sich während des Gesprächs ausschließlich auf mich konzentriert und keine Störungen von außen zulässt (z.B. Telefonate, Unterbrechungen durch die Arzthelferin).“) identisch seien. Der Grund für diese Annahme könnte sein, dass die Fragen nur oberflächlich gelesen worden waren und somit „während der Untersuchung“ und „während des Gesprächs“ gleich gesetzt bzw. verwechselt worden waren. Man könnte aber auch zu dem Schluss gelangen, dass diese Patientinnen das Gespräch mit dem Arzt und die Untersuchung als eine Art Einheit empfinden und diesbezüglich keinen Unterschied machen, wenn es um vermeidbare Störungen geht. Diese Vermutung wird auch durch die Tatsache gestützt, dass bei den nicht beanstandeten Fragebögen, die Erfüllung der Items A29 und A41 überwiegend mit derselben Wichtigkeit bewertet wurden.

Neun Probandinnen teilten in einem Kommentar am Ende des Fragebogens mit, dass sie die Fragen zu den gesundheitsbezogenen Kontrollüberzeugungen (KKG) „seltsam“, „merkwürdig“ oder gar „absurd“ vorgekommen fanden. Hierzu passt, dass in 48 Fragebögen der KKG-Teil zu mehr als 10% unbeantwortet blieb (und somit nicht ausgewertet werden konnte).

Bildung von Altersgruppen und Sozialschichtindex

Altersgruppen

Um Differenzen zwischen den Betreuungsbedürfnissen von Probandinnen unterschiedlicher Altersgruppen ermitteln zu können, wurden folgende Altersklassen gebildet:

Tab. 1 Altersgruppen

Altersgruppe	Alter in Jahren
2	20-29
3	30-39
4	40-49
5	50-59
6	60-69
7	70-79
8	80 und älter

Lebenssituation - Familienstand

Damit auch Unterschiede in den Betreuungsbedürfnissen je nach familiärer Lebenssituation der befragten Probandin eruiert werden konnten, wurde im Fragebogen der aktuelle Familienstand erfragt. Hieraus ergibt sich die folgende Zuordnung zu den zwei möglichen Varianten „alleine lebend“ und „mit anderen zusammen lebend“:

Tab. 2 Lebenssituation - Familienstand

alleine lebend
ledig / Single
geschieden
getrennt lebend
verwitwet
mit Partner zusammen lebend
verheiratet
in fester, nicht-ehelicher Partnerschaft lebend

Sozialschichtzuordnung

Um Wechselbeziehungen zwischen den Betreuungsbedürfnissen der Patientinnen und ihrem sozioökonomischen Status ermitteln zu können, wurde ein Index für die Sozialschicht-Zugehörigkeit berechnet. Als Basisdaten für die Indexkalkulation dienten die erfragten Informationen über den höchsten Schulabschluss sowie den höchsten beruflichen Abschluss und die aktuelle Erwerbssituation der Probandinnen (vgl. die sozioökonomische Fragen „Angaben zu Ihrer Person“ im Fragebogen, Anhang 8.6.1.).

Grundlage für die Erfassung der Indexvariablen sowie für die Schichtzugehörigkeitsberechnung waren die Empfehlungen zur Messung und Quantifizierung soziodemographischer Merkmale des Robert-Koch Instituts (3) sowie die Hinweise zur Messung des sozioökonomischen Status von Lampert und Kroll (125).

Wenngleich letztere für die Berechnung des Sozialschicht-Index die Ermittlung des Einkommens empfehlen, wurde hiervon in der durchgeführten Studie Abstand genommen, da laut Robert-Koch Institut die Abfrage des Einkommens häufig zu fehlenden Antworten führt (3) und in der Regel dazu das sogenannte „Netto-Äquivalenzeinkommen“ zu berücksichtigen ist, welches umfassendere Fragen zu sämtlichen Haushaltstransfereinkommen, Anzahl der im Haushalt lebenden Personen und ihre Alters-Gewichtung nach OECD-Norm notwendig macht (125).

Die Berechnung des Schicht-Index setzte sich demnach in der vorliegenden Arbeit aus den Variablen Schulbildung, Berufsausbildung und Erwerbssituation zusammen. Jede dieser drei Variablen enthält verschiedene Kategorien, denen ein bestimmter Punktwert zugeordnet wird, wie aus der Tabelle 3 ersichtlich ist.

Für den so kumulierten Index-Summenwert ergeben sich ein Minimalwert von drei Punkten und ein Maximalwert von 13 Punkten.

Um die befragten Patientinnen nach ihrer sozialen Schichtzugehörigkeit zu klassifizieren wurden folgende Wertgrenzen definiert:

<i>3 – 6 Indexpunkte</i>	=	<i>Untere Sozialschicht</i>
<i>7 – 9 Indexpunkte</i>	=	<i>Mittlere Sozialschicht</i>
<i>10 – 13 Indexpunkte</i>	=	<i>Obere Sozialschicht</i>

Tab. 3 Kategorien der Schicht-Index-Variablen mit zugeordnetem Punktwert

Schulbildung („Welchen höchsten Schulabschluss haben Sie?“)	
<i>Kategorie</i>	Punkte
noch in der Schule	2
Schulabgang ohne Hauptschulabschluss	1
Hauptschulabschluss / Volksschulabschluss	2
Realschulabschluss (Mittlere Reife)	3
Abschluss der Polytechnischen Oberschule (POS), 10. Klasse (vor 1965: 8. Klasse)	3
Fachabitur / Abitur (Allgemeine Hochschulreife)	4
Berufsausbildung („Welchen höchsten beruflichen Abschluss haben Sie?“)	
<i>Kategorie</i>	Punkte
zurzeit in beruflicher Ausbildung (Azubi, Studentin)	2
keinen beruflichen Abschluss / nicht in beruflicher Ausbildung	1
beruflich-betriebliche Berufsausbildung (Lehre)	2
beruflich-schulische Ausbildung (Berufsfachschule, Handelsschule)	3
Ausbildung an Fachschule, Meisterschule, Technikerschule, Berufs- oder Fachakademie	4
Fachhochschulabschluss (FH)	4
Hochschulabschluss (Universität)	5
Erwerbsstatus („Wie ist Ihre aktuelle Erwerbssituation?“)	
<i>Kategorie</i>	Punkte
vollzeit-erwerbstätig (35 Stunden und mehr pro Woche)	4
teilzeit-erwerbstätig (15-34 Stunden pro Woche)	3
teilzeit- oder stundenweise erwerbstätig (weniger als 15 Stunden pro Woche)	2
Mutterschafts-/Erziehungsurlaub oder sonstige Beurlaubung	3
Auszubildende / Lehrling / Umschülerin	2
zurzeit nicht erwerbstätig (Schülerin, Studentin, Rentnerin / im Vorruhestand, zurzeit arbeitslos / Null-Kurzarbeit, Hausfrau, andere Gründe)	1

Bei den Variablen Schulbildung und Berufsausbildung gab es im Fragebogen zusätzlich die Möglichkeit, die Kategorien „anderer Schulabschluss“ bzw. „anderer Abschluss“ auszuwählen. Dies sollte Probandinnen mit beispielsweise ausländischem (Schul-) Abschluss korrekte Angaben ermöglichen. Die Auswertung dieser Daten erfolgte anhand einer Äquivalenzberechnung.

Dimensionierung der Betreuungsbedürfnisse

Um Betreuungsbedürfnisse zu klassifizieren gibt es drei verschiedene Möglichkeiten: man kann induktiv-empirisch, logisch-deduktiv oder rein pragmatisch vorgehen (39, 61). Da in der vorliegenden Arbeit die Betreuungsbedürfnisse gynäkologischer Patientinnen quantitativ-empirisch identifiziert und strukturiert werden sollten, empfahl sich die erstgenannte Strukturvariante – eine induktiv-empirische Klassifikation. Damit die Betreuungsbedürfnisse dimensioniert und in reliable Skalen eingeordnet werden konnten, war es wichtig, ein Analyseverfahren zu wählen, das die einzelnen Items des Fragebogens gemäß ihren Zusammenhängen gruppierte und gleichzeitig besonders charakteristische Items gesondert herausstellte. Ein statistisches Analyseverfahren, welches diese Kriterien erfüllt, ist die Faktorenanalyse (10). Da es allerdings unterschiedliche Modelle der Faktorenanalyse gibt, erschien es sinnvoll, gemäß den Empfehlungen von Revenstorf mit einer rechentechnisch ökonomischen und gedanklich einfachen Variante zu arbeiten (177). Für die Dimensionierung der Betreuungsbedürfnisse in der vorliegenden Arbeit stellte sich die Hauptkomponentenanalyse (Principle Component Analysis, PCA) mit anschließender Varimax-Rotation als eine geeignete Methode dar – vor allem da sie den Vorteil bietet, ein Höchstmaß an Varianz auf die jeweiligen Komponenten (Faktoren) zu vereinigen und somit nur kleinstmögliche Residuen zulässt. Als weiteren Benefit gewährleistet die PCA eine sogenannte Orthogonalität der Komponenten (132), was das Auffinden unabhängiger Dimensionen von Betreuungsbedürfnissen in Bezug auf die gynäkologische KFU garantiert.

Wie schon Fischbeck in ihrer Arbeit zum Thema Betreuungsbedürfnisse von Mammakarzinom-Patientinnen darlegte, bedarf es bestimmter – in der Testkonstruktion bewährter – Kriterien, um eine entsprechende Anzahl von relevanten Komponenten herauszufiltern, die dann zu markanten sowie inhaltlich-praktisch relevanten Dimensionen führen (61).

Folgende Prämissen sollten deshalb eingehalten werden (60):

- 1) Gemäß des Eigenwert-Kriteriums (Eigenwert ≥ 1) limitieren die Eigenwerte, welche den Wert 1 überschreiten, die Anzahl der Komponenten.
- 2) Dem Scree-Test nach Cattell und Jaspers zufolge (36) sollten sinnvoller Weise nur so viele Komponenten ausgewählt werden, wie sich Eigenwerte oberhalb eines Knicks in der Eigenwertkurve befinden.
- 3) Nur jene Komponenten sind in Skalen zu übernehmen, auf denen sich mehr als drei Markiervariablen vereinen.

Als Markiervariablen gelten:

- Items, die eine nennenswerte Kommunalität aufweisen ($h^2 \geq 0,16$).
 - Items, deren Höchstladungs-Absolutbetrag bedeutsam ist ($a_1 \geq 0,40$).
 - Items, deren Höchstladungs-Absolutbetrag wesentlich ist ($a_1^2/h^2 \geq 0,5$) (73).
 - Items, die eine relative Eindimensionalität aufweisen, was meint, dass der prozentuale Anteil der beiden höchsten Ladungen eines Items an der Kommunalität um mindestens 25% differieren soll ($a_1^2 - a_2^2/h^2 \geq 0,25$).
- 4) Bei der Itemauswahl ist die inhaltliche Plausibilität höher zu bewerten als die mathematische Richtigkeit.

Eine suffiziente Probandenanzahl ist Voraussetzung für die Erstellung einer korrekten Betreuungsbedürfnis-Dimensionierung sowie Prämisse für eine hochwertige Skalenentwicklung bezogen auf die Testgütekriterien. Die Anzahl der Befragten sollte gemäß den Empfehlungen der einschlägigen Literatur dreimal so groß sein wie die in der Faktorenanalyse ausgewertete Itemanzahl (10, 30). In der vorliegenden Arbeit wurden insgesamt 91 Betreuungsbedürfnis-Items abgefragt, so dass eine Mindestanzahl von 273 Probandinnen vorgegeben war. Der Fragebogen wurde an 1000 gynäkologische Patientinnen ausgegeben mit einem Rücklauf von 96,5%, was einer Stichprobengröße von $N = 965$ entspricht.

Fischbeck empfiehlt eine Anpassung der Untersuchungshypothesen ex post facto, sofern sich in der Faktorenanalyse andere Betreuungsbedürfnis-Dimensionen zeigen als die a-priori-postulierten (61).

Software SPSS 20.0

Die statistische Datenanalyse wurde mit Hilfe des Computerprogramms „SPSS Statistics 20.0“ für Microsoft® Windows® (SPSS GmbH Software, München) vorgenommen.

4. Ergebnisse

4.1. Soziodemographische Merkmale der Probandinnen

Aus der unten aufgeführten Tabelle lässt sich erkennen, dass die Probandinnen der Stichprobe (N=937) zwischen 20 und 84 Jahre alt sind, was einem Durchschnittsalter von 42,9 Jahren entspricht.

In Bezug auf die familiäre Lebenssituation zeigt sich, dass 75,8% der Befragten entweder verheiratet sind oder mit einem festen Partner zusammen leben, während 24,2% alleine leben (Singles, getrennt Lebende, Geschiedene, Verwitwete).

Die Einzeldaten hinsichtlich des Schul- und Berufsabschlusses sowie der aktuellen Erwerbssituation sind ebenfalls der Tabelle zu entnehmen. Sie führen zu folgender Sozialschichtzuordnung: 13% der Patientinnen gehören der unteren Sozialschicht an, 45,8% verteilen sich auf die Mittelschicht und 41,2% fallen der Oberschicht zu.

Tab. 4 Soziodemographisches Profil der Stichprobe

Alter (in Jahren) min.-max. Mittelwert	20-84 42,9		
	absolute Häufigkeiten	relative Häufigkeiten	N
Altersklassen (in Jahren)			937
20-29	217	23,2%	
30-39	220	23,5%	
40-49	200	21,3%	
50-59	143	15,3%	
60-69	100	10,7%	
70-79	53	5,6%	
80-89	4	0,4%	
Familienstand			938
verheiratet	491	52,3%	
in fester Partnerschaft lebend	220	23,5%	
ledig / Single	127	13,5%	
getrennt lebend	21	2,2%	
geschieden	54	5,8%	
verwitwet	25	2,7%	

	absolute Häufigkeiten	relative Häufigkeiten	N
Schulabschluss			
noch in der Schule	7	0,7%	934
kein Schulabschluss	10	1,1%	
Hauptschule/Volksschule	129	13,8%	
Realschule/Mittlere Reife	333	35,7%	
POS	13	1,4%	
Fachabitur/Abitur	440	47,1%	
andere	2	0,2%	
Berufsabschluss			
noch in Ausbildung	73	7,8%	933
kein Berufsabschluss	31	3,3%	
Lehre	364	39,0%	
Berufsfachschule/Handelsschule	99	10,6%	
Fach-/Meister-/Technikerschule/Berufs-/ Fachakademie	112	12,0%	
Fachhochschule	103	11,4%	
Universität	137	14,7%	
andere	11	1,2%	
Erwerbssituation			
Vollzeit	339	36,3%	934
Teilzeit (15-34 Wochenstd.)	224	24,0%	
Teilzeit (<15 Wochenstd.)	65	7,0%	
Mutterschafts-/Erziehungsurlaub/Beurlaubung	55	5,9%	
Azubi/Lehrling/Umschüler	20	2,1%	
nicht erwerbstätig:			
Schülerin	8	0,9%	
Studentin	31	3,3%	
Rentnerin/Vorruhestand	12	13,5%	
arbeitslos	4	0,4%	
Hausfrau	52	5,6%	
andere	10	1,1%	
Sozialschicht			
Unterschicht	121	13,0%	933
Mittelschicht	428	45,9%	
Oberschicht	384	41,2%	

Anmerkungen: N = Anzahl der berücksichtigten (auswertbaren) Fragebögen; relative Häufigkeiten in gültigen Prozenten angegeben

4.2. Kontrollüberzeugungen zu Krankheit und Gesundheit (KKG)

Der KKG-Fragebogenpart dient zur Erhebung von Kontrollüberzeugungen über Krankheit und Gesundheit. Mittels der 21 beinhalteten Items kann zwischen drei wesentlichen gesundheits- bzw. krankheitsbezogenen Kontrollüberzeugungsdimensionen unterschieden werden:

- 1) Die Einstellung, dass Gesundheit und Krankheit durch die eigene Person kontrollierbar sind. (Internalität / internal health locus of control = KKG-I)
- 2) Die Einstellung, dass Gesundheit und Krankheit durch andere (außenstehende, fachkundige) Personen kontrollierbar sind. (soziale Externalität / powerful others health locus of control = KKG-P)
- 3) Die Einstellung, dass Gesundheit und Krankheit nicht kontrollierbar sind. (fatalistische Externalität / chance health locus of control = KKG-C)

Tab. 5 Ausprägung der Kontrollüberzeugungen zu Krankheit und Gesundheit inkl. Häufigkeiten (N=910)

verbale Klassifikation	Internalität	soziale Externalität	fatalistische Externalität
	absol. Häufigkeiten <i>relative Häufigkeiten</i>	absol. Häufigkeiten <i>relative Häufigkeiten</i>	absol. Häufigkeiten <i>relative Häufigkeiten</i>
weit unterdurchschnittlich	82 9,0%	14 1,5%	69 7,6%
unterdurchschnittlich	224 24,6%	51 5,6%	68 7,5%
durchschnittlich	563 61,9%	567 62,3%	619 68,0%
überdurchschnittlich	18 2,0%	119 13,1%	78 8,6%
weit überdurchschnittlich	23 2,5%	159 17,5%	76 8,4%

Anmerkungen: relative Häufigkeiten in gültigen Prozenten; Auswertung und verbale Klassifikation erfolgte nach Lohaus und Schmitt (133).

Aus obiger Tabelle wird ersichtlich, dass die meisten Probandinnen durchschnittlich ausgeprägte Kontrollüberzeugungen sowohl im Bereich der Internalität wie auch der Externalitäten aufweisen (KKG-I = 61,9%, KKG-P = 62,3%, KKG-C = 68,0%). Desweiteren fällt auf, dass 24,6% der Befragten eine unterdurchschnittlich ausgeprägte

internale Kontrollüberzeugung besitzen, was bedeutet, dass sie nicht glauben, gesundheits- und krankheitsbezogene Ereignisse selbst kontrollieren zu können. Hingegen zeigt sich bei 13,1% der Patientinnen eine überdurchschnittliche und bei 17,5% sogar eine weit überdurchschnittliche Ausprägung im Faktor soziale Externalität. Dies besagt, dass diese Frauen glauben, der eigene körperliche Zustand sei hauptsächlich durch das Handeln anderer bestimmt, wobei mit „anderen“ in der Regel Ärzte und medizinisches Fachpersonal gemeint sind. Aller Voraussicht nach werden bei diesen Patientinnen nur geringe Bestrebungen bestehen, den eigenen Gesundheitszustand selbstständig zu beeinflussen, wohingegen eine hohe Bereitschaft vorhanden ist, den Ratschlägen und Anweisungen anderer - als kompetent empfundener – Personen zu folgen.

4.3. Deskriptive Statistiken

Welche Wichtigkeit die befragten Patientinnen den 91 Betreuungsbedürfnis-Items gegenüber dem Arzt, der Arzthelferin sowie bezogen auf die Praxisorganisation und Praxisausstattung im Einzelnen beimessen, kann den Tabellen 8.71. - 8.7.3. des Anhangs entnommen werden.

Im Folgenden finden sich die Ergebnisse jener Fragen, die sich auf Terminerinnerung, Befundmitteilung, Informationsvermittlung und Informationsbroschüren sowie Individuelle Gesundheitsleistungen beziehen.

Darüber hinaus werden das bevorzugte Untersuchergeschlecht und die Frage nach der Anwesenheit einer Arzthelferin bei der gynäkologischen Untersuchung ausgewertet.

Ferner wird dargestellt, wie zufrieden die Probandinnen aktuell mit der Betreuung in ihrer Frauenarztpraxis sind und ob sie derzeit durch eine Gynäkologin oder einen Gynäkologen behandelt werden.

Terminerinnerung

Tab. 6 Absolute und relative Häufigkeiten der gewünschten Erinnerungsart an den Krebsvorsorgetermin (N = 941)

Art der Erinnerung	absolute Häufigkeiten	relative Häufigkeiten
Brief	247	26,2%
Anruf	134	14,2%
Anrufbeantworter	22	2,3%
E-Mail	174	18,5%
SMS	44	4,7%
Fax	1	0,1%
keine Erinnerung	319	33,9%

Anmerkung: relative Häufigkeiten in gültigen Prozenten

Wie der Tabelle 6 zu entnehmen ist, wünschen 66,1% der Patientinnen, an ihren Krebsvorsorgetermin erinnert zu werden. Hiervon bevorzugen 26,2% die Briefform, 18,5% eine E-Mail, 14,2% einen Anruf, 4,7% eine SMS, 2,3% eine Nachricht auf dem Anrufbeantworter und 0,1% eine Terminerinnerung per Fax.

Befundmitteilung

Tab. 7 Absolute und relative Häufigkeiten der gewünschten Mitteilungsart bei unauffälligen (N = 945) und auffälligen Untersuchungsbefunden (N = 942)

Art der Befundmitteilung	bei unauffälligem Befund		bei auffälligem Befund	
	absolute Häufigkeiten	relative Häufigkeiten	absolute Häufigkeiten	relative Häufigkeiten
Gespräch mit dem Arzt	41	4,3%	377	40,0%
Anruf des Arztes	117	12,4%	473	50,2%
Anruf der Arzthelferin	145	15,3%	43	4,6%
Brief	74	7,8%	34	3,6%
E-Mail	48	4,8%	11	1,2%
SMS	10	1,1%	1	0,1%
Anrufbeantworter	15	1,5%	3	0,3%
keine Mitteilung	495	52,4%	*	*

Anmerkungen: relative Häufigkeiten in gültigen Prozenten; * = diese Option stand nicht zur Auswahl

Die Frage, auf welche Art und Weise ein unauffälliges Untersuchungsergebnis mitgeteilt werden sollte, beantworteten 15,3% der Probandinnen mit dem Anruf durch die Arzthelferin und weitere 12,4% dem Anruf durch den Arzt. Über die Hälfte der Befragten wünscht allerdings gar keine Benachrichtigung sofern der Befund ohne pathologisches Ergebnis ausfällt.

Wenn es um die Mitteilung eines auffälligen Untersuchungsbefundes geht, bevorzugen 50,2% der Patientinnen den Anruf durch den Arzt und 40% das persönliche Gespräch mit eben jenem. Ein Anruf durch die Arzthelferin wird nur von 4,6% der Probandinnen gewünscht und eine schriftliche Mitteilung per Post von 3,6%.

Dass an erster Stelle nicht das persönliche Gespräch sondern das Telefonat mit dem Arzt gewünscht wird, wenn es um die Besprechung eines pathologischen Befundes geht, könnte darin begründet sein, dass die Frauen die direkte vis-à-vis Konfrontation lieber vermeiden möchten, wenn es um die Mitteilung einer schlimmen Nachricht geht. Als eine andere Erklärung wäre vorstellbar, dass manche Patientinnen aus rein

pragmatischen Gesichtspunkten den nochmaligen Besuch in der Praxis umgehen möchten, um beispielsweise die Anfahrt oder Wartezeit zu vermeiden.

Informationsbroschüren

Tab. 8 Absolute und relative Häufigkeiten der angegebenen Wichtigkeit des Erhalts verschiedener Informationsbroschüren

Thema der Informationsbroschüre	WICHTIGKEITSGRAD					N
	absolute Häufigkeiten relative Häufigkeiten					
	1	2	3	4	5	
Gesetzliche KFU	246 26,5%	349 37,6%	204 22,0%	58 6,3%	70 7,6%	927
IGeL	229 24,9%	353 38,3%	218 23,7%	67 7,3%	54 5,9%	921
Pap-Test	308 33,4%	337 36,6%	175 19,0%	55 6,0%	46 5,0%	921
Brustkrebs (-vorsorge)	392 42,5%	333 36,1%	124 13,4%	36 3,9%	38 4,1%	923
HPV	284 30,9%	341 37,1%	188 20,5%	55 6,0%	50 5,4%	918
Darmkrebs (-vorsorge)	319 34,6%	355 38,5%	162 17,6%	46 5,0%	41 4,4%	923

Anmerkungen: N = Anzahl der auswertbaren Fragebögen zur jeweiligen Frage; Relative Häufigkeiten in gültigen Prozenten; Verbalanker der Antwortskalierung: 1 = sehr wichtig, 2 = ziemlich wichtig, 3 = mittelmäßig wichtig, 4 = wenig wichtig, 5 = nicht wichtig

Aus der Tabelle 8 ist zu entnehmen, wie wichtig den befragten Patientinnen der Erhalt von schriftlichem Informationsmaterial zu KFU bezogenen Themen ist.

Auf welchem Wege die Probandinnen die gewünschten Infobroschüren erhalten möchten, zeigt Tabelle 9.

Tab. 9 Absolute und relative Häufigkeiten der bevorzugten Option des Erhalts von Informationsbroschüren

Weg des Broschüreneerhalts	absolute Häufigkeiten	relative Häufigkeiten
selbst aussuchen u. mitnehmen	572	61,0%
durch Arzthelferin ausgehändigt	156	16,6%
durch Arzt ausgehändigt	210	22,4%

Anmerkungen: N = 938 (Anzahl der auswertbaren Fragebögen zur Frage); Relative Häufigkeiten in gültigen Prozenten

Individuelle Gesundheitsleistungen (IGeL)

Tab. 10 Absolute und relative Häufigkeiten der angegebenen Wichtigkeit verschiedener IGeL

IGeL	WICHTIGKEITSGRAD absolute Häufigkeiten relative Häufigkeiten					N
	1	2	3	4	5	
Brustultraschall	490 52,5%	280 30,0%	124 13,3%	31 3,3%	9 1,0%	934
Unterleibsultraschall	571 61,4%	283 30,4%	54 5,8%	12 1,3%	10 1,1%	930
Dünnschichtzytologie	482 52,0%	296 31,9%	113 12,2%	29 3,1%	7 0,8%	927
HPV-Test	437 47,3%	293 31,7%	119 12,9%	47 5,1%	27 2,9%	923
Immunologischer Stuhltest	334 36,0%	289 31,2%	204 22,0%	70 7,6%	30 3,2%	927

Anmerkungen: N = Anzahl der auswertbaren Fragebögen zur jeweiligen Frage; Relative Häufigkeiten in gültigen Prozenten; Verbalanker der Antwortskalierung: 1 = sehr wichtig, 2 = ziemlich wichtig, 3 = mittelmäßig wichtig, 4 = wenig wichtig, 5 = nicht wichtig

Aus der oben stehenden Tabelle wird ersichtlich, dass die unterschiedlichen IGeL zum überwiegenden Prozentsatz als *sehr wichtig* und *ziemlich wichtig* eingestuft werden. Die befragten Patientinnen bewerten vor allem die Ultraschalleistungen sowie den dünnenschichtzytologischen Abstrich sehr hoch (über 50% entscheiden sich für *sehr wichtig*). Während der HPV-Test von 47,3% als *sehr wichtig* beurteilt wird, mes-

sen dem Immunologischen Stuhltest hingegen nur von 36% der Frauen diese höchste Wichtigkeitsstufe bei.

Partizipation an der Entscheidung über IGeL

Tab. 11 Absolute und relative Häufigkeiten der bevorzugten Partizipationsform bei der Entscheidung über die Inanspruchnahme von IGeL

Partizipationsform	absolute Häufigkeiten	relative Häufigkeiten
Patientin und Arzt gemeinsam	652	69,7%
Patientin alleine	245	26,2%
Arzt alleine	39	4,2%

Anmerkungen: N = 936 (Anzahl der auswertbaren Fragebögen zur Frage); Relative Häufigkeiten in gültigen Prozenten

Bei der Wahl des Mitbestimmungsgrades bezogen auf die Inanspruchnahme von IGeL sprechen sich 69,7% der Patientinnen für das decision-shared-Modell aus - also für die Information durch den Arzt, mit dem sie anschließend gemeinsam über die Durchführung der jeweiligen IGeL entscheiden. 26,2% der Befragten bevorzugen die autonome Entscheidung und nur 4,2% geben paternalistisch geprägt die Entscheidung an ihren Arzt ab.

Beratung zu gesundheitsbezogenen Themen

Tab. 12 Absolute und relative Häufigkeiten der angegebenen Wichtigkeit von Beratung zu gesundheitsbezogenen Themen

Beratungsthema	WICHTIGKEITSGRAD					N
	absolute Häufigkeiten relative Häufigkeiten					
	1	2	3	4	5	
Immunsystem- stärkung	182 19,7%	272 29,4%	247 26,7%	132 14,3%	93 10,0%	926
Gesunde Ernährung	155 16,8%	236 25,5%	273 29,5%	152 16,5%	108 11,7%	924
Nahrungs- ergänzung	94 10,2%	143 15,6%	271 29,5%	213 23,2%	198 21,5%	919
Bewegung/Fitness/ Sport	127 13,8%	229 24,9%	284 30,9%	158 17,2%	120 13,1%	918
Gesundes Körpergewicht	174 18,8%	240 25,9%	233 25,2%	160 17,3%	118 12,8%	925
Stress- bewältigung	232 25,1%	236 25,6%	213 23,1%	137 14,8%	105 11,4%	923

Anmerkungen: N = Anzahl der auswertbaren Fragebögen zur jeweiligen Frage; Relative Häufigkeiten in gültigen Prozenten; Verbalanker der Antwortskalierung: 1 = sehr wichtig, 2 = ziemlich wichtig, 3 = mittelmäßig wichtig, 4 = wenig wichtig, 5 = nicht wichtig

Wie aus Tabelle 12 zu entnehmen ist, stellt sich der Beratungsbedarf hinsichtlich der unterschiedlichen gesundheitsbezogenen Themen recht homogen dar. Die meisten Patientinnen votieren bei den Themen „Immunsystemstärkung“, „Gesunde Ernährung“, „Bewegung/Fitness/Sport“ und „Gesundes Körpergewicht“ für *ziemlich wichtig* und *mittelmäßig wichtig*. Beim Thema „Nahrungsergänzungsmittel“ entscheidet sich die Mehrheit für *mittelmäßig* bis *wenig wichtig*, während „Stressbewältigung“ mit 25,1% die höchste Bewertung in der Kategorie *sehr wichtig* erhält und mit 25,6% und 23,1% als *ziemlich* bzw. *mittelmäßig wichtig* beurteilt wird.

Beobachtetes Untersuchergeschlecht

Tab. 13 Absolute und relative Häufigkeiten des beobachteten Untersuchergeschlechts (N = 949)

Geschlecht	absolute Häufigkeit	relative Häufigkeit
Ärztin	578	60,9%
Arzt	371	39,1%

Anmerkung: relative Häufigkeiten in gültigen Prozenten

Von den 949 befragten Patientinnen werden 60,9 durch eine Frauenärztin und 39,1% durch einen Frauenarzt betreut.

Präferiertes Untersuchergeschlecht

Tab. 14 Absolute und relative Häufigkeiten des präferierten Untersuchergeschlechts (N = 945)

Geschlecht	absolute Häufigkeit	relative Häufigkeit
Ärztin	399	42,2%
Arzt	141	14,9%
egal	405	42,9%

Anmerkung: relative Häufigkeiten in gültigen Prozenten

Knapp über 40% der befragten Frauen sprechen sich für die Betreuung und Behandlung durch eine Gynäkologin aus. Weitere 42,9% geben keine Geschlechtspräferenz bezüglich des Untersuchers an und fast 15% der Teilnehmerinnen bevorzugen einen Frauenarzt.

Abweichungen zwischen beobachtetem u. präferiertem Untersuchergeschlecht

Tab. 15 Abweichungen zwischen beobachteter und erwarteter Häufigkeit bezogen auf das Untersuchergeschlecht

beobachtetes Untersuchergeschlecht	absolute Häufigkeiten relative Häufigkeiten			Signifikanz
	erwartetes Untersuchergeschlecht			
	Ärztin	Arzt	egal	
Ärztin (N = 574)	393 68,5%	5 0,9%	176 30,7%	≤ 0,001
Arzt (N = 369)	4 1,1%	136 36,9%	229 62,1%	≤ 0,001

Anmerkung: Berechnung mittels Chi-Quadrat-Test

Mittels des Chi-Quadrat-Tests nach Pearson wurden die Häufigkeitsverteilungen zwischen dem beobachteten und dem erwarteten (präferierten) Untersuchergeschlecht ermittelt. Wie der Tabelle 15 zu entnehmen ist, konnten hierbei signifikante Abweichungen festgestellt werden (Chi-Quadrat 488,318, $p = \leq 0,001$).

Während 68,5% der Patientinnen, welche aktuell durch eine Gynäkologin betreut werden, auch explizit eine weibliche Untersucherin bevorzugen, geben 30,7% keine Genderpräferenz an und 0,9% wünschen einen Frauenarzt. Von den Frauen, die bei einem Gynäkologen in Behandlung sind, wünschen nur 36,9% die ausdrückliche Betreuung durch einen männlichen Untersucher, wohingegen für 62,1% das Geschlecht irrelevant ist und 1,1% einer Ärztin den Vorzug geben.

Anwesenheit einer Arzthelferin

Tab. 16 Absolute und relative Häufigkeiten der optionalen Anwesenheit einer Arzthelferin (N = 945)

Anwesenheit einer Arzthelferin	absolute Häufigkeit	relative Häufigkeit
erwünscht	44	4,7%
nicht erwünscht	400	42,3%
egal	501	53,0%

Anmerkung: relative Häufigkeiten in gültigen Prozenten

Wie die Daten der obigen Tabelle zeigen, entscheiden sich lediglich 4,7% der befragten Patientinnen für die Anwesenheit einer Arzthelferin während der gynäkologischen Untersuchung. Hingegen lehnen 42,3% der Probandinnen die Anwesenheit ausdrücklich ab und für 53% ist es irrelevant, ob eine Arzthelferin zugegen ist oder nicht.

Anwesenheit einer Arzthelferin in Abhängigkeit vom Untersuchungsgeschlecht

Tab. 17 Gewünschte Arzthelferinnenpräsenz in Abhängigkeit vom Untersuchungsgeschlecht

Untersuchungsgeschlecht	absolute Häufigkeiten relative Häufigkeiten <i>erwünschte Arzthelferin</i>			Signifikanz
	<i>JA</i>	<i>NEIN</i>	<i>EGAL</i>	
Ärztin (N = 574)	12 2,1%	279 48,6%	283 49,3%	≤ 0,001
Arzt (N = 369)	32 8,7%	120 32,5%	217 58,8%	≤ 0,001

Anmerkung: Berechnung mittels Chi-Quadrat-Test

Die Häufigkeitsverteilungen zwischen dem Wunsch nach der Präsenz einer Arzthelferin während der gynäkologischen Untersuchung in Verbindung mit dem Arztgeschlecht wurden anhand eines Chi-Quadrat-Tests nach Pearson untersucht.

Die in Tabelle 17 dargestellten Ergebnisse zeigen signifikante Abweichungen (Chi-Quadrat 38,414, $p = \leq 0,001$).

Während knapp die Hälfte der Patientinnen, welche durch eine Gynäkologin betreut werden, angeben, es sei ihnen egal, ob eine Assistentin anwesend ist, sprechen sich nur 2,1% explizit für die Präsenz einer solchen aus und weitere 48,6% möchten lieber allein mit der Ärztin sein. Handelt es sich beim Untersucher um einen Mann, so geben 8,7% der Befragten an, eine Arzthelferin zu wünschen, 32,5% lehnen diese Option ab und knapp 60% bleiben unentschlossen.

Zufriedenheit

Tab. 18 Absolute und relative Häufigkeiten der Zufriedenheit mit der Ärztin/dem Arzt, der Arzthelferin, der Praxisorganisation und –ausstattung (N = 944)

mit...	ZUFRIEDENHEITSGRAD					N
	absolute Häufigkeiten					
	relative Häufigkeiten					
	1	2	3	4	5	
Ärztin /Arzt	666 70,6%	254 26,9%	21 2,2%	2 0,2%	1 0,1%	944
Arzthelferin	648 68,6%	254 26,9%	29 3,1%	12 1,2%	1 0,1%	944
Praxis- organisation / -ausstattung	544 57,6%	342 36,2%	49 5,2%	6 0,6%	3 0,3%	944

Anmerkungen: relative Häufigkeiten in gültigen Prozenten; Verbalanker der Antwortskalierung: 1 = sehr zufrieden, 2 = ziemlich zufrieden, 3 = mittelmäßig zufrieden, 4 = wenig zufrieden, 5 = nicht zufrieden

Mit der aktuellen Betreuung durch die Frauenärztin bzw. den Frauenarzt zeigen sich 97,5% der befragten Studienteilnehmerinnen *ziemlich* bis *sehr zufrieden*. Auch die Betreuung durch die Arzthelferin wird in 95,5% der Fälle mit dieser „Bestnote“ bewertet. Hinsichtlich der Praxisorganisation und –ausstattung zeigen sich 57,7% der Patientinnen *sehr zufrieden* und weitere 36,1% *ziemlich zufrieden*.

Dieses Ergebnis ist insofern leicht nachvollziehbar, als dass es sich bei den meisten Befragten um langjährige „Dauerkundinnen“ handeln dürfte, die ihrer Praxis aufgrund von einem hohen Maß an Zufriedenheit und gewachsenem Vertrauen die Treue halten.

4.4. Dimensionierung der Betreuungsbedürfnisse

Mit den folgenden Faktorenanalysen soll versucht werden, die Vielzahl von korrelierenden Items auf ein paar wenige, unabhängige Faktoren zu verringern.

Ziel ist es hierbei, sowohl die Anzahl der Items als auch die Redundanzen zwischen diesen zu reduzieren und somit geeignete Items für die Skalenkonstruktion zu erhalten.

Um die Durchführbarkeit einer explorativen Hauptkomponentenanalyse (Principal Component Analysis, PCA) mit dem vorhandenen Datensatz zu überprüfen, werden als Kriterien die Ergebnisse des Bartlett-Tests (12) sowie das Kaiser-Meyer-Olkin-Kriterium (108) zugrunde gelegt. Im Anschluss an ein positives Prüfergebnis werden die Hauptachsen extrahiert und in Zusammenschau mit einem Scree-Test wird die größtmögliche Anzahl interpretierbarer Komponenten festgelegt. Dies sind alle Items mit einem Eigenwert ≥ 1 , die oberhalb des Knicks im Eigenwerteverlauf liegen.

Die so erhaltenen Hauptkomponenten werden dahingehend beurteilt, wie viel Prozent sie unrotiert von der Gesamtvarianz aufklären. Anschließend wird mit jenen Komponenten, die das 3%-Kriterium erfüllen, eine Varimax-Rotation durchgeführt. Nun kann gemäß den definierten Auswahlkriterien (siehe unter 3.6. *Dimensionierung der Betreuungsbedürfnisse*) die Bestimmung der jeweiligen Anzahl an Markieritems pro Komponente erfolgen (10, 177).

Welcher Komponentenlösung der Vorzug gewährt wird, hängt von bestimmten mathematischen wie inhaltlichen Aspekten ab und ist ausführlich zu diskutieren.

In Anlehnung an die Vorgehensweise von Fischbeck (61) wird mit den erhaltenen Items eine zweite PCA mit anschließender Varimax-Rotation durchgeführt, um die Eindeutigkeit sowie Stabilität der gewählten Item-Dimensionierung (Komponentenlösung) nochmals zu überprüfen.

Erste Hauptkomponentenanalyse (PCA) – Betreuungsbedürfnisse bezogen auf den Arzt

Der Bartlett-Test auf Sphärizität zeigt in seinem Ergebnis ($p \leq 0,001$), dass die aus den Angaben der Stichprobe (Hauptuntersuchung mit $N=946$) zu den 58 arztbezoge-

nen Betreuungsbedürfnis-Items errechnete Korrelationsmatrix statistisch hoch signifikant von der Einheitsmatrix abweicht.

Das Kaiser-Meyer-Olkin-Kriterium (KMO) weist einen Wert von 0,94 auf, was bedeutet, dass die Korrelation zwischen den Variablenpaaren sehr gut durch andere Variablen erklärt werden kann.

Beide Kriterien sprechen folglich für eine dimensionsanalytische Auswertbarkeit des Datensatzes aus der vorhandenen Stichprobe.

Nachdem nun die Hauptachsen extrahiert worden sind, zeigt sich, dass 12 Eigenwerte den Wert 1 überschreiten (13,95; 3,92; 2,23; 1,78; 1,70; 1,51; 1,35; 1,25; 1,25; 1,12; 1,08; 1,04). Somit ist die größtmögliche Anzahl interpretierbarer Bedürfniskomponenten auf 12 Stück begrenzt.

Zieht man allerdings das Ergebnis des Scree-Tests hinzu, so sieht man einen Knick des Eigenwerteverlaufs nach dem siebten Faktor (siehe Abb. 1), was dafür spricht, höchstens eine 7-Komponentenlösung zu akzeptieren.

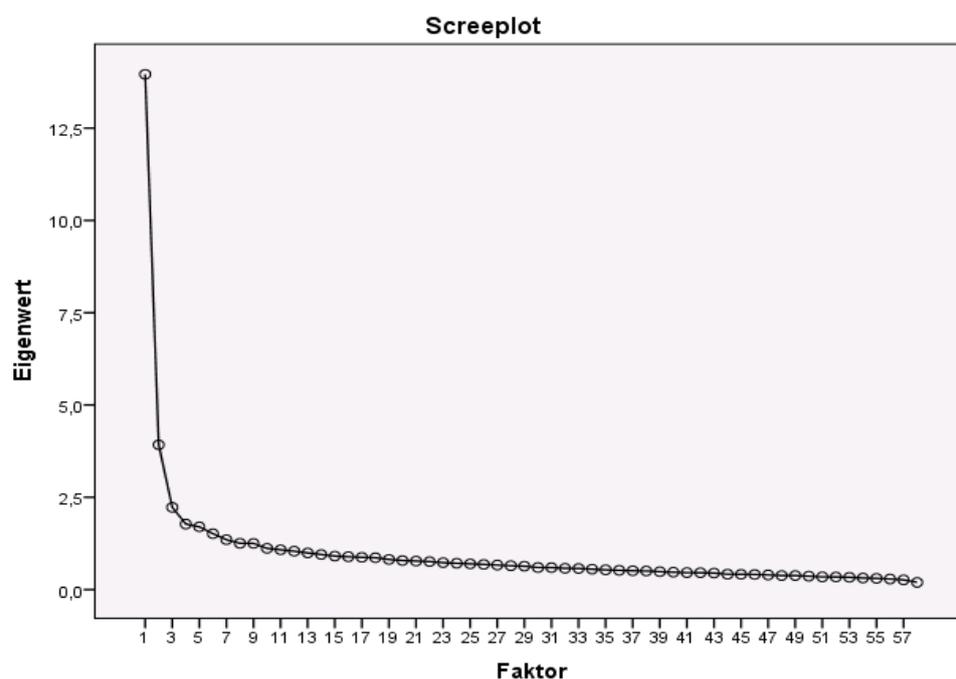


Abb. 2 Screeplot: Eigenwerteverlauf der ersten PCA (berücksichtigt sind 58 Betreuungsbedürfnis-Items bezogen auf den Arzt)

Die sieben Hauptkomponenten klären unrotiert 24,07%, 6,76%, 3,84%, 3,06%, 2,93%, 2,61% und 2,33% der Gesamtvarianz auf. Die Komponenten sechs und sieben unterschreiten deutlich das geforderte 3%-Kriterium und entfallen daher.

Die fünfte Komponente unterschreitet mit einem Mehr an Varianzaufklärung von 2,93% nur knapp das 3%-Kriterium und wird deshalb aus Sicherheitsgründen beibehalten.

Nun folgt eine Varimax-Rotation der fünf Komponenten sowie die Bestimmung der jeweiligen Anzahl an Markieritems.

Tab. 19 Anzahl der Markieritems der 2-, 3-, 4-, 5-Komponentenlösung nach explorativer PCA mit anschließender Varimax-Rotation von 58 arztbezogenen Betreuungsbedürfnis-Items (Stichprobe N = 946 Probandinnen)

Komponente	Anzahl der Markieritems					Summe
	I	II	III	IV	V	
2-Komponentenlösung	18	24				42
3-Komponentenlösung	15	16	6 ¹			37
4-Komponentenlösung	15	15	8 ²	6 ³		44
5-Komponentenlösung	13	6	10	4 ⁴	3 ⁵	46

Anmerkungen:

¹ gebildet aus teils niedrig ladenden Items der Komponenten I und II der Zweierlösung

² enthält Items aus Komponente III der Dreierlösung

³ bildet sich aus Items der Komponenten I und II der Dreierlösung (zur Hälfte aus niedrig ladenden Items)

⁴ enthält Items aus den Komponenten II und IV der Viererlösung

⁵ spaltet sich von Komponente IV der Viererlösung ab

Die Anzahl der jeweiligen Markieritems pro Komponente kann der Tabelle 19 entnommen werden. Welchem Lösungsansatz nun der Vorzug zu geben ist, wird im Folgenden diskutiert.

Die 5-Komponentenlösung weist zwar rein mathematisch die größte Anzahl an Markieritems auf, hat aber den Nachteil, dass ihre Items sehr ungleich auf die Komponenten verteilt sind (Komponente I enthält 13 Items während Komponente V lediglich drei aufweist). Zudem ist der Anteil der durch die fünfte Komponente aufgeklärten Gesamtvarianz gering (unrotiert 2,93%), so dass diese Lösung verworfen wird.

Die 4-Komponentenlösung bietet zwar ein Mehr an Varianzaufklärung von über 3% (unrotiert 3,06%), weist aber auch das Defizit einer recht inhomogenen Itemverteilung auf, was zu Schwierigkeiten bei der Skalenbildung führt. Auch diese Lösungsmöglichkeit wird abgelehnt.

Es bleiben die 2- und 3-Komponentenlösungen zur Auswahl übrig. Erstere bietet die Vorzüge von recht homogen verteilten Markieritems auf zwei Gruppen sowie eine

umfangreiche Anzahl von 42 Markieritems. Nachteilig ist jedoch, dass die Items inhaltlich nicht homogen auf die zwei Komponenten verteilt sind. So finden sich Items, welche Bedürfnisse nach Zuwendung, Empathie und ärztlicher Verfügbarkeit widerspiegeln sowohl in der ersten wie auch in der zweiten Gruppe. Inhaltlich ist die Komponente I allerdings grundsätzlich von den Bedürfnissen nach Information gekennzeichnet, während die Komponente II Patientinnenbedürfnisse beinhaltet, die sich speziell auf die Untersuchungssituation beziehen.

Schaut man sich nun die 3-Komponentenlösungen im Vergleich an, so stellt man fest, dass sich hier eben jene generellen Wünsche und Bedürfnisse der Patientinnen nach Zuwendung, Empathie und ärztlicher Verfügbarkeit in einer neuen dritten Gruppe abgespalten haben, während die erste und zweite Komponente inhaltlich die Themen „Bedürfnisse nach Information“ und „spezielle Bedürfnisse im Rahmen der körperlichen Untersuchung“ abdecken.

Schlussendlich überzeugt die 3-Komponentenlösung trotz geringerer Anzahl von Markieritems durch ihre gute Interpretierbarkeit. Ihr wird in Anbetracht der definierten Auswahlkriterien, die unter anderem besagen, im Zweifelsfall der inhaltlichen Plausibilität vor der mathematischen Exaktheit Vorrang einzuräumen, der Vorzug gegeben. Die statistischen Kennwerte der 3-Komponentenlösung finden sich in Tabelle 20.

Tab. 20 Statistische Parameter der 3-Komponentenlösung von 58 Items zu den arztbezogenen Behandlungsbedürfnissen

Unrotierte 3-Komponentenlösung

Komponente	Eigenwert	Prozentanteil an				Anzahl der Items
		Gesamtvarianz	Gesamtvarianz, kumuliert	extrahierter Varianz	extrahierter Varianz, kumuliert	
I	13,96	24,07*	24,07	69,41*	69,41	20
II	3,92	6,76	30,83	19,51	88,92	26
III	2,23	3,84	34,67	11,08	100,00	12

Varimax-rotierte 3-Komponentenlösung

Komponente	Eigenwert	Prozentanteil an				Anzahl der Markieritems
		Gesamtvarianz	Gesamtvarianz, kumuliert	extrahierter Varianz	extrahierter Varianz, kumuliert	
I	7,93	13,68*	13,68	39,45*	39,45	15
II	7,25	12,50	26,18	36,04	75,49	16
III	4,93	8,50	34,67	24,50	99,99**	6

Anmerkungen:

* Die Varianzanteile werden berechnet aus der Summe der Ladungsquadrate pro Komponente, wobei sich der Anteil an Gesamtvarianz auf die Eigenwertsumme von 58 bezieht.

** Abweichungen von 100% sind durch Rundungsfehler bedingt.

Von den 58 arztbezogenen Behandlungsbedürfnis-Items können insgesamt 37 erhalten bleiben, während die restlichen 21 aus einem oder mehreren mathematischen Gründen nicht den geforderten Kriterien entsprechen.

So erfüllen sieben Items (A15, A21, A23, A31, A38, A42, A47) nicht die Voraussetzung, in den Absolutbeträgen ihrer Höchstladung wesentlich zu sein ($a_1^2/h^2 \geq 0,5$).

Weitere 13 Items (A2, A4, A7, A11, A15, A20, A21, A23, A28, A29, A31, A36, A42) sind in den Absolutbeträgen ihrer Höchstladung nicht bedeutsam genug ($a_1 \geq 0,40$).

Ein Mangel an relativer Eindimensionalität ($a_1^2 - a_2^2/h^2 \geq 0,25$) führt in 18 Fällen zum Ausscheiden (A4, A7, A15, A20, A21, A23, A27, A29, A30, A31, A38, A39, A41, A42, A43, A47, A50, A52). Und die fehlende nennenswerte Kommunalität ($h^2 \geq 0,16$) dient bei zwei weiteren Items (A4, A11) als Ausschlusskriterium.

Da bei der Auswahl von Items, welche als Grundlage für eine Skalenbildung dienen sollen, die inhaltliche Gewichtung Vorrang vor der mathematischen Exaktheit hat, ist im Folgenden zu prüfen, ob die zuvor genannten 21 Items wirklich wegfallen sollten.

Komponenten I: Die Items A11 und A50 sprechen besondere sehr spezielle Beratungsinhalte an, die über die KFU hinausgehen und können demnach auch vom inhaltlichen Aspekt her verworfen werden. Item A4 befasst sich mit dem ärztlichen Verhalten und fügt sich thematisch nicht gut in die Komponente I ein. Ebenso können die Items A27 und A52 entfallen, da sie inhaltlich gleichfalls nicht sonderlich gut passen. Dies ist auch der Grund, aus dem zusätzlich Item A12 aus dieser Dimension entfernt wird, wenngleich es den mathematischen Forderungen entspricht.

Somit bleiben insgesamt 14 Items erhalten.

Komponente II: Da der inhaltliche Schwerpunkt dieser Dimension auf den Patientinnenbedürfnissen im Rahmen der körperlichen Untersuchung liegt, können die Items A2, A20, A31 und A41 entfallen, da sie diesen inhaltlichen Kernaspekt nicht erfassen. Die Items A23 und A42 sind deutlich sinnverwandt mit Item A51 und können aus ökonomischen Gesichtspunkten gestrichen werden. So auch Item A28 und A47 deren Inhalt von A53 mit abdeckt wird. Für den Beibehalt der Items A30 und A39 können ebenfalls keine Argumente gefunden werden, so dass sich die Komponente II aus rechnerischen wie inhaltlichen Aspekten schließlich aus 16 Items zusammensetzt.

Komponente III: In der dritten Komponente scheidet Item A29 aus, da es sich weder mathematisch noch inhaltlich gut in die Dimension einfügt. Ebenso entfallen die Items A7, A15 und A21, da ihr Erhalt nicht mit Gründen der inhaltlichen Plausibilität zu rechtfertigen ist. Anders hingegen sieht es mit den Items A38 und A43 aus. Da sie inhaltlich sehr gut zum Kernthema der Dimension – Zuwendung und Verfügbarkeit des Arztes – passen und zudem durch kein anderes Item abgedeckt werden, fällt die Entscheidung, sie in der Dimension zu belassen.

Die Komponente III beinhaltet demnach insgesamt 8 Items.

Tab. 21 Summe der erhaltenen Items pro Komponente nach mathematischer und inhaltlicher Prüfung

Komponente	Markieritems nach mathematischer Prüfung	zusätzliche Items nach inhaltlicher Prüfung	entfallene Items nach inhaltlicher Prüfung	Summe der erhaltenen Items
I	A1, A5, A10, A12, A18, A24, A26, A32, A34, A40, A44, A46, A48, A54, A56	-	A12	14
II	A3, A8, A9, A14, A19, A22, A33, A35, A36, A37, A49, A51, A53, A55, A57, A58	-	-	16
III	A6, A13, A16, A17, A25, A45	A38, A43	-	8

Nach ausführlicher Itemüberprüfung - sowohl auf mathematischem Wege wie auch aus inhaltlicher Perspektive - können aus den vormals 58 arztbezogenen Items 38 Variablen gewonnen werden.

Zweite Hauptkomponentenanalyse (PCA) – Betreuungsbedürfnisse bezogen auf den Arzt

Mit den erhaltenen 38 Items wird eine zweite PCA mit anschließender Varimax-Rotation durchgeführt, um die Eindeutigkeit sowie Stabilität der gewählten 3-Komponentenlösung zu überprüfen.

Nach Extraktion der Hauptachsen überschreiten diesmal sieben Eigenwerte den Wert 1 (9,86; 3,51; 1,94; 1,45; 1,29; 1,14; 1,06).

Im Scree-Test ist der Knick des Eigenwerteverlaufs ebenfalls nach dem siebten Faktor erkennbar (siehe Abb. 2), so dass alle sieben Komponenten interpretiert werden können.

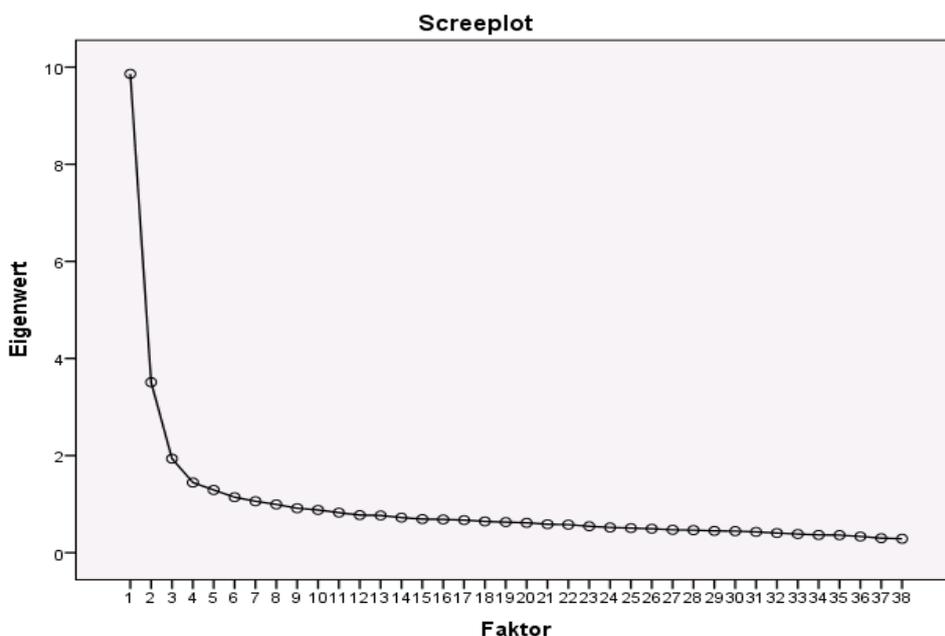


Abb. 3 Screeplot: Eigenwerteverlauf der zweiten PCA (berücksichtigt sind 38 Betreuungsbedürfnis-Items bezogen auf den Arzt gemäß der 3-Komponentenlösung aus der ersten PCA)

Die sieben Hauptkomponenten klären unrotiert 25,95%, 9,24%, 5,10%, 3,81%, 3,40%, 3,01% und 2,79% der Gesamtvarianz auf und überschreiten somit bis auf Komponente VII allesamt das 3%-Kriterium.

Es folgt eine Varimax-Rotation der sechs adäquaten Komponenten mit anschließender Bestimmung der jeweiligen Markieritemanzahl.

Tab. 22 Anzahl der Markieritems der 2-, 3-, 4-, 5-, 6-Komponentenlösung nach explorativer PCA mit anschließender Varimax-Rotation von 38 arztbezogenen Betreuungsbedürfnis-Items (Stichprobe N = 946 Probandinnen)

Komponente	Anzahl der Markieritems						Summe
	I	II	III	IV	V	VI	
2-Komponentenlösung	17	17					34
3-Komponentenlösung	14	14	8 ¹				36
4-Komponentenlösung	13	8 ²	8 ³	4 ⁴			33
5-Komponentenlösung	13	7	7	5	3		35
6-Komponentenlösung	12	7	6	4	2	0 ⁵	31

Anmerkungen:

¹ beinhaltet Items aus den Komponenten I und II der Zweierlösung

² entspricht der Komponente III der Dreierlösung

³⁺⁴ spalten sich von Komponente II der Dreierlösung ab

⁵ Kriterien für Markieritems nicht erfüllt

Auch nach erfolgter zweiter PCA mit Varimax-Rotation wird der 3-Komponentenlösung der Vorzug gegeben. Sie enthält nicht nur die größte erhaltene Anzahl von Markieritems, sondern klärt nun auch 40,29% der Gesamtvarianz auf und zeigt sich inhaltlich wie mathematisch überzeugend.

Die Lösungsvarianten IV-VI zeigen alle eine sehr inhomogene Verteilung der Markieritems und werden somit verworfen. Auch die 2-Komponentenlösung kann nicht überzeugen, zeigt sie doch wie schon nach der ersten PCA inhaltliche Struktur-schwächen. Zudem weist sie ein Minus an Varianzaufklärung von 5,10% im Vergleich zur Dreierlösung auf.

Tab. 23 Statistische Parameter der 3-Komponentenlösung von 38 Items zu den arztbezogenen Be-treuungsbedürfnissen

Unrotierte 3-Komponentenlösung

Komponente	Eigenwert	Prozentanteil an				Anzahl der Items
		Gesamt-varianz	Gesamtvarianz, kumuliert	extrahierter Varianz	extrahierter Varianz, kumuliert	
I	9,87	25,95*	25,95	64,42*	64,42	14
II	3,51	9,24	35,19	22,92	87,34	16
III	1,94	5,10	40,29	12,65	99,99*	8

Varimax-rotierte 3-Komponentenlösung

Kompo-nente	Eigen-wert	Prozentanteil an				Anzahl der Markier-items
		Gesamt-varianz	Gesamt-varianz, kumuliert	extra-hierter Varianz	extrahierter Varianz, kumuliert	
I	6,15	16,19*	16,19	40,18*	40,18	14
II	5,02	13,20	29,39	32,77	72,95	14
III	4,14	10,90	40,29	27,05	100,00	8

Anmerkungen: * Die Varianzanteile werden berechnet aus der Summe der Ladungsquadrate pro Komponente, wobei sich der Anteil an Gesamtvarianz auf die Eigenwertsumme von 38 bezieht.

Im Vergleich zum Ergebnis der ersten PCA beinhaltet die 3-Komponentenlösung nun 36 anstelle von 38 Markieritems. Rein mathematisch gesehen fällt Item A36 wegen

mangelnder Bedeutsamkeit im Absolutbetrag seiner Höchstladung ($a_1 \geq 0,40$) aus der Dimensionierung heraus. Ein Mangel an relativer Eindimensionalität ($a_1^2 - a_2^2/h^2 \geq 0,25$) führt im Falle des Items A49 zum Ausscheiden.

Da beide Items inhaltlich jedoch von keinem anderen Markieritem mit abgedeckt werden und von ihrer Aussagekraft her als wichtig für das zu entwickelnde Untersuchungsinstrument eingestuft werden, erscheint es sinnvoll, sie in der Komponente II beizubehalten.

Aus den 38 erhaltenen Markieritems sollen nun drei reliable Skalen entwickelt werden, welche die unterschiedlichen Aspekte arztbezogener Betreuungsbedürfnisse von gynäkologischen Vorsorgepatientinnen abbilden (siehe hierzu 4.4.2.1.).

Erste Hauptkomponentenanalyse (PCA) – Betreuungsbedürfnisse bezogen auf die Arzthelferin

Um zu prüfen, ob sich die zwölf arzthelferinnenbezogenen Betreuungsbedürfnis-Items für eine PCA eignen, werden abermals der Bartlett-Test und das Kaiser-Meyer-Olkin-Kriterium herangezogen.

Auch hier zeigt sich eine hochsignifikante Abweichung der aus den Werten der Stichprobe ($N = 951$) zu den zwölf arzthelferinbezogenen Betreuungsbedürfnissen errechneten Korrelationsmatrix von der Einheitsmatrix ($p \leq 0,001$).

Die Korrelation zwischen den Variablenpaaren kann nach dem Kaiser-Meyer-Olkin-Kriterium sehr gut (Adäquatheitsindex von 0,86) durch andere Variablen erklärt werden. Der vorhandene Datensatz eignet sich demnach gut für die Durchführung einer Hauptkomponentenanalyse.

Betrachtet man die Gesamtvarianz, so lässt sich erkennen, dass drei Eigenwerte den Wert 1 überschreiten (4,50; 1,32; 1,04). Dies korreliert gut mit dem Knick nach dem dritten Eigenwert im Scree-Test (siehe Abb. 3).

Die größtmögliche Anzahl interpretierbarer Komponenten mit Bezug auf die Betreuungsbedürfnisse gegenüber der Arzthelferin liegt demnach bei drei.

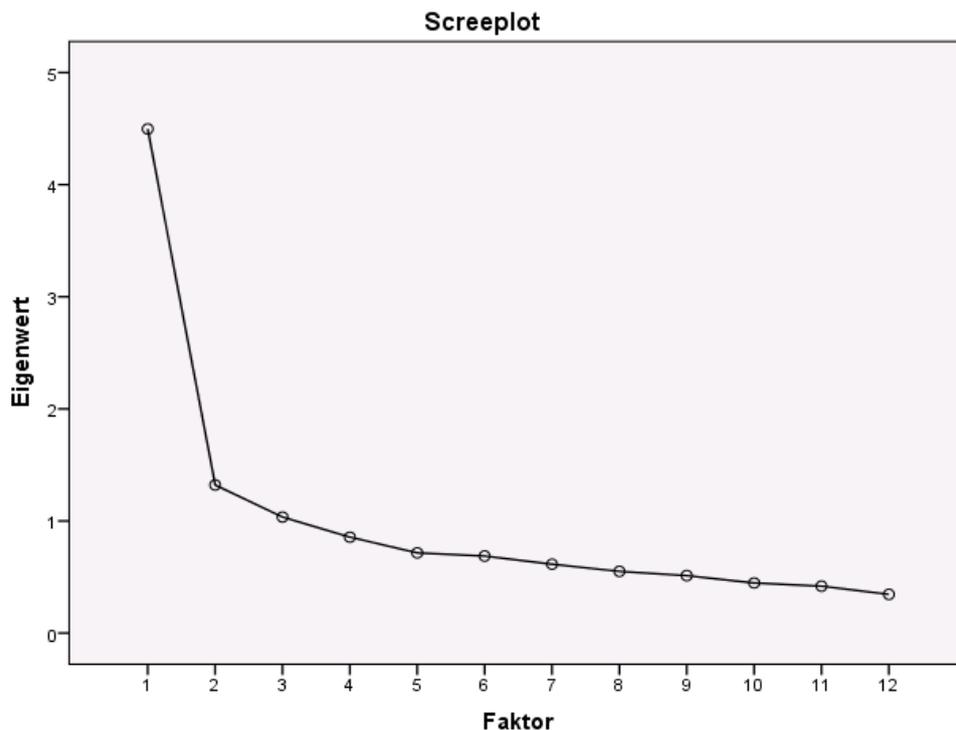


Abb. 4 Screeplot: Eigenwerteverlauf der ersten PCA (berücksichtigt sind zwölf Betreuungsbedürfnis-Items bezogen auf die Arzthelferin)

Die drei Hauptkomponenten klären unrotiert 37,47%, 11,01% und 8,63% der Gesamtvarianz auf und überschreiten somit alle das geforderte 3%-Kriterium.

Es folgen die Varimax-Rotation der drei Komponenten sowie die Bestimmung der jeweiligen Anzahl an Markieritems gemäß den oben definierten Auswahlkriterien.

Tab. 24 Anzahl der Markieritems der 2- und 3-Komponentenlösung nach explorativer PCA mit anschließender Varimax-Rotation von zwölf arzthelferinbezogenen Betreuungsbedürfnis-Items (Stichprobe N = 951 Probandinnen)

Komponente	Anzahl der Markieritems			Summe
	I	II	III	
2-Komponentenlösung	6	5		11
3-Komponentenlösung	5	3	2 ¹	10

Anmerkung: ¹ abgespalten von Komponente I der Zweierlösung

Die oben dargestellte Tabelle zeigt die Anzahl der jeweiligen Markieritems pro Komponente. Es fällt auf, dass die 3-Komponentenlösung ein Item weniger beinhaltet als die Zweierlösung und eine sehr inhomogene Itemverteilung aufweist. Die Komponente III der Dreierlösung besteht aus nur zwei Markieritems, was gegen eine sinnvolle

Skalenbildung spricht. Da auch das Mehr an Varianzaufklärung von unrotiert 8,63% diese Nachteile nicht aufwiegen kann, wird die Dreierlösung verworfen.

Die 2-Komponentenlösung bietet rein mathematisch die größere Anzahl an Markieritems – von zwölf arztshelferinbezogenen Betreuungsbedürfnis-Items erfüllen elf die Kriterien eines Markieritems. Sie bietet eine kumulierte Gesamtvarianz von unrotiert 48,49% und ihre Items verteilen sich homogen auf die zwei Dimensionen.

Aus diesen genannten Gründen wird die Zweierlösung folglich beibehalten.

Tab. 25 Statistische Parameter der 2-Komponentenlösung von zwölf Items zu den arztshelferinbezogenen Betreuungsbedürfnissen

Unrotierte 2-Komponentenlösung

Komponente	Eigenwert	Prozentanteil an				Anzahl der Items
		Gesamtvarianz	Gesamtvarianz, kumuliert	extrahierter Varianz	extrahierter Varianz, kumuliert	
I	4,50	37,47	37,47	77,29	77,29	6
II	1,32	11,01	48,49	22,71	100,00	6

Varimax-rotierte 2-Komponentenlösung

Komponente	Eigenwert	Prozentanteil an				Anzahl der Markieritems
		Gesamtvarianz	Gesamtvarianz, kumuliert	extrahierter Varianz	extrahierter Varianz, kumuliert	
I	3,02	25,17	25,17	51,91	51,91	6
II	2,80	23,32	48,49	48,09	100,00	5

Anmerkung: * Die Varianzanteile werden berechnet aus der Summe der Ladungsquadrate pro Komponente, wobei sich der Anteil an Gesamtvarianz auf die Eigenwertsumme von 12 bezieht.

Nach Varimax-Rotation können von den zwölf arztshelferinnenbezogenen Betreuungsbedürfnis-Items insgesamt elf beibehalten werden. Das Item AH64 weist lediglich eine relative Eindimensionalität von 0.19 auf, was rein mathematisch zu seinem Ausscheiden führt. Da es inhaltlich aber sehr gut in die Komponente II hineinpasst und seine Aussage von keinem anderen Item abgedeckt wird, sollte es in der zweiten Komponente erhalten bleiben. Anders sieht es bei Item AH63 aus. Hier

sprechen die schwerwiegenderen inhaltlichen Gründe gegen seinen Erhalt, wenn-
gleich es den mathematischen Forderungen entspricht.

Tab. 26 Summe der erhaltenen Items pro Komponente nach mathematischer und inhaltlicher Prüfung

Komponente	Markieritems nach mathemati- scher Prüfung	zusätzliche Items nach inhaltlicher Prüfung	entfallene Items nach inhaltlicher Prüfung	Summe der erhaltenen Items
I	AH60, AH61, AH65, AH66, AH67, AH69	-	-	6
II	AH59, AH62, AH63, AH68, AH70	AH64	AH63	5

Nachdem sowohl auf mathematischem Wege wie auch aus inhaltlicher Perspektive eine ausführliche Itemüberprüfung vorgenommen wurde, bleiben insgesamt elf Items erhalten, die sich wie folgt verteilen:

Komponente I enthält sechs Variablen, Komponente II fünf.

Zweite Hauptkomponentenanalyse (PCA) – Betreuungsbedürfnisse bezogen auf die Arzthelferin

Um Eindeutigkeit und Stabilität der gewählten 2-Komponentenlösung zu überprüfen, wird eine zweite PCA mit Varimax-Rotation durchgeführt.

Wie erwartet zeigen sich durch das Fehlen eines einzigen Items (AH63) keine wesentlichen Veränderungen zur ersten PCA.

Auch hier überschreiten drei Komponenten mit ihrem Eigenwert den Wert 1 (4,12; 1,26; 1,02) und der Knick in der Eigenwertkurve ist ebenfalls nach dem dritten Eigenwert erkennbar. Somit verbleiben erneut drei interpretierbare Dimensionen.

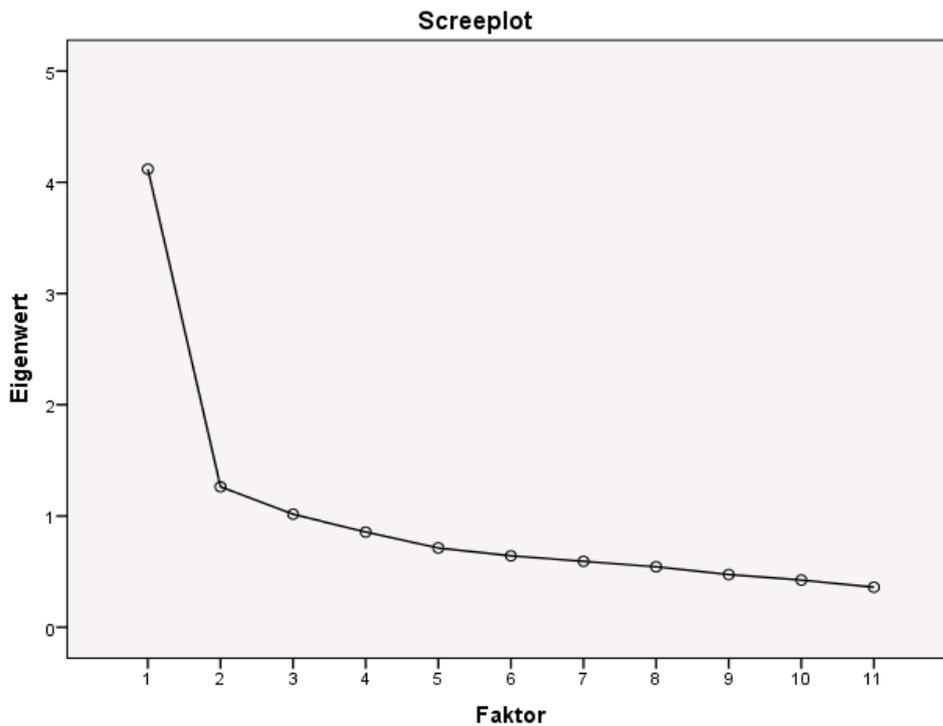


Abb. 5 Screplot: Eigenwerteverlauf der zweiten PCA (berücksichtigt sind elf Betreuungsbedürfnis-Items bezogen auf die Arzthelferin gemäß der 2-Komponentenlösung aus der ersten PCA)

Die drei Hauptkomponenten klären unrotiert 37,44%, 11,48% und 9,24% der Gesamtvarianz auf und überschreiten somit alle das geforderte 3%-Kriterium.

Es folgt eine Varimax-Rotation der drei Komponenten und die Bestimmung der jeweiligen Anzahl an Markieritems gemäß den definierten Auswahlkriterien.

Tab. 27 Anzahl der Markieritems der 2- und 3-Komponentenlösung nach explorativer PCA mit anschließender Varimax-Rotation von elf arzthelferinbezogenen Betreuungsbedürfnis-Items (Stichprobe N = 951 Probandinnen)

Komponente	Anzahl der Markieritems			Summe
	I	II	III	
2-Komponentenlösung	6	4		10
3-Komponentenlösung	3	4	2 ¹	9

Anmerkung: ¹ abgespalten von Komponente I der Zweierlösung

Die 2-Komponentenlösung klärt nun 48,92% in der Gesamtvarianz auf und enthält wie aus der Tabelle 25 zu entnehmen ist zehn Markieritems.

Die Dreierlösung erbringt zwar ein Mehr an Varianzaufklärung von 9,24%, allerdings lassen sich aus ihren insgesamt neun ungleich verteilten Markieritems keine sinnvoll-

len und aussagekräftigen Bedürfnis-Skalen bilden. Aus diesen Gründen wird die Zweierlösung präferiert und beibehalten.

Tab. 28 Statistische Parameter der 2-Komponentenlösung von elf Items zu den arztshelferinbezogenen Betreuungsbedürfnissen

Unrotierte 2-Komponentenlösung

Komponente	Eigenwert	Prozentanteil an				Anzahl der Items
		Gesamtvarianz	Gesamtvarianz, kumuliert	extrahierter Varianz	extrahierter Varianz, kumuliert	
I	4,12	37,44	37,44	76,54	76,54	6
II	1,26	11,48	48,92	23,46	100,00	5

Varimax-rotierte 2-Komponentenlösung

Komponente	Eigenwert	Prozentanteil an				Anzahl der Markieritems
		Gesamtvarianz	Gesamtvarianz, kumuliert	extrahierter Varianz	extrahierter Varianz, kumuliert	
I	3,04	27,62	27,62	56,46	56,46	6
II	2,34	21,30	48,92	43,54	100,00	4

Anmerkung: * Die Varianzanteile werden berechnet aus der Summe der Ladungsquadrate pro Komponente, wobei sich der Anteil an Gesamtvarianz auf die Eigenwertsumme von 11 bezieht.

Von den elf arztshelferinbezogenen Betreuungsbedürfnis-Items aus der ersten PCA entsprechen nach erneuter Hauptkomponentenanalyse noch zehn den Kriterien eines Markieritems. Das Item AH64 weist wie schon nach der ersten PCA keine ausreichende relative Eindimensionalität auf. Da es inhaltlich jedoch von keinem anderen Item abgedeckt wird und sein Ausscheiden zudem mit einem bedeutsamen Reliabilitätsverlust für die Komponente II einherginge, wird A64 beibehalten.

Es bleiben folglich elf Variable übrig, aus denen zwei reliable Skalen zu bilden sind, welche die Betreuungsbedürfnisse gegenüber der Arztshelferin abbilden.

Erste Hauptkomponentenanalyse (PCA) – Betreuungsbedürfnisse bezogen auf die Praxisstruktur

Auch bei den Patientinnenbedürfnissen mit Bezug auf die Praxisstruktur wird die Durchführbarkeit einer PCA mittels Bartlett-Test und Kaiser-Meyer-Olkin-Kriterium überprüft. Das Ergebnis des Bartlett-Tests zeigt, dass die aus den Angaben der Stichprobe (N = 948) zu den 21 praxisstrukturbezogenen Items errechnete Korrelationsmatrix statistisch hoch signifikant von der Einheitsmatrix abweicht ($p \leq 0,001$).

Gemäß dem Kaiser-Meyer-Olkin-Kriterium mit einem Wert von 0,90 kann die Korrelation zwischen den Variablenpaaren sehr gut durch andere Variablen erklärt werden.

Die dimensionsanalytische Auswertbarkeit des Datensatzes aus der vorhandenen Stichprobe ist demnach aufgrund beider Parameter gegeben.

Nach Extraktion der Hauptachsen wird erkennbar, dass vier Eigenwerte den Wert 1 überschreiten (6,77; 1,98; 1,38; 1,04).

Auch im Screeplot zeigt sich der Knick nach dem vierten Eigenwert, sodass damit die größtmögliche Anzahl interpretierbarer Bedürfnis-Komponenten festgelegt ist.

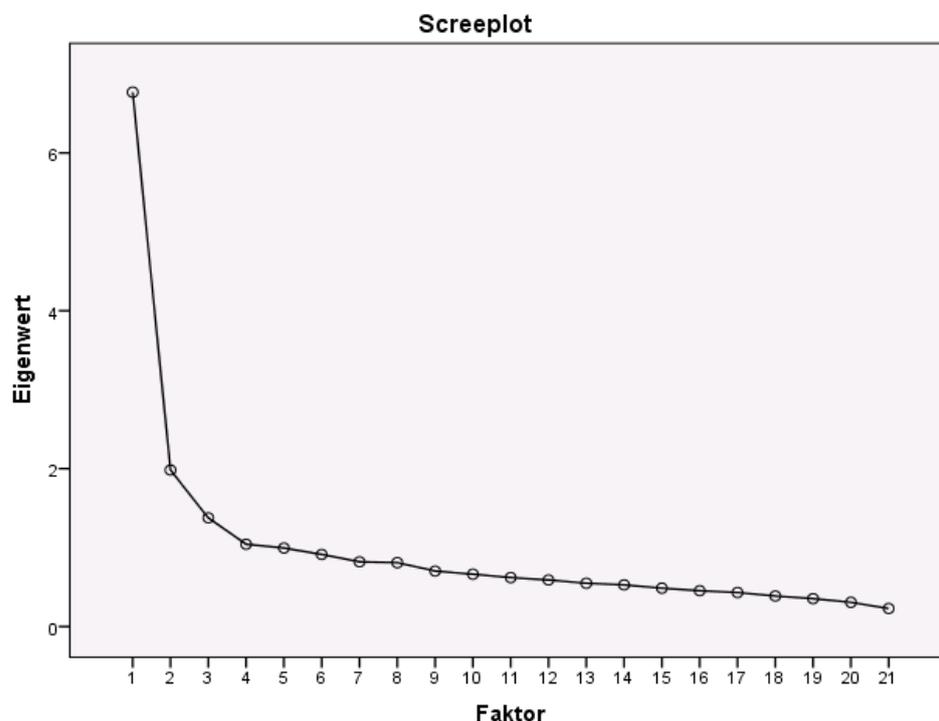


Abb. 6 Screeplot: Eigenwerteverlauf der ersten PCA (berücksichtigt sind 21 Betreuungsbedürfnis-Items bezogen auf die Praxisstruktur)

Die vier Hauptkomponenten klären unrotiert 32,24%, 9,44%, 6,55% und 4,96% der Gesamtvarianz auf und überschreiten somit alle das 3%-Kriterium.

Nun folgen eine Varimax-Rotation der vier Komponenten sowie die Identifikation der jeweiligen Anzahl an Markieritems gemäß den definierten Auswahlkriterien.

Tab. 29 Anzahl der Markieritems der 2-, 3- und 4-Komponentenlösung nach explorativer PCA mit anschließender Varimax-Rotation von 21 praxisstrukturbezogenen Betreuungsbedürfnis-Items (Stichprobe N = 948 Probandinnen)

Komponente	Anzahl der Markieritems				Summe
	I	II	III	IV	
2-Komponentenlösung	13	6			19
3-Komponentenlösung	8	5 ¹	5 ²		18
4-Komponentenlösung	7	5	4	2 ³	18

Anmerkungen:

¹ enthält Items der zweiten Komponente aus der Zweierlösung

² abgespalten von Komponente I der Zweierlösung

³ abgespalten von Komponente III der Dreierlösung

Die Anzahl der jeweiligen Markieritems pro Komponente ist der Tabelle 27 zu entnehmen. Rein rechnerisch beinhalten die Dreier- wie Viererlösung gleich viele Items. Letztere hat jedoch den Nachteil, dass ihre 18 Markieritems relativ ungleichmäßig verteilt sind und die Komponente IV lediglich zwei Items beinhaltet, was gegen eine sinnvolle Skalenbildung spricht.

Die 3-Komponentenlösung wirkt zwar auf den ersten Blick hinsichtlich der Itemverteilung recht homogen, weist aber erhebliche inhaltliche Schwächen auf.

So besteht die Komponente III aus Items, welche thematisch ähnliche Aspekte ansprechen wie die Items der ersten Komponente, die für sich genommen aber keine eigene adäquate Skala bilden können. In der Zweierlösung sind eben jene Markieritems in Komponente I zusammengefasst – hier geht es um grundsätzliche Ausstattungs- und Qualitätsmerkmale der Praxis.

Die 2-Komponentenlösung bietet eine kumulierte Gesamtvarianz von unrotiert 41,67%. Ihr wird aus den oben angeführten Gründen der Vorzug gegeben.

Tab. 30 Statistische Parameter der 2-Komponentenlösung von 21 Items zu den praxisstrukturbezogenen Betreuungsbedürfnissen

Unrotierte 2-Komponentenlösung

Komponente	Eigenwert	Prozentanteil an				Anzahl der Items
		Gesamtvarianz	Gesamtvarianz, kumuliert	extrahierter Varianz	extrahierter Varianz, kumuliert	
I	6,77	32,24*	32,24	77,35*	77,35	14
II	1,98	9,44	41,67	22,65	100,00	7

Varimax-rotierte 2-Komponentenlösung

Komponente	Eigenwert	Prozentanteil an				Anzahl der Markieritems
		Gesamtvarianz	Gesamtvarianz, kumuliert	extrahierter Varianz	extrahierter Varianz, kumuliert	
I	4,77	22,71*	22,71	54,49	54,49*	13
II	3,98	18,97	41,67	45,51	100,00	6

Anmerkung: * Die Varianzanteile werden berechnet aus der Summe der Ladungsquadrate pro Komponente, wobei sich der Anteil an Gesamtvarianz auf die Eigenwertsumme von 21 bezieht.

Von den 21 praxisstrukturbezogenen Betreuungsbedürfnis-Items können insgesamt 19 aus mathematischen Gesichtspunkten beibehalten werden, während die Items P76 und P84 nicht den geforderten Kriterien eines Markieritems entsprechen.

So erfüllt P84 aus Komponente II nicht die Voraussetzung an ausreichender relativer Eindimensionalität, wohingegen P76 aus der ersten Dimension zusätzlich zum Mangel an relativer Eindimensionalität auch noch im Absolutbetrag seiner Höchstladung nicht wesentlich genug ist. Da allerdings bei der Auswahl von Items, welche als Grundlage für eine Skalenbildung dienen, die inhaltliche Plausibilität Vorrang vor der mathematischen Exaktheit hat und sowohl Item P76 als auch P84 wichtige Fragestellungen beinhalten, welche die übrigen Items nicht berücksichtigen, wird beschlossen, beide Items beizubehalten.

Tab. 31 Summe der erhaltenen Items pro Komponente nach mathematischer und inhaltlicher Prüfung

Komponente	Markieritems nach mathematischer Prüfung	zusätzliche Items nach inhaltlicher Prüfung	entfallene Items nach inhaltlicher Prüfung	Summe der erhaltenen Items
I	P71, P72, P73, P74, P75, P77, P78, P80, P81, P82, P83, P85, P89	P76	-	14
II	P89, P86, P87, P88, P90, P91	P84	-	7

Die Anzahl der Variablen bleibt somit bei 21, welche sich wie folgt verteilen: Komponente I enthält 14 Items, Komponente II besteht aus 7 Variablen.

Zweite Hauptkomponentenanalyse (PCA) – Betreuungsbedürfnisse bezogen auf die Praxisstruktur

Da alle 21 Items mit Bezug auf die Praxisorganisation und Praxisausstattung nach der ersten Hauptkomponentenlösung beibehalten werden konnten, bedarf es in diesem Falle keiner erneuten PCA zur Überprüfung von Eindeutigkeit und Stabilität der gewählten 2-Komponentenlösung.

Die statistischen Parameter der 2-Komponentenlösung zu den 21 praxisstrukturbezogenen Betreuungsbedürfnis-Items sind der Tabelle 28 im vorausgegangenen Kapitel zu entnehmen.

Da aus den angeführten Gründen alle 21 Items beibehalten wurden, kann aus diesen nun die Skalenbildung erfolgen.

4.5. Entwicklung der Betreuungsbedürfnis-Skalen (BB-S)

Um zu gewährleisten, dass nur jene Items zur Bildung der Skalen herangezogen werden, die inhaltlich wie statistisch mit der vorab entwickelten Arbeitsdefinition bestmöglich korrelieren, wurde die Selektion gemäß den Auswahlkriterien von Fischbeck (61) vorgenommen.

Die folgenden Bedingungen sollten erfüllt sein:

- 1) Die Items sollten nach testtheoretischen Kriterien möglichst hoch und wesentlich auf der jeweiligen Komponente laden, des Weiteren eine hohe Trennschärfe aufweisen und – wenn es die Antwortverteilung zulässt – eine akzeptable Schwierigkeit besitzen.
- 2) Jede Skala soll das von ihr erfasste Merkmal hoch bis sehr hoch zuverlässig messen, was einem Koeffizienten Cronbach alpha von $\alpha \geq 0.70$ bzw. $\alpha \geq 0.85$ entspricht. Dies führt dazu, dass die Reduktion der Itemanzahl durch den Faktor Reliabilität begrenzt ist. Andererseits muss jedoch auch auf die Ökonomie der Skalen geachtet werden, was wiederum die Anzahl der Items nach oben hin limitiert.
- 3) Der inhaltliche Aspekt der Items soll sich je nach Skala spezifisch auf a) das Handeln des Arztes, b) das Handeln der Arzthelferin oder c) auf die Praxisstruktur beziehen.
- 4) Die Skalen sollen möglichst homogene Dimensionen von Betreuungsbedürfnissen der Vorsorgepatientinnen abbilden und gleichzeitig der Vielschichtigkeit der Bedürfnisse gerecht werden.
- 5) Sollten mathematische und inhaltliche Kriterien miteinander konkurrieren, so ist letzteren der Vorzug einzuräumen.

4.5.1. Skala I (BB-S-A-I): Betreuungsbedürfnisse bezogen auf den Arzt – Bedürfnis nach Information

Insgesamt markieren 14 Items die erste Komponente der arztbezogenen Betreuungsbedürfnisse. Diese klärt unrotiert 25,95% der Gesamtvarianz auf und 64,42% der extrahierten Varianz. Nach Varimax-Rotation erfasst diese Dimension 16,19% der Totalvarianz, was 40,18% der extrahierten Varianz entspricht.

Alle 14 Items befassen sich inhaltlich mit verschiedenen Informationsaspekten bezogen auf die gynäkologische KFU. So fragen drei der höchstladenden Items (A10, A1 und A34) nach den Früherkennungsmöglichkeiten unterschiedlicher Krebserkrankungen, während A54 und A32 spezielle Informationswünsche zu den Themen „HPV“ und „Pap-Abstrich“ abbilden. Das Thema „Mammographie“ ist Inhalt der Items A5 und A24. Allerdings wird das Informationsbedürfnis „Vor- und Nachteile der Mammographie“ sowie der genaue Zeitpunkt der Mammographie-Durchführung auch in den Items A18 und A46 angesprochen bzw. durch das Item A1 geklärt. Aus ökonomischer Sicht wird daher auf die Items A5 sowie A24 verzichtet.

Das Item A26 ist auf spezielle Informationen zur „Selbstuntersuchung der Brust“ gerichtet und fließt in die Skalenbildung mit ein. Das am zweithöchsten ladende Item A56 beschäftigt sich mit der Frage „...welche Untersuchungen zur Krebsvorsorge dazugehören“. Die Informationen zu Risiken und Nachteilen der Untersuchungen (A46) sowie zu ihrem Nutzen und Genauigkeit (A18) werden durch zwei weniger hoch ladende Items vermittelt. Sehr individuelle Informationsbedürfnisse zeigen sich in den Items A40, A44 und A48.

Alle Items dieser Dimension beschäftigen sich also mit dem Bedürfnis der Patientinnen nach Informationen – sowohl nach generellen Informationen zur KFU als auch nach speziellen und individuellen Informationen im Rahmen der Vorsorge.

Folglich wird die Skala I benannt mit „**Bedürfnis nach Information“ (BB-S-A-I).**

Tab. 32 Skala I „Bedürfnis nach Information“ (BB-S-A-I)

Nr. (IN)	Itemtext	a ¹	a ²	h ²	M	SD	p _i	r _{it-i}
	<i>Mir ist es wichtig, dass meine Frauenärztin/mein Frauenarzt...</i>							
1. (A10)	...mich über die Früherkennungsmöglichkeiten für gynäkologische Krebsarten (z.B. Gebärmutterhalskrebs, Gebärmutterkörperkrebs, Eierstockkrebs) informiert.	.75	.02	.57	1,31	0,6	.26	.61
2. (A56)	...mir erklärt, welche Untersuchungen zur Krebsvorsorge dazugehören.	.74	.21	.61	1,49	0,69	.30	.72
3. (A1)	...mich über die Früherkennungsmöglichkeiten für Brustkrebs informiert.	.73	-.06	.54	1,28	0,59	.26	.56
4. (A34)	...mich über die Früherkennungsmöglichkeiten für Darmkrebs informiert.	.69	.08	.49	1,59	0,8	.32	.62
5. (A54)	...mich über "HPV" (Humane Papilloma Viren = Auslöser von Gebärmutterhalskrebs) informiert.	.67	.13	.47	1,70	0,87	.34	.63
6. (A40)	...mich über die für mich sinnvollen IGeL (Individuellen Gesundheitsleistungen) im Rahmen der Krebsvorsorge inkl. der Kosten informiert.	.62	.15	.42	1,87	0,98	.37	.59
7. (A44)	...mit mir über mein persönliches Risiko, eine Krebserkrankung zu entwickeln, spricht.	.62	.26	.47	1,42	0,67	.28	.62
8. (A32)	...mir erklärt, wie ein "Pap"-Abstrich durchgeführt wird und was sein Ergebnis (z.B. Pap I, Pap II, Pap IIID, etc.) bedeutet.	.53	.22	.37	1,62	0,82	.32	.54
9. (A26)	...mir erklärt und zeigt, wie ich meine Brust selbst richtig abtaste.	.53	.27	.38	1,62	0,78	.32	.54
10. (A46)	...mich über mögliche Risiken und Nachteile der Untersuchungen informiert.	.52	.40	.45	1,42	0,67	.28	.57
11. (A48)	...mir erklärt, bei welchen Veränderungen / Symptomen an der Brust oder im Unterleib ich umgehend einen Untersuchungstermin vereinbaren soll.	.51	.30	.37	1,27	0,53	.25	.53
12. (A18)	...mich über den Nutzen und die Genauigkeit der Untersuchungen informiert.	.50	.36	.40	1,57	0,64	.31	.52

Anmerkungen: IN = Itemnummer; a¹ = höchste Ladung auf Komponente I; a² = zweithöchste Ladung auf Komponente I; h² = Kommunalität; M = Mittelwert; SD = Standardabweichung; p_i = Itemschwierigkeit; r_{it-i} = Trennschärfe

4.5.2. Skala II (BB-S-A-RE): Betreuungsbedürfnisse bezogen auf den Arzt – Bedürfnis nach Respekt und Einfühlungsvermögen im Rahmen der körperlichen Untersuchung

Die zweite Komponente der Arzt bezogenen Betreuungsbedürfnisse enthält 16 Markieritems. Unrotiert klärt sie 9,24% der Gesamtvarianz und enthält einen Anteil extrahierter Varianz von 22,92%. Im Anschluss an die Varimax-Rotation deckt sie 13,20% der Total- und 32,77% der extrahierten Varianz ab.

Die Items dieser Komponente sprechen die besondere Arzt-Patientinnen-Beziehung im Rahmen der Untersuchungssituation an. Sie beschäftigen sich auch mit den Bedürfnissen der Frauen nach Autonomie, Respektierung der Schamgrenzen sowie dem gewünschten ärztlichen Einfühlungsvermögen in Zusammenhang mit der körperlichen Untersuchung.

Eine besonders hohe Ladung auf der Komponente II weisen jene Items auf, deren Fokus auf der Nacktheit und Intimsphäre der Patientin liegt (A22, A3, A37, A19, A14). Da Item A22 das Bedürfnis nach einer zweizeitigen Untersuchung und somit das Vermeiden der vollständigen Nacktheit thematisiert, kann das weniger hoch ladende Item A58, welches die Reihenfolge des Ent- bzw. Ankleidens beschreibt, aus ökonomischer Sicht entfallen. Ebenso scheidet das Item A3 aus, da es deutlich sinnverwandt mit dem identisch hoch ladenden Item A19 ist.

Item A37 könnte für den behandelnden Gynäkologen in der Praxis schwer umsetzbar sein, da es auch während der Untersuchungssituation – oder gerade im Rahmen dieser – notwendig sein kann, die Patientin nach sehr privaten Gewohnheiten wie etwa Sexualpraktiken zu fragen, sofern ein Untersuchungsbefund hierzu einen relevanten Anlass gibt. Da die Items A 55 und A35 zudem sinnverwandte Aspekte beinhalten, wird A37 von der Skalenbildung ausgeschlossen.

Mit physischen Aspekten der Untersuchung setzen sich die Items A53 und A57 auseinander. Letztes beschreibt die Vorwarnung, ehe ein Untersuchungsinstrument in den Körper der Patientin eingeführt wird, wohingegen erstes eine generelle Vorwarnung anspricht, „wenn es einmal weh tun könnte“.

Auch Item A8 und Item A36 setzen sich mit physikalischen Untersuchungsfaktoren auseinander. Zum einen geht es um das Vermeiden von kalten Händen beim Untersucher, zum anderen um die mögliche Benutzung eines Handspiegels.

Wie sich der Arzt im Gespräch verhalten möchte und über was er in der Untersuchungssituation sprechen sollte, ist Inhalt der Items A35, A33, A51, A9 und A49. Während A33 („...mich mit meinem Namen anspricht.“) und A49 („...mir während des Gespräches in die Augen schaut.“) am ehesten als respektvolle Höflichkeitsformen gelten dürften, drückt Item A35 den Wunsch der Patientin nach Akzeptanz von Grenzen und Privatsphäre im Gespräch mit dem Arzt aus („...mich nicht drängt, über etwas zu sprechen, über das ich nicht reden möchte.“).

Ob es im Sinne der Patientin ist, dass der Arzt die Untersuchung kommentiert oder sie mit einem zwanglosen Gespräch auflockert, sollen die Items A51 und A9 detektieren.

Die unterschiedlichen Aspekte der Komponente II Items lassen sich unter **„Bedürfnis nach Respekt und Einfühlungsvermögen im Rahmen der körperlichen Untersuchung“ (BB-S-A-RE)** zusammenfassen.

Tab. 33 Skala II „Bedürfnis nach Respekt und Einfühlungsvermögen im Rahmen der körperlichen Untersuchung“ (BB-S-A-RE)

Nr. (IN)	Itemtext	a ¹	a ²	h ²	M	SD	p _i	r _{it-i}
	<i>Mir ist es wichtig, dass meine Frauenärztin / mein Frauenarzt...</i>							
1. (A22)	...meinen Unterleib und meine Brust nacheinander untersucht, so dass ich nicht komplett nackt bin sondern zur Hälfte angezogen bleiben kann.	.65	.09	.43	2,05	1,12	.41	.49
2. (A19)	...keine Bemerkungen über meine Figur bzw. mein Gewicht macht, wenn sie / er mich nackt sieht.	.62	.16	.41	2,19	1,19	.44	.47
3. (A8)	...keine kalten Hände bei der Untersuchung hat.	.53	.05	.29	3,06	1,12	.61	.44
4. (A14)	...mich nicht warten lässt, wenn ich entkleidet auf dem Untersuchungsstuhl sitze.	.53	.26	.35	1,76	0,84	.35	.49
5. (A55)	...keine anzüglichen oder zweideutigen Bemerkungen während der Untersuchung macht.	.52	.24	.35	1,47	0,77	.29	.47
6. (A57)	...mich vorwarnt ehe sie / er ein Untersuchungsinstrument in meinen Körper einführt.	.51	.31	.37	1,62	0,90	.32	.48
7. (A35)	...mich nicht drängt, über etwas zu sprechen, über das ich nicht reden möchte.	.49	.25	.32	1,99	0,93	.40	.46
8. (A33)	...mich mit meinem Namen anspricht.	.49	.34	.37	1,97	0,97	.39	.53
9. (A51)	...mir während der Untersuchung erklärt, was sie / er gerade macht bzw. als nächstes machen wird.	.46	.32	.35	1,96	0,90	.39	.49
10. (A9)	...die Untersuchungssituation durch ein zwangloses Gespräch (z.B. über das Wetter, Urlaub, o.ä.) auflockert.	.45	.09	.22	3,01	1,09	.60	.39
11. (A49)	...mir während des Gespräches in die Augen schaut.	.45	.37	.35	2,17	1,01	.43	.50
12. (A53)	...mich vorwarnt, wenn es bei der Untersuchung mal weh tun könnte.	.44	.27	.34	1,68	0,74	.34	.49
13. (A36)	...mir einen Handspiegel anbietet, damit ich bei Untersuchung zuschauen kann.	.37	.17	.17	4,01	1,00	.80	.30

Anmerkungen: IN = Itemnummer; a¹ = höchste Ladung auf Komponente II; a² = zweithöchste Ladung auf Komponente II; h² = Kommunalität; M = Mittelwert; SD = Standardabweichung; p_i = Itemschwierigkeit; r_{it-i} = Trennschärfe

4.5.3. Skala III (BB-S-A-ZV): Betreuungsbedürfnisse bezogen auf den Arzt – Bedürfnis nach Zuwendung und Verfügbarkeit

Acht Items markieren Komponente III der Arzt bezogenen Betreuungsbedürfnisse. Diese Komponente zeigt unrotiert eine Gesamtvarianz von 5,10% und eine extrahierte Varianz von 12,65% auf. Nach erfolgter Varimax-Rotation bindet sie 10,90% der Totalvarianz, was einem Anteil von 27,05% der extrahierten Varianz entspricht.

Alle acht Markieritems sprechen auf die eine oder andere Weise die Präsenz bzw. die Verfügbarkeit des Arztes an sowie den Wunsch nach seiner ungeteilten Aufmerksamkeit und empathischen Zuwendung.

Die Items A45 und A13 fokussieren auf den Faktor Zeit, der sowohl im Gespräch wie auch während der Untersuchung von großer Bedeutung ist. In beiden Situationen soll sich der Arzt „ausreichend Zeit“ für seine Patientin nehmen.

Ähnliche Inhalte sprechen auch die Items A25, A17 sowie A38 an, wohingegen die Items A16, A43 und A6 eher Wünsche hervorheben, die auf die Persönlichkeit und das Verhalten des Arztes abzielen. Die Skala III wird somit betitelt mit **„Bedürfnis nach Zuwendung und Verfügbarkeit“ (BB-S-A-ZV)**.

Tab. 34 Skala III „Bedürfnis nach Zuwendung und Verfügbarkeit“ (BB-S-A-ZV)

Nr. (IN)	Itemtext	a ¹	a ²	h ²	M	SD	p _i	r _{it-i}
	<i>Mir ist es wichtig, dass meine Frauenärztin / mein Frauenarzt...</i>							
1. (A25)	...mir aufmerksam zuhört.	.70	.24	.56	1,29	0,48	.26	.59
2. (A16)	...meine geschilderten Probleme und Ängste ernst nimmt und sie nicht abtut oder runterspielt.	.69	.14	.52	1,29	0,51	.26	.59
3. (A17)	...auch auf wiederholt oder oft gestellte Fragen geduldig und ruhig antwortet.	.66	.22	.51	1,55	0,66	.31	.58
4. (A45)	...sich ausreichend Zeit für ein Gespräch mit mir nimmt.	.65	.28	.52	1,33	0,54	.27	.58
5. (A43)	...sich nicht arrogant oder belehrend verhält.	.52	.37	.41	1,44	0,73	.29	.47
6. (A13)	...sich ausreichend Zeit für eine gründliche und sorgfältige Untersuchung nimmt.	.49	.25	.31	1,14	0,36	.23	.39
7. (A6)	...freundlich und nett ist.	.49	.28	.31	1,34	0,56	.27	.40
8. (A38)	...zu erkennen gibt, dass ich mit ihr / ihm über alles reden kann.	.46	.25	.32	1,75	0,86	.35	.46

Anmerkungen: IN = Itemnummer; a¹ = höchste Ladung auf Komponente III; a² = zweithöchste Ladung auf Komponente III; h² = Kommunalität; M = Mittelwert; SD = Standardabweichung; p_i = Itemschwierigkeit; r_{it-i} = Trennschärfe

4.5.4. Skala IV (BB-S-AH-ZS): Betreuungsbedürfnisse bezogen auf die Arzthelferin – Bedürfnis nach Zuwendung und Service

Die erste Komponente der Betreuungsbedürfnisse mit Fokus auf die Arzthelferin enthält sechs Markieritems. Unrotiert klärt sie 37,44% der Gesamtvarianz und enthält einen Anteil extrahierter Varianz von 76,54%. Im Anschluss an die Varimax-Rotation deckt sie 27,62% der Total- und 56,46% der extrahierten Varianz ab.

Die Items dieser Komponente sprechen das von der Patientin erwünschte Verhalten der Arzthelferin an. Sie soll freundlich bei der Begrüßung (AH67) sowie höflich im Gespräch (AH65) sein und auf Fragen und Wünsche der Patientin einfühlsam und verständnisvoll reagieren (AH69). Desweiteren soll sie sich flexibel und entgegenkommend (AH61) verhalten und ganz konkret für eine kurze Wartezeit sorgen (AH60) bzw. die Patientin auf die Länge der Wartezeit hinweisen, wenn sie zum Termin in der Praxis erscheint (AH66). Es wird erkennbar, dass hier sowohl ein Bedürfnis nach zwischenmenschlicher Zuwendung und Einfühlungsvermögen der Helferin besteht,

als auch der Wunsch nach serviceorientierten Leistungen und einem guten Sprechstundenmanagement. Diese zwei Aspekte der Komponente I lassen sich unter **“Bedürfnis nach Zuwendung und Service“ (BB-S-AH-ZS)** subsummieren.

Tab. 35 Skala IV “Bedürfnis nach Zuwendung und Service“ (BB-S-AH-ZS)

Nr. (IN)	Itemtext	a ¹	a ²	h ²	M	SD	p _i	r _{it-i}
	<i>Mir ist es wichtig, dass die Arzthelferin...</i>							
1. (AH67)	...mich freundlich mit einem Lächeln begrüßt.	.72	.12	.53	1,89	0,83	.38	.56
2. (AH61)	...flexibel ist und entgegenkommend auf meine Wünsche reagiert.	.70	.23	.54	1,70	0,68	.34	.60
3. (AH65)	...sich mir gegenüber höflich verhält, mich z.B. mit meinem Namen anspricht.	.69	.18	.50	1,81	0,84	.36	.54
4. (AH66)	...mir sagt, wie lange die Wartezeit bis zur Untersuchung sein wird, wenn ich zum Termin erscheine.	.66	.16	.46	2,28	0,98	.46	.52
5. (AH60)	...für eine kurze Wartezeit in der Praxis sorgt.	.62	.06	.39	1,75	0,85	.35	.45
6. (AH69)	...einfühlsam und verständnisvoll auf meine Fragen und Wünsche reagiert.	.60	.38	.51	1,70	0,69	.34	.54

Anmerkungen: IN = Itemnummer; a¹ = höchste Ladung auf Komponente I; a² = zweithöchste Ladung auf Komponente I; h² = Kommunalität; M = Mittelwert; SD = Standardabweichung; p_i = Itemschwierigkeit; r_{it-i} = Trennschärfe

4.5.5. Skala V (BB-S-AH-L): **Betreuungsbedürfnisse bezogen auf die Arzthelferin – Bedürfnis nach logistischer Unterstützung**

Insgesamt markieren vier Items die zweite Komponente der arzthelferinbezogenen Betreuungsbedürfnisse. Diese klärt unrotiert 11,48% der Gesamtvarianz auf und 23,46% der extrahierten Varianz. Nach Varimax-Rotation erfasst diese Dimension 21,30% der Totalvarianz, was 43,54% der extrahierten Varianz entspricht.

Alle vier Items befassen sich inhaltlich mit verschiedenen logistisch-organisatorischen Aspekten rund um das Thema Terminvergabe.

So soll die Arzthelferin der Patientin erklären, wann ihr nächster Vorsorgetermin fällig ist (AH59) und sie auch an diesen Termin erinnern (AH62), darüber hinaus einen solchen Termin möglichst auch kurzfristig ermöglichen (AH68). Zudem wird gewünscht, dass die medizinische Fachangestellte auch Termine bei anderen Ärzten zu weiteren Behandlungen vereinbart (AH70).

Folglich wird die Skala V benannt mit **“Bedürfnis nach logistischer Unterstützung” (BB-S-AH-L)**

Tab. 36 Skala V “Bedürfnis nach logistischer Unterstützung” (BB-S-AH-L)

Nr. (IN)	Itemtext	a ¹	a ²	h ²	M	SD	p _i	r _{it-i}
	<i>Mir ist es wichtig, dass die Arzthelferin...</i>							
1. (AH59)	...mir erklärt, wie oft ich an der Krebsvorsorge teilnehmen soll und wann der nächste Termin fällig ist.	.73	.07	.54	1,93	1,00	.39	.47
2. (AH62)	...mich an meinen Termin zur Krebsvorsorge erinnert (z.B. per Anruf, Brief, E-Mail).	.73	.06	.54	2,68	1,28	.54	.47
3. (AH64)	...mich darüber informiert, wie lange es dauert, bis das Untersuchungsergebnis vorliegt.	.48	.46	.44	1,78	0,84	.36	.45
4. (AH68)	...mir kurzfristig einen Termin zur Krebsvorsorge ermöglicht.	.62	.32	.49	2,06	0,93	.41	.52
5. (AH70)	...für mich Termine bei anderen Ärzten zu weiteren Behandlungen vereinbart (z.B. Röntgen der Brust, Darmspiegelung, Operation).	.62	.22	.43	2,30	1,20	.46	.45

Anmerkungen: IN = Itemnummer; a¹ = höchste Ladung auf Komponente II; a² = zweithöchste Ladung auf Komponente II; h² = Kommunalität; M = Mittelwert; SD = Standardabweichung; p_i = Itemschwierigkeit; r_{it-i} = Trennschärfe

4.5.6. Skala VI (BB-S-P-B): Betreuungsbedürfnisse bezogen auf die Praxisorganisation und Praxisausstattung – Bedürfnis nach Basisausstattung und Erreichbarkeit

Insgesamt 14 Items markieren die erste Komponente der Betreuungsbedürfnisse mit Bezug auf die Praxisstruktur. Diese Komponente zeigt unrotiert eine Gesamtvarianz von 32,24% und eine extrahierte Varianz von 77,35% auf. Nach erfolgter Varimax-Rotation erfasst sie 22,71% der Totalvarianz, was einem Anteil von 54,49% der extrahierten Varianz entspricht.

Neun der 14 Markieritems sprechen auf unterschiedliche räumliche Ausstattungsmerkmale der Praxis an. So soll das Untersuchungszimmer warm und gut gelüftet sein (P82), und der Untersuchungsstuhl, welcher weder von Schreibtisch noch Tür aus einsehbar sein darf (P81), wird bequem und komfortabel gewünscht (P85), während der Weg von der Umkleidekabine zum Stuhl optimaler Weise möglichst kurz gehalten ist (P83). Zudem sind eine uneinsehbare Umkleidekabine (P78), Sauberkeit und Hygiene im Umkleide- wie Untersuchungsbereich (P89) wichtig.

Es sollen moderne Untersuchungsgeräte eingesetzt werden (P72) und die Untersuchungsinstrumente möglichst angewärmt sein (P75). Auch bei den Wartezimmerstühlen besteht der Wunsch nach Komfort (P74).

Die Items P76 und P80 stellen das Bedürfnis nach einer verkehrstechnisch guten Erreichbarkeit der Praxis sowohl mit öffentlichen Verkehrsmitteln als auch mit dem eigenen Pkw dar.

Item P73 bringt das Bedürfnis nach einer Informationsbroschüre, welche über Versorgungsmöglichkeiten und das Leistungsspektrum der Praxis informiert, zum Ausdruck. Zwei weitere Items befassen sich mit Bedürfnissen bezogen auf die Befundmitteilung. Diese soll zu einem von der Patientin gewählten Zeitpunkt möglich sein (P71). Und falls die Befundmitteilung durch eine Arzhelferin erfolgt, besteht der Wunsch nach Erreichbarkeit des Arztes innerhalb eines Tages, um mögliche Fragen zu klären (P77). Da diese beiden Items thematisch weder zu den Ausstattungsmerkmalen gehören noch der lokalen Erreichbarkeit zugeordnet werden können, wird beschlossen, sie aus der Skala zu entfernen.

Skala I umfasst somit - wie dargestellt - Bedürfnisse, die sich auf grundlegende Ausstattungsmerkmale oder die Erreichbarkeit der Praxis beziehen. Demnach erhält diese Skala den Titel: „**Bedürfnis nach Basisausstattung und Erreichbarkeit**“
(BB-S-P-BE).

Tab. 37 Skala VI "Bedürfnis nach Basisausstattung und Erreichbarkeit" (BB-S-P-BE)

Nr. (IN)	Itemtext	a ¹	a ²	h ²	M	SD	p _i	r _{it-i}
	<i>Mir ist es wichtig, dass...</i>							
1. (P82)	...das Untersuchungszimmer warm und gut gelüftet ist.	.71	.22	.55	1,96	0,84	.39	.66
2. (P85)	...das der Untersuchungsstuhl bequem und komfortabel ist.	.66	.34	.55	2,19	0,97	.44	.67
3. (P83)	...der Weg von der Umkleidekabine bis zum Untersuchungsstuhl möglichst kurz ist.	.65	.35	.54	2,31	1,09	.46	.67
4. (P75)	...die Untersuchungsinstrumente angewärmt sind.	.59	.31	.45	2,52	1,04	.50	.60
5. (P74)	...die Sitzgelegenheiten im Wartezimmer bequem sind.	.59	.37	.48	2,50	1,05	.50	.64
6. (P81)	...ich auf dem Untersuchungsstuhl nicht vom Schreibtisch oder von der Türe aus gesehen werden kann.	.59	.18	.38	1,90	1,04	.38	.53
7. (P78)	...die Umkleidekabine nicht einsehbar ist und ich beim Aus-/Anziehen unbeobachtet bin.	.55	.22	.36	2,20	1,16	.44	.53
8. (P73)	...es eine Informationsbroschüre über Krebsvorsorgemöglichkeiten und das Leistungsangebot meiner Praxis gibt.	.53	.20	.32	2,09	0,93	.42	.43
9. (P72)	...modernste Untersuchungsgeräte eingesetzt werden.	.51	-.05	.26	1,66	0,76	.33	.31
10. (P89)	...der Umkleide- und Untersuchungsbereich sehr sauber sind.	.49	-.06	.25	1,30	0,58	.26	.33
11. (P76)	...die Praxis mit öffentlichen Verkehrsmitteln gut erreichbar ist	.40	.39	.32	2,91	1,35	.58	.44
12. (P80)	...die Praxis mit dem Auto gut erreichbar ist und genügend Parkplätze zur Verfügung stehen.	.40	.24	.22	2,54	1,20	.51	.36

Anmerkungen: IN = Itemnummer; a¹ = höchste Ladung auf Komponente I; a² = zweithöchste Ladung auf Komponente I; h² = Kommunalität; M = Mittelwert; SD = Standardabweichung; p_i = Itemschwierigkeit; r_{it-i} = Trennschärfe

4.5.7. Skala VII (BB-S-P-Z): Betreuungsbedürfnisse bezogen auf die Praxisorganisation und Praxisausstattung – Bedürfnis nach Zusatzausstattung

Die zweite Komponente der praxisstrukturbezogenen Betreuungsbedürfnisse enthält sechs Markieritems. Unrotiert klärt sie 9,44% der Gesamtvarianz und enthält einen Anteil extrahierter Varianz von 22,65%. Im Anschluss an die Varimax-Rotation deckt sie 18,97% der Total- und 45,51% der extrahierten Varianz ab.

Die Items dieser Komponente sprechen unterschiedliche besondere Ausstattungsmerkmale der Praxis an. So zum Beispiel den Wunsch nach Hintergrundmusik und ablenkendem Interieur im Untersuchungszimmer (P86 und P79). Auch im Wartezimmer soll Musik vorhanden sein (P90) ebenso wie genügend aktuelle Zeitschriften (P87) und ein Praxis-TV, das über Krebsvorsorgemöglichkeiten und das Leistungsangebot der Praxis informiert (P91). Das Item P88 spricht zudem noch das Bedürfnis nach einer Praxis-Homepage im Internet an, die zu Informationszwecken dienen soll. Insgesamt gesehen lassen sich diese sechs Markieritems der Komponente II unter **“Bedürfnis nach Zusatzausstattung” (BB-S-P-Z)** zusammenfassen.

Tab. 38 Skala VII “Bedürfnis nach Zusatzausstattung” (BB-S-P-Z)

Nr. (IN)	Itemtext	a ¹	a ²	h ²	M	SD	p _i	r _{it-i}
	<i>Mir ist es wichtig, dass...</i>							
1. (P86)	...im Untersuchungszimmer dezente Hintergrundmusik vorhanden ist.	.85	.05	.73	3,87	1,06	.77	.70
2. (P90)	...im Wartezimmer dezente Hintergrundmusik vorhanden ist.	.85	-.02	.72	3,81	1,14	.76	.67
3. (P91)	...es im Wartezimmer ein Praxis-TV gibt, das Informationsfilme über Krebsvorsorgemöglichkeiten und das Leistungsangebot meiner Praxis zeigt.	.71	.09	.52	4,11	1,03	.82	.59
4. (P87)	...im Wartezimmer genügend aktuelle und nicht abgegriffene Zeitschriften vorhanden sind.	.58	.24	.40	3,10	1,13	.62	.49
5. (P79)	...im Untersuchungszimmer etwas vorhanden ist, das ich zur Ablenkung anschauen kann (z.B. Wand- oder Deckenbilder, Zimmerbrunnen).	.55	.29	.39	3,38	1,12	.68	.48
6. (P84)	...im Wartezimmer Informationsposter zur Krebsvorsorge und zu anderen medizinischen Themen hängen.	.48	.40	.39	2,98	1,10	.56	.48
7. (P88)	...es eine Praxis-Homepage im Internet gibt, auf der ich mich über Krebsvorsorgemöglichkeiten und das Leistungsangebot meiner Praxis informieren kann.	.53	.23	.33	2,98	1,20	.60	.48

Anmerkungen: IN = Itemnummer; a¹ = höchste Ladung auf Komponente II; a² = zweithöchste Ladung auf Komponente II; h² = Kommunalität; M = Mittelwert; SD = Standardabweichung; p_i = Itemschwierigkeit; r_{it-i} = Trennschärfe

4.6. A-posteriori-Dimensionen und Anpassung der Hypothesen

Im Zuge der Fragebogenentwicklung wurden die verwendeten Items einer A-priori-Dimensionierung unterzogen (siehe unter 3.2.3.), sodass die folgenden Kategorien entstanden:

- 1) auf den Arzt bezogenes
 - „Bedürfnis nach Information“
 - „Bedürfnis nach sozioemotionaler Unterstützung“
- 2) auf die Arzthelferin bezogenes
 - „Bedürfnis nach Information“
 - „Bedürfnis nach sozioemotionaler Unterstützung“
- 3) auf die Praxisausstattung und Praxisorganisation bezogene Betreuungsbedürfnisse

Aus diesen leiteten sich die entsprechenden Untersuchungshypothesen (H1a, H1b, H1c) ab (siehe unter 2.4.).

Mittels der durchgeführten Hauptkomponentenanalysen konnten die Betreuungsbedürfnisse nun konkretisiert und noch spezifischeren Kategorien zugeordnet werden, sodass die folgende A-posteriori-Dimensionierung anzulegen ist:

- 1) auf den Arzt bezogenes
 - „Bedürfnis nach Information“ (BB-S-A-I)
 - „Bedürfnis nach Respekt und Einfühlungsvermögen im Rahmen der körperlichen Untersuchung“ (BB-S-A-RE)
 - „Bedürfnis nach Zuwendung und Verfügbarkeit“ (BB-S-A-ZV)
- 2) auf die Arzthelferin bezogenes
 - „Bedürfnis nach Zuwendung und Service“ (BB-S-AH-ZS)
 - „Bedürfnis nach logistischer Unterstützung (BB-S-AH-L)
- 3) auf die Praxisstruktur bezogenes
 - „Bedürfnis nach Basisausstattung und Erreichbarkeit“ (BB-S-P-BE)
 - „Bedürfnis nach Zusatzausstattung“ (BB-S-P-Z)

Dementsprechend müssen auch die Untersuchungshypothesen H1a-c angepasst werden. Diese lauten nun wie folgt:

H1a:

Bezogen auf den Arzt lassen sich die Betreuungsbedürfnisse in drei Skalen abbilden: „Bedürfnis nach Information“ (BB-S-A-I), „Bedürfnis nach Respekt und Einfühlungsvermögen im Rahmen der körperlichen Untersuchung“ (BB-S-A-RE), „Bedürfnis nach Zuwendung und Verfügbarkeit“ (BB-S-A-ZV).

H1b:

Betreuungsbedürfnisse, welche sich auf die Arzthelferin beziehen, können in zwei Skalen eingeordnet werden: „Bedürfnis nach Zuwendung und Service“ (BB-S-AH-ZS), „Bedürfnis nach logistischer Unterstützung“ (BB-S-AH-L).

H1c:

Hinsichtlich der auf die praxisstrukturbezogenen Bedürfnisse ist eine Differenzierung in zwei Skalen sinnvoll: „Bedürfnis nach Basisausstattung und Erreichbarkeit“ (BB-S-P-BE) und „Bedürfnis nach Zusatzausstattung“ (BB-S-P-Z)

Der unter 4.5. beschriebene Arbeitsprozess zeigt in seinem Ergebnis, dass es möglich ist, Skalen zu entwickeln, welche in der Lage sind, die Betreuungsbedürfnisse gynäkologischer Vorsorge-Patientinnen mit Schwerpunkt auf den Arzt, die Arzthelferin sowie die Praxisstruktur differenziert abzubilden.

Die Strukturierungshypothesen H1a-c sind somit bestätigt.

4.7. Teststatistische Kennwerte und Gütekriterien der Skalen

Durch das Verfahren der Hauptkomponentenanalyse mit anschließender Varimax-Rotation konnten aus vormals 91 Fragebogen-Items insgesamt 63 Markiervariablen extrahiert werden, die sich auf sieben verschiedene Betreuungsbedürfnis-Dimensionen verteilen – drei arztbezogene, zwei arzthelferinnenbezogene sowie zwei praxisstrukturbezogene. Aus diesen Markieritems wurden sieben Skalen konstruiert, welche die psychosozialen Betreuungsbedürfnisse von Frauen im Rahmen der KFU darstellen und messen, in welchem Ausmaß die Patientinnen ihre Betreuungsbedürfnisse erfüllt wissen möchten. Die teststatistischen Skalenkennwerte sind der folgenden Tabelle zu entnehmen.

Tab. 39 Teststatistische Kennwerte der sieben Betreuungsbedürfnis-Skalen

Skalen-Kennwerte	Skalen						
	I	II	III	IV	V	VI	VII
Anzahl der Items	12	13	8	6	5	12	7
Skalenmittelwert der Summe	18,14	29,15	11,13	11,12	10,75	26,13	24,24
Standardabweichung der Skalensumme	5,69	7,09	3,06	3,38	3,59	7,37	5,36
Interne Konsistenz nach Cronbach α	.89	.82	.80	.79	.71	.85	.82
Mittlere Itemschwierigkeit	.30	.44	.28	.37	.43	.43	.69
Mittlere Trennschärfe (part-whole-korrigiert)	.59	.46	.51	.54	.47	.51	.56

Die Reliabilitätskennwerte (Interne Konsistenz nach Cronbach α) der sieben Skalen weisen zufriedenstellende bis sehr gute Werte auf (.71 - .89) wie aus Tabelle 39 hervorgeht. Die Trennschärfen der Items ist sehr gut (.46 - .59). In den Skalen I und III (.30 und .28) weisen die Items eine höhere Schwierigkeit auf als in den übrigen Skalen. Skala VII beinhaltet die „leichtesten“ Items (.69).

4.8. Interkorrelation der Betreuungsbedürfnis-Skalen

Tab. 40 Spearman-Ranginterkorrelationen zwischen den sieben Betreuungsbedürfnis-Skalen

Skalen		BB-S-A-I	BB-S-A-RE	BB-S-A-ZV	BB-S-AH-ZS	BB-S-AH-L	BB-S-P-BE	BB-S-P-Z
BB-S-A-I	N	943	935	938	941	941	931	934
	r	1,00	0,47	0,56	0,38	0,51	0,44	0,23
BB-S-A-I	p	-	**	**	**	**	**	**
	N	935	940	936	938	938	928	931
BB-S-A-RE	r	0,47	1,00	0,56	0,57	0,44	0,70	0,42
	p	**	-	**	**	**	**	**
BB-S-A-ZV	N	938	936	947	942	942	934	938
	r	0,56	0,56	1,00	0,56	0,36	0,45	0,16
BB-S-A-ZV	p	**	**	-	**	**	**	**
	N	941	938	942	951	950	939	942
BB-S-AH-ZS	r	0,38	0,57	0,56	1,00	0,54	0,58	0,39
	p	**	**	**	-	**	**	**
BB-S-AH-L	N	941	938	942	950	950	939	942
	r	0,51	0,44	0,36	0,54	1,00	0,52	0,44
BB-S-AH-L	p	**	**	**	**	-	**	**
	N	931	928	934	939	939	942	940
BB-S-P-BE	r	0,44	0,70	0,45	0,58	0,52	1,00	0,58
	p	**	**	**	**	**	-	**
BB-S-P-Z	N	934	931	938	942	942	940	946
	r	0,23	0,42	0,16	0,39	0,44	0,58	1,00
BB-S-P-Z	p	**	**	**	**	**	**	-

Anmerkung: ** $p \leq 0,01$

Wie sich aus Tabelle 37 ersehen lässt, korrelieren alle sieben Betreuungsbedürfnis-Skalen in unterschiedlichem Ausmaß miteinander. Hierbei sind sämtliche Zusammenhänge hoch signifikant ($p \leq 0,01$). Das Bedürfnis nach Respekt und Einfühlungsvermögen im Rahmen der körperlichen Untersuchung (BB-S-A-RE) korreliert hoch mit den Praxis bezogenen Bedürfnissen hinsichtlich der Basisausstattung und Erreichbarkeit (BB-S-P-BE; $r = 0,70$) und zeigt einen deutlichen Zusammenhang mit den Skalen BB-S-A-ZV ($r = 0,56$) und BB-S-AH-ZS ($r = 0,57$), welche auf die Zuwendung und Verfügbarkeit des Arztes sowie auf die Zuwendung und Servicebereitschaft

der Arzthelferinnen fokussieren. Gleichfalls deutliche Zusammenhänge bestehen zwischen der Skala BB-S-A-ZV und der Skala BB-S-AH-ZS ($r = 0,56$), wohingegen die Betreuungsbedürfnisse nach ärztlicher Zuwendung und Verfügbarkeit (BB-S-A-ZV) auffallend gering mit Skala BB-S-P-Z ($r = 0,16$) korrelieren, welche das Bedürfnis nach einer Praxis-Zusatzausstattung widerspiegelt. Deutliche Überschneidungen zeigen sich zwischen den Bedürfnissen nach ärztlicher Informationsvermittlung (BB-S-A-I) und logistischer Unterstützung durch die Arzthelferin (BB-S-AH-L; $r = 0,51$) sowie auch zwischen Erstgenannten und der Skala BB-S-A-ZV ($r = 0,56$). Während die an die Arzthelferinnen gerichteten Bedürfnisse nach Zuwendung und Service (BB-S-AH-ZS) darüber hinaus deutlich mit den Skalen BB-S-AH-L ($r = 0,54$) sowie BB-S-P-BE ($r = 0,58$) korrelieren, zeigen die Helferinnen bezogenen Bedürfnisse nach logistischer Unterstützung (BB-S-AH-L) auch einen deutlichen Zusammenhang mit der Skala BB-S-P-BE ($r = 0,52$). Patientinnenbedürfnisse mit Bezug auf die Praxis-Basisausstattung (BB-S-P-BE) korrelieren deutlich mit jenen, welche die Praxis-Zusatzausstattung im Fokus haben (BB-S-P-Z; $r = 0,58$). Hingegen zeigt sich nur ein schwacher Zusammenhang zwischen dem Wunsch nach Zusatzausstattung (BB-S-P-Z) und den Informationsbedürfnissen bezogen auf den Arzt (BB-S-A-I; $r = 0,23$).

4.9. Hierarchie der Betreuungsbedürfnisse

Tab. 41 Skalenmittelwerte und Standardabweichungen der sieben Betreuungsbedürfnis-Skalen

Skala	N	Mittelwert	Standardabweichung	K-S p	Gruppendifferenzen* Wilcoxon-Test P
BB-S-A-I	941	1,51	0,47	***	≤ 0,001 (alle Paarungen)
BB-S-A-RE	940	2,24	0,55	**	
BB-S-A-ZV	942	1,39	0,38	***	
BB-S-AH-ZS	944	1,85	0,56	***	≤ 0,001
BB-S-AH-L	944	2,15	0,72	***	≤ 0,001
BB-S-P-BE	934	2,18	0,61	*	
BB-S-P-Z	937	3,46	0,77	**	

Anmerkungen: N = Anzahl der auswertbaren Fragebögen; Antwortskala von 1 = „sehr wichtig“ bis 5 = „nicht wichtig“; K-S = Kolmogorov-Smirnov-Test auf Normalverteilung, *** $p \leq 0,001$, ** $p \leq 0,01$, * $p \leq 0,05$; *F-Test $\leq 0,001$

Aus Tabelle 41 wird ersichtlich, dass sich im Kolmogorov-Smirnov-Anpassungstest alle sieben Betreuungsbedürfnis-Skalen als nicht normalverteilt ($p \leq 0,05$) erweisen. Eine parameterfreie multivariante Auswertung mittels Friedman-Test für verbundene Stichproben zeigt, dass sich die Skalenmittelwerte der drei arztbezogenen Skalen (BB-S-A-I, BB-S-A-RE, BB-S-A-ZV) Bonferroni korrigiert signifikant unterscheiden ($p \leq 0,001$). Diese arztbezogenen Skalenmittelwerte waren auch im Gruppenvergleich jeweils signifikant unterschiedlich (Wilcoxon-Test $p \leq 0,001$); gleiches gilt auch für die auf die Arzthelferinnen (BB-S-AH-ZS/BB-S-AH-L, Wilcoxon-Test $p \leq 0,001$) und die Praxisstruktur bezogenen Betreuungsbedürfnisse (BB-S-P-BE/BB-S-P-Z, Wilcoxon-Test $p \leq 0,001$).

Die befragten Patientinnen messen also der Zuwendung und Verfügbarkeit des Arztes die höchste Wichtigkeit bei, danach folgen die Bedürfnisse nach Informationsvermittlung durch den Arzt sowie Zuwendung und Servicebereitschaft seitens der Arzthelferin. Die Betreuungsbedürfnisse „logistische Unterstützung“ durch die Arzthelferin, „Respekt und Einfühlungsvermögen im Rahmen der körperlichen Untersuchung“ sowie „Basisausstattung und Erreichbarkeit“ der Praxis rangieren im Mittelfeld mit Werten zwischen zwei und drei, was nach dem verwendeten Verbalanker *ziemlich wichtig* bis *mittelmäßig wichtig* bedeutet. Die geringste Bedeutung messen die Frauen den Items der Skala „Bedürfnis nach Zusatzausstattung“ zu – hier liegt die Bewertung bei *ziemlich wichtig* bis *wenig wichtig*. Die Skalenmittelwerte zeigen in der Zusammenschau demnach deutliche Unterschiede in der Wichtigkeit, mit der die Patientinnen ihre Betreuungsbedürfnisse erfüllt sehen möchten. Die postulierte Strukturhypothese H1d ist somit verifiziert.

4.10. Zusammenhang von Betreuungsbedürfnissen und Kontrollüberzeugungen

Korrelationen der Betreuungsbedürfnisskalen (BB-S) mit den Kontrollüberzeugungen zu Krankheit und Gesundheit (KKG)

Anhand der Werte in Tabelle 42 lässt sich erkennen, dass es signifikante Zusammenhänge zwischen den Betreuungsbedürfnisskalen BB-S-AH-L und BB-S-P-Z und der sozial-externalen sowie der fatalistisch-externalen Kontrollüberzeugung gibt (BB-S-AH-L/KKG-P, $r = -0,13$, $p \leq 0,001$; BB-S-P-Z/KKG-P, $r = -0,19$, $p \leq 0,001$;

BB-S-AH-L/KKG-C, $r = -0,10$, $p \leq 0,01$; BB-S-P-Z/ KKG-C, $r = 0,16$, $p \leq 0,001$). Zudem besteht auch ein Zusammenhang zwischen der BB-S-P-BE und sozialer Externalität (BB-S-P-BE/KKG-P, $r = 0,11$, $p \leq 0,001$).

Zusammenhänge zwischen den Betreuungsbedürfnissen der Vorsorge-Patientinnen und ihren gesundheitsbezogenen Kontrollüberzeugungen sind somit nachgewiesen - die Zusammenhangshypothese (H2) kann folglich beibehalten werden.

Die beschriebenen Korrelationen bestätigen die Konstruktvalidität der neuen Betreuungsbedürfnisskalen. Die Kennwerte zu den Gütekriterien legen nahe, dass die entwickelten sieben Skalen in Form eines Fragebogens als objektives, reliables und - ersten Gültigkeitsuntersuchungen zufolge - konstruktvalides Messinstrument zur Detektion des subjektiven Betreuungsbedarfs gynäkologischer Vorsorge-Patientinnen eingesetzt werden können.

Tab. 42 Zusammenhänge zwischen den Skalenwerten der BB-S und den Subskalen des KKG

Skalen		KKG-I	KKG-P	KKG-C
BB-S-A-I	N	898	898	898
	r	-0,00	-0,07	0,00
	p	n.s.	*	n.s.
BB-S-A-RE	N	897	897	897
	r	0,01	-0,06	0,03
	p	n.s.	n.s.	n.s.
BB-S-A-ZV	N	901	901	901
	r	0,01	-0,05	-0,03
	p	n.s.	n.s.	n.s.
BB-S-AH-ZS	N	906	906	906
	r	-0,01	-0,09	0,00
	p	n.s.	**	n.s.
BB-S-AH-L	N	906	906	906
	r	0,04	-0,13	-0,10
	p	n.s.	***	**
BB-S-P-BE	N	903	903	903
	r	-0,10	-0,11	-0,06
	p	n.s.	***	n.s.
BB-S-P-Z	N	907	907	907
	r	-0,03	-0,19	-0,16
	p	n.s.	***	***

Anmerkungen: *** $p \leq 0,001$, ** $p \leq 0,01$, * $p \leq 0,05$, n.s. = nicht signifikant; KKG-I = KKG-Subskala „Internalität“, KKG-P = KKG-Subskala „soziale Externalität“, KKG-C = KKG-Subskala „fatalistische Externalität“

4.11. Gruppenunterschiede innerhalb der Betreuungsbedürfnisse

Im Kapitel 2.4. wurden Unterschiedshypothesen aufgestellt, die besagen, dass der psychosoziale Betreuungsbedarf im Rahmen der KFU in Abhängigkeit von den persönlichen Besonderheiten der Patientinnen differiert. Gruppenunterschiede sind anzunehmen im Hinblick auf die soziodemographischen Determinanten der Probandinnen (Alter, Lebenssituation, Sozialschichtzugehörigkeit) sowie hinsichtlich ihrer gesundheitsbezogenen Kontrollüberzeugungen.

Alter

Tab. 43 Gruppenunterschiede: Betreuungsbedürfnisse in Abhängigkeit vom Alter

Skalen		1. Altersquartil (20-30 Jahre)	4. Altersquartil (54-84 Jahre)	ausgegebene Signifikanz	Signifikanz nach Bonferroni- Holm- Korrektur
BB-S-A-I	M	1,62	1,40	***	***
	SD	0,48	0,51		
	N	235	228		
BB-S-A-RE	M	2,27	2,08	***	***
	SD	0,54	0,55		
	N	235	224		
BB-S-A-ZV	M	1,44	1,31	***	***
	SD	0,41	0,36		
	N	235	232		
BB-S-AH-ZS	M	1,85	1,76	n.s.	n.s.
	SD	0,54	0,56		
	N	235	233		
BB-S-AH-L	M	2,10	2,01	*	0,02
	SD	0,60	0,79		
	N	235	233		
BB-S-P-BE	M	2,15	2,03	*	0,014
	SD	0,58	0,64		
	N	233	232		
BB-S-P-Z	M	3,28	3,48	*	0,012
	SD	0,76	0,78		
	N	234	233		

Anmerkung: Signifikanzberechnung nach dem Mann-Whitney-Test mit anschließender Bonferroni-Holm-Korrektur, *** $p \leq 0,001$, ** $p \leq 0,01$, * $p \leq 0,05$, n.s. = nicht signifikant ($p > 0,05$)

Die Altersgruppen der Jüngeren und Älteren wurden anhand von Quartilen gebildet. Hierbei wurden die Altersgrenzen für jüngere Frauen bei 20-30 Jahren, für Frauen mittleren Alters bei 31-53 Jahren und für Ältere bei 54-84 Jahren festgelegt.

Um Gruppenunterschiede zu detektieren, welche die Betreuungsbedürfnisse in Abhängigkeit vom Alter der Patientinnen darstellen, wurde ein Mann-Whitney-Test mit anschließender Bonferroni-Holm-Korrektur durchgeführt.

Nach Bonferroni-Korrektur ergibt sich ein Signifikanzniveau von $0,05 / 7 = 0,007$.

Somit sind lediglich die Unterschiede in den drei arztbezogenen Skalen signifikant ($p \leq 0,001$), da die Überschreitungswahrscheinlichkeiten der übrigen vier Skalen alle über dem Signifikanzniveau von $p = 0,007$ liegen.

Um die Effekte der Bonferroni-Korrektur etwas abzumildern und nicht zu viele Einzelvergleiche zu verlieren, erfolgt eine erneute Adjustierung des α -Fehlers in Form der Bonferroni-Holm-Korrektur. Hierzu wird die verbliebene Anzahl an Vergleichen zugrunde gelegt, woraus sich ein neues Signifikanzniveau von $0,05 / 4 = 0,0125$ ergibt.

Der Vergleich der Skala BB-S-P-Z mit den Altersquartilen weist eine Überschreitungswahrscheinlichkeit von $p = 0,012$ auf und liegt somit knapp unterhalb des geforderten neuen Grenzwertes, so dass dieser Unterschied als statistisch signifikant anzusehen ist. Anhand der restlichen drei Einzelwahrscheinlichkeiten wird gemäß oben beschriebener Bonferroni-Holm-Korrektur der nächste p-Wert ermittelt:

$0,05 / 3 = 0,0166$. Die Überschreitungswahrscheinlichkeit der Skala BB-S-P-BE in Bezug auf das Alter zeigt eine Höhe von $p=0,014$ und entspricht damit gleichfalls dem neu geforderten Signifikanzniveau. Für die nächstgrößere Überschreitungswahrscheinlichkeit liegt die Grenze bei $0,05 / 2 = 0,025$. Da der Vergleich der Skala BB-S-AH-L mit den Altersquartilen einen p-Wert von 0,02 aufweist, ist auch dieser Unterschied als statistisch signifikant zu werten.

Einzig und allein der letzte Einzelvergleich zwischen Skala BB-S-AH-ZS und dem Patientinnenalter ist nicht signifikant ($p > 0,05$).

In der Gesamtschau kann die Unterschiedshypothese H3a als verifiziert gelten.

Lebenssituation

Tab. 44 Gruppenunterschiede: Betreuungsbedürfnisse in Abhängigkeit von der Lebenssituation

Skalen		in Partnerschaft lebend	allein lebend	ausgegebene Signifikanz	Signifikanz nach Bonferroni-Korrektur
BB-S-A-I	M	1,51	1,50	n.s.	n.s.
	SD	0,47	0,48		
	N	699	244		
BB-S-A-RE	M	2,25	2,21	n.s.	n.s.
	SD	0,55	0,54		
	N	697	243		
BB-S-A-ZV	M	1,39	1,40	n.s.	n.s.
	SD	0,37	0,42		
	N	699	248		
BB-S-AH-ZS	M	1,86	1,84	n.s.	n.s.
	SD	0,56	0,57		
	N	707	244		
BB-S-AH-L	M	2,18	2,08	n.s.	n.s.
	SD	0,73	0,68		
	N	706	244		
BB-S-P-BE	M	2,21	2,10	**	n.s.
	SD	0,62	0,60		
	N	700	242		
BB-S-P-Z	M	3,50	3,35	**	n.s.
	SD	0,76	0,77		
	N	705	241		

Anmerkung: Signifikanzberechnung nach dem Mann-Whitney-Test mit anschließender Bonferroni-Korrektur, *** $p \leq 0,001$, ** $p \leq 0,01$, * $p \leq 0,05$, n.s. = nicht signifikant ($p > 0,05$)

Zur Überprüfung der Unterschiede in den sieben Betreuungsbedürfnis-Skalen bezogen auf die Lebenssituation der befragten Patientinnen wurde ein Mann-Whitney-Test mit anschließender Bonferroni-Korrektur durchgeführt.

Nach Bonferroni-Korrektur zeigt sich ein Signifikanzniveau von $0,05 / 7 = 0,007$.

Wird die Bonferroni-Korrektur angelegt, so sind zwischen keiner der Betreuungsbedürfnis-Skalen und der Lebenssituation der Probandinnen signifikante Unterschiede erkennbar. Es liegen somit keine signifikanten Zusammenhänge zwischen den Betreuungsbedürfnissen und der Lebenssituation der Patientinnen (in Partnerschaft lebend versus allein lebend) vor.

Die Unterschiedshypothese H3b muss folglich zurückgewiesen werden.

Sozialschichtzugehörigkeit

Tab. 45 Gruppenunterschiede: Betreuungsbedürfnisse in Abhängigkeit von der Sozialschichtzugehörigkeit

Skalen		Unterschicht	Mittelschicht	Oberschicht	Signifikanz nach Kruskal-Wallis-Test
BB-S-A-I	M	1,36	1,54	1,53	***
	SD	0,37	0,50	0,47	
	N	117	424	378	
BB-S-A-RE	M	2,11	2,27	2,26	*
	SD	0,55	0,55	0,53	
	N	114	426	376	
BB-S-A-ZV	M	1,36	1,38	1,41	n.s.
	SD	0,40	0,38	0,38	
	N	118	425	380	
BB-S-AH-ZS	M	1,79	1,86	1,87	n.s.
	SD	0,62	0,55	0,55	
	N	119	427	381	
BB-S-AH-L	M	1,91	2,17	2,22	***
	SD	0,69	0,74	0,68	
	N	119	426	381	
BB-S-P-BE	M	2,00	2,19	2,23	***
	SD	0,63	0,64	0,58	
	N	118	423	382	
BB-S-P-Z	M	3,25	3,45	3,55	***
	SD	0,78	0,77	0,75	
	N	118	427	383	

Anmerkungen: Signifikanzberechnung nach dem Kruskal-Wallis-Test, *** $p \leq 0,001$, ** $p \leq 0,01$, * $p \leq 0,05$, n.s. = nicht signifikant ($p > 0,05$)

Tab. 46 Gruppenunterschiede innerhalb der Sozialschichten

Skalen	Sozialschichten im Vergleich		
	Unterschicht / Mittelschicht	Unterschicht / Oberschicht	Mittelschicht / Oberschicht
BB-S-A-I	***	***	n.s.
BB-S-A-RE	**	**	n.s.
BB-S-AH-L	***	***	n.s.
BB-S-P-BE	**	***	n.s.
BB-S-P-Z	**	***	*

Anmerkungen: Signifikanzberechnung nach dem Mann-Whitney-Test, *** $p \leq 0,001$, ** $p \leq 0,01$, * $p \leq 0,05$, n.s. = nicht signifikant ($p > 0,05$)

Um zu überprüfen, ob die Ausprägung der Betreuungsbedürfnisse vom sozialen Status der Patientinnen abhängt, wurde zunächst ein Kruskal-Wallis-Test durchgeführt, gefolgt von einer Signifikanzberechnung mittels Mann-Whitney-Test.

Legt man ein Signifikanzniveau von 0,05 zugrunde, so ist aus den Werten der Tabellen 45 und 46 zu ersehen, dass es innerhalb der Sozialschichten teils hoch signifikante Unterschiede bezüglich des Bedürfnisses nach ärztlicher Informationsvermittlung gibt ($p \leq 0,01$), welche zur Bestätigung der Unterschiedshypothese H3c führen.

Gesundheitsbezogene Kontrollüberzeugungen – interne Kontrollüberzeugung

Tab. 47 Gruppenunterschiede: Betreuungsbedürfnisse in Abhängigkeit von der internalen Kontrollüberzeugung

Skalen		schwache Internalität	starke Internalität	ausgegebene Signifikanz
BB-S-A-I	M SD N	1,53 0,51 301	1,53 0,63 40	n.s.
BB-S-A-RE	M SD N	2,27 0,57 299	2,35 0,64 41	n.s.
BB-S-A-ZV	M SD N	1,40 0,40 302	1,42 0,41 41	n.s.
BB-S-AH-ZS	M SD N	1,90 0,62 304	1,86 0,66 41	n.s.
BB-S-AH-L	M SD N	2,20 0,80 304	2,27 0,80 41	n.s.
BB-S-P-BE	M SD N	2,23 0,66 303	2,25 0,67 40	n.s.
BB-S-P-Z	M SD N	3,53 0,79 305	3,49 0,86 41	n.s.

Anmerkung: Signifikanzberechnung nach dem Mann-Whitney-Test, ***p ≤ 0,001, **p ≤ 0,01, *p ≤ 0,05, n.s. = nicht signifikant (p > 0,05)

Um zu überprüfen, ob es Unterschiede zwischen den Betreuungsbedürfnissen und der Ausprägung der internalen Kontrollüberzeugung gibt, wurde zunächst eine Signifikanzberechnung nach dem Mann-Whitney-Test vorgenommen.

Da alle p-Werte deutlich das geforderte Signifikanzniveau von fünf Prozent überschreiten, liegen hier keine signifikanten Differenzen vor.

Gesundheitsbezogene Kontrollüberzeugungen – sozial-externale Kontrollüberzeugung

Tab. 48 Gruppenunterschiede: Betreuungsbedürfnisse in Abhängigkeit von der sozial-externalen Kontrollüberzeugung

Skalen		schwache soziale Externalität	starke soziale Externalität	ausgegebene Signifikanz	Signifikanz nach Bonferroni-Holm-Korrektur
BB-S-A-I	M	1,57	1,44	n.s.	n.s.
	SD	0,55	0,42		
	N	65	272		
BB-S-A-RE	M	2,37	2,18	n.s.	n.s.
	SD	0,65	0,53		
	N	65	272		
BB-S-A-ZV	M	1,42	1,33	n.s.	n.s.
	SD	0,49	0,34		
	N	65	273		
BB-S-AH-ZS	M	2,03	1,76	** (0,003)	**
	SD	0,69	0,50		
	N	65	277		
BB-S-AH-L	M	2,48	2,03	***	***
	SD	0,91	0,67		
	N	65	277		
BB-S-P-BE	M	2,32	2,08	** (0,008)	**
	SD	0,77	0,56		
	N	63	277		
BB-S-P-Z	M	3,81	3,32	***	***
	SD	0,98	0,75		
	N	64	278		

Anmerkung: Signifikanzberechnung nach dem Mann-Whitney-Test mit anschließender Bonferroni-Holm-Korrektur, *** $p \leq 0,001$, ** $p \leq 0,01$, * $p \leq 0,05$, n.s. = nicht signifikant ($p > 0,05$)

Inwiefern sich die Betreuungsbedürfnisse von Patientinnen unterscheiden, bei denen die sozial-externale Kontrollüberzeugung sehr stark oder sehr schwach ausgeprägt ist, sollte der Mann-Whitney-Test mit anschließender Bonferroni-Holm-Korrektur zeigen. Nach der Bonferroni-Korrektur ergibt sich ein Signifikanzniveau von $0,05 / 7 = 0,007$. Wird die Bonferroni-Korrektur angelegt, sind lediglich die Unterschiede in den Skalen BB-S-AH-L, BB-S-P-Z und BB-S-AH-ZS signifikant, da die

Überschreitungswahrscheinlichkeiten der übrigen vier Skalen alle über dem Signifikanzniveau von $p=0,007$ liegen. Es erfolgt eine erneute Adjustierung des alpha-Fehlers anhand der vier verbleibenden Einzelvergleiche mittels der Bonferroni-Holm-Korrektur, aus der sich ein Signifikanzniveau von $0,05 / 4 = 0,0125$ ergibt. Der Vergleich von Skala BB-S-P-BE mit der sozial-externalen Kontrollüberzeugung weist eine Überschreitungswahrscheinlichkeit von $p=0,008$ auf und liegt damit unterhalb des korrigierten p-Wertes von $0,0125$, was den Unterschied als statistisch signifikant ausweist.

Für die nächstgrößere Überschreitungswahrscheinlichkeit wird nun im Sinne der Bonferroni-Holm-Korrektur wieder eine neue Grenze ermittelt. Adjustiert anhand der restlichen drei Einzelvergleiche ergibt sich ein p-Wert von $0,05 / 3 = 0,0166$.

Da die übrigen drei Einzelvergleiche alle p-Werte oberhalb dieser Grenze aufweisen, sind diese Unterschiede nicht mehr als statistisch signifikant anzusehen.

Gesundheitsbezogene Kontrollüberzeugungen – fatalistisch-externale Kontrollüberzeugung

Tab. 49 Gruppenunterschiede: Betreuungsbedürfnisse in Abhängigkeit von der fatalistisch-externalen Kontrollüberzeugung

Skalen		schwache fatalistische Externalität	starke fatalistische Externalität	ausgegebene Signifikanz	Signifikanz nach Bonferroni- Korrektur
BB-S-A-I	M	1,52	1,53	n.s.	n.s.
	SD	0,51	0,52		
	N	137	152		
BB-S-A-RE	M	2,19	2,30	n.s.	n.s.
	SD	0,57	0,58		
	N	137	151		
BB-S-A-ZV	M	1,36	1,36	n.s.	n.s.
	SD	0,38	0,40		
	N	137	152		
BB-S-AH-ZS	M	1,81	1,88	n.s.	n.s.
	SD	0,60	0,58		
	N	137	153		
BB-S-AH-L	M	2,25	2,06	*	n.s.
	SD	0,77	0,73		
	N	137	153		
BB-S-P-BE	M	2,23	2,18	*	n.s.
	SD	0,61	0,64		
	N	136	153		
BB-S-P-Z	M	3,62	3,31	***	***
	SD	0,85	0,74		
	N	137	152		

Bemerkung: Signifikanzberechnung nach dem Mann-Whitney-Test mit anschließender Bonferroni-Korrektur, , ***p ≤ 0,001, **p ≤ 0,01, *p ≤ 0,05, n.s. = nicht signifikant (p > 0,05)

Auch hier wurde zur Überprüfung auf mögliche Unterschiede zwischen den Betreuungsbedürfnissen und der Ausprägung der fatalistischen Externalität zu Beginn ein Mann-Whitney-Test mit nachfolgender Bonferroni-Holm-Korrektur durchgeführt. Nach der Bonferroni-Korrektur ergibt sich ein Signifikanzniveau von $0,05 / 7 = 0,007$. Legt man die Bonferroni-Korrektur an, so ist lediglich der Unterschied in der Skala BB-S-P-Z in Bezug auf die fatalistische Externalitätsausprägung hoch signifikant ($p \leq 0,001$).

Die Überschreitungswahrscheinlichkeiten der übrigen Einzelvergleiche liegen allesamt über dem neuen Signifikanzniveau von $p=0,007$ und weisen somit keine statistische Signifikanz auf.

In der Zusammenschau der dargestellten Ergebnisse kann die Unterschiedshypothese H3d im Hinblick auf die sozial-externalen Kontrollüberzeugungen beibehalten werden. Bezogen auf die Betreuungsbedürfnisse in Abhängigkeit von den fatalistisch-externalen Kontrollüberzeugungen ist die Hypothese nur bedingt haltbar, und fokussiert auf das Verhältnis von Betreuungsbedürfnissen und internalen Kontrollüberzeugungen muss H3d zurückgewiesen werden.

5. Diskussion

Mehrere Studien in unterschiedlichen Betreuungskontexten konnten bereits zeigen, dass die Betreuungsbedürfnisse von Patienten einen wichtigen Gegenstand der aktuellen Forschung darstellen (61, 63, 194, 238).

Da bislang jedoch noch kein Forschungsprojekt die Betreuungsbedürfnissen im Rahmen der gynäkologischen KFU untersucht hat, war es Gegenstand und Ziel der vorliegenden Arbeit, eben jene zu eruieren und in geeigneter Form zu kategorisieren. Darüber hinaus sollte geprüft werden, ob sich die Wichtigkeit der identifizierten Betreuungsbedürfnisse in einer Wertigkeitsrangfolge abbilden lässt (Hierarchie), welche persönlichen Besonderheiten der Probandinnen Einfluss auf die Ausprägung der Betreuungsbedürfnisse haben (Determinanten) und ob es einen Zusammenhang zwischen den gesundheitsbezogenen Kontrollüberzeugungen und den Patientinnenbedürfnissen gibt.

Literaturgestützt und mithilfe von eigens dafür durchgeführten Patienteninterviews sowie einer Expertenbefragung konnte ein Fragebogen mit 91 Betreuungsbedürfnis-Items ausgearbeitet werden. Die dimensionsanalytische Auswertung der im Rahmen der Hauptuntersuchung ausgefüllten Fragebögen führte zur Entwicklung von sieben Betreuungsbedürfnis-Skalen. Diese können als Erfassungsinstrument für die psychosozialen Bedürfnisse und Wünsche von Frauen in Bezug auf die ambulante Krebsvorsorgeuntersuchung dienen.

Im Zuge der Hauptuntersuchung wurden die Probandinnen zusätzlich nach ihren Präferenzen hinsichtlich Terminerinnerung, Befundmitteilung, Informationsvermittlung und Informationsbroschüren sowie im Hinblick auf Individuelle Gesundheitsleistungen und das Untersuchergeschlecht befragt. Diese Ergebnisse werden ebenso wie die Resultate der einzelnen Items unter 5.5. *Deskriptive Statistiken* diskutiert.

5.1. Kategorisierung der Betreuungsbedürfnisse

Die a-priori formulierten Strukturierungshypothesen (H1a-c) mussten nach durchgeführter Hauptkomponentenanalyse (inklusive anschließender Varimax-Rotation) a-posteriori angepasst werden. Wurde zu Beginn der Arbeit noch angenommen, dass sich die arztbezogenen wie arztshelferinnenbezogenen Betreuungsbedürfnisse

jeweils in die zwei Kategorien „Bedürfnis nach Information“ sowie „Bedürfnis nach sozioemotionaler Unterstützung“ einteilen ließen, so zeigte sich nach Durchführung der Hauptkomponentenanalyse eine andere Form der Klassifizierung.

Betreuungsbedürfnisse mit Bezug auf den Gynäkologen verteilten sich auf drei Komponenten: „Bedürfnis nach Information“ (BB-S-A-I), „Bedürfnis nach Respekt und Einfühlungsvermögen im Rahmen der körperlichen Untersuchung“ (BB-S-A-RE) und „Bedürfnis nach Zuwendung und Verfügbarkeit“ (BB-S-A-ZV). Die durch diese drei Komponenten aufgeklärte Totalvarianz beträgt 40,29%.

Ähnliche Dimensionen der arztbezogenen Betreuungsbedürfnisse konnte auch Fischbeck im Jahre 2002 aufdecken. In ihrer Arbeit stellte sie die Bedürfnisse von Brustkrebpatientinnen in den Kategorien „Bedürfnis nach Verfügbarkeit des Arztes“, „Bedürfnis nach sozioemotionaler Unterstützung“ sowie „Bedürfnis nach Information und Mitbestimmung“ (61) dar. Im Vergleich der beiden Arbeiten wird deutlich, dass der Aspekt der ärztlichen Informationsvermittlung ebenso wie die ärztliche Verfügbarkeit eine zentrale Rolle für gynäkologische Patientinnen darstellt. Auch in der Studie von Schmidt, welche die Betreuungsbedürfnisse von Patienten in der primärärztlichen Versorgung beleuchtet (194), ist neben den speziellen Wünschen, die an einen Hausarzt gestellt werden, gleichfalls der Informationsfaktor wie auch die ärztliche Empathie und Wertschätzung von wesentlicher Bedeutung.

Wünsche, die die Arzthelferinnen betreffen, bildeten sich in der aktuellen Arbeit in zwei weiteren Dimensionen ab, welche eine Gesamtvarianz von 48,92% aufweisen: „Bedürfnis nach Zuwendung und Service“ (BB-S-AH-ZS) sowie „Bedürfnis nach logistischer Unterstützung“ (BB-S-AH-L).

Für die Patientinnenbedürfnisse hinsichtlich der Praxisausstattung sowie -organisation konnten zwei Dimensionen aufgedeckt werden: „Bedürfnis nach Basisausstattung und Erreichbarkeit“ (BB-S-P-BE) sowie „Bedürfnis nach Zusatzausstattung“ (BB-S-P-Z). Die Totalvarianz dieser zwei Komponenten beträgt 41,68%.

Da Schmidt in seinem Forschungsprojekt zu Betreuungsbedürfnissen im hausärztlichen Bereich ebenfalls die Betreuung durch die Praxisassistentinnen sowie die Ausstattung und Organisation der Praxis beleuchtet hat (194), wäre ein Vergleich mit diesen Ergebnissen äußerst interessant, muss derzeit aber noch zurückgestellt werden, da bis dato hinsichtlich dieser Betreuungsaspekte noch keine faktorenanalytische Auswertung und Dimensionierung vorliegt.

Mittels der oben beschriebenen PCA konnten im Rahmen der aktuellen Studie sieben Dimensionen des subjektiven Betreuungsbedarfes in Bezug auf die gynäkologische KFU identifiziert werden. Die internen Konsistenzen der sieben Skalen sind als akzeptabel bis sehr gut zu bewerten (Cronbachs $\alpha = .71 - .89$) und somit vergleichbar mit den Skalen, welche in anderen Betreuungskontexten, wie beispielsweise der Brustkrebsnachsorge oder dem anästhesiologischen Prämedikations-Gespräch, entwickelt worden sind (61, 238).

5.2. Hierarchie der Betreuungsbedürfnisse

Die Wichtigkeit der Betreuungsbedürfnisse lässt sich in Form einer Wertigkeitsrangfolge abbilden wie aus Tabelle 41 (S. 96) ersichtlich ist. Das Erfüllen der arztbezogenen Betreuungsbedürfnisse war den Patientinnen im Mittel *sehr wichtig* bis *ziemlich wichtig* (BB-S-A-ZV: M = 1,39; SD = 0,35; BB-S-A-I: M = 1,51; SD = 0,47; BB-S-A-RE: M = 2,24; SD = 0,55). Eben solche Wichtigkeit wurde den Betreuungsbedürfnissen mit Bezug auf die Arzthelferin beigemessen (BB-S-AH-ZS: M = 1,85; SD = 0,56; BB-S-AH-L: M = 2,15; SD = 0,72). Hinsichtlich der Wünsche, welche auf die Praxisorganisation und Praxisausstattung fokussieren, wurde die Erfüllung dieser im Mittel mit *ziemlich wichtig* bis *mittelmäßig wichtig* angegeben (BB-S-P-BE: M = 2,18; SD = 0,61; BB-S-P-Z: M = 3,46; SD = 0,77). Vergleicht man nun die einzelnen Mittelwerte, so wird die hierarchische Organisation der Betreuungsbedürfnisse gemäß ihrer Wichtigkeit sichtbar. Die Strukturhypothese H1d ist somit bestätigt.

Die Arbeit zeigt, dass Patientinnen im Rahmen der gynäkologischen KFU der Informationsvermittlung durch den Arzt wie auch der ärztlichen Zuwendung und Verfügbarkeit in der Wertigkeitsrangfolge einen besonders hohen Platz einräumen. Hier lassen sich Parallelen zu den Ergebnissen von Fischbeck ziehen, die ebenfalls das Bedürfnis nach Information und Mitbestimmung wie auch das Bedürfnis nach Verfügbarkeit des Arztes als die zentralen Faktoren für die Brustkrebspatientinnen aufdecken konnte (61).

5.3. Determinanten der Betreuungsbedürfnisse

Ob sich Betreuungs- und Informationsbedürfnisse von Patienten im Hinblick auf diverse Determinanten wie Alter, Geschlecht, Sozialstatus u.a. unterscheiden, wurde bereits in verschiedenen Forschungsprojekten untersucht (61, 153, 194, 238).

Die Auswertung der soziodemographischen Daten der vorliegenden Arbeit (siehe Tab. 43, S. 99) lässt erkennen, dass bei jüngeren Frauen das Bedürfnis nach einer Praxis-Zusatzausstattung stärker ausgeprägt ist als bei älteren Patientinnen. Hingegen ist den Älteren die Erfüllung der arztbezogenen Betreuungsbedürfnisse deutlich wichtiger. Hier ist der Unterschied zu den Probandinnen der ersten Altersquartile hoch signifikant sowohl in Bezug auf das Bedürfnis nach Information als auch hinsichtlich des Bedürfnisses nach Respekt und Einfühlungsvermögen im Rahmen der körperlichen Untersuchung und des Bedürfnisses nach Zuwendung und Verfügbarkeit des Arztes. Ältere Patientinnen messen der Basisausstattung der Praxis und ihrer Erreichbarkeit einen größeren Stellenwert bei als die Jüngeren, und auch das Bedürfnis nach logistischer Unterstützung bezogen auf die Arzthelferin ist bei älteren Frauen stärker ausgeprägt als bei Jüngeren. Beide Gruppenunterschiede zeigen sich statistisch signifikant. Keine Unterschiede in den Altersgruppen zeigen sich hingegen im Bedürfnis nach Zuwendung und Service durch die Arzthelferin.

Betrachtet man die Ergebnisse in ihrer Gesamtheit kann die aufgestellte Unterschiedshypothese H3a bestätigt werden. Hingegen ist die Hypothese H3b nicht haltbar, postulierte sie doch divergente Betreuungsbedürfnisse der Patientinnen in Abhängigkeit von ihrer Lebenssituation. Die durchgeführte Studie konnte jedoch keinerlei signifikante Unterschiede bezüglich der Betreuungsbedürfnisse von allein lebenden Patientinnen und solchen, die in Partnerschaft leben, aufzeigen (siehe Tab. 44, S. 101). In Bezug auf die Sozialschichtzugehörigkeit der Probandinnen wurde die Unterschiedshypothese H3c formuliert. Im Ergebnis (siehe Tab. 45, S. 102) zeigt die vorliegende Arbeit, dass Patientinnen der Unterschicht gegenüber Frauen aus der Mittel- oder Oberschicht ein deutlich höher ausgeprägtes Informationsvermittlungsbedürfnis haben. Ebenso weisen Unterschichtzugehörige einen stärker ausgeprägten Bedarf nach Respekt und ärztlichem Einfühlungsvermögen im Rahmen der körperlichen Untersuchung auf. Hoch signifikant stellen sich zudem die Unterschiede dar, wenn es um den Wunsch nach logistischer Unterstützung durch die Arzthelferin geht. Auch hier weisen Unterschichtprobandinnen ein deutlich intensiveres Bedürfnis

auf als Angehörige der Mittel- und Oberschicht. In Bezug auf die Praxisstrukturbedürfnisse zeigt sich, dass Frauen aus der Unterschicht deutlich höher ausgeprägte Bedürfnisse hinsichtlich der Basisausstattung und Erreichbarkeit der Praxis haben als die Befragten aus der Mittel- und Oberschicht. Bei den Wünschen nach Zusatzausstattung in der Praxis zeigen sich sogar signifikante bis hoch signifikante Unterschiede zwischen den drei Sozialschichten. Patientinnen aus der Unterschicht weisen die höchste Ausprägung in dieser Bedürfniskategorie auf und unterscheiden sich somit hoch signifikant von den Oberschichtprobandinnen und sehr signifikant von den Frauen aus der Mittelschicht. Auch der Unterschied zwischen Mittel- und Oberschichtangehörigen ist bei diesen Bedürfnissen signifikant – Patientinnen aus der mittleren Sozialschicht weisen ein größeres Bedürfnis nach Zusatzausstattung auf als Frauen der Oberschicht. In der Zusammenschau der Ergebnisse zeigt sich die Unterschiedshypothese H3c bestätigt.

Eine weitere Fragestellung der aktuellen Studie war, ob sich die psychosozialen Betreuungsbedürfnisse von Frauen je nach Ausprägung der gesundheitsbezogenen Kontrollüberzeugungen der befragten Patientin unterscheiden. Während Probandinnen, die eine sehr stark bzw. sehr schwach ausgeprägte internale Kontrollüberzeugung zu Gesundheit und Krankheit haben, keine signifikanten Unterschiede hinsichtlich ihrer Betreuungsbedürfnisse aufwiesen, zeigen die Ergebnisse des Tests, dass Patientinnen mit einer stark ausgeprägten sozialen Externalität ein deutlich stärkeres Bedürfnis nach logistischer Unterstützung durch die Arzthelferin und nach Zusatzausstattung in der Praxis haben als jene Frauen, die nur eine schwache Expression dieses Merkmals aufweisen. Auch hinsichtlich der Ansprüche an die Basisausstattung und Erreichbarkeit der Frauenarztpraxis sowie an die Zuwendung und Servicebereitschaft seitens der Arzthelferin stellen sich stark sozial-external geprägte Frauen deutlich fordernder dar als Probandinnen, die von der Beratung Außenstehender bezüglich ihrer gesundheitsbezogenen Kontrollüberzeugungen unabhängig sind.

Patientinnen mit schwach ausgeprägter fatalistisch-externaler Kontrollüberzeugung legen deutlich weniger Wert auf Zusatzausstattung in der Praxis als jene Frauen, die in starkem Maße annehmen, dass Krankheit und Gesundheit vornehmlich vom Schicksal abhängig und somit unbeeinflussbar sind. Somit kann die Unterschiedshypothese H3d je nach Kontrollüberzeugung der Patientin beibehalten werden

(sozial-externale Kontrollüberzeugung), bedingt bestätigt werden (fatalistisch-externale Kontrollüberzeugung) oder aber abgelehnt werden (internale Kontrollüberzeugung).

5.4. Betreuungsbedürfnisse und Kontrollüberzeugungen

Die Zusammenhangshypothese H2 postulierte, dass die patienteneigenen Kontrollüberzeugungen zu Krankheit und Gesundheit und die krebsvorsorgebezogenen Betreuungsbedürfnisse miteinander in Verbindung stehen. Im Zuge der Datenauswertung konnten durchaus Korrelationen zwischen einer fatalistisch-externalen sowie einer sozial-externalen Kontrollüberzeugung und dem „Bedürfnis nach logistischer Unterstützung“ durch die Arzthelferinnen wie auch dem „Bedürfnis nach Zusatzausstattung“ der Praxis eruiert werden (siehe Tab. 42, S. 98). Auch zeigte sich ein Zusammenhang zwischen dem Wunsch nach Basisausstattung und Erreichbarkeit der Praxis und einer ausgeprägten sozialen Externalität der Probandinnen. In ihrer Gesamtheit betrachtet stellten sich die Korrelationen jedoch eher schwach ausgeprägt dar ($r \leq 0,188$), sodass die Hypothese H2 zurückgewiesen wurde.

5.5. Deskriptive Statistiken

Da neben der Entwicklung der Betreuungsbedürfnis-Skalen auch die Einzelauswertung der Items sowie die Ergebnisse jener Fragen, die sich auf Terminerinnerung, Befundmitteilung, Informationsvermittlung und Informationsbroschüren sowie Individuelle Gesundheitsleistungen beziehen, einen großen Anteil der vorliegenden Arbeit ausgemachen haben, sollen im Folgenden die Ergebnisse der deskriptiven Statistik diskutiert und mit Daten aus bisherigen Forschungsprojekten und Studien verglichen werden.

Die Befunde der Hauptuntersuchung auf Itemniveau (absolute wie relative Häufigkeiten der 91 Items) sind detailliert den Tabellen 58-60 im Anhang 8.7. zu entnehmen.

Die Informationswünsche

Inwiefern in Deutschland Patienten durch ihren Arzt über Nutzen und Risiken der KFU aufgeklärt werden ist bis dato nicht untersucht (121), wird aber von Albert et. al. im Rahmen des Nationalen Krebsplans befürwortet (5). Ebenso gehören zur Checkliste „Empfohlene Inhalte einer Information über Früherkennungsmaßnahmen“ unter anderem die Beschreibung des Untersuchungsablaufs sowie eine Aufklärung über den Nutzen und die Genauigkeit der Untersuchungen (5). Dass es gravierende Wissensdefizite in der weiblichen Bevölkerung zu Zielen, Nutzen und Risiken der KFU gibt, stellten auch Dreier et al. in ihrem systematischem Review aus dem Jahr 2011 klar heraus (47). Dass gerade diese Informationsbedürfnisse durchaus bei Patientinnen bestehen, zeigt sich deutlich in der vorliegenden Studie. So möchten über 90% der Befragten vom Arzt darüber informiert werden, welche Untersuchungen zur Krebsvorsorge dazugehören (92,5% *ziemlich* bis *sehr wichtig*, A56) und für eine Informationsbroschüre zum Inhalt und Umfang der gesetzlichen Krebsvorsorgeuntersuchung spricht sich ebenfalls eine große Anzahl der Patientinnen aus (26,5% *sehr wichtig*, 37,6% *ziemlich wichtig*, 22% *mittelmäßig wichtig*). Der ausgeprägte Wunsch nach Informationen über Anspruch und Leistungsumfang der KFU korreliert auch mit den Angaben von Zok (239), der herausfand, dass sich 42,5% der befragten Frauen (N=1616) bei ihrem Hausarzt und 23,9% beim Facharzt über Früherkennungsuntersuchungen informieren. Die von Albert et al. postulierten Informationen über Risiken

und Nachteile der KFU wurden von beinahe allen befragten Patientinnen als *ziemlich* bis *sehr wichtig* bewertet (97,4%, A46). Ähnlich verhält es sich mit dem Wunsch, genaueres Wissen über Nutzen und Genauigkeit der Untersuchungen zu erlangen (93,2% *ziemlich wichtig* bis *sehr wichtig*, A18). Und auch über den Ablauf der Untersuchung möchten mehr als 80 Prozent der Frauen durch ihren Arzt informiert werden (86,3% *ziemlich wichtig* bis *sehr wichtig*, A23) - ein Wunsch, den schon Summers und Fullard 1995 sowie Yanikkerem et al. 2009 durch ihre Befragungen von 173 bzw. 433 Probandinnen sichtbar machen konnten (212, 236).

Dass im Rahmen der Krebsfrüherkennungsmaßnahmen auch über die Erkrankungen zu informieren ist, auf deren Entdeckung die Untersuchungen abzielen, ist eine weitere Empfehlung des Nationalen Krebsplans von 2010 (5).

Während Dreier et al. in ihrer Übersichtsarbeit zu dem Fazit gelangten, dass es zum Teil erhebliche Wissensmängel bei Frauen bezüglich Brust- und Gebärmutterhalskrebs gibt (47), macht die vorliegende Arbeit deutlich, dass gerade zu diesen Themen ein sehr großes Informationsbedürfnis in der weiblichen Bevölkerung besteht. Sichtbar wird dies an der Beantwortung der Items A1, A10 und A34, welche sich mit den Informationswünschen zu Früherkennungsmöglichkeiten für gynäkologische Krebsarten, Brust- und Darmkrebs befassen (*ziemlich* bis *sehr wichtig* 95,4% A10, 95,5% A1, 87,4% A34). Doch nicht nur die Aufklärung durch den Arzt halten die Patientinnen hierbei für sehr wichtig, sie möchten auch schriftliches Informationsmaterial zu den benannten Themen erhalten wie die aktuelle Studie zeigen kann (siehe Tab. 8, S. 52). Explizit über Vor- und Nachteile der Mammographie wollten 92,9% der Patientinnen informiert werden (*ziemlich* bis *sehr wichtig*, A24), und beinahe alle befragten Frauen möchten vom Arzt wissen, wann der genaue Zeitpunkt der nächsten Brust-Röntgenuntersuchung ist (96,6% *ziemlich* bis *sehr wichtig*, A5). Dieser deutliche Informationsbedarf korreliert gut mit den Ergebnissen verschiedener Forschungsarbeiten, die allesamt erhebliche Wissensdefizite und Fehleinschätzungen in Bezug auf das Mammographie-Screening bei den befragten Frauen detektieren konnten (6, 78, 158). Dass der Gynäkologe der erste Ansprechpartner und Informationsgeber hinsichtlich dieser Thematik ist, konnten Glaus et al. sowie Paepke et al. (80, 164) durch ihre Befragungen nachweisen. Klug et al. fanden zudem heraus, dass die befragten Frauen in über 90% durch ihren Frauenarzt bezüglich der Selbstuntersuchung der Brust angeleitet worden waren (116). Dies deckt sich mit dem in

der vorliegenden Studie eruierten Bedürfnis, durch den Arzt gezeigt zu bekommen, wie die Brust selbst richtig abzutasten ist (A26). 88,1% der Probandinnen geben aktuell an, dass ihnen diese Anleitung seitens des Arztes *ziemlich bis sehr wichtig* ist. Wie wichtig die ärztliche Vermittlung von Maßnahmen zur Brustkrebsfrüherkennung ist zeigt auch die Arbeit von Naß-Grigoleit (157). Die Autorin wies schon im Jahr 2007 darauf hin, dass mit zunehmender Brustkrebsinzidenz im Alter umgekehrt proportional das Problembewusstsein der Frauen für die Entwicklung eines Mammakarzinoms sowie die kontinuierliche Teilnahme an Früherkennungsprogrammen nachlassen (157).

In der aktuellen Forschungsarbeit geben beinahe 100% der Befragten an, explizit von ihrem Gynäkologen wissen zu wollen, bei welchen Veränderungen bzw. Symptomen an Brust oder Unterleib sie umgehend einen Untersuchungstermin vereinbaren sollten (97,4% *ziemlich bis sehr wichtig*, A48), und 93,6% der Frauen ist es *ziemlich bis sehr wichtig*, mit ihrem Arzt über ihr ganz persönliches Risiko, eine Krebserkrankung zu entwickeln, sprechen zu können (A44). Letzteres Bedürfnis wurde auch schon von Summers und Fullard im Rahmen einer Befragung erkannt (212). Die Forscher stellten ebenso fest, dass ihre Probandinnen mehr über die Durchführung des Pap-Tests wissen wollten, ein Wunsch, der sich auch in der vorliegenden Arbeit widerspiegelt: 86,9% der befragten Frauen geben an, ärztliche Informationen über die Durchführung sowie die Ergebnisinterpretation des Pap-Tests erhalten zu wollen (*ziemlich und sehr wichtig*, A32).

Die Ergebnisse einer Studie von Klug et al. aus 2005 zeigen, dass sich zwar 84% der Befragten genügend über die Früherkennungsmöglichkeiten für Brustkrebs informiert fühlten, 69,9% der Probandinnen hingegen ihr Wissen über die Risikofaktoren für die Entwicklung eines Zervixkarzinoms als insuffizient bezeichneten (116). Auch Fylan deckte dieses Wissensdefizit in ihrer Befragung auf (74), und Bonevski et al. sowie McCaffery und Irving konnten in ihren Studien zeigen, wie stark das Informationsbedürfnis bezogen auf HPV und die Risikofaktoren von Gebärmutterhalskrebs in der weiblichen Bevölkerung ausgeprägt sind (27, 143). Dieses mangelnde Wissen um den Themenkomplex „HPV und Zervixkarzinom“ kann so deutlich aus den Ergebnissen der aktuellen Studie nicht abgeleitet werden, da weder der Wunsch nach Erhalt einer Informationsbroschüre über HPV übermäßig stark ausgeprägt ist (30,9% *sehr*

wichtig), noch das Bedürfnis, vom Arzt über HPV informiert (A54) zu werden bei mehr als 50% der Probandinnen als *sehr wichtig* gilt. Dies könnte darin begründet sein, dass die zahlreichen Informationskampagnen der letzten Jahre zum Thema „Impfung gegen HPV“ (Zulassung des Impfstoffes im September 2006) durchaus zu einem höheren themenbezogenen Wissenstand in der weiblichen Bevölkerung beigetragen haben.

Informationsbedürfnisse hinsichtlich gesunder Ernährung, aktiver Lebensführung und gesundem Körpergewicht untersuchten Paisley et al. im Jahr 2008 durch eine Befragung von 257 Patientinnen. Über Bewegung und Fitness wünschten 52,5% der Befragten Informationen, Ernährungstipps waren für 51% von Bedeutung. Wie ein gesundes Körpergewicht erreicht und erhalten werden kann, interessierte 48,6% der Probandinnen und bis zu 65% der Frauen gaben einen Informationsbedarf hinsichtlich des Zusammenhangs zwischen Krebsrisiko und bestimmten Nahrungsergänzungsmitteln, Antioxidantien, Omega-3-Fettsäuren und sekundären Pflanzenstoffen an (165). Einen derart hohen Informationsbedarf bzgl. der genannten Themen konnte das aktuelle Forschungsprojekt nicht nachweisen. Lediglich knapp 44% der Frauen halten eine ärztliche Beratung zum Thema „Gesunder Lebensstil“ und „Gesundheitsförderndes Verhalten“ (A50) im Rahmen der KFU für *ziemlich* bis *sehr wichtig*, während sie für ca. 56% nur *mittelmäßig* bis *nicht wichtig* ist. Auch die detailliert abgefragten Informationsbedürfnisse zu diesem Themenkomplex zeigen, wie aus Tabelle 12 (S. 55) erkennbar, lediglich eine mittelgradig starke Ausprägung. Das größte Interesse besteht an den Themen „Stressbewältigung“ und „Immunsystemstärkung“ (50,7% bzw. 49,1% *ziemlich* bis *sehr wichtig*). „Gesundes Körpergewicht“ und „Gesunde Ernährung“ rangieren im Mittelfeld (44,7% bzw. 42,3% *ziemlich* bis *sehr wichtig*), während Informationen zu „Bewegung/Fitness/Sport“ sowie „Nahrungsergänzungsmittel“ der geringste Stellenwert beigemessen wird (38,7% bzw. 25,8% *ziemlich* bis *sehr wichtig*).

Welche Bedeutung die ärztliche Beratung zum Thema Sexualität für die Patientinnen hat, untersuchten Weiss und Meadow im Rahmen ihrer Befragung an 75 Studentinnen. Sie fanden heraus, dass 72% der Frauen keine Beratung zum Thema Sexualität durch ihrem Gynäkologen wünschten (231), was sich mit den Ergebnissen von Vondruska und Vella deckt, die aufzeigen konnten, dass die Mehrheit der Frauen von

ihrem Gynäkologen nicht auf sexuelle Probleme angesprochen werden wollte (223, 225). Diese Resultate können durch die aktuelle Studie nicht gestützt werden. 37,5% der Patientinnen geben an, dass es ihnen *sehr wichtig* ist, auf den Rat des Arztes zurückkommen zu können, wenn es Fragen oder Probleme bezüglich der eigenen Sexualität gibt, und weitere 36% halten die Option für *ziemlich wichtig*. Hingegen geben nur insgesamt 9,4% an, es sei ihnen *nicht* oder *wenig wichtig* (A11). Es ist zu vermuten, dass sich die befragten Frauen bei der Besprechung von sexuellen Problemen mit ihrem Gynäkologen wohl fühlen, was gemäß der Studie von Petravage et al. eine wichtige Voraussetzung für den Umgang mit diesem Thema ist (169).

Welche Individuellen Gesundheitsleistungen (IGeL) im Rahmen der KFU für die eigene Person möglich und sinnvoll sind und was diese IGeL dann gegebenenfalls kosten, möchten 78,2% der Studienteilnehmerinnen von ihrem Gynäkologen erfahren (*ziemlich bis sehr wichtig*, A40). Lediglich 6,4% der Frauen zeigen hier ein eher gering ausgeprägtes Informationsbedürfnis (*wenig* oder *nicht wichtig*). Zusätzlich zum Informationsgespräch wünschen sich über 60% der Patientinnen auch eine schriftliche Informationsbroschüre über IGeL (63,2% *ziemlich bis sehr wichtig*). Welchen IGeL hierbei im Einzelnen besondere Wichtigkeit seitens der Befragten zugemessen wird, ist aus der Tabelle 10 (S. 53) zu entnehmen.

Dass es auf dem Gebiet der Individuellen Gesundheitsleistungen noch immer erhebliche Wissenslücken und somit großen Informationsbedarf gibt, zeigt auch das neu eingerichtete Internetportal „IGeL-Monitor“ des Medizinischen Dienstes der Spitzenverbände der Krankenkassen e.V. (MDS) (100, 144). Hier können sich interessierte Laien ausführlich und umfassend über die Thematik informieren. Neben der aktuellen Informationsbroschüre vom April 2012 (145) bietet der MDS über „IGeL-Monitor“ für Patienten derzeit die Möglichkeit, an einer Umfrage der Verbraucherzentralen zum Thema „IGeL: Welche Angebote erhalten gesetzlich Krankenversicherte in Arztpraxen“ teilzunehmen (99). Diese Studie soll klären, auf welchem Wege das IGeL-Angebot an die Patienten herangetragen wird und in wie fern sich diese informiert fühlen. Wie wichtig eine patientenorientierte, individuelle Beratung durch den Arzt hinsichtlich des Themas IGeL ist, wird auch in den Informationsbroschüren der Bundesärztekammer und Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) deutlich (31, 32).

Die im Auftrag der KBV von der Forschungsgruppe Wahlen durchgeführte Umfrage zum Thema IGeL konnte unter der Leitung von Dierks zeigen, dass nur 17% der Befragten ihren Arzt von sich aus auf mögliche IGeL ansprachen (51% hiervon haben

bei einem Facharzt nachgefragt). Ein IGeL-Angebot von Seiten des Arztes wurde in 24% der Fälle verzeichnet (in 63% von einem Facharzt). Und von 64% der Patienten wurde eine solche Offerte dann auch angenommen. Eine ausreichende Bedenkzeit wurde den Gefragten hierbei von fachärztlicher Seite allerdings nur in 75% der Fälle eingeräumt (58). Dass der Arzt bei der Entscheidung über die Inanspruchnahme der IGeL keinen Druck ausübt (A31), ist für 85,5% der Patientinnen in der vorliegenden Studie *ziemlich* bis *sehr wichtig*. Die Bedeutung dieses Bedürfnisses erkannte auch schon Andreas Köhler, Chef der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV), der am 21.11.2011 in der Süddeutschen Zeitung postulierte, dass Patienten bei der Wahl von Zusatzleistungen keinesfalls unter Druck gesetzt werden dürften, um das besondere Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patient nicht zu gefährden (26).

Schweickhardt und Fritzsche empfehlen in ihrem „Kursbuch ärztliche Kommunikation“ ebenfalls, den Patienten keine Leistungen aufzudrängen. Die Autoren sprechen sich für eine partnerschaftliche Arzt-Patienten-Beziehung aus, in welcher der Mediziner seinem Klienten als beratender Partner zur Seite steht und die empfohlenen IGeL individuell an ihm ausrichtet (201). Dass diese Ratschläge durchaus ihre Berechtigung haben, zeigen die aktuellen Studienergebnisse: Knapp 70% der befragten Frauen bevorzugen das Modell des sogenannten shared-decision making – also die gemeinsame Entscheidung mit dem Arzt, wenn es um die Frage nach der IGeL-Durchführung geht. Weitere 26,2% möchten nach ärztlicher Informierung die Entscheidung vollkommen selbstständig treffen und nur 4,2% der Patientinnen hängen dem Rollenmodell des traditionellen Paternalismus an, votieren also dafür, dem Arzt allein die Entscheidung zu überlassen. Diese deutliche Tendenz hin zum shared-decision Modell beschreibt auch Bergfeld in seinem Artikel über die Arzt-Patienten-Kommunikation im Deutschen Ärzteblatt (22). Der Autor weist darauf hin, dass Patienten den Wunsch nach kompetenter ärztlicher Informierung haben und im Anschluss an diese an der therapeutischen Entscheidung mitbeteiligt werden wollen (22).

Wie wichtig es den Patientinnen ist, dass ihr Gynäkologe ihnen den Kontakt zu anderen Ärzten vermittelt, falls eine weiterführende Behandlung oder Diagnostik notwendig ist, wurde durch das Item A12 ermittelt. Insgesamt halten diese Option 95,2% der Befragten für *ziemlich* bis *sehr wichtig*. Aus diesem Ergebnis wird erkennbar, wie stark das Vertrauen in den behandelnden Frauenarzt ist und wie viel Wert die Patientinnen auf seine Empfehlung legen.

Der Arzt - Empathie, Verfügbarkeit, Zeit

Es sollte im Rahmen der aktuellen Studie auch herausgefunden werden, welche besonderen Anforderungen an die Person des Gynäkologen im Rahmen der KFU gestellt werden. So ist es für knapp 95 % der Patientinnen *ziemlich* bis *sehr wichtig*, dass ihr Arzt sie gut kennt und über ihre individuelle Krankengeschichte Bescheid weiß (A7). Dieses Betreuungsbedürfnis konnte auch schon Pipers aufzeigen, bei dessen Befragung 83,3% der Frauen angaben, sich einen „persönlichen Gynäkologen“ zu wünschen (171).

Welchen Stellenwert ein freundliches und nettes (A6) Auftreten des Frauenarztes hat, ist nicht nur den Ergebnissen von Szymoniak aus dem Jahr 2009 zu entnehmen (213), sondern ebenfalls den Resultaten der aktuellen Studie: Knapp 70% der Patientinnen geben an, dass es ihnen *sehr wichtig* ist, dass sich der Arzt freundlich und nett verhält, und ein weiteres Drittel der Befragten beurteilt diese Eigenschaft als *ziemlich wichtig*. Ähnlich auch die Umfrageergebnisse von Areskog-Wijma, die zeigen konnten, dass die Mehrheit der 366 Teilnehmerinnen einen „emotional warmen und freundlichen Kontakt“ zum behandelnden Gynäkologen wünschte (9). Hingegen deckt Knorre in seiner Befragung von 261 gynäkologischen Patientinnen auf, dass diese nur zur Hälfte die Freundlichkeit des Arztes als besonders wichtig bewerteten, während den Attributen Offenheit, Ehrlichkeit und Gesprächsbereitschaft ein weit höherer Stellenwert beigemessen wurde (119). Dass das Bedürfnis nach einer offenen und ehrlichen Kommunikation (hinsichtlich auffälliger Untersuchungsergebnisse) von zentraler Bedeutung ist, wird auch in der aktuellen Arbeit deutlich: 99,8% der befragten Frauen votieren hier für *ziemlich* bis *sehr wichtig* (A4), wohingegen keine einzige Patientin dieses ärztliche Verhalten als *wenig* oder *nicht wichtig* beurteilt.

Piper et al. fanden heraus, dass die Verfügbarkeit des Arztes von 88,5% der befragten Frauen als wichtig bis sehr wichtig eingestuft wurde, und dass sie für 10,1% der Probandinnen eines der zwei wichtigsten Kriterien bei der Wahl des Gynäkologen darstellte (171). In der vorliegenden Arbeit spiegelt sich dieser Wunsch nach Verfügbarkeit und Erreichbarkeit des Arztes in der Beantwortung der Fragen A13, A17, A29, A41, A45 und A52 wider.

Eine besondere Bedeutung kommt dem Faktor Zeit zu, der sowohl in Bezug auf die Untersuchung als auch im Rahmen des Gesprächs eine große Rolle spielt. So geben

99,5% der Patientinnen an, dass ihnen ausreichende Zeit für eine gründliche und sorgfältige Untersuchung (A13) *ziemlich* bis *sehr wichtig* ist, und knapp 90% der Frauen legen großen Wert darauf, dass der Arzt sich während der Untersuchung ausschließlich auf sie konzentriert und keine Störungen von außen zulässt (86,8% *ziemlich* bis *sehr wichtig*, A29). Ein ähnliches Ergebnis zeigt die Beantwortung der Frage nach einem störungsfreien Gespräch. Hier halten es insgesamt 83,1% der Patientinnen für *ziemlich* und *sehr wichtig*, dass sich der Gynäkologe ausschließlich auf sie konzentriert (A41). Für beinahe alle Patientinnen ist es von höchster Wichtigkeit, dass sich der Frauenarzt ausreichend Zeit für ein Gespräch mit ihnen nimmt (97,4% *ziemlich* bis *sehr wichtig*, A45) und 92,3% der Befragten wünschen sich, dass der Arzt auch auf wiederholt und oft gestellte Fragen geduldig und ruhig antwortet (*ziemlich* und *sehr wichtig*, A17). Das ärztliche Angebot für eine nochmalige Kontaktaufnahme zu einem späteren Zeitpunkt (A52) ist ebenfalls für 76,1% der Frauen von großer Bedeutung, was den Ergebnissen von Petravage et al. entspricht, die herausfinden konnten, dass sich über die Hälfte der 977 Patientinnen mehr Zeit für ein Gespräch mit ihrem Arzt wünschten (169). Anders die Probandinnen der Knorre Studie – bei ihnen rangiert der Faktor Zeit erst an fünfter Stelle nach Offenheit, Ehrlichkeit, Gesprächsbereitschaft, Freundlichkeit und Vertraulichkeit (119). Dass die ärztliche Gesprächsbereitschaft den dritten Platz besetzt, zeigt, dass die Patientinnen nicht einfach nur mehr Zeit an sich wünschen, vielmehr soll diese Zeit, in welcher der Arzt für sie verfügbar ist, auch sinnvoll für Gespräche genutzt werden.

In der aktuellen Befragung wünschen sich die Teilnehmerinnen, der Arzt möge ihnen zu erkennen geben, dass man mit ihm über alles reden kann (83,2% *ziemlich* und *sehr wichtig* A38), und er solle sich doch nach dem Gespräch noch einmal vergewissern, ob auch alles verstanden worden ist (40,8% *ziemlich* und *sehr wichtig*, A15).

Beide Iteminhalte zielen auf ein einfühlsames und sensibles Verhalten des Gynäkologen gegenüber der Patientin ab. Wie wichtig ein solches ist konnten auch Broadmore et al., Mavis et al. sowie Piper et al. in ihren Studien zeigen (29, 140, 171). Letztere fanden heraus, dass Verständnis von Seiten des Arztes für 80,2% der Frauen wichtig bis sehr wichtig war, während es für 6,5% der Befragten sogar zu den zwei wichtigsten Kriterien bei der Arztwahl zählte. Ebenso konnten Yanikkerem et al. in ihrer Arbeit zeigen, dass nahezu die Hälfte der befragten Patientinnen von ihrem Gynäkologen Verständnis und Einfühlungsvermögen erwarteten und 30% erhoffen

einen Arzt, der ihnen zuhört (236). Auch in der aktuellen Studie finden sich diese Betreuungsbedürfnisse wieder. So geben fast alle 957 Patientinnen an, dass es ihnen *ziemlich wichtig bis sehr wichtig* sei, dass der Arzt ihnen aufmerksam zuhöre (A25). 73,5% der Frauen möchten von ärztlicher Seite aus nicht gedrängt werden, über Themen zu reden, die ihnen unangenehm sind (A35). Ein hohes Maß an Wichtigkeit messen die Befragten auch dem ärztlichen Verhalten bei, ihre Probleme und Ängste ernst zu nehmen und nicht abzutun oder runter zuspieren (98,1% *ziemlich bis sehr wichtig* A16). Diese Ergebnisse korrelieren gut mit den Studienresultaten von Mavis et al. aus 2005, die anhand einer Befragung von 1059 Patientinnen herausfinden konnten, dass Empathie sowie ein verständnisvolles und auf die Patientenbedürfnisse abgestimmtes Kommunikationsverhalten des Arztes von größter Wichtigkeit sind (140). Den hohen Stellenwert der ärztlichen Kommunikation stellten ebenso Piper et al. in 2008 sowie Bonevski et al. in 1998 im Rahmen ihrer Forschungsarbeiten heraus (27, 171). Letztere machten deutlich, wie wichtig die Information der Frauen auf eine einfache und verständliche Art und Weise ist, was sich gut mit den Ergebnissen der vorliegenden Arbeit deckt. Hier sprechen sich knapp 90% der Befragten dafür aus, dass der Arzt eine verständliche Sprache benutzt und nicht nur im medizinischen Fachjargon mit ihnen redet (*ziemlich bis sehr wichtig*, A21).

Dass neben einem verständlichen und patientenorientierten Vokabular auch der Wunsch nach Egalität in der Arzt-Patienten-Beziehung vorhanden ist, wurde in der Arbeit von Areskog-Wijma aus dem Jahr 1987 deutlich (9). Auch Weiss und Meadow konnten bereits 1979 das Bedürfnis nach einer symmetrisch gestalteten Beziehung zwischen Mediziner und Patientin aufzeigen (231).

Wie wichtig ist es nun 20-30 Jahre später den heutigen Frauen mit dem betreuenden Gynäkologen „auf einer Ebene zu stehen“? Die Resultate der vorliegenden Befragung machen deutlich, dass sich an dem Bedürfnis nach Gleichheit nichts geändert hat: So bezeichnen es fast 70% der Probandinnen als *sehr wichtig*, dass der Arzt sich ihnen gegenüber nicht arrogant und belehrend verhält (A43) und 67% der Frauen möchten, dass der Arzt ihnen während des Gesprächs in die Augen schaut (*ziemlich bis sehr wichtig*, A49), was ebenfalls als ein Ausdruck von Respekt und Gleichheit verstanden werden kann. Ähnlich verhält es sich mit dem Bedürfnis, vom Gynäkologen mit Namen angesprochen zu werden, welches bei ca. Dreiviertel der Befragten stark ausgeprägt ist (74,4% *ziemlich bis sehr wichtig*, A33). Und auch das Reichen der Hand zur Begrüßung und Verabschiedung wird von der Hälfte der Studien-

teilnehmerinnen mit *ziemlich wichtig* bis *sehr wichtig* bewertet (A2). Selbstverständlich können diese Gesten nicht nur als Zeichen der Egalität gewertet werden, sondern ebenfalls als ein Ausdruck von Höflichkeit. Wie immens wichtig gerade diese in den Augen vieler Patientinnen ist, zeigten schon Piper et al. in ihrer Querschnittstudie aus dem Jahr 2008: Von 287 Probandinnen hielten 25,8% die Höflichkeit des Arztes für einen der zwei wichtigsten Faktoren bei der Wahl des Gynäkologen (171).

Welchem Untersuchergeschlecht gynäkologische Patientinnen den Vorzug geben, wurde bereits in zahlreichen Studien untersucht. In der vorliegenden Arbeit präferieren 42,2% der 945 Probandinnen die Behandlung durch eine Gynäkologin, 14,9% möchten lieber durch einen Gynäkologen betreut werden und weitere 42,9% zeigen keine eindeutige Vorliebe hinsichtlich des Untersuchergeschlechts. Dieses Ergebnis spiegelt sich gut in den Resultaten der bisherigen Forschung wieder, wie beispielsweise in der systematischen Übersichtsarbeit von Bernet und Buddeberg (23). Auch Yanikkerem et al. sowie Webb und Opdahl fanden 2009 bzw. 1996 heraus, dass 49,9% respektive 51% der Frauen keine Genderpräferenz hatten, während 45,5% bzw. 43% der Patientinnen einer Frauenärztin den Vorzug gaben (228, 236). Bei Szymoniak et al. fiel die Prädilektion ebenfalls eindeutig zu Gunsten der weiblichen Untersucherinnen aus (56%). Einen männlichen Untersucher bevorzugten insgesamt 37% der Frauen, und nur 7% der Befragten hielt das Gender des Arztes für irrelevant (213). Zwei weitere Studien, deren Probandinnen zu 76% bzw. 86,4% einer Gynäkologin den Vorzug gaben, waren die von Fiddes et al. aus 2003 sowie Rizk et al. von 2005 (59, 180). Eine Ausnahme von der starken Präferenz einer Frauenärztin bilden die Umfrageergebnisse von Fisher et al. aus dem Jahr 2002. Hier gaben 75% der Frauen keine Geschlechtspräferenz an, während sich 21% für eine Gynäkologin und 4% für einen männlichen Untersucher aussprachen. Die Autoren gaben in ihrer Publikation zu bedenken, dass stets der Patientinnenwunsch als der wichtigste Maßstab zu gelten habe – wenn möglich sollte vor der Untersuchung immer erfragt werden, ob die Patientin lieber von einem Arzt oder einer Ärztin untersucht werden möchte (66).

Eine interessante Frage ist, ob das aktuelle Untersuchergeschlecht stets mit dem gewünschten übereinstimmt. So fanden Piper et al. heraus, dass von 172 Frauen, die regelmäßig durch einen Gynäkologen betreut wurden, 29,1% generell einen Frauenarzt bevorzugten, während nur 8,1% eine Frauenärztin wünschten und 62,8%

angaben, das Geschlecht des Untersuchers sei ihnen egal. Von den 44 Patientinnen, welche regelmäßig zu einer Gynäkologin gingen, gaben 59,1% an, dass sie generell eine Frauenärztin bevorzugten, während nur 6,8% einen männlichen Untersucher akzeptierten und 34,1% keine Geschlechtspräferenz besaßen (171).

In der vorliegenden Arbeit ist die Korrelation zwischen dem tatsächlichen und dem gewünschten Untersuchergeschlecht noch größer. Von 574 durch eine Ärztin betreuten Patientinnen geben 68,5% an, generell einer weiblichen Untersucherin den Vorzug zu geben und nur 0,9% wünschen einen Gynäkologen. Für weitere 30,7% spielt das Geschlecht des Untersuchers keine Rolle. Frauen, die regelmäßig durch einen Arzt behandelt werden (N = 369), präferieren zu 36,9% das männliche Untersuchergeschlecht und möchten nur in 1,1% lieber von einer Gynäkologin untersucht werden. Interessanterweise geben 62,1% in dieser Probandengruppe an, dass das Gender des Untersuchers für sie irrelevant sei. Zusammenfassend kann demnach festgehalten werden, dass Frauen, die von Frauenärztinnen betreut werden, größeren Wert auf das Untersuchergeschlecht legen, als Frauen, die sich in Behandlung bei einem Frauenarzt befinden.

Bernet und Buddeberg merken in ihrer Arbeit an, dass eine Vielzahl von unterschiedlichen Determinanten bei der Genderpräferenz eine Rolle spielen - wie beispielsweise das Alter der Patientin, ihre Persönlichkeitsstruktur, soziokulturelle Merkmale, ihr Stressverhalten sowie Erfahrungen bei früheren gynäkologischen Untersuchungen (23). Im Rahmen der vorliegenden Arbeit wurde auf diese korrelationsstatistischen Auswertungen verzichtet. Die Exploration derartiger Zusammenhänge kann aber auf Grundlage des aktuellen Datensatzes zu einem späteren Zeitpunkt erfolgen.

Die Untersuchungssituation

Wie wichtig es den meisten Patientinnen ist, dass sich ihr Gynäkologe ausreichend Zeit für die Untersuchung nimmt und diese auch störungsfrei gestaltet, wurde bereits im vorangegangenen Abschnitt erläutert.

Yanikkerem et al. weisen in ihrer Studie auf das Bedürfnis nach einer sorgfältigen und gründlichen Untersuchung hin (236). Diese Art der Untersuchung wird in Zusammenhang mit dem Faktor Zeit auch von 99,5% der aktuell befragten Frauen gewünscht (*ziemlich wichtig bis sehr wichtig* A13). Ein weiterer Aspekt, den Yanikkerem

et al. ausführen ist, dass Frauen vor der eigentlichen Untersuchung ein Gespräch mit ihrem Gynäkologen führen möchten. Auch dieser Wunsch zeigt sich bei den Patientinnen des aktuellen Forschungsprojektes in starker Ausprägung (69,6% *ziemlich wichtig* bis *sehr wichtig*, A20).

Das Bedürfnis, Informationen über den Untersuchungsablauf zu erhalten, wurde bereits weiter oben besprochen. Es ist eng verknüpft mit dem Wunsch nach ärztlichen Erläuterungen während der Untersuchungsdurchführung. So halten es Dreiviertel der Probandinnen für *ziemlich* bis *sehr wichtig*, dass der Arzt während der Untersuchung genau erklärt, was er gerade macht bzw. was er als nächstes machen wird (A51). Dieses Bedürfnis spiegelt sich auch in den Ergebnissen verschiedener anderer Studien wieder (29, 169, 173, 225). Beispielsweise konnte Jeppesen in seiner Arbeit zeigen, dass die detaillierte Kommentierung der Untersuchung sowie ärztliche Informationen über Aussehen und Beschaffenheit der inspizierten Geschlechtsorgane in erheblichem Maße dazu beitragen, das Unbehagen der Patientin zu reduzieren (101). Und auch Galaal et al. fanden in ihrer Studie heraus, dass die kommentierte Video-Kolposkopie signifikant das Angstepfinden der Patientinnen zu senken vermochte (75). Dies ist möglicherweise der Grund dafür, dass es über 90% der aktuell befragten Frauen für *ziemlich* bis *sehr wichtig* halten, die Ultraschalluntersuchung auf einem Bildschirm mit verfolgen zu können und vom Arzt kommentiert zu bekommen (A42). Es gibt eine ganze Reihe von Studien, die in der Vergangenheit zeigen konnten, wie stark die Zufriedenheit der Frauen von der verbalen Dokumentierung der Untersuchung durch den Arzt abhängt und wie sich dadurch Anspannung und Angstgefühle reduzieren lassen (24, 27, 56, 139) wie aus der Übersichtsarbeit von Bernet und Buddeberg ersichtlich wird (23). Darüber hinaus wurde auch untersucht, inwiefern sich eine aktiv partizipierende Rolle der Patientin bei der Untersuchung auf deren Zufriedenheit auswirkte. So steigerte nach Blaser et al. sowie nach Petravage et al. der Einsatz eines Handspiegels zur Beobachtung der einzelnen ärztlichen Handlungen seitens der Patientin in signifikantem Maße deren Wohlbefinden (24, 169). Das Bedürfnis, in dieser Form an der gynäkologischen Untersuchung beteiligt zu werden, konnte in der aktuellen Studie allerdings nicht nachgewiesen werden.

Nur 6,8% der befragten Frauen halten das ärztliche Angebot und die Nutzung eines Handspiegels (A36) für *ziemlich* oder *sehr wichtig*, dahingegen antworten knapp 70% der Probandinnen, es sei ihnen *wenig* bis *nicht wichtig*. Auch der Möglichkeit, das Untersuchungsinstrument selbst in die Scheide einzuführen, steht die Mehrheit der

Befragten eher ablehnend gegenüber (86,3% *wenig bis nicht wichtig*, A39). Diese Ergebnisse korrelieren nicht mit dem Studienresultat von Wright et al. aus 2005 (235). Von den hier im Anschluss an die Selbsteinführung des Instrumentes befragten Patientinnen gab der Großteil eine positive Bewertung ab. Die Frauen erklärten, sie hätten mehr Kontrolle über die Untersuchungssituation verspürt und sähen zukünftig mit weniger Angst einer Spekulumuntersuchung entgegen. Zu bedenken ist, dass die Probandinnen dieser Studie vom jeweiligen Untersucher gefragt wurden, ob sie das Spekulum selbst einführen wollten und sofern dieses bejaht wurde, erhielten sie wenn nötig auch die entsprechende Hilfestellung.

In der aktuellen Befragung hingegen wurden die Frauen rein theoretisch mit einer solchen Möglichkeit konfrontiert, was die hohe Anzahl von Ablehnungen erklären könnte. Allerdings liegt, wie schon von Bernet und Buddeberg angenommen (23), die Vermutung nahe, dass eine ausführliche und gute verbale Untersuchungsdokumentation von Seiten des Arztes einen weitaus größeren Effekt auf die Angstreduktion und Entspannung der Patientinnen hat als die aktive Partizipation dieser am Untersuchungsgeschehen. Diese Annahme wird auch durch die Untersuchungsergebnisse von Vondruska gestützt, die feststellte, wie wichtig es für die Patientinnen war, in der Untersuchungssituation vom Arzt mitgeteilt zu bekommen, was er als nächstes machen wird, damit sie sich dann besser darauf einstellen konnten (225). Diese Art von Bedürfnissen ist auch bei den Teilnehmerinnen der vorliegenden Studie stark ausgeprägt, deutlich erkennbar daran, dass die „Vorwarnung ehe ein Untersuchungsinstrument in die Scheide eingeführt wird“ (A57) für fast 80% der Patientinnen *ziemlich wichtig bis sehr wichtig* ist, während die „Vorwarnung, wenn es einmal weh tun könnte“ sogar von knapp 90% der Frauen gewünscht wird (*ziemlich bis sehr wichtig* A53). Zu ähnlichen Resultaten kommen ebenso Bonevski et al., die in ihrer Befragung herausfanden, dass es Dreiviertel der untersuchten Frauen mittelmäßig bis sehr wichtig war, über mögliche Schmerzen oder Unannehmlichkeiten während der Untersuchung adäquat informiert zu werden (27). Und dass Schmerzen oder zumindest körperliches Unbehagen von vielen Patientinnen im Rahmen der gynäkologischen Untersuchung empfunden wird, belegen unterschiedliche Forschungsprojekte (29, 151, 169, 223, 225). Boneski et al. fanden zudem heraus, dass 76% der Befragten ein mittelmäßig bis hohes Bedürfnis danach hatten, während der Untersuchung die Instrumente gezeigt bzw. ihren Einsatz erklärt zu bekommen (27). Dass sich das breite Informationsbedürfnis der Patientinnen neben der Funktion von Untersuchungsinstrumen-

ten auch auf Erläuterungen zur Anatomie und Funktion der weiblichen Geschlechtsorgane ausstreckt, konnten Pompa et al. sowie Petravage et al. zeigen (169, 173).

Auch in der vorliegenden Befragung sprechen sich knapp die Hälfte der Teilnehmerinnen für die Zuhilfenahme von anatomischen Modellen und Abbildungen der Sexualorgane aus, wenn es um die Erläuterung gynäkologischer Strukturen oder Erkrankungen geht (48,4% *ziemlich bis sehr wichtig*, A27).

Dass der Einsatz angewärmter Untersuchungsinstrumente zu großer Zustimmung im Patientinnenklientel führt, erkannten bereits Broadmore et al. in ihrer Studie aus dem Jahr 1986 (29), deren Ergebnis durch die aktuelle Befragung bestätigt wird (51,5% *ziemlich bis sehr wichtig*, P75). Die Wichtigkeit von warmen Händen beim Untersucher (A8), wurden von den befragten Frauen sehr heterogen bewertet, wohingegen klare Übereinstimmung bezüglich des Bedürfnisses besteht, der Arzt möge vorsichtig, sanft und behutsam bei der Untersuchung vorgehen - hier votieren 96,1% der Patientinnen für *ziemlich bis sehr wichtig* (A47). Ebenso große Bedeutung messen die Befragten dem Umstand bei, dass der Arzt die Untersuchung unter- bzw. abbricht, wenn Schmerzen geäußert werden (87% *ziemlich bis sehr wichtig*, A28).

Die Vermeidung verunsichernder Äußerungen von Seiten des Arztes während der Untersuchung halten 88,8% der Studienteilnehmerinnen für *ziemlich bis sehr wichtig* (A30). Gerade wenn es um die Mitteilung dessen geht, was der Untersucher gerade sieht, ist das Bedürfnis nach einer offenen und ehrlichen Kommunikation bei den meisten Frauen sehr stark ausgeprägt (99,8% *ziemlich bis sehr wichtig*, A4). Der Arzt soll folglich beschreiben, was er gerade macht und sieht, er soll zudem auch ehrlich sagen, wenn er etwas Auffälliges entdeckt, jedoch müssen Angst auslösende und verunsichernde Äußerungen à la „Ach du lieber Gott!“ oder „Oh je, was ist das denn!“ unter allen Umständen vermieden werden. Wie wichtig eine beruhigende und sensible Art der Befundmitteilung ist, fanden auch Bonevski et al. in ihrer Befragung heraus. Darüber hinaus konnte ihre Arbeit zeigen, dass es für 90% der untersuchten Frauen nach einer Kolposkopie sehr wichtig war, gleich nach der Untersuchung das Ergebnis mitgeteilt zu bekommen (27), ein Bedürfnis, das sich ebenfalls in den Umfrageresultaten von Yanikkerem et al. widerspiegelt (236).

Ob nun neben der fachärztlichen Untersuchungskommentierung auch ein zwangloses und auflockerndes Gespräch – in Form von Urlaubs- oder Wettergeplänkel – mit dem Gynäkologen gewünscht ist, sollte das Item A9 des aktuellen Fragebogens aufdecken. Hier entscheiden sich je ein Drittel der Probandinnen für eine hohe, mittlere

oder geringe Wichtigkeitseinstufung. Auch wenn die generelle Gesprächsbereitschaft des Arztes in einigen Forschungsarbeiten einen zentralen Stellenwert für die Patientinnen hat (27, 119, 169, 225), so ist das Bedürfnis nach der oben beschriebenen „leichten Konversation“ doch sehr unterschiedlich ausgeprägt. Aus diesem Grunde sollte der untersuchende Arzt die Kommunikationswünsche der einzelnen Patientinnen individuell im Rahmen der Untersuchungssituation eruieren.

Einheitlich sprechen sich die Patientinnen hingegen dafür aus, dass der Arzt während der Untersuchung keine anzüglichen oder zweideutigen Bemerkungen macht (90,1% *ziemlich* bis *sehr wichtig*, A55). Die besondere Brisanz der körperlichen gynäkologischen Untersuchung deckte schon Frick-Bruder in ihrer Arbeit aus dem Jahr 1993 auf (71). Sie weist daraufhin, dass sich der Arzt der möglichen erotischen Aspekte der Untersuchungssituation bewusst sein müsse und deshalb genau auf seine Äußerungen achten solle, so dass diese nicht missverständlich oder als anzüglich zu bewerten seien. Die exzeptionelle Situation der Abhängigkeit, in der sich die Patientin in der Untersuchungssituation befindet, bedarf auch laut Areskog-Wijma besonderer Beachtung (9). Wie sind nun vor diesem Hintergrund sehr intime oder private Fragen des Gynäkologen an die Patientin während der körperlichen Untersuchung zu werten? In der aktuellen Studie sprechen sich ca. 40% der Frauen gegen derartige Fragen aus, während es jeweils einem Drittel der Probandinnen entweder nur *mittelmäßig wichtig* oder sogar *wenig* bis *nicht wichtig* ist, dass der Arzt auf intime private Fragen im Rahmen der Untersuchung verzichtet (A37). Scheinbar sind also mehr als die Hälfte der Frauen bereit, dem Untersucher auch intimere Fragen zu gestatten, sofern es in der Untersuchungssituation angebracht ist - beispielsweise Fragen zum Geschlechtsverkehr oder zu Sexualpraktiken, wenn z. B. bei der vaginalen Inspektion Verletzungen festgestellt werden. Dies zeigt, dass der Frauenarzt Ansprechpartner der ersten Wahl ist, wenn es um intime körperbezogene Fragestellungen geht. Ein Ergebnis, welches sich auch mit dem oben erläuterten Bedürfnis vieler Frauen deckt, mit ihrem Gynäkologen über Probleme sexueller Natur reden zu können.

Dass die gynäkologische Untersuchung im Vergleich zu anderen körperlichen Untersuchungen für die meisten Frauen mit besonders starker Anspannung und auch Angstgefühlen verbunden ist (225), dass sie eine emotionale Mischung aus Scham, Angst und Erniedrigung auslösen kann (162, 236) und dass neben der Angst vor Schmerzen auch Verlegenheit wegen der Nacktheit und Befürchtungen hinsichtlich eventueller Hygienedefizite eine große Rolle spielen (151, 169, 223, 225), konnte in

unterschiedlichen Studien gezeigt werden. Was nun genau im Rahmen der gynäkologischen Untersuchung von Patientinnen abgelehnt oder gefürchtet wird, und worauf sie besonderen Wert legen, sollte die aktuelle Befragung klären. So ist es beispielsweise fast der Hälfte der Befragten *ziemlich bis sehr wichtig*, dass ihr Arzt sie nicht entkleidet auf dem Untersuchungsstuhl warten lässt (A14). Dies korreliert gut mit den Ergebnissen von Szymoniak et al., die besagen, dass 47% der Patientinnen gerade jene Zeit, welche sie auf dem Untersuchungsstuhl verbringen, als besonders belastend empfinden. Weitere 30% beschreiben die Vorbereitung auf die Untersuchung als unangenehm, während die eigentliche gynäkologische Inspektion und Palpation nur von 21% der Frauen als widrig erlebt wird (213).

Die vorliegende Arbeit macht auch deutlich, dass über 60% der befragten Frauen eine Umkleidekabine wünschen, in der sie unbeobachtet sind (P78), und 76,2% der Patientinnen geben an, dass der Untersuchungsstuhl vom Schreibtisch oder von der Tür aus nicht einsehbar sein sollte (*ziemlich bis sehr wichtig*, P81). Einen möglichst kurzen Weg zwischen der Umkleide und dem Untersuchungsstuhl wünschen ebenfalls über 60% der Studienteilnehmerinnen (*ziemlich bis sehr wichtig*, P83), und bei immerhin 46% der Patientinnen besteht das Bedürfnis, nicht vom Arzt beobachtet zu werden, wenn sie nackt von der Umkleide zum Untersuchungsstuhl gehen (*ziemlich bis sehr wichtig*, A3). Einen Arzt, der keine Bemerkungen über ihre Figur oder ihr Gewicht macht, wenn er sie nackt sieht wünschen sich knapp 40% der Frauen und nur 15,6% halten ein solches Verhalten für irrelevant (*wenig oder nicht wichtig*, A19). Dieses Ergebnis entspricht auch den Untersuchungsergebnissen von Frick-Bruder (71) und stützt die Ausführungen von Ragan und Pagano, demzufolge gerade Äußerungen eines männlichen Arztes über die Figur der Patientin von dieser leicht als ein Ausdruck von Sexismus gewertet werden könnten. Aus diesem Grunde sei eine reflektierte und distanzierte Wortwahl seitens des Gynäkologen von großer Bedeutung für das Arzt-Patienten-Verhältnis (175).

Um zu keinem Zeitpunkt völlig nackt zu sein, bevorzugen über 70% der aktuell befragten Probandinnen eine zweizeitige Untersuchung von Brust und Unterleib (*ziemlich bis sehr wichtig*, A22). 71,4% der Patientinnen wünschen sich aus diesem Grunde auch, der Arzt möge ihnen sagen, in welcher Reihenfolge sie sich für die Untersuchung ent- bzw. ankleiden sollen (*ziemlich bis sehr wichtig*, A58). Die Umfrageergebnisse zeigen in der Zusammenschau ein deutliches Bedürfnis nach Respektie-

rung der weiblichen Schamgrenzen und den Wunsch nach einem sensiblen Umgang mit dem enthüllten Körper.

Eine in der Literatur oft gestellte Frage ist jene, ob sich gynäkologische Patientinnen die Gegenwart einer Arzthelferin bei der Untersuchung wünschen oder nicht. Die vorliegende Arbeit zeigt, dass lediglich 4,7% der Frauen der Anwesenheit einer Arzthelferin während der Untersuchung den Vorzug geben, während 42,3% lieber mit dem Untersucher allein sein möchten. Über die Hälfte der Befragten bleibt unentschlossen und gibt an, es sei irrelevant, ob eine Helferin bei der Untersuchung zugegen ist oder nicht. Dies widerspricht den Forschungsergebnissen von Szymoniak et al. sowie Yanikkerem et al. und Vella, die alle in ihren Studien herausfanden, dass 40-50% der befragten Frauen die Anwesenheit einer Arzthelferin wünschten, da sie ein Gefühl von Sicherheit und Beruhigung vermitteln (213, 223, 236). Allerdings gaben auch 36% der Probandinnen bei Szymoniak et al. an, dass sie lieber von ihrem Frauenarzt alleine untersucht werden möchten, da dies ein Gefühl von Intimität und Vertrautheit schaffe (213). Ähnlich argumentierten auch ein Viertel der Frauen bei der Umfrage von Yanikkerem et al.. Sie duldeten keine zusätzliche Person außer dem Arzt, da dies ihre Gefühle von Scham und Verlegenheit noch verstärke (236). Dieser Argumentation schloss sich auch die Mehrzahl der befragten Frauen in den Forschungsprojekten von Vondruska sowie Penn und Bourguet an (168, 225). Während Broadmore in seiner Studie herausfand, dass die meisten Frauen eine Assistenz am Untersuchungsstuhl begrüßten (29), lehnten die Teilnehmerinnen der Larsen Studie dies durchweg ab (127) – allerdings sollte darauf hingewiesen werden, dass Broadmores Befragung 199 Probandinnen umfasste, während die Stichprobe von Larson nur 13 Frauen einschloss.

Desweiteren stellt sich nun die Frage, inwiefern der Wunsch nach einer Arzthelferin mit dem Geschlecht des Untersuchers zusammenhängt. Von 153 befragten Frauen in der Arbeit von Teague wünschten 26,8% die Anwesenheit einer Helferin sofern der Untersucher ein Mann war, handelte es sich aber um eine Ärztin, so gaben nur 5,5% der Befragten den Wunsch nach einer Assistentin an. Gut ein Drittel der Befragten wünschte generell keine dritte Person im Raum, da diese die Intimsphäre zusätzlich störe (214). Ähnlich auch die Ergebnisse von Afaneh aus dem Jahr 2010. Von 152 befragten Patientinnen wünschten unabhängig vom Untersuchergeschlecht 80% keine anwesende Pflegekraft während der vaginalen Untersuchung, 65% gaben an, auf eine Helferin verzichten zu können sofern sie von einem Arzt untersucht würden und

nur 23% bestanden auf einer anwesenden Assistenz, wenn die Untersuchung von einer Ärztin durchgeführt wurde (2). Webb und Opdahl fanden 1996 durch eine Befragung von 336 Patientinnen heraus, dass 62% der Frauen bei der gynäkologischen Untersuchung die Anwesenheit einer Arzthelferin wünschten, allerdings bestand dieses Bedürfnis nur bei 30% der Patientinnen, die von einer Frauenärztin untersucht wurden. 42% der Befragten äußerten den Wunsch, vor der Untersuchung gefragt zu werden, ob sie eine Helferin tolerieren würden oder nicht (228). Die aktuell durchgeführte Studie zeigt, dass nur 2,1% der durch eine Ärztin behandelten Patientinnen eine Arzthelferin bei der Untersuchung wünschen. Wenn es sich beim Untersucher um einen Arzt handelt, sind es 8,7%. Ablehnend gegenüber einer dritten Person im Rahmen der körperlichen Untersuchung sprechen sich knapp 50% der Frauen aus, die in Ärztinnenbetreuung sind und 32,5% der durch einen Gynäkologen behandelten Probandinnen. Für fast die Hälfte der Patientinnen, die von einer Ärztin untersucht werden sowie für knapp 60% der Frauen, die durch einen Arzt behandelt werden, macht es keinen Unterschied, ob eine Helferin zugegen ist oder nicht.

In der Zusammenschau kann gesagt werden, dass die meisten Frauen dazu tendieren, während der gynäkologischen Untersuchung mit der Ärztin oder dem Arzt alleine zu sein, um die Intimsphäre zu schützen und die Vertrautheit zu wahren. Trotzdem gibt es eine geringe Anzahl von Frauen, welche die Anwesenheit einer Arzthelferin als beruhigend und unterstützend empfinden, sodass – wenn möglich - jede Patientin vor der Untersuchung gefragt werden sollte, ob sie die Anwesenheit einer Assistentin bei der Untersuchung wünscht oder nicht. Die Antwort sollte dann optimaler Weise - wie von Afaneh empfohlen - respektiert und dokumentiert werden (2). Auf diesen Aspekt weisen auch Teague und Sinah hin (207, 214). Die Autoren geben zu bedenken, dass die Frage der Patientin zum einen von Respekt ihr gegenüber zeuge, zum anderen stelle sie aber auch aus juristischer Sicht eine Absicherung sowohl für die untersuchte Frau als auch für den untersuchenden Arzt dar.

Die Arzthelferin – Service, Terminmanagement und Freundlichkeit

In ihrer Studie aus dem Jahr 2009 fanden Yanikkerem et al. heraus, dass 20,8% der von ihnen befragten Frauen, die Unterstützung einer Krankenschwester wünschten, die sie vor der Untersuchung beruhigt und sie auf den Untersuchungsablauf vorberei-

tet (236). Verständnisvoll und einfühlsam wünschten sich 71,8% der Befragten die Pflegekraft, was gut mit den Ergebnissen der vorliegenden Arbeit korreliert. Hier geben 88,7% der Frauen an, dass ihnen eine einfühlsame und verständnisvolle Art der Arzthelferin *ziemlich* bis *sehr wichtig* ist (AH69). Über die Hälfte der Patientinnen wünschen sich darüber hinaus vor der gynäkologischen Untersuchung ein beruhigendes und zwangloses Gespräch mit der Arzthelferin (51,5% *ziemlich* bis *sehr wichtig*, AH63). Dass das Pflegepersonal mit der emotionalen Belastung der Patientinnen in Form von Beschämung und Peinlichkeit richtig umzugehen versteht, war auch 85% der von Bonevski et al. befragten Frauen mittelmäßig bis sehr wichtig (27).

Nach den Ergebnissen von Knorre erwarten Patientinnen von der Arzthelferin vor allem Freundlichkeit und Höflichkeit, während deren Gesprächsbereitschaft erst an siebter Stelle des Rankings gefordert wird (119). Dass die Vermittlung gesundheitsbezogener Themen aus Sicht der Patientinnen lieber dem Arzt vorbehalten bleiben sollte und nicht durch die Helferinnen gewünscht wird, konnten ebenfalls die Forschungsergebnisse von Vondruska sowie Petravage et al. zeigen (169, 225). Den hohen Stellenwert von Höflichkeit und Freundlichkeit machen auch die Ergebnisse des aktuellen Forschungsprojektes deutlich. 81,9% der Patientinnen halten ein höfliches Auftreten der Arzthelferin für *ziemlich* bis *sehr wichtig* (AH65), und 80,2% der Befragten legen großen Wert darauf, dass das Praxispersonal ihnen mit Freundlichkeit begegnet (*ziemlich* bis *sehr wichtig*, AH67). Mit insgesamt knapp 90% in den Kategorien *sehr wichtig* und *ziemlich wichtig* werden auch die Flexibilität und das Entgegenkommen der Arzthelferin (AH61) besonders hoch bewertet.

Dass Vergesslichkeit der zweithäufigste Grund für die Nicht-Inanspruchnahme des jährlichen Krebsvorsorgetermins ist, konnten beispielsweise Kreienberg und Digel feststellen (122). Dieses Ergebnis veranschaulicht, dass die Erinnerung an den Vorsorgetermin seitens der Praxis einen deutlichen Stellenwert haben könnte. Allerdings zeigt die aktuelle Studie, dass das Bedürfnis nach einer Terminerinnerung bei den befragten Patientinnen sehr divergent ausgeprägt ist. Knapp die Hälfte der Probandinnen legt großen Wert auf die Erinnerung an den Vorsorgetermin durch die Arzthelferin (21,3% *sehr wichtig*, 27,6% *ziemlich wichtig*, AH62), während es für weitere 25,2% nur *mittelmäßig wichtig* ist und 26% der Frauen ganz darauf verzichten können (*wenig* bis *nicht wichtig*). Anders stellen sich die Ergebnisse der Kaczorowski-Studie dar. Von den 384 befragten Patientinnen erklärten 77,1%, dass sie eine Erinnerung bzw. Einladung zur Mammographie im Rahmen der Brustkrebsvorsorge wün-

schen (105). Und auch Forss et al. konnten in ihrer Arbeit die hohe Bedeutung eines Einladungsschreibens zum Gebärmutterhalskrebs-Screening belegen (69).

Fylan beschreibt in ihrer Arbeit den Zusammenhang zwischen der Patientenzufriedenheit und einer kurzen Wartezeit (74). Auch die vorliegende Studie zeigt, dass es für 83,2% der Probandinnen *ziemlich* bis *sehr wichtig* ist, nicht lange warten zu müssen, wenn sie zu ihrem Untersuchungstermin in der Praxis erscheinen (AH60). Über die vermeintliche Länge der Wartezeit bei Ankunft in der Praxis informiert zu werden, ist für 62,6% der Probandinnen von Bedeutung (*ziemlich* bis *sehr wichtig*, AH66).

Nach den Umfrageergebnissen der Forschungsgruppe Wahlen 2011 weisen die Wartezeiten in deutschen Arztpraxen in den letzten Jahren ein hohes Maß an Stabilität auf. Ganz ohne Wartezeit ging es in 10% der Fälle, bis zu einer Viertelstunde gedulden mussten sich 34% der Befragten, eine halbe Stunde dauerte es bei 30%, und länger als 30 Minuten warten mussten 25% der Patienten (58). Die Forschergruppe konnte auch zeigen, dass der Wunsch nach einem Termin in 48% der Anfragen sofort erfüllt werden konnte. Sofern doch eine Wartezeit bis zum nächst möglichen Termin anfiel, wurde diese von den Patienten nicht als störend empfunden. 11% der Befragten hingegen beklagten, zu lange auf ihren nächsten Termin gewartet zu haben. Dass ein möglichst unkompliziertes Terminmanagement von Seiten der Patientinnen gewünscht wird, wurde auch 2010 von Rottmann et al. beschrieben (188), und zeigt sich ebenfalls in der aktuellen Studie: 70,7% der Teilnehmerinnen halten es für *ziemlich* bis *sehr wichtig*, dass die Praxisassistentin ihnen auch kurzfristig einen Termin zur KFU ermöglicht (AH68). Dahingegen erwarten nur 60,3% der Frauen, dass die Arzthelferin für sie Termine bei anderen Ärzten zur Behandlung vereinbart (*ziemlich* bis *sehr wichtig*, AH70). Dies könnte damit zusammenhängen, dass einige Patientinnen bevorzugt selber ihre Termine koordinieren, da sie sich hierdurch ihre Flexibilität erhalten und mehrfache Telefonate ersparen.

Welche Informationen die Patientinnen von der Arzthelferin erhalten möchten, zeigt die Beantwortung der Items AH59 und AH64. Den Hinweis, in welchen Abständen an der KFU teilzunehmen ist (AH59), halten 84,6% der befragten Frauen für *ziemlich* bis *sehr wichtig*, und 76,4% möchten von der Helferin wissen, wie lange es dauert bis das Untersuchungsergebnis vorliegt (*ziemlich* bis *sehr wichtig*, AH64).

Die Praxis – Ausstattung, Organisation und Erreichbarkeit

Wie sollte eine Frauenarztpraxis aus der Sicht der Patientinnen idealerweise ausgestattet und eingerichtet sein? Auf diese Frage gibt die empirische Forschung bisher noch keine umfassende Antwort. Aus diesem Grunde wurden zu Beginn der aktuellen Forschungsarbeit elf Einzelinterviews mit Patientinnen durchgeführt, um unterschiedliche Wünsche und Bedürfnisse zu diesem Themengebiet zu explorieren. Die daraus entwickelten Items sollten dann im Rahmen der Hauptuntersuchung verifiziert werden. In den aktuellen Umfrageergebnissen zeigt sich beispielsweise, dass in Bezug auf das Untersuchungszimmer für 77,7% der befragten Frauen ein warmer und gut gelüfteter Raum (P82) *ziemlich* bis *sehr wichtig* ist. Auch herrscht Einigkeit über die Sauberkeit des Umkleide- und Untersuchungsbereichs (97,6% *ziemlich* bis *sehr wichtig*, P89). 65,6% der Patientinnen halten einen bequemen und komfortablen Untersuchungsstuhl (P85) für *ziemlich* bis *sehr wichtig*, was an die Ergebnisse der Studie von Bonevski et al. denken lässt. Diese konnten bereits 1998 herausfinden, dass ein bequemer Untersuchungsstuhl oder eine Liege die Zufriedenheit der Patientinnen deutlich erhöht und im Gegenzug dazu ihre Angst und Anspannung reduziert (27).

Das Bedürfnis nach ablenkendem Interieur im Untersuchungszimmer – wie beispielsweise Bildern oder Zimmerbrunnen – ist lediglich bei 21,2% der Studienteilnehmerinnen stark ausgeprägt (*ziemlich* oder *sehr wichtig*, P79), wohingegen es 44,9% als *wenig* bis *nicht wichtig* bezeichnen. Ähnlich verhält es sich mit dem Wunsch nach dezenter Hintergrundmusik im Untersuchungszimmer (P86). Nur rund 10% der Frauen halten sie für *ziemlich* oder *sehr wichtig*. Dies verwundert insofern, als dass Galaal et al. in ihrem Forschungsprojekt heraus fanden, dass Musik während der kolposkopischen Untersuchung signifikant Angst und Schmerzempfinden zu reduzieren vermag. Trotz dieser Ergebnisse wird Begleitmusik bei der Untersuchung von 64,9% der aktuell befragten Probandinnen eher abgelehnt (*wenig* bis *nicht wichtig*). Dass modernste Untersuchungsgeräte zum Einsatz kommen, ist für beinahe 90% der Frauen von großer Bedeutung (*ziemlich* bis *sehr wichtig*, P72). Dieses widerspricht den Studienergebnissen von Knorre aus dem Jahr 1991, in denen das Bedürfnis nach dem Einsatz moderner Behandlungsmethoden erst auf Platz acht rangierte (119). Im Hinblick auf den Zeitraum von 20 Jahren, der zwischen den zwei Studien liegt, kann angenommen werden, dass sich mittlerweile ein gewisses Tech-

nikbewusstsein bzw. die Affinität zur Hightech-Medizin bei der Mehrheit der Patientinnen durchgesetzt hat.

Vom Untersuchungsraum hin zum Wartezimmer – wie soll nun dieser Praxisbereich in den Augen der Frauen ausgestattet sein? Auch hier ist der Wunsch nach Musik lediglich bei 12,2% der Befragten vorhanden (*ziemlich bis sehr wichtig*, P90), während 61,7% der Probandinnen diese als entbehrlich betrachten (*wenig bis nicht wichtig*). Ein Praxis-TV im Wartezimmer wird ebenfalls von der Mehrheit der befragten Frauen abgelehnt (74,2% *wenig* oder *nicht wichtig*, P91). Dafür votiert knapp ein Drittel der Probandinnen für genügend aktuelle und nicht abgegriffene Zeitschriften im Wartezimmer (*ziemlich bis sehr wichtig*, P87) und ein weiteres Drittel hält diese immerhin noch für *mittelmäßig wichtig*. Dass die Sitzgelegenheiten im Wartebereich bequem sein mögen, wird von ca. der Hälfte der Patientinnen gewünscht (*ziemlich bis sehr wichtig*, P74). Informationsposter zu medizinischen Themen präferieren 33,8% der Frauen (*ziemlich bis sehr wichtig*, P84), wohingegen fast 70% der befragten Studienteilnehmerinnen eine schriftliche Broschüre wünschen (*ziemlich bis sehr wichtig*, P73), die über das Leistungsangebot der Praxis und Krebsvorsorgemöglichkeiten informiert. Den Stellenwert einer ansprechenden Praxiseinrichtung und einer gelungenen Informationsbroschüre stellt auch Bergfeld in seinem Artikel aus dem Deutschen Ärzteblatt heraus. Neben der Persönlichkeit des Arztes und dem Verhalten des Praxisteams gegenüber dem Patienten sei auch die visuelle Darstellung der Praxis nach außen ein wichtiger Faktor zur Sicherung der Patientenzufriedenheit (22). Dass sich Informationsbroschüren gegenüber anderen Materialien großer Beliebtheit erfreuen, konnten auch Bonevski et al. herausfinden. In ihrer Befragung gaben 76% der Patientinnen an, es sei ihnen mittelmäßig bis sehr wichtig, schriftliches Informationsmaterial zu erhalten und es mit nach Hause nehmen zu können (27).

Auf welchem Weg die Frauen nun diese Broschüren erhalten möchten, zeigen die aktuellen Ergebnisse: Von 938 Probandinnen geben 61% an, sie möchten sich die Informationsbroschüren im Wartezimmer selbst aussuchen und mitnehmen können, 22,4% bevorzugen den Erhalt durch den Arzt und nur 16,6% präferieren die Übergabe durch die Arzthelferin.

Was hält die weibliche Bevölkerung im 21. Jahrhundert von der alternativen und modernen Informationsquelle „Praxiswebseite“ im Internet, wenn es um Informationen zu ihrer Frauenarztpraxis geht? Dass das Internet nicht zu den wichtigen Informationsquellen der Patientinnen gehört, wenn Daten zur Arztpraxis gewünscht werden,

konnten schon die Ergebnisse der Forschungsgruppe Wahlen aus dem Jahr 2011 zeigen. Diese korrelieren gut mit den Resultaten der aktuellen Arbeit, in der nur 35,3% der befragten Probandinnen die Homepage des Gynäkologen als *ziemlich* bis *sehr wichtige* Informationsquelle bewerten (P88).

Hinsichtlich der Befundmitteilung wünschen sich 67,1% der Probandinnen die Möglichkeit, zu einem selbst gewählten Zeitpunkt in der Praxis anrufen zu können, um sich nach ihrem Untersuchungsergebnis zu erkundigen (*ziemlich* bis *sehr wichtig*, P71). Lediglich 8,1% ist daran nicht gelegen (*wenig* bis *nicht wichtig*). Von großer Bedeutung für 71,5% der Frauen ist eine Befundmitteilung, die zeitlich derart gestaltet ist, dass innerhalb eines Tages die Möglichkeit besteht, bei Bedarf nochmals mit dem Arzt Rücksprache zu halten (*ziemlich* bis *sehr wichtig*, P77). Dies drückt abermals den Wunsch vieler Patientinnen nach der Verfügbarkeit des Arztes aus und zeigt gleichzeitig, wie wichtig es für sie ist, mit unklaren Befunden nicht allein gelassen zu werden. Es besteht ein großes Bedürfnis nach Gewissheit und Sicherheit. Gleichzeitig ist ein bestimmtes Maß an Flexibilität hinsichtlich des Zeitpunktes der Befundmitteilung oder –besprechung für viele Patientinnen von Bedeutung. Ähnlich sind auch die Ergebnisse von Campbell et al. zu interpretieren, die feststellen konnten, dass die Beteiligung an einer Nachuntersuchung im Rahmen des Gebärmutterhalskrebs-Screenings unter anderem davon abhing, ob man den Patientinnen Termine außerhalb ihrer Arbeitszeiten anbieten konnte (34). Die Offerte von flexiblen, individualisierten Untersuchungs- wie Sprechzeiten ist demnach gerade für berufstätige Patientinnen von großer Wichtigkeit.

Auf welchem Weg Patientinnen über ein auffälliges Untersuchungsergebnis informiert werden möchten, war eine Fragestellung in der Studie von McCaffery und Irwig. Sie fanden heraus, dass die Briefform von den meisten Befragten abgelehnt wurde, da sie als beunruhigend und verwirrend erlebt wurde. Den Vorzug gaben die Probandinnen hingegen dem Anruf durch die Arzthelferin oder den Arzt, da dies die Möglichkeit der direkten Nachfrage einschloss. Auch der Gesprächstermin mit dem Arzt wurde durchweg als positiv erlebt, sofern dieser schon vorab vereinbart worden war (143). Diese Ergebnisse spiegeln sich gut im aktuellen Forschungsprojekt wieder. Auch hier gibt die Hälfte der Patientinnen an, im Falle eines pathologischen Befundes eine telefonische Information durch den Arzt darüber erhalten zu wollen, während weitere 40% dem persönlichen Gespräch mit dem Gynäkologen in der Praxis den Vorzug geben. Eine Benachrichtigung per Post wünschen nur 3,6% der Frauen

und eine Informierung durch die Arzthelferin ist ebenfalls mit 4,9% nicht sonderlich beliebt. Dass Patientinnen lieber vom Arzt und nicht von seinen Helferinnen informiert werden möchten, wenn es um Gesundheitsfragen geht, war auch schon das Resultat der Studien von Vondruska (225) und Petravage et al. (169).

Eine gute Anbindung der Praxis an öffentliche Verkehrsmittel (P76) ist für 41,7% der Befragten *ziemlich* bis *sehr wichtig*, während 52,9% der Probandinnen auf die gute Erreichbarkeit mit dem Auto und ein ausreichendes Parkplatzangebot Wert legen (*ziemlich* bis *sehr wichtig*, P80). Dass solch pragmatische Faktoren im Hinblick auf den Arztbesuch von Bedeutung sein können, zeigte auch die Arbeit von Summers und Fullard, die herausfanden, dass es teils praktische Gründe sind, welche die Patientinnen von ihrem Besuch beim Frauenarzt abhalten (212).

5.6. Methodenkritik

Die Gültigkeit der erhobenen Befunde unterliegt dem Einfluss der angewandten Methodik. Hierzu zählt zum einen die Item-Selektion zur Entwicklung des Fragebogens, zum anderen auch das Verfahren der Faktorenanalyse.

In Anlehnung an Empfehlungen der einschlägigen Forschungsliteratur (61, 93, 147, 156) wurde der Rohitempool von insgesamt 528 Items mithilfe wissenschaftlicher Mitarbeiter sowie ärztlicher Experten auf ein sinnvolles Maß von 91 Items reduziert. Hierdurch sollte die Teilnahmeakzeptanz der Probandinnen erhöht werden.

Es ist allerdings nicht auszuschließen, dass im Zuge der Item-Selektion einige, für die Patientinnen möglicherweise durchaus relevante Betreuungsaspekte weggefallen sind.

Zur Dimensionierung der Betreuungsbedürfnisse und Skalenkonstruktion wurde das Verfahren der Hauptkomponentenanalyse (PCA) angewendet. Auf die Entscheidung, welcher Komponentenlösung zur Bildung einer Bedürfnis-Skala der Vorzug gegeben wurde, nahmen sowohl rein mathematische wie auch in starkem Maße inhaltliche Aspekte Einfluss. Wiederum ließen sich auch an dieser Stelle der Forschungsarbeit subjektive Einflüsse nicht gänzlich vermeiden. Eventuell sind demzufolge Items, die zusätzliche wichtige Bedürfnisse gynäkologischer Vorsorgepatientinnen abbilden könnten, nicht mit in die Skalenbildung eingeflossen.

Zur Prüfung der Skalen-Validität wurde der Zusammenhang zwischen den BB-S und den gesundheitsbezogenen Kontrollüberzeugungen (KKG) geprüft. Um die entwickelten Betreuungsbedürfnis-Skalen zukünftig als Erfassungsinstrument in gynäkologischen Praxen einsetzen zu können, sollten weitere Validitätsprüfungen durchgeführt werden. Die neu entwickelten Skalen sollten einer kritischen Kreuzvalidierung zugeführt werden.

Von den 1.000 ausgegebenen Fragebögen wurden 96,5% zurückgegeben. Wenngleich die multizentrisch angelegte Studie Daten von insgesamt 965 Patientinnen aus Rheinland-Pfalz, Hessen sowie Nordrhein-Westfalen erfassen konnte, ist es nicht möglich, die Ergebnisse auf die Gesamtheit aller gynäkologischen Patientinnen in Deutschland zu extrapolieren. Einschränkungen der Repräsentativität sind zudem dem Umstand zu schulden, dass sich die zehn teilnehmenden Facharztpraxen in

städtischen Regionen befanden. Somit muss offen bleiben, ob auch Patientinnen in ländlichen Gebieten identische oder zumindest ähnliche Betreuungsbedürfnisse aufweisen.

Im sozio-demographischen Teil des Fragebogens wurde weder nach der Nationalität noch nach der Rasse oder der Religionszugehörigkeit der Teilnehmerinnen gefragt. Folglich können keine Aussagen über diese sozio-kulturellen Faktoren getroffen werden, welche möglicherweise für bestimmte Betreuungsbedürfnisse im Rahmen der KFU charakteristisch sein könnten.

5.7. Ausblick

Auf der Grundlage des vorliegenden Datensatzes können noch eine Vielzahl von informativen Korrelations- und Unterschiedsberechnungen durchgeführt werden. Beispielsweise ließe sich die Frage diskutieren, ob Frauen unterschiedlicher Altersgruppen divergente Wünsche hinsichtlich der Terminerinnerung oder Befundmitteilung aufweisen, oder inwiefern die Determinante „Kontrollüberzeugungen zu Krankheit und Gesundheit“ eine Rolle bei der Beratung zu gesundheitsbezogenen Themen spielt. Diese und weitere Fragestellungen könnten zukünftig noch mit statistischen Mitteln geklärt werden.

Interessant wäre auch herauszufinden, ob sich die Erwartungen und Bedürfnisse gesunder Frauen, die an der KFU teilnehmen, von jenen kranker Patientinnen unterscheiden. Hierzu bedürfte es einer zweiten Befragung, deren Stichprobe aus Frauen besteht, welche die gynäkologische Praxis mit Beschwerden aufsuchen.

Blickt man in die Zukunft, so könnten sowohl die Frauenärzte als auch ihre behandelten Patientinnen von den entwickelten Betreuungsbedürfnis-Skalen profitieren. In Form eines Fragebogens, welcher die 63 Items der sieben Skalen beinhaltet und der mit „Betreuungsbedürfnisse – Gynäkologische Krebsfrüherkennungsuntersuchung (BB-G KFU)“ betitelt werden könnte, wird den praktizierenden Gynäkologen ein Instrument zur Verfügung gestellt, welches ihnen praxisintern ermöglicht, die Bedürfnisse und Wünsche ihrer Patientinnen in Bezug auf die KFU zu eruieren. Werden diese subjektiven Betreuungsbedürfnisse erfüllt, könnte dies das Wohlbefinden und die Zufriedenheit der einzelnen Frau erhöhen und zeitgleich zu einer Optimierung der gesamten Patientenversorgung (auch im Rahmen des Qualitätsmanagements) führen. Sind die psychosozialen Bedürfnisse und Wünsche der Frauen im Zusammenhang mit der Vorsorgeuntersuchung erst einmal erfüllt, die Erwartungen befriedigt und die Ängste reduziert, liegt die Vermutung nahe, dass den Frauen die regelmäßige Teilnahme an der KFU leichter fällt und sie darüber hinaus ihre eigenen positiven Erfahrungen an Verwandte und Freundinnen weitergeben. Für das deutsche Gesundheitssystem könnte dies insgesamt gesehen zu einer verbesserten Inanspruchnahme der gynäkologischen KFU führen. Ob hierdurch allerdings eine Kostenersparnis für die Behandlung spät(er) entdeckter Krebserkrankungen erzielt werden kann – ob die Früherkennungsmaßnahmen also wirtschaftlich sind – ist noch zu klären. Ebenso stellen sich die Fragen nach Wirksamkeit (im Sinne einer Senkung

der Mortalitätsraten) und Sicherheit (im Sinne von falsch negativen oder falsch positiven Befunden) der KFU, die bis dato noch weitgehend ungeklärt sind (46, 94) und zum Gegenstand der aktuellen empirischen Forschung gehören (38, 109).

6. Zusammenfassung

Die gynäkologische Krebsfrüherkennungsuntersuchung (KFU) hat im Kontext der medizinischen Patientenversorgung einen besonderen Stellenwert. In der Regel sind es gesunde Frauen, die ihren Arzt im Rahmen einer sekundärpräventiven Maßnahme aufsuchen. Dass diese jedoch nur von weniger als 70% der weiblichen Bevölkerung in Anspruch genommen wird, zeigen die Teilnahmezahlen der letzten Jahren (17, 106, 112, 116, 189, 190). Vor diesem Hintergrund stellte sich die Frage, welche besonderen Betreuungsbedürfnisse Patientinnen im Rahmen der gynäkologischen KFU haben. Da bis zum heutigen Zeitpunkt jedoch kaum empirisch fundierte Erkenntnisse zu diesem Betreuungskontext vorliegen, war es das Ziel der vorliegenden explorativen Studie, eben jene subjektiven Betreuungsbedürfnisse aufzudecken.

Neben der Identifikation der Betreuungsbedürfnisse sollten diese auch in ein praxistaugliches Format überführt werden, das niedergelassenen Frauenärzten die Erfassung der Patientinnenwünsche und -bedürfnisse ermöglicht. Hierzu war es notwendig, die ermittelten Betreuungsbedürfnisse zu kategorisieren und ihre Abhängigkeit von unterschiedlichen Determinanten zu untersuchen. Zu diesem Zweck wurde zunächst literaturgestützt sowie mittels Leitfadeninterviews und Expertenbefragung ein Fragebogen zum Thema „Betreuungsbedürfnisse im Rahmen der gynäkologischen KFU“ entwickelt. Dieser wurde in zehn Frauenarztpraxen in Rheinland-Pfalz, Hessen und Nordrhein-Westfalen an 1.000 Frauen ausgegeben. Die ausgewertete Stichprobe bestand aus 937 weiblichen Probandinnen im Alter von 20 - 84 Jahren ($M = 42,9$ Jahre). Aus diesem Datensatz wurden mittels Hauptkomponentenanalyse (mit anschließender Varimaxrotation) sieben reliable Betreuungsbedürfnis-Skalen (BB-S) konstruiert, welche die psychosozialen Betreuungsbedürfnisse und -wünsche von Frauen mit Bezug auf den Gynäkologen (BB-S-A), die Arzthelferin (BB-S-AH) sowie die Praxisstruktur (BB-S-P) abbilden: „Bedürfnis nach Information,, (BB-S-A-I), „Bedürfnis nach Respekt und Einfühlungsvermögen im Rahmen der körperlichen Untersuchung“ (BB-S-A-RE), „Bedürfnis nach Zuwendung und Verfügbarkeit“ (BB-S-A-ZV), „Bedürfnis nach Zuwendung und Service“ (BB-S-AH-ZS), „Bedürfnis nach logistischer Unterstützung“ (BB-S-AH-L), „Bedürfnis nach Basisausstattung und Erreichbarkeit“ (BB-S-P-BE) und „Bedürfnis nach Zusatzausstattung“ (BB-S-P-Z). Die durch die drei arztbezogenen Komponenten aufgeklärte Gesamtvarianz beträgt 40,29%, die der arzthelferinnenbezogenen 2-Komponentenlösung 48,92% und die Totalva-

rianz der zwei Dimensionen mit Bezug auf die Praxisstruktur liegt bei 41,68%. Die Reliabilitäten der sieben Skalen sind als akzeptabel bis sehr gut zu bewerten (Cronbachs $\alpha = .71 - .89$). Auch konnten anhand der Korrelationen zum KKG erste positive Hinweise auf die Validität der BB-S gefunden werden.

Die Arbeit zeigt darüber hinaus, dass sich die Wichtigkeit der Betreuungsbedürfnisse in Form einer Wertigkeitsrangfolge abbilden lässt und dass die Wünsche je nach Alter der Patientin sowie ihrer Sozialschichtzugehörigkeit und ihrer gesundheitsbezogenen Kontrollüberzeugung variieren.

Im Ergebnis wird deutlich, dass Frauen, die an der KFU teilnehmen, ein besonders stark ausgeprägtes Verlangen nach Zuwendung und Verfügbarkeit des Arztes sowie nach Information durch eben jenen haben. Auch empathisches und freundliches Verhalten seitens der Arzthelferin sowie ihre Serviceorientiertheit sind in hohem Maße erwünscht. Die logistische Unterstützung durch die Helferin in Form eines optimierten Terminmanagements und die Wünsche nach einer patientinnenzentrierten Basisausstattung der Praxis rangieren auf Platz vier und fünf der Wichtigkeitshierarchie. Es schließen dicht die Bedürfnisse nach Respekt und Einfühlungsvermögen im Rahmen der körperlichen Untersuchung an, während mit großem Abstand den Zusatzausstattungsmerkmalen der Praxis die geringste Bedeutung beigemessen wird. Diese Hierarchie der Betreuungsbedürfnisse, welche sich in den jeweiligen Skalen-Mittelwerten zeigt, wird auch in der Auswertung und Interpretation der deskriptiven Statistiken deutlich. Frauen wünschen sich im Rahmen der KFU einen verständnisvollen und einfühlsamen Arzt, der ihnen auf einer partnerschaftlichen Ebene Zeit für die Besprechung von individuellen Gesundheitsthemen bietet. Von den Arzthelferinnen wird zum einen freundliches und höfliches Benehmen erwartet, zum anderen besteht der Wunsch nach einer guten Praxismanagerin, die für reibungslose Terminabläufe sorgt. Was die Räumlichkeiten und Ausstattung der Praxis betrifft, so stehen hier vor allem Sauberkeit und der Einsatz moderner Diagnostikverfahren im Vordergrund. Komplikationsloser Zugriff auf schriftliches Informationsmaterial und leichte Erreichbarkeit sollen ebenfalls gewährleistet sein, während auf zusätzliche „Praxiskosmetik“ wie etwa speziell designtes Interieur oder Multimediaeinsatz zur Informationsvermittlung gerne verzichtet wird.

7. Literaturverzeichnis

1. Ackerson K. Personal influences that affect motivation in pap smear testing among African American women. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*. 2010 Mar; 39 (2): 136-46.
2. Afaneh I, Sharma V, McVey R, Murphy C, Geary M. The use of a chaperone in obstetrical and gynaecological practice. *Ir Med J*. 2010 May; 103 (5): 137-9.
3. Ahrens W, Bellach B-M, Jöckel K-H. Messung soziodemographischer Merkmale in der Epidemiologie (RKI-Schrift 1/98). München: MMV Medizin Verlag; 1998.
4. Albert U. Stufe-3-Leitlinie Brustkrebs-Früherkennung in Deutschland. 2. Aufl. München: Zuckschwerdt; 2008.
5. Albert U, Altenhofen L, Aubke W, Bitzer E-M, Breitbart EW, Follert P, et al. Ziele-Papier 1: „Inanspruchnahme Krebsfrüherkennung“ Handlungsfeld 1 „Weiterentwicklung der Krebsfrüherkennung“ des Nationalen Krebsplans. 2011.
6. Albert US, Kalder M, Schulte H, Klusendick M, Diener J, Schulz-Zehden B, et al. Das populationsbezogene Mammografie-Screening-Programm in Deutschland: Inanspruchnahme und erste Erfahrungen von Frauen in 10 Bundesländern. *Gesundheitswesen*. 2012 Feb; 74 (2): 61-70.
7. Aldrich T, Hackley B. The Impact of Obesity on Gynecologic Cancer Screening: An Integrative Literature Review. *Journal of Midwifery & Womens Health*. 2010; 55 (4): 344-56.
8. Anhang R, Wright TC, Jr., Smock L, Goldie SJ. Women's desired information about human papillomavirus. *Cancer*. 2004 Jan 15; 100 (2): 315-20.
9. Areskog-Wijma B. The gynaecological examination - Women's experiences and preferences and the role of the gynaecologist. *J Psychosom Obstet Gynaecol*. 1987; 6: 59-69.

10. Backhaus K, Erichson B, Plinke W, Weiber R. Multivariate Analysemethoden - Eine anwendungsorientierte Einführung. 11. Aufl. Berlin: Springer; 2010.
11. Baileff A. Cervical screening: patients' negative attitudes and experiences. Nurs Stand. 2000 Jul 19-25; 14 (44): 35-7.
12. Bartlett MS. Tests of significance in factor analysis. British Journal of Psychology, Statistical Section. 1950; 3: 77-85.
13. Baskett TF. What women want: don't call us clients, and we prefer female doctors. J Obstet Gynaecol Can. 2002 Jul; 24 (7): 572-4.
14. Beaver K, Booth K. Information needs and decision-making preferences: comparing findings for gynaecological, breast and colorectal cancer. Eur J Oncol Nurs. 2007 Dec; 11 (5): 409-16.
15. Becker N. Screening aus epidemiologischer Sicht. Radiologe. 2008 Jan; 48 (1): 10, 2-6.
16. Beckmann M, KLink M, Lux M, Fasching P, Ackermann S. Krebsfrüherkennung bei Frauen. Gynäkologe. 2005; 38 (4): 349-63.
17. Beckmann M, Link M, Lux M, Fasching P, Ackermann S. Krebsfrüherkennung bei Frauen. Gynäkologe. 2005; 38: 349-63.
18. Beckmann MW, Werner Y, Renner SP, Fasching PA, Jap D, Kuschel B. Cancer detection in gynecology. Gynäkologe. 2000; 33 (7): 474-81.
19. Bell S, Porter M, Kitchener H, Fraser C, Fisher P, Mann E. Psychological response to cervical screening. Prev Med. 1995 Nov; 24 (6): 610-6.
20. Bendapudi NM, Berry LL, Frey KA, Parish JT, Rayburn WL. Patients' perspectives on ideal physician behaviors. Mayo Clin Proc. 2006 Mar; 81 (3): 338-44.

21. Bennetts A, Irwig L, Oldenburg B, Simpson JM, Mock P, Boyes A, et al. PEAPS-Q: a questionnaire to measure the psychosocial effects of having an abnormal pap smear. Psychosocial Effects of Abnormal Pap Smears Questionnaire. J Clin Epidemiol. 1995 Oct; 48 (10): 1235-43.
22. Bergfeld J. Praxisführung - Erfolg durch Kommunikation sichern. Deutsches Ärzteblatt. 2004; 101 (20): A1448.
23. Bernet R, Buddeberg C. Die Arzt/Ärztin-Patientin-Beziehung in der Gynäkologie: Erwartungen und Erfahrungen der Patientinnen. Gynakol Geburtshilfliche Rundsch. 1994; 34 (1): 43-9.
24. Blaser A, Werren S, Brugger D, Dreher E. Der Spiegel als Partizipationsmöglichkeit bei der gynäkologischen Routineuntersuchung: Auswirkungen auf das psychische Befinden der Frau. Gynaekologische Rundschau. 1989; 29 (2): 69-77.
25. Blomberg K, Ternestedt BM, Tornberg S, Tishelman C. How do women who choose not to participate in population-based cervical cancer screening reason about their decision? Psychooncology. 2008 Jun; 17 (6): 561-9.
26. Bohsem G. Kostenpflichtige Behandlungen "IGeL" - Überrumpelt im Sprechzimmer. Sueddeutsche.de. 21.11.2011. [zitiert am 30.05.2011]. URL: <http://www.sueddeutsche.de/geld/kostenpflichtige-behandlungen-igel-ueberrumpelt-im-sprechzimmer-1.1195887>
27. Bonevski B, Sanson-Fisher R, Girgis A, Perkins J. Women's experiences of having a colposcopic examination: self-reported satisfaction with care, perceived needs and consequences. J Obstet Gynaecol. 1998 Sep; 18 (5): 462-70.
28. Bortz J, Döring N. Forschungsmethoden und Evaluation: für Human- und Sozialwissenschaftler. Heidelberg: Springer; 2006.
29. Broadmore J, Carr-Gregg M, Hutton JD. Vaginal examinations: women's experiences and preferences. N Z Med J. 1986 Jan 22; 99 (794): 8-10.

30. Bühner M. Einführung in die Test- und Fragebogenkonstruktion. 3. Aufl. München: Pearson Studium; 2010.
31. Bundesärztekammer. Individuelle Gesundheitsleistungen. Was Sie über IGeL wissen sollten. Bundesärztekammer. Berlin. 2008.
32. Bundesärztekammer. und Kassenärztliche Bundesvereinigung. Selbst zahlen? Individuelle Gesundheits-Leistungen (IGeL) – ein Ratgeber für Patientinnen und Patienten. Berlin. 2009.
33. Butow PN, Maclean M, Dunn SM, Tattersall MH, Boyer MJ. The dynamics of change: cancer patients' preferences for information, involvement and support. *Ann Oncol.* 1997 Sep; 8 (9): 857-63.
34. Campbell H, MacDonald S, McKiernan M. Promotion of cervical screening uptake by health visitor follow-up of women who repeatedly failed to attend. *J Public Health Med.* 1996 Mar; 18 (1): 94-7.
35. Canales MK, Carr J, Wohlberg J. "It's about time": College women's perceptions of gynecologic health. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners.* 2005 Jun; 17 (6): 225-33.
36. Cattell RB, Jaspers J. A general plasmode for factor analytic exercises and research. *Multivariate Behavioral Research Monographs.* 1967; 3: 67.
37. Chandler PJ, Chandler C, Dabbs ML. Provider gender preference in obstetrics and gynecology: a military population. *Mil Med.* 2000 Dec; 165 (12): 938-40.
38. Choconta-Piraquive LA, Alvis-Guzman N, De la Hoz-Restrepo F. How protective is cervical cancer screening against cervical cancer mortality in developing countries? The Colombian case. *BMC Health Serv Res.* 2010; 10: 270-5.
39. Clauß G, Erhardt G, Kulka H. *Fachlexikon ABC Psychologie.* 5. Aufl. Frankfurt am Main: Harri Deutsch; 1995.

40. Conway K. Attitudes to Papanicolaou smears. *J Psychosom Obstet Gynaecol.* 1996 Dec; 17 (4): 189-94.
41. Cuschieri KS, Horne AW, Szarewski A, Cubie HA. Public awareness of human papillomavirus. *J Med Screen.* 2006; 13 (4): 201-7.
42. D'Errico R. Relative importance of gender in patients' selection of an obstetrics and gynecology provider. *Conn Med.* 2007 Aug; 71 (7): 439.
43. De Carvalho CM, De Brito CM, Nery IS, Figueiredo Mdo L. Prevention of breast cancer in elderly women: a review. *Revista brasileira de enfermagem.* 2009 Jul-Aug; 62 (4): 579-82.
44. Distler W. Altersgynäkologische Sprechstunde. *Gynäkologe.* 2006; 39 (5): 373-9.
45. Dittmar N. Transkription: Ein Leitfaden mit Aufgaben für Studenten, Forscher und Laien. 3. Aufl. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften; 2009.
46. dkfz. Deutsches Krebsforschungszentrum / Krebsinformationsdienst. Früherkennungsuntersuchungen: Ein Überblick. [zitiert am 14.11.2011]. URL: <http://www.krebsinformation.de/themen/vorbeugung/frueherkennung.php>.
47. Dreier M, Borutta B, Toppich J, Bitzer EM, Walter U. Mammography and cervical cancer screening--a systematic review about women's knowledge, attitudes and participation in Germany. *Gesundheitswesen.* 2011 Oct 19; 74 (11): 722-35.
48. EBM. Einheitlicher Bewertungsmaßstab, Stand 01.01.2011. 1 Aufl. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag; 2010.
49. Egger B. Primat der Prävention: Wie passt Screening dazu? *Med Klin.* 2003 Mar 15; 98 (3): 170-4.
50. Ehlich K, Rehbein J. Halbinterpretative Arbeitstranskriptionen (HIAT). *Linguistische Berichte.* 1976; 45: 21-41.

51. Eickhoff A, Hahn A, Riemann JF. Beispiele für Screeninguntersuchungen. Internist. 2008 Jun; 49 (6): 660-72.
52. Elstad JI. Women's priorities regarding physician behavior and their preference for a female physician. Women Health. 1994; 21 (4): 1-19.
53. Esser A, Maschewsky-Schneider U. Akzeptanz und Umsetzungschancen von primärer Krebsprävention in der Bundesrepublik. Ergebnisse einer Studie im Rahmen des Norddeutschen Forschungsverbundes Public health. Z f Gesundheitswiss. 1996; 4: 349-62.
54. European-Commission. Directorate-General for Health & Consumer Protection. European guidelines for quality assurance in breast cancer screening and diagnosis. 4th ed. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities: 2006.
55. Fang MC, McCarthy EP, Singer DE. Are patients more likely to see physicians of the same sex? Recent national trends in primary care medicine. Am J Med. 2004 Oct 15; 117 (8): 575-81.
56. Feldmann RJ, Driscoll CE. Evaluation of the patient-centered pelvic examination. J Fam Pract. 1982 Nov; 15 (5): 990-3.
57. Fennema K, Meyer DL, Owen N. Sex of physician: patients' preferences and stereotypes. J Fam Pract. 1990 Apr; 30 (4): 441-6.
58. FGW. Forschungsgruppe Wahlen Telefonfeld. Versichertenbefragung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung 2011. Ergebnisse einer repräsentativen Bevölkerungsumfrage. September 2011.
59. Fiddes P, Scott A, Fletcher J, Glasier A. Attitudes towards pelvic examination and chaperones: a questionnaire survey of patients and providers. Contraception. 2003 Apr; 67 (4): 313-7.
60. Field A. Discovering Statistics Using SPSS. London, UK: Sage; 2005.

61. Fischbeck S. Bedürfnisse der Brustkrebs-Patientin - Wie mein Arzt mir helfen könnte. 1. Aufl. Würzburg: Königshausen & Neumann; 2002.
62. Fischbeck S. Zum Bedürfnis onkologischer Patienten nach therapiebezogener Mitbestimmung. In: Scheibler F, Pfaff, H., Hrsg. Shared Decision Making: Der Patient als Partner im menschlichen Entscheidungsprozess. 1. Aufl. Weinheim: Juventa; 2003: 46-55.
63. Fischbeck S, Hennig S, Laubach W, Depta A. Fulfilling information needs: Development of a question prompt list for cancer patients at the premedication consultation. *Onkologie*. 2008 Feb; 31: 162.
64. Fischbeck S, Huppmann G. Psychosoziale Betreuungsbedürfnisse erfassen - ein Ansatzpunkt patientenorientierter Gesundheitsförderung in der ambulanten Nachsorge bei Brustkrebs-Patientinnen. In: Deusinger I, Hrsg. Wohlbefinden bei Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen Gesundheit in medizinischer und psychologischer Sicht. Göttingen: Hogrefe; 2002: 103-21.
65. Fischbeck S, Huppmann G. Zum Spektrum der Informationsbedürfnisse Krebskranker. Historisches zu einer Messung In: Huppmann G, Fischbeck, S. , Hrsg. Zur Geschichte der Medizinischen Psychologie. 1. Aufl. Würzburg: Königshausen & Neumann; 2006: 122-56.
66. Fisher WA, Bryan A, Dervaitis KL, Silcox J, Kohn H. It ain't necessarily so: most women do not strongly prefer female obstetrician-gynaecologists. *J Obstet Gynaecol Can*. 2002 Nov; 24 (11): 885-8.
67. Fitch MI, Steele R. Identifying supportive care needs of women with ovarian cancer. *Can Oncol Nurs J*. 2010 Spring; 20 (2): 66-74.
68. Flick U. Auswertungsverfahren. In: Schwartz FW, Badura B, Busse R, Leidl R, Raspe H, Siegrist J, et al., Hrsg. Das Public Health Buch: Gesundheit und Gesundheitswesen. 2. Aufl. München – Jena: Urban & Fischer; 2003: 435-52.

69. Forss A, Tishelman C, Widmark C, Lundgren E, Sachs L, Tornberg S. 'I got a letter...' a qualitative study of women's reasoning about attendance in a cervical cancer screening programme in urban Sweden. *Psychooncology*. 2001 Jan-Feb; 10 (1): 76-87.
70. Franks P, Bertakis KD. Physician gender, patient gender, and primary care. *J Womens Health (Larchmt)*. 2003 Jan-Feb; 12 (1): 73-80.
71. Frick-Bruder V. Erotische Aspekte der Arzt-Patient-Beziehung in der Gynäkologie. *Gynakol Geburtshilfliche Rundsch*. 1993; 33 (2): 115-8.
72. Fromm B, Bente G. Mammografie-Screening-Programm: Was Screening und Science-Fiction gemeinsam haben. *Deutsches Ärzteblatt*. 2008; 105 (46): A2456.
73. Fürntratt J. Zur Bestimmung der Anzahl interpretierbarer gemeinsamer Faktoren in Faktorenanalysen psychologischer Daten. *Diagnostica*. 1980; 15: 62-75.
74. Fylan F. Screening for cervical cancer: a review of women's attitudes, knowledge, and behaviour. *Br J Gen Pract*. 1998 Aug; 48 (433): 1509-14.
75. Galaal KA, Deane K, Sangal S, Lopes AD. Interventions for reducing anxiety in women undergoing colposcopy. *Cochrane Database Syst Rev*. 2007 Dec 7; (12): CD006013.
76. GBA. Gemeinsamer Bundesausschuss. Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Früherkennung von Krebserkrankungen (Krebsfrüherkennungs-Richtlinie/KFE-RL) zuletzt geändert am 16. Dezember 2010, in Kraft getreten am 3. März 2011. *Bundesanzeiger* 2011. 34: 864.
77. Gesundheitsmonitor. Gütersloh: Verlag Bertelsmann-Stiftung; 2002.
78. Gigerenzer G, Mata J, Frank R. Public knowledge of benefits of breast and prostate cancer screening in Europe. *J Natl Cancer Inst*. 2009 Sep 2; 101 (17): 1216-20.

79. Gilbert LK, Alexander L, Grosshans JF, Jolley L. Answering frequently asked questions about HPV. *Sex Transm Dis.* 2003 Mar; 30 (3): 193-4.
80. Glaus A, Fah B, Hornung R, Senn H, Stiefel F. Das Brustkrebs-Präventionsverhalten in der Schweiz: aus der Perspektive von Frauen aus drei Sprachregionen der Schweiz. *Pflege.* 2004; 17 (6): 385-94.
81. GOÄ. Gebührenordnung für Ärzte / UV-GOÄ, Stand 01.04.2010. 1 Aufl. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag; 2010.
82. Goldsmith MR, Bankhead CR, Kehoe ST, Marsh G, Austoker J. Information and cervical screening: a qualitative study of women's awareness, understanding and information needs about HPV. *J Med Screen.* 2007; 14 (1): 29-33.
83. Golomb D. Attitudes toward pelvic examinations in two primary care settings. *R I Med J.* 1983 Jul; 66 (7): 281-4.
84. Guile MW, Schnatz PF, O'Sullivan DM. Relative importance of gender in patients' selection of an obstetrics and gynecology provider. *Conn Med.* 2007 Jun-Jul; 71 (6): 325-32.
85. Gustafson DH, Taylor JO, Thompson S, Chesney P. Assessing the needs of breast cancer patients and their families. *Qual Manag Health Care.* 1993 Fall; 2 (1): 6-17.
86. Haar E, Halitsky V, Stricker G. Factors related to the preference for a female gynecologist. *Med Care.* 1975 Sep; 13 (9): 782-90.
87. Hall B, Howard K, McCaffery K. Do cervical cancer screening patient information leaflets meet the HPV information needs of women? *Patient Educ Couns.* 2008 Jul; 72 (1): 78-87.
88. Hall JA, Irish JT, Roter DL, Ehrlich CM, Miller LH. Gender in medical encounters: an analysis of physician and patient communication in a primary care setting. *Health Psychol.* 1994 Sep; 13 (5): 384-92.

89. Hawighorst-Knapstein S. Individuelle Informationsvermittlung hilft Brustkrebspatientinnen. *Frauenarzt*. 2007; 48 (11): 1068-72.
90. Helfferich C. Die Qualität qualitativer Daten: Manual für die Durchführung qualitativer Interviews. 4 Aufl. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften; 2011.
91. Herschbach P. Psychosoziale Probleme und Bewältigungsstrategien von Brust- und Genitalkrebspatientinnen. 1. Aufl. München: Gerhard Röttger Verlag; 1985.
92. Herschbach P, Marten-Mittag B, Henrich G. Revision und psychometrische Prüfung des Fragebogens zur Belastung von Krebskranken (FBK-R23). *Zeitschrift für Medizinische Psychologie*. 2003; 12: 69-76.
93. Holm K. Die Befragung I. Der Fragebogen - Die Stichprobe. 4. Aufl. München: UTB für Wissenschaft; 1998.
94. Hölzel D, Engel J, Kunath H. Früherkennung. Definitionen und Anforderungen für die Gratwanderung zwischen Schaden und Nutzen. *Onkologe*. 2002; 8 (10): 1030-39.
95. Hornemann. Psychosoziale und psychoonkologische Aspekte in der Onkologie. *Gynäkologe*. 2010.
96. Hornung R. Krebs: Wissen, Einstellungen und präventives Verhalten der Bevölkerung. Bern: Hans Huber Verlag; 1986.
97. Howell EA, Gardiner B, Concato J. Do women prefer female obstetricians? *Obstet Gynecol*. 2002 Jun; 99 (6): 1031-5.
98. Hoyo C, Yarnall KS, Skinner CS, Moorman PG, Sellers D, Reid L. Pain predicts non-adherence to pap smear screening among middle-aged African American women. *Prev Med*. 2005 Aug; 41 (2): 439-45.

99. IGeL-Monitor. IGeL-Umfrage der Verbraucherzentralen. [zitiert am 31.05.2012]. URL: <http://www.igel-monitor.de/391.htm>.
100. IGeL-Monitor. Individuelle Gesundheitsleistungen auf dem Prüfstand. [zitiert am 31.05.2012]. URL: <http://www.igel-monitor.de/>.
101. Jeppesen U. Women's attitude towards gynecologic examinations. *Ugeskr Laeger*. 1995 Mar 20; 157 (12): 1651-4.
102. Jepson RG, Hewison J, Thompson A, Weller D. Patient perspectives on information and choice in cancer screening: a qualitative study in the UK. *Soc Sci Med*. 2007 Sep; 65 (5): 890-9.
103. Johnson AM, Schnatz PF, Kelsey AM, Ohannessian CM. Do women prefer care from female or male obstetrician-gynecologists? A study of patient gender preference. *J Am Osteopath Assoc*. 2005 Aug; 105 (8): 369-79.
104. Juraskova I, Butow P, Sharpe L, Campion M. 'What does it mean?' Uncertainty, trust and communication following treatment for pre-cancerous cervical abnormalities. *Psychooncology*. 2007 Jun; 16 (6): 525-33.
105. Kaczorowski J, Karwalajtys T, Lohfeld L, Laryea S, Anderson K, Roder S, et al. Women's views on reminder letters for screening mammography: Mixed methods study of women from 23 family health networks. *Can Fam Physician*. 2009 Jun; 55 (6): 622-3 e1-4.
106. Kahl H, Holling H, Kamtsiuris P. Utilization of health screening studies and measures for health promotion. *Gesundheitswesen*. 1999 Dec; 61: 163-8.
107. Kahn JA, Goodman E, Huang B, Slap GB, Emans SJ. Predictors of Papanicolaou smear return in a hospital-based adolescent and young adult clinic. *Obstet Gynecol*. 2003 Mar; 101 (3): 490-9.
108. Kaiser HP. An index of factor simplicity. *Psychometrika*. 1974; 39: 31-6.

109. Kalager M, Zelen M, Langmark F, Adami HO. Effect of screening mammography on breast-cancer mortality in Norway. *N Engl J Med*. 2010 Sep 23; 363 (13): 1203-10.
110. Kavanagh AM, Broom DH. Women's understanding of abnormal cervical smear test results: a qualitative interview study. *Bmj*. 1997 May 10; 314 (7091): 1388-91.
111. Kemp B, Perlitz V, Maass N, Rath W. Gynecological Psycho-Somatic Counselling for HPV Infection. *Geburtshilfe und Frauenheilkunde*. 2010 Feb; 70 (2): 99-103.
112. Kerek-Bodden H, Altenhofen L, Brenner GF. Durchführung einer versichertenbezogenen Untersuchung zur Inanspruchnahme der Früherkennung auf Zervixkarzinom in den Jahren 2002, 2003 und 2004 auf der Basis von Abrechnungsdaten. Vorläufiger Abschlussbericht. Berlin: Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland. 2008.
113. Kerssens JJ, Bensing JM, Andela MG. Patient preference for genders of health professionals. *Soc Sci Med*. 1997 May; 44 (10): 1531-40.
114. Kirchhoff S, Kuhnt S, Lipp P, Schlawin S. *Der Fragebogen: Datenbasis, Konstruktion und Auswertung* 5. Aufl. Wiesbaden: VS; 2010.
115. Kirschner W. Krebsfrüherkennungsuntersuchung in der Bundesrepublik Deutschland. Gründe der Nichtinanspruchnahme und Möglichkeiten zur Erhöhung der Beteiligung. DFVLR, Bereich Projektträgerschaften. Köln: Eigenverlag; 1985.
116. Klug SJ, Hetzer M, Blettner M. Screening for breast and cervical cancer in a large German city: participation, motivation and knowledge of risk factors. *Eur J Public Health*. 2005 Feb; 15 (1): 70-7.
117. Klug SJ, Hukelmann M, Blettner M. Knowledge about infection with human papillomavirus: a systematic review. *Prev Med*. 2008 Feb; 46 (2): 87-98.

118. Klug SJ, Taylor KJ, Scheidemann-Wesp U, Lautz D, Guther B, Potthoff P, et al. Participation in cervical cancer screening in Germany. *Prev Med.* 2010 Aug 22; 51 (5): 431-2.
119. Knorre P. Was Patientinnen in ihrer Praxis erwarten. *Sexualmedizin.* 1991; 1: 7-9.
120. Ko NY, Hsu ST. Informational needs, health locus of control and uncertainty among women hospitalized with gynecological diseases. *Chang Gung Med J.* 2005 Aug; 28 (8): 559-66.
121. Koch K. Informationen über Krebsfrüherkennung: Was wollen die Patienten? *Med Klin (Munich).* 2003 Jul 15; 98 (7): 400-3.
122. Kreienberg R, Digel S. Krebsvorsorgeuntersuchungen bei älteren Patientinnen. *Gynäkologe.* 2005; 38 (12): 1074-9.
123. Laatz W. *Empirische Methoden.* Thun und Frankfurt am Main: Harri Deutsch; 1993.
124. Lafta RK. Practitioner gender preference among gynecologic patients in Iraq. *Health Care Women Int.* 2006 Feb; 27 (2): 125-30.
125. Lampert T, Kroll L. Messung des sozioökonomischen Status in sozialepidemiologischen Studien. In: Richter M, Hurrelmann K, Hrsg. *Gesundheitliche Ungleichheit Grundlagen, Probleme, Perspektiven* Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften; 2009.
126. Landmark BT, Bohler A, Loberg K, Wahl AK. Women with newly diagnosed breast cancer and their perceptions of needs in a health-care context. *Journal of clinical nursing.* 2008 Apr; 17 (7B): 192-200.
127. Larsen M, Oldeide CC, Malterud K. Not so bad after all..., Women's experiences of pelvic examinations. *Fam Pract.* 1997 Apr; 14 (2): 148-52.

128. Lauver DR, Baggot A, Kruse K. Women's experiences in coping with abnormal Papanicolaou results and follow-up colposcopy. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs.* 1999 May-Jun; 28 (3): 283-90.
129. Leidl R. Der Effizienz auf der Spur: Eine Einführung in die ökonomische Evaluation. In: Schwartz FW, Badura B, Busse R, Leidl R, Raspe H, Siegrist J, et al., Hrsg. *Das Public Health Buch: Gesundheit und Gesundheitswesen.* 2. Aufl. München - Jena: Urban & Fischer 2000: 461-84.
130. Lewin M. *Psychologische Forschung im Umriss.* Berlin: Springer; 1986.
131. Liao MN, Chen PL, Chen MF, Chen SC, Chen YH. Supportive care for Taiwanese women with suspected breast cancer during the diagnostic period: effect on healthcare and support needs. *Oncology nursing forum.* 2009 Sep; 36 (5): 585-92.
132. Lienert GA, Raatz U. *Testaufbau und Testanalyse.* 6. Aufl. Weinheim: Psychologie Verlags Union; 1998.
133. Lohaus A, Schmitt M. *Fragebogen zur Erhebung von Kontrollüberzeugungen zu Krankheit und Gesundheit (KKG).* Göttingen: Hogrefe; 1998.
134. Lösel F. Persönlichkeitsdaten. In: Jäger RS, Petermann F, Hrsg. *Psychologische Diagnostik.* 4. Aufl. Weinheim: Psychologie Verlags Union; 1999: 362-80.
135. Lurie N, Margolis KL, McGovern PG, Mink PJ, Slater JS. Why do patients of female physicians have higher rates of breast and cervical cancer screening? *J Gen Intern Med.* 1997 Jan; 12 (1): 34-43.
136. Lurie N, Slater J, McGovern P, Ekstrum J, Quam L, Margolis K. Preventive care for women. Does the sex of the physician matter? *N Engl J Med.* 1993 Aug 12; 329 (7): 478-82.

137. Mahon SM, Williams M. Information needs regarding menopause. Results from a survey of women receiving cancer prevention and detection services. *Cancer nursing*. 2000 Jun; 23 (3): 176-85.
138. Makam A, Mallappa Saroja CS, Edwards G. Do women seeking care from obstetrician-gynaecologists prefer to see a female or a male doctor? *Arch Gynecol Obstet*. 2010 Mar; 281 (3): 443-7.
139. Matte-Lewis L. L'examen gynécologique: un problème pour la femme, un défi pour l'infirmière. *Infirm Can*. 1985 Apr; 27 (4): 24-6.
140. Mavis B, Vasilenko P, Schnuth R, Marshall J, Jeffs MC. Female patients' preferences related to interpersonal communications, clinical competence, and gender when selecting a physician. *Acad Med*. 2005 Dec; 80 (12): 1159-65.
141. Mayer HO. Interview und schriftliche Befragung: Entwicklung, Durchführung und Auswertung. 5 Aufl. München: Oldenbourg Wissenschaftsverlag; 2009.
142. Mays RM, Zimet GD, Winston Y, Kee R, Dickes J, Su L. Human papillomavirus, genital warts, Pap smears, and cervical cancer: knowledge and beliefs of adolescent and adult women. *Health Care Women Int*. 2000 Jul-Aug; 21 (5): 361-74.
143. McCaffery K, Irwig L. Australian women's needs and preferences for information about human papillomavirus in cervical screening. *J Med Screen*. 2005; 12 (3): 134-41.
144. MDS. Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen e.V.. Evidenzbasierte Medizin. Individuelle Gesundheitsleistungen (IGeL). [zitiert am 31.05.2012]. URL: [http://www.mds-ev.de/Evidenz-basierte%20Medizin IGeL.htm](http://www.mds-ev.de/Evidenz-basierte%20Medizin%20IGeL.htm).
145. MDS. Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen e.V.. IGeL - Grundlegende Informationen. Essen. 2012.

146. Meisinger C, Heier M, Loewel H. The relationship between body weight and health care among German women. *Obes Res.* 2004 Sep; 12 (9): 1473-80.
147. Melamed BG, Brenner GF. Social support and chronic medical stress - An interaction-based approach. *Journal of Social and Clinical Psychology.* 1990; 9 (1): 104-17.
148. Metelmann H-R. Im Mittelpunkt die Angst. Umfrage zur Nicht-Nutzung von Krebsprävention in Mecklenburg-Vorpommern. *Zahnärztliche Mitteilungen* 2007; 97: 28-129.
149. Miller D, Livingstone V, Herbison P. Interventions for relieving the pain and discomfort of screening mammography. *Cochrane Database Syst Rev.* 2008; 1: CD002942.
150. Miller SM. Monitoring versus blunting styles of coping with cancer influence the information patients want and need about their disease. Implications for cancer screening and management. *Cancer.* 1995 Jul 15; 76 (2): 167-77.
151. Millstein SG, Adler NE, Irwin CE, Jr. Sources of anxiety about pelvic examinations among adolescent females. *J Adolesc Health Care.* 1984 Apr; 5 (2): 105-11.
152. Minstrell M, Winzenberg T, Rankin N, Hughes C, Walker J. Supportive care of rural women with breast cancer in Tasmania, Australia: changing needs over time. *Psychooncology.* 2008 Jan; 17 (1): 58-65.
153. Mistry A, Wilson S, Priestman T, Damery S, Haque M. How do the information needs of cancer patients differ at different stages of the cancer journey? A cross-sectional survey. *JRSM Short Rep.* 2010; 1 (4): 30.
154. Montgomery K, Bloch JR, Bhattacharya A, Montgomery O. Human Papillomavirus and Cervical Cancer Knowledge, Health Beliefs, and Preventative Practices in Older Women. *Jognn-Journal of Obstetric Gynecologic and Neonatal Nursing.* 2010 May-Jun; 39 (3): 238-49.

155. Muir M, Greenberg M, Plante S, Fitch M, Levstein L, King E. Health promotion and early detection of cancer in older adults: a practical approach. *Can Oncol Nurs J*. 1997 May; 7 (2): 82-9.
156. Mummendey HD. Die Fragebogen-Methode. 5. Aufl. Göttingen: Hogrefe; 2008.
157. Naß-Griegoleit I. Brustkrebsfrüherkennung in Deutschland. *Journal Onkologie*. 2007; online Ausgabe 01-07.
158. Naß-Griegoleit I, Schultz-Zehden B, Klusendick M. Studie belegt hohe Akzeptanz des Mammographie-Screenings bei Frauen. *Frauenarzt*. 2009; 50 (6): 494-501.
159. O'Leary KA, Estabrooks CA, Olson K, Cumming C. Information acquisition for women facing surgical treatment for breast cancer: influencing factors and selected outcomes. *Patient Educ Couns*. 2007 Dec; 69 (1-3): 5-19.
160. Ogburn T, Voss C, Espey E. Barriers to women's health: why is it so hard for women to stay healthy? *Obstet Gynecol Clin North Am*. 2009 Dec; 36 (4): 737-52.
161. Olson BK. Patient comfort during pelvic examination. New foot supports vs metal stirrups. *JOGN Nurs*. 1981 Mar-Apr; 10 (2): 104-7.
162. Olsson HM, Gullberg MT. Role of the woman patient and fear of the pelvic examination. *West J Nurs Res*. 1987 Aug; 9 (3): 357-67.
163. Paepke S, Schubert R, Huttner C, Blohmer JU, Lichtenegger W. Breast cancer awareness and screening behavior: A cross sectional analysis of 2110 women. *Geburtshilfe und Frauenheilkunde*. 2000; 60 (12): 620-4.
164. Paepke S, Schwarz-Boeger U, von Minckwitz G, Schultz-Zehden B, Kaufmann M, Beck H, et al. Brustkrebsfrüherkennung - Kenntnisstand und Akzeptanz in der weiblichen Bevölkerung. *Deutsches Ärzteblatt*. 2001; 98 (34-35): A2178-86.

165. Paisley J, Brown CM, Greenberg M. Information needs of women at risk of breast cancer. *Can J Diet Pract Res*. 2008 Summer; 69 (2): 59-64.
166. Palmer AG, Tucker S, Warren R, Adams M. Understanding women's responses to treatment for cervical intra-epithelial neoplasia. *Br J Clin Psychol*. 1993 Feb; 32: 101-12.
167. Patton DD, Bodtke S, Horner RD. Patient perceptions of the need for chaperones during pelvic exams. *Fam Med*. 1990 May-Jun; 22 (3): 215-8.
168. Penn MA, Bourguet CC. Patients' attitudes regarding chaperones during physical examinations. *J Fam Pract*. 1992 Dec; 35 (6): 639-43.
169. Petravage JB, Reynolds LJ, Gardner HJ, Reading JC. Attitudes of women toward the gynecologic examination. *J Fam Pract*. 1979 Dec; 9 (6): 1039-45.
170. Pfaff H, Bentz J. Qualitative und quantitative Methoden der Datengewinnung. In: Schwartz FW, Badura B, Busse R, Leidl R, Raspe H, Siegrist J, et al., Hrsg. *Das Public Health Buch: Gesundheit und Gesundheitswesen*. 2. Aufl. München – Jena: Urban & Fischer; 2003.
171. Piper I, Shvarts S, Lurie S. Women's preferences for their gynecologist or obstetrician. *Patient Educ Couns*. 2008 Jul; 72 (1): 109-14.
172. Plunkett BA, Kohli P, Milad MP. The importance of physician gender in the selection of an obstetrician or a gynecologist. *Am J Obstet Gynecol*. 2002 May; 186 (5): 926-8.
173. Poma PA, Dudley B, Stepto RD. A survey of an obstetrics and gynecology practice from the patients' point of view. *Proc Inst Med Chic*. 1980 Jul-Sep; 33 (3): 91-4.
174. Raffauf E. Besuch bei Frauenärztin bzw. Frauenarzt: Strategien der Frauen zur Bewältigung ihrer Ängste. *Gyne*. 1990; 6: 173-80.

175. Ragan SL, Pagano M. Communicating with female patients: Affective interaction during contraceptive counseling and gynecologic exams. *Wom Stud Commun.* 1987; 10 (2): 46-57.
176. Remmers H, Holtgrawe M, Pinkert C. Stress and nursing care needs of women with breast cancer during primary treatment: a qualitative study. *Eur J Oncol Nurs.* 2010; 14 (1): 11-6.
177. Revenstorf D. *Lehrbuch der Faktorenanalyse.* Stuttgart: Kohlhammer; 1983.
178. Richter M, Brand H, Rössler G. Sozioökonomische Unterschiede in der Inanspruchnahme von Früherkennungsuntersuchungen und Maßnahmen der Gesundheitsförderung in NRW. *Das Gesundheitswesen* 2002; 64: 417-23.
179. Rienhoff O, Kleinöder T. Daten sammeln und auswerten. In: Schwartz FW, Badura B, Busse R, Leidl R, Raspe H, Siegrist J, et al., Hrsg. *Das Public Health Buch: Gesundheit und Gesundheitswesen.* 2. Aufl. München – Jena: Urban & Fischer; 2003: 379-92.
180. Rizk DE, El-Zubeir MA, Al-Dhaheer AM, Al-Mansouri FR, Al-Jenaibi HS. Determinants of women's choice of their obstetrician and gynecologist provider in the UAE. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2005 Jan; 84 (1): 48-53.
181. RKI. Robert Koch-Institut. Gesellschaft der epidemiologischen Krebsregister [GEKID]. *Krebs in Deutschland 2005/2006. Häufigkeiten und Trends. Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes 7. Ausg.* Berlin: Robert Koch-Institut, 2010, Saarbrücken: Gesellschaft der epidemiologischen Krebsregister 2010.
182. Robra B-P. Ergebnisse und Probleme des „gesetzlichen“ Krebsfrüherkennungsprogramms in der Bundesrepublik Deutschland. *Krankenversicherung* 1985; 3: 65-9.
183. Robra BP, Brecht JG, Kramer P, Schwartz FW. Regionale Analyse der Beteiligung am „gesetzlichen“ Krebsfrüherkennungsprogramm in der Bundesrepublik Deutschland. *Öffentl Gesundheitswes.* 1984 Oct; 46 (10): 499-503.

184. Robra BP, Dierks ML. Entwicklung der Teilnahme an den Krebsfrüherkennungsuntersuchungen der Frau. *Gynäkologie*. 1990; 23 (6): 308-11.
185. Röckl-Wiedmann I, Meyer N, Fischer R, Laubereau B, Weitkunat R, Uberla K. Schichtspezifische Inanspruchnahme medizinischer Leistungen und Vorsorgeverhalten in Bayern: Ergebnisse einer repräsentativen Bevölkerungsbefragung *Soz Präventivmed*. 2002; 47 (5): 307-17.
186. Rohrmann B. Empirische Studien zur Entwicklung von Antwortskalen für die sozialwissenschaftliche Forschung. *Zeitschrift für Sozialpsychologie*. 1978; 9: 222-45.
187. Roter DL, Geller G, Bernhardt BA, Larson SM, Doksum T. Effects of obstetrician gender on communication and patient satisfaction. *Obstet Gynecol*. 1999 May; 93 (5): 635-41.
188. Rottmann N, Helmes AW, Vogel BA. Patients' Needs and Experiences at Breast Cancer Diagnosis: How Perceived Threat Influences the Physician-Patient Interaction. *Journal of Psychosocial Oncology*. 2010; 28 (2): 157-72.
189. Rückinger S, von Kries R, Pauli S, Munte A, Mielck A. Participation in cervical cancer screening by age and region--a cohort study with a 3 1/2 year follow-up on 2,223,135 women in Bavaria. *Gesundheitswesen*. 2008 Jul; 70 (7): 393-7.
190. Scheffer S, Dauven S, Sieverding M. Sociodemographic differences in the participation in "early detection of cancer examinations" in Germany - a review. *Gesundheitswesen*. 2006 Mar; 68 (3): 139-46.
191. Schenk BA. Teilnahme an der Krebsfrüherkennungsuntersuchung. Eine differenzierte Analyse. *Münch med Wschr*. 1996; 138: 109-13.
192. Schleider SA, Schwarz-Boeger U, Jonat W, Kiechle M. Primäre und sekundäre Brustkrebsprävention. Kenntnisstand, subjektive Beurteilung und Teilnahme einer Stichprobe der weiblichen Bevölkerung Schleswig-Holsteins. *Zentralbl Gynakol*. 2002; 124 (4): 207-12.

193. Schmid Mast M, Kindlimann A, Hornung R. Wie sich das Geschlecht und der Kommunikationsstil von Ärzten auf die Patientenzufriedenheit auswirken: Vom kleinen, aber feinen Unterschied. *Praxis*. 2004 Jul 14; 93 (29-30): 1183-8.
194. Schmidt R. *Betreuungsbedürfnisse von Patienten in der primärärztlichen Versorgung [Dissertation]*. Mainz: Universität; 2010.
195. Schmittziel J, Selby JV, Grumbach K, Quesenberry CP, Jr. Women's provider preferences for basic gynecology care in a large health maintenance organization. *J Womens Health Gend Based Med*. 1999 Jul-Aug; 8 (6): 825-33.
196. Schnarkowski P, Goldmann A, Friedrich JM, Haussler MD, Zeitler H. Einstellung zum Mammographie-Screening: Ergebnisse einer Patientinnenumfrage. *Röntgenpraxis*. 1993; 46 (11): 335-8.
197. Schnatz PF, Murphy JL, O'Sullivan DM, Sorosky JI. Patient choice: comparing criteria for selecting an obstetrician-gynecologist based on image, gender, and professional attributes. *Am J Obstet Gynecol*. 2007 Nov; 197 (5): 548 e1-7.
198. Schneider C. Psychoonkologische Aspekte bei gynäkologischen Malignomen. *Gynäkologe*. 2007; 40: 865-71.
199. Schwartz M, Savage W, George J, Emohare L. Women's knowledge and experience of cervical screening: a failure of health education and medical organization. *Community Med*. 1989 Nov; 11 (4): 279-89.
200. Schwarz S, Volzke H, Alte D, Hoffmann W, John U, Doren M. Gynaecological health care utilization and use of sex hormones--the study of Health in Pomerania. *Hum Reprod*. 2005 Oct; 20 (10): 2916-22.
201. Schweickhardt A, Fritzsche K. *Kursbuch ärztliche Kommunikation - Grundlagen und Fallbeispiele aus Klinik und Praxis*. 2. Aufl. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag; 2009.

202. Seehusen DA, Johnson DR, Earwood JS, Sethuraman SN, Cornali J, Gillespie K, et al. Improving women's experience during speculum examinations at routine gynaecological visits: randomised clinical trial. *Bmj*. 2006 Jul 22; 333 (7560): 171.
203. Seidel D, Becker N, Rohrman S, Nimptsch K, Linseisen J. Socio-demographic characteristics of participation in the opportunistic German cervical cancer screening programme: results from the EPIC-Heidelberg cohort. *J Cancer Res Clin Oncol*. 2009 Apr; 135 (4): 533-41.
204. Seymore C, DuRant RH, Jay MS, Freeman D, Gomez L, Sharp C, et al. Influence of position during examination, and sex of examiner on patient anxiety during pelvic examination. *J Pediatr*. 1986 Feb; 108 (2): 312-7.
205. SGB. Sozialgesetzbuch: Bücher I-XII. Allg. Teil, Grundsicherung, Arbeitsförderung, Gem. Vorschriften, Kranken-, Renten-, Unfallvers., Kinder-/Jugendhilfe, Rehabilitation, Verwaltungsverfahren, PflegeVers., Sozialhilfe. 41. Aufl. München: dtv; 2012.
206. Singer S, Gotze H, Mobius C, Witzigmann H, Kortmann RD, Lehmann A, et al. Quality of care and emotional support from the inpatient cancer patient's perspective. *Langenbecks Arch Surg*. 2009 Jul; 394 (4): 723-31.
207. Sinha S, De A, Jones N, Jones M, Williams RJ, Vaughan-Williams E. Patients' attitude towards the use of a chaperone in breast examination. *Ann R Coll Surg Engl*. 2009 Jan; 91 (1): 46-9.
208. Slaytor EK, Ward JE. How risks of breast cancer and benefits of screening are communicated to women: analysis of 58 pamphlets. *Bmj*. 1998 Jul 25; 317 (7153): 263-4.
209. Smith SK, Trevena L, Nutbeam D, Barratt A, McCaffery KJ. Information needs and preferences of low and high literacy consumers for decisions about colorectal cancer screening: utilizing a linguistic model. *Health Expect*. 2008 Jun; 11 (2): 123-36.

210. Stark K, Guggenmoos-Holzmann I. Wissenschaftliche Ergebnisse deuten und nutzen. In: Schwartz FW, Badura B, Busse R, Leidl R, Raspe H, Siegrist J, et al., Hrsg. Das Public Health Buch: Gesundheit und Gesundheitswesen. 2. Aufl. München – Jena: Urban & Fischer; 2003: 393-417.
211. Steele R, Fitch MI. Supportive care needs of women with gynecologic cancer. *Cancer nursing*. 2008 Jul-Aug; 31 (4): 284-91.
212. Summers A, Fullard B. Improving the coverage and quality of cervical screening: women's views. *J Public Health Med*. 1995 Sep; 17 (3): 277-81.
213. Szymoniak K, Cwiek D, Berezowska E, Branicka-Wozniak D, Dziobek I, Malinowski W. Women's opinions regarding gynaecological examination in a hospital. *Ginekol Pol*. 2009 Jul; 80 (7): 498-502.
214. Teague R, Newton D, Fairley CK, Hocking J, Pitts M, Bradshaw C, et al. The differing views of male and female patients toward chaperones for genital examinations in a sexual health setting. *Sex Transm Dis*. 2007 Dec; 34 (12): 1004-7.
215. Thewes B, Meiser B, Taylor A, Phillips KA, Pendlebury S, Capp A, et al. Fertility- and menopause-related information needs of younger women with a diagnosis of early breast cancer. *J Clin Oncol*. 2005 Aug 1; 23 (22): 5155-65.
216. Thomas A, Weisberg E, Lieberman D, Fraser IS. A randomised controlled trial comparing a dilating vaginal speculum with a conventional bivalve speculum. *Aust N Z J Obstet Gynaecol*. 2001 Nov; 41 (4): 379-86.
217. Thomas LG, Corwin EJ. The readability of printed education materials regarding hormone replacement therapy. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*. 1998 Oct; 10 (10): 447-52.
218. Trevena L. Cancer screening - pros, cons, choice, and the patient. *Australian family physician*. 2009 Apr; 38 (4): 188-92.

219. Tristram A. HPV information needs. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol.* 2006 Apr; 20 (2): 267-77.
220. Tunin R, Uziely B, Woloski-Wruble AC. First degree relatives of women with breast cancer: who's providing information and support and who'd they prefer. *Psychooncology.* 2010; 19 (4): 423-30.
221. van Dulmen AM, Bensing JM. Gender differences in gynecologist communication. *Women Health.* 2000; 30 (3): 49-61.
222. van Elderen T, Maes S, Rouneau C, Seegers G. Perceived gender differences in physician consulting behaviour during internal examination. *Fam Pract.* 1998 Apr; 15 (2): 147-52.
223. Vella PV. A survey of women undergoing a pelvic examination. *Aust N Z J Obstet Gynaecol.* 1991 Nov; 31 (4): 355-7.
224. Vogel BA, Bengel J, Helmes AW. Information and decision making: patients' needs and experiences in the course of breast cancer treatment. *Patient Educ Couns.* 2008 Apr; 71 (1): 79-85.
225. Vondruska. Die gynäkologische Untersuchung: Erfahrungen, Erwartungen und Befürchtungen von Poliklinikpatientinnen. unveröffentlichte Dissertation Universitätsspital Zürich, Department für Frauenheilkunde. 1993.
226. Waller J, McCaffery K, Nazroo J, Wardle J. Making sense of information about HPV in cervical screening: a qualitative study. *Br J Cancer.* 2005 Jan 31; 92 (2): 265-70.
227. Wardle J, Pernet A, Stephens D. Psychological consequences of positive results in cervical cancer screening. *Psychology and Health.* 1995; 10: 185-94.
228. Webb R, Opdahl M. Breast and pelvic examinations: easing women's discomfort. *Can Fam Physician.* 1996 Jan; 42: 54-8.

229. Weijts W, Widdershoven G, Kok G. Anxiety-Scenarios in Communication during Gynecological Consultations. *Patient Education and Counseling*. 1991; 18 (2): 149-63.
230. Weismiller DG. Menopause. Primary care. 2009 Mar; 36 (1): 199-226.
231. Weiss L, Meadow R. Women's attitudes toward gynecologic practices. *Obstet Gynecol*. 1979 Jul; 54 (1): 110-4.
232. Weymeyer C, Koch K. Mythos Krebsvorsorge. Schaden und Nutzen der Früherkennung. Frankfurt/Main Eichborn; 2003.
233. Williams JG, Park LI, Kline J. Reducing distress associated with pelvic examinations: a stimulus control intervention. *Women Health*. 1992; 18 (2): 41-53.
234. Wimmer H. Die Bedeutung psychosozialer Betreuung von Patienten. In: Strotzka H, Hrsg. *Arzt-Patient - Kommunikation im Krankenhaus*. Wien: Facultas; 1986: 5-20.
235. Wright D, Fenwick J, Stephenson P, Monterosso L. Speculum 'self-insertion': a pilot study. *Journal of clinical nursing*. 2005; 14 (9): 1098-111.
236. Yanikkerem E, Ozdemir M, Bingol H, Tatar A, Karadeniz G. Women's attitudes and expectations regarding gynaecological examination. *Midwifery*. 2009 Oct; 25 (5): 500-8.
237. Zentralinstitut. für die Kassenärztliche Versorgung in Deutschland, 2010. Abschlussbericht: Inanspruchnahme der Früherkennung auf Zervixkarzinom in den Jahren 2002-2004.[zitiert am 28.05.2012]. URL: http://www.zi.de/cms/projekte/studien/gynaekologische-untersuchung-zur-krebsfrueherkennung/fileadmin/images/content/PDFs_alle/Zervixkarzinom.pdf.
238. Zimmer S. Informationsbedürfnisse und Betreuungsqualität im Kontext des Prämedikations-Gesprächs [Dissertation]. Mainz: Universität; 2011.

239. Zok K. Wahrnehmung und Akzeptanz von Früherkennungsuntersuchungen
- Ergebnisse einer Repräsentativ-Umfrage unter GKV-Versicherten. WIdO-monitor.
2007; 4(3): 1-7.

240. Zuckerman M, Navizedeh N, Feldman J, McCalla S, Minkoff H. Determinants
of women's choice of obstetrician/gynecologist. J Womens Health Gend Based Med.
2002 Mar; 11 (2): 175-80.

8. Anhang

8.1. Liste der kontaktierten Organisationen

- Berufsverband der Frauenärzte e.V. sowie die Vertreter der Landesverbände Rheinland-Pfalz und Hessen
- Redaktion von „Frauenärzte im Netz“
- Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe e.V.
- Deutsche Krebsgesellschaft
- Krebsgesellschaft Nordrhein-Westfalen e.V.
- Deutsche Krebshilfe e.V.
- Krebsinformationsdienst (KID)
- Berufsverband Niedergelassener Gynäkologischer Onkologen in Deutschland e.V. (BNGO)
- Wissenschaftliches Institut der AOK (WIdO)
- Institut für Medizinische Biometrie, Epidemiologie und Informatik (IMBEI) in Mainz
- Institut für Tumorepidemiologie des Universitäts Krebs Centrums Dresden (UCC)
- Institut für Krebs epidemiologie e.V. an der Universität Lübeck
- Arbeitsgemeinschaft Deutscher Tumorzentren e.V.
- Zentrum für Medien- und Gesundheitskommunikation e.V. (zmgk)
- Spitzenverband der Gesetzlichen Krankenkassen,
- Bundesministerium für Gesundheit
- Pressestellen folgender Krankenkassen:
 - AOK Rheinland-Pfalz, AOK Hessen, AOK Bayern, AOK Rheinland/Hamburg, AOK Berlin-Brandenburg, AOK Sachsen-Anhalt, AOK Sachsen und Thüringen, AOK Bremen/Bremerhaven, AOK Saarland, AOK Mecklenburg-Vorpommern, AOK Niedersachsen, AOK Baden-Württemberg, AOK Nordrhein-Westfalen, Techniker Krankenkasse, KKH Allianz, Barmer GEK, IKK gesundplus
- Redaktionen der folgenden Fachzeitschriften-Verlage und Internetinformationsportale: FRAUENARZT, Medical Tribune, Springer, Thieme, doc check

8.2. Rohitempool aus empirischen Arbeiten, theoretischer Literatur, Transkripten der Leitfadeninterviews und Eigenkonstruktion

8.2.1. Tab. 50 Rohitems I:

A-priori-Komponente I "Betreuungsbedürfnisse bezogen auf den Arzt" (BB-A)

Rohitem-Nr.	Kategorie	Item-Text: <i>Mir ist es wichtig, dass meine Frauenärztin / mein Frauenarzt...</i>	Item modifiziert nach bzw. formuliert nach Anregung von:
1	BAID	...mich über die Themen Krebs und Krebsfrüherkennungsuntersuchung informiert.	Bernet & Buddeberg (1994), Petravage et al. (1979), Vondruska (1993)
2	BAID	...mich über Vor- und Nachteile der Mammographie (Röntgen der Brust) informiert.	Paepke et al. (2001), Naß-Griegoleit (2007), Miller (2008), Schnarkowski (1993), Egger (2003), Fromm (2008)
3	BAID	...mir erklärt, wann eine Mammographie (Röntgen der Brust) gemacht werden soll.	Klug et al. (2005), Glaus et al. (2004), Naß-Griegoleit (2007), Beckmann et al. (2005), Schnarkowski (1993), Fromm (2008), Kaczorowski (2009)
4	BAID	...mich über die Früherkennungsmöglichkeiten für Brustkrebs informiert.	Klug et al. (2005), Glaus et al. (2004), Albert (2008)
5	BAID	...mich über die Früherkennungsmöglichkeiten gynäkologischer Krebsarten wie z.B. Gebärmutterhalskrebs, Gebärmutterkörperkrebs und Eierstockkrebs informiert.	Eigenkonstruktion
6	BAID	...mir erklärt, wie ein "Pap"-Abstrich durchgeführt wird.	Klug et al. (2005), Fylan (1998), Forss et al. (2001), Schwartz et al. (1989), Mays et al. (2000), Ackerson (2010), Bonevski et al. (1998), Summers & Fullard (1995), Bennetts et al. (1995)
7	BAID	...mir erklärt, was das Ergebnis des "Pap"-Abstrichs bedeutet (z.B. Pap I, Pap II, Pap IIID, etc.).	Klug et al. (2005), Fylan (1998), Forss et al. (2001), Schwartz et al. (1989), Mays et al. (2000), Ackerson (2010), Bonevski et al. (1998), Summers & Fullard (1995), Bennetts et al. (1995)
8	BAID	...mir erklärt, welche Art von Abstrich ("Pap"-Abstrich oder Abstrich zur Diagnostik von Bakterien/Pilzen) gemacht wird.	Klug et al. (2005)
9	BAID	...mir Sinn und Nutzen einer Kolposkopie (Lupenbetrachtung des Gebärmuttermundes) erläutert.	Fylan (1998)
10	BAID	...mich über die Früherkennungsmöglichkeiten für Darmkrebs informiert.	Eickhoff et al. (2008)
11	BAID	...mich über die Möglichkeit eines Immunologischen Stuhltests im Vergleich zum herkömmlichen Test auf verstecktes Blut im Stuhl informiert.	Eickhoff et al. (2008)
12	BAID	...mir erklärt, wozu die unterschiedlichen Untersuchungsmethoden nützlich sind.	Frau K.S. (Transkript, 05/2010), Albert et al. (2011)

Roh- item- -Nr.	Kategorie	Item-Text: <i>Mir ist es wichtig, dass meine Frauenärztin / mein Frauenarzt...</i>	Item modifiziert nach bzw. formuliert nach Anregung von:
13	BAID	...mich über die Möglichkeit, ab dem 50. Lebensjahr am Mammographie-Screening teilzunehmen, informiert.	Naß-Griegoleit (2007)
14	BAID	...mich über Teilnahme und Möglichkeiten von Screeninguntersuchungen informiert.	Beckmann et al. (2005)
15	BAID	...mich über Früherkennungsmethoden informiert.	Beckmann et al. (2005), Albert et al. (2011)
16	BAID	...mich über Zuverlässigkeit und Grenzen der Früherkennungsmethoden informiert.	Jepson et al. (2007), Trevena (2009), Albert et al. (2011)
17	BAID	...mich über Vor- und Nachteile sowie Konsequenzen der Krebsfrüherkennungsuntersuchung informiert.	Jepson et al. (2007), Trevena (2009), Albert et al. (2011)
18	BAID	...mich über die mit Früherkennung verbundenen Unsicherheiten und Risiken informiert.	Koch (2003), Trevena (2009), Albert et al. (2011)
19	BAID	...mich über die Wahrscheinlichkeit positiver und negativer Befunde und die Möglichkeit falsch positiver/negativer Ergebnisse informiert.	Koch (2003), Trevena (2009), Albert et al. (2011)
20	BAID	...mich über Neuigkeiten in Bezug auf die gynäkologische Früherkennungsuntersuchung oder in Bezug auf Behandlungsmethoden, Impfungen etc. informiert, sofern es für mich relevant ist.	Frau N.Mr. (Transkript, 05/2010)
21	BAID	...mich über neue Untersuchungsmethoden informiert.	Frau E.S. (Transkript, 06/2010)
22	BAID	...mich über die derzeit besten Methoden zur Krebsfrüherkennung informiert.	Frau K.S. (Transkript, 05/2010)
23	BAID	...mich klar und unmissverständlich über Untersuchungsmethoden und ihre Ergebnisse aufklärt.	Fylan (1998)
24	BAID	...mir erklärt, welche Untersuchungen (z.B. Tastuntersuchung, Abstrichentnahme) zur Früherkennung dazu gehören.	Albert et al. (2011)
25	BAID	...mir sagt, wenn es neue Untersuchungsmethoden im Rahmen der Krebsfrüherkennungsuntersuchung gibt.	Frau Y.L. (Transkript 03/2010)
26	BAID	...mich über Früherkennungsintervalle informiert.	Beckmann et al. (2005)
27	BAID	...mich über Änderungen im Rahmen der Krebsvorsorge informiert.	Frau S.K. (Transkript, 03/2010)
28	BAID	...mir sagt, welche Untersuchungen zum Leistungsspektrum der gesetzlichen Krebsfrüherkennungsuntersuchung gehören.	Beckmann et al. (2005), Albert et al. (2011)
29	BAID	...mir sagt, welche Untersuchungen von der Krankenkasse übernommen werden und welche ich selber zahlen muss.	Frau Y.L. (Transkript 03/2010)
30	BAID	...mich darüber informiert, welche Leistungen von der Krankenkasse bezahlt werden und welche nicht.	Frau J.S. (Transkript, 06/2010)
31	BAID	...mir sagt, wie viele Frauen derzeit an gynäkologischen Krebsformen erkrankt sind und somit die Wichtigkeit dieses Themas unterstreicht	Frau A.S. (Transkript 04/2010)
32	BAID	...mich ausführlich über die Themen Krebsfrüherkennung, Vorsorgeuntersuchung, Screening, Präventivmedizin informiert.	Beckmann et al. (2005), Mahon (2000)
33	BAID	...mich über den Zweck der Früherkennung informiert.	Koch (2003)
34	BAID	...mich über erweiterte Vorsorgemöglichkeiten (z.B. Lungenröntgen, Impfungen) aufklärt.	Eigenkonstruktion

Roh-item-Nr.	Kategorie	Item-Text: <i>Mir ist es wichtig, dass meine Frauenärztin / mein Frauenarzt...</i>	Item modifiziert nach bzw. formuliert nach Anregung von:
35	BAIG	...mir schriftliches Informationsmaterial zum Nachlesen für zu Hause mitgibt.	Kemp et al. (2010)
36	BAIG	...mich über einen gesunden Lebensstil und gesundheitsförderliches Verhalten aufklärt.	Beckmann et al. (2005), Beckmann et al. (2000)
37	BAIG	...mich über gesundheitsfördernde und das Immunsystem stärkende Maßnahmen informiert.	Kemp et al. (2010)
38	BAIG	...mich über präventive Aspekte zum Schutz vor Infektionen informiert.	Kemp et al. (2010)
39	BAIG	...mir erklärt, wie ich mich vor sexuell übertragbaren Krankheiten schützen kann.	Ogburn et al. (2009)
40	BAIG	...mich über Impfungen informiert.	Ogburn et al. (2009)
41	BAIG	...mich berät, wenn ich allgemeine Fragen zu gesundheitsbezogenen Themen habe.	Bernet & Buddeberg (1994) , Poma et al. (1980), Raffauf (1990), Knorre (1991)
42	BAIG	...mir auch Ratschläge zu gesundheitsbewusstem Verhalten und gesunder Ernährung gibt.	Frau G.R. (Transkript, 03/2010)
43	BAIG	...mich zum Thema "gesunde Ernährung" berät.	Paisley et al. (2008)
44	BAIG	...mich zum Thema "Nahrungsergänzungspräparate" berät.	Paisley et al. (2008)
45	BAIG	...mich zum Thema "körperliche Aktivität und Fitness" berät.	Paisley et al. (2008)
46	BAIG	...mich zum Thema "gesundes Körpergewicht" berät und mir Hinweise gibt, wie ich es erreiche/behalte.	Paisley et al. (2008)
47	BAIG	...mich zu den Themen "Stressbewältigung" und "Entspannungsverfahren" berät.	Paisley et al. (2008)
48	BAII	...mir sagt, welche möglichen Zusatzuntersuchungen es neben der „normalen Vorsorge“ noch gibt.	Frau Y.L. (Transkript 03/2010)
49	BAII vor der Untersuchung ein Gespräch mit mir führt, in dem besprochen wird, welche Sonderleistungen gegebenenfalls nach meiner Einwilligung bei mir durchgeführt werden (z.B. Ultraschall).	Frau N.M. (Transkript 04/2010)
50	BAII	...mir erklärt, welche IGeL es gibt, die einen bestmöglichen Untersuchungsstandard gewährleisten.	Frau E.S. (Transkript, 06/2010)
51	BAII	...mich darauf hinweist, welche IGeL es gibt und mich genau über ihre Vor- und Nachteile informiert.	Frau E.S. (Transkript, 06/2010)
52	BAII	...mich über die Kosten der Individuellen Gesundheitsleistungen informiert.	Frau Y.L. (Transkript 03/2010)
53	BAII	...mich darauf hinweist, dass IGeL von mir selbst bezahlt werden müssen.	Frau K.S. (Transkript, 05/2010)
54	BAII	...mich darüber informiert, welche Individuellen Gesundheitsleistungen es gibt.	Frau I.K. (Transkript, 04/2010)
55	BAII	...mir die Vorteile der IGeL erläutert.	Frau S.K. (Transkript, 03/2010)
56	BAII	...mich auf mögliche IGeL aufmerksam macht.	Frau G.R. (Transkript, 03/2010)
57	BAII	...mich auf mögliche IGeL hinweist.	Frau K.S. (Transkript 05/2010)
58	BAII	...mir erklärt, welche Individuellen Gesundheitsleistungen es gibt.	Frau A.S. (Transkript 04/2010)

Roh- item -Nr.	Kategorie	Item-Text: <i>Mir ist es wichtig, dass meine Frauenärztin / mein Frauenarzt...</i>	Item modifiziert nach bzw. formuliert nach Anregung von:
59	BAII	...welche IGeL für mich sinnvoll sind und welche nicht.	Frau A.S. (Transkript 04/2010)
60	BAII	...warum er bestimmte IGeL für mich für sinnvoll und wichtig hält.	Frau A.S. (Transkript 04/2010)
61	BAII	...mir erläutert, welche IGeL aus ihrer/seiner Sicht für mich sinnvoll und wichtig sind.	Frau I.K. (Transkript, 04/2010)
62	BAII	...mir IGeL empfiehlt, wenn sie/er der Meinung ist, dass diese Untersuchung einen Vorteil für mich darstellt.	Frau K.S. (Transkript 05/2010)
63	BAII	...mir die Ultraschalluntersuchung der Brust als IGeL anbietet.	Frau E.S. (Transkript 06/2010)
64	BAII	...mir die Röntgenuntersuchung der Brust (Mammographie) als IGeL anbietet.	Frau E.S. (Transkript 06/2010)
65	BAII	...mir einen immunologischen Stuhltest, der spezifischer und leichter durchzuführen ist, als IGeL anbietet.	Eickhoff (2008)
66	BAII	...mir die Ultraschalluntersuchung der Unterleibsorgane als IGeL anbietet.	Frau E.S. (Transkript 06/2010)
67	BAIM	...mich berät, wenn ich Fragen zu Medikamenten habe.	Bernet & Buddeberg (1994) , Poma et al. (1980), Raffauf (1990)
68	BAIM	...mich über Medikamenteneinnahme - insbesondere über Hormonersatzpräparate informiert.	Weismiller (2009), Mahon (2000)
69	BAIM	...mich über internistische Erkrankungen (z.B.eröhte Blutfette, Diabetes, Bluthochdruck, etc.) informiert.	Ogburn et al. (2009)
70	BAIM	...mich über die natürlichen Veränderungen meines Körpers und meiner Hormone im Alter aufklärt.	Weismiller (2009)
71	BAIM	...mir Anatomie und Funktion der weiblichen Geschlechtsorgane erklärt.	Bernet & Buddeberg (1994) , Vondruska (1993), Petravage et al. (1979), Poma et al. (1980)
72	BAIM	...mir erklärt, wie die Behandlung nun (weiterhin) verläuft.	Frau K.S. (Transkript 05/2010)
73	BAIP	...mich auf die nächste Früherkennungsuntersuchung hinweist.	Hornung (1986)
74	BAIP	...mir sagt, wann ich das nächste Mal zur Untersuchung in die Praxis kommen soll.	Frau G.R. (Transkript, 03/2010)
75	BAIP	...mich auf die Krebsfrüherkennungsuntersuchung anspricht bzw. mich darauf aufmerksam macht, wann sie wieder fällig ist.	Frau J.S. (Transkript, 06/2010)
76	BAIP	...mir erklärt, was mit meinem Krebsabstrich oder anderen Abstrichen bzw. Probeentnahmen weiterhin passiert.	Frau A.S. (Transkript 04/2010)
77	BAIP	...mich darüber informiert, wie lange es dauert, bis das Untersuchungsergebnis vorliegt.	Frau A.S. (Transkript 04/2010)
78	BAIP	...mich über die durchgeführten Tests und deren Resultate informiert.	Bernet & Buddeberg (1994) , Vondruska (1993), Petravage et al. (1979), Poma et al. (1980)
79	BAIP	...mich selber über die Früherkennungsuntersuchung informiert und nicht die Helferin.	Frau J.S. (Transkript, 06/2010)
80	BAIR	...mich über Risikomodulation und –minimierung von Krebsentwicklung aufklärt.	Beckmann et al. (2005), Beckmann et al. (2000)

Roh- item -Nr.	Kategorie	Item-Text: <i>Mir ist es wichtig, dass meine Frauenärztin / mein Frauenarzt...</i>	Item modifiziert nach bzw. formuliert nach Anregung von:
81	BAIR	...mir erläutert, wie groß mein eigenes Risiko ist, an dem Krebs zu sterben, nach dem die Früherkennung sucht.	Koch (2003)
82	BAIR	...mich über mein persönliches Krebsrisiko informiert.	Paepke et al. (2000), Bonevski et al. (1998), Mahon (2000)
83	BAIR	...mir erläutert, ob und wie stark sich mein Risiko an Krebs zu erkranken durch die Teilnahme an der Früherkennung verringern lässt.	Koch (2003)
84	BAIR	...mir erklärt, was ich tun kann, um mein Risiko an Krebs zu erkranken, zu reduzieren.	Muir et al. (1997)
85	BAIR	...mich über das Thema Brustkrebs informiert.	Paepke et al. (2001), Paepke et al. (2000), Schleider et al. (2002), Glaus et al. (2004), Naß-Griegoleit (2007)
86	BAIR	...mich über die Risikofaktoren für Brustkrebs informiert.	Paepke et al. (2000), Glaus et al. (2004), Naß-Griegoleit (2007)
87	BAIR	...mich über die Risikofaktoren von Gebärmutterhalskrebs informiert.	Ackerson (2010), Bonevski et al. (1998), Summers & Fullard (1995), Montgomery et al. (2010)
88	BAIR	...mich über die Risikofaktoren für Gebärmutterhalskrebsentstehung informiert.	Klug et al. (2005)
89	BAIR	...mir erklärt, was HPV (Humane Papilloma Viren) ist, was eine Infektion mit HPV bedeuten kann, welche Risikofaktoren es für die Übertragung gibt und wie ich mich davor schützen kann.	McCaffery & Irwig (2005), Klug et al. (2008), Klug et al. (2005), Fylan (1998), Hall et al. (2008), Cuschieri et al. (2006), Tristram (2006), Anhang et al. (2004), Gilbert et al. (2003), Waller et al. (2005), Mays et al. (2000), Montgomery et al. (2010)
90	BAIR	...mir über das Thema "HPV" (Humane Papilloma Viren = Auslöser von Gebärmutterhalskrebs) informiert.	McCaffery & Irwig (2005), Klug et al. (2008), Klug et al. (2005), Fylan (1998), Hall et al. (2008), Cuschieri et al. (2006), Tristram (2006), Anhang et al. (2004), Gilbert et al. (2003), Waller et al. (2005), Mays et al. (2000), Montgomery et al. (2010)
91	BAIR	...mich über die verschiedenen Virustypen (high risk und low risk) des HPV informiert.	Klug et al. (2008), McCaffery & Irwig (2005)
92	BAIR	...mich über die Übertragungswege von HPV aufklärt.	Klug et al. (2008), McCaffery & Irwig (2005)
93	BAIR	...mich über die Konsequenzen für meinen Sexualpartner bei einer HPV-Infektion aufklärt.	McCaffery & Irwig (2005)
94	BAIR	...mir Informationen zu Verbreitung, Latenzzeit und Rückgang einer HPV-Infektion gibt.	McCaffery & Irwig (2005)
95	BAIR	...mir die Behandlungsmöglichkeiten bei einer HPV-Infektion erklärt.	McCaffery & Irwig (2005)
96	BAIR	...mich über die Auswirkungen hinsichtlich der Entwicklung von Gebärmutterhalskrebs bei einer HPV-Infektion aufklärt.	McCaffery & Irwig (2005)

Roh- item- -Nr.	Kategorie	Item-Text: <i>Mir ist es wichtig, dass meine Frauenärztin / mein Frauenarzt...</i>	Item modifiziert nach bzw. formuliert nach Anregung von:
97	BAIR	...mir die Auswirkungen einer HPV-Infektion auf eine geplante Schwangerschaft erläutert.	McCaffery & Irwig (2005)
98	BAIR	...mich über die Risikofaktoren für Darmkrebs informiert.	Eickhoff et al. (2008)
99	BAIR	...mich über die unterschiedlichen gynäkologischen Krebsformen und ihre Risikofaktoren informiert.	Muir et al. (1997)
100	BAIR	...mir die Konsequenz gynäkologischer Krebserkrankungen für mein Leben erläutert.	Schmid Mast et al. (2004)
101	BAIR	...mich über frühe und krankheitsspezifische Veränderungen aufklärt.	Beckmann et al. (2005)
102	BAIR	...mich über Symptome, Risikofaktoren und Häufigkeiten jener Krebsarten aufklärt, die die Früherkennungsuntersuchung umfasst.	Jepson et al. (2007)
103	BAIR	...mir erklärt, auf welche Frühsymptome von Krebs ich selbst achten kann.	Muir et al. (1997)
104	BAIR	...mir alle bedeutsamen medizinischen, sozialen oder finanziellen Konsequenzen, die die Früherkennung der betreffenden Krankheit haben kann, aufzeigt.	Koch (2003)
105	BAIR	...mir erklärt, woher die Erkrankung oder Infektion (z.B. mit Pilzen oder Bakterien) kommt.	Frau N.Mr. (Transkript, 05/2010)
106	BAIR	...mir erklärt, ob die Erkrankung oder Infektion vielleicht ansteckend ist.	Frau N.Mr. (Transkript, 05/2010)
107	BAIR	...mir erklärt, wie ich die Erkrankung oder Infektion bestmöglich behandeln kann.	Frau N.Mr. (Transkript, 05/2010)
108	BAIR	...mir erklärt, wie ich derartige Erkrankungen oder Infektionen möglicherweise zukünftig vermeiden kann.	Frau N.Mr. (Transkript, 05/2010)
109	BAIR	...mich auf mein genetisches Risiko für Brustkrebs untersucht und mir ggf. eine weiterführende Diagnostik in Form einer MRT-Untersuchung (Kernspint) der Brust empfiehlt.	Eickhoff et al. (2008)
110	BAIR	...mich bezogen auf das Ergebnis meiner Untersuchung berät.	Eickhoff et al. (2008)
111	BAIR	...mir erklärt, bei welchen Veränderungen / Symptomen an der Brust ich dringend einen Untersuchungstermin vereinbaren soll.	Albert et al. (2008)
112	BAIR	...mir erklärt, bei welchen Veränderungen / Symptomen an der Scheide / am Unterleib ich dringend einen Untersuchungstermin vereinbaren soll.	Eigenkonstruktion
113	BAIU	...mir die eingesetzten Untersuchungsmethoden erläutert.	Beckmann et al. (2005)
114	BAIU	...mir erklärt, wie die gynäkologische Untersuchung abläuft und warum was gemacht wird.	Bernet & Buddeberg (1994), Petravage et al. (1979), Vondruska (1993), Poma et al. (1980)
115	BAIU	...mir den Untersuchungsablauf erklärt.	Frau Y.L. (Transkript 03/2010)
116	BAIU	...mir sagt, in welcher Reihenfolge ich mich für die Untersuchung ent- und ankleiden soll.	Frau G.R. (Transkript, 03/2010)
117	BAIU	...mir erklärt, in welcher Reihenfolge ich mich entkleiden soll.	Frau Y.L. (Transkript, 03/2010)
118	BAIU	...mir während der Untersuchung erklärt, was sie/er gerade macht.	Bernet & Buddeberg (1994), Petravage et al. (1979), Vondruska (1993), Broadmore et al. (1986), Ackerson (2010), Baileff (2000)

Roh- item- -Nr.	Kategorie	Item-Text: <i>Mir ist es wichtig, dass meine Frauenärztin / mein Frauenarzt...</i>	Item modifiziert nach bzw. formuliert nach Anregung von:
119	BAIU	...mir während der Untersuchung erklärt, was sie/er gerade macht.	Frau G.R. (Transkript, 03/2010)
120	BAIU	...mir während der Untersuchung sagt, was sie/er als nächstes machen wird.	Frau S.K. (Transkript 03/2010)
121	BAIU	...mir während der Untersuchung erklärt, was sie/er gerade macht.	Frau A.S. (Transkript 04/2010)
122	BAIU	...während der Untersuchung sagt, was sie/er gerade macht.	Frau K.S. (Transkript 05/2010)
123	BAIU	...mir erklärt, was sie/er als nächstes machen wird.	Frau J.S. (Transkript, 06/2010)
124	BAIU	...mir erklärt und zeigt, wie ich selbst meine Brust richtig abtaste.	Paepke et al. (2000), Beckmann et al. (2005), Glaus et al. (2004)
125	BAIU	...mir die Möglichkeit gibt, beim Ultraschall zuzuschauen.	Frau N.M. (Transkript 04/2010)
126	BAIU	...mich beim Ultraschall zuschauen lässt.	Frau W.V. (Transkript 03/2010)
127	BAIU	...mir erklärt, was auf dem Ultraschallbild zu sehen ist.	Frau W.V. (Transkript 03/2010)
128	BAIU	...mir während des Ultraschalls erklärt, was sie/er sieht und sagt, ob alles in Ordnung ist.	Frau N.M. (Transkript 04/2010)
129	BAIU	...mir während der Ultraschalluntersuchung auf einem Bildschirm zeigt und erklärt, was sie/er gerade sieht.	Frau N.Mr. (Transkript, 05/2010), Galaal et al. (2007)
130	BAIU	...mir während der Lupenbetrachtung des Gebärmuttermundes auf einem Bildschirm zeigt und erklärt, was sie/er sieht.	Frau K.S. (Transkript 05/2010)
131	BAIU	...mich sofort darüber informiert, wenn sie/er etwas Auffälliges bei mir entdeckt.	Frau I.K. (Transkript, 04/2010)
132	BAIU	... mir sofort sagt, wenn sie/er etwas Auffälliges bei der Untersuchung sieht.	Frau A.S. (Transkript 04/2010)
133	BAIU	...mir erklärt, was sich bei meinem Untersuchungsbefund verändert hat.	Frau K.S. (Transkript 05/2010)
134	BAIU	...mir das, was sie/er bei der Untersuchung feststellt, direkt im Anschluss mitteilt und ausführlich erklärt.	Frau N.M. (Transkript 04/2010)
135	BAIU	...mir sagt, wenn etwas auffällig ist, damit ich mich später nach dem Ergebnis erkundigen kann.	Frau I.K. (Transkript, 04/2010)
136	BAIU	...mir nach der Untersuchung erklärt, ob alles in Ordnung ist oder ob ggf. eine Nachuntersuchung oder Therapie nötig ist.	Frau E.S. (Transkript 06/2010)
137	BASK	...eine nachfolgende Betreuung, inkl. Institutionen zur Beratung und Unterstützung sicherstellt, wenn im Rahmen der Früherkennungsuntersuchung eine schwere Erkrankung festgestellt würde.	Koch (2003)
138	BASK	...mir den Kontakt zu anderen Ärzten vermittelt, wenn weitere Untersuchungen nötig sein sollten.	Frau W.V. (Transkript 03/2010)
139	BASKE	...mir ehrlich sagt, welche Untersuchungen für mich speziell überflüssig sind.	Frau J.S. (Transkript, 06/2010)
140	BASKE	...mir die für mein Alter sinnvollen Untersuchungen empfiehlt.	Frau J.S. (Transkript, 06/2010)

Roh-item-Nr.	Kategorie	Item-Text: <i>Mir ist es wichtig, dass meine Frauenärztin / mein Frauenarzt...</i>	Item modifiziert nach bzw. formuliert nach Anregung von:
141	BASKE	...mir sagt, welche Untersuchungen im Rahmen der Krebsfrüherkennungsuntersuchung in welchem Alter sinnvoll sind.	Frau J.S. (Transkript, 06/2010)
142	BASKE	...mich selbst entscheiden lässt, ob ich die Individuellen Gesundheitsleistungen machen lassen möchte oder nicht.	Frau I.K. (Transkript, 04/2010)
143	BASKE	...mich selbst entscheiden lässt, ob ich das Angebot der IGeL annehme.	Frau K.S. (Transkript 05/2010)
144	BASKE	...mir genug Entscheidungsspielraum bei der Wahl der IGeL lässt.	Frau G.R. (Transkript, 03/2010)
145	BASKE	...mich bei der Entscheidung über die Individuellen Gesundheitsleistungen nicht unter Druck setzt.	Frau I.K. (Transkript, 04/2010)
146	BASKE	...mich bezüglich der IGeL berät, mich aber nicht bedrängt, sondern mich frei entscheiden lässt, welche Sonderleistungen ich wünsche.	Frau A.S. (Transkript 04/2010)
147	BASKE	...mich über IGeL informiert und mir dann bis zum nächsten Termin Bedenkzeit gibt, ob ich eine Individuelle Gesundheitsleistung in Anspruch nehmen möchte oder nicht.	Frau N.Mr. (Transkript 05/2010)
148	BASKE	...mich schon lange kennt.	Frau W.V. (Transkript, 03/2010)
149	BASKE	...mich persönlich über die bei mir festgestellte Erkrankung informiert und mir nicht anstelle dessen eine Informationsbroschüre darüber in die Hand drückt oder mir rät, mich im Internet zu informieren.	Frau N.Mr. (Transkript 05/2010)
150	BASKE	...freundlich ist.	Frau G.R. (Transkript, 03/2010)
151	BASKE	...freundlich und nett ist.	Szymoniak et al. (2009)
152	BASKE	...nett und freundlich mir gegenüber ist.	Frau N.Mr. (Transkript 05/2010)
153	BASKE	...ein Gefühl des Vertrauens in mir auslöst.	Frau I.K. (Transkript, 04/2010)
154	BASKE	...Vertrauen ausstrahlt.	Frau G.R. (Transkript, 03/2010)
155	BASKE	...mir das Gefühl gibt, dass ich ihr/ihm voll vertrauen kann.	Hornung (1986)
156	BASKE	...Verlässlichkeit und Zuverlässigkeit ausstrahlt hinsichtlich ihrer/seiner Aussagen und Empfehlungen.	Frau K.S. (Transkript 05/2010)
157	BASKE	...aufgeschlossen und zugewandt mir gegenüber ist.	Frau N.Mr. (Transkript 05/2010)
158	BASKE	...nicht oberflächlich auf mich wirkt.	Frau I.K. (Transkript, 04/2010)
159	BASKE	...einen emotional warmen und freundlichen Kontakt zu mir herstellt.	Bernet & Buddeberg (1994), Areskog-Wijma (1987)
160	BASKE	...ein Gefühl der Vertrautheit zwischen uns herstellt.	Bernet & Buddeberg (1994), Knorre (1991), Broadmore et al. (1986)
161	BASKE	...an meinen Bedürfnissen emotional Anteil nimmt.	Schmid Mast et al. (2004)
162	BASKE	...einfühlsam ist.	Frau K.S. (Transkript 05/2010)

Roh- item- -Nr.	Kategorie	Item-Text: <i>Mir ist es wichtig, dass meine Frauenärztin / mein Frauenarzt...</i>	Item modifiziert nach bzw. formuliert nach Anregung von:
163	BASKE	...verständnisvoll ist.	Frau K.S. (Transkript 05/2010)
164	BASKE	...mir das Gefühl gibt, mit ihr/ihm über alles reden zu können.	Frau K.S. (Transkript 05/2010)
165	BASKE	...mir Zartgefühl und Verständnis entgegenbringt.	Bernet & Buddeberg (1994), Knorre (1991)
166	BASKE	...mit mir ein offenes Gespräch führt.	Frau G.R. (Transkript, 03/2010)
167	BASKE	...offen und ehrlich ist.	Bernet & Buddeberg (1994), Knorre (1991)
168	BASKE	...offen und ehrlich zu mir ist.	Frau W.V. (Transkript 03/2010), Frau J.S. (Transkript, 06/2010)
169	BASKE	...mich nicht anlügt.	Frau A.S. (Transkript 04/2010)
170	BASKE	...mir während des Gespräches in die Augen schaut.	Eigenkonstruktion
171	BASKE	...seinen Blick nicht abwendet, wenn er mir eine schlechte Nachricht mitteilt.	Eigenkonstruktion
172	BASKE	...mir zur Begrüßung und Verabschiedung die Hand gibt.	Eigenkonstruktion
173	BASKE	...mich mit meinem Namen anspricht.	Eigenkonstruktion
174	BASKE	...meine Fragen ausführlich beantwortet, auch wenn sie/er dieselben Fragen schon mehrfach am Tag anderen Patientinnen beantwortet hat.	Frau Y.L. (Transkript, 03/2010)
175	BASKE	...nicht genervt reagiert, wenn ich dieselben Fragen stelle, die sie/er schon mehrfach am Tag anderen Patientinnen beantwortet hat.	Frau Y.L. (Transkript, 03/2010)
176	BASKE	...geduldig ist und auch wiederholte und oft gestellte Fragen ruhig beantwortet.	Frau A.S. (Transkript 04/2010)
177	BASKE	...mir zuhört.	Rottmann (2010)
178	BASKE	...mir aufmerksam zuhört.	Frau E.S. (Transkript 06/2010)
179	BASKE	...mich ausreden lässt und nicht mitten im Satz unterbricht.	Frau E.S. (Transkript 06/2010)
180	BASKE	...mich ernst nimmt.	Rottmann (2010)
181	BASKE	...ein offenes Ohr für meine Ängste, Nöte und Sorgen hat.	Frau K.S. (Transkript 05/2010)
182	BASKE	...für mich da ist und ich ihr/ihm meine persönlichen Sorgen anvertrauen kann.	Hornung (1986)
183	BASKE	...mir ihre/seine Unterstützung versichert.	Frau G.R. (Transkript, 03/2010)
184	BASKE	...mich mit meinem Namen anspricht.	Frau G.R. (Transkript, 03/2010)
185	BASKE	...mit mir über alles redet und keine Tabuthemen entstehen.	Frau S.K. (Transkript 03/2010)
186	BASKE	...mich nicht drängt, über etwas zu sprechen, über das ich nicht reden möchte.	Frau Y.L. (Transkript, 03/2010)
187	BASKE	...im Gespräch nicht invasiv sondern feinfühlig ist.	Frau Y.L. (Transkript, 03/2010)
188	BASKE	...sich nicht arrogant oder belehrend verhält.	Hornung (1986)

Roh-item-Nr.	Kategorie	Item-Text: <i>Mir ist es wichtig, dass meine Frauenärztin / mein Frauenarzt...</i>	Item modifiziert nach bzw. formuliert nach Anregung von:
189	BASKE	...mir das Gefühl von Gleichheit und Gleichberechtigung entgegenbringt.	Bernet & Buddeberg (1994), Weiss (1979)
190	BASKE	...mir die Angst vor der Untersuchung nimmt.	Hornung (1986), Fylan (1998)
191	BASKE	...mir die Angst vor einem ungünstigen Untersuchungsergebnis nimmt.	Hornung (1986)
192	BASKE	...mein Selbstwertgefühl bestätigt.	Bernet & Buddeberg (1994), Raffauf (1990)
193	BASKE	...eine vertrauliche und individuelle Behandlung gewährleistet.	Bernet & Buddeberg (1994), Knorre (1991)
194	BASKE	...keine Kommentare zu meiner Figur macht.	Eigenkonstruktion
195	BASKE	...keine abfälligen Bemerkungen über meine Figur / mein Gewicht macht.	Meisinger et al. (2004), Aldrich & Hackley (2010)
196	BASKE	...mir das Gefühl gibt, mich mit meinem Gewicht und meiner Figur so zu akzeptieren wie ich bin.	Meisinger et al. (2004), Aldrich & Hackley (2010)
197	BASKE	...mir das Untersuchungsergebnis einfühlsam und beruhigend vermittelt, insbesondere wenn es auffällig ist.	Bonevski et al. (1998), Palmer et al. (1993), Bell et al. (1995), Bennetts et al. (1995)
198	BASKE	...mit Feingefühl schaut, wie sie/er mir das Befundergebnis schonend vermitteln kann, wenn es krankhaft verändert ist.	Frau A.S. (Transkript 04/2010)
199	BASKE	...bei einem auffälligen Untersuchungsergebnis die Mitteilung schonend und beruhigend gestaltet.	Fylan (1998)
200	BASKE	...bei der Mitteilung auffälliger Ergebnisse beruhigend auf mich einwirkt.	Frau W.V. (Transkript 03/2010)
201	BASKE	...mich beruhigt, indem sie/er mir einen auffälligen / krankhaften Befund ganz genau erklärt.	Frau K.S. (Transkript 05/2010)
202	BASKE	...mir bei der Mitteilung auffälliger Ergebnisse keine Angst macht.	Frau W.V. (Transkript 03/2010)
203	BASKE	... bei der Mitteilung auffälliger Ergebnisse sagt, dass es „nicht so schlimm ist“ und wir es „gemeinsam in den Griff bekommen“.	Frau W.V. (Transkript 03/2010)
204	BASKE	...mich bei einem auffälligen Untersuchungsergebnis in die Entscheidung bzgl. weiterführende Diagnostik und/oder Therapie mit einbezieht.	Bonevski et al. (1998)
205	BASKE	...mich in die Entscheidung über das weitere Vorgehen bei behandlungsbedürftigen Untersuchungsergebnissen mit einbezieht.	Schmid Mast et al. (2004), McCaffery & Irwing (2005)
206	BASKE	...mir die Möglichkeit gibt, bei einer anderen Frauenärztin/einem anderen Frauenarzt eine Zweitmeinung einzuholen, wenn ich mir hinsichtlich des Untersuchungsergebnisses und/der der Therapie nicht sicher bin.	Bonevski et al. (1998)
207	BASKE	...weiß, welche Krankheiten und Besonderheiten bei mir vorliegen.	Frau A.S. (Transkript 04/2010)
208	BASKE	...einen sicheren Überblick über meine bisherigen Befunde hat.	Frau Y.L. (Transkript, 03/2010)
209	BASKI	...vor der Untersuchung ein Gespräch mit mir führt, in dem erklärt wird, was sie/er untersuchen wird.	Frau N.M. (Transkript 04/2010)
210	BASKI	...mich schon vor der Untersuchung darüber aufklärt, was sie/er bei der Untersuchung mit mir machen wird (z.B. Abstrichentnahme, Ultraschall).	Frau N.Mr. (Transkript 05/2010)
211	BASKI	...mir vor der Untersuchung erklärt, was sie/er alles machen wird.	Frau A.S. (Transkript 04/2010)

Roh-item-Nr.	Kategorie	Item-Text: <i>Mir ist es wichtig, dass meine Frauenärztin / mein Frauenarzt...</i>	Item modifiziert nach bzw. formuliert nach Anregung von:
212	BASKI	...mir vor der Untersuchung sagt, was sie/er vorhat und was sie/er machen wird.	Frau K.S. (Transkript 05/2010)
213	BASKI	...medizinisch-anatomische Abbildungen oder Modelle benutzt, wenn sie/er mir etwas zu einem bestimmten Körperteil, einer Untersuchungsmethode oder Therapie erklärt.	Smith et al. (2008)
214	BASKI	...langsam und deutlich mit mir spricht.	Hawighorst-Knapstein (2007)
215	BASKI	...verständlich mit mir redet und nicht nur medizinische Fachwörter benutzt.	Hornung (1986), Bernet & Buddeberg (1994)
216	BASKI	...verständlich mit mir spricht und medizinische Fachwörter erklärt.	Frau J.S. (Transkript, 06/2010)
217	BASKI	...eine laienverständliche Sprache benutzt.	Bergfeld (2004)
218	BASKI	...nicht bloß medizinische Fachwörter verwendet sondern umgangssprachliche Formulierungen benutzt.	Frau S.K. (Transkript 03/2010)
219	BASKI	...mir die Möglichkeit gibt, Fragen zu stellen, die sie/er dann beantwortet.	Bonevski et al. (1998)
220	BASKI	... positive Formulierungen bei der Beantwortung von Fragen verwendet.	Kemp et al. (2010)
221	BASKI	...mich ermuntert nachzufragen, damit ich alle mir wichtigen Informationen von ihr/ihm erhalte und alles verstehe.	Frau A.S. (Transkript 04/2010)
222	BASKI	...mir meine Fragen beantwortet.	Frau E.S. (Transkript 06/2010)
223	BASKI	...die Informationen, welche ich selbstständig über eine Erkrankung im Internet oder in Zeitschriften gefunden habe, nochmals mit mir bespricht und mir sagt, was wahr und was falsch ist.	Frau N.Mr. (Transkript 05/2010)
224	BASKI	...mir gesundheitsbezogene Informationen aus den Medien (TV, Zeitung, Internet) bei Bedarf erläutert.	Frau E.S. (Transkript 06/2010)
225	BASKI	...ihre/seine Erläuterungen auf mein individuelles Informationsbedürfnis abstimmt.	Miller (1995)
226	BASKI	...ihre/seine Informationen und Erklärungen an jeder Patientin individuell ausrichtet.	Frau E.S. (Transkript 06/2010)
227	BASKI	...mir die Angst vor der möglichen Diagnose Krebs nimmt, indem sie/er über diese Krankheit ausführlich informiert und mir hilft mich damit auseinander zu setzen.	Frau W.V. (Transkript 03/2010)
228	BASKI	...vor der Untersuchung ein Gespräch mit mir führt.	Frau J.S. (Transkript, 06/2010)
229	BASKI	...vor der Untersuchung ein (kurzes) Gespräch mit mir führt.	Frau E.S. (Transkript 06/2010)
230	BASKI	...mir erst nach der Untersuchung in Ruhe erklärt, was sie/er festgestellt hat.	Frau E.S. (Transkript 06/2010)
231	BASKI	...mich umfassend über das Untersuchungsergebnis aufklärt.	Frau N.M. (Transkript 04/2010)
232	BASKI	...mir genau sagt, was ich eigentlich habe.	Hornung (1986)
233	BASKI	...mir das Untersuchungsergebnis auf leicht verständliche Art erklärt.	Bonevski et al. (1998)
234	BASKI	...mir das Untersuchungsergebnis ausführlich erklärt, so dass ich es verstehe.	Frau N.M. (Transkript 04/2010)
235	BASKI	...mich angemessen und ausreichend informiert, falls nach einer Untersuchung noch weitere Folgeuntersuchungen notwendig werden sollten.	Bonevski et al. (1998)

Roh-item-Nr.	Kategorie	Item-Text: <i>Mir ist es wichtig, dass meine Frauenärztin / mein Frauenarzt...</i>	Item modifiziert nach bzw. formuliert nach Anregung von:
236	BASKI	...mich nach der Befundmitteilung noch einmal fragt, ob mir alles klar geworden ist oder ob ich noch irgendwelche Fragen habe.	Frau N.M. (Transkript 04/2010)
237	BASKI	...mich nach meinen Informationswünschen fragt und nur diese erfüllt und mich nicht mit allen möglichen Informationen überschüttet, die mich nicht interessieren.	Koch (2003)
238	BASKI	...erst ein Gespräch mit mir führt und dann die Untersuchung macht.	Frau S.K. (Transkript 03/2010)
239	BASKU	...kommunikativ ist und sich mit mir während der Untersuchung unterhält.	Szymoniak et al. (2009)
240	BASKU	...während der Untersuchung ein zwangloses Gespräch (z.B. über Wetter oder Urlaub) mit mir führt.	Frau N.Mr. (Transkript 05/2010)
241	BASKU	...die Untersuchungsatmosphäre auch mal durch einen Spaß oder Scherz auflockert.	Frau A.S. (Transkript 04/2010)
242	BASKU	...während der Untersuchung keine verunsichernden Äußerungen wie „Ach du lieber Gott“ oder „Oh je, was ist das denn“ von sich gibt.	Frau E.S. (Transkript 06/2010)
243	BASKU	...mich vorwarnt, wenn es bei der Untersuchung mal weh tun könnte.	Frau K.S. (Transkript 05/2010)
244	BASKU	...mich vorwarnt, wenn es mal weh tun könnte.	Frau J.S. (Transkript, 06/2010)
245	BASKU	...mich vorwarnt, wenn er etwas Unangenehmes macht, so dass ich mich innerlich darauf vorbereiten kann.	Frau I.K. (Transkript, 04/2010)
246	BASKU	...mir sagt, wenn es mal weh tun könnte bei der Untersuchung.	Frau I.K. (Transkript, 04/2010)
247	BASKU	...mich vorwarnt, wenn es während der Untersuchung mal weh tut oder sehr unangenehm wird.	Baileff (2000), Bonevski et al. (1998), Bernet & Buddeberg (1994), Vondruska (1993), Vella (1991)
248	BASKU	...keine anzüglichen oder zweideutigen Bemerkungen während der Untersuchung macht.	Bernet & Buddeberg (1994), Frick-Bruder (1993), Raffauf (1990)
249	BASKU	...mir während der gynäkologischen Untersuchung keine private Frage stellt.	Frau Y.L. (Transkript, 03/2010)
250	BASKU	...mir ehrlich sagt, wenn sie/er etwas Auffälliges bei mir festgestellt hat.	Frau J.S. (Transkript, 06/2010)
251	BASKU	...mir nichts in Bezug auf mein Untersuchungsergebnis verheimlicht sondern offen sagt, wenn etwas verdächtig erscheint.	Frau A.S. (Transkript 04/2010)
252	BASKU	... mir den Untersuchungsbefund gleich erklärt, damit ich nicht im Ungewissen bleibe.	Frau I.K. (Transkript, 04/2010)
253	BASKU	...mir den Untersuchungsbefund gleich erklärt, damit ich keine Ängste entwickle.	Frau I.K. (Transkript, 04/2010)
254	BASM	...mich zur jährlichen Teilnahme an der Krebsfrüherkennungsuntersuchung ermuntert und meine Motivation fördert.	Schwartz et al. (1989)
255	BASM	...mir ans Herz legt, regelmäßig an der Krebsvorsorge teilzunehmen.	Frau A.S. (Transkript 04/2010)
256	BASM	...mich von sich aus auf das Thema Krebsvorsorge anspricht.	Frau S.K. (Transkript 03/2010)
257	BASM	...mir vermittelt, dass je früher der Krebs entdeckt wird, desto größer die Heilungschancen sind.	Frau W.V. (Transkript 03/2010)

Roh-item-Nr.	Kategorie	Item-Text: <i>Mir ist es wichtig, dass meine Frauenärztin / mein Frauenarzt...</i>	Item modifiziert nach bzw. formuliert nach Anregung von:
258	BASP	...weiblich ist.	Fisher et al. (2002), Makam et al. (2010), Baskett (2002), Lafta (2006), Zuckermann et al. (2002), Chandler et al. (2000), Johnson et al. (2005), Fennema et al. (1990), Roter et al. (1999), Van Dulmen & Bensing (2000), Hall et al. (1994), Bendapudi et al. (2006), Plunkett et al. (2002), Elstad (1994), Howell et al. (2002), Haar et al. (1975), Schmittdiel et al. (1999), Mavis et al. 2005, Piper et al. (2008), Rizk et al. (2005), Schnatz et al. (2007), Lurie et al. (1993), Lurie et al. (1997), Summers & Fullard (1995), Guile et al. (2007), D'Errico (2007), Szymoniak et al. (2009)
259	BASP	...männlich ist.	Fisher et al. (2002), Makam et al. (2010), Baskett (2002), Lafta (2006), Zuckermann et al. (2002), Chandler et al. (2000), Johnson et al. (2005), Fennema et al. (1990), Roter et al. (1999), Van Dulmen & Bensing (2000), Hall et al. (1994), Bendapudi et al. (2006), Plunkett et al. (2002), Elstad (1994), Howell et al. (2002), Haar et al. (1975), Schmittdiel et al. (1999), Mavis et al. 2005, Piper et al. (2008), Rizk et al. (2005), Schnatz et al. (2007), Lurie et al. (1993), Lurie et al. (1997), Summers & Fullard (1995), Guile et al. (2007), D'Errico (2007), Szymoniak et al. (2009)
260	BASP	...jünger ist.	Lurie et al. (1993)
261	BASP	...älter ist.	Lurie et al. (1993)
262	BASP	...mir sympathisch ist.	Bernet & Buddeberg (1994), Raffauf (1990)
263	BASP	...mir auf Anhieb sympathisch ist..	Frau I.K. (Transkript, 04/2010)
264	BASP	...sich als zuverlässig erweist und ich mich auf das, was sie/er sagt verlassen kann.	Frau A.S. (Transkript 04/2010)
265	BASP	...Ruhe ausstrahlt.	Frau Y.L. (Transkript, 03/2010)
266	BASP	...eine beruhigende Ausstrahlung hat.	Frau G.R. (Transkript, 03/2010)

Roh-item-Nr.	Kategorie	Item-Text: <i>Mir ist es wichtig, dass meine Frauenärztin / mein Frauenarzt...</i>	Item modifiziert nach bzw. formuliert nach Anregung von:
267	BASP	...eine ausgeglichene Ausstrahlung hat.	Frau G.R. (Transkript, 03/2010)
268	BASP	...auf mich zugeht.	Frau A.S. (Transkript 04/2010)
269	BASP	...ernsthaft ist.	Frau I.K. (Transkript, 04/2010)
270	BASP	...mir das Gefühl gibt, auf ihre/seine medizinischen Fähigkeiten vertrauen zu können.	Forss et al. (2001)
271	BASP	...Kompetenz ausstrahlt.	Bergfeld (2004)
272	BASP	...mir das Gefühl vermittelt, dass er/sie kompetent ist.	Frau Y.L. (Transkript, 03/2010)
273	BASP	...zurückhaltend ist.	Bernet & Buddeberg (1994), Knorre (1991)
274	BASS	...mich zum Thema „Sexualität“ berät.	Bernet & Buddeberg (1994), Vondruska (1993), Vella (1991), Petravage et al. (1979), Raffauf (1990), Distler (2006), Weismiller (2009)
275	BASS	...mich bzgl. sexueller Fragen und Probleme berät.	Ackerson (2010)
276	BASS	...mich berät, wenn ich Partnerschaftsprobleme habe.	Distler (2006)
277	BASU	...sehr genau und gründlich arbeitet.	Frau I.K. (Transkript, 04/2010)
278	BASU	...gründlich und nicht oberflächlich untersucht.	Frau K.S. (Transkript 05/2010)
279	BASU	...mir die Untersuchungsinstrumente zeigt und erklärt, was sie/er mit ihnen macht.	Bonevski et al. (1998)
280	BASU	...mir die Untersuchungsinstrumente vor der Benutzung zeigt und mir erklärt, wie sie/er sie einsetzen wird.	Bernet & Buddeberg (1994), Broadmore et al. (1986)
281	BASU	...mir die Funktion der Untersuchungsinstrumente (z.B. des Spekulum) erklärt.	Bernet & Buddeberg (1994), Vondruska (1993), Petravage et al. (1979), Poma et al. (1980)
282	BASU	...meinen Unterleib und meine Brust nacheinander untersucht, so dass ich nicht komplett nackt bin sondern zur Hälfte angezogen bleiben kann.	Eigenkonstruktion
283	BASU	...mit der Untersuchung beginnt, sobald ich entkleidet auf dem Untersuchungsstuhl sitze.	Eigenkonstruktion
284	BASU	...mir Bescheid sagt, bevor er/sie während der Untersuchung ein Untersuchungsinstrument in mich einführt.	Frau N.Mr. (Transkript 05/2010)
285	BASU	...mich vorwarnt ehe sie/er ein Untersuchungsinstrument in meinen Körper einführt.	Ackerson (2010)
286	BASU	...mir die Möglichkeit gibt, dass ich selbst das Untersuchungsinstrument in meine Scheide einführe.	Wright et al. (2005)
287	BASU	...die Untersuchungsinstrumente professionell einsetzt.	Bonevski et al. (1998)
288	BASU	...die Untersuchung versiert und routiniert durchführt. (Ich muss das Gefühl haben, sie/er ist ein(e) Spezialist/Köner auf ihrem/seinem Gebiet.).	Bonevski et al. (1998)
289	BASU	...die Abstrichentnahme sorgfältig macht, so dass diese nicht wegen mangelnder Qualität wiederholt werden muss.	Frau A.S. (Transkript 04/2010)

Roh- item- -Nr.	Kategorie	Item-Text: <i>Mir ist es wichtig, dass meine Frauenärztin / mein Frauenarzt...</i>	Item modifiziert nach bzw. formuliert nach Anregung von:
290	BASU	...keine kalten Hände bei der Untersuchung hat.	Szymoniak et al. (2009)
291	BASU	...vorsichtig bei der Untersuchung vorgeht.	Frau I.K. (Transkript, 04/2010)
292	BASU	...vorsichtig, sanft und behutsam bei der Untersuchung vorgeht.	Frau A.S. (Transkript 04/2010)
293	BASU	...nicht grob bei der Untersuchung vorgeht.	Frau K.S. (Transkript 05/2010)
294	BASU	...behutsam bei der Untersuchung vorgeht.	Frau J.S. (Transkript, 06/2010)
295	BASU	...behutsam bei der Untersuchung ist.	Frau G.R. (Transkript, 03/2010)
296	BASU	...mir bei der Untersuchung nicht weh tut.	Baileff (2000), Hornung (1986), Schwartz et al. (1989), Ackerson (2010), Bonevski et al. (1998)
297	BASU	...die Untersuchung unter- oder abbricht, wenn ich starke Schmerzen äußere.	Bernet & Buddeberg (1994), Vondruska (1993)
298	BASU	...mir die Möglichkeit der Kontrolle über das, was sie/er mit mir macht, gibt.	Hawighorst-Knapstein (2007)
299	BASU	...die Untersuchung so wenig unangenehm und peinlich für mich wie möglich gestaltet.	Hornung (1986), Fylan (1998)
300	BASU	...mir das Gefühl von Scham und Verlegenheit während der Untersuchung nimmt.	Schwartz et al. (1989), Bonevski et al. (1998)
301	BASU	...die Untersuchung alleine ohne Assistenz durchführt und so die Intimsphäre gewahrt bleibt.	Szymoniak et al. (2009)
302	BASU	...mich nicht beobachtet, während ich von der Umkleide zum Untersuchungsstuhl gehe.	Eigenkonstruktion
303	BASU	...mich nicht warten lässt, wenn ich entkleidet auf dem Untersuchungsstuhl sitze.	Eigenkonstruktion
304	BASU	...meine Brust sorgfältig abtastet.	Paepke et al. (2001), Naß-Griegoleit & Schulte (2007)
305	BASU	...meine Brust besonders sorgfältig untersucht.	Frau I.K. (Transkript, 04/2010)
306	BASU	...eine gründliche Tastuntersuchung der Brust vornimmt.	Frau K.S. (Transkript 05/2010)
307	BASU	...eine Ultraschalluntersuchung der Brust macht.	Paepke et al. (2001)
308	BASU	...eine Ultraschalluntersuchung der Brust bei mir macht.	Frau N.Mr. (Transkript 05/2010)
309	BASU	...eine Ultraschalluntersuchung der Brust macht.	Frau K.S. (Transkript 05/2010)
310	BASU	...im Rahmen der Früherkennungsuntersuchung einen Ultraschall der Brust bei mir macht.	Frau Y.L. (Transkript, 03/2010)
311	BASU	...bei mir ab dem 50. Lebensjahr in regelmäßigen Abständen einen Test auf verdecktes Blut im Stuhl zur Darmkrebsvorsorge durchführt.	Eickhoff (2008)
312	BASU	...eine Ultraschalluntersuchung des Unterleibs macht.	Frau K.S. (Transkript 05/2010)
313	BASU	...im Rahmen der Früherkennungsuntersuchung einen Ultraschall des Unterbauchs bei mir macht.	Frau Y.L. (Transkript, 03/2010)

Roh- item- -Nr.	Kategorie	Item-Text: <i>Mir ist es wichtig, dass meine Frauenärztin / mein Frauenarzt...</i>	Item modifiziert nach bzw. formuliert nach Anregung von:
314	BASU	...eine Ultraschalluntersuchung bei mir macht.	Frau J.S. (Transkript, 06/2010)
315	BASU	...eine gründliche Tastuntersuchung des Unterleibs vornimmt.	Frau K.S. (Transkript 05/2010)
316	BASU	...einen („Krebs“- oder „Pap“-) Abstrich vom Gebärmuttermund bei mir macht.	Frau N.Mr. (Transkript 05/2010)
317	BASU	...einen (Pap-)Abstrich vom Muttermund zur Gebärmutterhalskrebsfrüherkennung macht.	Frau W.V. (Transkript 03/2010)
318	BASU	...einen Abstrich vom Gebärmuttermund entnimmt.	Frau K.S. (Transkript 05/2010)
319	BASU	...einen Dünnschichtzytologischen Abstrich bei mir macht.	Frau J.S. (Transkript, 06/2010)
320	BASU	...eine Lupenbetrachtung des Gebärmuttermundes (Kolposkopie) bei mir durchführt.	Beckmann (2005)
321	BASU	...mir einen Handspiegel anbietet, damit ich bei der Untersuchung zuschauen kann.	Bernet & Buddeberg (1994), Petravage et al. (1979), Broadmore et al. (1986), Blaser et al. (1989)
322	BASU	...die Untersuchung zügig und ohne Unterbrechung durchführt	Frau S.K. (Transkript, 03/2010)
323	BASU	...mich nicht halb ausgezogen auf dem Untersuchungsstuhl warten lässt.	Frau S.K. (Transkript, 03/2010)
324	BASU	...die Untersuchung nicht wegen anderer Dinge unterbricht und mich halb ausgezogen auf dem Untersuchungsstuhl warten lässt.	Frau J.S. (Transkript, 06/2010)
325	BASU	...die Untersuchung nicht wegen anderer Dinge unterbricht und mich auf dem Untersuchungsstuhl warten lässt.	Frau N.M. (Transkript 04/2010)
326	BASU	...sich nicht durch andere Dinge wie Telefonate oder Fragen der HelferIn von der Untersuchung ablenken lässt sondern sich voll auf mich konzentriert.	Frau Y.L. (Transkript, 03/2010)
327	BASV	...mir hilft, wenn ich Beschwerden habe.	Frau I.K. (Transkript, 04/2010)
328	BASV	...für mich da ist, wenn ich ihre/seine Hilfe brauche.	Frau I.K. (Transkript, 04/2010)
329	BASV	...mich nicht allein lässt, wenn ich Probleme habe.	Frau I.K. (Transkript, 04/2010)
330	BASV	...gesprächsbereit ist.	Bernet & Buddeberg (1994), Knorre (1991)
331	BASV	...sich Zeit für ein ruhiges Gespräch mit mir nimmt.	Frau Y.L. (Transkript, 03/2010)
332	BASV	...sich genügend Zeit für ein Gespräch mit mir nimmt.	Frau G.R. (Transkript, 03/2010)
333	BASV	...sich Zeit für mich nimmt.	Frau K.S. (Transkript 05/2010)
334	BASV	...sich ausreichend Zeit für mich nimmt.	Hornung (1986), McCaffery & Irwing (2005), Bernet & Buddeberg (1994), Petravage et al. (1979)
335	BASV	...nicht auf die Uhr schaut und mir das Gefühl vermittelt, keine Zeit für mich zu haben.	Frau E.S. (Transkript 06/2010)

Roh-item-Nr.	Kategorie	Item-Text: <i>Mir ist es wichtig, dass meine Frauenärztin / mein Frauenarzt...</i>	Item modifiziert nach bzw. formuliert nach Anregung von:
336	BASV	...kein Zeitdruck während des Arztgespräches / der Untersuchung entsteht.	Rottmann et al. (2010)
337	BASV	...sich Zeit für ein persönliches Gespräch nimmt und mein Untersuchungsergebnis mit mir bespricht.	Fylan (1998)
338	BASV	...sich während unseres Gesprächs ausschließlich auf mich konzentriert und nicht zwischendurch telefoniert oder rausgeht.	Frau Y.L. (Transkript, 03/2010)
339	BASV	...unsere Unterhaltung nicht wegen Telefonaten oder Ähnlichem unterbricht.	Frau E.S. (Transkript 06/2010)
340	BASV	...ein ungestörtes Gespräch vor der Untersuchung ermöglicht, bei dem er sich voll und ganz auf mich und meine Anliegen konzentriert.	Frau N.Mr. (Transkript 05/2010)
341	BASV	...sich gut um mich kümmert.	Ackerson (2010)
342	BASV	...mir anbietet, sie/ihn noch einmal zu kontaktieren, falls mir zu einem späteren Zeitpunkt noch wichtige Fragen einfallen sollten.	Frau N.M. (Transkript 04/2010)
343	BASV	...mir die Möglichkeit gibt, sie/ihn auf dem Handy auch außerhalb der Sprechstundenzeiten zu erreichen, wenn es um etwas sehr Dringendes geht.	Frau N.Mr. (Transkript 05/2010)
344	BASV	...eine Arzt-Patienten-Bindung über mehrere Jahre ermöglicht, so dass ich regelmäßig zu ihr/ihm in Behandlung kommen kann.	Frau G.R. (Transkript, 03/2010)

8.2.2. Tab. 51 Rohitems II:

A-priori-Komponente II "Betreuungsbedürfnisse bezogen auf die Arzthelferin" (BB-AH)

Roh-item-Nr.	Kategorie	Item-Text: <i>Mir ist es wichtig, dass die Arzthelferin...</i>	Item modifiziert nach bzw. formuliert nach Anregung von:
345	BAHII	...mich über mögliche IGeL informiert.	Frau E.S. (Transkript, 06/2010)
346	BAHII	...mich über für mich geeignete IGeL informiert.	Frau K.S. (Transkript, 05/2010)
347	BAHIL	...mich über die einzelnen Untersuchungen im Rahmen der Vorsorge informiert.	Frau J.S. (Transkript, 06/2010)
348	BAHIL	...mich über die Untersuchung informiert.	Frau S.K. (Transkript, 03/2010)
349	BAHIL	...mir erklärt, wie oft ich an der Krebsvorsorge teilnehmen soll und wann der nächste Termin fällig ist.	Beckmann et al. (2005), Hornung (1986)
350	BAHIL	...mir sagt, wie oft ich zur Vorsorgeuntersuchung kommen muss.	Frau G.R. (Transkript, 03/2010)
351	BAHIP	...mir sagt, wie lange die Wartezeit bis zur Untersuchung sein wird, wenn ich zum Termin erscheine.	Eigenkonstruktion
352	BAHIP	...mich an meinen Termin zur Krebsfrüherkennungsuntersuchung erinnert.	Frau Y.L. (Transkript, 03/2010)
353	BAHIP	...mir erklärt, welche Untersuchungen die Ärztin/der Arzt im Rahmen der Vorsorge durchführen wird.	Frau Y.L. (Transkript, 03/2010)
354	BAHIP	...mich darüber informiert, wie lange es dauert, bis das Untersuchungsergebnis vorliegt.	Frau A.S. (Transkript 04/2010)
355	BAHSK	... vor der Untersuchung ein auflockerndes und ablenkendes Gespräch mit mir führt.	Frau I.K. (Transkript, 04/2010)

Roh- item -Nr.	Kategorie	Item-Text: <i>Mir ist es wichtig, dass die Arzthelferin...</i>	Item modifiziert nach bzw. formuliert nach Anregung von:
356	BAHSK	...nett und freundlich ist.	Frau A.S. (Transkript 04/2010)
357	BAHSK	...freundlich und höflich ist/sind.	Bernet & Buddeberg (1994), Knorre (1991)
358	BAHSK	...nicht hinter meinem Rücken über mich spricht.	Frau J.S. (Transkript, 06/2010)
359	BAHSK	...freundlich und nett ist.	Frau J.S. (Transkript, 06/2010)
360	BAHSK	...sich mir gegenüber höflich verhält, mich z.B. mit meinem Namen anspricht.	Frau J.S. (Transkript, 06/2010)
361	BAHSK	...mich vor der Untersuchung beruhigt, indem sie sich freundlich mit mir unterhält.	Frau S.K. (Transkript, 03/2010)
362	BAHSK	...einfühlsam und verständnisvoll auf meine Fragen und Wünsche reagiert.	Frau S.K. (Transkript, 03/2010)
363	BAHSK	...flexibel ist und entgegenkommend auf meine Wünsche reagiert.	Frau W.V. (Transkript, 03/2010)
364	BAHSK	...mich freundlich mit einem Lächeln begrüßt.	Frau N.Mr. (Transkript, 05/2010)
365	BAHSK	...kommunikativ ist.	Bernet & Buddeberg (1994), Knorre (1991)
366	BAHSK	...verständnisvoll und einfühlsam ist.	Frau G.R. (Transkript, 03/2010)
367	BAHSP	...einen kompetenten Eindruck vermittelt.	Frau K.S. (Transkript, 05/2010)
368	BAHSP	...gut gelaunt ist.	Frau J.S. (Transkript, 06/2010)
369	BAHSP	...nett ist.	Frau N.Mr. (Transkript, 05/2010)
370	BAHSP	...gelassen und souverän reagiert, wenn es mal stressig in der Praxis zugeht.	Frau N.Mr. (Transkript, 05/2010)
371	BAHSP	...ordentlich und adrett gekleidet ist.	Frau N.M. (Transkript 04/2010)
372	BAHSP	...hübsch und ansprechend aussieht.	Frau N.M. (Transkript 04/2010)
373	BAHSS	...Termine bei anderen Ärzten für weitere Behandlungen (z.B. Mammographie, Operation) für mich vereinbart.	Frau W.V. (Transkript, 03/2010)
374	BAHSS	...mir einen passenden Termin in der Praxis gibt.	Frau J.S. (Transkript, 06/2010)
375	BAHSS	...mich an meinen Untersuchungstermin erinnert.	Frau W.V. (Transkript, 03/2010)
376	BAHSS	...sich auf Terminvergaben und Telefondienst beschränkt und die Informationsvermittlung und Beratung dem Arzt überlässt.	Frau N.Mr. (Transkript, 05/2010)
377	BAHSS	...mir kurzfristig einen Termin zur Krebsvorsorge ermöglicht.	Fylan (1998), Rottmann et al. (2010)
378	BAHSS	...mich an meinen Termin zur Krebsvorsorge erinnert.	Kreienberg & Digel (2005)
379	BAHSS	...für eine kurze Wartezeit in der Praxis sorgt.	Fylan (1998)
380	BAHSS	...mir den Blutdruck misst.	Frau E.S. (Transkript, 06/2010)
381	BAHSS	...mir Blut abnimmt.	Frau E.S. (Transkript, 06/2010)

Rohitem-Nr.	Kategorie	Item-Text: <i>Mir ist es wichtig, dass die Arzthelferin...</i>	Item modifiziert nach bzw. formuliert nach Anregung von:
382	BAHSS	...Termine für mich ausmacht.	Frau E.S. (Transkript, 06/2010)
383	BAHSS	...mich per Anruf an meinen Termin zur Krebsvorsorge erinnert.	Frau I.K. (Transkript, 04/2010)
384	BAHSS	...sich serviceorientiert verhält.	Frau K.S. (Transkript, 05/2010)
385	BAHSS	...mir sagt, wie oft und wann ich zur Vorsorgeuntersuchung kommen soll.	Frau N.M. (Transkript 04/2010)
386	BAHSS	...mich an meinen Vorsorgetermin erinnert.	Frau N.M. (Transkript 04/2010)
387	BAHSU	...während der Untersuchung nicht lacht und kichert.	Frau J.S. (Transkript, 06/2010)
388	BAHSU	...mir bei der Untersuchung zur Seite steht und gegebenenfalls meine Hand festhält.	Frau E.S. (Transkript, 06/2010)

8.2.3. Tab. 52 Rohitems III:

A-priori-Komponente III "Bedürfnisse bezogen auf die Praxisorganisation und Praxisausstattung" (BB-P)

Rohitem-Nr.	Kategorie	Item-Text: <i>Mir ist es wichtig, dass...</i>	Item modifiziert nach bzw. formuliert nach Anregung von:
389	BPE	...die Praxis mit dem Auto gut erreichbar ist und genügend Parkplätze zur Verfügung stehen.	Summers & Fullard (1995)
390	BPE	...die Praxis in der Nähe meiner Wohnung liegt.	Frau Y.L. (Transkript, 03/2010)
391	BPE	...die Praxis mit öffentlichen Verkehrsmitteln gut erreichbar ist.	Summers & Fullard (1995)
392	BPI	...in der Praxis Informationsposter zu Themen wie Brustkrebs, Verhütungsmethoden oder Krebsfrüherkennung hängen.	Frau N.Mr. (Transkript, 05/2010)
393	BPI	...es eine Informationsbroschüre über Vorsorgemöglichkeiten und das Leistungsangebot meiner Praxis gibt.	Bergfeld (2004)
394	BPI	...ich schriftliche Informationsbroschüren zu den Themen Krebs und Krebsfrüherkennungsuntersuchung erhalte.	Bernet & Buddeberg (1994), Petravage et al. (1979), Vondruska (1993)
395	BPI	...es Informationsflyer in der Praxis gibt.	Frau Y.L. (Transkript, 03/2010)
396	BPI	...ich Informationsbroschüren zu weiteren gesundheitsbezogenen Themen erhalte.	Frau K.S. (Transkript, 05/2010)
397	BPI	...die Informationsbroschüren im Wartezimmer ausliegen.	Frau K.S. (Transkript, 05/2010)
398	BPI	...ich Informationsbroschüre zum Thema "Gesetzliche Krebsfrüherkennungsuntersuchung" erhalte.	Koch (2003)
399	BPI	...ich schon vor der Untersuchung Informationsbroschüren im Wartezimmer zum Thema Früherkennung erhalte.	Frau I.K. (Transkript, 04/2010)
400	BPI	...ich eine Informationsbroschüren zum Thema "Individuelle Gesundheitsleistungen (IGeL) im Zusammenhang mit der Krebsfrüherkennungsuntersuchung" erhalte.	Frau I.K. (Transkript, 04/2010)
401	BPI	...in der Informationsbroschüre zu den angebotenen IGeL auch steht, was die einzelnen Leistungen kosten.	Frau K.S. (Transkript, 05/2010)

Roh-item-Nr.	Kategorie	Item-Text: <i>Mir ist es wichtig, dass...</i>	Item modifiziert nach bzw. formuliert nach Anregung von:
402	BPI	...in der Praxis Informationsbroschüren zu verschiedenen gynäkologischen Untersuchungsmethoden ausliegen, durch die ich mich vorab (evtl. zu Hause) informieren kann.	Bonevski et al. (1998)
403	BPI	...ich mich mit schriftlichem Informationsmaterial auf die Untersuchung und das Gespräch mit dem Arzt vorbereiten kann.	Frau Y.L. (Transkript, 03/2010)
404	BPI	...ich die Informationsbroschüren mit nach Hause nehmen kann.	Frau Y.L. (Transkript 03/2011)
405	BPI	...ich die Informationsbroschüren schon vor Untersuchung erhalte.	Frau S.K. (Transkript, 03/2010)
406	BPI	...ich mich vor der Untersuchung mittels Informationsmaterial auf das Gespräch mit dem Arzt / der Ärztin vorbereiten kann.	Frau K.S. (Transkript, 05/2010)
407	BPI	...das ich Informationsbroschüren zum Thema „Menopause und Osteoporose“ erhalte.	Weismiller (2009), Mahon (2000), Thomas (1998)
408	BPI	...ich Informationen zu den Themen „Wellness“ und „Anti-Aging“ erhalte.	Ogburn et al. (2009)
409	BPI	...ich eine Informationsbroschüre zum Thema "Gebärmutterhalskrebs(-vorsorge) und "Pap“-Test" erhalte.	Bonevski et al. (1998), Mahon (2000)
410	BPI	...ich eine Informationsbroschüre zum Thema "Brustkrebs(-vorsorge)" erhalte.	Paepke et al. (2001), Slaytor & Ward (1998), Mahon (2000)
411	BPI	...ich eine Informationsbroschüre zum Thema „Humane Papillomaviren (HPV)“ erhalte.	Goldsmith et al. (2007), Hall et al. (2008)
412	BPI	...Informationsbroschüren die KFU realistisch darstellen und nicht beschönigen.	Slaytor & Ward (1998)
413	BPI	...Informationsbroschüren gut verständlich und leicht lesbar sind.	Smith et al. (2008), Fylan (1998)
414	BPI	...Informationsbroschüren kurz und präzise das Thema auf den Punkt bringen.	Smith et al. (2008)
415	BPI	...Informationsbroschüren ansprechend und freundlich gestaltet sind.	Smith et al. (2008)
416	BPI	...Informationsbroschüren in einer für medizinische Laien verständlichen Sprache geschrieben sind.	Smith et al. (2008)
417	BPI	...in Informationsbroschüren medizinische Fremdwörter erklärt werden (z.B. durch ein Glossar oder das deutsche Wort in Klammern).	Smith et al. (2008)
418	BPI	...Informationsbroschüren interessant und reich bebildert sind.	Smith et al. (2008)
419	BPI	... in Informationsbroschüren die jeweils zum Thema passenden medizinisch-anatomischen Abbildungen vorhanden sind.	Smith et al. (2008)
420	BPI	...den Informationsbroschüren zu entnehmen ist, aus welchen wissenschaftlichen Quellen ihre Daten stammen.	Smith et al. (2008)
421	BPI	...Informationsbroschüren weiterführende Hinweise auf (Internet-) Adressen und Kontaktdaten von Vereinen und Organisationen geben.	Smith et al. (2008)
422	BPI	...es im Wartezimmer ein Praxis-TV gibt, das Informationsfilme zur Krebsvorsorge und zu weiteren gesundheitsbezogenen Themen zeigt.	Frau S.K. (Transkript, 03/2010)
423	BPI	...ich <u>vor</u> der Untersuchung <u>keine</u> Informationen über die Auswirkungen von krankhaft veränderten Untersuchungsergebnissen erhalte, da es mir Angst macht und mich abschreckt.	Frau A.S. (Transkript 04/2010)

Roh-item-Nr.	Kategorie	Item-Text: <i>Mir ist es wichtig, dass...</i>	Item modifiziert nach bzw. formuliert nach Anregung von:
424	BPI	...ich erst <u>nach</u> der Untersuchung im Rahmen der Befundmitteilung genauere Informationen zu möglichen Auswirkungen von krankhaft veränderten Ergebnissen erhalte.	Frau A.S. (Transkript 04/2010)
425	BPI	...es eine Praxis-Homepage im Internet gibt, auf der ich mich über Vorsorgemöglichkeiten und das Leistungsangebot meiner Praxis informieren kann.	Eigenkonstruktion
426	BPI	...ich das Gefühl habe, ausreichend und gut über die Leistungen im Rahmen der Früherkennungsuntersuchung informiert zu sein.	Frau I.K. (Transkript, 04/2010)
427	BPP	...ich durch die Praxis an meinen jährlichen Vorsorgetermin erinnert werde.	Kreienberg & Digel (2005)
428	BPP	...ich ein Einladungs-/Erinnerungsschreiben zu meiner jährlichen KFU erhalte.	Klug et al. (2005), Fylan (1998), Lurie et al. (1997), Forss et al. (2001), Summers & Fullard (1995), Kaczorowski (2009)
429	BPP	...ich per Anruf an meinen Krebsvorsorgetermin erinnert werde und dann sofort einen Termin vereinbaren kann.	Eigenkonstruktion
430	BPP	...ich nach der Vorsorgeuntersuchung gleich einen Termin für die nächste Untersuchung erhalte.	Frau W.V. (Transkript, 03/2010)
431	BPP	...ich einen passenden Termin außerhalb meiner Arbeitszeiten bekomme.	Fylan (1998)
432	BPP	...ich kurzfristig einen Termin zur Krebsfrüherkennungsuntersuchung in der Praxis bekomme.	Fylan (1998), Rottmann et al. (2010)
433	BPP	...ich schnell einen Kontrolltermin erhalte, wenn dieser aufgrund eines auffälligen Untersuchungsergebnisses notwendig ist.	Bonevski et al. (1998)
434	BPP	...die Wartezeit in der Praxis kurz ist.	Fylan (1998)
435	BPP	...ich mich auf die Zuverlässigkeit und Richtigkeit der Untersuchungsmethoden und –ergebnisse verlassen kann.	Forss et al. (2001)
436	BPP	...die Krebsfrüherkennungsuntersuchung auf einem hohen medizinischen Niveau stattfindet.	Bernet & Buddeberg (1994), Knorre (1991)
437	BPP	...ich mein Untersuchungsergebnis durch die Praxis mitgeteilt bekomme.	Schwartz et al. (1989)
438	BPP	...sich die Praxis bei mir meldet, um mir das Untersuchungsergebnis mitzuteilen.	Frau Y.L. (Transkript, 03/2010)
439	BPP	...ich auch dann über mein Untersuchungsergebnis informiert werde, wenn kein auffälliger Befund vorliegt.	Frau I.K. (Transkript, 04/2010)
440	BPP	...ich in jedem Falle über das Ergebnis der Krebsvorsorge benachrichtigt werde – egal ob der Befund auffällig oder unauffällig ist.	Frau G.R. (Transkript, 03/2010)
441	BPP	...ich in jedem Fall über die Ergebnisse meiner Untersuchungen wie z.B. Krebsabstrich und Blutentnahme informiert werde, auch wenn diese unauffällig sind.	Frau A.S. (Transkript 04/2010)
442	BPP	...in jedem Fall über mein Untersuchungsergebnis informiert werde, weil es mich beruhigt.	Frau N.M. (Transkript 04/2010)
443	BPP	... in jedem Fall über mein Untersuchungsergebnis informiert werde, weil ich dann weiß, dass die Untersuchung wirklich durchgeführt worden ist und meine Ergebnisse nicht verloren gegangen sind.	Frau N.M. (Transkript 04/2010)
444	BPP	...ich über das Untersuchungsergebnis benachrichtigt werde, wenn es auffällig ist. Wenn alles in Ordnung ist, möchte ich nicht benachrichtigt werden.	Frau W.V. (Transkript, 03/2010)

Roh-item-Nr.	Kategorie	Item-Text: <i>Mir ist es wichtig, dass...</i>	Item modifiziert nach bzw. formuliert nach Anregung von:
445	BPP	...von Seiten der Praxis umgehend über mein Befundergebnis informiert werde, sobald dieses fertig ist.	Frau N.M. (Transkript 04/2010)
446	BPP	...ich auf mein Untersuchungsergebnis nicht lange warten muss.	Bonevski et al. (1998), Wardle et al. (1995)
447	BPP	...der Zeitraum zwischen Untersuchung und Ergebnismitteilung so kurz wie möglich ist.	Frau Y.L. (Transkript, 03/2010)
448	BPP	... zwischen Untersuchung und Ergebnismitteilung nicht mehr als zwei Tage liegen.	Frau Y.L. (Transkript, 03/2010)
449	BPP	...das Untersuchungsergebnis nach einer auffälligen Untersuchung schneller vorliegt, als nach einer Untersuchung, bei der alles in Ordnung war.	Frau W.V. (Transkript, 03/2010)
450	BPP	...ich den Befund telefonisch mitgeteilt bekomme, denn das ist persönlicher.	Frau I.K. (Transkript, 04/2010)
451	BPP	...ich das Untersuchungsergebnis per Anruf mitgeteilt bekomme, denn bei einer schriftlichen Benachrichtigung kann ich nicht sofort nachfragen und fühle mich verunsichert.	Frau W.V. (Transkript, 03/2010)
452	BPP	...die Befundmitteilung telefonisch und nicht schriftlich erfolgt.	Frau A.S. (Transkript 04/2010)
453	BPP	...mir ein unauffälliger Befund telefonisch mitgeteilt wird.	Frau N.M. (Transkript 04/2010)
454	BPP	...mir ein auffälliger Befund telefonisch mitgeteilt wird und ich sogleich die Möglichkeit habe, einen Kontrolltermin bzw. Besprechungstermin mit meiner Ärztin/meinem Arzt auszumachen.	Frau N.M. (Transkript 04/2010)
455	BPP	...mir der Befund per E-Mail mitgeteilt wird.	Frau Y.L. (Transkript, 03/2010)
456	BPP	...ich mich selbst in der Praxis melden und nach meinem Untersuchungsergebnis erkundigen kann.	Frau E.S. (Transkript, 06/2010)
457	BPP	...ich mich dann, wenn es mir zeitlich gut passt, zur Befundbesprechung in der Praxis melden kann und nicht die Praxis bei mir irgendwann zwischendurch anruft.	Frau K.S. (Transkript, 05/2010)
458	BPP	...eine Nachricht mit der Bitte um Rückruf auf dem Anrufbeantworter hinterlassen wird, wenn ich telefonisch nicht erreichbar bin.	Frau K.S. (Transkript, 05/2010)
459	BPP	...kein konkreter Befund auf dem Anrufbeantworter hinterlassen wird, wenn ich telefonisch nicht erreichbar bin.	Frau K.S. (Transkript, 05/2010)
460	BPP	...wenn ich telefonisch nicht erreichbar bin, auf meinem Anrufbeantworter eine Nachricht hinterlassen wird und ich um Rückruf gebeten werde, dabei sollte gesagt werden, dass für mich kein Grund zur Sorge besteht.	Frau Y.L. (Transkript, 03/2010)
461	BPP	...die Mitteilung eines auffälligen Befundes zeitlich so abgestimmt ist, dass ich in jedem Falle innerhalb eines Tages die Möglichkeit habe, meine Ärztin/meinen Arzt zu kontaktieren.	Frau N.M. (Transkript 04/2010)
462	BPP	...ich die Untersuchungsergebnisse persönlich mit meiner Ärztin/meinem Arzt in der Praxis besprechen kann.	McCaffery & Irwig (2005), Frau N.M. (Transkript 04/2010)
463	BPP	...mir die Untersuchungsergebnisse persönlich mitteilt – am liebsten im Rahmen eines gesonderten Termins in der Praxis.	Frau W.V. (Transkript 03/2010)
464	BPP	...ich die Untersuchungsergebnisse persönlich mit meiner Ärztin/meinem Arzt telefonisch besprechen kann.	McCaffery & Irwig (2005)
465	BPP	...mir die Untersuchungsergebnisse persönlich von meiner Ärztin/meinem Arzt am Telefon mitgeteilt werden.	Frau W.V. (Transkript 03/2010)

Roh-item-Nr.	Kategorie	Item-Text: <i>Mir ist es wichtig, dass...</i>	Item modifiziert nach bzw. formuliert nach Anregung von:
466	BPP	...ich durch meine Ärztin/meinen Arzt persönlich und nicht durch eine Arzthelferin informiert werde, auch wenn mein Untersuchungsergebnis unauffällig ist.	Eigenkonstruktion
467	BPP	...ich bei einem auffälligen Befund einen Termin in der Praxis erhalte, um das Untersuchungsergebnis mit meiner Ärztin/meinem Arzt besprechen zu können.	McCaffery & Irwig (2005), Frau G.R. (Transkript, 03/2010)
468	BPP	...ich einen persönlichen Besprechungstermin bei meiner Ärztin/meinem Arzt in der Praxis erhalte, wenn mein Untersuchungsergebnis besonders auffällig / krankhaft ist.	Frau A.S. (Transkript 04/2010)
469	BPP	...ich in jedem Fall einen persönlichen Besprechungstermin bei meiner Ärztin/meinem Arzt in der Praxis erhalte, auch wenn mein Untersuchungsergebnis nur wenig auffällig ist.	Eigenkonstruktion
470	BPP	...ein Termin in der Praxis vermieden wird, wenn mein Untersuchungsergebnis auch telefonisch besprochen werden kann.	Eigenkonstruktion
471	BPP	... unnötige Besprechungstermine in der Praxis vermieden werden, wenn mein Untersuchungsergebnis nur wenig auffällig ist und die telefonische Vereinbarung eines Kontrolluntersuchungstermins ausreichend ist.	Eigenkonstruktion
472	BPP	...ich persönlich in der Praxis mit meiner Ärztin/meinem Arzt meine Untersuchungsbefunde besprechen kann und nicht bloß am Telefon.	Frau G.R. (Transkript, 03/2010)
473	BPP	...ich selbst in der Praxis anrufen kann, um mich nach dem Ergebnis zu erkundigen, weil ich mich andernfalls über einen Anruf sehr erschrecken würde.	Frau I.K. (Transkript, 04/2010)
474	BPP	...ich durch meine Ärztin/meinen Arzt persönlich und nicht durch eine Arzthelferin informiert werde, wenn mein Untersuchungsergebnis auffällig ist.	Frau A.S. (Transkript 04/2010)
475	BPP	...ich in jedem Fall einen persönlichen Besprechungstermin bei meiner Ärztin/meinem Arzt in der Praxis erhalte, ganz egal ob mein Untersuchungsergebnis auffällig oder unauffällig ist.	Eigenkonstruktion
476	BPP	...Informationsveranstaltungen/Vorträge in der Praxis angeboten werden.	Hornung (1986)
477	BPP	...Informationsveranstaltungen in der Praxis organisiert werden, bei denen an Krebs erkrankte Frauen über ihre Erkrankung berichten und somit die Wichtigkeit der Früherkennungsuntersuchung noch mal deutlich wird.	Frau W.V. (Transkript 03/2010)
478	BPP	...ich per E-Mail an meinen Vorsorgetermin erinnert werde.	Frau S.K. (Transkript, 03/2010)
479	BPP	...ich per SMS an meinen Vorsorgetermin erinnert werde.	Frau S.K. (Transkript, 03/2010)
480	BPP	...ich per Brief/Postkarte an meinen Vorsorgetermin erinnert werde.	Frau W.V. (Transkript, 03/2010)
481	BPU	...modernste Untersuchungsgeräte und Behandlungsmethoden eingesetzt werden.	Bernet & Buddeberg (1994), Knorre (1991)
482	BPU	...die neuste Gerätetechnik (z.B. Ultraschallgeräte) in der Praxis verwendet wird.	Frau E.S. (Transkript, 06/2010)
483	BPU	...der Besprechungsbereich vom Untersuchungsbereich abgetrennt ist.	Frau I.K. (Transkript, 04/2010)
484	BPU	...während der Untersuchung eine Arzthelferin dabei ist, die mir hilft, meine Verlegenheit und die Peinlichkeit der Situation zu reduzieren.	Bonevski et al. (1998)
485	BPU	...während der der Untersuchung keine Arzthelferin als Assistenz dabei ist.	Frau Y.L. (Transkript, 03/2010)

Roh-item-Nr.	Kategorie	Item-Text: <i>Mir ist es wichtig, dass...</i>	Item modifiziert nach bzw. formuliert nach Anregung von:
486	BPU	...bei der Untersuchung eine Arzthelferin dabei ist.	Frau N.Mr. (Transkript, 05/2010)
487	BPU	...während der Untersuchung eine Arzthelferin dabei ist.	Afaneh et al. (2010), Yanikkerem et al. (2009), Sinah et al. (2009), Teague et al. (2007), Szymoniak et al. (2009), Patton et al. (1990), Fiddes et al. (2003), Larsen et al. (1997), Penn & Bourguet (1992), Boadmore et al. (1986)
488	BPU	...während der Untersuchung <u>keine</u> Arzthelferin dabei ist.	Afaneh et al. (2010), Yanikkerem et al. (2009), Sinah et al. (2009), Teague et al. (2007), Szymoniak et al. (2009), Patton et al. (1990), Fiddes et al. (2003), Larsen et al. (1997), Penn & Bourguet (1992), Boadmore et al. (1986)
489	BPU	... <u>keine</u> Arzthelferin bei der Untersuchung dabei ist.	Frau J.S. (Transkript, 06/2010)
490	BPU	...ich gefragt werde, ob ich eine Arzthelferin bei der Untersuchung dabei haben möchte.	Teague et al. (2007), Penn & Bourguet (1992)
491	BPU	...meine Intimsphäre gewahrt bleibt, während ich mich ausziehe/umkleide.	Bonevski et al. (1998)
492	BPU	...die Umkleidekabine nicht einsehbar ist und ich beim Aus-/Anziehen nicht beobachtet werde.	Frau Y.L. (Transkript, 03/2010)
493	BPU	...der Umkleide- und Untersuchungsbereich sehr sauber sind.	Frau Y.L. (Transkript, 03/2010)
494	BPU	...die Umkleidekabine ansprechend gestaltet und zum Schutze des Intimbereichs nicht einsehbar ist.	Frau G.R. (Transkript, 03/2010)
495	BPU	...der Weg von der Umkleidekabine bis zum Untersuchungsstuhl möglichst kurz ist.	Szymoniak et al. (2009)
496	BPU	...ich auf dem Untersuchungsstuhl nicht vom Schreibtisch oder von der Türe aus gesehen werden kann.	Frau I.K. (Transkript, 04/2010)
497	BPU	...das der Untersuchungsstuhl bequem und komfortabel ist.	Szymoniak et al. (2009)
498	BPU	...ich während der Untersuchung bequem sitze bzw. liege.	Bonevski et al. (1998)
499	BPU	...die Untersuchungsinstrumente angewärmt sind.	Broadmore et al. (1986)
500	BPU	...das Untersuchungszimmer warm ist.	Frau S.K. (Transkript, 03/2010)
501	BPU	...es im Untersuchungszimmer nicht kalt ist.	Frau K.S. (Transkript, 05/2010)
502	BPU	...ich während der gynäkologischen Untersuchung die Möglichkeit habe, Musik zu hören.	Galaal et al. (2007)
503	BPU	...im Untersuchungszimmer dezente Hintergrundmusik vorhanden ist.	Frau W.V. (Transkript, 03/2010)
504	BPU	...im Untersuchungszimmer schöne Bilder an den Wänden hängen, die ich während der Untersuchung anschauen kann.	Frau W.V. (Transkript, 03/2010)
505	BPU	...an der Decke Bilder sind, die ich während der Untersuchung anschauen kann.	Frau S.K. (Transkript, 03/2010)

Roh-item-Nr.	Kategorie	Item-Text: <i>Mir ist es wichtig, dass...</i>	Item modifiziert nach bzw. formuliert nach Anregung von:
506	BPU	...im Untersuchungszimmer etwas vorhanden ist, das zur Ablenkung angeschaut werden kann (z.B. Bilder, Wasserspiel, Deckengemälde).	Frau E.S. (Transkript, 06/2010)
507	BPU	...im Untersuchungszimmer warme freundliche Wandfarben verwendet werden.	Frau S.K. (Transkript, 03/2010)
508	BPU	...das Untersuchungszimmer farbig und dekorativ gestaltet ist.	Frau E.S. (Transkript, 06/2010)
509	BPU	...die Atmosphäre im Untersuchungszimmer eher nüchtern ist.	Frau Y.L. (Transkript, 03/2010)
510	BPU	...im Untersuchungszimmer ein angenehmes warmes Licht ist.	Frau S.K. (Transkript, 03/2010)
511	BPU	...es im Untersuchungszimmer nicht zu hell ist (keine Neonröhrenbeleuchtung).	Frau K.S. (Transkript, 05/2010)
512	BPU	...ich während der gynäkologischen Untersuchung mittels eines Handspiegels bei der Untersuchung zuschauen kann.	Bernet & Buddeberg (1994), Petravage et al. (1979), Broadmore et al. (1986), Blaser et al. (1989)
513	BPU	...ich die Ultraschalluntersuchung und Kolposkopie (Lupenbetrachtung des Gebärmuttermundes) auf einem Bildschirm mit verfolgen kann.	Galaal et al. (2007)
514	BPU	...ich die Ultraschalluntersuchung auf einem Bildschirm mit anschauen kann.	Frau N.Mr. (Transkript, 05/2010)
515	BPU	...während der Untersuchung keine Arzthelferin durch das Zimmer läuft.	Frau Y.L. (Transkript, 03/2010)
516	BPU	...nicht alle paar Minuten eine Arzthelferin durch das Untersuchungszimmer läuft.	Frau J.S. (Transkript, 06/2010)
517	BPU	...während des Gespräches mit der Ärztin/dem Arzt nicht das Telefon klingelt.	Frau W.V. (Transkript, 03/2010)
518	BPU	...während der Untersuchung keiner stört.	Frau W.V. (Transkript, 03/2010)
519	BPU	...es während der Untersuchung ruhig ist.	Frau J.S. (Transkript, 06/2010)
520	BPU	...es im Untersuchungszimmer ruhig ist.	Frau G.R. (Transkript, 03/2010)
521	BPU	...es im Untersuchungszimmer nicht stickig ist.	Frau S.K. (Transkript, 03/2010)
522	BPV	...während der Untersuchung nicht das Telefon klingelt.	Frau W.V. (Transkript, 03/2010)
523	BPW	...das Wartezimmer farbig und dekorativ gestaltet ist.	Frau E.S. (Transkript, 06/2010)
524	BPW	...in der Praxis Bilder (z.B. Kinderfotos, Kunstdrucke) hängen.	Frau N.Mr. (Transkript, 05/2010)
525	BPW	...die Sitzgelegenheiten im Wartezimmer bequem sind.	Frau S.K. (Transkript, 03/2010)
526	BPW	...die Praxiseinrichtung ansprechend ist.	Bergfeld (2004)
527	BPW	...im Wartezimmer genügend aktuelle und nicht abgegriffene Zeitschriften vorhanden sind.	Eigenkonstruktion
528	BPW	...im Wartezimmer dezente Hintergrundmusik vorhanden ist.	Eigenkonstruktion

8.3. Auszüge relevanter Textpassagen aus den transkribierten Leitfadeninterviews und daraus entwickelte Items

8.3.1. Interview mit Frau A.S. (04/2010)

Personenbezogene Daten:

- 29 Jahre, verheiratet, 0 Kinder
- Telefonistin

Thema	Originaläußerung	Item-Text: <i>Mir ist es wichtig, dass meine Frauenärztin / mein Frauenarzt...</i>
<i>gewünschte Qualitäten und gewünschtes Verhalten des Arztes</i>	„Ich muss das Gefühl haben, dass er mich nicht anlügt. Dass er nicht versucht, irgendwas zu verheimlichen oder so. Ähm, ich muss das Gefühl haben, dass er halt auch auf mich zugeht und guckt, wie ich das dann am besten verkrafte, wie er es mir sagen könnte, wenn da was wäre. Dass der Arzt mich halt persönlich halt ein bisschen kennt – sag ich mal. Dass er da weiß, wie er mit mir umzugehen hat und was ich schon für Erkrankungen hatte.“	...mich nicht anlügt. ...mir nichts in Bezug auf mein Untersuchungsergebnis verheimlicht, sondern mir offen sagt, wenn etwas verdächtig erscheint. ...auf mich zugeht. ...mit Feingefühl schaut, wie sie/er mir das Befundergebnis schonend vermitteln kann, wenn es krankhaft verändert ist. ...weiß, welche Krankheiten und Besonderheiten bei mir vorliegen.
	„...das erwarte ich eigentlich auch von ihm dann. Dass er mich zum Nachfragen ermuntert, so dass ich alle wichtigen Informationen von ihm erhalte.“	...mich ermuntert nachzufragen, damit ich alle für mich wichtigen Informationen von ihr/ihm erhalte und alles verstehe.
	„Also die Zuverlässigkeit! Ich muss mich einfach drauf verlassen können, was er sagt.“	...sich als zuverlässig erweist und ich mich auf das, was sie/er sagt verlassen kann.
	„...der weiß dass ich ganz viele Fragen stelle. Aber das ist wichtig. Und er beantwortet sie auch immer ganz geduldig“	...geduldig ist und auch wiederholte und oft gestellte Fragen ruhig beantwortet.
	„...nicht dass das dann heißt „Ach, wir müssen da noch einen zweiten Test machen“ oder so. Weil es ist ja dann doch schon immer wieder – finde ich – 'ne Überwindung.“	...die Abstrichentnahme sorgfältig macht, so dass diese nicht wegen mangelnder Qualität wiederholt werden muss.
<i>Untersuchungsablauf</i>	„Am Anfang macht er auch ab und zu mal 'nen Spaß mit mir – dadurch wird man lockerer.“	...die Untersuchungsatmosphäre auch mal durch einen Spaß oder Scherz auflockert.
	„...und er geht jetzt auch nicht so dran wie ein Metzger, weil das ist ganz schlimm, wenn man dann dahin kommt.“	...vorsichtig, sanft und behutsam bei der Untersuchung vorgeht.
	„Und was ich ganz schlimm finde ist, wenn man während der Untersuchung nicht erzählt, was man gerade macht. Ich muss wissen, was er da gerade tut.“	...mir während der Untersuchung erklärt, was sie/er gerade macht.
	„...er soll mir sofort sagen, wenn er etwas Auffälliges bei der Untersuchung sieht,...“	... mir sofort sagt, wenn er/sie etwas Auffälliges bei der Untersuchung sieht.

Thema	Originaläußerung	Item-Text: <i>Mir ist es wichtig, dass meine Frauenärztin / mein Frauenarzt...</i>
<i>Motivation zur Teilnahme an der Vorsorgeuntersuchung</i>	„...er sollte schon ansprechen, dass im Moment auch viele betroffen sind. Dass das Thema ernst genommen wird und dass man da nicht...vergisst zum nächsten Vorsorgetermin halt zu kommen, sondern dass man das dann schon regelmäßig - dass man das ans Herz gelegt kriegt, dass man das schon regelmäßig machen sollte.“	...mir sagt, wie viele Frauen derzeit an gynäkologischen Krebsformen erkrankt sind und somit die Wichtigkeit dieses Themas unterstreicht. ...mir ans Herz legt, regelmäßig an der Krebsvorsorge teilzunehmen.
<i>untersuchungs-bezogene Informierung</i>	„...bevor er mich dann untersucht würde ich ganz gerne wissen, was alles gemacht wird, ja? Ähm – dann würde ich natürlich auch gerne wissen, wie das alles dann nach der Untersuchung im Labor – wie lange das dauert...“	...mir vor der Untersuchung erklärt, was sie/er alles machen wird. ...mir erklärt, was mit meinem Krebsabstrich oder anderen Abstrichen bzw. Probeentnahmen weiterhin passiert. ...mich darüber informiert, wie lange es dauert bis das Untersuchungsergebnis vorliegt.
<i>Individuelle Gesundheitsleistungen (IGeL)</i>	„Er soll mir schon genau sagen, welche IGeL es gibt und welche davon für mich sinnvoll sind und warum.“	...mir erklärt, welche Individuellen Gesundheitsleistungen es gibt. ...mir erklärt, welche IGeL für mich sinnvoll sind und welche nicht. ...mir erklärt, warum er bestimmte IGeL für mich für sinnvoll und wichtig hält.
	„...er sollte das mit mir besprechen, sollte mir das nahe legen und die Entscheidung dann doch schon mir überlassen,...“	...mich bezüglich der IGeL berät, mich aber nicht bedrängt, sondern mich frei entscheiden lässt, welche Sonderleistungen ich wünsche.
Thema	Originaläußerung	Item-Text: <i>Mir ist es wichtig, dass die Arzthelferin...</i>
<i>Aufgabenbereich der Arzthelferin</i>	„Es wäre schon gut zu wissen, wie lange man auf sein Ergebnis warten muss. Das könnte die Helferin schon mal sagen.“	...mich darüber informiert, wie lange es dauert, bis das Untersuchungsergebnis vorliegt.
<i>Verhalten der Arzthelferin</i>	„Na, auf jeden Fall sollte sie mal nett und freundlich sein.“	...nett und freundlich sind.
Thema	Originaläußerung	Item-Text: <i>Mir ist es wichtig, dass...</i>
<i>Informationsmaterial über gynäkologische Erkrankungen</i>	„...wenn ich das dann vorher lese – das schreckt ab. Und dann könnte man vielleicht wieder vor der Vorsorgeuntersuchung weglaufen. Also vielleicht, also für mich ist es jetzt persönlich besser, wenn ich darüber erstmal gar nichts weiß und mich einfach untersuchen lasse und dann die Ergebnisse abwarte. ...die Möglichkeiten, die möchte man schon wissen, ne – also, was es da für Möglichkeiten gibt, was man da in Anspruch nehmen kann. Ja, das schon. Nur halt die Auswirkungen oder so, was da passieren kann, das lieber nicht, weil das schreckt halt wieder ab.“	...ich <u>vor</u> der Untersuchung <u>keine</u> Informationen über die Auswirkungen von krankhaft veränderten Untersuchungsergebnissen erhalte, da es mir Angst macht und mich abschreckt. ...ich erst nach der Untersuchung im Rahmen der Befundmitteilung genauere Informationen zu möglichen Auswirkungen von krankhaft veränderten Ergebnissen erhalte.
<i>Befundmitteilung</i>	„...man wird ja eigentlich nur informiert, wenn was auffällig ist. Und ich bin halt so 'n Mensch – wie gesagt – will alles wissen, und ich möchte' auch gern wissen, wenn nix auffällig ist,...“	...ich in jedem Fall über die Ergebnisse meiner Untersuchungen wie z.B. Krebsabstrich und Blutentnahme informiert werde, auch wenn diese unauffällig sind.

Thema	Originaläußerung	Item-Text: <i>Mir ist es wichtig, dass...</i>
<i>Befundmitteilung</i>	„...es ist schon besser, wenn der Arzt sich dann meldet, wenn da irgendwas ist.“	...ich durch meine Ärztin / meinen Arzt persönlich und nicht durch eine Arzthelferin informiert werde, wenn mein Untersuchungsergebnis auffällig ist.
	„...wenn wirklich was Gravierendes ist, würd' ich gerne in die Praxis bestellt werden, dann würde ich gerne ein persönliches Gespräch haben, und wenn halt irgendwie nur was anfällt, was nicht so schlimm ist, sag' ich jetzt mal, kann man das ruhig telefonisch regeln.“	...ich einen persönlichen Besprechungstermin bei meiner Ärztin /meinem Arzt in der Praxis erhalte, wenn mein Untersuchungsergebnis besonders auffällig oder krankhaft ist.
	„...das (gemeint ist die telefonische Benachrichtigung) ist dann doch schon persönlicher wie so 'n Brief, weil beim Brief macht man sich immer wieder Gedanken und ich sag' mal beim Telefongespräch da kann man schon aus der Stimme hören, ob es schlimm ist oder nicht.“	...die Befundmitteilung telefonisch und nicht schriftlich erfolgt.

8.3.2. Interview mit Frau E.S. (06/2010)

Personenbezogene Daten:

- 52 Jahre, verheiratet, keine Kinder
- Bankkauffrau

Thema	Originaläußerung	Item-Text: <i>Mir ist es wichtig, dass meine Frauenärztin / mein Frauenarzt...</i>
<i>gewünschte Qualitäten und gewünschtes Verhalten des Arztes</i>	„...ich will das Gefühl haben, dass er nicht auf die Uhr guckt und mir zuhört.“	...nicht auf die Uhr schaut und mir das Gefühl vermittelt, keine Zeit für mich zu haben.
	„Dass ich einfach das Gefühl habe, dass er mir zuhört und mir meine Fragen beantwortet, die ich habe. Außerdem sollte er mich ausreden lassen, wenn ich ihn etwas frage oder erzähle – nicht einfach unterbrechen, weil's ihm zu lange dauert.“	...mir aufmerksam zuhört. ...mir meine Fragen beantwortet. ...mich ausreden lässt und nicht mitten im Satz unterbricht.
	„Na ja – wenn ich mich mit ihm unterhalte, möchte ich schon, dass er mir aufmerksam zuhört und nicht zwischendurch Telefonate annimmt oder Rezepte unterschreibt oder so.“	...unsere Unterhaltung nicht wegen Telefonaten oder ähnlichem unterbricht.
<i>Gesprächsbereitschaft des Arztes</i>	„Das ein Vorgespräch geführt wird erst... Die Fragen, die ich habe erst mal ansprechen, vielleicht schon mal kurz beantworten... und dann folgt die körperliche Untersuchung und hinterher noch mal kurz die besprechen, was bei der Untersuchung rauskam und ob alles hoffentlich in Ordnung ist oder ob es irgendwelche Nachuntersuchungen geben muss.“	...vor der Untersuchung ein (kurzes) Gespräch mit mir führt. ...mir nach der Untersuchung erklärt, ob alles in Ordnung ist oder ob ggf. eine Nachuntersuchung oder Therapie nötig ist.

Thema	Originaläußerung	Item-Text: <i>Mir ist es wichtig, dass meine Frauenärztin / mein Frauenarzt...</i>
<i>ärztliches Verhalten während der Untersuchung</i>	„Vielleicht erst schon mal Vermutungen, die jetzt bei der Untersuchung erst mal aufkommen. Dass da so komische oder unkonkrete Äußerungen wie „Ach du lieber Gott“, „Oh je“ oder so was. Lieber erst mal gar nichts sagen und dann später in Ruhe sagen „Hier – da ist irgendwas“.“	...während der Untersuchung keine verunsichernden Äußerungen wie „Ach du lieber Gott“ oder „Oh je, was ist das denn“ von sich gibt. ...mir erst nach der Untersuchung in Ruhe erklärt, was er festgestellt hat.
<i>Untersuchungsgeräte</i>	„...ich nehm' an, das Gerät war halt einfach schlecht und alt oder sie konnte es nicht erkennen oder was auch immer.“	...die neuste Gerätetechnik (z.B. Ultraschallgeräte) in der Praxis verwendet wird.
<i>gewünschte Informationen von Seiten des Arztes</i>	„...dass ich irgendwo was gelesen hatte über irgendeine neue Untersuchungsmethode oder was auch immer und danach gefragt habe. Und das ist mir auch immer ausreichend beantwortet worden.“	...mich über neue Untersuchungsmethoden informiert.
	„Man wird ja oft mit Informationen in den Medien konfrontiert, die aber dann nicht ausreichend sind, die werden zwar irgendwo angesprochen, aber man hat beim Arzt dann noch mal die Möglichkeit nachzufragen.“	...mir Informationen aus den Medien (TV, Zeitung, Internet) zu gynäkologischen Gesundheitsthemen bei Bedarf erläutert.
	„Also einfach nur kurz den Ablauf. Das muss net in allen Einzelheiten – ich mein' dazu kennt man das ja im Laufe der Zeit auch. Das ist vielleicht bei jemand jüngerem noch entscheidender – wenn jemand Junges kommt, dass man dem das dann noch mal erklärt.“	...seine/ihre Informationen und Erklärungen an jeder Patientin individuell ausrichtet.
<i>welche Untersuchungen als besonders wichtig gewertet werden</i>	„Also ich persönlich finde halt wichtig, dass verschiedene Untersuchungsmethoden angewandt werden – jetzt bei mir persönlich halt einmal eben der Ultraschall der Brust oder auch der Unterleibsorgane. Dass das da angesprochen wird, dass man das auch selbst bezahlen kann, um einen besseren Standard zu gewährleisten. Und eben einmal diesen Ultraschall und einmal die Mammographie – beides. Dass das zweigleisig gefahren wird.“	...mir die Ultraschalluntersuchung der Brust als IGeL anbietet. ...mir die Ultraschalluntersuchung der Unterleibsorgane als IGeL anbietet. ...mir die Röntgenuntersuchung der Brust (Mammographie) als IGeL anbietet. ...mir erklärt, welche IGeL es gibt, die einen bestmöglichen Untersuchungsstandard gewährleisten.
<i>Individuelle Gesundheitsleistungen (IGeL)</i>	„Ich möchte, dass mein Arzt mich darauf hinweist, dass es diese IGeL gibt und mich darüber informiert.“	...mich darauf hinweist, welche IGeL es gibt und mich genau über ihre Vor- und Nachteile informiert.
Thema	Originaläußerung	Item-Text: <i>Mir ist es wichtig, dass die Arzthelferin...</i>
<i>Informierung durch die Arzthelferin</i>	„...und sie könnte mir schon mal vor der Untersuchung erklären, welche Sonderleistungen, z.B. Ultraschall und so, wieder fällig sind.“	...mich über mögliche IGeL informiert.

Thema	Originaläußerung	Item-Text: <i>Mir ist es wichtig, dass die Arzthelferin...</i>
<i>Verhalten der Arzthelferin bei der Untersuchung</i>	„Wenn sie dabei ist (Untersuchung), dann würd' mich das schon etwas beruhigen. Einmal hat eine ganz fest meine Hand gedrückt, als es besonders unangenehm war beim Ultraschall. Das hat geholfen.“	...mir bei der Untersuchung zur Seite steht und gegebenenfalls meine Hand festhält.
<i>Aufgabenbereich der Arzthelferin</i>	„Blutdruckmessen, Blutabnehmen und Termine vergeben.“	...mir den Blutdruck misst. ...mir Blut abnimmt. ...Termine für mich ausmacht.
Thema	Originaläußerung	Item-Text: <i>Mir ist es wichtig, dass...</i>
<i>Räumlichkeiten</i>	„...nicht zu cool. Ein bisschen farbig, nicht nur alle nur weiß wie das früher doch in vielen Praxen war, dass alles weiß war. Halt so 'n bisschen Farbe und auch etwas, wo man einfach mal drauf schauen kann und sagen „Ach, wie schön. Vor allem im Untersuchungszimmer sollte es nett ausschauen aber im Wartezimmer natürlich auch“.	...das Untersuchungszimmer farbig und dekorativ gestaltet ist. ...das Wartezimmer farbig und dekorativ gestaltet ist.
	„Ja, was zum Ablenken.“	...im Untersuchungszimmer etwas vorhanden ist, das zur Ablenkung angeschaut werden kann (z.B. Bilder, Wasserspiel, Deckengemälde).
<i>Befundmitteilung</i>	„...ich würd' gern selbst anrufen und mich erkundigen.“	...ich mich selbst in der Praxis melden und nach meinem Untersuchungsergebnis erkundigen kann.

8.3.3. Interview mit Frau G.R. (03/2010)

Personenbezogene Daten:

- 77 Jahre, verheiratet, 2 Kinder
- Sekretärin

Thema	Originaläußerung	Item-Text: <i>Mir ist es wichtig, dass meine Frauenärztin / mein Frauenarzt...</i>
<i>gewünschte Qualitäten und gewünschtes Verhalten des Arztes</i>	„...offen sollte das Gespräch schon sein.“	...mit mir ein offenes Gespräch führt.
	„Herr Dr. N. nimmt sich immer genügend Zeit, mit mir über alles zu reden.“	...sich genügend Zeit für ein Gespräch mit mir nimmt.
	„Dr. N. ist freundlich, behutsam...“	...freundlich ist. ...behutsam bei der Untersuchung ist.
	„...dass er mich sehr beruhigt hat. Er wirkt immer sehr ruhig und ausgeglichen, und das hat von Anfang an Vertrauen bei mir geschaffen.“	...eine beruhigende Ausstrahlung hat. ...eine ausgeglichene Ausstrahlung hat. ...Vertrauen ausstrahlt.

Thema	Originaläußerung	Item-Text: <i>Mir ist es wichtig, dass meine Frauenärztin / mein Frauenarzt...</i>
<i>gewünschte Qualitäten und gewünschtes Verhalten des Arztes</i>	„Wenn ein Untersuchungsergebnis einmal nicht gut ausfiel, dann sagte er immer sehr beruhigend „Frau R., das bekommen wir schon gemeinsam hin“ – so etwas tut gut.“	...mir seine Unterstützung versichert. ...mich mit meinem Namen anspricht.
<i>Untersuchung</i>	„...es ist so, dass der Intimbereich doch sehr gewahrt wird...dadurch...dass er mir sagt, wie ich mich entkleiden und ankleiden soll.“	...mir sagt, in welcher Reihenfolge ich mich für die Untersuchung ent- und ankleiden soll.
	„Er erklärt mir auch, was er gerade macht.“	...mir während der Untersuchung erklärt, was sie/er gerade macht.
<i>Informationsvermittlung</i>	„...er gibt mir auch Ratschläge über meine Ernährung, was ich zusätzlich tun kann...“	...mir auch Ratschläge zu gesundheitsbewusstem Verhalten und gesunder Ernährung gibt.
	„Wie bei einem Gespräch, das ich mit meinem Arzt geführt habe, wo er dann ja gesagt hat, wann ich kommen sollte. Und den halte ich dann auch sehr gerne ein.“	...mir sagt, wann ich das nächste Mal zur Untersuchung in die Praxis kommen soll.
<i>Verfügbarkeit des Arztes</i>	„Eine Bindung über so viele Jahre ist schon wertvoll und wichtig – da entsteht viel Vertrauen. Ich hab' mich sehr an ihn gewöhnt.“	...eine Arzt-Patienten-Bindung über mehrere Jahre ermöglicht, so dass ich regelmäßig zu ihm/ihr in Behandlung kommen kann.
<i>Individuelle Gesundheitsleistungen (IGeL)</i>	„Ja, er macht mich darauf aufmerksam...“	...mich auf mögliche IGeL aufmerksam macht.
	„...er lässt mir schon Entscheidungsspielraum. Ich entscheide da ganz selbst.“	...mir genug Entscheidungsspielraum bei der Wahl der IGeL lässt.
Thema	Originaläußerung	Item-Text: <i>Mir ist es wichtig, dass die Arzthelferin...</i>
<i>Informierung durch die Arzthelferin</i>	„Es wäre schon schön, wenn die Arzthelferin mir sagen würde, wann ich das nächste Mal zur Vorsorgeuntersuchung kommen soll.“	...mir sagt, wie oft ich zur Vorsorgeuntersuchung kommen muss.
<i>Kommunikationsverhalten</i>	„Verständnisvoll sollte sie sein. Als Frau hat man da doch ein bisschen mehr Einfühlungsvermögen – denke ich – bei solch einer Untersuchung.“	...verständnisvoll und einfühlsam ist.
Thema	Originaläußerung	Item-Text: <i>Mir ist es wichtig, dass...</i>
<i>Räumlichkeiten</i>	„...es ist so, dass der Intimbereich doch sehr gewahrt wird...dadurch dass eine nette Kabine da ist und dass er mir sagt, wie ich mich entkleiden und ankleiden soll.“	...die Umkleidekabine ansprechend gestaltet und zum Schutze des Intimbereichs nicht einsehbar ist.
	„Es ist ruhig in diesem Zimmer.“	...es im Untersuchungszimmer ruhig ist.
<i>Befundmitteilung</i>	„Ich möchte schon gerne alles wissen. Auffällig oder unauffällig, denn es beruhigt mich ja dann.“	...ich in jedem Falle über das Ergebnis der Krebsvorsorge benachrichtigt werde – egal ob der Befund auffällig oder unauffällig ist.

Thema	Originaläußerung	Item-Text: <i>Mir ist es wichtig, dass...</i>
<i>Befundmitteilung</i>	„...dann müssten sie mir doch schreiben und um einen Termin bitten. Dann würde ich auch sehr gerne in die Praxis kommen, denn das persönliche Gespräch wäre mir doch sehr wichtig.“	...bei einem auffälligen Befund einen Termin in der Praxis erhalte, um das Untersuchungsergebnis mit der Ärztin/ dem Arzt besprechen zu können.
	„...weil ich dann auch vielleicht Fragen habe, wenn man sich so gegenüber sitzt, die ich am Telefon nicht so hätte. Dass ist mir sehr wichtig, dass mir mein Partner gegenüber sitzt.“	...ich persönlich in der Praxis mit meiner Ärztin / meinem Arzt meine Untersuchungsbefunde besprechen kann und nicht bloß am Telefon.

8.3.4. Interview mit Frau I.K. (04/2010)

Personenbezogene Daten:

- 83 Jahre, verheiratet, 2 Kinder
- Rentnerin, gelernte Kaufmännische Angestellte/Geschäftsführerin

Thema	Originaläußerung	Item-Text: <i>Mir ist es wichtig, dass meine Frauenärztin / mein Frauenarzt...</i>
<i>ärztliche Verfügbarkeit</i>	"...er hat mir auch immer geholfen – gerade mit meinen Beschwerden,..."	...mir hilft, wenn ich Beschwerden habe.
	"...er war für mich da und hat mich nicht allein gelassen.“	...für mich da ist, wenn ich ihre/seine Hilfe brauche. ...mich nicht allein lässt, wenn ich Probleme habe.
<i>gewünschte Qualitäten und gewünschtes Verhalten des Arztes</i>	"Ich hab' von Anfang an ein Vertrauen zu ihm gehabt. Scherzhafter Weise würd' man sagen „Liebe auf den ersten Blick“. (lacht) Ne, aber ich hatte Vertrauen zu ihm, seine Art gefällt mir. Man hat ja manchmal so Sympathie und Antipathie. Nicht? Es gibt Ärzte, die würd' ich nicht an mich ran lassen.“	...ein Gefühl des Vertrauens in mir auslöst. ...mir auf Anhieb sympathisch ist.
	„...wenn ich als Laie, als Patientin das Gefühl habe, dass er sehr ernsthaft ist – und das hab' ich beim Dr. N. – er ist sehr ernsthaft, er ist – er macht nix – wie sagt man – so larifari, so schnell, schnell, so auf die Schnelle - ne, ne. Er ist sehr genau. Und das ist eigentlich das, was ich an ihm schätze.“	...ernsthaft ist. ...sehr genau und gründlich arbeitet. ...nicht oberflächlich auf mich wirkt.
<i>ärztliches Verhalten und Informationsvermittlung während der Untersuchung</i>	„Er ist vorsichtig, gleichzeitig gründlich.“	...vorsichtig bei der Untersuchung vorgeht.
	„Er sagt, wenn's mal weh tun sollte – also das ist auch wichtig. So dass man vorgewarnt ist und sich drauf vorbereiten kann, nicht?“	...mir sagt, wenn es mal weh tun könnte bei der Untersuchung. ...mich vorwarnt, wenn er etwas Unangenehmes macht, so dass ich mich innerlich darauf vorbereiten kann.

Thema	Originaläußerung	Item-Text: <i>Mir ist es wichtig, dass meine Frauenärztin / mein Frauenarzt...</i>
<i>ärztliches Verhalten und Informationsvermittlung während der Untersuchung</i>	„Wenn immer er irgendetwas entdecken würde, dann wäre das eigentlich für mich selbstverständlich, dass er mich sofort davon in Kenntnis setzt.“	...mich sofort darüber informiert, wenn sie/er etwas Auffälliges bei mir entdeckt.
	„...bei der Untersuchung – da wird ja schon manches aus dem Weg geräumt...also an Ängsten. Alles was vielleicht mit Fragezeichen verbunden ist, wird ja schon gleich erklärt.“	...mir den Untersuchungsbefund gleich erklärt, damit ich keine Ängste entwickle. ... mir den Untersuchungsbefund gleich erklärt, damit ich nicht im Ungewissen bleibe.
	„...wenn schon nur gesagt würde „Da ist was, was mir nicht gefällt“. Dann ist man ja schon gewissermaßen vorbereitet. Aber dann würd' ich später auch sofort anrufen, um sicher zu gehen.“	...mir sagt, wenn etwas Auffällig ist, damit ich mich später nach dem Ergebnis erkundigen kann.
<i>welche Untersuchungen als besonders wichtig gewertet werden</i>	„...es wird ja alles getan. Vor allen Dingen die Brust, weil man ja wahnsinnig viel hört darüber.“	...meine Brust besonders sorgfältig untersucht.
<i>Individuelle Gesundheitsleistungen</i>	„Ja, der Arzt sollte mir schon sagen, welche Individuellen Zusatzleistungen es für mich gibt.“	...mich darüber informiert, welche Individuellen Gesundheitsleistungen es gibt. ...mir erläutert, welche Individuellen Gesundheitsleistungen aus seiner Sicht für mich sinnvoll und wichtig sind.
	„...zuerst sollte der Arzt die Individuellen Leistungen darlegen und erklären, und dann kann die jeweilige Patientin selbst entscheiden. Er berät sie – aber ohne Druck.“	...mich selbst entscheiden lässt, ob ich die Individuellen Gesundheitsleistungen machen lassen möchte oder nicht. ...mich bei der Entscheidung über die Individuellen Gesundheitsleistungen nicht unter Druck setzt.
Thema	Originaläußerung	Item-Text: <i>Mir ist es wichtig, dass die Arzthelferin...</i>
<i>Serviceleistungen / Terminerinnerung</i>	„Es wäre schon sehr nett, wenn ich angerufen und an meinen Vorsorgetermin erinnert würde. Manchmal vergisst man es ja sonst doch mal schnell.“	...mich per Anruf an meinen Termin zur Krebsvorsorge erinnert.
<i>Kommunikationsverhalten</i>	„...und wenn sie einfach ein bisschen drauf los plaudert – nicht unbedingt über die Untersuchung, sondern übers Wetter oder so. Das lockert auf und nimmt etwas die Anspannung.“	... vor der Untersuchung ein auflockerndes und ablenkendes Gespräch mit mir führt.
Thema	Originaläußerung	Item-Text: <i>Mir ist es wichtig, dass...</i>
<i>Räumlichkeiten</i>	„Gesprächsbereich und Untersuchungsbereich müssen in gewisser Weise abgeteilt sein. Es muss ein Sichtschutz vorhanden sein, so dass man nicht gleich von der Türe aus gesehen werden kann, wenn man auf dem Untersuchungsstuhl liegt.“	...der Besprechungsbereich vom Untersuchungsbereich abgetrennt ist. ...ich auf dem Untersuchungsstuhl nicht vom Schreibtisch oder von der Türe aus gesehen werden kann.
<i>Informationsmaterial</i>	„Informationsbroschüren im Wartezimmer wären vielleicht lehrreich,..."	...ich schon vor der Untersuchung Informationsbroschüren im Wartezimmer zum Thema Früherkennung erhalte.

Thema	Originaläußerung	Item-Text: <i>Mir ist es wichtig, dass...</i>
<i>Informationsmaterial</i>	„Es gibt ja bei ihnen auch so eine Broschüre für IGeL, wo die Leistungen drauf stehen, die man selber zahlen muss. Das hab' ich gelesen.“	...ich eine Informationsbroschüren zum Thema "Individuelle Gesundheitsleistungen (IGeL) im Zusammenhang mit der Krebsfrüherkennungsuntersuchung" erhalte.
	„Was die Kassenleistungen angeht - da bin ich informiert. Ja.“	...ich das Gefühl habe, ausreichend und gut über die Leistungen im Rahmen der Früherkennungsuntersuchung informiert zu sein.
<i>Befundmitteilung</i>	„Auch wenn alles in Ordnung ist. Negativ wie positiv – ich möchte auf jeden Fall informiert werden.“	...ich auch dann über mein Untersuchungsergebnis informiert werde, wenn kein auffälliger Befund vorliegt.
	„Wenn ich einen Anruf bekäme, würde ich sofort erschrecken und würde denken, es ist was. Dann wäre es mir vielleicht in dem Sinn lieber, wenn ich anrufen würde.“	...ich selbst in der Praxis anrufen kann, um mich nach dem Ergebnis zu erkundigen, weil ich mich andernfalls über einen Anruf sehr erschrecken würde.
	„...ein Anruf ist persönlicher.“	...ich den Befund telefonisch mitgeteilt bekomme, denn das ist persönlicher.

8.3.5. Interview mit Frau J.S. (06/2010)

Personenbezogene Daten:

- 68 Jahre, verheiratet, 3 Kinder
- Verlagskauffrau

Thema	Originaläußerung	Item-Text: <i>Mir ist es wichtig, dass meine Frauenärztin / mein Frauenarzt...</i>
<i>gewünschte Qualitäten und gewünschtes Verhalten des Arztes</i>	„Er sollte zu mir offen und ehrlich sein. Er soll mir sagen, wenn wirklich was ist.“	...offen und ehrlich zu mir ist. ...mir sagt, wenn er etwas Auffälliges bei mir festgestellt hat.
<i>Untersuchung</i>	„Dass er behutsam mit ihr umgeht. Ja, das er ihr erklärt „Also so und so läuft das ab. Und das und das mach ich...oder das muss ich machen. Das tut vielleicht ein bisschen weh oder es tut net weh, oder...““	...behutsam bei der Untersuchung vorgeht. ...mir erklärt, was sie/er als nächstes machen wird. ...mich vorwarnt, wenn es mal weh tun könnte.
	„Na, dass er vor der Untersuchung mit mir redet und nicht erst wenn ich schon auf dem Stuhl hocke.“	...vor der Untersuchung ein Gespräch mit mir führt.
	„Und wenn ich dann da auf dem Stuhl liege, wäre es schön, wenn die Untersuchung zügig gemacht würde ohne Unterbrechungen und so. Wissen sie – ich sag' ihnen – da war ich einmal beim Arzt und da wird er raus gerufen und ich sitz da halb ausgezogen zehn Minuten auf dem blöden Stuhl und warte, dass der Arzt wieder beikimmt. Schrecklich war das.“	...die Untersuchung nicht wegen anderen Dingen unterbricht und mich halb ausgezogen auf dem Untersuchungsstuhl warten lässt.
<i>ärztliche Informationsvermittlung</i>	„Und er sollt' dann bitte net bloß in dem Fachchinesisch da reden,...“	...verständlich mit mir spricht und medizinische Fachwörter erklärt.

Thema	Originaläußerung	Item-Text: <i>Mir ist es wichtig, dass meine Frauenärztin / mein Frauenarzt...</i>
<i>ärztliche Informationsvermittlung</i>	„Es wär' schon gut, wenn er mir sagen würde, wann ich wieder kommen soll. Ich vergess' die Untersuchung auch schon mal.“	...mich auf die Krebsfrüherkennungsuntersuchung anspricht bzw. mich darauf aufmerksam macht, wenn sie wieder fällig ist.
	„Die Infos zur Untersuchung möchte ich schon von meinem Arzt selber bekommen und nicht von den Helferinnen vorne. Ich weiß ja nicht, ob die so die Ahnung haben.“	...mich selber über die Früherkennungsuntersuchung informiert und nicht die Helferin.
	„...außerdem sollte er mir schon sagen, was für mich speziell sinnvoll ist und welche Untersuchungen überflüssig sind. Man muss ja nicht alles machen.“	...mir ehrlich sagt, welche Untersuchungen für mich speziell überflüssig sind.
	„Ich möchte halt wissen, welche Untersuchungen für mich mit achtundsechzig sinnvoll sind. Schließlich ist das doch in jedem Alter anders, oder?“	...mir die für mein Alter sinnvollen Untersuchungen empfiehlt. ...mir sagt, welche Untersuchungen im Rahmen der Krebsfrüherkennungsuntersuchung in welchem Alter sinnvoll sind.
<i>gewünschte Untersuchungen</i>	„Also ich find' so Ultraschall und so sind schon sehr wichtig, find ich. Und diesen guten Abstrich da...“	...eine Ultraschalluntersuchung bei mir macht. ...einen Dünnschichtzytologischen Abstrich bei mir macht.
<i>Individuelle Gesundheitsleistungen (IGeL)</i>	„...wenn er das sagt „...also das zahlt die Kasse, das zahlt die net...“, dann kann ich mich auch noch immer entscheiden, ob ich das jetzt machen lassen möchte oder nicht.“	...mich darüber informiert, welche Leistungen von der Krankenkasse bezahlt werden und welche nicht.
Thema	Originaläußerung	Item-Text: <i>Mir ist es wichtig, dass die Arzthelferin...</i>
<i>Verhalten der Arzthelferin bei der Untersuchung</i>	„Also das möchte' ich net, dass die Sprechstundenhelferinnen dann hinter meinem Rücken über mich sprechen.“	...nicht hinter meinem Rücken über mich spricht.
	„Aber ich könnt' mir schon, ich könnt' mir schon vorstellen, also so Praxen, wo so ganz junge Dinger sind, dass die da bei der Untersuchung auch mal kichern und lachen.“	...während der Untersuchung nicht lacht und kichert.
<i>gewünschtes Verhalten der Arzthelferin</i>	„Höflich sollten sie sein und einen freundlich begrüßen, wenn man in die Praxis kommt. Nicht etwa mürrisch drein schauen. Da hab' ich schon Sachen erlebt...ich kann ihnen sagen. Gut – sie muss mich nicht unbedingt gleich mit Namen begrüßen, aber nett und freundlich sollte sie halt schon sein.“	...freundlich und nett ist. ...gut gelaunt ist. ...sich mir gegenüber höflich verhält, mich z.B. mit meinem Namen anspricht.
<i>Handlungsspielraum der Arzthelferin</i>	„Ne, ne – es reicht wenn sie sich um die Termine kümmert und das da vorne alles organisiert.“	...mir einen passenden Termin in der Praxis gibt.
<i>Informationsvermittlung durch die Arzthelferin</i>	„Och ja – sie könnte schon mal was zu den verschiedenen Untersuchungen bei der Vorsorge erzählen, wenn ich da bin.“	...mich über die einzelnen Untersuchungen im Rahmen der Vorsorge informiert.

Thema	Originaläußerung	Item-Text: <i>Mir ist es wichtig, dass...</i>
<i>Atmosphäre bei der Untersuchung</i>	„Also was ich hier auch sehr schön finde – es bleibt, es ist alles sehr ruhig.“	...es während der Untersuchung ruhig ist.
	„...da rast nicht jedes Mal 'n Sprechstundenhilfe da rein an der Liege vorbei,... aber ich find' des net gut, wenn, wenn man untersucht wird und es kommt alle fünf Minuten da eine vorbeigeflitzt.“	...nicht alle paar Minuten eine Arzthelferin durch das Untersuchungszimmer läuft.
<i>Anwesenheit einer Arzthelferin bei der Untersuchung</i>	„Nein. Mir wär's lieber wenn keine Helferin bei der Untersuchung dabei ist. Weil meine Intimsphäre dann irgendwie mehr gewahrt ist.“	...keine Arzthelferin bei der Untersuchung dabei ist.

8.3.6. Interview mit Frau K.S. (05/2010)

Personenbezogene Daten:

- 25 Jahre, ledig, keine Kinder
- Betriebswirtin

Thema	Originaläußerung	Item-Text: <i>Mir ist es wichtig, dass meine Frauenärztin / mein Frauenarzt...</i>
<i>gewünschte Qualitäten und gewünschtes Verhalten des Arztes</i>	„Das Wichtigste ist, dass das kein Grobian ist – ich nenn' das jetzt mal so. Hau ruck und wir machen das jetzt mal schnell. Und er soll's auch nicht so wischi waschi mäßig machen. Er sollte sich auch wirklich Zeit nehmen für jemanden und gründlich sein. Sich wirklich auch Zeit nehmen, sich mit dem Patienten auseinander zu setzen und zuhören, wenn er über seine Ängste, Nöte und Sorgen spricht.“	...nicht grob bei der Untersuchung vorgeht. ...gründlich und nicht oberflächlich untersucht. ...sich Zeit für mich nimmt. ...ein offenes Ohr für meine Ängsten, Nöten und Sorgen hat.
	„Verständnisvoll und einfühlsam. Ich möchte das Gefühl haben, mit ihm über alles reden zu können.“	...verständnisvoll ist. ...einfühlsam ist. ...mir das Gefühl gibt, mit ihr/ihm über alles reden zu können.
<i>Untersuchung</i>	„...was er vorhat, was er macht. Und auch währenddessen sagen, was er grad macht.“	...mir vor der Untersuchung sagt, was sie/er vorhat und was sie/er machen wird. ...während der Untersuchung sagt, was er gerade macht.
	„Oder „Jetzt könnte es mal kurz weh tun. Oder irgendwas. Also es ist da schon wichtig 'ne Info zu kriegen.“	...mich vorwarnt, wenn es bei der Untersuchung mal weh tun könnte.“
	„Und auch erklärt bekommt, was – wie es jetzt weiter geht, oder vielleicht auch was sich verändert hat.“	...mir erklärt, was sich bei meinem Untersuchungsbefund verändert hat. ...mir erklärt, wie die Behandlung nun (weiterhin) verläuft.
<i>ärztliche Informationsvermittlung</i>	„Über die besten Methoden. Ja, ich verlass mich da auch auf die Empfehlungen des Arztes.“	...mich über die derzeit besten Methoden zur Krebsfrüherkennung informiert. ...Verlässlichkeit und Zuverlässigkeit ausstrahlt hinsichtlich ihrer/seiner Aussagen und Empfehlungen.

Thema	Originaläußerung	Item-Text: <i>Mir ist es wichtig, dass meine Frauenärztin / mein Frauenarzt...</i>
<i>ärztliche Informationsvermittlung</i>	„Dass er erklärt, wozu die unterschiedlichen Untersuchungsmethoden nützlich sind. Dass er einem zeigt, wie so etwas aussieht... und da konnte ich bei der Betrachtung des Gebärmuttermundes zugucken. Und dann konnte ich das auch auf dem Bildschirm mit angucken, und dabei hat er es mir dann erklärt – also „das und das“ – und das fand' ich schon gut, weil dadurch versteht man auch mehr als wenn man das nur so theoretisch erzählt bekommt.“	...mir erklärt, wozu die unterschiedlichen Untersuchungsmethoden nützlich sind. ...mir während der Lupenbetrachtung des Gebärmuttermundes auf einem Bildschirm zeigt und erklärt, was sie/er sieht.
<i>Individuelle Gesundheitsleistungen (IGeL)</i>	„...wenn der Arzt empfindet, dass da die individuelle Leistung mehr verspricht, dann ist es gut, wenn man auch diese empfohlen bekommt.“	...mir IGeL empfiehlt, wenn sie/er der Meinung ist, dass diese Untersuchung einen Vorteil für mich darstellt.
	„Wenn er es erwähnt und sagt „Da gibt's noch eine Alternative – kostet natürlich eigenes Geld“, sag' ich, da kann man ja immer noch entscheiden, mach' ich oder mach' ich nicht.“	...mich darauf hinweist, dass IGeL von mir selbst bezahlt werden müssen.
	„Also es sollte schon der Patient selber entscheiden können. Aber man sollte auch darauf hingewiesen werden.“	...mich auf mögliche IGeL hinweist. ...mich selbst entscheiden lässt, ob ich das Angebot der IGeL annehme.
<i>als besonders wichtig empfundene Untersuchungen</i>	„...besonders die Gebärmutter – also das mit dem Abstrich ist mir wichtig. Und alles andere, was es da noch so gibt – Abtasten, Ultraschall, Brustuntersuchung – auch mit Ultraschall, wenn's gegeben ist, also wenn's notwendig ist.“	...einen Abstrich vom Gebärmuttermund entnimmt. ...eine gründliche Tastuntersuchung des Unterleibs vornimmt. ...eine gründliche Tastuntersuchung der Brust vornimmt. ...eine Ultraschalluntersuchung des Unterleibs macht. ...eine Ultraschalluntersuchung der Brust macht.
<i>Befundmitteilung</i>	„Die Mitteilung an und für sich hat mich ja schon wieder beruhigt...weil ich eine Erklärung bekommen hab', worum es sich bei dem Befund überhaupt handelt.“	...mich beruhigt, indem sie/er mir einen auffälligen / krankhaften Befund ganz genau erklärt.
Thema	Originaläußerung	Item-Text: <i>Mir ist es wichtig, dass die Arzthelferin...</i>
<i>Individuelle Gesundheitsleistungen (IGeL)</i>	„Ich könnt' mir schon vorstellen, dass sie so als Frau mal sagt, was sie da an zusätzlichen Leistungen für sinnvoll hält. Ist halt nochmal was anderes, als wenn es der Arzt einem erzählt.“	...mich über für mich geeignete IGeL informiert.
<i>Patientenorientierung</i>	„Sie sollte kompetent wirken bzw. sein – und auch serviceorientiert. Das ist wichtig in so einer Praxis.“	...einen kompetenten Eindruck vermitteln. ...sich serviceorientiert verhält.
Thema	Originaläußerung	Item-Text: <i>Mir ist es wichtig, dass...</i>
<i>Räumlichkeiten</i>	„Es sollte nicht zu kalt sein. Es sollte nicht unbedingt zu hell sein.“	...es im Untersuchungszimmer nicht kalt ist. ...es im Untersuchungszimmer nicht zu hell ist (keine Neonröhrenbeleuchtung).

Thema	Originaläußerung	Item-Text: <i>Mir ist es wichtig, dass...</i>
<i>Informationsmaterial</i>	„Und gerade wenn so ein paar Flyer im Wartezimmer liegen, wo man ja vielleicht auch mal länger sitzt, ist es doch ganz nützlich, sich in so eine Materie mal einlesen zu können. Und dann kann man ja auch noch den Arzt fragen – noch mal nähere Fragen stellen.“	...die Informationsbroschüren im Wartezimmer ausliegen. ...ich mich vor der Untersuchung mittels Informationsmaterial auf das Gespräch mit der Ärztin/ dem Arzt vorbereiten kann.
	„Ja – so verschiedene Infos über gesunde Ernährung, Sport und wie man sich fit hält könnten da ruhig auch ausliegen.“	...ich Informationsbroschüren zu weiteren gesundheitsbezogenen Themen erhalte.
	„...und dann wäre es auch nicht schlecht, wenn in den Flyern ständ', was die IGels so kosten.“	...in der Informationsbroschüre zu den angebotenen IGeL auch steht, was die einzelnen Leistungen kosten.
<i>Befundmitteilung</i>	„...ich würd' das lieber so halten, dass ich mich in der Praxis melde, denn dann kann ich das immer noch selber so in meinen Terminplan einschieben wie ich gerade Zeit hab'.“	...ich mich dann, wenn es mir zeitlich gut passt, zur Befundbesprechung in der Praxis melden kann und nicht die Praxis bei mir irgendwann zwischendurch anruft.
	„Also ich hätte damit kein Problem, dass man drauf spricht, dass man sich melden soll, aber ich glaub' einen Befund auf dem Anrufbeantworter wollte ich nicht abhören. Das wäre mir dann doch zu extrem.“	...eine Nachricht mit der Bitte um Rückruf auf dem Anrufbeantworter seitens der Praxis hinterlassen wird, wenn ich telefonisch nicht erreichbar bin. ...kein konkreter Befund auf dem Anrufbeantworter hinterlassen wird, wenn ich telefonisch nicht erreichbar bin.

8.3.7. Interview mit Frau N.M. (04/2010)

Personenbezogene Daten:

- 36 Jahre, verheiratet, 2 Kinder
- Bankkauffrau, aktuell in Elternzeit

Thema	Originaläußerung	Item-Text: <i>Mir ist es wichtig, dass meine Frauenärztin / mein Frauenarzt...</i>
<i>Informations- und Kommunikationswünsche bezogen auf den Arzt</i>	„Dass man schon umfassend aufgeklärt wird.“	...mich umfassend über das Untersuchungsergebnis aufklärt.
	„Also nicht so, dass ich für mich eine Ruhe gefunden hab', ja. Also es war für mich einfach – es hieß dann „IID – den müssen wir beobachten. Das ist noch nicht schlimm. Das sind derzeit Zellveränderungen, die man beobachten muss.“ Aber das war mir nicht aussagekräftig genug...Ich hab' dann damals selbst im Internet gesurft und bin eben dann zu gewissen Aufzeichnungen gekommen, wie sich das überhaupt verhält.“	...mein Arzt mir das Untersuchungsergebnis ausführlich erklärt, so dass ich es verstehe.
	„Am besten wäre es, wenn er abschließend noch einmal fragen würde, ob ich alles verstanden habe oder ob noch Fragen offen sind.“	...mein Arzt mich nach der Befundmitteilung noch einmal fragt, ob mir alles klar geworden ist oder ob ich noch irgendwelche Fragen habe.

Thema	Originaläußerung	Item-Text: <i>Mir ist es wichtig, dass meine Frauenärztin / mein Frauenarzt...</i>
<i>Informations- und Kommunikationswünsche bezogen auf den Arzt</i>	„... wo einem dann erst mal ganz viele Sachen durch den Kopf gehen, die man nicht sortieren kann und auch ganz viele Fragen. Toll wäre es, wenn man seinen Arzt vielleicht später nochmal anrufen könnte, wenn sich alles etwas gesetzt hat.“	...mir anbietet, sie/ihn noch einmal zu kontaktieren, falls mir zu einem späteren Zeitpunkt noch wichtige Fragen einfallen sollten.
<i>Untersuchungsablauf</i>	„...vorab ein Gespräch darüber führen, was untersucht wird, welche Leistungen in Anspruch genommen werden, und dass dann eben das Ganze „abgearbeitet“ wird.“	...vor der Untersuchung ein Gespräch mit mir führt, in dem erklärt wird, was sie/er untersuchen wird. ... vor der Untersuchung ein Gespräch mit mir führt, in dem besprochen wird, welche Sonderleistungen gegebenenfalls nach meiner Einwilligung bei mir durchgeführt werden (z.B. Ultraschall).
	„...dass da immer mal wieder ein Essigtest gemacht wird, der dann auch Vorort in dem Moment mit mir besprochen wird. Und dass dann auch eben geguckt, wird – wie sieht's denn aktuell aus, und dass mir dieser Befund dann auch gleich erklärt wird.“	...mir das, was sie/er bei der Untersuchung feststellt, direkt im Anschluss mitteilt und ausführlich erklärt.
	„...auch Ultraschall. Ich finde es sehr gut, dass man hier auf dem Zusatzmonitor an der Wand mit gucken kann und dass Dr. N. auch gleich immer erklärt, was er sieht. Dass Gefühl, etwas von sich selbst zu sehen oder auch vom Arzt unterrichtet zu werden, das ist mir ganz wichtig.“	...mir die Möglichkeit gibt, beim Ultraschall mit zu zuschauen. ...mir während des Ultraschalls erklärt, was er sieht und sagt, ob alles in Ordnung ist.
	„Also dass der Arzt während der Untersuchung raus gerufen wird, finde ich unmöglich, ...“	...die Untersuchung nicht wegen anderer Dinge unterbricht und mich auf dem Untersuchungsstuhl warten lässt.
Thema	Originaläußerung	Item-Text: <i>Mir ist es wichtig, dass die Arzthelferin...</i>
<i>Aussehen der Arzthelferin</i>	„Irgendwie fänd ich es auch ganz schön, wenn sie nett und adrett gekleidet wären. Vielleicht so einen einheitlichen Dress in bestimmten Praxisfarben.“	...ordentlich und adrett gekleidet ist.
	„Ich würde die Helferinnen ja ehrlich gesagt auch ein wenig nach dem Aussehen auswählen. Es macht schon was her, wenn man da vorne von jemandem begrüßt wird, der hübsch und ansprechend aussieht.“	...hübsch und ansprechend aussieht.
<i>Informierung durch die Arzthelferin</i>	„Hm...sie könnte mir vielleicht schon mal sagen, wie oft ich im Jahr zur Untersuchung kommen soll. Also ich meine, wann die nächste Vorsorge wieder fällig ist. Ich kann mir das nie so merken.“	...mir sagt, wie oft und wann ich zur Vorsorgeuntersuchung kommen soll. ...mich an meinen Vorsorgetermin erinnert.
Thema	Originaläußerung	Item-Text: <i>Mir ist es wichtig, dass...</i>
<i>Befundmitteilung</i>	„Also ich würde mir wünschen, dass ich auf jeden Fall informiert werde. Egal was für ein Ergebnis rauskommt. Dann bin ich beruhigt.“	...in jedem Fall über mein Untersuchungsergebnis informiert werde, weil es mich beruhigt.

Thema	Originaläußerung	Item-Text: <i>Mir ist es wichtig, dass...</i>
<i>Befundmitteilung</i>	„So dass ich einfach weiß, die Untersuchung wurde wirklich durchgeführt und ist nicht einfach irgendwo vergessen gegangen.“	... in jedem Fall über mein Untersuchungsergebnis informiert werde, weil ich dann weiß, dass die Untersuchung wirklich durchgeführt worden ist und meine Ergebnisse nicht verloren gegangen sind.
	„Also perfekt wäre es natürlich, wenn ich benachrichtigt werden würde, weil man nie genau weiß, wie lange es dauert bis ein Befund vorliegt und man teilweise schon auf heißen Kohlen sitzt.“	...von Seiten der Praxis umgehend über mein Befundergebnis informiert werde sobald dieses fertig ist.“
	„...wenn der Befund in Ordnung ist, dann genügt ein Anruf. Wenn der Befund nicht in Ordnung ist, würde ich's wahrscheinlich auch erst über einen Anruf, dann aber auch mit Anbieten eines Gespräches machen.... Und in dem Moment, wo das ganze telefonisch abläuft, hat man auch gleich die Möglichkeit, einen Termin auszumachen.“	...mir ein unauffälliger Befund telefonisch mitgeteilt wird. ...mir ein auffälliger Befund telefonisch mitgeteilt wird und ich sogleich die Möglichkeit habe, einen Kontrolltermin bzw. Besprechungstermin mit meiner Ärztin/meinem Arzt auszumachen.
	„Ich wurde nachdem das Ergebnis angekommen war, in die Praxis einbestellt, um das Ganze zu besprechen.“	...ich die Untersuchungsergebnisse persönlich mit meiner Ärztin/meinem Arzt in der Praxis besprechen kann.
	„...bis Donnerstag eine Nachricht auf dem Anrufbeantworter hinterlassen und freitags eher nicht. Oder aber die Möglichkeit haben, sich noch mal irgendwo melden zu können.“	...die Mitteilung eines auffälligen Befundes zeitlich so abgestimmt ist, dass ich in jedem Falle innerhalb eines Tages die Möglichkeit habe, meine Ärztin/meinen Arzt zu kontaktieren.

8.3.8. Interview mit Frau N. Mr. (05/2010)

Personenbezogene Daten:

- 31 Jahre, verheiratet, 1 Kind
- Studium mit Schwerpunkt Touristik und Marketing; derzeit im Mutterschutz

Thema	Originaläußerung	Item-Text: <i>Mir ist es wichtig, dass meine Frauenärztin / mein Frauenarzt...</i>
<i>gewünschte Qualitäten und gewünschtes Verhalten des Arztes</i>	„...sie mir nur aufgeschrieben hat „HPV – Human Papilloma Virus“ und hat gesagt, ich soll mal im Internet nachschauen, was das ist, weil ihre Broschüren dazu schon vergriffen wären... Und hab' das eigentlich so als mit den schlechtesten Tag in meinem Leben empfunden, weil man ja alles Mögliche im Internet liest dann.“	...mich persönlich über die bei mir festgestellte Erkrankung informiert und mir nicht anstelle dessen eine Informationsbroschüre darüber in die Hand drückt oder mir rät, mich im Internet zu informieren. ...die Informationen, welche ich selbstständig über eine Erkrankung im Internet oder in Zeitschriften gefunden hat, nochmals mit mir bespricht und mir sagt, was wahr und was falsch ist.
	„Zuerst denk' ich, muss der Arzt einfach nett und freundlich sein und irgendwie aufgeschlossen und zugewandt wirken.“	...nett und freundlich mir gegenüber ist. ...aufgeschlossen und zugewandt mir gegenüber ist.

Thema	Originaläußerung	Item-Text: <i>Mir ist es wichtig, dass meine Frauenärztin / mein Frauenarzt...</i>
<i>Untersuchung</i>	„...dass der Arzt währenddessen auch mit mir spricht. (YS: „Ja?“) Also mir entweder sagt, was er gerade macht, oder dass man auch so mal irgendwie ins Gespräch kommt über – was weiß ich – das schöne Wetter oder über den Urlaub redet.“	...während der Untersuchung ein zwangloses Gespräch (z.B. über Wetter oder Urlaub) mit mir führt.
	„Das (gemeint ist die vorherige Ankündigung) empfinde ich eigentlich auch als selbstverständlich, wenn man mir quasi etwas einführt, dass man mir das vorher mitteilt.“	...mir Bescheid sagt, bevor sie/er während der Untersuchung ein Untersuchungsinstrument in mich einführt.
	„Ich finde es interessant, wenn ich bei der Untersuchung auf einem Bildschirm den Ultraschall mit verfolgen kann und mir der Arzt was dazu erklärt.“	...mir während der Ultraschalluntersuchung auf einem Bildschirm zeigt und erklärt, was sie/er gerade sieht.
	„...das meinte ich halt eben „mit dem Gespräch auf dem Weg zum Stuhl“. Dass man dann vielleicht gesagt kriegt, was mit einem passiert.“	...mich schon vor der Untersuchung darüber aufklärt, was sie/er bei der Untersuchung mit mir machen wird (z.B. Abstrichentnahme, Ultraschall).
<i>Verfügbarkeit und Erreichbarkeit des Arztes</i>	„Und dann wäre es vielleicht doch ganz gut, wenn man dann vielleicht mal eine Handynummer vom Arzt hat. Einfach um sich zu beruhigen.“	...mir die Möglichkeit gibt, ihn/sie auf dem Handy auch außerhalb der Sprechstundenzeiten zu erreichen, wenn es um etwas sehr Dringendes geht.
	„Ich möchte die Möglichkeit haben, vor der Untersuchung ganz in Ruhe und ungestört mit meinem Arzt ein Gespräch zu führen.“	...ein ungestörtes Gespräch vor der Untersuchung ermöglicht, bei dem er sich voll und ganz auf mich und meine Anliegen konzentriert.
<i>ärztliche Informationsvermittlung</i>	„Also mir erst einmal erklären, was dieser Virus ist. Woher er kommt. Wie sich das verbreiten kann. Worauf ich achten muss.“	...mir erklärt, woher die Erkrankung, oder Infektion (z.B. mit Pilzen oder Bakterien) kommt. ...mir erklärt, ob die Erkrankung oder Infektion vielleicht ansteckend ist. ...mir erklärt, wie ich die Erkrankung oder Infektion bestmöglich behandeln kann. ...mir erklärt, wie ich derartige Erkrankungen oder Infektionen möglicherweise zukünftig vermeiden kann.
	„Neuigkeiten sollten einem natürlich mitgeteilt werden.“	...mich über Neuigkeiten in Bezug auf die gynäkologische Früherkennungsuntersuchung oder in Bezug auf Behandlungsmethoden, Impfungen, etc. informiert sofern es für mich relevant ist.
<i>welche Untersuchungen als besonders wichtig gewertet werden</i>	„...hauptsächlich denk' ich mal der Abstrich. Und jetzt kommt bei mir aufgrund des Alters ja auch noch die Brustkrebsvorsorge mit Ultraschall und so weiter auf mich zu.“	...einen („Krebs-“, oder „Pap“-) Abstrich vom Gebärmuttermund bei mir macht. ...eine Ultraschalluntersuchung der Brust bei mir macht.
<i>Individuelle Gesundheitsleistungen (IGeL)</i>	„Und dann einem vielleicht die Bedenkzeit gibt und sagt „Gucken sie – überlegen sie sich bis zum nächsten Termin, ob sie's machen wollen oder nicht“.“	...mich über IGeL informiert und mir dann bis zum nächsten Termin Bedenkzeit gibt, ob ich eine Individuelle Gesundheitsleistung in Anspruch nehmen möchte oder nicht.

Thema	Originaläußerung	Item-Text: <i>Mir ist es wichtig, dass die Arzthelferin...</i>
<i>gewünschte Informationen durch die Arzthelferin</i>	„Informationen zu Zusatzleistungen hätte ich schon ganz gerne vom Arzt selber. Ich denk', die Arzthelferin hat auch schon genug mit dem Telefon und den Terminvergaben zu tun...“	...sich auf Terminvergaben und Telefondienst beschränkt und die Informationsvermittlung und Beratung dem Arzt überlässt.
<i>gewünschtes Verhalten der Arzthelferin</i>	„Nett sollte sie sein. Mich freundlich mit einem Lächeln begrüßen und nicht genervt sein, wenn es mal etwas stressiger in der Praxis zugeht.“	...nett ist. ...mich freundlich mit einem Lächeln begrüßt. ...gelassen und souverän reagiert, wenn es mal stressig in der Praxis zugeht.
Thema	Originaläußerung	Item-Text: <i>Mir ist es wichtig, dass...</i>
<i>Räumlichkeiten</i>	„Auf jeden Fall Bilder an der Wand. Und beim Frauenarzt finde ich es auch immer schön, wenn irgendwelche Kinderbilder hängen oder Fotos. Und ansonsten auf jeden Fall Bilder oder auch irgendwelche Infoplateaus über Brustkrebs oder eben Krebsfrüherkennung...“	...im Wartezimmer Bilder (z.B. Kinderfotos, Kunstdrucke) hängen. ...in der Praxis Infoplateaus zu Themen wie Brustkrebs, Verhütungsmethoden oder Krebsfrüherkennung hängen.
<i>Untersuchung</i>	„Einen Zweitmonitor fürs Ultraschallgerät find' ich prinzipiell ganz gut.“	...ich die Ultraschalluntersuchung auf einem Bildschirm mit anschauen kann.
<i>Arzthelferin bei der Untersuchung</i>	„...ich würde es ein bisschen als überflüssig empfinden.“	...bei der Untersuchung eine Arzthelferin dabei ist.

8.3.9. Interview mit Frau S.K. (03/2010)

Personenbezogene Daten:

- 36 Jahre, verheiratet, 1 Sohn
- Bankkauffrau

Thema	Originaläußerung	Item-Text: <i>Mir ist es wichtig, dass meine Frauenärztin / mein Frauenarzt...</i>
<i>gewünschte Qualitäten und gewünschtes Verhalten des Arztes</i>	„Offen. Also ein offenes Gespräch führen und über alles reden.“	...mit mir über alles redet und keine Tabuthemen entstehen.
	„Fachwörter müssen nicht sein. Lieber so die Ebene, dass man es auch versteht. Bitte nicht unverständlich und irgendein medizinisches Fachchinesisch.“	...nicht bloß medizinische Fachwörter verwendet sondern umgangssprachliche Formulierungen benutzt.
	„Also wenn der sagen würde „Ich muss jetzt mal kurz raus“ und mich halb ausgezogen auf dem Stuhl zurücklassen würde, das fänd' ich schon sehr unpassend.“	...die Untersuchung zügig und ohne Unterbrechung durchführt. ...mich nicht halb ausgezogen auf dem Untersuchungsstuhl warten lässt.
	„Dass er es einfach anspricht und wenn es Neuerungen gibt oder Änderungen einen darüber informieren.“	...mich von sich aus auf das Thema Krebsvorsorge anspricht. ...mich über Änderungen im Rahmen der Krebsvorsorge informiert.
<i>Individuelle Gesundheitsleistungen</i>	„Er sollte schon die Vorteile der Zusatzleistungen erläutern...“	...mir die Vorteile der IGeL erläutert.

Thema	Originaläußerung	Item-Text: <i>Mir ist es wichtig, dass meine Frauenärztin / mein Frauenarzt...</i>
<i>Untersuchungsablauf</i>	„...erst mal eben das Gespräch und dann die Untersuchung.“	...erst ein Gespräch mit mir führt und dann die Untersuchung macht.
	„Das ist schon ganz angenehm, wenn er einen drauf vorbereitet, was im nächsten Schritt passiert...“	...mir während der Untersuchung sagt, was sie/er als nächstes machen wird.
Thema	Originaläußerung	Item-Text: <i>Mir ist es wichtig, dass die Arzthelferin...</i>
<i>gewünschte Qualitäten der Arzthelferin</i>	„...vielleicht dass sie mich etwas beruhigt. Ich bin vor der Untersuchung immer ziemlich nervös. Und wenn dann jemand nett und freundlich mit einem spricht, tut das schon ganz gut. Es lenkt halt auch ein bisschen ab, wissen sie.“	...mich vor der Untersuchung beruhigt, indem sie sich freundlich mit mir unterhält.
<i>Informationsbedürfnis bezogen auf die Arzthelferin</i>	„...wenn sie mir etwas über die Untersuchung erzählt. Und wenn ich irgendwelche Fragen hab', könnte sie sie mir ja auch schon mal vor dem Arztgespräch beantworten, nicht? Sie ist ja schließlich auch 'ne Frau und weiß, wie man sich da fühlt.“	...mich über die Untersuchung informiert. ...einfühlsam und verständnisvoll auf meine Fragen und Wünsche reagiert.
Thema	Originaläußerung	Item-Text: <i>Mir ist es wichtig, dass...</i>
<i>Erinnerung an die Vorsorgeuntersuchung</i>	„Die Erinnerung kann auch per Mail oder SMS kommen.“	...ich per E-Mail an meinen Vorsorgetermin erinnert werde. ...ich per SMS an meinen Vorsorgetermin erinnert werde.
<i>Räumlichkeiten</i>	„Also ich denk' mal, Farbe ist ganz wichtig. Es kommt schon auf die Einrichtung drauf an und auch auf 's Licht – dass man da so irgendwie warme Farbe mit reinbringt.“	...im Untersuchungszimmer ein angenehmes warmes Licht ist. ...im Untersuchungszimmer warme freundliche Wandfarben verwendet werden.
	„Aber so an der Decke Bilder – mh...find' ich beim Zahnarzt ganz nett, aber hier beim Frauenarzt bräuchte ich es nicht unbedingt.“	...an der Decke Bilder sind, die ich während der Untersuchung anschauen kann.
	„Zudem sollten dann die Stühle im Wartezimmer bequem sein – dann kann man's sich so richtig gemütlich machen.“	...die Sitzgelegenheiten im Wartezimmer bequem sind.
<i>Informationsmaterial</i>	„Aber ich sag' mal, wenn man im Wartezimmer sitzt und in der Infobroschüre liest, hat man die Zeit, und dann kommen da auch schon die Fragen auf, und man kann dem Arzt dann gezielter Fragen stellen, wenn man zur Behandlung drinnen ist, weil wenn man da sitzt und kriegt das so erzählt, dann...ja, dann macht man sich so seine Gedanken und manchmal kommen die Fragen erst so im Nachhinein....Ich denke aber, das Praxis-TV spricht vielleicht mehr an.“	...es im Wartezimmer ein Praxis-TV gibt, das Informationsfilme zur Krebsvorsorge und zu weiteren gesundheitsbezogenen Themen zeigt. ...ich Informationsbroschüren schon vor der Untersuchung erhalte.

8.3.10. Interview mit Frau W.V. (03/2010)

Personenbezogene Daten:

- 54 Jahre, verheiratet, 1 Sohn
- Grafikerin

Thema	Originaläußerung	Item-Text: <i>Mir ist es wichtig, dass meine Frauenärztin / mein Frauenarzt...</i>
<i>gewünschte Qualitäten und gewünschtes Verhalten des Arztes</i>	„Einfach offen sagen, was Fakt ist.“	...offen und ehrlich zu mir ist.
	„...es ist halt schon was anderes, wenn man sich länger kennt – irgendwie vertrauter.“	...mich schon lange kennt.
<i>Befundmitteilung</i>	„...dass man so 'nen persönlichen Kontakt hat und gesagt kriegt, dass man sich nicht uffregen braucht und es nicht schlimm ist. Und dann ist es ja auch halb so wild.“	...bei der Mitteilung auffälliger Ergebnisse beruhigend auf mich einwirkt. ... bei der Mitteilung auffälliger Ergebnisse sagt, dass es „nicht so schlimm ist“ und wir es „gemeinsam in den Griff bekommen“. ...mir bei der Mitteilung auffälliger Ergebnisse keine Angst macht.
<i>Informationsvermittlung während der Untersuchung</i>	„Ja, manchmal kann man ja auch mit gucken, wenn es da mit dem Ultraschall gemacht wird, ... Ja. Dr. N. hat dann erzählt und ich hab' mit geguckt was da ist. ... Schon interessant, sich mal von Innen zu sehen.“	...mich beim Ultraschall mit zuschauen lässt. ...mir erklärt, was auf dem Ultraschallbild zu sehen ist.
	„Dass die Angst genommen wird. Gerade Krebs als Diagnose – das ist ja ein Schock. Manche denken „Jetzt ist alles aus.“ aber das ist doch nicht der Fall.“	...mir die Angst vor der möglichen Diagnose Krebs nimmt, indem sie/er über diese Krankheit ausführlich informiert und mir hilft mich damit auseinander zu setzen.
	„...dass das halt noch mehr bewusst gemacht wird, wie wichtig es ist, dass es früh erkannt wird und auch gehandelt wird. Und dass dann die Chance ganz groß ist, dass es gar nicht so schlimm ausgehen muss.“	...mir vermittelt, dass je früher der Krebs entdeckt wird, desto größer die Heilungschancen sind.
<i>Kontaktvermittlung</i>	„Ja – er sollte mir schon sagen bzw. empfehlen, zu wem ich dann gehen kann, wenn weiter geguckt werden muss.“	...mir den Kontakt zu anderen Ärzten vermittelt, wenn weitere Untersuchungen nötig sein sollten.
<i>welche Untersuchungen als besonders wichtig gewertet werden</i>	„Ich denk', da ist ein Abstrich vielleicht wichtiger, ...“	...einen (Pap-)Abstrich vom Muttermund zur Gebärmutterhalskrebsfrüherkennung macht.
Thema	Originaläußerung	Item-Text: <i>Mir ist es wichtig, dass die Arzthelferin...</i>
<i>Verhalten der Arzthelferin</i>	„...das wäre schon auch okay, wenn eines der Mädchen anrufen würde. Aber die müssen dann auch ein bisschen flexibel sein mit ihren Terminen. Manchmal reagieren die dann so ein bisschen pampig, wenn man sich 'nen Termin wünscht.“	...mich an meinen Untersuchungstermin erinnert. ...flexibel ist und entgegenkommend auf meine Wünsche reagiert.

Thema	Originaläußerung	Item-Text: <i>Mir ist es wichtig, dass die Arzthelferin...</i>
<i>Serviceleistungen durch die Arzthelferin</i>	„Ich krieg' ja auch immer gleich die Termine von hier aus gemacht (gemeint ist für Anschlussuntersuchungen in anderen Praxen).“	...Termine bei anderen Ärzten für weitere Behandlungen (z.B. Mammographie, Operation) für mich vereinbart.
Thema	Originaläußerung	Item-Text: <i>Mir ist es wichtig, dass...</i>
<i>Terminerinnerung</i>	„...meist kriege ich auch einen Anschlusstermin für hier.“	...ich nach der Vorsorgeuntersuchung gleich einen Termin für die nächste Untersuchung erhalte.
	„Da muss ich dann halt hin, wenn ich angerufen werde. Da gib't dann kein Drücken mehr. Das erleichtert es sehr. ...Und da wär' es doch ganz gut, wenn die angeschrieben werden „...hier – es wird mal wieder Zeit...“	...ich per Brief/Postkarte an meinen Vorsorgetermin erinnert werde.
<i>Räumlichkeiten</i>	„Vielleicht leichte, schöne Musik im Hintergrund.“	...während der Untersuchung leise Hintergrundmusik vorhanden ist.
	„..Bilder wären auch nicht verkehrt.“	...im Untersuchungszimmer schöne Bilder an den Wänden hängen, die ich während der Untersuchung anschauen kann.
<i>Untersuchungsatmosphäre</i>	„...das wäre ganz gut, wenn bei der Untersuchung keiner stören würde. Oder wenn das Telefon klingelt oder so. Das ist schon unangenehm sowohl beim Gespräch, wenn man sich mal in Ruhe unterhalten will oder auch bei der Untersuchung.“	...während der Untersuchung keiner stört. ...während der Untersuchung nicht das Telefon klingelt. ...während des Gesprächs mit der Ärztin/dem Arzt nicht das Telefon klingelt.
<i>Befundmitteilung</i>	„Nur wenn was auffällig ist. Wenn alles in Ordnung ist, muss keine Benachrichtigung erfolgen.“	...ich über das Untersuchungsergebnis benachrichtigt werde, wenn es auffällig ist. Wenn alles in Ordnung ist, möchte ich nicht benachrichtigt werden.
	„Bei einem Anruf, ist man... und dann hieß es gleichzeitig „Das ist nicht schlimm.“. Anders als wenn man so ein Schreiben bekommt und man weiß nicht genau, was ist.“	...ich das Untersuchungsergebnis per Anruf mitgeteilt bekomme, denn bei einer schriftlichen Benachrichtigung kann ich nicht sofort nachfragen und fühle mich verunsichert.
	„...und am besten passen tät es mir ja, wenn mich der Arzt selbst anrufen würd'. Oder wenn ich nochmal gleich einen Termin für in der Praxis ausgemacht kriecht, um da die Ergebnisse mit ihm zu besprechen.“	...mir die Untersuchungsergebnisse persönlich von meiner Ärztin/meinem Arzt am Telefon mitgeteilt werden. ...mir die Untersuchungsergebnisse persönlich mitteilt – am liebsten im Rahmen eines gesonderten Termins in der Praxis.
<i>Zeitraum zwischen Untersuchung und Ergebnismitteilung</i>	„Das muss man differenzieren – wenn man hinget einfach nur so und man ist sicher, es ist alles okay, dann kommt es auf ein, zwei Tage nicht an. Aber wenn man merkt, da ist was nicht in Ordnung, da ist was, was komisch ist, dann soll es eigentlich ziemlich schnell gehen, gell.“	...das Untersuchungsergebnis nach einer auffälligen Untersuchung schneller vorliegt, als nach einer Untersuchung, bei der alles in Ordnung war.
<i>Informationsveranstaltungen</i>	„Vielleicht durch mehr Aufklärung. Informationsabende, wo Betroffene aus ihrer Sicht auch mal erzählen, wie sie das Ganze erlebt haben ...wenn echt der schlimme Fall eintritt.“	...Informationsveranstaltungen in der Praxis organisiert werden, bei denen an Krebs erkrankte Frauen über ihre Erkrankung berichten und somit die Wichtigkeit der Früherkennungsuntersuchung noch mal deutlich wird.

8.3.11. Interview mit Frau Y.L. (03/2010)

Personenbezogene Daten:

- 36 Jahre, verheiratet, 2 Kinder
- Bürokauffrau, derzeit im Mutterschutz

Thema	Originaläußerung	Item-Text: <i>Mir ist es wichtig, dass meine Frauenärztin / mein Frauenarzt...</i>
<i>gewünschte Qualitäten und gewünschtes Verhalten des Arztes</i>	„...er muss schon das Gefühl vermitteln, dass er kompetent ist.“	...mir das Gefühl vermittelt, dass sie/er kompetent ist.
	„...und 'ne gewisse Ruhe ausstrahlen – das find' ich schon wichtig.“	...Ruhe ausstrahlt.
	„...informieren, wenn man Fragen hat. Auch wenn er die Fragen vielleicht am Tag schon fünfzig Mal gehört hat, dass er dann immer noch trotzdem reagiert und ausführlich antwortet.“	...meine Fragen ausführlich beantwortet, auch wenn sie/er dieselben Fragen schon mehrfach am Tag anderen Patientinnen beantwortet hat. ...nicht genervt reagiert, wenn ich dieselben Fragen stelle, die sie/sie schon mehrfach am Tag anderen Patientinnen beantwortet hat.
	„Andererseits sollte er aber auch nicht zu invasiv sein und mich drängen über Dinge zu sprechen, über die ich eigentlich nicht reden möchte. Also er sollte auch diskret und feinfühlig sein.“	...mich nicht drängen, über etwas zu sprechen, über das ich nicht reden möchte. ...im Gespräch nicht invasiv sondern feinfühlig ist.
	„...und wenn 's dann auch nur die fünf Minuten sind, aber dass man dann auch wirklich ein ruhiges Gespräch hat. Dass man das Gefühl hat, der Arzt weiß jetzt wieder – hat die Akte vor sich liegen und weiß über denjenigen... Bescheid.“	...sich Zeit für ein ruhiges Gespräch mit mir nimmt. ...einen sicheren Überblick über meine bisherigen Befunde hat.
<i>Untersuchungs-atmosphäre</i>	„...während der Untersuchung irgendeine private Frage – also ich glaub', das wär' mir komisch.“	...mir während der gynäkologischen Untersuchung keine private Frage stellt.
	„Der Arzt sollte sich während der Untersuchung schon voll und ganz auf mich konzentrieren und sich nicht mit der Helferin unterhalten oder gar ans Telefon gehen.“	...sich nicht durch andere Dinge wie Telefonate oder Fragen der Helferin von der Untersuchung ablenken lässt sondern sich voll auf mich konzentriert.
<i>ärztliche Präsenz</i>	„Für mich gehört es sich einfach nicht, ein Patientengespräch wegen eines Telefonates zu unterbrechen oder – noch schlimmer – wegen irgendetwas anderem einfach zwischendurch rauszugehen.“	...sich während unseres Gesprächs ausschließlich auf mich konzentriert und nicht zwischendurch telefoniert oder rausgeht.
<i>gewünschte Informationen</i>	„...das seh' ich jetzt als selbstverständlich an, dass wenn Neuerungen da sind, dass das auch sofort mitgeteilt würde.“	...mir sagt, wenn es neue Untersuchungsmethoden im Rahmen der Krebsfrüherkennungsuntersuchung gibt
	„Und... dann erklärt er mir, wie jetzt der weitere Ablauf von statten geht – mit Umkleiden, und vielleicht nur unten frei machen...“	...mir den Untersuchungsablauf erklärt. ...mir erklärt, in welcher Reihenfolge ich mich entkleiden soll.
<i>Individuelle Gesundheitsleistungen (IGeL)</i>	„...es wird ja schon immer drauf hingewiesen, was von der Kasse übernommen wird und was nicht.“	...mir sagt, welche Untersuchungen von der Krankenkasse übernommen werden und welche ich selber zahlen muss.

Thema	Originaläußerung	Item-Text: <i>Mir ist es wichtig, dass meine Frauenärztin / mein Frauenarzt...</i>
<i>Individuelle Gesundheitsleistungen (IGeL)</i>	„Ja, ich möchte schon, dass er mir sagt, welche Zusatzuntersuchungen es noch außerhalb der normalen Vorsorge gibt.“	...mir sagt, welche möglichen Zusatzuntersuchungen es neben der „normalen Vorsorge“ noch gibt.
	„Und er sollte auch gleich von vorneherein sagen, was was kostet.“	...mich über die Kosten der Individuellen Gesundheitsleistungen informiert.
<i>welche Untersuchungen als besonders wichtig gewertet werden</i>	„Diese Ultraschalluntersuchungen. Also das empfinde ich persönlich als besonders wichtig. Wichtiger als die anderen Sachen und auch als genauer als zum Beispiel beim Abtasten, da kann mal immer was – da kann vielleicht noch mal irgendwas sein, was man nicht so fühlt, was der Ultraschall aber erfasst.“	...im Rahmen der Früherkennungsuntersuchung einen Ultraschall der Brust bei mir macht. ...im Rahmen der Früherkennungsuntersuchung ein Ultraschall des Unterbauchs bei mir macht.
Thema	Originaläußerung	Item-Text: <i>Mir ist es wichtig, dass die Arzthelferin...</i>
<i>Informierung durch die Arzthelferin</i>	„...sie könnte mir vielleicht vor der Untersuchung erklären, was der Arzt machen wird. Ich meine, welche Untersuchungen heute durchgeführt werden.“	...mir erklärt, welche Untersuchungen die Ärztin/der Arzt im Rahmen der Vorsorge durchführen wird.
<i>Terminerinnerung</i>	„Ja, wär' eigentlich 'ne gute Idee, wenn eine der Arzthelferinnen routinemäßig einmal im Jahr anrufen und an die Vorsorge erinnern würde.“	...mich an meinen Termin zur Krebsfrüherkennungsuntersuchung erinnert.
Thema	Originaläußerung	Item-Text: <i>Mir ist es wichtig, dass...</i>
<i>Erreichbarkeit der Praxis</i>	„Es ist halt schon bequem, wenn die Praxis in der Nähe der Wohnung liegt und zu Fuß erreichbar ist.“	...die Praxis in der Nähe meiner Wohnung liegt.
<i>Räumlichkeiten</i>	„...dass man in der Umkleide nicht beobachtet wird. Also das ist einfach unangenehm.“	...die Umkleidekabine nicht einsehbar ist und ich beim Aus-/ Anziehen nicht beobachtet werde.
	„...und ich das Gefühl habe, alles andere ist sehr sauber - und das ist eigentlich das Wichtigste für mich.“	...der Umkleide- und Untersuchungsbereich sehr sauber sind.
	„...ich brauch' eher das Nüchterne, aber dann – ja das Gefühl haben, dass da Kompetenz dahinter steht.“	...die Atmosphäre im Untersuchungszimmer eher nüchtern ist.
<i>Untersuchung</i>	„Da kamen Arzthelferinnen rein – also des Öfteren ...das fand ich nicht so toll.“	...während der Untersuchung keine Arzthelferin durch das Zimmer läuft.
	„...ich hab' in den letzten Jahren einfach das Gefühl, dass mein Arzt das ganz gut alleine macht alles.“	...während der der Untersuchung keine Arzthelferin als Assistenz dabei ist.
<i>Informationsmaterial</i>	„Infolyer find ich schon wichtig.“	...es Informationsflyer in der Praxis gibt.
	„Wenn man sich so was mal schriftlich mitnehmen kann, ist das nicht schlecht.... Aber in dem Moment, wo man dann zu dieser Vorsorge hinget, hat man sich ja auch schon durch die Broschüren vorab informiert. Man kann den Arzt dann noch gezielter was fragen.“	...ich mich mit schriftlichem Informationsmaterial auf die Untersuchung und das Gespräch mit der Ärztin/dem Arzt vorbereiten kann. ...ich die Informationsbroschüren mit nach Hause nehmen kann.

Thema	Originaläußerung	Item-Text: <i>Mir ist es wichtig, dass...</i>
<i>Befundmitteilung</i>	„Das wär' natürlich toll, wenn die Praxis sich meldet.“	...sich die Praxis bei mir meldet, um mir den Befund mitzuteilen.
	„Es könnte auch per E-Mail funktionieren,..“	...mir der Befund per E-Mail mitgeteilt wird.
	„...man soll drauf sprechen, und vielleicht wenn's denn ein schlechter Befund sein sollte, dass man dann einfach sagt „Wir bitten um Rückruf“. „...So in der Art „Wir möchten etwas mit ihnen besprechen. Aber es besteht kein Grund zur Sorge.““	...wenn ich telefonisch nicht erreichbar bin, auf meinem Anrufbeantworter eine Nachricht hinterlassen wird und ich um Rückruf gebeten werde, dabei sollte gesagt werden, dass für mich kein Grund zur Sorge besteht.
	„Idealer Weise sollten natürlich nicht mehr als zwei Tage zwischen Untersuchung und Ergebnismitteilung liegen.“	... zwischen Untersuchung und Ergebnismitteilung nicht mehr als zwei Tage liegen.
	„Auf jeden Fall sollte die Wartezeit aufs Ergebnis so kurz wie möglich sein.“	...der Zeitraum zwischen Untersuchung und Ergebnismitteilung so kurz wie möglich ist.

8.4. Expertenbefragung

8.4.1. Liste der Experten

Nr.	Name	Funktion / Praxislokalisierung
I	Dr. med. [REDACTED]	ehem. niedergelassener Facharzt für Gynäkologie und Geburtshilfe, Wiesbaden
II	Dr. med. [REDACTED]	niedergelassener Facharzt für Gynäkologie und Geburtshilfe, Wiesbaden
III	Dr. med. [REDACTED]	niedergelassene Fachärztin für Gynäkologie und Geburtshilfe, Wiesbaden
IV	Dr. med. [REDACTED]	ehem. niedergelassener Facharzt für Gynäkologie und Geburtshilfe, Hachenburg
V	Dr. med. [REDACTED]	Facharzt für Gynäkologie und Geburtshilfe im MVZ Dr. med. H. Riegel GmbH, Wiesbaden
VI	Dr. med. [REDACTED]	Fachärztin für Gynäkologie und Geburtshilfe im MVZ MedPlus, Krefeld
VII	Fr. [REDACTED]	Fachärztin für Gynäkologie und Geburtshilfe im MVZ MedPlus, Krefeld
VIII	Dr. med. [REDACTED]	Facharzt für Gynäkologie und Geburtshilfe im MVZ MedPlus, Krefeld
IX	Dr. med. [REDACTED]	niedergelassene Fachärztin für Gynäkologie und Geburtshilfe, Mainz
X	Dr. med. [REDACTED]	Facharzt für Gynäkologie und Geburtshilfe im MVZ MedPlus, Krefeld
XI	Fr. [REDACTED]	Fachärztin für Gynäkologie und Geburtshilfe im MVZ MedPlus, Krefeld
XII	Dr. med. [REDACTED]	niedergelassener Facharzt für Gynäkologie und Geburtshilfe, Mainz
XIII	H. [REDACTED]	niedergelassener Facharzt für Gynäkologie und Geburtshilfe, Hachenburg
XIV	Dr. med. [REDACTED]	niedergelassene Fachärztin für Gynäkologie und Geburtshilfe, Wiesbaden
XV	Dr. med. [REDACTED]	ehem. niedergelassener Facharzt für Gynäkologie und Geburtshilfe, Riedstadt
XVI	Fr. [REDACTED]	Arzthelferin in der Praxis von Dr. med. [REDACTED], Wiesbaden
XVII	Fr. [REDACTED]	Arzthelferin in der Praxis von Dr. med. [REDACTED], Wiesbaden
XVIII	Fr. [REDACTED]	Arzthelferin in der Praxis von Dr. med. [REDACTED], Wiesbaden



Medizinische Psychologie und Medizinische Soziologie Klinik und Poliklinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie

Entwicklung eines Instruments zur Erfassung von Patientinnen-bezogenen Betreuungsbedürfnissen im Rahmen der gynäkologischen Krebsfrüherkennungsuntersuchung

Sehr geehrte Frau Dr. / Sehr geehrter Herr Dr. ,

als Doktorandin am Institut für Med. Psychologie u. Med. Soziologie der Universitätsmedizin Mainz beschäftigte ich mich im Zuge meiner Dissertation mit dem Thema "**Betreuungsbedürfnisse von Patientinnen im Rahmen der gynäkologischen Krebsfrüherkennungsuntersuchung**".

Ziel dieser Arbeit ist es, die gynäkologische Krebsfrüherkennungsuntersuchung (KFU) im Hinblick auf die Patientinnenwünsche und -bedürfnisse zu optimieren und die Inanspruchnahme der KFU dadurch langfristig zu verbessern.

Hierzu soll ein umfassender Fragebogen entwickelt werden, dessen Items sowohl Bezug auf spezielle Arzt- bzw. Arzthelferinnen-bezogene Patientinnenbedürfnisse nehmen als auch auf Bedürfnisse, welche die Praxisausstattung/-organisation betreffen.

Bitte beurteilen Sie auf den folgenden Seiten, was Ihrer Meinung nach für Patientinnen, die an der gynäkologischen KFU teilnehmen, von besonderer Wichtigkeit ist. Kreuzen Sie hierfür hinter jeder Aussage eine der Möglichkeiten (+ +), (+), (-) oder (- -) an.

Dabei bedeutet: ++ = „ist Patientinnen sehr wichtig“
+ = „ist Patientinnen wichtig“
- = „ist Patientinnen weniger wichtig“
-- = Item wird aus stilistischen oder inhaltlichen Gründen abgelehnt

Sollten Sie ein Item durch die Kennzeichnung (- -) ablehnen, so geben Sie bitte einen der unten genannten Ablehnungsgründe (Buchstabe in Klammern) in der Spalte „Anmerkungen“ an.

Gründe der Itemablehnung:

- (U) Die Formulierung ist unverständlich und/oder zu global.
- (S) Das Item betrifft Selbstverständliches/Banalitäten oder liefert keine neue Erkenntnis.
- (N) Das Item ist ärztlicherseits nicht erfüllbar bzw. stellt keine Aufgabe der Frauenärztin/des Frauenarztes im Rahmen der KFU dar.
- (F) Das Item ist für den gemeinten Kontext falsch oder unzutreffend; die Frage/das Bedürfnis stellt sich nicht; es stellt aus Sicht der Patientin sicherlich kein Informations-/Betreuungsbedürfnis dar; es ist völlig unwichtig und überflüssig oder kommt zu selten vor, als dass es bedeutsam sein könnte.
- (K) Die Frage ist zu konfrontativ oder könnte Anstoß erregen.
- (D) Die Frage ist eine Dublette von Item XY bzw. wird inhaltlich schon in einem anderen Item vertreten.
- (A) andere Gründe

Sollte der Inhalt eines Items aus Ihrer Sicht nur teilweise zutreffen, möchte ich Sie bitten, dieses ebenfalls in der Spalte „Anmerkungen“ möglichst so umzuformulieren, dass der Inhalt vollständig zutrifft.

Für Ihre Mithilfe danke ich Ihnen recht herzlich, vor allem für Ihr zeitliches Engagement und die Unterstützung, welche Sie mir durch Ihre Berufserfahrung auf dem Gebiet der Patientinnenbetreuung in der Gynäkologie zukommen lassen.

Yvonne Schiffhorst (cand. med.)

Betreuungsbedürfnisse bezogen auf den Arzt

Patientinnen ist es im Rahmen der KFU in folgendem Ausmaß wichtig, dass ihre Frauenärztin/ihr Frauenarzt...	++	+	-	--	Anmerkungen
...sie über die Früherkennungsmöglichkeiten für Brustkrebs informiert.					
...sie über die Früherkennungsmöglichkeiten für gynäkologische Krebsarten wie z.B. Gebärmutterhalskrebs, Gebärmutterkörperkrebs und Eierstockkrebs informiert.					
...sie über Vor- und Nachteile der Mammographie informiert.					
...ihnen erklärt, wann eine Mammographie gemacht werden soll.					
...ihnen erklärt, wie ein "Pap"-Abstrich durchgeführt wird und was sein Ergebnis (z.B. Pap I, Pap II, Pap III, etc.) bedeutet.					
...sie über die Früherkennungsmöglichkeiten für Darmkrebs informiert.					
...ihnen erklärt, auf welche Frühsymptome von Krebs sie selbst achten können.					
...sie zu der Thematik "Gesunder Lebensstil" und "Gesundheitsförderndes Verhalten" berät.					
...ihnen erklärt, wie sie das Risiko, an Krebs zu erkranken, reduzieren können.					
...sie über die unterschiedlichen IGeL im Rahmen der KFU und ihre Kosten informiert.					
...ihnen erläutert, welche IGeL aus ihrer/seiner Sicht für sie sinnvoll und wichtig sind.					
...sie über den Umfang und Ablauf der KFU informiert.					
...ihnen erklärt, wie oft sie an der KFU teilnehmen sollen und wann der nächste Termin fällig ist.					
...sie darüber informiert, wie lange es dauert, bis das Untersuchungsergebnis vorliegt.					
...sie über die Risikofaktoren für gynäkologische Krebsarten wie z.B. Gebärmutterhalskrebs, Gebärmutterkörperkrebs und Eierstockkrebs informiert.					
...sie über die Risikofaktoren für Darmkrebs informiert.					
...sie über das Thema "HPV" informiert.					
...sie über die Risikofaktoren für Brustkrebs informiert.					
...sie berät, wenn sie Fragen und/oder Probleme bezüglich ihrer Sexualität haben.					
...sie berät, wenn sie Partnerschaftsprobleme haben.					

Betreuungsbedürfnisse bezogen auf den Arzt

	++	+	-	--	Anmerkungen
Patientinnen ist es im Rahmen der KFU in folgendem Ausmaß wichtig, dass ihre Frauenärztin/ihr Frauenarzt...					
...sie bei der Entscheidung über die Inanspruchnahme der IGeL nicht unter Druck setzt.					
...sich so verhält, dass sie sich bei ihr/ihm fachlich in guten Händen wissen.					
...freundlich und nett ist.					
...einfühlsam und verständnisvoll reagiert, wenn sie über ihre Probleme und Ängste sprechen.					
...ihnen aufmerksam zuhört.					
...ihre geschilderten Probleme und Ängste ernst nimmt und sie nicht abtut oder runterspielt.					
...ihnen während des Gespräches in die Augen schaut.					
...ihnen zur Begrüßung und Verabschiedung die Hand gibt.					
...sie mit ihrem Namen anspricht.					
...sie nicht drängt, über etwas zu sprechen, über das sie nicht reden möchten.					
...ihre Krankengeschichte und bisherigen Befunde kennt.					
...ihnen den Kontakt zu anderen Ärzten vermittelt, falls eine weiterführende Behandlung oder Diagnostik notwendig ist wie z.B. Mammographie Koloskopie, Operation.					
...ihnen anhand von Modellen und Bildern die Anatomie und Funktion der weiblichen Geschlechtsorgane erklärt.					
...eine für sie verständliche Sprache benutzt und nicht nur medizinische Fachwörter verwendet.					
...sie ermuntert, Fragen zu stellen.					
...sich nach dem Gespräch noch einmal vergewissert, ob sie alles verstanden haben.					
...auch auf wiederholt oder oft gestellte Fragen geduldig und ruhig antwortet.					
...sie ausreden lässt und sie nicht mitten im Satz unterbricht.					
...ihnen gesundheitsbezogene Informationen aus den Medien (TV, Zeitung, Internet) bei Bedarf erläutert.					
...sie fragt, worüber sie von ihr/ihm informiert werden möchten.					

Betreuungsbedürfnisse bezogen auf den Arzt

	++	+	-	--	Anmerkungen
Patientinnen ist es im Rahmen der KFU in folgendem Ausmaß wichtig, dass ihre Frauenärztin/ihr Frauenarzt...					
...sich nicht arrogant oder belehrend verhält.					
...ihnen erklärt, bei welchen Veränderungen / Symptomen an der Brust oder im Unterleib sie umgehend einen Untersuchungstermin vereinbaren sollen.					
...sich ausreichend Zeit für ein Gespräch mit ihnen nimmt.					
...zu erkennen gibt, dass sie mit ihr/ihm über alles reden können.					
...ihnen anbietet, sie/ihn noch einmal zu kontaktieren, falls ihnen zu einem späteren Zeitpunkt noch wichtige Fragen einfallen sollten.					
...ihnen ermöglicht, sie/ihn außerhalb der Sprechstundenzeiten über die private Telefonnummer zu erreichen, wenn sie ein akutes gynäkologisches Problem haben.					
...sich während des Gesprächs ausschließlich auf sie konzentriert und keine Störungen von außen zulässt wie z.B. Telefonate, Unterbrechungen durch die Arzthelferin.					
...keine kalten Hände bei der Untersuchung hat.					
...vorsichtig, sanft und behutsam bei der Untersuchung vorgeht.					
...sie nicht beobachtet, während sie von der Umkleide zum Untersuchungsstuhl gehen.					
...sie nicht anstarrt, wenn sie nackt sind.					
...keine Bemerkungen über ihre Figur bzw. ihr Gewicht macht, wenn sie/er sie nackt sieht.					
...ihnen die Möglichkeit gibt, dass sie selbst das Untersuchungsinstrument einführen.					
...die Untersuchung unter- bzw. abbricht, wenn sie sagen, dass es ihnen weh tut.					
...ihnen einen Handspiegel anbietet, damit sie bei der Untersuchung zuschauen können.					
...ihnen sagt, in welcher Reihenfolge sie sich für die Untersuchung ent- und ankleiden sollen.					
...ihren Unterleib und ihre Brust nacheinander untersucht, so dass sie nicht komplett nackt sind sondern zur Hälfte angezogen bleiben können.					
...sie vorwarnt, ehe sie/er ein Untersuchungsinstrument in ihren Körper einführt.					

Betreuungsbedürfnisse bezogen auf den Arzt

Patientinnen ist es im Rahmen der KFU in folgendem Ausmaß wichtig, dass ihre Frauenärztin/ihr Frauenarzt...	++	+	-	--	Anmerkungen
...vor der Untersuchung am Schreibtisch ein Gespräch mit ihnen führt.					
...zur Untersuchung eine Arzthelferin hinzuzieht.					
... zur Untersuchung <u>keine</u> Arzthelferin hinzuzieht.					
...sie fragt, ob sie eine Arzthelferin bei der Untersuchung dabei haben möchten.					
...die Untersuchungssituation durch ein zwangloses Gespräch (z.B. über das Wetter, Urlaub, o.ä.) auflockert.					
...die Untersuchungssituation auch mal durch einen Spaß oder Scherz auflockert.					
...keine anzüglichen oder zweideutigen Bemerkungen während der Untersuchung macht.					
...innen während der Untersuchung keine intimen privaten Fragen stellt.					
...innen die Untersuchungsinstrumente vor der Benutzung zeigt und ihnen erklärt, wie sie eingesetzt werden.					
...innen erklärt und zeigt, wie sie ihre Brust selbst richtig abtasten.					
...innen offen und ehrlich sagt, wenn sie/er etwas Auffälliges bei der Untersuchung feststellt.					
...innen bei der Untersuchung erklärt, warum sie/er was macht.					
...innen ermöglicht, beim Ultraschall auf dem Bildschirm mitzuschauen und ihnen erklärt, was sie/er sieht.					
...sie vorwarnt, wenn es bei der Untersuchung mal weh tun könnte.					
...sie während der Untersuchung nicht durch Äußerungen wie z.B. „Ach du lieber Gott“ oder „Oh Jeh, was ist das denn“ verunsichert.					
...sich während der Untersuchung ausschließlich auf sie konzentriert und keine Störungen von außen zulässt wie z.B. Telefonate, Unterbrechungen durch die Arzthelferin.					
...sich ausreichend Zeit für eine gründliche und sorgfältige Untersuchung nimmt.					
...sie nicht warten lässt, wenn sie entkleidet auf dem Untersuchungsstuhl sitzen.					

Betreuungsbedürfnisse bezogen auf die Arzthelferin

Patientinnen ist es im Rahmen der KFU in folgendem Ausmaß wichtig, dass die Arzthelferin...	++	+	-	--	Anmerkungen
...ihnen erklärt, wie oft sie an der KFU teilnehmen sollen und wann der nächste Termin fällig ist.					
...sie darüber informiert, wie lange es dauert, bis das Untersuchungsergebnis vorliegt.					
...sie über die unterschiedlichen IGeL im Rahmen der KFU und ihre Kosten informiert.					
...ihnen erklärt, welche Untersuchungen die Ärztin/der Arzt im Rahmen der KFU durchführen wird.					
...sie an ihren Termin zur KFU erinnert.					
...ihnen nach der Untersuchung schon den Termin für die nächste KFU mitgibt.					
...für sie Termine bei anderen Ärzten zu weiteren Behandlungen (z.B. Mammographie, Koloskopie, Operation) vereinbart.					
...ihnen kurzfristig einen Termin zur KFU ermöglicht.					
...für eine kurze Wartezeit in der Praxis sorgt.					
...ihnen sagt, wie lange die Wartezeit bis zur Untersuchung ist, wenn sie zum Termin erscheinen.					
...sie freundlich mit einem Lächeln begrüßt.					
...sich ihnen gegenüber höflich verhält, sie z.B. mit ihrem Namen anspricht.					
...sie vor der Untersuchung beruhigt, indem sie sich freundlich und zwanglos mit ihnen unterhält.					
...einfühlsam und verständnisvoll auf ihre Fragen und Wünsche reagiert.					
...flexibel ist und entgegenkommend auf ihre Wünsche reagiert.					
...gelassen und souverän reagiert, wenn es mal stressig in der Praxis zugeht.					

Betreuungsbedürfnisse bezogen auf die Praxisausstattung und -organisation

Patientinnen ist es im Rahmen der KFU in folgendem Ausmaß wichtig, dass...	++	+	-	--	Anmerkungen
...sie die Möglichkeit haben, sich zu einem selbst gewählten Zeitpunkt innerhalb der Sprechzeiten nach ihrem Untersuchungsergebnis zu erkundigen.					
...sie durch die Praxis kontaktiert werden und ihre Untersuchungsergebnisse mitgeteilt bekommen.					
...sie auch dann über ihre Untersuchungsergebnisse informiert werden, wenn <u>kein</u> pathologischer Befund vorliegt.					
...die Befundmitteilung zeitlich derart gestaltet ist, dass sie innerhalb eines Tages die Möglichkeit haben bei Bedarf mit ihrer Ärztin/ihrem Arzt Rücksprache zu halten.					
...die Praxis mit öffentlichen Verkehrsmitteln gut erreichbar ist.					
...die Praxis mit dem Auto gut erreichbar ist und genügend Parkplätze zur Verfügung stehen.					
...es eine Informationsbroschüre über Vorsorgemöglichkeiten und das Leistungsangebot der Praxis gibt.					
...es eine Praxis-Homepage im Internet gibt, auf der sie sich über Vorsorgemöglichkeiten und das Leistungsangebot der Praxis informieren können.					
...es im Wartezimmer ein Praxis-TV gibt, das Informationsfilme über Vorsorgemöglichkeiten und das Leistungsangebot der Praxis zeigt.					
...in der Praxis regelmäßig Informationsveranstaltungen/Vorträge zu gesundheitsbezogenen Themen angeboten werden.					
...in der Praxis ansprechende Bilder, Kinderfotos sowie Informationsposter zu medizinischen Themen hängen.					
...modernste Untersuchungsgeräte eingesetzt werden.					
...der Untersuchungsstuhl bequem und komfortabel ist.					
...die Untersuchungsinstrumente angewärmt sind.					
...die Umkleidekabine nicht einsehbar ist und sie beim Aus-/Anziehen unbeobachtet sind.					
...der Umkleide- und Untersuchungsbereich sehr sauber sind.					
...der Weg von der Umkleidekabine bis zum Untersuchungsstuhl möglichst kurz ist.					

Der korrekte Begriff „**Krebsfrüherkennungsuntersuchung**“ wird von Patientinnen nur selten verwendet. Häufiger trifft man im allgemeinen Sprachgebrauch auf Begriffe wie „Vorsorge“, „Krebsvorsorge“ o. ä.. Für die anstehende Patientenbefragung ist es von großer Wichtigkeit, Begriffe zu verwenden, welche dem allgemeinen Wortschatz der meisten Patientinnen entsprechen.

Bitte geben Sie nachfolgend an, welche drei Formulierungen aus den Varianten A-G Ihrer Meinung nach am ehesten geeignet sind, den Begriff der Krebsfrüherkennungsuntersuchung aus Sicht der Patientinnen wiederzugeben.

- A. Vorsorge
- B. Vorsorgeuntersuchung
- C. Krebsvorsorge
- D. Krebsvorsorgeuntersuchung
- E. Krebsfrüherkennungsuntersuchung
- F. Krebsfrüherkennung
- G. Früherkennung
- H. Früherkennungsuntersuchung

Bezogen auf den Sprachgebrauch der meisten Patientinnen erscheinen mir folgende drei Varianten am geeignetsten:

- 1. Buchstabe: ()
- 2. Buchstabe: ()
- 3. Buchstabe: ()

Bitte notieren Sie nachfolgend Themen, zu denen Ihrer Meinung nach Patientinnen im Rahmen der KFU schriftliches Informationsmaterial (Informationsbroschüren) erhalten möchten.

Patientinnen wünschen im Rahmen der KFU Informationsbroschüren zu folgenden Themen:

Im Hinblick auf welche Aspekte des Themas "Gesunder Lebensstil" besteht Ihrer Meinung nach bei Patientinnen ein besonders großer Beratungsbedarf?

Patientinnen möchten zu folgenden Aspekten des Themas „Gesunder Lebensstil“ besonders intensiv beraten werden:

8.4.3. Tab. 53 Auswertung der Expertenbefragung

Nr. VU	Nr. EB	Iteminhalt	Expertenurteil																	Σ ++ (%)	Σ + (%)	Σ - (%)	Σ -- (%)	
			I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X	XI	XII	XIII	XIV	XV	XVI	XVII					XVIII
1	1	FE-Mgl. Brustkrebs	++	+	++	++	++	++	+	++	++	+	++	++	++	++	/	/	/	12 (80,0%)	3 (20,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	
10	2	FE-Mgl. gyn. Krebsarten	++	+	++	++	++	+	+	++	++	++	++	++	++	++	/	/	/	12 (80,0%)	3 (20,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	
22	3	Vor-/Nachteile MG	++	+	++	++	++	++	+	+	++	+	++	+	++	++	/	/	/	10 (66,7%)	5 (33,3%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	
5	4	Zeitpunkt MG	++	+	++	++	++	++	+	+	++	+	++	++	-	++	++	/	/	/	10 (66,7%)	4 (26,7%)	1 (6,7%)	0 (0,0%)
30	5	Pap-Abstrich	++	+	++	++	++	-	++	++	-	++	-	++	+	++	/	/	/	10 (66,7%)	2 (13,3%)	3 (20,0%)	0 (0,0%)	
32	6	FE-Mgl. Darmkrebs	++	+	++	++	++	+	-	-	+	-	+	++	+	++	+	/	/	/	6 (40,0%)	6 (40,0%)	3 (20,0%)	0 (0,0%)
/	7	Symptome bei Krebs	++	/	+	++	++	+	+	+	+	-	++	+	++	++	+	/	/	/	6 (42,9%)	7 (50,0%)	1 (7,1%)	0 (0,0%)
47	8	gesunder Lebensstil	+	+	+	++	+	+	+	+	+	-	++	+	+	+	-	/	/	/	2 (13,3%)	11 (73,3%)	2 (13,3%)	0 (0,0%)
/	9	Reduktion Krebsrisiko	-- D8	+	+	++	++	+	-	-	-	+	++	-	+	+	+	/	/	/	3 (20,0%)	7 (46,7%)	4 (26,7%)	1 (6,7%)
38z	10	IGeL + Kosten	++	+	+	+	+	+	+	-	-	-	+	+	+	+	+	/	/	/	1 (6,7%)	11 (73,3%)	3 (20,0%)	0 (0,0%)
38z	11	individuelle IGeL	++	+	+	++	+	++	++	+	+	-	+	+	+	+	+	/	/	/	4 (26,7%)	10 (66,7%)	1 (6,7%)	0 (0,0%)
53m	12	Umfang/Ablauf FE	+	+	+	++	++	+	++	-	-	/	+	+	-	+	-	/	/	/	3 (13,6%)	7 (31,8%)	4 (28,6%)	0 (0,0%)
/	13	Frequenz FE	+	+	+	++	+	+	++	+	+	+	+	+	+	++	/	/	/	3 (20,0%)	12 (80,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	
/	14	Untersuchungsergebnis	++	+	+	++	++	+	++	-	+	+	+	-	-	+	+	/	/	/	4 (26,7%)	8 (53,3%)	3 (20,0%)	0 (0,0%)
42z	15	RF gyn. Krebsarten	++	+	+	++	+	+	-	-	-	+	-	-	-	+	+	/	/	/	2 (13,3%)	7 (46,7%)	6 (40,0%)	0 (0,0%)
42z	16	RF Darmkrebs	++	+	+	++	+	-	-	-	-	-	-	-	+	+	/	/	/	2 (13,3%)	5 (33,3%)	8 (53,3%)	0 (0,0%)	
51	17	HPV	++	+	+	++	++	+	+	+	+	-	+	+	-	+	++	/	/	/	4 (26,7%)	8 (53,3%)	3 (20,0%)	0 (0,0%)
42z	18	Risikofaktoren Brustkrebs	+	+	+	++	++	-	+	-	+	-	+	+	-	+	++	/	/	/	2 (13,3%)	9 (60,0%)	4 (26,7%)	0 (0,0%)
11	19	Beratung "Sex"	-- N	+	+	++	-- N	++	+	-	+	-	++	-	+	+	-- N	/	/	/	3 (20,0%)	6 (40,0%)	3 (20,0%)	3 (20,0%)

Nr. VU	Nr. EB	Iteminhalt	Expertenurteil																Σ ++ (%)	Σ + (%)	Σ - (%)	Σ -- (%)		
			I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X	XI	XII	XIII	XIV	XV	XVI					XVII	XVIII
/	20	Beratung "Partnerschaft"	-- N	+	+	++	-- N	+	-	-	++	+	+	+	+	-- N	/	/	/	2 (13,3%)	8 (53,3%)	2 (13,3%)	3 (20,1%)	
29	21	kein Druck bei IGeL	++	++	++	++	+	++	++	++	++	++	+	++	+	++	/	/	/	11 (73,3%)	4 (26,7%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	
/	22	fachlich in guten Händen	++	++	++	++	++	++	++	-	++	++	++	++	+	++	+	/	/	/	12 (80,0%)	2 (13,3%)	1 (6,7%)	0 (0,0%)
6	23	freundlich/nett	++	++	-- S	++	++	++	++	/	++	++	++	/	+	+	+	/	/	/	9 (69,2%)	3 (23,1%)	0 (0,0%)	1 (7,7%)
/	24	einfühlsam/verständnisvoll	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	+	+	+	/	/	/	12 (80,0%)	3 (20,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)
23	25	aufmerksam zuhören	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	+	+	+	/	/	/	12 (80,0%)	3 (20,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)
16	26	ernst nehmen	++	++	+	++	++	++	++	++	++	++	++	++	+	+	+	/	/	/	11 (73,3%)	4 (26,7%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)
46	27	in die Augen schauen	+	++	+	++	+	++	++	+	++	+	+	+	++	+	+	/	/	/	6 (40,0%)	9 (60,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)
2	28	die Hand geben	+	++	+	++	+	++	++	-	+	+	+	+	++	-	-- F	/	/	/	5 (33,3%)	7 (46,7%)	2 (13,3%)	1 (6,7%)
31	29	mit Namen ansprechen	+	++	+	++	++	++	++	+	+	+	+	++	+	+	/	/	/	6 (40,0%)	9 (60,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	
33	30	nicht drängen zu sprechen	+	++	+	++	+	++	++	+	++	++	++	++	+	-- A	/	/	/	9 (60,0%)	5 (33,3%)	0 (0,0%)	1 (6,7%)	
7	31	Befunde kennen	++	++	+	++	+	++	+	-	+	+	+	++	++	+	++	/	/	/	7 (46,7%)	7 (46,7%)	1 (6,7%)	0 (0,0%)
12	32	Kontakte vermitteln	++	++	-- N	++	++	+	+	-	+	+	++	+	+	++	++	/	/	/	7 (46,7%)	6 (40,0%)	1 (6,7%)	1 (6,7%)
25	33	Bilder/Modelle	-	+	+	++	+	-	+	-	-	+	-	+	+	-	-	/	/	/	1 (6,7%)	7 (46,7%)	7 (46,7%)	0 (0,0%)
20	34	Fachsprache	+	++	+	++	++	++	++	++	++	++	++	++	+	++	++	/	/	/	11 (73,3%)	4 (26,7%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)
/	35	zu Fragen ermuntern	+	++	+	++	++	-	+	+	+	+	++	++	+	++	/	/	/	6 (40,0%)	8 (53,3%)	1 (6,7%)	0 (0,0%)	
15	36	Verständinsabfrage	+	++	+	++	+	++	+	+	+	++	+	+	+	-	/	/	/	4 (28,6%)	9 (64,3%)	1 (7,1%)	0 (0,0%)	
17	37	geduldig/ruhig	-	++	+	++	+	++	++	+	++	+	++	+	+	++	/	/	/	7 (46,7%)	7 (46,7%)	1 (6,7%)	0 (0,0%)	

Nr. VU	Nr. EB	Iteminhalt	Expertenurteil																	Σ ++ (%)	Σ + (%)	Σ - (%)	Σ -- (%)	
			I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X	XI	XII	XIII	XIV	XV	XVI	XVII					XVIII
/	38	ausreden lassen	+	++	+	++	+	+	++	+	++	++	++	+	-- S	++	/	/	/	8 (53,3%)	5 (33,3%)	1 (6,75%)	1 (6,75%)	
/	39	Medieninformationen	+	++	-	++	+	+	++	-	++	++	+	-	-	+	-	/	/	/	5 (33,3%)	5 (33,3%)	5 (33,3%)	0 (0,0%)
/	40	gewünschte Informationen	+	+	-	++	+	++	+	-	+	++	-	+	-	++	/	/	/	4 (26,7%)	7 (46,7%)	4 (26,7%)	0 (0,0%)	
41	41	nicht belehrend	-	++	+	++	++	+	++	++	++	++	++	+	+	+	/	/	/	9 (60,0%)	5 (33,3%)	1 (6,7%)	0 (0,0%)	
45	42	wichtige Symptome	+	++	+	++	+	++	+	+	++	++	+	++	+	-	/	/	/	6 (40,0%)	8 (53,3%)	1 (6,7%)	0 (0,0%)	
43	43	Zeit für Gespräch	++	++	+	++	++	+	++	++	+	+	++	++	+	+	/	/	/	8 (53,3%)	7 (46,7%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	
36	44	über alles reden	+	++	+	++	++	+	++	++	+	+	++	+	+	+	/	/	/	6 (40,0%)	9 (60,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	
49	45	erneute Kontaktaufnahme	+	++	+	++	+	++	+	++	+	+	+	-	++	+	+	/	/	/	5 (33,3%)	9 (60,0%)	1 (6,7%)	0 (0,0%)
/	46	ärztliche Erreichbarkeit	-- N	+	-- N	++	+	+	-- N	-	+	+	-- N	-	-- N	-- N	-	/	/	/	1 (6,7%)	5 (33,3%)	3 (20,0%)	6 (40,0%)
39	47	störungsfreies Gespräch	-	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	-	-	+	/	/	/	0 (0,0%)	12 (80,0%)	3 (20,0%)	0 (0,0%)
8	48	keine kalten Hände	+	+	-	+	+	+	-	-	+	++	+	-	++	-	++	/	/	/	3 (20,0%)	7 (46,7%)	5 (33,3%)	0 (0,0%)
44	49	vorsichtig/behutsam	++	++	+	/	++	+	++	++	++	++	++	++	++	+	++	/	/	/	10 (71,4%)	4 (28,6%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)
3	50	nicht nackt beobachten	-	++	-	++	+	+	-	+	+	++	+	+	-- S	-	++	/	/	/	4 (26,7%)	6 (40,0%)	4 (26,7%)	1 (6,7%)
/	51	nicht anstarren	-	++	-- K	++	+	++	+	++	++	+	++	+	-- S	-- K	++	/	/	/	7 (46,7%)	4 (26,7%)	1 (6,7%)	3 (20,0%)
18	52	Figur/Gewicht	+	++	+	++	++	++	++	-	+	++	+	+	-- S	-	++	/	/	/	7 (46,7%)	5 (33,3%)	2 (13,3%)	1 (6,7%)
37	53	Instrument einführen	+	-	-	+	-- N	-	-	-	+	+	-	-	-- N	-	+	/	/	/	0 (0,0%)	5 (33,3%)	8 (53,3%)	2 (13,3%)
26	54	Abbruch bei Schmerz	+	+	-	++	+	++	++	-	++	+	+	++	-- S	+	++	/	/	/	6 (40,0%)	6 (40,0%)	2 (13,3%)	1 (6,7%)

Nr. VU	Nr. EB	Iteminhalt	Expertenurteil																	Σ ++ (%)	Σ + (%)	Σ - (%)	Σ -- (%)				
			I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X	XI	XII	XIII	XIV	XV	XVI	XVII					XVIII			
34	55	Handspiegel	-- U	+	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	+	+	-	+	-- F	+	/	/	/	0 (0,0%)	5 (33,3%)	8 (33,3%)	2 (13,3%)
55	56	Entkleiden	-	+	+	-	+	++	+	++	+	+	+	+	-- S	+	-	/	/	/	/	/	/	1 (6,7%)	10 (66,7%)	3 (20,0%)	1 (6,7%)
21	57	2-zeitige Untersuchung	+	++	++	-	+	+	++	++	+	+	++	+	+	+	/	/	/	/	/	/	/	4 (26,7%)	10 (66,7%)	1 (6,7%)	0 (0,0%)
54	58	Vorwarnung Instrument	+	++	+	++	+	++	+	++	+	+	++	+	+	++	/	/	/	/	/	/	/	5 (33,3%)	10 (66,7%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)
19	59	Vorgespräch	+	+	++	++	++	+	++	+	++	++	++	+	+	++	/	/	/	/	/	/	/	9 (60,0%)	6 (40,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)
/	60	Arzthelferin anwesend	-- S	-	-- A	+	+	-	+	-	-	-	-	+	/	-- F	-	/	/	/	/	/	/	0 (0,0%)	4 (28,6%)	7 (50,0%)	3 (21,4%)
/	61	keine Arzthelferin anwesend	-- S	-	+	-	+	+	/	-	+	-	-	-	-- K	-- F	-	/	/	/	/	/	/	0 (0,0%)	4 (28,6%)	7 (50,0%)	3 (21,4%)
/	62	Frage nach Anwesenheit einer Arzthelferin	-- S	+	-- A	-	-- K	-	-	-	-	-	-	+	-	-- F	-	/	/	/	/	/	/	0 (0,0%)	2 (13,3%)	9 (60,0%)	4 (26,7%)
9	63	auflockerndes Gespräch	-- S	+	+	-	-	-	+	+	-	-	-	-	+	-	/	/	/	/	/	/	/	0 (0,0%)	5 (33,3%)	9 (60,0%)	1 (6,7%)
/	64	Scherz/Spaß	-	+	-- F	-	-- K	+	+	+	-	-	-	-	-- S	+	-- K	/	/	/	/	/	/	0 (0,0%)	5 (33,3%)	6 (40,0%)	4 (26,7%)
52	65	keine Zweideutigkeiten	++	++	++	++	++	++	++	++	++	+	+	++	-- S	-- S	++	/	/	/	/	/	/	11 (73,3%)	2 (13,3%)	0 (0,0%)	2 (13,3%)
35	66	keine intimen Fragen	-- S	++	-	++	++	+	++	+	+	+	+	++	-- S	-- S	++	/	/	/	/	/	/	6 (40,0%)	5 (33,3%)	1 (6,7%)	3 (20,0%)
/	67	Instrumentendemonstration	-	+	+	+	+	+	+	++	-	+	+	-	+	-	++	/	/	/	/	/	/	2 (13,3%)	9 (60,0%)	4 (26,7%)	0 (0,0%)
24	68	Brustselbstuntersuchung	+	+	+	++	++	++	+	+	++	+	++	+	+	++	/	/	/	/	/	/	/	6 (40,0%)	9 (60,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)
4	69	ehrlich bei Auffälligkeiten	++	+	-- K	++	+	++	++	++	++	++	++	++	++	+	++	/	/	/	/	/	/	9 (64,3%)	4 (28,6%)	0 (0,0%)	1 (7,1%)

Nr. VU	Nr. EB	Iteminhalt	Expertenurteil																	Σ ++ (%)	Σ + (%)	Σ - (%)	Σ -- (%)	
			I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X	XI	XII	XIII	XIV	XV	XVI	XVII					XVIII
48m	70	Untersuchungskommentare	+	+	++	++	+	+	++	++	++	++	+	+	+	+	++	/	/	/	8 (53,3%)	7 (46,7%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)
40	71	Ultraschall erklären	+	+	+	++	++	+	++	+	++	++	+	+	+	+	++	/	/	/	6 (40,0%)	6 (40,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)
50	72	Vorwarnung Schmerz	+	+	+	++	++	++	++	++	++	++	+	+	+	++	/	/	/	9 (60,0%)	6 (40,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	
28	73	verunsichernde Äußerungen	++	+	+	++	++	++	++	++	++	+	++	-- S	-- S	++	/	/	/	10 (33,3%)	3 (20,0%)	0 (0,0%)	2 (13,3%)	
27	74	störungsfreie Untersuchung	++	+	++	++	+	+	+	++	+	+	+	-- S	+	++	/	/	/	5 (33,3%)	9 (60,0%)	0 (0,0%)	1 (6,7%)	
13	75	Zeit für Untersuchung	++	+	++	++	++	+	++	++	++	+	++	++	-- S	+	++	/	/	/	10 (66,7%)	4 (26,7%)	0 (0,0%)	1 (6,7%)
14	76	Warten auf dem Untersuchungsstuhl	+	+	+	++	+	+	+	++	+	+	++	+	-- S	+	++	/	/	/	4 (26,7%)	10 (66,7%)	0 (0,0%)	1 (6,7%)
56	77	Frequenz FE	+	++	+	++	+	+	++	+	+	++	+	-	+	+	++	+	+	+	5 (27,8%)	12 (66,7%)	1 (5,6%)	0 (0,0%)
61	78	Untersuchungsergebnis	++	++	+	++	+	+	++	+	+	+	+	-	+	+	++	++	+	++	7 (38,9%)	10 (55,6%)	1 (5,6%)	0 (0,0%)
/	79	IGeL + Kosten	-	+	+	+	+	+	+	-	+	+	+	-	+	-	-- A	-	-	+	0 (0,0%)	11 (61,1%)	6 (33,3%)	1 (5,6%)
/	80	Untersuchungsumfang	+	-	+	+	+	+	+	-	-	+	-	-	+	-	+	-	+	+	0 (0,0%)	11 (61,1%)	7 (38,9%)	0 (0,0%)
59	81	Terminerinnerung	+	++	-	++	+	+	+	+	+	-	++	+	+	+	-	-	+	3 (16,7%)	11 (61,1%)	4 (22,2%)	0 (0,0%)	
/	82	Terminvereinbarung intern	-	+	+	-	-	-	-	+	-	-	+	+	-	-- A	-	+	+	+	0 (0,0%)	8 (44,4%)	9 (50,0%)	1 (5,6%)
67	83	Terminvereinbarung extern	++	+	++	+	+	+	++	+	++	+	-	-	+	-- A	+	++	+	+	5 (27,8%)	10 (55,6%)	2 (11,1%)	1 (5,6%)
65	84	kurzfristige Termine	-	+	+	+	+	++	++	+	+	-	++	+	-	-- A	-	+	+	+	3 (16,7%)	10 (55,6%)	4 (22,2%)	1 (5,6%)
57	85	kurze Wartezeit	+	+	+	+	+	++	++	+	++	+	++	-	/	+	+	++	++	++	0 (0,0%)	9 (52,9%)	1 (5,9%)	0 (0,0%)
63	86	Information über Wartezeit	+	+	++	+	+	+	++	+	++	+	++	+	-	-	+	++	+	++	6 (33,3%)	10 (55,6%)	2 (11,1%)	0 (0,0%)

Nr. VU	Nr. EB	Iteminhalt	Expertenurteil																	Σ ++ (%)	Σ + (%)	Σ - (%)	Σ -- (%)	
			I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X	XI	XII	XIII	XIV	XV	XVI	XVII					XVIII
64	87	freundliches Lächeln	++	+	++	++	+	+	++	++	++	+	++	++	+	++	++	++	++	13 (72,2%)	5 (27,8%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	
62	88	höflich/mit Namen ansprechen	-- S	+	++	++	+	+	/	++	++	++	++	++	+	++	++	++	++	12 (70,6%)	4 (23,5%)	0 (0,0%)	1 (5,9%)	
60	89	beruhigendes Gespräch	+	+	+	+	+	+	++	+	+	++	+	+	+	++	+	++	+	4 (22,2%)	14 (77,8%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	
66	90	einfühlsam/verständnisvoll	++	+	+	++	+	+	++	+	++	++	+	++	+	++	++	++	++	11 (61,1%)	7 (38,9%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	
58	91	flexibel/entgegenkommend	-- D90	+	+	++	+	+	++	+	++	++	++	+	+	++	++	++	++	10 (55,6%)	7 (38,9%)	0 (0,0%)	1 (5,6%)	
/	92	gelassen/souverän	+	+	+	++	+	+	++	+	+	++	+	++	+	++	++	++	+	8 (44,4%)	10 (55,6%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	
68	93	Kontaktaufnahme durch Patientin	++	+	+	-	-	++	+	-- N	+	+	+	-	+	++	++	++	+	5 (27,8%)	9 (50,0%)	3 (16,7%)	1 (5,6%)	
/	94	Kontaktaufnahme durch Praxis	-- N	-	-	-	-	+	++	+	-	++	++	+	-	-- N	-	+	+	3 (16,7%)	6 (33,3%)	7 (38,9%)	2 (11,1%)	
/	95	obligate Befundmitteilung	-- N	-	-- N	-- A	-	+	-	-	-	-	++	-	-	-- N	-- A	-	-	1 (5,6%)	1 (5,6%)	11 (61,1%)	5 (27,8%)	
74	96	Rücksprache bzgl. Befund	++	+	+	++	-	++	+	+	+	+	++	+	+	+	-	+	++	++	6 (33,3%)	10 (55,6%)	2 (11,1%)	0 (0,0%)
73	97	öffentl. Verkehrsmittel	-	+	+	-	+	+	++	+	+	-	++	+	-	+	+	++	++	+	4 (22,2%)	10 (55,6%)	4 (22,2%)	0 (0,0%)
77	98	Parkplätze	++	+	+	++	+	+	++	+	+	+	++	+	-	+	+	+	+	+	4 (22,2%)	13 (72,2%)	1 (5,6%)	0 (0,0%)
70	99	Informationsbroschüre	+	+	+	+	+	+	+	-	-	+	++	+	-	-	+	++	+	+	2 (11,1%)	12 (66,7%)	4 (22,2%)	0 (0,0%)
85	100	Praxis-Homepage	+	+	-	-	+	+	+	-	-	+	+	++	-- N	-	+	++	-	+	2 (11,1%)	9 (50,0%)	6 (33,3%)	1 (5,6%)
88	101	Praxis-TV	-- A	-	-	-	-	-	-	-- A	-	-- A	-	-	-- N	-- F	-	-	-	-	0 (0,0%)	0 (0,0%)	13 (72,2%)	5 (27,8%)
/	102	Vorträge	+	-	+	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-- N	-- N	+	-	-	-	0 (0,0%)	3 (16,7%)	13 (72,2%)	2 (11,1%)

Nr. VU	Nr. EB	Iteminhalt	Expertenurteil																	Σ ++ (%)	Σ + (%)	Σ - (%)	Σ -- (%)	
			I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X	XI	XII	XIII	XIV	XV	XVI	XVII					XVIII
81m	103	Bilder/Fotos/Poster	-	-	+	+	-	-	+	+	-	-	-	-	-	-	+	+	+	0 (0,0%)	7 (38,9%)	11 (61,1%)	0 (0,0%)	
69	104	modernste Geräte	++	+	+	+	+	++	+	-	+	++	++	+	++	+	+	++	++	++	8 (44,4%)	9 (50,0%)	1 (5,6%)	0 (0,0%)
82	105	bequemer U-Stuhl	+	+	+	+	+	+	++	-	+	++	++	+	++	+	++	++	++	++	8 (44,4%)	9 (50,0%)	1 (5,6%)	0 (0,0%)
72	106	angewärmte Instrumente	+	+	+	-	+	+	++	+	+	++	+	++	+	++	++	++	++	++	7 (38,9%)	10 (55,6%)	1 (5,6%)	0 (0,0%)
75	107	uneinsehbare Umkleide	++	+	+	++	++	+	++	++	+	++	++	+	++	-	++	++	++	++	12 (66,7%)	5 (27,8%)	1 (5,6%)	0 (0,0%)
86	108	saubere Umkleide	++	+	+	++	++	++	++	++	++	++	+	+	+	++	++	++	++	++	13 (72,2%)	5 (27,8%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)
80	109	Weg zum U-Stuhl	+	+	+	+	+	+	++	+	++	++	++	+	+	+	++	++	++	++	8 (44,4%)	10 (55,6%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)
78	110	Position des Stuhls	++	+	++	+	+	++	++	+	+	++	+	+	+	++	++	++	++	++	9 (50,0%)	8 (44,4%)	1 (5,6%)	0 (0,0%)
79	111	Raumtemperatur	+	-	++	++	+	++	++	++	+	++	+	+	+	++	++	++	++	++	10 (55,6%)	7 (38,9%)	1 (5,6%)	0 (0,0%)
83	112	Musik im UZ	-- F	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-- F	+	-- N	-- F	+	-	-	-	0 (0,0%)	2 (11,1%)	12 (66,7%)	4 (22,2%)
76	113	ablenkendes Interieur	-	-	+	+	-	+	+	-	-	+	-	-	-	+	+	+	+	+	0 (0,0%)	9 (50,0%)	9 (50,0%)	0 (0,0%)
/	114	keine Neonbeleuchtung	-	-	-	-	-- N	+	-	-	-	-	-	-- N	+	+	+	+	-	0 (0,0%)	5 (27,8%)	11 (61,1%)	2 (11,1%)	
71	115	bequeme WZ-Stühle	+	+	+	+	+	+	+	-	+	+	+	+	-	+	+	+	+	+	0 (0,0%)	16 (88,9%)	2 (11,1%)	0 (0,0%)
84m	116	aktuelle Zeitschriften	-- F	-	+	+	+	+	++	-	+	+	-	+	-- N	+	+	+	+	+	1 (5,6%)	12 (66,7%)	3 (16,7%)	2 (11,1%)
87	117	Musik im WZ	-	-	-	-	-	+	+	-	-	+	-	-	-- N	-	+	-	-	-	0 (0,0%)	4 (22,2%)	13 (72,2%)	1 (5,6%)

Anmerkungen: Nr. VU = Itemnummer in der Voruntersuchung, Nr. EB = Itemnummer in der Expertenbefragung, FE = Früherkennung, FE-Mgl. = Früherkennungsmöglichkeit, RF = Risikofaktoren, IGel = Individuelle Gesundheitsleistungen, HPV = Humane Papillomaviren, MG = Mammographie, WZ = Wartezimmer, UZ = Untersuchungszimmer, U-Stuhl = Untersuchungsstuhl, Σ = absolute Häufigkeiten; die relativen Häufigkeiten sind in gültigen Prozenten angegeben

8.4.4. Tab. 54 Begriff „Krebsfrüherkennungsuntersuchung“

Begriffsvarianten	1. Wahl (N=17)	2. Wahl (N=17)	3. Wahl (N=16)
	absolute Häufigkeiten <i>relative Häufigkeiten</i>		
Vorsorge	7 41,2%	2 11,8%	4 25,0%
Vorsorgeuntersuchung	4 23,5%	3 17,6%	3 18,8%
Krebsvorsorge	4 23,5%	10 58,8%	2 12,5%
Krebsvorsorgeuntersuchung	1 5,9%	1 5,9%	4 25,0%
Krebsfrüherkennungsuntersuchung	1 5,9%	0 0,0%	0 0,0%
Krebsfrüherkennung	0 0,0%	1 5,9%	0 0,0%
Früherkennung	0 0,0%	0 0,0%	1 6,2%
Früherkennungsuntersuchung	0 0,0%	0 0,0%	2 12,5%

Tab. 49 Begriff „Krebsfrüherkennungsuntersuchung“

Anmerkungen: N = Anzahl der Expertenantworten; relative Häufigkeiten in gültigen Prozent

8.4.5. Anmerkungen der Experten

Informationsbroschüren werden nach Meinung der Fachärzte gewünscht zu den folgenden Themen:

- Empfängnisverhütung
- Impfungen
- Schwangerschaft
- Ernährung/gesunde Lebensweise
- Raucherentwöhnung
- Gewichtsreduktion
- HPV-Infektion und Impfung
- Selbstuntersuchung der Brust
- Mammographie
- Dünnschichtzytologie
- Bedeutung der Pap-Ergebnisse
- Kinderwunsch/Kinderwunschbehandlung
- Harninkontinenz/Beckenbodengymnastik
- Wechseljahresbeschwerden
- Erfolge der Krebsfrüherkennungsuntersuchung der vergangenen Jahre/Jahrzehnte in Deutschland/Europa - bezogen auf die verschiedenen Organsysteme
- Erklärung aller gynäkologischen Tumore, Diagnostik, Therapie, Nachsorge
- im Krankheitsfall: Informationen über umliegende Krankenhäuser, Reha-Einrichtungen, sozialrechtliche Folgen

Besonderer Beratungsbedarf zum Themengebiet „**Gesunder Lebensstil**“ besteht laut Expertenmeinung bei Patientinnen im Rahmen der KFU zu folgenden Aspekten:

- Bewegung, Sport
- gesunde, ausgewogene Ernährung (contra Fastfood und Genussmittel), Dinner-Cancelling
- Wechseljahre (Veränderung des Körperbildes und Gewichtes)
- Rauchen/Alkohol
- Nahrungsergänzungsmittel/Orthomolekulare Medizin
- (Über-)Gewicht/Gewichtsreduktion/Diät
- Anti-Aging
- Stressvermeidung, Entspannungsverfahren (Autogenes Training, Yoga etc.)

8.5. Reduzierter Itempool

8.5.1. Tab. 55 Reduzierte Items I:

A-priori-Komponente I "Betreuungsbedürfnisse bezogen auf den Arzt" (BB-A)

Nr. HU	Nr. VU	Nr. EB	Kategorie	Item-Text: <i>Mir ist es wichtig, dass meine Frauenärztin / mein Frauenarzt...</i>
1	1	1	BAID	...mich über die Früherkennungsmöglichkeiten für Brustkrebs informiert.
10	10	2	BAID	...mich über die Früherkennungsmöglichkeiten für gynäkologische Krebsarten (z.B. Gebärmutterhalskrebs, Gebärmutterkörperkrebs, Eierstockkrebs) informiert.
24	22	3	BAID	...mich über Vor- und Nachteile der Mammographie (Röntgen der Brust) informiert.
5	5	4	BAID	...mir erklärt, wann eine Mammographie (Röntgen der Brust) gemacht werden soll.
32	30	5	BAID	...mir erklärt, wie ein "Pap"-Abstrich durchgeführt wird und was sein Ergebnis (z.B. Pap I, Pap II, Pap IIID, etc.) bedeutet.
34	32	6	BAID	...mich über die Früherkennungsmöglichkeiten für Darmkrebs informiert.
18n	/	/	BAID	...mich über den Nutzen und die Genauigkeit der Untersuchungen informiert.
46n	/	/	BAID	...mich über mögliche Risiken und Nachteile der Untersuchungen informiert.
50	47	8	BAIG	...mich zu den Themen "Gesunder Lebensstil" und "Gesundheitsförderndes Verhalten" berät.
44n	/	/	BAIG	...mit mir über mein persönliches Risiko, eine Krebserkrankung zu entwickeln, spricht.
40	38	10	BAII	...mich über die für mich sinnvollen IGeL (Individuellen Gesundheitsleistungen) im Rahmen der Krebsvorsorge incl. der Kosten informiert.
56m	53	12	BAIL	...mir erklärt, welche Untersuchungen zur Krebsvorsorge dazugehören.
/	42	15	BAIR	...mich über die Risikofaktoren für die Entstehung verschiedener Krebsarten (z.B. Brustkrebs, Gebärmutterhalskrebs, Gebärmutterkörperkrebs, Eierstockkrebs, Darmkrebs) informiert.
54	51	17	BAIR	...mich über "HPV" (Humane Papilloma Viren = Auslöser von Gebärmutterhalskrebs) informiert.
48	45	42	BAIR	...mir erklärt, bei welchen Veränderungen / Symptomen an der Brust oder im Unterleib ich umgehend einen Untersuchungstermin vereinbaren soll.
58	55	56	BAIU	...mir sagt, in welcher Reihenfolge ich mich für die Untersuchung ent- und ankleiden soll.
26	24	68	BAIU	...mir erklärt und zeigt, wie ich meine Brust selbst richtig abtaste.
51	48	70	BAIU	...mir während der Untersuchung erklärt, was sie / er gerade macht bzw. als nächstes machen wird.
42	40	71	BAIU	...mir ermöglicht, beim Ultraschall auf dem Bildschirm mit zuschauen und mir erklärt, was sie / er sieht.
23n	/	/	BAIU	...mich über den Untersuchungsablauf informiert.
12	12	32	BASK	...mir den Kontakt zu anderen Ärzten vermittelt, falls eine weiterführende Behandlung oder Diagnostik notwendig ist wie z.B. eine Mammographie (Röntgen der Brust) oder eine Darmspiegelung.
31	29	21	BASKE	...mich bei der Entscheidung über die Inanspruchnahme der IGeL nicht unter Druck setzt.
6	6	23	BASKE	...freundlich und nett ist.
25	23	25	BASKE	...mir aufmerksam zuhört.

Nr. HU	Nr. VU	Nr. EB	Kategorie	Item-Text: <i>Mir ist es wichtig, dass meine Frauenärztin / mein Frauenarzt...</i>
16	16	26	BASKE	...meine geschilderten Probleme und Ängste ernst nimmt und sie nicht abtut oder runter spielt.
49	46	27	BASKE	...mir während des Gespräches in die Augen schaut.
2	2	28	BASKE	...mir zur Begrüßung und Verabschiedung die Hand gibt.
33	31	29	BASKE	...mich mit meinem Namen anspricht.
35	33	30	BASKE	...mich nicht drängt, über etwas zu sprechen, über das ich nicht reden möchte.
7	7	31	BASKE	...meine individuelle Krankengeschichte und bisherigen Befunde kennt.
17	17	37	BASKE	...auch auf wiederholt oder oft gestellte Fragen geduldig und ruhig antwortet.
43	41	41	BASKE	...sich nicht arrogant oder belehrend verhält.
38	36	44	BASKE	...zu erkennen gibt, dass ich mit ihr / ihm über alles reden kann.
19	18	52	BASKE	...keine Bemerkungen über meine Figur bzw. mein Gewicht macht, wenn sie / er mich nackt sieht.
27	25	33	BASKI	...Modelle und Bilder der weiblichen Geschlechtsorgane zur Hilfe nimmt, wenn sie / er mir etwas zur gynäkologischen Untersuchung / Diagnostik erklärt.
21	20	34	BASKI	...eine für mich verständliche Sprache benutzt und nicht nur medizinische Fachwörter verwendet.
15	15	36	BASKI	...sich nach dem Gespräch noch einmal vergewissert, ob ich alles verstanden habe.
20	19	59	BASKI	...vor der Untersuchung am Schreibtisch ein Gespräch mit mir führt.
9	9	63	BASKU	...die Untersuchungssituation durch ein zwangloses Gespräch (z.B. über das Wetter, Urlaub, o.ä.) auflockert.
55	52	65	BASKU	...keine anzüglichen oder zweideutigen Bemerkungen während der Untersuchung macht.
37	35	66	BASKU	...mir während der Untersuchung keine intimen privaten Fragen stellt.
4	4	69	BASKU	...mir offen und ehrlich sagt, wenn sie / er etwas Auffälliges bei der Untersuchung feststellt.
53	50	72	BASKU	...mich vorwarnt, wenn es bei der Untersuchung mal weh tun könnte.
30	28	73	BASKU	...mich während der Untersuchung nicht durch Äußerungen wie z.B. „Ach du lieber Gott!“ oder „Oh je, was ist das denn!“ verunsichert.
11	11	19	BASS	...mich berät, wenn ich Fragen und/oder Probleme bezüglich meiner Sexualität habe.
8	8	48	BASU	...keine kalten Hände bei der Untersuchung hat.
47	44	49	BASU	...vorsichtig, sanft und behutsam bei der Untersuchung vorgeht.
3	3	50	BASU	...mich nicht beobachtet, wenn ich nackt von der Umkleide zum Untersuchungsstuhl gehe.
39	37	53	BASU	...mir die Möglichkeit gibt, dass ich selbst das Untersuchungsinstrument in meine Scheide einführe.
28	26	54	BASU	...die Untersuchung unter- bzw. abbricht, wenn ich sage, dass es mir weh tut.
36	34	55	BASU	...mir einen Handspiegel anbietet, damit ich bei der Untersuchung zuschauen kann.
22	21	57	BASU	...meinen Unterleib und meine Brust nacheinander untersucht, so dass ich nicht komplett nackt bin sondern zur Hälfte angezogen bleiben kann.

Nr. HU	Nr. VU	Nr. EB	Kategorie	Item-Text: <i>Mir ist es wichtig, dass meine Frauenärztin / mein Frauenarzt...</i>
57	54	58	BASU	...mich vorwarnt ehe sie / er ein Untersuchungsinstrument in meinen Körper einführt.
14	14	76	BASU	...mich nicht warten lässt, wenn ich entkleidet auf dem Untersuchungsstuhl sitze.
29	27	74	BASU	...sich während der Untersuchung ausschließlich auf mich konzentriert und keine Störungen von außen zulässt (z.B. Telefonate, Unterbrechungen durch die Arzthelferin).
13	13	75	BASU	...sich ausreichend Zeit für eine gründliche und sorgfältige Untersuchung nimmt.
45	43	43	BASV	...sich ausreichend Zeit für ein Gespräch mit mir nimmt.
52	49	45	BASV	...mir anbietet, sie / ihn noch einmal zu kontaktieren, falls mir zu einem späteren Zeitpunkt noch wichtige Fragen einfallen sollten.
41	39	47	BASV	...sich während des Gesprächs ausschließlich auf mich konzentriert und keine Störungen von außen zulässt (z.B. Telefonate, Unterbrechungen durch die Arzthelferin).

8.5.2. Tab. 56 Reduzierte Items II:

A-priori-Komponente II „Betreuungsbedürfnisse bezogen auf die Arzthelferin“ (BB-AH)

Nr. HU	Nr. VU	Nr. EB	Kategorie	Item-Text: <i>Mir ist es wichtig, dass die Arzthelferin...</i>
59	56	77	BAHIL	...mir erklärt, wie oft ich an der Krebsvorsorge teilnehmen soll und wann der nächste Termin fällig ist.
64	61	78	BAHIP	...mich darüber informiert, wie lange es dauert, bis das Untersuchungsergebnis vorliegt.
66	63	86	BAHIP	...mir sagt, wie lange die Wartezeit bis zur Untersuchung sein wird, wenn ich zum Termin erscheine.
67	64	87	BAHSK	...mich freundlich mit einem Lächeln begrüßt.
65	62	88	BAHSK	...sich mir gegenüber höflich verhält, mich z.B. mit meinem Namen anspricht.
63	60	89	BAHSK	...mich vor der Untersuchung beruhigt, indem sie sich freundlich und zwanglos mit mir unterhält.
69	66	90	BAHSK	...einfühlsam und verständnisvoll auf meine Fragen und Wünsche reagiert.
61	58	91	BAHSK	...flexibel ist und entgegenkommend auf meine Wünsche reagiert.
62	59	81	BAHSS	...mich an meinen Termin zur Krebsvorsorge erinnert (z.B. per Anruf, Brief, E-Mail).
70	67	83	BAHSS	...für mich Termine bei anderen Ärzten zu weiteren Behandlungen vereinbart (z.B. Röntgen der Brust, Darmspiegelung, Operation).
68	65	84	BAHSS	...mir kurzfristig einen Termin zur Krebsvorsorge ermöglicht.
60	57	85	BAHSS	...für eine kurze Wartezeit in der Praxis sorgt.

8.5.3. Tab. 57 Reduzierte Items III:

A-priori-Komponente III "Bedürfnisse bezogen auf die Praxisorganisation und Praxisausstattung" (BB-P)

Nr. HU	Nr. VU	Nr. EB	Kategorie	Item-Text: <i>Mir ist es wichtig, dass...</i>
76	73	97	BPE	...die Praxis mit öffentlichen Verkehrsmitteln gut erreichbar ist.
80	77	98	BPE	...die Praxis mit dem Auto gut erreichbar ist und genügend Parkplätze zur Verfügung stehen.
73	70	99	BPI	...es eine Informationsbroschüre über Krebsvorsorgemöglichkeiten und das Leistungsangebot meiner Praxis gibt.
88	85	100	BPI	...es eine Praxis-Homepage im Internet gibt, auf der ich mich über Krebsvorsorgemöglichkeiten und das Leistungsangebot meiner Praxis informieren kann.
91	88	101	BPI	...es im Wartezimmer ein Praxis-TV gibt, das Informationsfilme über Krebsvorsorgemöglichkeiten und das Leistungsangebot meiner Praxis zeigt.
84	81	103	BPI	...im Wartezimmer Informationsposter zur Krebsvorsorge und anderen medizinischen Themen hängen.
71	68	93	BPP	...ich die Möglichkeit habe, mich zu einem selbst gewählten Zeitpunkt innerhalb der Sprechzeiten nach meinem Untersuchungsergebnis zu erkundigen.
77	74	96	BPP	...die Befundmitteilung zeitlich derart gestaltet ist, dass ich innerhalb eines Tages die Möglichkeit habe, bei Bedarf mit meiner Ärztin / meinem Arzt Rücksprache zu halten.
72	69	104	BPU	...modernste Untersuchungsgeräte eingesetzt werden.
85	82	105	BPU	...dass der Untersuchungsstuhl bequem und komfortabel ist.
75	72	106	BPU	...die Untersuchungsinstrumente angewärmt sind.
78	75	107	BPU	...die Umkleidekabine nicht einsehbar ist und ich beim Aus-/Anziehen unbeobachtet bin.
89	86	108	BPU	...der Umkleide- und Untersuchungsbereich sehr sauber sind.
83	80	109	BPU	...der Weg von der Umkleidekabine bis zum Untersuchungsstuhl möglichst kurz ist.
81	78	110	BPU	...ich auf dem Untersuchungsstuhl nicht vom Schreibtisch oder von der Türe aus gesehen werden kann.
82	79	111	BPU	...das Untersuchungszimmer warm und gut gelüftet ist.
86	83	112	BPU	...im Untersuchungszimmer dezente Hintergrundmusik vorhanden ist.
79	76	113	BPU	...im Untersuchungszimmer etwas vorhanden ist, das ich zur Ablenkung anschauen kann (z.B. Wand- oder Deckenbilder, Zimmerbrunnen).
74	71	115	BPW	...die Sitzgelegenheiten im Wartezimmer bequem sind.
87	84	116	BPW	...im Wartezimmer genügend aktuelle und nicht abgegriffene Zeitschriften vorhanden sind.
90	87	117	BPW	...im Wartezimmer dezente Hintergrundmusik vorhanden ist.

Anmerkungen: Nr. HU = Itemnummer in der Hauptuntersuchung, Nr. VU = Itemnummer in der Voruntersuchung, Nr. EB = Itemnummer in der Expertenbefragung, n = in die Liste der Hauptuntersuchung neu aufgenommenes Item, m = für die Hauptuntersuchung modifiziertes Item

8.6. Hauptuntersuchung

8.6.1. Fragebogen inkl. Instruktionsbeschreibung für die Probandinnen



UNIVERSITÄTS**medizin.**
MAINZ

Schwerpunkt Medizinische Psychologie und Medizinische Soziologie
Klinik und Poliklinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie

Studie

**Betreuungsbedürfnisse
von Patientinnen
im Rahmen der
gynäkologischen
Krebsvorsorgeuntersuchung**

Studien-ID:

Schwerpunkt Medizinische Psychologie und Medizinische Soziologie
Klinik und Poliklinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie
Universitätsmedizin der Johannes Gutenberg-Universität, Saarstraße 21, 55099 Mainz
Tel. (0 61 31) 39 259 39 Fr. Dr. S. Fischbeck, Fax (0 61 31) 39 227 50
Besucheranschrift: Duesbergweg 6, 55128 Mainz



Liebe Patientin,

als Medizinstudentin an der Universität Mainz führe ich im Rahmen meiner Doktorarbeit eine Studie zum Thema „Betreuungsbedürfnisse von Patientinnen im Rahmen der gynäkologischen Krebsvorsorgeuntersuchung“ durch.

Ziel dieser Arbeit ist es, die Krebsvorsorge im Hinblick auf die Bedürfnisse von Frauen aller Altersgruppen zu verbessern.

Mithilfe des vorliegenden Fragebogens möchte ich Ihre individuellen Bedürfnisse, Wünsche und Erwartungen erfassen und so herausfinden, „*was Frauen wollen*“, wenn sie zur Vorsorgeuntersuchung gehen.

Das Ausfüllen des Fragebogens wird ca. **20-30 Minuten** dauern und sollte **in der Praxis** erfolgen.

Die Teilnahme an der Studie ist selbstverständlich freiwillig und kann von Ihnen jederzeit ohne Angabe von Gründen und ohne dass Ihnen dadurch Nachteile entstehen abgelehnt werden.

Die erhobenen Daten werden anonym (also ohne Ihren Namen) ausgewertet und streng vertraulich behandelt.

Ihre Daten werden weder an Ihre Frauenärztin / Ihren Frauenarzt noch an andere Personen weitergegeben.

Bitte beachten Sie beim Ausfüllen des Fragebogens folgende Hinweise:

1. Bitte schreiben Sie **nicht** Ihren **Namen** auf den Fragebogen bzw. auf den Umschlag, um Probleme der Anonymisierung und des Datenschutzes zu vermeiden.
2. Bitte beantworten Sie sehr sorgfältig **jede** Frage.
3. Bitte kreuzen Sie **pro Frage** immer **nur eine Antwort** an.

4. Bei den Fragen zu den Betreuungsbedürfnissen entscheiden Sie bitte, wie wichtig es Ihnen persönlich ist, dass Sie diese Bedürfnisse erfüllt bekommen.

Hierzu steht Ihnen eine Antwortskala mit folgenden Möglichkeiten zur Verfügung:

- ist mir **nicht wichtig**
- ist mir **wenig wichtig**
- ist mir **mittelmäßig wichtig**
- ist mir **ziemlich wichtig**
- ist mir **sehr wichtig**

Bitte kreuzen Sie bei jeder Frage immer nur **eine** der möglichen Wichtigkeitsstufen an.

5. Bitte füllen Sie den Fragebogen ohne fremde Hilfe aus und beantworten Sie die Fragen ohne Ab- oder Rücksprache mit Ihrer Ärztin / Ihrem Arzt oder der Arzthelferin.
6. Nachdem Sie alle Fragen beantwortet haben, legen Sie den Fragebogen bitte in den beigegeführten Umschlag zurück, verschließen diesen und geben ihn bei der Arzthelferin ab.
- Diese wird ihn dann zur weiteren Bearbeitung und Auswertung an mich weiterleiten.

Mit dem Ausfüllen des Fragebogens und dem Abgeben des Umschlages erklären Sie automatisch Ihre freiwillige Teilnahme an der Studie.

Ich werde mit der Offenbarung Ihrer Bedürfnisse und Wünsche sehr sorgsam umgehen und bedanke mich vielmals, dass Sie durch Ihre Offenheit und Ehrlichkeit mithelfen, die Betreuung im Rahmen der Krebsvorsorge in deutschen Frauenarztpraxen zu verbessern!

Ganz herzlichen Dank für Ihre Mitarbeit und Unterstützung!

Yvonne Schiffhorst (cand. med.)

Medizinische Psychologie und Medizinische Soziologie
Klinik und Poliklinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie
Universitätsmedizin der Johannes Gutenberg-Universität, Saarstraße 21, 55099 Mainz
Tel. (0 61 31) 39 259 39, Fax (0 61 31) 39 227 50
Besucheranschrift: Duesbergweg 6, 55128 Mainz

Betreuungsbedürfnisse bezogen auf die Frauenärztin / den Frauenarzt

Mir ist es _____ wichtig, dass meine Frauenärztin / mein Frauenarzt...		nicht	wenig	mittelmäßig	ziemlich	sehr
1.	...mich über die Früherkennungsmöglichkeiten für Brustkrebs informiert.	<input type="checkbox"/>				
2.	...mir zur Begrüßung und Verabschiedung die Hand gibt.	<input type="checkbox"/>				
3.	...mich nicht beobachtet, wenn ich nackt von der Umkleide zum Untersuchungsstuhl gehe.	<input type="checkbox"/>				
4.	...mir offen und ehrlich sagt, wenn sie / er etwas Auffälliges bei der Untersuchung feststellt.	<input type="checkbox"/>				
5.	...mir erklärt, wann eine Mammographie (Röntgen der Brust) gemacht werden soll.	<input type="checkbox"/>				
6.	...freundlich und nett ist.	<input type="checkbox"/>				
7.	...meine individuelle Krankengeschichte und bisherigen Befunde kennt.	<input type="checkbox"/>				
8.	...keine kalten Hände bei der Untersuchung hat.	<input type="checkbox"/>				
9.	...die Untersuchungssituation durch ein zwangloses Gespräch (z.B. über das Wetter, Urlaub, o.ä.) auflockert.	<input type="checkbox"/>				
10.	...mich über die Früherkennungsmöglichkeiten für gynäkologische Krebsarten (z.B. Gebärmutterhalskrebs, Gebärmutterkörperkrebs, Eierstockkrebs) informiert.	<input type="checkbox"/>				
11.	...mich berät, wenn ich Fragen und/oder Probleme bezüglich meiner Sexualität habe.	<input type="checkbox"/>				
12.	...mir den Kontakt zu anderen Ärzten vermittelt, falls eine weiterführende Behandlung oder Diagnostik notwendig ist wie z.B. eine Mammographie (Röntgen der Brust) oder eine Darmspiegelung.	<input type="checkbox"/>				
13.	...sich ausreichend Zeit für eine gründliche und sorgfältige Untersuchung nimmt.	<input type="checkbox"/>				
14.	...mich nicht warten lässt, wenn ich entkleidet auf dem Untersuchungsstuhl sitze.	<input type="checkbox"/>				
15.	...sich nach dem Gespräch noch einmal vergewissert, ob ich alles verstanden habe.	<input type="checkbox"/>				
16.	...meine geschilderten Probleme und Ängste ernst nimmt und sie nicht abtut oder runterspielt.	<input type="checkbox"/>				
17.	...auch auf wiederholt oder oft gestellte Fragen geduldig und ruhig antwortet.	<input type="checkbox"/>				

Mir ist es _____ wichtig, dass meine Frauenärztin / mein Frauenarzt...		nicht	wenig	mittelmäßig	ziemlich	sehr
18.	...mich über den Nutzen und die Genauigkeit der Untersuchungen informiert.	<input type="checkbox"/>				
19.	...keine Bemerkungen über meine Figur bzw. mein Gewicht macht, wenn sie / er mich nackt sieht.	<input type="checkbox"/>				
20.	...vor der Untersuchung am Schreibtisch ein Gespräch mit mir führt.	<input type="checkbox"/>				
21.	...eine für mich verständliche Sprache benutzt und nicht nur medizinische Fachwörter verwendet.	<input type="checkbox"/>				
22.	...meinen Unterleib und meine Brust nacheinander untersucht, so dass ich nicht komplett nackt bin sondern zur Hälfte angezogen bleiben kann.	<input type="checkbox"/>				
23.	...mich über den Untersuchungsablauf informiert.	<input type="checkbox"/>				
24.	...mich über Vor- und Nachteile der Mammographie (Röntgen der Brust) informiert.	<input type="checkbox"/>				
25.	...mir aufmerksam zuhört.	<input type="checkbox"/>				
26.	...mir erklärt und zeigt, wie ich meine Brust selbst richtig abtaste.	<input type="checkbox"/>				
27.	...Modelle und Bilder der weiblichen Geschlechtsorgane zur Hilfe nimmt, wenn sie / er mir etwas zur gynäkologischen Untersuchung / Diagnostik erklärt.	<input type="checkbox"/>				
28.	...die Untersuchung unter- bzw. abbricht, wenn ich sage, dass es mir weh tut.	<input type="checkbox"/>				
29.	...sich während der Untersuchung ausschließlich auf mich konzentriert und keine Störungen von außen zulässt (z.B. Telefonate, Unterbrechungen durch die Arzthelferin).	<input type="checkbox"/>				
30.	...mich während der Untersuchung nicht durch Äußerungen wie z.B. „Ach du lieber Gott!“ oder „Oh je, was ist das denn!“ verunsichert.	<input type="checkbox"/>				
31.	...mich bei der Entscheidung über die Inanspruchnahme der IGeL (Individuellen Gesundheitsleistungen) nicht unter Druck setzt.	<input type="checkbox"/>				
32.	...mir erklärt, wie ein Pap-Test (Krebsabstrich vom Gebärmutterhals) durchgeführt wird und was sein Ergebnis (z.B. Pap I, Pap II, Pap IIID, etc.) bedeutet.	<input type="checkbox"/>				
33.	...mich mit meinem Namen anspricht.	<input type="checkbox"/>				

Mir ist es _____ wichtig, dass meine Frauenärztin / mein Frauenarzt...		nicht	wenig	mittelmäßig	ziemlich	sehr
34.	...mich über die Früherkennungsmöglichkeiten für Darmkrebs informiert.	<input type="checkbox"/>				
35.	...mich nicht drängt, über etwas zu sprechen, über das ich nicht reden möchte.	<input type="checkbox"/>				
36.	...mir einen Handspiegel anbietet, damit ich bei der Untersuchung zuschauen kann.	<input type="checkbox"/>				
37.	...mir während der Untersuchung keine intimen privaten Fragen stellt.	<input type="checkbox"/>				
38.	...zu erkennen gibt, dass ich mit ihr / ihm über alles reden kann.	<input type="checkbox"/>				
39.	...mir die Möglichkeit gibt, dass ich selbst das Untersuchungsinstrument in meine Scheide einführe.	<input type="checkbox"/>				
40.	...mich über die für mich sinnvollen IGeL (Individuellen Gesundheitsleistungen) im Rahmen der Krebsvorsorge incl. der Kosten informiert.	<input type="checkbox"/>				
41.	...sich während des Gesprächs ausschließlich auf mich konzentriert und keine Störungen von außen zulässt (z.B. Telefonate, Unterbrechungen durch die Arzthelferin).	<input type="checkbox"/>				
42.	...mir ermöglicht, beim Ultraschall auf dem Bildschirm mitzuschauen und mir erklärt, was zu sehen ist.	<input type="checkbox"/>				
43.	...sich nicht arrogant oder belehrend verhält.	<input type="checkbox"/>				
44.	...mit mir über mein persönliches Risiko, eine Krebserkrankung zu entwickeln, spricht.	<input type="checkbox"/>				
45.	...sich ausreichend Zeit für ein Gespräch mit mir nimmt.	<input type="checkbox"/>				
46.	...mich über mögliche Risiken und Nachteile der Untersuchungen informiert.	<input type="checkbox"/>				
47.	...vorsichtig, sanft und behutsam bei der Untersuchung vorgeht.	<input type="checkbox"/>				
48.	...mir erklärt, bei welchen Veränderungen / Symptomen an der Brust oder im Unterleib ich umgehend einen Untersuchungstermin vereinbaren sollte.	<input type="checkbox"/>				
49.	...mir während des Gespräches in die Augen schaut.	<input type="checkbox"/>				
50.	...mich zu den Themen "Gesunder Lebensstil" und "Gesundheitsförderndes Verhalten" berät.	<input type="checkbox"/>				
51.	...mir während der Untersuchung erklärt, was sie / er gerade macht bzw. als nächstes machen wird.	<input type="checkbox"/>				

Mir ist es _____ wichtig, dass meine Frauenärztin / mein Frauenarzt...		nicht	wenig	mittelmäßig	ziemlich	sehr
52.	...mir anbietet, sie / ihn noch einmal zu kontaktieren, falls mir zu einem späteren Zeitpunkt noch wichtige Fragen einfallen sollten.	<input type="checkbox"/>				
53.	...mich vorwarnt, wenn es bei der Untersuchung mal weh tun könnte.	<input type="checkbox"/>				
54.	...mich über "HPV" (Humane Papilloma Viren = Auslöser von Gebärmutterhalskrebs) informiert.	<input type="checkbox"/>				
55.	...keine anzüglichen oder zweideutigen Bemerkungen während der Untersuchung macht.	<input type="checkbox"/>				
56.	...mir erklärt, welche Untersuchungen zur Krebsvorsorge dazugehören.	<input type="checkbox"/>				
57.	...mich vorwarnt ehe sie / er ein Untersuchungsinstrument in meinen Körper einführt.	<input type="checkbox"/>				
58.	...mir sagt, in welcher Reihenfolge ich mich für die Untersuchung ent- und ankleiden soll.	<input type="checkbox"/>				

Betreuungsbedürfnisse bezogen auf die Arzthelferin(nen)

Mir ist es _____ wichtig, dass die Arzthelferin...		nicht	wenig	mittelmäßig	ziemlich	sehr
59.	...mir erklärt, wie oft ich an der Krebsvorsorge teilnehmen sollte und wann der nächste Termin fällig ist.	<input type="checkbox"/>				
60.	...für eine kurze Wartezeit in der Praxis sorgt.	<input type="checkbox"/>				
61.	...flexibel ist und entgegenkommend auf meine Wünsche reagiert.	<input type="checkbox"/>				
62.	...mich an meinen Termin zur Krebsvorsorge erinnert (z.B. per Anruf, Brief, E-Mail).	<input type="checkbox"/>				
63.	...mich vor der Untersuchung beruhigt, indem sie sich freundlich und zwanglos mit mir unterhält.	<input type="checkbox"/>				
64.	...mich darüber informiert, wie lange es dauert, bis das Untersuchungsergebnis vorliegt.	<input type="checkbox"/>				
65.	...sich mir gegenüber höflich verhält, mich z.B. mit meinem Namen anspricht.	<input type="checkbox"/>				

Mir ist es _____ wichtig, dass die Arzthelferin...		nicht	wenig	mittelmäßig	ziemlich	sehr
66.	...mir sagt, wie lange die Wartezeit bis zur Untersuchung sein wird, wenn ich zum Termin erscheine.	<input type="checkbox"/>				
67.	...mich freundlich mit einem Lächeln begrüßt.	<input type="checkbox"/>				
68.	...mir kurzfristig einen Termin zur Krebsvorsorge ermöglicht.	<input type="checkbox"/>				
69.	...einfühlsam und verständnisvoll auf meine Fragen und Wünsche reagiert.	<input type="checkbox"/>				
70.	...für mich Termine bei anderen Ärzten zu weiteren Behandlungen vereinbart (z.B. Röntgen der Brust, Darmspiegelung, Operation).	<input type="checkbox"/>				

Betreuungsbedürfnisse bezogen auf die Praxisorganisation und Praxisausstattung

Mir ist es _____ wichtig, dass...		nicht	wenig	mittelmäßig	ziemlich	sehr
71.	...ich die Möglichkeit habe, mich zu einem selbst gewählten Zeitpunkt innerhalb der Sprechzeiten nach meinem Untersuchungsergebnis zu erkundigen.	<input type="checkbox"/>				
72.	...modernste Untersuchungsgeräte eingesetzt werden.	<input type="checkbox"/>				
73.	...es eine Informationsbroschüre über Krebsvorsorgemöglichkeiten und das Leistungsangebot meiner Praxis gibt.	<input type="checkbox"/>				
74.	...die Sitzgelegenheiten im Wartezimmer bequem sind.	<input type="checkbox"/>				
75.	...die Untersuchungsinstrumente angewärmt sind.	<input type="checkbox"/>				
76.	...die Praxis mit öffentlichen Verkehrsmitteln gut erreichbar ist.	<input type="checkbox"/>				
77.	...die Befundmitteilung zeitlich derart gestaltet ist, dass ich innerhalb eines Tages die Möglichkeit habe, bei Bedarf mit meiner Ärztin / meinem Arzt Rücksprache zu halten.	<input type="checkbox"/>				
78.	...die Umkleidekabine nicht einsehbar ist und ich beim Aus-/Anziehen unbeobachtet bin.	<input type="checkbox"/>				

Mir ist es _____ wichtig, dass...	nicht	wenig	mittelmäßig	ziemlich	sehr
79. ...im Untersuchungszimmer etwas vorhanden ist, das ich zur Ablenkung während der Untersuchung anschauen kann (z.B. Wand- oder Deckenbilder, Zimmerbrunnen).	<input type="checkbox"/>				
80. ...die Praxis mit dem Auto gut erreichbar ist und genügend Parkplätze zur Verfügung stehen.	<input type="checkbox"/>				
81. ...ich auf dem Untersuchungsstuhl nicht vom Schreibtisch oder von der Türe aus gesehen werden kann.	<input type="checkbox"/>				
82. ...das Untersuchungszimmer warm und gut gelüftet ist.	<input type="checkbox"/>				
83. ...der Weg von der Umkleidekabine bis zum Untersuchungsstuhl möglichst kurz ist.	<input type="checkbox"/>				
84. ...im Wartezimmer Informationsposter zur Krebsvorsorge und zu anderen medizinischen Themen hängen.	<input type="checkbox"/>				
85. ...der Untersuchungsstuhl bequem und komfortabel ist.	<input type="checkbox"/>				
86. ...im Untersuchungszimmer dezente Hintergrundmusik vorhanden ist.	<input type="checkbox"/>				
87. ...im Wartezimmer genügend aktuelle und nicht abgegriffene Zeitschriften vorhanden sind.	<input type="checkbox"/>				
88. ...es eine Praxis-Homepage im Internet gibt, auf der ich mich über Krebsvorsorgemöglichkeiten und das Leistungsangebot meiner Praxis informieren kann.	<input type="checkbox"/>				
89. ...der Umkleide- und Untersuchungsbereich sehr sauber sind.	<input type="checkbox"/>				
90. ...im Wartezimmer dezente Hintergrundmusik vorhanden ist.	<input type="checkbox"/>				
91. ...es im Wartezimmer ein Praxis-TV gibt, das Informationsfilme über Krebsvorsorgemöglichkeiten und das Leistungsangebot meiner Praxis zeigt.	<input type="checkbox"/>				

Bitte geben Sie nun an, wie zufrieden Sie im Allgemeinen mit der Betreuung durch Ihre Frauenärztin / Ihren Frauenarzt und die Arzthelferin(nen) sowie mit der Praxisorganisation und –ausstattung im Rahmen der Krebsvorsorge sind.
 Kreuzen Sie bitte **jeweils** nur **eine** der folgenden Möglichkeiten an: „nicht zufrieden“, „wenig zufrieden“, „mittelmäßig zufrieden“, „ziemlich zufrieden“, „sehr zufrieden“.

	nicht zufrieden	wenig zufrieden	mittelmäßig zufrieden	ziemlich zufrieden	sehr zufrieden
Mit der Betreuung durch meine Frauenärztin / meinen Frauenarzt bin ich...	<input type="checkbox"/>				
Mit der Betreuung durch die Arzthelferin(nen) bin ich...	<input type="checkbox"/>				
Mit der Praxisorganisation und –ausstattung bin ich...	<input type="checkbox"/>				

Werden Sie derzeit durch eine Frauenärztin oder einen Frauenarzt betreut?

durch eine Frauenärztin

durch einen Frauenarzt

Fragen zur Informationsvermittlung

1. Möchten Sie durch Ihre Frauenarztpraxis an Ihren Krebsvorsorgetermin erinnert werden? Und wenn ja - auf welche Art und Weise?

Nein – ich möchte nicht an meinen Krebsvorsorgetermin erinnert werden.

Ja - ich möchte an meinen Krebsvorsorgetermin erinnert werden per...
(Bitte kreuzen Sie **eine** der nachfolgenden Möglichkeiten an.)

Brief.

Anruf.

Nachricht auf dem Anrufbeantworter.

E-Mail.

SMS (Kurzmitteilung auf dem Mobiltelefon).

Fax.

2. Auf welche Art und Weise möchten Sie über ein **auffälliges** (krankhaftes) Untersuchungsergebnis informiert werden?
Bitte kreuzen Sie **eine** der nachfolgenden Möglichkeiten an.

Wenn mein Untersuchungsergebnis auffällig ist, möchte ich dies mitgeteilt bekommen per...

Anruf meiner Frauenärztin / meines Frauenarztes.

Anruf der Arzthelferin.

Nachricht auf dem Anrufbeantworter.

Brief.

E-Mail.

SMS (Kurzmitteilung auf dem Mobiltelefon).

Fax.

persönlichem Gespräch mit meiner Frauenärztin / meinem Frauenarzt in der Praxis.

3. Möchten Sie auch dann über das Ergebnis Ihrer Krebsvorsorgeuntersuchung informiert werden, wenn dieses **unauffällig** ist? Und wenn ja – auf welche Art und Weise?

Nein - ein unauffälliges Ergebnis muss mir nicht mitgeteilt werden.

Ja - Ich möchte auch informiert werden, wenn mein Untersuchungsergebnis **unauffällig** ist. Die Mitteilung sollte erfolgen per...
(Bitte kreuzen Sie **eine** der nachfolgenden Möglichkeiten an.)

Anruf meiner Frauenärztin / meines Frauenarztes.

Anruf der Arzthelferin.

Nachricht auf dem Anrufbeantworter.

Brief.

E-Mail.

SMS (Kurzmitteilung auf dem Mobiltelefon).

Fax.

persönlichem Gespräch mit meiner Frauenärztin / meinem Frauenarzt in der Praxis.

4. Bitte geben Sie an, wie wichtig es Ihnen ist, schriftliches Informationsmaterial (Informationsbroschüren) zu Krebsvorsorge-bezogenen Themen zu erhalten. Wählen Sie hierbei bitte zu jedem Thema **eine** der folgenden Möglichkeiten aus: "*nicht wichtig*", "*wenig wichtig*", "*mittelmäßig wichtig*", "*ziemlich wichtig*", "*sehr wichtig*".

Informationsbroschüren zum Thema... ...sind mir...	nicht wichtig	wenig wichtig	mittelmäßig wichtig	ziemlich wichtig	sehr wichtig
...Inhalt und Umfang der Gesetzlichen Krebsvorsorgeuntersuchung...	<input type="checkbox"/>				
...Individuelle Gesundheitsleistungen (IGeL) im Zusammenhang mit der Krebsvorsorge...	<input type="checkbox"/>				
...Gebärmutterhalskrebs(-vorsorge) und Pap-Test (Krebsabstrich)...	<input type="checkbox"/>				
...Brustkrebs(-vorsorge)...	<input type="checkbox"/>				
...Humane Papillomaviren (HPV)...	<input type="checkbox"/>				
...Darmkrebs(-vorsorge)...	<input type="checkbox"/>				

5. Bitte geben Sie zudem an, auf welchem Wege Sie diese Informationsbroschüren erhalten möchten.

Entscheiden Sie sich hierbei bitte für **eine** der genannten Möglichkeiten.

Informationsbroschüren möchte ich...

- mir im Wartezimmer selbst aussuchen und mitnehmen können.
- durch die Arzthelferin ausgehändigt bekommen.
- durch meine Frauenärztin / meinen Frauenarzt ausgehändigt (und gegebenenfalls erläutert) bekommen.

6. Bitte geben Sie an, wie wichtig für Sie die Durchführung folgender IGeL (Individuelle Gesundheitsleistungen) ist.

Wählen Sie hierbei bitte bei jeder IGeL **eine** der folgenden Möglichkeiten aus: "nicht wichtig", "wenig wichtig", "mittelmäßig wichtig", "ziemlich wichtig", "sehr wichtig".

Die Durchführungist mir...	nicht wichtig		wenig wichtig		mittelmäßig wichtig		ziemlich wichtig		sehr wichtig	
...einer Ultraschalluntersuchung der Brust...		<input type="checkbox"/>									
...einer Ultraschalluntersuchung der Gebärmutter, Eierstöcke und Eileiter...		<input type="checkbox"/>									
...eines Dünnschichtzytologischen Abstrichs (verbesserter Krebsabstrich/Pap-Test)...		<input type="checkbox"/>									
...eines HPV-Testes (Humane Papillomaviren = Erreger von Gebärmutterhalskrebs)...		<input type="checkbox"/>									
...eines Immunologischen Stuhltests (verbesserter Test auf verstecktes Blut im Stuhl)...		<input type="checkbox"/>									

7. Bitte geben Sie an, in welchem Maße Sie über die Durchführung der IGeL (Individuelle Gesundheitsleistungen) mitentscheiden möchten.

Entscheiden Sie sich hierbei bitte nur für **eine** der genannten Antworten.

Ich möchte, dass meine Frauenärztin / mein Frauenarzt...

- ...mich über die möglichen IGeL informiert und dann **gemeinsam mit mir** entscheidet, welche bei mir durchgeführt werden. (**WIR** entscheiden)
- ...mich über die möglichen IGeL informiert und dann **für mich** entscheidet, welche bei mir durchgeführt werden. (**SIE / ER** entscheidet)
- ...mich über die möglichen IGeL informiert und **mir** dann **alleine** die Entscheidung überlässt, welche ich durchführen lassen möchte. (**ICH** entscheide)

8. Bitte geben Sie an, wie wichtig für Sie die unterschiedlichen Themen im Bereich "Gesunder Lebensstil" und "Gesundheitsförderndes Verhalten" sind, über die Sie Ihre Frauenärztin / Ihr Frauenarzt im Rahmen der Krebsvorsorge beraten könnte. Entscheiden Sie sich bitte bei jedem Thema für **eine** der folgenden Möglichkeiten: "nicht wichtig", "wenig wichtig", "mittelmäßig wichtig", "ziemlich wichtig", "sehr wichtig".

Die Beratung zum Themaist mir...				
	nicht wichtig	wenig wichtig	mittelmäßig wichtig	ziemlich wichtig	sehr wichtig
...stärkende Maßnahmen für das Immunsystem ...	<input type="checkbox"/>				
...gesunde Ernährung...	<input type="checkbox"/>				
...Nahrungsergänzungspräparate (z.B. Vitamintabletten, Eiweißpulver, u.ä.)...	<input type="checkbox"/>				
...Sport, Bewegung, Fitness...	<input type="checkbox"/>				
...Erlangen und Erhalten eines gesunden Körpergewichtes...	<input type="checkbox"/>				
...Stressbewältigung und Entspannungsverfahren...	<input type="checkbox"/>				

9. Bitte geben Sie an, ob Sie bei der gynäkologischen Vorsorgeuntersuchung eine Arzthelferin dabei haben möchten oder nicht. Entscheiden Sie sich bitte für **eine** der genannten Antworten.

Während der Untersuchung möchte ich, dass...

- eine Arzthelferin anwesend ist.
- keine** Arzthelferin anwesend ist.
- Mir ist es **egal**, ob bei der Untersuchung eine Arzthelferin anwesend ist.

10. Bitte geben Sie an, ob Sie lieber durch eine Frauenärztin oder einen Frauenarzt beraten und untersucht werden möchten. Entscheiden Sie sich bitte für **eine** der genannten Antworten.

Beraten und untersucht werden möchte ich bevorzugt durch...

- eine Frauenärztin
- einen Frauenarzt
- Mir ist es **egal**, ob mich eine Frauenärztin oder ein -arzt berät und untersucht.

Fragen zu Kontrollüberzeugungen zu Krankheit und Gesundheit

(nach dem KKG-Fragebogen von Dr. A. Lohaus u. Dr. G. Schmitt, erschienen im Hogrefe-Verlag)

Im Folgenden finden Sie Aussagen, die Ihr körperliches Wohlbefinden betreffen. Bitte entscheiden Sie, in welchem Ausmaß die Aussagen auf Sie zutreffen oder nicht.

Entscheiden Sie sich bitte bei jeder Aussage für **eine** der folgenden Möglichkeiten:

"trifft sehr zu", "trifft zu", "trifft etwas zu", "trifft eher nicht zu", "trifft nicht zu",
„trifft gar nicht zu“.

	trifft sehr zu	trifft zu	trifft etwas zu	trifft eher nicht zu	trifft nicht zu	trifft gar nicht zu
1. Wenn ich mich körperlich nicht wohl fühle, dann habe ich mir das selbst zuzuschreiben.	<input type="checkbox"/>					
2. Wenn ich Beschwerden habe, suche ich gewöhnlich einen Arzt auf.	<input type="checkbox"/>					
3. Ob meine Beschwerden länger andauern, hängt vor allem vom Zufall ab.	<input type="checkbox"/>					
4. Wenn ich mich körperlich wohl fühle, dann verdanke ich dies vor allem den Ratschlägen und Hilfen anderer.	<input type="checkbox"/>					
5. Wenn bei mir Beschwerden auftreten, dann habe ich nicht genügend auf mich aufgepasst.	<input type="checkbox"/>					
6. Wenn ich Beschwerden habe, frage ich andere um Rat.	<input type="checkbox"/>					
7. Körperliche Beschwerden lassen sich nicht beeinflussen: Wenn ich Pech habe, sind sie plötzlich da.	<input type="checkbox"/>					
8. Wenn ich auf mich achte, bekomme ich keine Beschwerden.	<input type="checkbox"/>					
9. Wenn es das Schicksal so will, dann bekomme ich körperliche Beschwerden.	<input type="checkbox"/>					
10. Wenn bei mir Beschwerden auftreten, bitte ich einen Fachmann, mir zu helfen.	<input type="checkbox"/>					
11. Ob es mir gut geht oder nicht, lässt sich nicht beeinflussen.	<input type="checkbox"/>					
12. Wenn ich keinen guten Arzt habe, habe ich häufiger unter Beschwerden zu leiden.	<input type="checkbox"/>					
13. Ob Beschwerden wieder verschwinden, hängt vor allem davon ab, ob ich Glück habe oder nicht.	<input type="checkbox"/>					

		trifft sehr zu	trifft zu	trifft etwas zu	trifft eher nicht zu	trifft nicht zu	trifft gar nicht zu
14.	Ich kann Beschwerden vermeiden, indem ich mich von anderen beraten lasse.	<input type="checkbox"/>					
15.	Ich verdanke es meinem Schicksal, wenn Beschwerden wieder verschwinden.	<input type="checkbox"/>					
16.	Wenn ich genügend über mich weiß, kann ich mir bei Beschwerden selbst helfen.	<input type="checkbox"/>					
17.	Wenn ich Beschwerden habe, weiß ich, dass ich mir selbst helfen kann.	<input type="checkbox"/>					
18.	Es liegt an mir, wenn meine Beschwerden nachlassen.	<input type="checkbox"/>					
19.	Ich bin der Meinung, dass Glück und Zufall eine große Rolle für mein körperliches Befinden spielen.	<input type="checkbox"/>					
20.	Wenn ich mich unwohl fühle, wissen andere am besten, was mir fehlt.	<input type="checkbox"/>					
21.	Es liegt an mir, mich vor meinen Beschwerden zu schützen.	<input type="checkbox"/>					

Bitte beantworten Sie abschließend noch ein paar Fragen zu Ihrer Person sowie zu Ihrem Schulabschluss und Ihrer Berufsausbildung.
Kreuzen Sie hierzu jeweils die für Sie zutreffende Antwort an bzw. tragen Sie die passende Antwort in dem freien Feld ein.

Angaben zu Ihrer Person

1. Wie alt sind Sie?

_____ Jahre
(bitte eintragen)

2. Wie ist Ihr aktueller Familienstand?

ledig / Single

geschieden

in fester, nicht-ehelicher
Partnerschaft lebend

getrennt lebend

verheiratet

verwitwet

3. Welchen höchsten Schulabschluss haben Sie? (Bitte nur eine Antwort ankreuzen.)

- noch in der Schule
- Schulabgang ohne Hauptschulabschluss
- Hauptschulabschluss / Volksschulabschluss
- Realschulabschluss (Mittlere Reife)
- Abschluss der Polytechnischen Oberschule (POS), 10. Klasse
(vor 1965: 8. Klasse)
- Fachabitur / Abitur (Allgemeine Hochschulreife)
- anderer Schulabschluss: _____
(gegebenenfalls bitte eintragen)

4. Welchen höchsten beruflichen Abschluss haben Sie? (Bitte nur eine Antwort ankreuzen.)

- zurzeit in beruflicher Ausbildung (Azubi, Studentin)
- keinen beruflichen Abschluss / nicht in beruflicher Ausbildung
- beruflich-betriebliche Berufsausbildung (Lehre)
- beruflich-schulische Ausbildung (Berufsfachschule, Handelsschule)
- Ausbildung an Fachschule, Meisterschule, Technikerschule,
Berufs- oder Fachakademie
- Fachhochschulabschluss (FH)
- Hochschulabschluss (Universität)
- anderer Abschluss: _____
(gegebenenfalls bitte eintragen)

5. Wie ist Ihre aktuelle Erwerbssituation?

- vollzeit-erwerbstätig (35 Stunden und mehr pro Woche)
- teilzeit-erwerbstätig (15-34 Stunden pro Woche)
- teilzeit- oder stundenweise erwerbstätig (weniger als 15 Stunden pro Woche)
- Mutterschafts-/Erziehungsurlaub oder sonstige Beurlaubung
- Auszubildende / Lehrling / Umschülerin
- zurzeit nicht erwerbstätig (Bitte kreuzen Sie den für Sie passenden Grund an.)
 - Schülerin
 - Studentin (nicht gegen Geld arbeitend)
 - Rentnerin / im Vorruhestand
 - zurzeit arbeitslos / Null-Kurzarbeit
 - Hausfrau
 - aus anderen Gründen nicht erwerbstätig

Sollten Sie noch Anmerkungen zu diesem Fragebogen haben, können Sie diese nachfolgend gerne ergänzen.
Wir freuen uns über jeden Hinweis Ihrerseits!

Herzlichen Dank für Ihre Mitarbeit und Unterstützung!

8.6.2. Liste der Facharztpraxen

An der Datenerhebung im Rahmen der durchgeführten Studie nahmen die folgenden gynäkologischen Facharztpraxen teil:

in Rheinland-Pfalz:

- Herr Dr. med. [REDACTED] / Frau Dr. med. [REDACTED] Mainz
- Herr Dr. med. [REDACTED] Mainz
- Frau Dr. med. [REDACTED], Mainz
- Herr [REDACTED] Hachenburg

in Hessen:

- Herr Dr. med. [REDACTED], Wiesbaden
- Frau Dr. med. [REDACTED] Wiesbaden
- Frau Dr. med. [REDACTED], Wiesbaden
- Frau Dr. med. [REDACTED] Wiesbaden
- Frau Dr. med. [REDACTED] Wiesbaden

in Nordrhein-Westfalen:

- MVZ MedPlus Krefeld: Herr Dr. med. [REDACTED] / Frau Dr. med. [REDACTED] /
Herr Dr. med. [REDACTED] / Frau [REDACTED] / Frau [REDACTED]

Jede Praxis erhielt 100 Fragebögen zur Ausgabe an die betreuten Patientinnen.

8.6.3. Instruktionsbeschreibung für die Arzthelferinnen



UNIVERSITÄTSmedizin.
MAINZ

Schwerpunkt Medizinische Psychologie und Medizinische Soziologie
Klinik und Poliklinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie

Liebes Praxisteam,

als Medizinstudentin an der Universität Mainz führe ich im Rahmen meiner Doktorarbeit eine Studie zum Thema „Betreuungsbedürfnisse von Patientinnen im Rahmen der gynäkologischen Krebsvorsorgeuntersuchung“ durch.

Ziel dieser Arbeit ist es, die Krebsvorsorge im Hinblick auf Bedürfnisse und Wünsche der teilnehmenden Frauen zu optimieren und dadurch die regelmäßige Inanspruchnahme der Vorsorgeuntersuchung langfristig zu verbessern.

Hierzu ist ein spezieller Fragebogen entwickelt worden, der die unterschiedlichen Bedürfnisse, Wünsche und Erwartungen, die Frauen bezogen auf ihre Frauenärztin / ihren Frauenarzt, die Arzthelferinnen sowie die Praxisorganisation und Praxisausstattung haben, erfassen soll.

Sie erhalten von mir 100 Fragebögen zur Ausgabe an die Patientinnen Ihrer Praxis.

Bitte fragen Sie **jede** Patientin (**Ausnahme:** Patientinnen mit mangelnden Deutschkenntnissen und Patientinnen mit sprachlichen oder schriftlichen Verständnisschwierigkeiten), die zur Krebsfrüherkennungsuntersuchung (Krebsvorsorge) kommt, ob sie bereit ist, an der Studie teilzunehmen, indem sie sich 20-30 Minuten Zeit nimmt und einen Fragebogen ausfüllt.

Bitte weisen Sie die Patientin auch darauf hin, dass die Teilnahme freiwillig ist und ihr keine Nachteile entstehen, wenn sie den Fragebogen nicht ausfüllen möchte.

Ist die Patientin mit der Teilnahme an der Studie einverstanden, so händigen Sie ihr einen Fragebogen plus Umschlag aus und bitten sie, den Fragebogen in der Praxis **vollständig** auszufüllen und anschließend im verschlossenen Umschlag an Sie zurückzugeben.

1

Schwerpunkt Medizinische Psychologie und Medizinische Soziologie
Klinik und Poliklinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie
Universitätsmedizin der Johannes Gutenberg-Universität, Saarstraße 21, 55099 Mainz
Tel. (0 61 31) 39 259 39 Fr. Dr. S. Fischbeck, Fax (0 61 31) 39 227 50
Besucheranschrift: Duesbergweg 6, 55128 Mainz

Wichtig ist, dass die Fragebögen in der Praxis ausgefüllt werden und die Patientinnen sie nicht mit nach Hause nehmen.

Bitte sammeln Sie die ausgefüllten Fragebögen in dem mitgebrachten Karton. Ich werde mich zwischendurch bei Ihnen in der Praxis melden und die Bögen nach Absprache wieder abholen.

Sollten im Laufe der Studie irgendwelche Fragen oder Probleme auftauchen, so wenden Sie sich bitte jederzeit an mich (**Mobil:** [REDACTED], **Festnetz:** [REDACTED], **E-Mail:** [REDACTED]).

Aus eigener - mittlerweile 10 jähriger – Erfahrung als Mitarbeiterin in einer gynäkologischen Praxis ist mir bewusst, wie stressig und hektisch es manchmal in der Praxis (gerade an der Anmeldung) zugehen kann. Daher weiß ich durchaus auch, dass die Ausgabe der Fragebögen an Ihre Patientinnen für Sie einen zusätzlichen Aufwand darstellt.

Trotzdem möchte ich Sie bitten, sich die Zeit zu nehmen und Ihren Patientinnen die Teilnahme an der Studie und das sorgfältige Ausfüllen der Fragebögen ans Herz zu legen.

Durch Ihr Engagement können Sie erheblich dazu beitragen, die individuelle Patientenbetreuung sowie die Inanspruchnahme der gynäkologischen Krebsvorsorgeuntersuchung in Deutschland zu verbessern.

Ganz herzlichen Dank für Ihre Mitarbeit und Unterstützung!

Yvonne Schiffhorst (cand. med.)

Sie erhalten im Rahmen der Studie für Ihre Praxis:

- 100 Fragebögen inkl. Briefumschläge
- 1 Muster-Fragebogen (für Sie zur Ansicht)

2

Schwerpunkt Medizinische Psychologie und Medizinische Soziologie
Klinik und Poliklinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie
Universitätsmedizin der Johannes Gutenberg-Universität, Saarstraße 21, 55099 Mainz
Tel. (0 61 31) 39 259 39 Fr. Dr. S. Fischbeck, Fax (0 61 31) 39 227 50
Besucheranschrift: Duesbergweg 6, 55128 Mainz

8.7. Befunde der Hauptuntersuchung auf Itemniveau

8.7.1. Tab.58 Deskriptive Statistiken der Betreuungsbedürfnis-Items bezogen auf den Arzt

IN	Itemtext	WICHTIGKEITSGRAD					M	SD	N
		absolute Häufigkeiten relative Häufigkeiten							
	<i>Mir ist es _____ wichtig, dass meine Frauenärztin / mein Frauenarzt...</i>	1	2	3	4	5			
A1	...mich über die Früherkennungsmöglichkeiten für Brustkrebs informiert.	743 77,3%	175 18,2%	35 3,6%	4 0,4%	4 0,4%	1,28	0,59	961
A2	...mir zur Begrüßung und Verabschiedung die Hand gibt.	199 20,8%	265 27,7%	288 30,1%	107 11,2%	98 10,2%	2,62	1,22	957
A3	...mich nicht beobachtet, wenn ich nackt von der Umkleide zum Untersuchungsstuhl gehe.	246 26,0%	191 20,0%	227 23,7%	177 18,5%	112 11,7%	2,70	1,34	956
A4	...mir offen und ehrlich sagt, wenn sie / er etwas Auffälliges bei der Untersuchung feststellt.	921 95,9%	37 3,9%	2 0,2%	0 0,0%	0 0,0%	1,04	0,21	960
A5	...mir erklärt, wann eine Mammographie (Röntgen der Brust) gemacht werden soll.	788 82,0%	140 14,6%	29 3,0%	2 0,2%	2 0,2%	1,22	0,52	961
A6	...freundlich und nett ist.	666 69,4%	263 27,4%	26 2,7%	3 0,3%	1 0,1%	1,34	0,56	959
A7	...meine individuelle Krankengeschichte und bisherigen Befunde kennt.	650 67,7%	261 27,2%	35 3,6%	10 1,0%	4 0,4%	1,39	0,65	960
A8	...keine kalten Hände bei der Untersuchung hat.	83 8,7%	216 22,6%	337 35,2%	207 21,6%	114 11,9%	3,06	1,12	957
A9	...die Untersuchungssituation durch ein zwangloses Gespräch (z.B. über das Wetter, Urlaub, o.ä.) auflockert.	81 8,5%	224 23,4%	355 37,1%	198 20,7%	100 10,4%	3,01	1,09	958
A10	...mich über die Früherkennungsmöglichkeiten für gynäkologische Krebsarten (z.B. Gebärmutterhalskrebs, Gebärmutterkörperkrebs, Eierstockkrebs) informiert.	713 74,3%	202 21,1%	36 3,8%	5 0,5%	3 0,3%	1,31	0,60	959

IN	Itemtext	WICHTIGKEITSGRAD					M	SD	N
		absolute Häufigkeiten relative Häufigkeiten							
	<i>Mir ist es _____ wichtig, dass meine Frauenärztin / mein Frauenarzt...</i>	1	2	3	4	5			
A11	...mich berät, wenn ich Fragen und/oder Probleme bezüglich meiner Sexualität habe.	359 37,5%	345 36,0%	164 17,1%	48 5,0%	42 4,4%	2,03	1,07	958
A12	...mir den Kontakt zu anderen Ärzten vermittelt, falls eine weiterführende Behandlung oder Diagnostik notwendig ist wie z.B. eine Mammographie (Röntgen der Brust) oder eine Darmspiegelung.	665 69,3%	249 25,9%	36 3,8%	8 0,8%	2 0,2%	1,37	0,62	960
A13	...sich ausreichend Zeit für eine gründliche und sorgfältige Untersuchung nimmt.	836 87,0%	120 12,5%	4 0,4%	1 0,1%	0 0,0%	1,14	0,36	961
A14	...mich nicht warten lässt, wenn ich entkleidet auf dem Untersuchungsstuhl sitze.	434 45,3%	354 36,9%	139 14,5%	28 2,9%	4 0,4%	1,76	0,84	959
A15	...sich nach dem Gespräch noch einmal vergewissert, ob ich alles verstanden habe.	391 40,8%	391 40,8%	139 14,5%	28 2,9%	9 0,9%	1,82	0,85	958
A16	...meine geschilderten Probleme und Ängste ernst nimmt und sie nicht abtut oder runter spielt.	704 73,6%	235 24,6%	15 1,6%	3 0,3%	0 0,0%	1,29	0,51	957
A17	...auch auf wiederholt oder oft gestellte Fragen geduldig und ruhig antwortet.	510 53,3%	373 39,0%	65 6,8%	9 0,9%	0 0,0%	1,55	0,66	957
A18	...mich über den Nutzen und die Genauigkeit der Untersuchungen informiert.	485 50,6%	408 42,6%	60 6,3%	3 0,3%	2 0,2%	1,57	0,64	958
A19	...keine Bemerkungen über meine Figur bzw. mein Gewicht macht, wenn sie / er mich nackt sieht.	365 38,3%	237 24,8%	203 21,3%	104 10,9%	45 4,7%	2,19	1,19	954
A20	...vor der Untersuchung am Schreibtisch ein Gespräch mit mir führt.	340 35,7%	320 33,6%	208 21,8%	62 6,5%	23 2,4%	2,06	1,02	953
A21	...eine für mich verständliche Sprache benutzt und nicht nur medizinische Fachwörter verwendet.	509 53,1%	346 36,1%	81 8,5%	14 1,5%	8 0,8%	1,61	0,77	958

IN	Itemtext	WICHTIGKEITSGRAD					M	SD	N
		absolute Häufigkeiten		relative Häufigkeiten					
	<i>Mir ist es _____ wichtig, dass meine Frauenärztin / mein Frauenarzt...</i>	1	2	3	4	5			
A22	...meinen Unterleib und meine Brust nacheinander untersucht, so dass ich nicht komplett nackt bin sondern zur Hälfte angezogen bleiben kann.	380 39,7%	307 32,1%	160 16,7%	66 6,6%	44 4,4%	2,05	1,12	957
A23	...mich über den Untersuchungsablauf informiert.	430 44,9%	397 41,4%	104 10,9%	19 2,0%	8 0,8%	1,72	0,80	958
A24	...mich über Vor- und Nachteile der Mammographie (Röntgen der Brust) informiert.	597 62,3%	293 30,6%	61 6,4%	4 0,4%	3 0,3%	1,46	0,66	958
A25	...mir aufmerksam zuhört.	697 72,8%	247 25,8%	13 1,4%	0 0,0%	0 0,0%	1,29	0,48	957
A26	...mir erklärt und zeigt, wie ich meine Brust selbst richtig abtaste.	510 53,2%	334 34,9%	90 9,4%	19 2,0%	5 0,5%	1,62	0,78	958
A27	...Modelle und Bilder der weiblichen Geschlechtsorgane zur Hilfe nimmt, wenn sie / er mir etwas zur gynäkologischen Untersuchung / Diagnostik erklärt.	166 17,4%	296 31,0%	347 36,3%	109 11,4%	37 3,9%	2,53	1,03	955
A28	...die Untersuchung unter- bzw. abbricht, wenn ich sage, dass es mir weh tut.	505 52,8%	327 34,2%	97 10,1%	19 2,0%	8 0,8%	1,64	0,81	956
A29	...sich während der Untersuchung ausschließlich auf mich konzentriert und keine Störungen von außen zulässt (z.B. Telefonate, Unterbrechungen durch die Arzthelferin).	499 52,1%	332 34,7%	100 10,4%	20 2,1%	7 0,7%	1,65	0,81	958
A30	...mich während der Untersuchung nicht durch Äußerungen wie z.B. „Ach du lieber Gott!“ oder „Oh je, was ist das denn!“ verunsichert.	601 62,9%	247 25,9%	85 8,9%	13 1,4%	9 0,9%	1,52	0,79	955
A31	...mich bei der Entscheidung über die Inanspruchnahme der IGeL (Individuellen Gesundheitsleistungen) nicht unter Druck setzt.	494 51,9%	319 33,5%	111 11,7%	18 1,9%	9 0,9%	1,66	0,83	951
A32	...mir erklärt, wie ein Pap-Test (Krebsabstrich vom Gebärmutterhals) durchgeführt wird und was sein Ergebnis (z.B. Pap I, Pap II, Pap IIID, etc.) bedeutet.	521 54,6%	308 32,3%	99 10,4%	18 1,9%	9 0,9%	1,62	0,82	955
A33	...mich mit meinem Namen anspricht.	361 37,8%	350 36,6%	181 18,9%	45 4,7%	19 2,0%	1,97	0,97	956

IN	Itemtext	WICHTIGKEITSGRAD					M	SD	N
		absolute Häufigkeiten relative Häufigkeiten							
	<i>Mir ist es _____ wichtig, dass meine Frauenärztin / mein Frauenarzt...</i>	1	2	3	4	5			
A34	...mich über die Früherkennungsmöglichkeiten für Darmkrebs informiert.	539 56,3%	298 31,1%	102 10,6%	9 0,9%	10 1,0%	1,59	0,80	958
A35	...mich nicht drängt, über etwas zu sprechen, über das ich nicht reden möchte.	334 35,0%	368 38,5%	193 20,2%	50 5,2%	10 1,0%	1,99	0,93	955
A36	...mir einen Handspiegel anbietet, damit ich bei der Untersuchung zuschauen kann.	18 1,9%	47 4,9%	225 23,6%	280 29,3%	385 40,3%	4,01	1,00	955
A37	...mir während der Untersuchung keine intimen privaten Fragen stellt.	211 22,1%	198 20,7%	301 31,5%	161 16,9%	84 8,8%	2,70	1,23	955
A38	...zu erkennen gibt, dass ich mit ihr / ihm über alles reden kann.	441 46,2%	353 37,0%	128 13,4%	20 2,1%	13 1,4%	1,75	0,86	955
A39	...mir die Möglichkeit gibt, dass ich selbst das Untersuchungsinstrument in meine Scheide einführe.	9 0,9%	15 1,6%	107 11,2%	245 25,7%	577 60,5%	4,43	0,82	953
A40	...mich über die für mich sinnvollen IGeL (Individuellen Gesundheitsleistungen) im Rahmen der Krebsvorsorge incl. der Kosten informiert.	413 43,4%	331 34,8%	147 15,4%	38 4,0%	23 2,4%	1,87	0,98	952
A41	...sich während des Gesprächs ausschließlich auf mich konzentriert und keine Störungen von außen zulässt (z.B. Telefonate, Unterbrechungen durch die Arzthelferin).	438 46,0%	354 37,1%	122 12,8%	25 2,6%	14 1,5%	1,76	0,88	953
A42	...mir ermöglicht, beim Ultraschall auf dem Bildschirm mit zuschauen und mir erklärt, was zu sehen ist.	582 60,9%	304 31,8%	51 5,3%	14 1,5%	5 0,5%	1,49	0,71	956
A43	...sich nicht arrogant oder belehrend verhält.	637 66,7%	244 25,5%	53 5,5%	14 1,5%	7 0,7%	1,44	0,73	955
A44	...mit mir über mein persönliches Risiko, eine Krebserkrankung zu entwickeln, spricht.	628 65,8%	266 27,9%	50 5,2%	6 0,6%	5 0,5%	1,42	0,67	955
A45	...sich ausreichend Zeit für ein Gespräch mit mir nimmt.	669 69,9%	263 27,5%	23 2,4%	1 0,1%	1 0,1%	1,33	0,54	957

IN	Itemtext	WICHTIGKEITSGRAD					M	SD	N
		absolute Häufigkeiten relative Häufigkeiten							
	<i>Mir ist es _____ wichtig, dass meine Frauenärztin / mein Frauenarzt...</i>	1	2	3	4	5			
A46	...mich über mögliche Risiken und Nachteile der Untersuchungen informiert.	633 66,2%	298 31,2%	20 2,1%	2 0,2%	3 0,3%	1,37	0,57	956
A47	...vorsichtig, sanft und behutsam bei der Untersuchung vorgeht.	643 67,3%	275 28,8%	35 3,7%	1 0,1%	1 0,1%	1,37	0,57	955
A48	...mir erklärt, bei welchen Veränderungen / Symptomen an der Brust oder im Unterleib ich umgehend einen Untersuchungstermin vereinbaren sollte.	723 75,8%	206 21,6%	20 2,1%	4 0,4%	1 0,1%	1,27	0,53	954
A49	...mir während des Gespräches in die Augen schaut.	272 28,5%	367 38,5%	226 23,7%	59 6,2%	30 3,1%	2,17	1,01	954
A50	...mich zu den Themen "Gesunder Lebensstil" und "Gesundheitsförderndes Verhalten" berät.	133 13,9%	286 29,9%	347 36,3%	132 13,8%	57 6,0%	2,68	1,06	955
A51	...mir während der Untersuchung erklärt, was sie / er gerade macht bzw. als nächstes machen wird.	334 34,9%	386 40,4%	192 20,1%	28 2,9%	16 1,7%	1,96	0,90	956
A52	...mir anbietet, sie / ihn noch einmal zu kontaktieren, falls mir zu einem späteren Zeitpunkt noch wichtige Fragen einfallen sollten.	295 31,0%	427 44,9%	184 19,3%	32 3,4%	13 1,4%	1,99	0,87	951
A53	...mich vorwarnt, wenn es bei der Untersuchung mal weh tun könnte.	434 45,5%	412 43,2%	92 9,7%	8 0,8%	7 0,7%	1,68	0,74	953
A54	...mich über "HPV" (Humane Papilloma Viren = Auslöser von Gebärmutterhalskrebs) informiert.	484 50,8%	319 33,5%	113 11,9%	23 2,4%	13 1,4%	1,70	0,87	952
A55	...keine anzüglichen oder zweideutigen Bemerkungen während der Untersuchung macht.	625 65,8%	231 24,3%	70 7,4%	16 1,7%	8 0,8%	1,47	0,77	950
A56	...mir erklärt, welche Untersuchungen zur Krebsvorsorge dazugehören.	572 60,1%	308 32,4%	60 6,3%	7 0,7%	4 0,4%	1,49	0,69	951
A57	...mich vorwarnt, ehe sie / er ein Untersuchungsinstrument in meinen Körper einführt.	421 44,2%	332 34,9%	159 16,7%	27 2,8%	13 1,4%	1,82	0,90	952

IN	Itemtext	WICHTIGKEITSGRAD					M	SD	N
		absolute Häufigkeiten relative Häufigkeiten							
	<i>Mir ist es _____ wichtig, dass meine Frauenärztin / mein Frauenarzt...</i>	1	2	3	4	5			
A58	...mir sagt, in welcher Reihenfolge ich mich für die Untersuchung ent- und ankleiden soll.	332 34,9%	346 36,4%	191 20,1%	47 4,9%	34 3,6%	2,06	1,03	950

Anmerkungen: IN = Item-Nummer in der Hauptuntersuchung, M = Mittelwert, SD = Standardabweichung, N = Anzahl der auswertbaren Fragebögen zum jeweiligen Item; Angabe der relativen Häufigkeiten in gültigen Prozenten; Verbalanker der Antwortskalierung: 1 = sehr wichtig, 2 = ziemlich wichtig, 3 = mittelmäßig wichtig, 4 = wenig wichtig, 5 = nicht wichtig

8.7.2. Tab. 59 Deskriptive Statistiken der Betreuungsbedürfnis-Items bezogen auf die Arzthelferin

IN	Itemtext	WICHTIGKEITSGRAD					M	SD	N
		absolute Häufigkeiten relative Häufigkeiten							
	<i>Mir ist es _____ wichtig, dass die Arzthelferin...</i>	1	2	3	4	5			
AH59	...mir erklärt, wie oft ich an der Krebsvorsorge teilnehmen sollte und wann der nächste Termin fällig ist.	390 40,9%	339 35,5%	149 15,6%	52 5,5%	24 2,5%	1,93	1,00	954
AH60	...für eine kurze Wartezeit in der Praxis sorgt.	447 46,8%	348 36,4%	124 13,0%	28 2,9%	8 0,8%	1,75	0,85	955
AH61	...flexibel ist und entgegenkommend auf meine Wünsche reagiert.	394 41,3%	459 48,1%	93 9,7%	7 0,7%	1 0,1%	1,70	0,68	954
AH62	...mich an meinen Termin zur Krebsvorsorge erinnert (z.B. per Anruf, Brief, E-Mail).	203 21,3%	263 27,6%	240 25,2%	132 13,9%	115 12,1%	2,68	1,28	953
AH63	...mich vor der Untersuchung beruhigt, indem sie sich freundlich und zwanglos mit mir unterhält.	209 21,9%	282 29,6%	268 28,1%	134 14,1%	60 6,3%	2,53	1,16	953

IN	Itemtext	WICHTIGKEITSGRAD					M	SD	N
		absolute Häufigkeiten		relative Häufigkeiten					
	<i>Mir ist es _____ wichtig, dass die Arzthelferin...</i>	1	2	3	4	5			
AH64	...mich darüber informiert, wie lange es dauert, bis das Untersuchungsergebnis vorliegt.	403 42,3%	403 42,3%	112 11,8%	24 2,5%	11 1,2%	1,78	0,84	953
AH65	...sich mir gegenüber höflich verhält, mich z.B. mit meinem Namen anspricht.	392 41,1%	389 40,8%	147 15,4%	14 1,5%	12 1,3%	1,81	0,84	954
AH66	...mir sagt, wie lange die Wartezeit bis zur Untersuchung sein wird, wenn ich zum Termin erscheine.	215 22,5%	383 40,1%	263 27,5%	70 7,3%	25 2,6%	2,28	0,98	956
AH67	...mich freundlich mit einem Lächeln begrüßt.	339 35,5%	426 44,7%	153 16,0%	30 3,1%	6 0,6%	1,89	0,83	954
AH68	...mir kurzfristig einen Termin zur Krebsvorsorge ermöglicht.	295 31,0%	379 39,8%	222 23,3%	41 4,3%	16 1,7%	2,06	0,93	953
AH69	...einfühlsam und verständnisvoll auf meine Fragen und Wünsche reagiert.	403 42,2%	443 46,4%	100 10,5%	8 0,8%	0 0,0%	1,70	0,69	954
AH70	...für mich Termine bei anderen Ärzten zu weiteren Behandlungen vereinbart (z.B. Röntgen der Brust, Darmspiegelung, Operation).	309 32,4%	267 28,0%	230 24,1%	86 9,0%	63 6,6%	2,30	1,20	955

Anmerkungen: IN = Item-Nummer in der Hauptuntersuchung, M = Mittelwert, SD = Standardabweichung, N = Anzahl der auswertbaren Fragebögen zum jeweiligen Item; Angabe der relativen Häufigkeiten in gültigen Prozenten; Verbalanker der Antwortskalierung: 1 = sehr wichtig, 2 = ziemlich wichtig, 3 = mittelmäßig wichtig, 4 = wenig wichtig, 5 = nicht wichtig

8.7.3. Tab. 60 Deskriptive Statistiken der Betreuungsbedürfnis-Items bezogen auf die Praxisorganisation und Praxisausstattung

IN	Itemtext	WICHTIGKEITSGRAD					M	SD	N
		absolute Häufigkeiten		relative Häufigkeiten					
	<i>Mir ist es _____ wichtig, dass...</i>	1	2	3	4	5			
P71	...ich die Möglichkeit habe, mich zu einem selbst gewählten Zeitpunkt innerhalb der Sprechzeiten nach meinem Untersuchungsergebnis zu erkundigen.	247 25,9%	392 41,2%	236 24,8%	61 6,4%	16 1,7%	2,17	0,94	952
P72	...modernste Untersuchungsgeräte eingesetzt werden.	469 49,2%	363 38,1%	104 10,9%	14 1,5%	3 0,3%	1,66	0,76	953
P73	...es eine Informationsbroschüre über Krebsvorsorgemöglichkeiten und das Leistungsangebot meiner Praxis gibt.	283 29,7%	378 39,7%	233 24,5%	42 4,4%	16 1,7%	2,09	0,93	952
P74	...die Sitzgelegenheiten im Wartezimmer bequem sind.	183 19,2%	289 30,3%	341 35,8%	100 10,5%	40 4,2%	2,50	1,05	953
P75	...die Untersuchungsinstrumente angewärmt sind.	163 17,1%	328 34,4%	309 32,4%	113 11,9%	40 4,2%	2,52	1,04	953
P76	...die Praxis mit öffentlichen Verkehrsmitteln gut erreichbar ist.	174 18,3%	223 23,4%	226 23,8%	166 17,5%	162 17,0%	2,91	1,35	951
P77	...die Befundmitteilung zeitlich derart gestaltet ist, dass ich innerhalb eines Tages die Möglichkeit habe, bei Bedarf mit meiner Ärztin / meinem Arzt Rücksprache zu halten.	278 29,2%	403 42,3%	213 22,4%	41 4,3%	18 1,9%	2,07	0,92	953
P78	...die Umkleidekabine nicht einsehbar ist und ich beim Aus-/Anziehen unbeobachtet bin.	334 35,1%	274 28,8%	207 21,7%	93 9,8%	44 4,6%	2,20	1,16	952
P79	...im Untersuchungszimmer etwas vorhanden ist, das ich zur Ablenkung während der Untersuchung anschauen kann (z.B. Wand- oder Deckenbilder, Zimmerbrunnen).	52 5,5%	149 15,7%	323 34,0%	243 25,6%	184 19,3%	3,38	1,12	951

IN	Itemtext	WICHTIGKEITSGRAD					M	SD	N
		absolute Häufigkeiten relative Häufigkeiten							
	<i>Mir ist es _____ wichtig, dass...</i>	1	2	3	4	5			
P80	...die Praxis mit dem Auto gut erreichbar ist und genügend Parkplätze zur Verfügung stehen.	210 22,1%	294 30,9%	250 26,3%	119 12,5%	79 8,3%	2,54	1,20	952
P81	...ich auf dem Untersuchungsstuhl nicht vom Schreibtisch oder von der Türe aus gesehen werden kann.	432 45,5%	292 30,7%	146 15,4%	51 5,4%	29 3,1%	1,90	1,04	950
P82	...das Untersuchungszimmer warm und gut gelüftet ist.	295 31,0%	444 46,7%	173 18,2%	31 3,3%	8 0,8%	1,96	0,84	951
P83	...der Weg von der Umkleidekabine bis zum Untersuchungsstuhl möglichst kurz ist.	247 26,0%	339 35,7%	231 24,3%	93 9,8%	40 4,2%	2,31	1,09	950
P84	...im Wartezimmer Informationsposter zur Krebsvorsorge und zu anderen medizinischen Themen hängen.	81 8,5%	241 25,3%	349 36,7%	181 19,0%	100 10,5%	2,98	1,10	952
P85	...der Untersuchungsstuhl bequem und komfortabel ist.	249 26,2%	375 39,4%	243 25,5%	64 6,7%	21 2,2%	2,19	0,97	952
P86	...im Untersuchungszimmer dezente Hintergrundmusik vorhanden ist.	26 2,7%	69 7,3%	238 25,1%	287 30,2%	329 34,7%	3,87	1,06	949
P87	...im Wartezimmer genügend aktuelle und nicht abgegriffene Zeitschriften vorhanden sind.	83 8,7%	195 20,5%	337 35,4%	215 22,6%	121 12,7%	3,10	1,13	951
P88	...es eine Praxis-Homepage im Internet gibt, auf der ich mich über Krebsvorsorgemöglichkeiten und das Leistungsangebot meiner Praxis informieren kann.	115 12,1%	220 23,2%	317 33,4%	165 17,4%	132 13,9%	2,98	1,20	949
P89	...der Umkleide- und Untersuchungsbereich sehr sauber sind.	689 72,4%	240 25,2%	19 2,0%	4 0,4%	0 0,0%	1,30	0,53	952

IN	Itemtext	WICHTIGKEITSGRAD					M	SD	N
		absolute Häufigkeiten relative Häufigkeiten							
	<i>Mir ist es _____ wichtig, dass...</i>	1	2	3	4	5			
P90	...im Wartezimmer dezente Hintergrundmusik vorhanden ist.	43 4,5%	73 7,7%	248 26,1%	240 25,3%	346 36,4%	3,81	1,14	950
P91	...es im Wartezimmer ein Praxis-TV gibt, das Informationsfilme über Krebsvorsorge-möglichkeiten und das Leistungsangebot meiner Praxis zeigt.	22 2,3%	51 5,4%	172 18,1%	259 27,3%	445 46,9%	4,11	1,03	949

Anmerkungen: IN = Item-Nummer in der Hauptuntersuchung, A = auf den Arzt bezogenes Item, AH = auf die Arzthelferin bezogenes Item, P = auf die Praxisstruktur bezogenes Item, M = Mittelwert, SD = Standardabweichung, N = Anzahl der auswertbaren Fragebögen zum jeweiligen Item; Angabe der relativen Häufigkeiten in gültigen Prozenten; Verbalanker der Antwortskalierung: 1 = sehr wichtig, 2 = ziemlich wichtig, 3 = mittelmäßig wichtig, 4 = wenig wichtig, 5 = nicht wichtig