

Aus der Abteilung für Allgemeinmedizin  
der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf  
Geschäftsf. Direktor: Univ.-Prof. Dr. H.-H. Abholz

**Hindernde und fördernde Faktoren bei der Implementierung  
edukativer Interventionen im ambulanten Bereich**  
—  
**am Beispiel der Interventionsstudie CHANGE  
zur Senkung der Verordnungsrate von  
Antibiotika bei akutem Husten**

Dissertation

zur Erlangung des Grades eines Doktors der Medizin

Der Medizinischen Fakultät der Heinrich-Heine-Universität  
Düsseldorf

vorgelegt von

Kristina Stock

2011

Als Inauguraldissertation gedruckt mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät der  
Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf  
gez. Univ.-Prof. Dr. med. Joachim Windolf, Dekan

Referent: Univ.-Prof. Dr. Abholz

Korreferent: Prof. Dr. Ohmann

<b>Inhaltsverzeichnis</b>	<b>Seite</b>
<b>1. Einleitung</b> .....	5
<b>2. Hintergrund</b> .....	7
2.1. Die Interventionsstudie „CHANGE“.....	7
2.2. Die Implementierung von wissenschaftlichen Erkenntnissen in die Praxis - Ein Literaturüberblick.....	13
2.2.1. Suche der Literatur und Such-Ergebnisse.....	13
2.2.2. Darstellung der Literatur.....	16
2.2.3. Zusammenfassung der hindernden und fördernden Faktoren aus der Literatur.....	31
<b>3. Die Studie</b>	
3.1. Fragestellung der Studie.....	35
3.2. Methodik und Forschungsdesign.....	36
3.2.1. Design der Studie.....	36
3.2.2. Allgemeines zum Qualitativen Ansatz.....	36
3.2.2.1. Verwendete Instrumente in der Untersuchung.....	38
3.2.3. Das Vorgehen in der vorliegenden Studie.....	41
3.2.3.1. Qualitative Datenerhebung.....	41
3.2.3.2. Qualitative Datenauswertung.....	44
A. Kategoriale Inhaltsanalyse der hausärztlichen Interviews.....	45
B. Vertiefende Fallinterpretationen einzelner Interviews.....	48

3.3.	Ergebnisse: Analyse der hausärztlichen Interviews.....	49
3.3.1.	Darstellung der Kategorien aus der kategorialen Inhaltsanalyse.....	49
3.3.2.	Fallinterpretationen.....	74
3.4.	Schlussfolgerungen: Hindernde und fördernde Faktoren für den Erfolg der Intervention.....	90
3.4.1.	Einfluss-Faktoren aus der kategorialen Inhaltsanalyse.....	90
3.4.2.	Einfluss-Faktoren aus den Fallinterpretationen.....	93
3.4.3.	Zusammenfassung der Einfluss-Faktoren.....	96
3.5.	Diskussion der Ergebnisse auf dem Hintergrund der Studienergebnisse anderer.....	97
4.	<b>Stärken und Schwächen der Arbeit</b> .....	99
5.	<b>Literaturverzeichnis</b> .....	100
6.	<b>Anhang</b> .....	105

# 1. Einleitung

In den letzten Jahren wurde zunehmend die Bedeutung der Umsetzung wissenschaftlicher medizinischer Erkenntnisse in den Handlungsalltag der Versorgung erkannt und aufgrund der meist als „zögerlich“ bzw. unzureichend erkannten Umsetzung auch erforscht. Die Frage der Implementierung von Praxis-relevanter wissenschaftlicher Erkenntnis in die hausärztliche Versorgung wurde dabei ebenfalls zum Thema und auch als besonderes Problem erkannt, weil ja bei der Implementierung die hausärztliche Versorgungsstruktur besondere Schwierigkeiten zu bieten schien: Erstens handelt es sich nicht um eine Institution mit hierarchischen und damit Vorgaben machenden Strukturen. Zweitens bestehen in vielen Ländern vorwiegend Einzelpraxen mit dem damit verbundenen geringen interkollegialen Austausch, der als fördernder Faktor für die Implementierung neuerer Erkenntnis angesehen wird.<sup>1,2</sup> Und schließlich fehlen entwickelte und statistisch auch nutzbare (weil kleine Zahl der Beobachtungsfälle) Rückmeldesysteme zur Kontrolle von Implementierung.

Implementierung wird in Anbetracht eines sich kontinuierlich vergrößernden Wissensstands mit einer dabei immer unübersichtlich werdender Anzahl publizierter Studien zu einer generell schwierigen Aufgabe.

Der Stand des Wissens, der möglichst auf der Basis von methodisch zuverlässigen Studien gewonnen worden sein soll, kann für den Prozess des Wissenstransfers zum handelnden Arzt in Leitlinien festgehalten werden. Anfangs konzentrierte man sich daher auf die Entwicklung von Leitlinien und auf die Verbesserung ihrer Qualität, so dass sich mittlerweile für die Entwicklung evidenzbasierter Leitlinien internationale Standards etabliert haben. So stellt beispielsweise die AWMF (Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften) auf ihrer Homepage Hilfsmittel, wie etwa Ablaufschemata, für die Leitlinien-Erstellung zur Verfügung.<sup>3</sup>

Es wurde jedoch gezeigt, dass die Entwicklung und Veröffentlichung einer Leitlinie allein, ebenso wie die reine postalische Verschickung, eine geringe Beeinflussung der medizinischen Versorgung bewirkt.<sup>4, 5, 6</sup>

Die alleinige Wissensübermittlung reichte ganz offensichtlich nicht, um ärztliches Handeln zu verändern bzw. zeitnah zu verändern.

Im Detail stellte sich heraus, dass Interventionen zur Implementation von Leitlinien bzw. evidenzbasierten Handlungsanleitungen spezifisch für die Zielgruppe entwickelt und an den jeweiligen Kontext angepasst werden müssen, um überhaupt eine Chance auf Erfolg im Sinne der Übernahme ins Handeln zu haben.<sup>2, 7, 8, 9, 10</sup>

Für Implementierungs-Prozesse in der hausärztlichen Praxis gibt es bisher wenig Erfahrung und Wissen über die hindernden und fördernden Faktoren für eine Implementierung in diesem Kontext. Entsprechend gibt es auch keine Standards der Umsetzung, die dem spezifischen Arbeitsfeld des ambulanten Bereiches, des hausärztlichen Bereiches insbesondere, Rechnung tragen.

Man befindet sich bei Fragen der Implementierung also noch zu weiten Teilen in der Phase des „Ausprobierens“ und damit - bestenfalls - des wissenschaftlichen Evaluierens. Ebenso bestehen Unsicherheiten, welche Gründe es für den Erfolg bzw. das Scheitern von Implementierungsmaßnahmen gibt.<sup>11</sup>

Es wird plausibel angenommen, dass durch eine gezielte Untersuchung der Faktoren, welche die Implementierung hindernd oder fördernd beeinflussen, Schlüsse für eine erfolgreiche systematische Implementierung wissenschaftlicher Erkenntnisse in die Praxis gezogen werden können.<sup>6</sup>

Hieran möchte die vorliegende Arbeit anknüpfen: Zur Klärung der Fragestellung, welche Einflussfaktoren für eine erfolgreiche Implementierung existieren, werden die Ergebnisse von *CHANGE<sup>i</sup>*, einer Interventionsstudie zur Änderung hausärztlichen Verhaltens bei der Antibiotikaverordnung<sup>12</sup>, genutzt. Sie stellt nämlich eine erstaunlich erfolgreiche verhaltensändernde edukative Intervention in der hausärztlichen Praxis dar und bietet sich daher als Grundlage für die Untersuchung von Einflussfaktoren auf die - hier erst einmal nur in der Studie - angestrebte Implementierung derartiger Interventionen an.

---

<sup>i</sup> Akronym für: **C**onverting **H**abits of **A**ntibiotic prescribing in **G**eneral practice

## **2. Hintergrund**

Um den Hintergrund der hier vorgelegten Untersuchung zu verstehen, werden im Folgenden die Ziele, die Inhalte und die Ergebnisse der edukativen Interventions-Studie CHANGE zusammengefasst. Daran anschließend wird in einem Literaturüberblick der empirisch-wissenschaftliche Hintergrund der untersuchten Problematik einer Implementierungs-Behinderung und -Förderung dargestellt.

### **2.1. Die Interventionsstudie „CHANGE“**

#### **„Husten und Antibiotika“**

Die Reduzierung von unnötigen Antibiotikaverordnungen für Atemwegs-Erkrankungen ist ein wichtiges Thema in der medizinischen Primärversorgung in Europa, Nordamerika und in vielen anderen Staaten geworden. Die meisten Antibiotika im Gebrauch für Atemwegsinfektionen werden von Hausärzten verschrieben, und hierbei besonders bei Patienten mit akutem Husten.<sup>13, 14, 15</sup>

Inzwischen liegen zahlreiche Studien vor, die nachgewiesen haben, dass generell eine Antibiotika-Behandlung beim akuten Husten nichts oder klinisch irrelevant wenig an Nutzen für die Behandlung hat. Dies liegt einmal an der überwiegend durch Viren erklärten Verursachung, zum anderen aber auch daran, dass ganz offensichtlich der ansonsten gesunde Körper auch Bakterien, die Mitverursacher sein können, ohne antibiotische Behandlung recht gut abwehren kann.<sup>16</sup> Dies weiß auch die Mehrzahl der Ärzte inzwischen.<sup>17, 18</sup>

Es wird aber wissenschaftlich diskutiert, ob es dennoch einige wenige Patienten mit akutem Husten gibt, die von Antibiotika profitieren und wie man diese identifizieren kann - dies mit bisher nicht sehr großen Erfolg. Jedoch gibt es trotz dieser Einschränkung Einigkeit darüber, dass Antibiotika bei akutem Husten aufgrund einer Atemwegsinfektion in der initialen Behandlung gewöhnlich nicht nötig sind.<sup>19</sup>

Die weitaus zu häufige Verordnung von Antibiotika setzt Patienten dem Risiko von Nebenwirkungen und den Folgewirkungen in seiner Abwehrlage der nächsten Monate aus; zudem belasten sie die Gesellschaft mit den Folgen von bakteriellen Resistenzen und Kosten.

Außerdem – und dies ist überwiegend ein hausärztliches Problem – unterhält irrationales Verordnen von Antibiotika bei akutem Husten den Teufelskreis der Medikalisierung (überflüssige Medikamentierung) bei einer sich selbst begrenzenden Krankheit.

Denn Patienten lernen, dass Antibiotika bei ihren Symptomen nötig zu sein scheinen, und sie erwarten diese (Antibiotika) beim nächsten Mal erneut, wenn sie ähnliche Symptome haben.<sup>20</sup>

Die Wahrnehmung von solchen Patientenerwartungen spielt eine wichtige Rolle im Entscheidungsprozess für oder gegen eine Antibiotikaverordnung bei akuten Atemwegsinfekten.<sup>21</sup> Hausärzte spüren oft – auf oben skizzierten Hintergrund verständlich – einen Antibiotika-Verordnungsdruck, obwohl Patienten – wenn man sie befragt – überhaupt nicht so oft Antibiotika erwarten wie Hausärzte es denken.<sup>22, 23</sup>

Dennoch kommt es sehr oft zu der Verordnung, weil zudem Missverständnisse zwischen Patient und Arzt fast regelhaft in Bezug auf die „Rolle“ von Antibiotika existieren: Wenn Patienten besorgt Symptome beschreiben oder wünschen, schnell wieder gesund zu werden, missinterpretieren Ärzte dies oft als Wunsch nach einem Antibiotikum; dieses wird zum Symbol für eine „starke Behandlung“. Allerdings sind Patienten oft nur besorgt und wollen „versichert“ sein, dass eine ernste Erkrankung nicht vorliegt.<sup>24</sup>

Dieses Missverständnis stellt den Hintergrund und zugleich den Fokus für eine Intervention dar, in der versucht werden sollte, die Verordnung der Antibiotika – üblicherweise bei rund 50% der Fälle mit akutem Husten<sup>25, 26, 27</sup> – zu reduzieren.

### **Eine edukative Intervention zur Verminderung unnötiger Antibiotikaverordnungen**

In der Abteilung für Allgemeinmedizin der Universität Düsseldorf wurde eine cluster-randomisierte Studie durchgeführt, um eine edukative Intervention zur Reduzierung unnötiger Antibiotikaverordnungen in der Hausarztpraxis zu testen. Als Akronym für die geplante Interventionsstudie wurde der Name CHANGE (Converting Habits of Antibiotic prescribing in General practice) gewählt.

In Anbetracht des oben skizzierten Hintergrunds konnte vermutet werden, dass es auf Seiten der Ärzte, aber auch eines Teils der Patienten, bei einem solchen Vorhaben gar nicht um eine Wissensvermittlung im Zentrum gehen kann, sondern um das Erreichen eines besseren Verständnisses des Arztes für das eigentliche Anliegen des Patienten (*Bin ich ernsthaft*

*krank?*) und einer verbesserten Kommunikation darüber, dass es diesen „Teufelskreis des Missverständnisses“ zwischen Arzt und Patient gibt, der Antibiotika auch dann verschrieben lässt, wenn sie nicht gewünscht werden, und der zudem die Assoziation von Husten mit Verschreiben von Antibiotika herstellt.

Dazu aber war es vorrangig notwendig, auch den Patienten in die Intervention einzubeziehen, denn es ging ja um die „missverständliche Kommunikation“ zwischen Arzt und Patient. Mit der Einbeziehung an diesem Thema sollte den Patienten auch vermittelt werden, dass Ärzte eben nicht nur nach medizinischen Objektivitäten, sondern auch nach verspürten – oder eben vermeintlich verspürten – Wünschen der Patienten handeln. Patienten mussten also ermuntert werden, auch hierfür ansprechbar zu sein bzw. gar den Arzt darauf anzusprechen. Die Intervention bestand also zu wesentlichen Teilen in der Transparentmachung von ärztlichen Entscheidungsschritten und der daraus resultierenden Thematisierung dieser Entscheidung zwischen Arzt und Patient.

### **Die konzeptionellen Elemente der Intervention CHANGE**

Die edukative Intervention basierte auf drei konzeptionellen Elementen.

Dies waren die zu vermittelnde Botschaft, die Form der Übermittlung der Botschaft und die dazu hergestellten Materialien zur Unterstützung der Kommunikation (für Arzt und Patient).

#### **• Die Botschaft**

Die zu vermittelnde Botschaft bestand in der Darstellung des „Antibiotika-Missverständnisses“ mit der Zielsetzung, die Kommunikation hierüber zwischen Arzt und Patient in Gang zu bringen und somit die Patienten aktiv in den Entscheidungsprozess mit einzubeziehen (Patienten - Empowerment).

Dem Arzt und den Patienten sollte eine Gegenstrategie zum „Antibiotika-Teufelskreis“ vermittelt werden, indem Wege erklärt wurden, besonders die Erwartungshaltung der Patienten in der Konsultation anzusprechen und die Entscheidungsfindung für oder gegen ein Antibiotikum transparenter werden zu lassen.<sup>28,29</sup>

## • **Form der Übermittlung**

Die teilnehmenden Ärzte erhielten Peerbesuche als Form der Intervention. Ein *Peer* („Ebenbürtiger“, „Gleichrangiger“) ist in diesem Zusammenhang ein ebenfalls in eigener Praxis arbeitender Hausarzt.

Nur erfahrene Allgemeinärzte, die sich mit dem Problem der „Antibiotika-Entscheidung“ aus eigener praktischer Erfahrung auskennen, wurden als *Peer* eingesetzt. Das Konzept dieses Teils der Intervention basierte auf dem Elaboration Likelihood Model (ELM; von Petty und Cacioppo beschrieben<sup>30</sup>), welches voraussetzt, dass der Übermittler der Botschaft die Variablen in der Überzeugungssituation erkennt und einordnet, hier ganz besonders die Motivation des Empfängers und seinen Bedarf an Erkenntnis erschließt.

Das ELM geht von zwei Wegen aus, auf denen eine Person ihre Einstellung ändern kann. Zum einen wird eine sog. „zentrale Route“ angenommen, in der vor allem die Güte der überbrachten Argumente zur kognitiv bedingten Einstellungsänderung des Empfängers führt.

Zum anderen wird eine „periphere Route“ angenommen, bei der die Qualität der Argumente eher nebensächlich ist und stattdessen die Überzeugungssituation und emotionalen Anreize für eine Einstellungs- bzw. Verhaltensänderung im Vordergrund stehen.

Das Aufgreifen verschiedener zu erwartender Reaktions- und Argumentationsmuster in den Arzt-Peer-Gesprächen – in Anlehnung an das ELM – wurde anhand von Rollenspielen geübt, angepasst und semi-standardisiert – und dann in der Intervention genutzt. Damit wurde die eigentliche Botschaft um ihren Kern herum modifiziert. Man könnte sagen, sie wurde zugeschnitten auf den besuchten Gesprächspartner, hier den Hausarzt, in der Interventionsgruppe: Wie dieser mit dem Problem umging, umzugehen vorhatte, sowie welche Position er zu seinen Patienten als auch zu wissenschaftlicher Erkenntnis einnahm, bestimmte den konkreten Inhalt der Botschaft – allerdings bei Beibehaltung der Kernbotschaft.

## • **Materialien**

Für die Intervention wurden folgende Materialien entwickelt und eingesetzt:

- „Zeigemappen“ mit kurz gefasster plakativer Darstellung von Studienergebnissen und Hintergrundmaterial zum Thema (Medizinisches und Kommunikatives zum „Teufelskreis“). Die Mappen führten die Peers mit sich, um bei Bedarf ihre Argumentation bei den Gesprächen zu visualisieren und zu unterstreichen.

- Arzt-Mappen mit gleichlautendem Inhalt wie die Zeigemappen zum Verbleib bei den Ärzten (Arzt-Mappen). Diese wurden den Ärzten am Ende der Peer-Gespräche überreicht. Es konnte zudem per Fax Originalliteratur angefordert werden.
- Poster zur Ansprache von Patienten im Wartezimmer oder Wartebereich (Wartezimmerposter).
- Patienten-Handzettel (Flyer), identisch mit dem Text des Posters
- Patienten-Broschüren (5-seitig) mit ausführlicheren Hintergrundinformationen zu Husten und Antibiotika.

Die Patienteninformationen richteten sich indirekt auch an den Arzt, denn die Abgabe dieser Informationen bedingte einen Schritt in Richtung Identifikation mit den Inhalten. Ein deutliches Symbol hierfür stellte das Aufhängen des Posters in den eigenen Praxisräumen dar.

### **Die cluster-randomisierte Studie**

Es wurde eine Randomisierung der Studien-interessierten Hausärzte, die die Zielsetzung der Studie nur als Untersuchung zum Thema „Was tut der Hausarzt bei Husten“ kannten, in Interventionsgruppe und Kontrollgruppe durchgeführt. Letztere hatte über einen bestimmten Zeitraum nur die Behandlung ihrer Patienten mit akutem Husten zu dokumentieren. Die Interventionsgruppe hingegen bekam dann danach noch den Peerbesuch, sowie das Informationsmaterial zur Auslage in der Praxis und für sich. Es wurde im Gespräch mit dem Peer zudem – und als vertiefende Intervention verstanden – auch über Problemfälle aus der jeweiligen Praxis gesprochen.

### **Das Ergebnis**

Das Ergebnis der Studie ist an dieser Stelle nur in seiner Zusammenfassung von Bedeutung: In der Interventionsgruppe sank die durchschnittliche Antibiotikaverordnungsrate – ausgehend von einer Höhe von etwa 50% der Patienten mit akutem Husten – 3 Monate nach der Intervention auf rund 30% und betrug immer noch nach einem Jahr nur 37%. Die parallel erhobenen Antibiotikaverordnungsraten in der Kontrollgruppe stiegen in der Zeit nach der Intervention zunächst auf rund 60% und lagen nach einem Jahr bei 65%. Die Zunahme der Antibiotikaverordnungen in der Kontrollgruppe wurde auf dem Hintergrund

eines generellen Trends der Zunahme nach gesetzlichen Veränderungen in Sachen der Verordnungsfähigkeit von Mukolytika verstanden.

Das Ergebnis stellt ein statistisch signifikantes, klinisch relevantes und in der Auswirkung einen lang anhaltenden Erfolg der Intervention dar, die auf den Bereich der Kommunikation fokussierte – nicht, wie zumeist bei solchen Interventionen, auf den der Wissensvermittlung. Bezüglich der ausführlichen Darstellung des Designs und der Ergebnisse wird auf die entsprechende Publikation verwiesen.<sup>12</sup>

## **2.2. Die Implementierung von wissenschaftlichen Erkenntnissen in die Praxis - Ein Literaturüberblick**

Ausgehend von der Fragestellung, warum eine Intervention erfolgreich ist bzw. wann man mit dem Erfolg einer Interventionsstudie eher rechnen kann, und welche Faktoren den Erfolg beeinflussen, soll im Folgenden ein Überblick über die aktuelle Forschungsliteratur gegeben werden.

### **2.2.1. Literatursuche und Such-Ergebnisse**

Es wurde mit zwei Begriffen ein Zugang zur Literatur gesucht: Einmal über den direkten Weg der Suche nach „Implementationsforschung“, ein andermal über den der Suche nach „edukative Interventionen UND Hausarzt“.

#### **Zugang: Implementationsforschung**

Als Zugang zur Literatur der Implementationsforschung wurde die Kernzeitschrift *Implementation Science* gewählt. *Implementation Science* ist eine online-publizierte englischsprachige Zeitschrift, die ohne Registrierung einer breiten Leserschaft mit Interesse gerade an diesem Thema zugänglich ist. Dieser Zugang wurde aus pragmatischen Gründen gewählt: Die Zeitschrift bietet die Möglichkeit, relativ leicht eine Suche nach Publikationen passend zum Thema der vorliegenden Arbeit durchzuführen und anhand deren Referenzen die Suche nach weiterer Originalliteratur zu erweitern. Vorteilhaft ist außerdem, dass die Veröffentlichungen aktuellster Forschung online verfügbar sind, neueste Informationen und Entwicklungen direkt zur Verfügung stehen.

Dies war in diesem Fall besonders wichtig, weil mit herkömmlicher Suche in *PubMed* oder *Scopus*<sup>ii</sup> wegen der „Allgemeinheit“ der Suchbegriffe *implementation* und *research* eine gezielte Suche nur sehr schwer möglich ist. In der Datenbank *PubMed* sind beide Begriffe keine *Mesh-Terms* (standardisierte Suchbegriffe), wodurch sich eine Fülle an Publikationen/Ergebnissen zu sehr unterschiedlichen Themen ergibt, was eine gezielte Suche zusätzlich massiv erschwert.

Auch bei einer Literatur-Suche in der *Scopus*-Datenbank mit den Suchbegriffen *implementation* und *research* bis August 2010 erhält man 62.300 Ergebnisse. Die gleiche Suche, erweitert durch den Begriff *general practice*, ergibt 1.600 Artikel; dies dann bei einer Datenbank, die nur 7 Jahre zurück Literatur systematisiert hat. Auch hier sind die Findings – erwartungsgemäß – thematisch und methodisch meist weit entfernt von der Fragestellung der vorliegenden Arbeit.

### **Ergebnisse der Literatursuche mittels Suche in „Implementation Science“**

Um einen Überblick über die aktuelle Literatur zur Implementationsforschung zu erhalten, wurden von der Autorin alle seit 2006 (erstes Jahr des Erscheinens) bis August 2010 (Monat der Literatursuche) erschienenen *Systematic Reviews* und *Research Articles* der Zeitschrift *Implementation Science* gelesen und dahingehend bewertet, ob sie Erkenntnisse zum Thema „Einflussfaktoren für erfolgreiche Interventionen im ambulanten Bereich“ beinhalten. Studien, mit Bezug zu Interventionen die in reiner Wissensvermittlung bestanden oder nur in der Ausgabe bzw. postalischen Verschickung von schriftlichen Informationen (wie z.B. Leitlinien-Broschüren), wurden hier nicht berücksichtigt.

In den bisher publizierten *Systematic Reviews* der Zeitschrift wurde eine Publikation von *Gravel et al.* gefunden, die direkten Bezug zum Thema der vorliegenden Arbeit hat. Die anderen Review-Artikel wurden nicht berücksichtigt, da sie thematisch und methodisch zu weit vom Thema der vorliegenden Arbeit entfernt sind.

Aus der Recherche in den bisher in *Implementation Science* publizierten *Research Articles* resultierten 7 Publikationen von Studien, die explizit hindernde und fördernde Faktoren bei der Implementation wissenschaftlicher Erkenntnisse in die Praxis untersuchen.

---

<sup>ii</sup> Internet-Datenbanken und - Suchmaschinen für wissenschaftliche Literatur, die auf Medline und Embase basieren

In den Referenzen der zur weiteren Analyse aufgenommenen Publikationen aus *Implementation Science* fanden sich weitere 15 Publikationen mit engerem Bezug zum Thema, darin zwei Review-Artikel und eine Buch-Referenz.

### **Zugang: „Edukativen Interventionen im Hausarztbereich“**

Es wurde ein zweiter Such-Durchlauf in der Datenbank *Scopus* durchgeführt, diesmal in Bezug auf den Zugang der „edukativen Intervention“. Gesucht wurde der Begriff *educational intervention* ergänzt durch die Suchbegriffe *comparison* und *general practice*, um Studien zu finden, die unterschiedliche edukative Interventionen im hausärztlichen Bereich vergleichen.

### **Ergebnisse der Literatursuche mittels „Edukativen Interventionen im Hausarztbereich“**

Die Suche in der Datenbank *Scopus* mit den Suchbegriffen *educational intervention* ergab 18.749 Ergebnisse, Suche bis August 2010 (am 23.8.2010). Zur Eingrenzung des Themas wurde die Suche durch den Begriff *comparison* ergänzt, was 1.315 Publikationen erbrachte und schließlich fanden sich, erweitert durch den Begriff *general practice*, 105 Artikel, die den Kern der Suche darstellten.

Eingeschlossen wurden von der Autorin dann nur Publikationen von Studien, die verschiedene edukative Interventionsstrategien miteinander verglichen oder bei denen eine Interventions-Gruppe mit einer Kontroll-Gruppe (ohne Intervention) verglichen wurde. Teilnehmer der Intervention (Interventionsobjekte) sollten Ärzte sein und der Erfolg der Intervention anhand klinisch relevanter Endpunkte bzw. Parameter bestimmt worden sein (wie z.B. verbessertes Patienten-Outcome oder Ärztwissen).

Die Studien sollten komplexe edukative Interventionsstrategien nutzen, um zur hier gewählten Fragestellung passend schlussfolgern zu können. Daher wurden solche Studien hier nicht einbezogen, bei denen die Interventionen in reiner Wissensvermittlung bestanden sowie nur in der Ausgabe oder postalischen Verschickung von schriftlichen Informationen (wie z.B. Leitlinien-Broschüren).

Wenn vergleichende Interventionsstudien keinen Erfolg bzw. Vorteil der einen gegenüber der anderen Methode, d.h. Interventionsstrategie, zeigten, wurden diese hier auch nicht aufgenommen, weil damit keine Schlussfolgerungen zu den Einflussfaktoren für einen Erfolg möglich sind.

Anhand dieser Kriterien konnten nur 4 Publikationen zu 4 vergleichenden Interventionsstudien über den Zugangsweg „Edukativen Interventionen im Hausarztbereich“ in den Literaturüberblick eingeschlossen werden.

NB: Die insgesamt geringe „Trefferquote“ bei der Literatursuche zu edukativen Interventionen könnte sich daraus ergeben, dass der Begriff *educational intervention* für edukative Interventionen (im medizinischen Bereich) noch nicht von den Autoren einheitlich genutzt wird bzw. noch nicht etabliert ist und daher einige Publikationen wegen fehlender bzw. unterschiedlicher Begrifflichkeit nicht erfasst werden. Dass dies nicht eine wesentliche Erklärung ist, wird dadurch nahe gelegt, dass auch in der Fachzeitschrift „Implementation Science“ und den dort gefundenen Studien nicht nennenswert weitere Studien zitiert werden. Es muss also davon ausgegangen werden, dass das Feld bisher nicht – zumindest für den hausärztlichen Bereich – wissenschaftlich erschlossen ist.

### **2.2.2. Darstellung der Literatur**

Die Darstellung der gefundenen Literatur wird selektiv erfolgen: Hier interessiert primär die Frage der hindernden und der fördernden Faktoren bei der Umsetzung von edukativen Interventionen. Damit werden also nicht die Ergebnisse von Interventionen im Vordergrund stehen, sondern die Beurteilung der „hindernden und fördernden Faktoren“ für den Erfolg oder Misserfolg einer solchen Intervention.

Dabei wiederum bestimmten die beiden Quellen, in denen gesucht wurde, auch die Form des Ergebnisses. In *Implementation Science* sind es aufgrund des Schwerpunktes dieser Zeitschrift ganz überwiegend Arbeiten, die selbst diese Faktoren direkt untersucht haben, also der Forschungsgegenstand diese Faktoren waren.

Bei den Arbeiten, die mittels *Scopus* gefunden wurden, sind es hingegen überwiegend edukative Interventionsstudien in der Hausarztpraxis, die von der Autorin dazu benutzt wurden, um hier aus den Arbeiten heraus – also über die Analyse durch die Autorin – hindernde und fördernde Faktoren für den Erfolg einer Intervention zu identifizieren.

Nachfolgend sollen zuerst Publikationen dargestellt werden, in denen explizit Einflussfaktoren für den Erfolg einer Intervention selbst der Forschungsgegenstand waren. Danach werden solche Publikationen zu edukativen Interventionen beschrieben, bei denen die den Erfolg bestimmenden Faktoren von der Autorin selbst aus den Ergebnissen der entsprechenden vergleichenden Interventionsstudien gefolgert wurden.

## **Studien, in denen hindernde und fördernde Faktoren Forschungsgegenstand waren**

*Chenot et al.*<sup>31</sup> untersuchten die von Ärzten empfundenen Barrieren für die Implementation einer Rückenschmerz-Leitlinie (2003 von der DEGAM<sup>iii</sup> herausgegeben). 72 Hausärzte, die an einer edukativen Studie zur LL-Implementation teilnahmen<sup>32</sup>, bewerteten die Leitlinie anhand eines standardisierten Fragebogens (4 Items mit Likert-Skalen). Zusätzlich wurden Hauptthemen von ärztlichen Statements aus Gruppendiskussionen der beteiligten Ärzte zusammengefasst und in die Untersuchung miteinbezogen.

Als wichtige Barriere für die Leitlinien-Treue der Hausärzte fand sich das Nicht-Einhalten der Leitlinienaussagen auf Seiten von anderen Hausärzten, Fachärzten, wie z.B. Orthopäden, oder von Physiotherapeuten. Weiterhin hielt vom Befolgen ab, wenn es in der Literatur oder bei Fortbildungen widersprüchliche Botschaften zur Leitlinie und zur Leitlinie gegensätzlich vermutete Patientenerwartungen gab. Fast die Hälfte der teilnehmenden Ärzte gab an, keinen Zugang zu den in der Leitlinie empfohlenen multimodalen Schmerzprogrammen für Rückenschmerz-Patienten zu haben. Damit waren fehlende Ressourcen eine weitere Barriere.

Von einigen der befragten Ärzte wurde interdisziplinärer Konsens als förderlich für die ärztliche und patientenseitige Änderungsbereitschaft genannt. Zudem wurde eine öffentliche Unterstützung durch eine Institution beim Umsetzen der Leitlinie als förderlich eingeschätzt.

*Schers et al.*<sup>33</sup> hatten ebenfalls das Ziel zu erforschen, warum Hausärzte Rückenschmerz-Leitlinien nicht befolgen. Nach jeder Konsultation eines Rückenschmerz-Patienten wurde von den teilnehmenden 57 niederländischen Hausärzten ein Computer-Fragebogen mit Fragen bzgl. der durchgeführten Diagnostik und Therapie beantwortet. Auf dieser Basis wurde ein Vergleich zu ausgewählten Leitlinienempfehlungen angestellt. Als Ergebnis zeigte sich, dass die meisten Ärzte konform mit den Leitlinien vorgehen, weil sie diese klar strukturiert und evidenz-basiert empfinden und weil der Rückenschmerz ein Alltagsproblem in der Hausarztpraxis ist. Als Hauptgrund für ein Abweichen von der Leitlinie stellten sich von Ärzten empfundene „Wünsche und Vorlieben des Patienten“ heraus.

---

<sup>iii</sup> Deutsche Gesellschaft für Allgemein-Medizin

Ergänzend zu der Fragebogenstudie wurden von *Schers et al.*<sup>34</sup> Interviews mit 20 Rückenschmerz-Patienten und deren Ärzten gemacht und eine qualitative Analyse durchgeführt. Gründe für ein Abweichen von der Leitlinie bezogen sich vor allem auf Patienten-Erfahrungen in der Vergangenheit und von Ärzten interpretierte „Wünsche der Patienten“.

Aus den Ergebnissen von *Schers et al.* kann man folgende erfolgs-behindernde Einflussfaktoren formulieren: der vom Arzt empfundene patientenseitige Erwartungsdruck bzw. ärztliche Vorurteile diesbezüglich. Förderlich scheint es zu sein, wenn die Interventionsinhalte für Arzt und Patienten klar verständlich formuliert und vermittelt werden, und wenn sie als evidenzbasiert wahrgenommen werden. Auch eine erkennbare Relevanz des Interventionsthemas für den Praxisalltag kann als fördernd angesehen werden.

*Espeland et al.*<sup>35</sup> untersuchten die Barrieren für die Umsetzung einer Rückenschmerz-Leitlinie in norwegischen Hausarztpraxen.

In Focusgruppen mit insgesamt 13 Hausärzten wurden verschiedene Aspekte der Leitlinie diskutiert. Durch qualitative Auswertung der Tonbandaufzeichnungen der Focusgruppen wurden Barrieren für deren Umsetzung identifiziert. Diese wurden mit den Barrieren einer Klassifikation von *Cabana et al.*<sup>51</sup> (Ausführung dazu siehe weiter unten) verglichen, wobei sich eine Übereinstimmung mit *Cabanas* Einteilung zeigte.

Zusätzlich dazu identifizierten die Untersucher weitere Aspekte: Als hinderlich wurde erachtet, wenn Ärzte keine Aussicht auf Verbesserung der Patientenversorgung durch die Leitlinie sehen. Als externe Barrieren bezeichneten die Autoren den unzureichenden Zugang zu Ressourcen aktueller oder alternativer Diagnostik- bzw. Therapie-Ansätze sowie den Druck von anderen Ärzten oder Organisationen (z.B. Krankenkassen) auf ihren Handlungsfreiraum.

*Kedward et al.*<sup>36</sup> untersuchten die Barrieren für die die Implementierung von Leitlinien für die Statin-Verordnung und die Prävention der Koronaren Herzkrankheit (KHK) aus Ärzte-Sicht. Dazu führten sie Interviews mit 26 Hausärzten durch, in denen unter anderem das Verordnungsverhalten der Ärzte, deren Auffassungen zu Leitlinien der Statin-Verordnung sowie zu KHK-Prävention, aber auch mögliche Barrieren zur Umsetzung von Empfehlungen aus Leitlinien thematisiert wurden.

Als Haupt-Barrieren für die Änderung der Statin-Verordnung im Sinne der Leitlinien resultierten aus der Interviewanalyse: Kosten-Abwägungen, Befürchtung höherer Arbeitsbelastung, fehlende Patienten-Compliance, unklare Cholesterin-Zielwerte, Befürchtung der Medikalisierung und Sprachprobleme. Für die Umsetzung der Empfehlungen zur KHK-Prävention wurden folgende Haupt-Barrieren identifiziert: Platzprobleme in der Praxis und organisatorische Probleme, Probleme mit der Datenverwaltung sowie Zeitdruck bei Ärzten und Praxis-Personal.

In der Studie von *Cabana et al.*<sup>37</sup> wurden die Barrieren für die Umsetzung einer Asthma-Leitlinie<sup>38</sup> in Fokusgruppen mit 20 niedergelassenen Pädiatern untersucht. Folgende vier Empfehlungen der Asthma-Leitlinie wurden thematisiert: Gabe inhalativer Corticosteroide, Einweisung in den Peakflowmeter-Gebrauch, Raucherberatung von Patienten und Eltern sowie Allergenexpositionsberatung. Die Fokusgruppen-Gespräche wurden aufgezeichnet und die Haupt-Barrieren zur Umsetzung der Leitlinienempfehlungen in einer qualitativen Auswertung identifiziert. Ferner wurde eine Relation zwischen dem Examensjahr der Ärzte mit den von ihnen in den Fokusgruppen geäußerten Hauptbarrieren hergestellt. Dabei zeigte sich für die Kortikosteroid-Verordnung, dass weniger erfahrene Ärzte Unsicherheit bei der Dosierung oder beim Erkennen von Kontraindikationen, also Wissensunsicherheit als Barriere, beschrieben. Zur Einweisung in den Peakflowmeter-Gebrauch sagten eher die erfahreneren Ärzte, dass Mangel an eigenen Fertigkeiten verhindere, dies Patienten anzubieten. Alle Ärzte sahen den Zeitdruck als hinderlich in der Umsetzung der Leitlinie an.

Eine weitere Forschergruppe um *Cabana*<sup>39</sup> machte eine Querschnittsbefragung bei 455 niedergelassenen Pädiatern, um ebenfalls die Barrieren zu den vier Hauptempfehlungen der o.g. Asthma-Leitlinie zu untersuchen.

Bei der Anleitung zum Gebrauch des Peakflowmeter zeigte sich, wie in der Vorstudie, mangelndes Vertrauen der Ärzte in die eigenen Fertigkeiten als hinderlich; zudem wurde dieser Faktor hier auch bei der Raucherberatung als hemmend angesehen. Barrieren für alle Empfehlungen waren Zeit- und Personalmangel und fehlende andere Ressourcen (Vergütung, Informationsmaterial).

*Charles et al.*<sup>40</sup> untersuchten die Einflussfaktoren für die Nutzung von *shared decision-making* (SDM)<sup>iv</sup> bei Brustkebs-Spezialisten (Onkologen und Chirurgen) mittels Querschnitts-Befragung. Anhand von Likert-Skalen sollten die teilnehmenden Ärzte das SDM und mögliche die Anwendung beeinflussende Faktoren bewerten.

Als Barrieren für die Nutzung des SDM wurden von den Ärzten Zeitmangel und Ablehnung (des SDM) durch die Patienten angegeben. Aus Ärztesicht sind Gründe, die Patienten SDM ablehnen ließen, die Angst vor der Entscheidung sowie Informationsmangel.

Als förderlich wurden die Bereitschaft der Patienten zum SDM und patientenseitiges Vertrauen zum Arzt bewertet; außerdem wird ausreichende Unterstützung und Informationen für die Patienten als fördernd für die SDM-Umsetzung angesehen.

*Suurmond et al.*<sup>41</sup> forschten in einer qualitativen Studie nach den Barrieren der Umsetzung des *shared decision-making* (SDM) im interkulturellen Kontext. Dazu führten sie semi-strukturierte Interviews mit 18 Ärzten und 13 Patienten mit Immigrationshintergrund durch. Es konnten folgende Barrieren spezifiziert werden: Unterschiedliche Krankheits- und Gesundheitskonzepte; unterschiedliche Rollenerwartungen (z.B. eher paternalistisch) sowie sowohl arzt- als auch patientenseitige Vorannahmen, die SDM als kontraproduktiv erscheinen lassen mussten.

*Larme et al.*<sup>42</sup> untersuchten die Einstellungen von Hausärzten zur Diabetes-Behandlung, um Barrieren für das Befolgen von Standards in der Diabetes-Versorgung zu finden. 31 Hausärzte nahmen an acht Fortbildungs-Seminaren zum Thema Diabetes teil. Die Teilnehmer wurden gebeten, Probleme bei der Diabetes-Therapie im Vergleich zu fünf anderen chronischen Erkrankungen auf einer 10 Punkte-Skala zu bewerten. In darauf folgenden Interviews sollten die Ärzte ihre Bewertungen erklären. Dabei wurde die Diabetes-Therapie als signifikant schwieriger bewertet als die anderer chronischer Erkrankungen. Als Erklärung für diese Einschätzungen gaben die Ärzte die Komplexität der Erkrankung und ihrer Behandlung an; außerdem bestünde eine fehlende Unterstützung durch die Gesellschaft und das Gesundheitssystem. Von den Autoren wurden dazu als förderliche Faktoren Wissensvermittlung und das Eingehen auf die individuellen Einstellungen von Ärzten formuliert.

---

<sup>iv</sup> auf Deutsch: Partizipative Entscheidungsfindung

*Goderis et al.*<sup>43</sup> interviewten 20 Hausärzte zur Evaluation eines 18-monatigen Qualitätsförderungsprogramms zur Verbesserung der Nutzung von Diabetes-Leitlinien. Im Fokus standen drei Fragen: vom Arzt bemerkte Veränderung der Qualität der Diabetesversorgung während des Programms; vom Arzt vermutete Gründe für die Veränderung; mögliche Barrieren zur Leitlinien-Nutzung. Die meisten Hausärzte bewerteten den eigenen und patientenseitigen Wissenszuwachs als förderlich („kognitive Aspekte“); sie äußerten eine darauf basierende verbesserte Motivierung der Patienten und einen größeren Verantwortungssinn, der in ihnen entwickelt wurde. Eine verbesserte Kommunikation mit Patienten („Beziehungs-Aspekte“) und das in der Leitlinie vorgesehene Hinzuziehen von Diabetes- Spezialisten wurde fernerhin als förderlich angesehen.

Als hindernd führten Ärzte geringes eigenes Zeitbudget zum Erklären neuer wissenschaftlicher Empfehlungen sowie die manchmal fehlende Bereitschaft der Patienten, ihre Lebensgewohnheiten zu ändern („motivationale Aspekte“), an.

*Lugtenberg et al.*<sup>44</sup> untersuchten die von niederländischen Hausärzten empfundenen Barrieren für die Implementierung von Leitlinien. Es wurden 6 Fokusgruppen mit insgesamt 30 Hausärzten durchgeführt, in denen von den Untersuchern ausgewählte Leitlinien bzw. deren Hauptempfehlungen (insgesamt 56) diskutiert wurden. Die Fokusgruppen wurden aufgezeichnet und für die qualitative Auswertung transkribiert.

Folgende Haupt-Barrieren für die Implementierung der Leitlinien wurden identifiziert: fehlende Anwendbarkeit; Kontextfaktoren wie organisatorische Einschränkungen, Zeit-, Personal- und Ressourcenmangel; fehlendes Wissen und Bewusstsein der Ärzte (über bzw. für die Leitlinienempfehlungen) und sprachliche Aspekte wie unklare oder missverständliche Formulierung.

*Cranney et al.*<sup>1</sup> forschten nach den Barrieren bei der Implementierung einer edukativen Intervention zur Verbesserung der Bluthochdruck-Therapie bei älteren Patienten. In einer randomisiert kontrollierten Studie wurden 2 x 9 Praxen (Interventions- und Kontrollgruppe) in Bezug auf die Güte der Blutdruckeinstellung der 70 bis 79- jährigen Patienten untersucht. Alle 18 Praxen erhielten in einem persönlichen Gespräch mit einem der Autoren eine Rückmeldung über die in einer Vorstudie<sup>45</sup> gefundenen Daten zur Güte der Hochdruckeinstellung (der 70 bis 79- jährigen Patienten) der jeweiligen Praxis. Die Ärzte der Interventionsgruppe wurden durch den Untersucher zusätzlich aufgefordert, über die

Barrieren zu reflektieren, die sie von der Umsetzung wissenschaftlicher Empfehlungen abhalten könnten. Alle Gespräche wurden auf Tonband aufgezeichnet.

Als Outcome-Parameter zur Messung des Interventionseffektes dienten die Ergebnisse eines vor (Baseline) und 4 Wochen nach der Intervention beantworteten Fragebogens: Ärzte sollten ihre eigenen Blutdruck-Grenz-Werte für den Beginn einer antihypertensiven Behandlung in der Altersgruppe von 70 bis 79 Jahren angeben und einen klinischen Fall (lt. Leitlinien therapiebedürftig) beurteilen – dies als sekundärer Parameter für ihre Therapiebereitschaft.

Es zeigte sich nach der Intervention eine signifikante Differenz zwischen Interventionsgruppe und Kontrollgruppe bei den systolischen Blutdruck-Grenzwerten für eine Therapie (161,8 zu 167,2 mmHg). Im Vergleich zu den Daten der Baseline ergab sich nur für die Interventionsgruppe eine deutliche Verbesserung im Sinne der Annäherung an Leitlinienvorgaben in Bezug auf die Grenzwerte zur Therapieindikation (Gruppenwerte: 172,7 zu 161,8 mmHg). Auch zeigte sich in der Interventionsgruppe eine signifikante Steigerung der Therapiebereitschaft nach der Intervention.

Die Auswertung der Gesprächsaufzeichnungen identifizierte die von den Ärzten genannten Barrieren für die Umsetzung wissenschaftlicher Empfehlungen: Arbeitsaufwand, Zeitmangel, organisatorische Einschränkungen, schlechte bzw. fehlende Ressourcen; außerdem wurden Einzelniederlassung, schlechtes Teamwork und ein fehlender persönlicher „Mentor“ als hinderliche Faktoren angeführt.

In einer weiteren Untersuchung der gleichen Forschergruppe um *Cranney*<sup>2</sup> wurden „Fokusgruppen-ähnliche“ Gespräche bzgl. der Einflussfaktoren für die Umsetzung wissenschaftlicher Empfehlungen in den 9 Interventions-Praxen (mit insgesamt 34 Hausärzten) durchgeführt. Alle Ärzte einer Praxis wurden dabei in einer Gruppe zusammengefasst.

Die identifizierten Barrieren konnten mittels qualitativer Auswertung wie folgt klassifiziert werden: strukturell (Zeitdruck, Arbeitsaufwand, administrative Probleme, schlechte Vergütung), Barrieren auf der Einstellungsebene (Ärztevorlieben, generell ablehnende Haltung gegenüber Leitlinien) und „edukative“ Barrieren (Methode der edukativen Intervention). Die Autoren bemerken auch, dass manche Ärzte den (im Interventionsgespräch angebotenen) Austausch mit Kollegen als positiv bewerteten. Daraus kann als förderlicher Faktor die kollegiale Unterstützung und Bestätigung gefolgert werden.

In einer Untersuchung von *Kaboli et al.*<sup>46</sup> wurde der Erfolg einer Intervention mit Patientenaktivierung bei der Umsetzung einer Bluthochdruckeinstellung mittels Thiazid-Diuretika gezeigt. Hintergrund war, dass Thiazide in evidenz-basierten Leitlinien zwar als Therapie der ersten Wahl für die unkomplizierte Hypertonie empfohlen werden, aber nicht ausreichend verschrieben werden. Interventionsinhalt war die Aktivierung von Patienten, mit ihren Ärzten die Thiazid- Verordnung zu diskutieren. Dazu erhielten Patienten mit Hypertonie in der Interventionsgruppe Informationen zur ihren eigenen Behandlungsdaten in der Praxis und zu möglichen Verbesserungen durch evidenzbasierte Therapie mit Thiaziden. Als Outcome-Parameter diente die Thiazid- Verordnungsrate.

*Pilling* und *Buzza* betrachteten im Rahmen zweier Studien die Sicht der Patienten und Ärzte zu der obigen Intervention:

*Pilling et al.*<sup>47</sup> untersuchten die Sicht von Patienten in Bezug auf die Frage, ob Patienten aktiviert werden sollten, nach evidenz-basierter Medizin zu verlangen. Dazu wurden 54 Patienten aus der Interventionsgruppe telefonisch interviewt; die Gesprächsaufnahmen wurden transkribiert und qualitativ ausgewertet. Das Feedback zur „Patientenaktivierung“, d.h. zur Intervention, war bei 82% der Patienten positiv. Patienten mochten sie, weil sie ermutigt wurden, mit ihren Ärzten zu diskutieren, und weil sie sich als aktive Teilnehmer mehr einbezogen, anerkannt und ernst genommen fühlten. Also sind förderliche Faktoren hier die Einbeziehung und die aktive Beteiligung der Patienten bei der Intervention und die daraus resultierende verbesserte Arzt-Patienten-Kommunikation.

*Buzza et al.*<sup>48</sup> betrachteten in Bezug auf dieselbe Interventionsstudie die Ärztesperspektive zur ‚Patientenaktivierung‘, indem sie mit 21 Ärzten, die an der Intervention teilgenommen hatten, semi-strukturierte Telefon-Interviews führten. 95% der Ärzte äußerten sich positiv zu der Intervention. Besonders betont wurde von den Ärzten die durch die Intervention verbesserte Kommunikation mit (Hochdruck-) Patienten. Die Intervention habe die Ziele von Arzt und Patient vereinbarer und Patienten empfänglicher gegenüber Medikations-Änderungen gemacht. Man kann hier die von den Ärzten empfundene Erleichterung der Patientenversorgung als förderlich betrachten.

In der Studie von *Kennedy et al.*<sup>49</sup> wurde der Erfolg einer edukativen Intervention zum Thema Autismus in einer Gruppe von 21 Hausärzten untersucht. Die Intervention bestand in einem zweistündigen interaktiven Seminar über verzögerte Sprachentwicklung mit Nutzung von auf Video aufgezeichneten Fallbeispielen. Es beinhaltete Informationen zur Diagnose,

Therapie und Prognose des Autismus, die interaktiv erarbeitet wurden, also fand keine reine Wissensvermittlung statt.

Die Ergebnisse in einem *Multiple choice*-Wissenstest verbesserten sich nach der Intervention signifikant, nicht aber das Konsultationsverhalten bei eingesetzten Standardisierten Patienten. Um dafür verantwortliche Ursachen zu ergründen, führte man Interviews mit den Ärzten, aus deren Auswertung sich zwei hindernde Faktoren für die Anwendung des neuen Wissens ergaben: Das Gefühl der Dringlichkeit, richtig zu handeln und mangelndes Vertrauen des Arztes in die von ihm selbst gestellte Diagnose bei dem Patienten.

*Scott et al.*<sup>50</sup> machten eine Fragebogen-Studie zur Evaluation der Nutzung des *Canadian Heart Health Kit* (HHK)<sup>v</sup>, einem Hilfsmittel zum Risikomanagement und der Patientenschulung in der Prävention kardiovaskulärer Erkrankungen. Das HHK beinhaltet edukative Patientenbroschüren und Aufkleber für Patientenakten (als Erinnerung für den Arzt). Folgende kardiovaskuläre Risikofaktoren stehen im Fokus: Rauchen, Übergewicht, Bewegungsmangel, Hypercholesterinämie, Bluthochdruck und Diabetes mellitus.

Den 153 teilnehmenden Ärzten wurde das HHK zugesandt und zwei Monate später erhielten sie postalisch einen Fragebogen, der sowohl das Vorgehen in Bezug auf die kardiovaskulären Erkrankungen als auch die Anwendbarkeit des HHK und mögliche Barrieren der Nutzung abfragte.

Die Auswertung zeigte eine negative Assoziation der Nutzung des HHK mit den Jahren der Erfahrung der Ärzte. Man könnte hieraus folgern, dass erfahrenere – bzw. länger im Beruf seiende – Ärzte weniger veränderungsbereit sind. Niedergelassene, im Vergleich zu am Krankenhaus angestellten Ärzten, berichteten häufiger über Barrieren für die Nutzung des HHK. Daraus wurde als hinderlicher Faktor für die Implementierung ein fehlender kollegialer Austausch bzw. kollegiale Unterstützung abgeleitet.

Als signifikante förderliche Faktoren für die Bereitschaft zur Nutzung des HHK wurden dessen klare Vermittlung der wissenschaftlichen Evidenz und der offensichtliche Vorteil gegenüber vorhandenen Verfahren gefunden.

---

<sup>v</sup> Das HHK wurde 1999 vom kanadischen Gesundheitsministerium entwickelt

Zwei Reviews und ein Buch zum Thema der Einflussfaktoren auf eine Implementation, auf die sich einige der o.g. Publikationen auch beziehen, können hier abschließend vorgestellt werden:

*Cabana et al.*<sup>51</sup> erarbeiteten einen Literaturüberblick zu den Barrieren der Leitlinien-Treue. Daraus resultierte eine Klassifikation der Barrieren auf drei Ebenen: Wissen, Einstellung und Verhalten.

Als Barrieren auf der *Wissensebene* fassten die Autoren folgenden Faktoren auf: ein Mangel an Vertrautheit und Bewusstsein für vorhandene Leitlinien; zu große Informationsfülle, die zur Ablehnung des Lesens führt; Zeitmangel und fehlende Zugangsmöglichkeit zu Leitlinien.

Auf der Ebene der *Einstellung* wurden diese Barrieren gefunden in: Mangel an Übereinstimmung mit Spezialisten-Leitlinien; fehlende Übertragbarkeit; zu hohe Kosten sowie mangelndes Vertrauen in die Entwickler der Leitlinie; Mangel an persönlicher Übereinstimmung mit einer Leitlinie; Gefühl, dass Leitlinien die Arzt-Autonomie einschränken; fehlende praktische Anwendbarkeit; Mangel an Vertrauen, dass die Leitlinie etwas am Outcome verbessert; Mangel an Selbstvertrauen, in der eigenen Praxis, die Leitlinie umsetzen zu können sowie fehlende Motivation zur Anwendung einer Leitlinie aufgrund „festgefahrener Routinen“.

Auf der *Verhaltensebene* zeigten sich folgende als *extern* bezeichnete (von außen auf Arzt einwirkende) Barrieren: Patientenfaktoren (wie z.B. Vorlieben, Wünsche des Patienten) sowie Kontext-Faktoren (Zeit, Ressourcenmangel, fehlende Vergütung, organisatorische Aspekte).

*Gravel et al.*<sup>52</sup> und *Légaré et al.*<sup>53</sup> verfassten einen Übersichtsartikel über die Literatur zu hindernden und fördernden Faktoren bei der Implementierung von *shared decision-making* (SDM) in die Praxis von „Heilberuflern“. SDM war definiert als gemeinsamer Entscheidungsprozess von Arzt bzw. Behandler und Patient. Eingeschlossen wurden 28 Studien von 1990 bis 2006, die von den Teilnehmern selbst wahrgenommene (hindernde und fördernde) Einflussfaktoren auf die Implementierung von SDM beschrieben.

Die Autoren fassen folgende Einflussfaktoren zusammen: Zeitmangel, fehlende Anwendbarkeit aufgrund von individuellen Patientenmerkmalen oder aufgrund der individuellen klinischen Situation. Der am häufigsten genannte fördernde Faktor war:

positive Erwartungen der Ärzte an die Intervention (positiver Effekt auf Patienten-Outcomes und auf den klinischen Prozess).

Die in Rogers' Buch<sup>54</sup> „*Diffusion of innovations*“ dargestellten Attribute, die die Diffusion von Innovationen beeinflussen, werden von manchen Forschern zur Untersuchung der Barrieren der Verhaltensänderung herangezogen. So wird Rogers' Theorie im Review von Gravel *et al.*<sup>52</sup> zur Klassifikation der Barrieren für das *shared decision-making* genutzt und von Scott *et al.*<sup>50</sup> in einer konkreten Studie zur Implementierung eines Hilfsmittels im Risikomanagement kardiovaskulärer Erkrankungen angewandt (beide s.o.). Dabei bezieht sich die Empirie, auf der Rogers Theorie fußt zu weiten Teilen nicht auf das Gesundheitssystem und die Versorger in diesem.

Die fünf positiven Attribute der „*Diffusion von Innovationen*“ nach Rogers sind:

1. Relativer Vorteil der Innovation gegenüber bisherigem Vorgehen
2. Kompatibilität: Übereinstimmung mit bestehenden Werten, Erfahrungen, Wünschen
3. Geringe Komplexität: Geringe Schwierigkeit, die Handhabung der Innovation zu verstehen und sie zu nutzen
4. Erprobbarkeit (Trialability): Möglichkeit, die Innovation im Kleinen zu prüfen oder zu verifizieren
5. Beobachtbarkeit: Einschätzung, ob die Ergebnisse beobachtbar sind

Rogers vermutete, dass die Meinung von Personen zu diesen fünf Attributen dazu dienen kann, vorherzusagen, ob sie eine Innovation annehmen werden; besonders wichtig erachtete er 1. und 2.

Die von Rogers formulierten obigen Attribute können daher nach Ansicht der Autorin auch als Einflussfaktoren für die Implementierung neuer wissenschaftlicher Erkenntnisse verstanden werden: Wenn sie von Ärzten positiv bewertet werden, fördern sie die erfolgreiche Implementierung; wenn sie negativ bewertet werden, können sie als Erfolgshindernd betrachtet werden.

## **Hindernde und fördernde Faktoren für einen Interventionserfolg – wie sie aus vergleichenden Interventionsstudien zu identifizieren sind**

Weller *et al.*<sup>55</sup> verglichen den Effekt von sogenannten *educational outreach visits (EOV)*<sup>vi</sup> und per Post versandten Informationen zum Thema PSA-Testung auf die Nutzung des PSA-Tests. 145 Hausärzte wurden in drei Gruppen randomisiert: zwei Interventionsgruppen und eine Kontrollgruppe. Die Interventionsgruppen erhielten edukatives Material zum Thema PSA-Test entweder a) per Post oder b) überbracht von einem in Marketing geschulten klinischen Pharmakologen während eines Besuchs (*EOV*) in der Praxis. Das edukative Material bestand aus Zusammenfassungen von Review-Artikeln zum Thema PSA-Tests, aus Patientenbroschüren und epidemiologischen Daten zum Prostata- Karzinom in Australien. Die Kontrollgruppe erhielt keine Materialien.

In allen Gruppen wurden die PSA-Testraten 6 Monate vor der Intervention (Baseline), in den Monaten 0-6 und in den Monaten 6-12 nach der Intervention erhoben. Außerdem wurde vor der Intervention (Baseline) und 6 Monate nach der Intervention ein Wissenstest zum PSA-Test und Prostata- Karzinom in Form eines Fragebogens verschickt. Die Ergebnisse erbrachten signifikante Unterschiede im Vergleich der drei Gruppen: 6 Monate nach der Intervention zeigten sich in der Gruppe mit „edukativem Besuch“ (*EOV*-Gruppe) signifikant niedrigere PSA-Testraten als in der Gruppe mit alleiniger postalischer Verschickung der Leitlinie; letztere hatte wiederum signifikant niedrigere Raten als die Kontrollgruppe. Allerdings konnte dieser Effekt nicht in der zweiten Phase 6-12 Monate nach Intervention als „anhaltend“ nachgewiesen werden.

Im Wissenstest zeigten sich nach der Intervention in allen Gruppen mehr korrekte Antworten als bei der Baseline-Befragung, wobei die *EOV*-Gruppe signifikant besser war als die anderen beiden Gruppen (die untereinander keine signifikanten Unterschiede aufwiesen).

Fasst man die Ergebnisse zusammen und interpretiert sie, so kann als förderlich für den Interventionserfolg der persönliche Besuch der Ärzte durch einen „ebenbürtigen“ Berater angesehen werden.

---

<sup>vi</sup> frei übersetzt aus dem Englischen: edukative Besuche

*Emery et al.*<sup>56</sup> untersuchten den Effekt der Entscheidungshilfe-Computersoftware *GRAIDS*<sup>vii</sup> auf das ärztliche Vorgehen bei familiärem Krebsrisiko im Vergleich zum bisherigen „Routinevorgehen“.

23 Interventionspraxen erhielten 45-minütige edukative Sessions zum Thema Krebsgenetik und zur Software *GRAIDS*. Ein Praxismitarbeiter erhielt zusätzlich eine weitere 90-minütige Einführung in die *GRAIDS*-Software, die Informationen zu den regionalen Leitlinien zu Brust- und Dickdarmkrebs und Hilfen zur individuellen Risikobestimmung (z.B. Stammbaumvorlagen) bietet. In den 22 Kontrollpraxen wurden nur die 45-minütigen edukativen Sessions zum Thema Krebsgenetik gehalten; danach wurden jeder Praxis die Leitlinien zu Brust- und Dickdarmkrebs per Post zugesandt.

Outcome-Parameter für die Messung des Interventionserfolgs war die Anzahl an mit den Leitlinien übereinstimmenden Überweisungen (pro Praxis) von Risikopatienten für Brust- und/oder Dickdarmkrebs an die genetische Klinik. Eine signifikant höhere Anzahl an Überweisungen der Interventionsgruppe stimmte im Vergleich zur Kontrollgruppe mit den Leitlinienvorgaben überein; die Prüfung der Überweisungen auf Übereinstimmung mit den Leitlinien erfolgte durch Experten der genetischen Klinik. Außerdem erhielten die Ärzte der Interventionspraxen – vor der Intervention, 2 Wochen und 1 Monate danach – einen Fragebogen mit Fragen zu ihrer Einstellung gegenüber der *GRAIDS*-Softwarenutzung und zu ihrem Vertrauen in ihre Fähigkeiten bei der Beratung zum familiären Krebsrisiko. Diesbezüglich zeigte sich ein nachhaltiger positiver Effekt: 2 Wochen nach der Intervention gab es einen signifikanten Anstieg des Vertrauens der Ärzte und der positiven Bewertungen der Software, der bis 12 Monate danach bestehen blieb.

Die Autoren bewerten Erfolgs-fördernd, dass die Software (der Intervention) nützliche neue Informationen und Hilfen für die Ärzte zu Erörterung des familiären Krebsrisikos bot und ein Softwaretraining für Teilnehmer stattfand. Man könnte hier als förderliche Faktoren weiterhin anführen: Wissenszuwachs und Erleichterung der Patientenversorgung. Ferner erscheint förderlich für den Erfolg die aktive Einbeziehung der Teilnehmer in die Umsetzung der Intervention.

*Peters-Klimm et al.*<sup>57</sup> verglichen den Effekt einer multifacettierten edukativen Intervention mit der Standardmethode bei der Einführung von Leitlinien zur effektiven

---

vii GRAIDS = Genetic Risk Assessment on the Internet with Decision Support

Pharmakotherapie der chronischen Herzinsuffizienz. Die 18 Hausärzte der Interventionsgruppe hatten vier Veranstaltungen zum Thema Herzinsuffizienz mit Ärzten verschiedener Fachdisziplinen, die verschiedene interaktive edukative Lehr-Methoden nutzten; Teilnehmer erhielten zudem Ausdrucke ihrer Verordnungsdaten verschiedener in der Leitlinie empfohlener Medikamente. Bei den 19 Ärzten der Kontrollgruppe fand eine Standard-Veranstaltung zur Herzinsuffizienz (Vorlesung) mit einem Kardiologen statt und eine schriftliche Zusammenfassung der Leitlinie wurde ausgehändigt.

Alle Teilnehmer dokumentierten vor und 7 Monate nach der Intervention verschiedene klinische Daten ihrer Patienten mit chronischer Herzinsuffizienz. Medikamente wurden detailliert mit Angaben zu Substanz(-klasse) und täglicher Dosis dokumentiert.

Als Outcome-Parameter für die Messung der Leitlinien-Adhärenz dienten die Verschreibungsraten und Zieldosen von vier Medikamenten, die in der Herzinsuffizienz-Leitlinie empfohlen worden waren (ACE-Hemmer, Betablocker, Angiotensin-Rezeptorblocker und Aldosteronantagonisten). Vor der Intervention bestand schon eine gute Leitlinien-Adhärenz in beiden Gruppen.

Nach der Intervention zeigte sich dann aber ein – erwünschter – signifikanter Anstieg der Verschreibungsrate von Aldosteronantagonisten in der Interventionsgruppe im Vergleich zur Kontrollgruppe. Insgesamt wurden in der Interventionsgruppe signifikant häufiger die täglichen Zieldosen erreicht.

Als möglicher Faktor für den Erfolg der edukativen Intervention lässt sich vermuten, dass die Ärzte durch die „interdisziplinären Lehrenden“ der Intervention eher zur Umsetzung bereit waren. Förderlich könnten also das kollegiale Gespräch und der erlebte interdisziplinäre Konsens dabei sein. Das Feedback zum eigenen Vorgehen und die Anregung zur Selbstreflexion können auch als Erfolgs-fördernd angesehen werden. Zudem kann man vermuten, dass die Teilnehmer bei der Intervention auch eine Bestätigung ihres bisherigen Vorgehens erfuhren (sie waren ja relativ Leitlinien-nah) und sie sich auf sicherer Basis daher veränderungsbereiter zeigten.

*Harris et al.*<sup>58</sup> untersuchten den Effekt zweier edukativer Interventionen (Experten-Vorlesungen und Online-Programm) auf das Wissen, die Einstellungen und Meinungen von Ärzten bei der Behandlung chronischer Schmerzen. Dazu wurden 136 Hausärzte in drei Gruppen randomisiert: Eine Interventionsgruppe von 45 Ärzten erhielt ein edukatives Programm mit Vorlesungen und Workshops von Schmerz-Experten; der anderen Interventionsgruppe (43 Ärzte) wurde ein Online-Lern-Programm mit u.a. Fallvignetten zur

Verfügung gestellt. Eine dritte Gruppe von 48 Ärzten diente als Kontrolle: sie erhielten ein Programm mit Vorlesungen und Workshops zu einem anderem Thema, zur Palliativmedizin. Alle Teilnehmer beantworteten vor der Intervention, direkt danach und 3 Monate später, einen Fragebogen bzgl. der Behandlung chronischer Schmerzen. Outcome-Parameter war hier das ärztliche Wissen gemessen an der Anzahl richtig beantworteter Fragen. Die Untersucher fanden einen nachhaltigen Effekt beider edukativer Interventionen. In der Kontrollgruppe zeigt sich keine signifikante Veränderung.

Fördernd könnte hier gewesen sein, dass das Thema chronische Schmerzen ein hausärztlich sehr relevantes Thema ist und die Bereitschaft, etwas auf diesem Gebiet zu lernen, um die Patientenversorgung zu erleichtern, eher gegeben ist. Hier können also die Relevanz des Themas, Arbeitserleichterung und Wissenszuwachs für die Hausärzte als förderliche Faktoren abgeleitet werden.

### **2.2.3. Zusammenfassung der hindernden und fördernden Faktoren aus der Literatur**

#### **Faktoren aus den Studien, in denen diese Forschungsgegenstand waren**

Zur Übersicht sollen nachfolgend die Faktoren aufgeführt werden, die in den obigen Publikationen benannt wurden:

#### **Hindernde Faktoren**

- Als hindernd für die Implementierung werden Einschränkungen im Zusammenhang mit organisatorischen Aspekten wie Personal- und Zeitmangel, fehlenden Praxisgegebenheiten (z.B. Räumlichkeiten, Datenverwaltung) benannt.
- Auch wirtschaftliche Aspekte wie die Befürchtung höherer Kosten bzw. weniger Produktivität durch eine Intervention, hemmen deren erfolgreiche Umsetzung
- Unzureichende Kontextanpassung beispielsweise die fehlende Berücksichtigung von Sprachproblemen ausländischer Patienten in der Umsetzung einer Intervention zeigt sich hinderlich für den Interventionserfolg.
- Persönliche Einstellungen von Ärzten und Patienten behindern die Implementierung, beispielsweise unterschiedliche Krankheits- und Gesundheitskonzepte sowie bestimmte Rollenerwartungen (z.B. paternalistisch) bei Ärzten und Patienten. Auch Vorannahmen der Ärzte zu möglichen Erwartungen der Patienten oder umgekehrt hemmen die

Verhaltensänderung, wenn angenommen wird, dass diese nicht mit der Intervention übereinstimmen.

- Erwartungsdruck von Patienten und fehlende Patienten-Compliance bzw. Ablehnung eines neuen Ansatzes durch Patienten wird als hinderlicher Faktor für die ärztliche Verhaltensänderung genannt.
- Auch Druck von anderen Ärzten oder Organisationen wirkt hinderlich auf die Verhaltensänderung. Fehlende kollegiale Unterstützung und auch fehlende Unterstützung durch die Gesellschaft und das Gesundheitssystem hemmen die Implementierung.
- Hinderlich zeigen sich Wissensunsicherheit und Mangel an Fertigkeiten bei Ärzten. Aber auch Informationsmangel bei Patienten wird als hemmend für das eigene ärztliche Handeln angesehen.
- Schließlich werden ärztliche Bedenken bzgl. des Patienten-Outcome als hinderlich für eine Verhaltensänderung beschrieben. Manche Ärzte befürchten durch Umsetzung gewisser Empfehlungen einen Schaden für Patienten.

### **Fördernde Faktoren**

- Wenn das Thema, auf das sich eine Intervention bezieht, von den teilnehmenden Ärzten als hausärztliches und gesellschaftliches Problem erkannt wird, sind diese offener für die Umsetzung der Intervention.
- Wenn eine Intervention einen offensichtlichen Vorteil gegenüber vorhandenen Verfahren zeigt bzw. sich Ärzte von der Umsetzung einer Intervention eine Arbeitserleichterung, d.h. eine Erleichterung der Patientenversorgung, versprechen, scheinen sie eher zur Verhaltensänderung bereit zu sein.
- Ferner scheint die aktive Einbeziehung der Teilnehmer, auch die aktive Beteiligung der Patienten, in die Umsetzung einer Intervention die Änderungsbereitschaft zu fördern.
- Förderlich wird das Eingehen des Interventionsinhaltes auf die individuellen Einstellungen der Ärzte angesehen.
- Ausreichende Unterstützung und Informationen für die Patienten kann als förderlich für die Verhaltensänderung betrachtet werden.
- Die nachvollziehbare Vermittlung evidenzbasierter Informationen und ein durch die Intervention und deren Inhalte erlebter Wissenszuwachs scheinen zudem die Änderungsbereitschaft der Ärzte positiv zu beeinflussen.

## **Faktoren aus den vergleichenden Interventionsstudien**

Aus den Studienergebnissen konnten von der Autorin folgende **fördernde Faktoren** abgeleitet werden (die bereits oben zuvor schon einmal ausgeführten Faktoren werden hier nur in *Kursiv* genannt und nicht nochmals erklärt):

- *Relevanz für den hausärztlichen Alltag und die Gesellschaft*
- *Arbeitserleichterung; Erleichterung und Verbesserung der Patientenversorgung*
- *Aktive Einbeziehung der Teilnehmer*
- *Nachvollziehbare und für Ärzte und Patienten verständliche Informationen*
- *Wissenszuwachs*
- *Interdisziplinärer Konsens, kollegiale Unterstützung und Bestätigung*
- Der persönliche Peer-Besuch der Ärzte und/oder die Vermittlung der Interventionsinhalte durch Wissenschaftler oder andere „ebenbürtige Experten auf Augenhöhe“ können auch als förderlich im Sinne einer Verhaltensänderung betrachtet werden.

## **Zusammenfassende, gruppierende Darstellung der hindernden und fördernden Einflussbereiche aus der Literatur**

Zusammenfassend kann man die Ergebnisse wie folgt in Bezug auf die **Fördernden Faktoren** inhaltlich gruppierend zusammenfassen:

- Relevanz des Inhaltes
  - für den hausärztlichen Alltag
  - die Gesellschaft
- In Übereinstimmung mit der Sicht der „Autoritäten“
  - Vermittlung der Interventionsinhalte durch Wissenschaftler
  - Interdisziplinärer Konsens
- Ernst-Genommen-Werden
  - Peer-Besuche
  - Aktive Einbeziehung der Teilnehmer, Ärzte u. Patienten
  - Nachvollziehbare und für Ärzte und Patienten verständliche Informationen

- Arbeitserleichterung und Verbesserung der Patientenversorgung
- Kollegiale Unterstützung
- Wissenszunahme

Für die **Hindernden Faktoren** lassen sich folgende gruppierende Bereiche benennen, wobei nur die aufgeführt sind, die nicht als Negation der fördernden anzusehen sind:

- Personal-, Zeit- und Ressourcenmangel, fehlende Praxisgegebenheiten
- Unzureichende Kontextanpassung
  - an Versorgungsrealität
  - an Patienten-Möglichkeiten
- Persönliche Einstellungen
  - von Ärzten
  - von Patienten
- Druck anderer
  - Erwartungsdruck von Patienten
  - Druck von anderen Ärzten oder Organisationen
- Wissensunsicherheit und Mangel an Fertigkeiten
  - bei Ärzten
  - bei Patienten
- Zweifel am Nutzen und Angst vor Schaden

## 3. Die Studie

### 3.1. Fragestellung

Zur Klärung der Frage, welche hindernden und fördernden Faktoren bei der Implementierung existieren, bot es sich an, die Interventionsstudie „*CHANGE*“ näher zu betrachten, da sie ein Beispiel einer sehr erfolgreichen Umsetzung wissenschaftlicher Erkenntnisse bzw. neuer Behandlungsstrategien in die Praxis von Hausärzten darstellt. Denn immerhin ist es hierbei gelungen, durch eine edukative Intervention mit dem Ziel der Verbesserung der Arzt- Patienten-Kommunikation, eine Reduzierung der Verordnungsrate von Antibiotika bei akutem Husten zu bewirken. Einmalig ist, dass auch ein Langzeit-Effekt ohne Boosterung (das heißt ohne nochmalige Intervention) über 12 Monate erreicht werden konnte.

Daraus ergaben sich folgende Fragestellungen für die hier vorgelegte Studie:

- Was an Erfolgs-förderlichen und was an Erfolgs-hindernden Momenten gab es in der Interventionsstudie „*CHANGE*“?
- Welche (grundsätzlichen) Einflussfaktoren für die Implementierung wissenschaftlicher Erkenntnisse in die hausärztliche Praxis lassen sich daraus ableiten?

Um zu untersuchen, woran es liegt, dass die Intervention der Studie erfolgreich war, wurde ein qualitativer Ansatz gewählt. Somit stellt die vorliegende Arbeit eine qualitative Analyse im Zusammenhang mit der Interventionsstudie „*CHANGE*“ dar.

## **3.2. Methodik und Forschungsdesign**

### **3.2.1. Design der Studie**

Durch direkte (Nach-) Befragung der an der Studie beteiligten Hausärzte sollte die ganze Breite an Erfahrungen und Meinungen der Ärzte im Zusammenhang mit der Studie erfasst und kategorisiert werden, was quantitative Verfahren nur schlechter, weil mit präformierten Kategorien arbeitend, hätten leisten können.

Der qualitative Ansatz hingegen ermöglicht es, die Rezeption der Intervention und deren konkrete Inhalte sowie auch deren Einfluss auf die Hausärzte zu benennen, um dann daraus Rückschlüsse für das Verstehen und die Planung erfolgreicher Intervention ziehen zu können.

### **3.2.2. Allgemeines zum Qualitativen Ansatz**

In den letzten drei Jahrzehnten hat sich die qualitative Forschung zu einer akzeptierten Methode entwickelt und wird in den verschiedensten Disziplinen und Fächern genutzt. Mit Hilfe ihrer sollen Hypothesen generiert werden; insbesondere in Forschungsbereichen, bei denen noch nicht viel an Wissen vorhanden ist, also Hypothesen testende quantitative Verfahren nicht möglich scheinen; zumindest nicht immer sinnvoll zum Einsatz kommen können.

Die Bezeichnung „*qualitative Sozialforschung*“ ist ein Oberbegriff für unterschiedliche Forschungsansätze, die zwar in ihren theoretischen Annahmen, ihrem Gegenstandsverständnis und ihrem methodischen Fokus differieren, aber dennoch gemeinsame Hauptmerkmale aufweisen.

„Die qualitative Forschung besitzt in ihren Fragestellungen und Vorgehensweisen eine starke Anwendungsorientierung. Sie hat den Anspruch, Lebenswelten aus der Sicht der handelnden Menschen zu beschreiben. Damit will sie zu einem besseren Verständnis sozialer Wirklichkeit beitragen und auf Abläufe, Deutungsmuster und Strukturmerkmale aufmerksam machen.“<sup>59</sup>

Das Ziel qualitativer Forschung ist es, sich dem Forschungsfeld in einem hermeneutischen Prozess unter Beachtung des Prinzips der Offenheit und des Prinzips der Kommunikation anzunähern. Gemäß dem Prinzip der Offenheit werden die Themen des Forschungsprozess von den ProbandInnen bestimmt, d.h. es geht um die Interpretation tiefer liegender Sinn-

und Bedeutungszuschreibungen von Individuen oder Gruppen in deren jeweiligem Kontext. Es existiert keine forschungsleitende Hypothese, sondern eine offene Fragestellung mit Modifikationsmöglichkeit, die dem Ziel der Hypothesen- oder Theoriebildung dient. Die Datenerhebung wird durch das Befolgen des Prinzips der Kommunikation geleitet. Zum Beispiel orientiert sich die Formulierung von Interviewfragen an der Alltagssprache und der kommunikativen Leistung der Interviewten sowie an deren Erzählung im Interviewverlauf.<sup>60</sup> Darüber hinaus spielt der verbale Zugang, das Gespräch, in der qualitativen Forschung eine besondere Rolle. Erkennbar wird dies an der Vielzahl der vorhandenen qualitativen Methoden, die auf sprachlicher Basis arbeiten. Indem die Subjekte selbst zur Sprache kommen, besteht die Möglichkeit, aus den Äußerungen subjektive Bedeutungen abzuleiten.<sup>61</sup>

Die Umsetzung qualitativer Ansätze erfordert nicht selten erheblichen fachlichen und zeitlichen Aufwand. Zudem wird für die Auswertung gewonnenen Datenmaterials Erfahrung mit qualitativer Forschung benötigt, so dass qualitative Untersuchungen im Optimalfall in einem interdisziplinären Forscherteam durchgeführt werden, indem mindestens eine Person mit den qualitativen Forschungsmethoden vertraut sein sollte. Generell lässt sich aber auf dem Gebiet qualitativer Versorgungsforschung eine Einigkeit darüber feststellen, dass die Methoden qualitativer Forschung Erkenntnismöglichkeiten bieten, die der quantitativen Forschung verschlossen bleiben. Der Beitrag qualitativer Forschung zur Produktion neuen wissenschaftlichen Wissens wird als ihre besondere Stärke angesehen und ist gleichsam Ausdruck ihrer wissenschaftlichen Haltung der Hypothesen- und Theoriegenerierung.<sup>60</sup>

Die nationale und internationale allgemeinmedizinische Forschung bedient sich in den letzten Jahren zunehmend qualitativer Methoden. Diese werden vorwiegend bei Forschungsfragen angewendet, die den Kontext und das Setting der Arzt-Patienten-Beziehung sowie die Arzt-Patienten-Kommunikation untersuchen, die sich auf hausärztliche Haltungen, Einstellungen und Vorgehensweisen beziehen sowie Patientenperspektiven auf hausärztliche Diagnosen und Behandlungen erforschen.

### 3.2.2.1. Verwendete Instrumente in der Untersuchung

#### Interviewverfahren

Erhebungsmethoden dienen der Sammlung von (Daten-)Material. Es gibt verschiedene Techniken, die im Prinzip unabhängig voneinander entwickelt worden sind, aber theoretisch beliebig miteinander kombiniert werden können. Man kann die Erhebungsverfahren qualitativer Forschung in drei Untergruppen einteilen: Qualitative Interviewverfahren, Gruppendiskussion und Beobachtungsverfahren.

Zur Beantwortung der vorliegenden Forschungsfrage wurde der Zugang zur Datenerhebung über die Durchführung von Interviews gewählt. Der einzelne Hausarzt sollte selbst zur Sprache kommen, da der Fokus der Untersuchung auf der Erfassung seiner subjektiven Sichtweise lag.

Unabhängig vom jeweiligen Paradigma Qualitativ vs. Quantitativ gibt es eine Vielzahl unterschiedlicher Interviewverfahren:

- Spricht man von offenem und nicht offenem (geschlossenem) Interview, bezieht sich dies auf den Freiheitsgrad des Befragten, d.h. ob dieser sich frei und ohne Antwortvorgaben äußern kann.
- Außerdem unterscheidet man strukturierte (standardisierte) und unstrukturierte (unstandardisierte) Interviews, bezogen auf die dem Interviewer (in der Vorgehensweise) gegebene Handlungsfreiheit, d.h. ob dieser einen starren Fragenkatalog hat oder Fragen und Themen je nach Interviewsituation frei formulieren kann.

Ein Interview kann somit strukturiert und offen zugleich sein, wie beispielsweise das Leitfadeninterview.<sup>62</sup> Über den Aspekt der Offenheit der Frageformulierung herrscht im qualitativen Paradigma weitgehend Einigkeit. Den Grad der Strukturiertheit betreffend gibt es unter den verschiedenen Formen eine größere Spannbreite. Daher ist es besser zwischen stärker und schwächer/weniger strukturierten Interviews zu unterscheiden.

Hinsichtlich der so eben angedeuteten unterschiedlichen Möglichkeiten der Datenerhebung entschieden wir uns für eine Orientierung am problemzentrierten Leitfadeninterview.

Wie zu zeigen sein wird, sollen mit einem solch offenen, aber stärker strukturierten Interviewverfahren die Erfassung der subjektiven Sichtweise der befragten Hausärzte zur

Fragestellung gewährleistet und der Vergleich der Interviews untereinander erleichtert werden.

### **Das Problemzentrierte Leitfadenterview**

Das Problemzentrierte Interview wurde von Andreas Witzel in den 1980er Jahren in Deutschland eingeführt. Es ist Hauptvertreter der Leitfadenterviews, die in die Gruppe stärker strukturierter Interviews einzuordnen sind. Die folgenden Aussagen über das Problemzentrierte Interview können auch auf die in der vorliegenden Untersuchung genutzten Leitfaden- gestützten Interviews übertragen werden.

Angewendet werden problemzentrierte Interviews, wenn spezifischere Fragestellungen bestehen oder man bereits Ideen (in unserem Fall Ergebnisse der abgeschlossenen Interventionsstudie) über ein Thema/Problem hat und diese näher untersuchen möchte. Außerdem erleichtert die teilweise Standardisierung durch den Leitfaden die Vergleichbarkeit mehrerer Interviews. Das Material mehrerer Gespräche kann auf die Leitfadenfragen bezogen werden und so leichter ausgewertet werden.

Kennzeichnende drei Kriterien des problemzentrierten Interviews sind

- die *Problemzentrierung*, d.h. die Orientierung des Forschers an einer gesellschaftlichen Problemstellung, die vorher basierend auf Vorannahmen, Vorerhebungen oder anderen Erkenntnissen vom Forscher erarbeitet wurde. Der Interviewer gibt dem Befragten die Problemstellung/das Thema vor und kommt während des Gesprächs immer wieder auf diese zurück. Das betreffende Problem soll aus Sicht und Erleben der befragten Person erfasst werden.
- *Gegenstandsorientierung* besagt, dass die Methode dem Forschungsgegenstand entsprechend angepasst werden kann und soll. Es wird ein gewisses Maß an Flexibilität im Umgang mit der Methode ermöglicht. In unserem Fall bedeutete das die Verwendung der Interviewmethode unter Vernachlässigung der anderen Methoden(-komponenten) wie Gruppendiskussion, Kurzfragebogen etc. Es fand keine Übernahme fertiger Instrumente statt.
- *Prozessorientierung* steht in der Tradition der gegenstandsbezogenen Theoriebildung nach Glaser und Strauss<sup>63</sup>, bei der die Erhebung und Auswertung der Daten als ein aufeinander bezogener Prozess verstanden wird, in dessen Verlauf die Theorie gegenstandsbezogen generiert wird. Die Prozessorientierung des Interviews

bezieht sich also auf den gesamten Forschungsablauf sowie auf das allgemeine Verständnis des Untersuchungsgegenstands.

Dem Interviewer soll ermöglicht werden, Impulse für eine freie Erzählung (Narrationen) des Interviewpartners zu geben, aber auch, an die Antworten des Interviewpartners anzuknüpfen und diese auf das Problem zu beziehen. Um dies zu gewährleisten, besteht der Interviewleitfaden eines problemzentrierten Interviews im Wesentlichen aus drei Fragetypen:

- *Sondierungsfragen*, bei denen es sich um allgemein gehaltene Einstiegsfragen in eine Thematik handelt.
- *Leitfadenfragen*, die als wesentliche Fragestellung im Interviewleitfaden festgehalten sind und
- *Ad-hoc-Fragen*, die der Interviewer spontan formuliert, um Aspekte anzusprechen, die nicht im Leitfaden verzeichnet sind, aber für die Thematik relevant oder für die Erhaltung des Gesprächsfadens von Bedeutung sein können.

Wie in der qualitativen Datenerhebung üblich soll der Befragte im Interview frei antworten können, er bekommt also keine vorgegebenen Antwortmöglichkeiten. Beim problemzentrierten Interview wird der so entwickelte Leitfaden in einer Pilotphase getestet und der/die Interviewer in der Durchführung geschult.

Um das gewonnene Gesprächsmaterial aus einem problemzentrierten Interview festzuhalten, wird es üblicherweise – mit Einverständnis des Befragten – auf Tonband aufgezeichnet. Es kann aber auch nur ein schriftliches Protokoll während des Gesprächs oder danach erstellt werden.

Weitere Elemente, die die Durchführung eines problemzentrierten Interviews unterstützen, sind Kurzfragebögen, die der Ermittlung von Sozialdaten dienen (z.B. Alter, Niederlassungsdauer). Dies war in unserem Projekt nicht nötig, da diese Daten aus der Interventionsstudie bekannt waren.

Zudem dienen Postskripte unmittelbar nach dem Gespräch als Ergänzung der Tonträgeraufzeichnung. Sie enthalten eine Skizze zu den Gesprächsinhalten, Anmerkungen zu situativen und nonverbalen Aspekten sowie zu Schwerpunktsetzungen des Interviewpartners. Außerdem werden spontane thematische Auffälligkeiten und Interpretationsideen notiert, die Anregungen für die Auswertung geben können.<sup>64</sup>

### 3.2.3. Das Vorgehen in der vorliegenden Studie

In der vorliegenden Untersuchung fand die Datenerhebung mittels leitfadengestützter Interviews statt. Die qualitative Datenauswertung erfolgte über zwei Zugangswege: zum einen durch die kategoriale Inhaltsanalyse sehr nah am Material und zum anderen durch die offene Analyse anhand einzelner Fälle, d.h. hier einzelner Hausarzt-Interviews.

#### 3.2.3.1. Qualitative Datenerhebung

##### Entwicklung des Interviewleitfadens

Dem Forschungsthema angemessen entwickelten wir einen Interviewleitfaden für teilstrukturierte Interviews mit erzählstimulierenden Elementen (vgl. Anhang). In den problemzentrierten Interviews sollte es den Interviewten ermöglicht werden, sich frei zum Thema zu äußern. Durch den offenen Charakter des Verfahrens wurde dem Interviewer eingeräumt, den Interviewleitfaden, der hier das Thema der Intervention der Studie „CHANGE“ fokussierte, relativ flexibel einzusetzen und während des Interviews auch die vom Interviewten angesprochenen Themen weiter zu verfolgen und nachzufragen.

Ziel der Befragung war zum einen, etwas über die Gedanken und Ideen der Ärzte zur Studie selbst und ihre Motive zur Studienteilnahme herauszufinden. Zum anderen bezogen sich die Interviewfragen auf Veränderungs-fördernde oder -behindernde Faktoren und Ereignisse, die die Ärzte in diesem Zusammenhang erzählten, sowie auf die Dinge, die die Wahrnehmung ihrer Patienten und die Kommunikation mit ihnen illustrierten. Ferner sollten die Erfahrungen mit den ausgegebenen Studienmaterialien angesprochen werden.

Bei den offen formulierten Fragen handelte es sich nicht um klassische Fragen (Was, Warum, Wie), sondern um das offene Ansprechen von Themen und Themensträngen.

Die Eingangssequenz der Interviews lautete: *„Erzählen Sie mir etwas über ihre Motive, an der Hausarzt-Husten-Studie teilzunehmen!“*

Die abzuhandelnden weiteren Fragen – ähnlich offen zu stellen – waren im Leitfaden vorgegeben, konnten aber vom Interviewer je nach Interviewverlauf variiert werden.

Zusätzlich standen dem Interviewer vorformulierte Elemente zur Verfügung („Jokersätze“), die immer dann zum Einsatz kamen, wenn der interviewte Hausarzt ins Stocken geriet, oder wenn durch das initiale Aufgreifen des Themas allein noch zu wenig inhaltsreiches Material generiert wurde.

Diese standardisierten Elemente standen als so genannte „Jokersätze für Nachfragen“ zur Verfügung:

*„Das würde mich genauer interessieren!“*,

*„Erzählen Sie (doch noch) etwas über...“*,

*„Mich interessieren Ihre Lösungen/Ideen/Erfahrungen...“*,

*„Sie sagten eben, dass ...; können Sie mir darüber noch mehr erzählen?“*

Der Leitfaden wurde in einem Interviewtraining, einem „Rollenspiel“, mit dem interviewenden Allgemeinarzt und niedergelassenen Hausärzten (alle tätig in der Abteilung für Allgemeinmedizin des Universitätsklinikums Düsseldorf) erprobt und modifiziert.

Die Entscheidung für eine telefonische Durchführung fiel aus Gründen der geringeren zeitlichen Belastung und der räumlichen Entfernung sowie einer möglichst zeitnahen Durchführung der Interviews. Zu dem flexibel einsetzbaren Interviewleitfaden wurden ein Standard-Einstiegstext für die telefonische Kontaktaufnahme mit der Arzthelferin und der Ärztin/dem Arzt und ein Abschlusstext für die Verabschiedung vom Arzt formuliert. Auch die Frage nach dem Einverständnis der Hausärzte zur Tonbandaufzeichnung des Telefongesprächs wurde in den Einstiegstext integriert und standardisiert erfragt.

### **Befragungsfelder des Interviewleitfadens**

Der Interviewleitfaden enthielt sieben Befragungsfelder - neben den oben bereits erwähnten standardisierten Einstiegs- und Abschlußtexten und den sogenannten „Jokersätzen für Nachfragen“. Die Reihenfolge der Befragungsfelder aus dem Leitfaden konnte je nach Interviewverlauf variiert werden. Wenn vom Interviewten Themen bereits angesprochen wurden, konnte der Interviewer daran direkt anknüpfen bzw. musste diese nicht später nochmals ansprechen.

Konkret beinhaltete der Interviewleitfaden folgende Felder der Befragung:

- 1 . Motivation für die Teilnahme an der Studie
- 2 . Peerbesuche (Teil der Intervention von „CHANGE“)
- 3 . Erfahrungen mit dem Thema „Husten und Antibiotika“
- 4 . Erlebnisse mit Patienten
- 5 . Behandlungskultur des Arztes
- 6 . Verhalten des Arztes gegenüber Patienten
- 7 . Erfahrungen während der Studienteilnahme

Zu jedem dieser sieben Befragungsfelder standen dem Interviewer vorformulierte Erzählstimuli bzw. Fragen zum offenen Ansprechen von Themen und Themensträngen zur Verfügung. Den interviewten Hausärzten sollte die Möglichkeit gegeben werden sich frei zu den Themen zu äußern. Nur bei eventuellem Stocken des Arztes oder wenn dem Interviewer Äußerungen zu einem Thema zu unergiebig schienen, sollte bzw. konnte mit den vorgegeben „Jokersätzen zum Nachfragen“ nachgefragt werden.

### **Durchführung der Interviews**

Während des Erhebungszeitraums im Sommer 2005 wurden alle 28 teilnehmenden Hausärzte aus der Interventionsgruppe der Studie CHANGE, die Anfang 2005 (ein Jahr nach der Intervention) an einer Nach-Erhebung teilgenommen hatten, telefonisch kontaktiert. Mit 23 Hausärzten (w = 4, m = 19) konnten Telefoninterviews am selben Tag des initialen Telefonkontaktes durchgeführt werden. Die übrigen fünf Hausärzte konnten nicht interviewt werden, weil sich kein zeitnaher Telefontermin vereinbaren ließ.

Indem sie zumeist während der Praxis-Mittagspause oder in einigen Fällen während der Sprechstunde am Telefon befragt wurden, bestand für die interviewten Ärzte nur wenig Zeit zwischen Ankündigung und Durchführung der Interviews. Somit gab es eine Art „Überrumpelungseffekt“: die befragten Hausärzte mussten spontan antworten und konnten sich vorher nicht nennenswert Gedanken über die Studie und mögliche Fragen machen. Dies war intendiert und erklärt auch, warum die oben genannten 5 Ärzte ausgeschlossen wurden, da sie zeitnah nicht interviewt werden konnten. Nach der Durchführung mehrerer Interviews wurde der Interviewleitfaden nochmals von drei Untersuchern (AA, SB, KS)<sup>viii</sup> diskutiert und bearbeitet.

Alle 23 Interviews wurden – nach Einverständnis des Interviewten – von der Autorin auf Tonträger aufgezeichnet. Zusätzlich wurden während der Interviews als Ergänzung zur Tonträger-Aufzeichnung von zwei Untersucherinnen (SB, KS) unabhängig voneinander handschriftliche Protokolle verfasst. Diese enthielten Notizen zu den Gesprächsinhalten sowie zu Schwerpunktsetzungen des Interviewpartners und auch Anmerkungen zu situativen Aspekten wie beispielsweise zu Hintergrundgeräuschen, Räuspern, Husten oder ähnlichem sowie zur Betonung. Außerdem wurden spontane thematische Auffälligkeiten und Interpretationsideen notiert, die als Anregungen für die Auswertung dienen konnten.

---

<sup>viii</sup> AA: Attila Altiner, SB: Silke Brockmann, KS: Kristina Stock

Eine textliche Zusammenfassung der Protokolle zu jedem einzelnen Interview wurde durch die Autorin erstellt (vgl. Anhang, Tabelle A).

Im Folgenden wird das für die Beantwortung der Forschungsfrage gewählte Auswertungsverfahren (und das für die Auswertung benötigte Aufbereitungsverfahren) geschildert und anhand der konkreten Vorgehensweise im Projekt dargestellt.

### **3.2.3.2. Qualitative Datenauswertung**

Zur Vorbereitung auf eine ausführliche Auswertung wurden alle Interviews von der Autorin transkribiert, d.h. es wurde eine vollständige Textfassung des verbal erhobenen Materials erstellt. Bei der Aufbereitung des Datenmaterials handelte es sich um eine so genannte „kommentierte Transkription“<sup>35</sup>, bei der zusätzliche Infos über die wörtliche Transkription hinaus festgehalten werden. Man protokolliert durch Sonderzeichen Auffälligkeiten wie Pausen, Betonungen, Sprechweisen, Lachen, Räuspern etc.

Die sich anschließende Auswertung der Interviews fand über zwei Zugangswege statt: zum einen über die qualitative kategoriale Inhaltsanalyse sehr nah am Material und über die offene Analyse einzelner Fälle – einzelner Hausarzt-Interviews.

### **A. Kategoriale Inhaltsanalyse der hausärztlichen Interviews: Kombination aus deduktiver und induktiver Analyse**

Der erste Schritt der Auswertung in der vorliegenden Untersuchung orientiert sich an der Qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring und wurde unterstützt durch die Computersoftware winMAX 98.

Die qualitative Inhaltsanalyse stellt einen Ansatz empirischer, methodisch kontrollierter Auswertung dar, wobei das Material, in seinen Kommunikationszusammenhang eingebettet, nach inhaltsanalytischen Regeln ausgewertet wird, ohne dabei in vorschnelle Quantifizierungen zu verfallen. Grundgedanke des Ansatzes ist dabei, die Vorteile der in den Kommunikationswissenschaften entwickelten quantitativen Inhaltsanalyse zu bewahren und auf qualitativ-interpretative Auswertungsschritte zu übertragen und weiter zu entwickeln.<sup>65</sup>

Das Material wird demnach eingebettet in seinen Kommunikations-Zusammenhang untersucht. Gegenstand von (qualitativer) Inhaltsanalyse kann jede Art von fixierter Kommunikation sein (Gesprächsprotokolle, Dokumente, Videobänder etc.). Sie analysiert

jedoch nicht nur, wie ihr Name suggerieren könnte, den manifesten Inhalt des Materials. Inhaltsanalyse begreift alle Eigenschaften von Kommunikation als Inhalt. Demzufolge werden ebenfalls formale Aspekte des Materials wie z. B. Satzabbrüche, Betonungen, Pausen, Sprechgeschwindigkeit, Stimmlage, Versprecher, Vokabular, Satzbau und Wortwiederholungen (im Fall von sprachlicher Kommunikation) Gegenstand der Analyse.<sup>66</sup> Das Vorgehen der Inhaltsanalyse kann damit als Methode angesehen werden, mit der aus allen Eigenschaften der Kommunikation Rückschlüsse auf die Teilnehmer an der Kommunikation möglich werden.

Nach Mayring sind folgende Grundgedanken der inhaltsanalytischen Vorgehensweise für die qualitative Inhaltsanalyse von Bedeutung<sup>35</sup>:

- Einordnung in ein Kommunikationsmodell:

Hier soll festgelegt werden, was das Ziel der Analyse ist, Variablen des Textproduzenten (dessen Erfahrungen, Einstellungen, Gefühle), der Entstehungssituation des Materials, des soziokulturellen Hintergrunds, der Wirkung des Textes.

- Regelgeleitetheit:

Das Material wird, einem inhaltsanalytischen Ablaufmodell folgend in Analyseeinheiten zerlegt und schrittweise bearbeitet.

- Kategorien im Zentrum:

Die Analyseaspekte werden in Kategorien gefasst, die genau begründet werden und im Laufe der Auswertung überarbeitet werden.

- Gütekriterien:

Das Verfahren will prinzipiell nachvollziehbar sein, seine Ergebnisse mit anderen Studien vergleichbar machen und auch Reliabilitätsprüfungen einbauen. Zur Bestimmung der Interkoderreliabilität werden allerdings nur ins Projekt eingearbeitete Kodierer eingesetzt.

Wie bereits erwähnt, stellt die Definition von Kategorien einen zentralen Schritt der Inhaltsanalyse dar. Dabei sind zwei Vorgehensweisen denkbar: die deduktive und die induktive Kategoriendefinition bzw. -findung. Deduktives Vorgehen bedeutet, vom Allgemeinen auf das Besondere/Einzelle - und induktives, vom Einzelnen auf das

Allgemeine zu schließen. Entsprechend der Arbeitsweise spricht Mayring auch von induktiver Kategorien-Entwicklung und deduktiver Kategorien-Anwendung:

Für die qualitative Inhaltsanalyse bedeutet ein deduktiver Ansatz, dass das Material theoriegeleitet (mithilfe theoretischer Erwägungen) bearbeitet wird und entsprechende Kategorien an das Material herangetragen bzw. auf das Material angewendet werden.

Induktives Vorgehen meint die systematische Ableitung von Auswertungsgesichtspunkten aus dem Material, also die schrittweise Entwicklung von Kategorien aus dem Material.

Die Auswertungsmethode der vorliegenden Untersuchung stellte eine Kombination aus deduktiver und induktiver Analyse dar.

In der Tradition der Inhaltsanalyse sollte – so die Forderung – vorab die Richtung der Analyse festgelegt und mit Kategorien theoriegeleitet definiert werden. So konnten aus den Fragen, die sich aus den vorhandenen quantitativen Ergebnissen der Studie „*CHANGE*“ sowie von weiteren Voruntersuchungen ergaben, und anhand der Themen des Interview-Leitfadens erste Kategorien für eine deduktive Analyse abgeleitet werden. Die Brauchbarkeit der Auswertungs-Kategorien wurde durch drei Untersucher zuerst an einigen Interviews erprobt und bewertet. Auf diese Weise wurde durch Differenzieren, Umformulieren oder ganz Herausnehmen der Auswertungskategorien ein Codierleitfaden mit 7 Hauptkategorien (Motivation zur Studienteilnahme, Krankheits- und Behandlungskonzept, Strategien, Interventionsinhalte, Interventions- Effekte und - Materialien, ohne Zuordnung) zusammengestellt. Dieser diente als Codierhilfe.<sup>67</sup>

Codieren wird allgemein als Prozess der Entwicklung von Konzepten in Auseinandersetzung mit dem empirischen Material verstanden. Eine Kategorie stellt dabei immer ein von den Originaldaten abstrahiertes Konzept dar.<sup>68</sup> Codieren im Sinne der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring meint den Auswertungsschritt, bei dem die festgelegten Kategorien als Bewertungskategorien für das Textmaterial dienen. In einem Codierleitfaden wurden alle Kategorien zusammengefasst und anschließend mithilfe des Computerprogramms winMAX 98 fixiert.

Das Text-Material konnte anhand des Codierleitfadens schrittweise bearbeitet werden und Textstellen subsumiert werden. In der weiteren Analyse wurden induktiv am Datenmaterial 20 Kategorien entwickelt und den 7 vordefinierten Hauptkategorien zu- bzw. untergeordnet.

## **Vorgehen beim Auswerten**

Im Detail geschah die Auswertung der Interviews wie nachfolgend dargestellt: Die Transkripte jedes einzelnen Interviews wurden durch drei Untersucher (AA, AW, KS)<sup>ix</sup> unabhängig voneinander mit den Hauptkategorien aus dem Codierleitfaden analysiert. Danach wurde jedes einzelne Transkript durch die drei Untersucher nochmals zusammen, d.h. im Konsensusverfahren, durchgegangen und insbesondere unterschiedliche Codierungen besprochen. Das Ergebnis wurde dann in winMAX 98 festgehalten, in dem auch die „Zitate“ fixiert waren. Dabei gewonnene weitere Kategorien, die am Material entwickelt wurden, sind in einem weiteren Schritt den schon bestehenden Hauptkategorien zugeordnet bzw. hinzugefügt worden. Nach der Konsentierung des Kategoriensystems in der Untersuchergruppe wurde das gesamte Interviewmaterial nochmals abschließend kodiert.

## **B. Vertiefende Fallinterpretationen einzelner Interviews**

Als zweiter Auswertungsschritt wurden vertiefende Fallinterpretationen durchgeführt. Die vertiefende Fallinterpretation stellt einen Interpretationsweg dar, der nicht die Entwicklung von Kategorien (erster Schritt der Interpretation) anstrebt, sondern bemüht ist, den Fall - den einzelnen Hausarzt im Interview – in seiner Gesamtheit und Position zur Thematik zu analysieren. Bei der Analyse von Leitfadeninterviews bietet sich dieser Interpretationsweg besonders als abschließender Auswertungsschritt an. Ausgewählte Transkripte werden unter einer bestimmten Fragestellung mehrmals nochmal gelesen und in dieser Weise „interpretiert“. Das Ergebnis, das sich auf diesen einen Fall in seinen Besonderheiten jeweils bezieht, wird dargestellt. Ziele solcher vertiefender Fallinterpretationen können sein, neue Hypothesen – z.B. aus der Vielfältigkeit oder Widersprüchlichkeit des Einzelnen – zu finden, Hypothesen am Einzelfall zu überprüfen, begriffliche Konzepte zu differenzieren, zu neuen theoretischen Überlegungen zu gelangen oder einen vorhandenen theoretischen Rahmen zu überarbeiten.<sup>44</sup>

In der vorliegenden Untersuchung sollte mit den vertiefenden Fallinterpretationen versucht werden, die Hauptthematisierung der Hausärzte in den Interviews herauszuarbeiten. Zudem

---

<sup>ix</sup> AA: Attila Altiner, AW: Anja Wollny, KS: Kristina Stock

war es für die vorliegende Frage von besonderer Bedeutung, was eine Person denkt, fühlt, bewegt – und in welchem Einklang oder welcher Widersprüchlichkeit dies steht. Denn Personen waren es ja, die zur Handlungsveränderung gebracht wurden – oder eben nicht gebracht wurden.

Mit den durch die Codierung gewonnenen Ergebnissen und den während der Interviews (in der Erhebung) geschriebenen Protokollen wurden fünf Interviews für eine tiefere Interpretation ausgewählt. Die Auswahl erfolgte anhand kontrastreicher Präsentationen der Hausärzte in den Interviews zu Themen der eigenen Strategien im Umgang mit Husten-Patienten sowie der hausärztlichen Sichtweise auf Antibiotikaverschreibungen.

Dabei wurden die Transkripte der ausgewählten Interviews von drei Untersuchern (AA, AW, KS) unabhängig voneinander gelesen und interpretiert. Konsensuell wurden dann die Interpretationsansätze der einzelnen Untersucher besprochen, es wurde zu jedem Interview bzw. Fall eine Hauptinterpretationslinie mit wenigen Nebensträngen herausgearbeitet und durch die Autorin schriftlich festgehalten. Die daraus resultierende vollständige schriftliche Fallinterpretation jedes einzelnen Falles wurde dann nochmals durch das Untersucherteam gemeinsam gelesen und gegebenenfalls modifiziert.

### **3.3. Ergebnisse: Analyse der hausärztlichen Interviews**

In diesem Kapitel sollen nun die Ergebnisse der qualitativen Datenauswertung über die beiden unterschiedlichen Zugangswege dargestellt werden. Es soll zuerst ein allgemeiner Überblick über die Interviews gegeben werden – resultierend aus der inhaltsanalytischen Auswertung. Daran anschließend folgt die tiefere Interpretation einzelner Interviews als sogenannte Fall-Interpretationen.

#### **3.3.1. Darstellung der Kategorien aus der qualitativen Inhaltsanalyse**

Das analysierte Datenmaterial stammt von 23 Hausärzten aus der Interventionsgruppe der Studie „*CHANGE*“ die telefonisch interviewt worden sind (vgl. mit Kapitel 3.2.3.1 Durchführung der Interviews). Die Interviews dauerten durchschnittlich 7 Minuten; das längste Interview hatte eine Länge von 15 Minuten und das kürzeste dauerte 4 Minuten.

Bei allen 23 Interviews erfolgte in einem ersten Auswertungsschritt die qualitative Inhaltsanalyse durch drei Untersucher.

Hierzu wurden in einem ersten Schritt 7 Hauptkategorien anhand der Fragestellung der Studie deduktiv aus dem Interviewleitfaden gewonnen, d.h. dass diese Hauptkategorien aus dem Leitfaden stammten, also vorab generiert worden waren. Die den Hauptkategorien zugeordneten 20 Unterkategorien wurden dann in einem zweiten Schritt der Analyse induktiv, also direkt am Material entwickelt. Eine Veranschaulichung der Kategorien bzw. Codeworte zeigt die folgende Tabelle 1 (vgl. mit der Liste der Codewörter auf der Bildoberfläche des Programms winMAX98 im Anhang).

**Tabelle 1: Überblick über die Kategorien**

Hauptkategorie	Unterkategorie
1. Motivation für die Teilnahme	<ul style="list-style-type: none"> <li>• erlebte Alltagsproblematik (15)<sup>x</sup></li> <li>• Selbstreflexion (11)</li> <li>• Suche nach Verbündeten (7)               <ul style="list-style-type: none"> <li>- Bestätigung Naturheilkunde (6)</li> </ul> </li> <li>• Stärkung der Allgemeinmedizin (6)</li> <li>• Weitere Motive               <ul style="list-style-type: none"> <li>- Abwechslung von der Praxisroutine (1)</li> <li>- Vergütung (1)</li> </ul> </li> <li>• Andere<sup>xi</sup> (7)</li> </ul>
2. Strategien der Hausärzte und Nähe zu Interventionsinhalten	<ul style="list-style-type: none"> <li>• außerhalb der Interventionsinhalte (10)               <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ersatzverordnung/Pseudoplacebo (10)</li> </ul> </li> <li>• konträr zu Interventionsinhalten (22)</li> <li>• mit Interventionsinh. übereinstimmend (1)               <ul style="list-style-type: none"> <li>- Antibiotikamissverständnis (5)</li> <li>- Erwartungshaltung der Patienten (5)</li> <li>- Husten als Symptom/selbstlimitierend (9)</li> <li>- Resistenzen (2)</li> <li>- Virale Ursache (2)</li> <li>- Andere (1)</li> </ul> </li> </ul>

<sup>x</sup> Die Zahlen in Klammern geben an, wie häufig entsprechende Aussagen zugeordnet werden konnten. Sie sollen nur einen Anhaltspunkt darstellen.

<sup>xi</sup> Unter "Andere" wurden Textstellen, die keiner vorhandenen Unterkategorie zugeordnet werden konnten oder nur einzeln vorkamen, zusammengefasst.

3. Auseinandersetzung mit Interventionseinhalten	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Wissenschaftliche Fakten (4) <ul style="list-style-type: none"> <li>- Durchfall (4)</li> <li>- Sputumfarbe (1)</li> </ul> </li> </ul>
4. Interventionseffekt	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Effekt auf den Arzt <ul style="list-style-type: none"> <li>- Strategie bestätigt (1)</li> <li>- Verhaltensänderung: weniger AB (1)</li> <li>- Zur Reflexion motiviert (1)</li> <li>- Wissensch. Fakten im Praxisalltag (1)</li> </ul> </li> <li>• Effekt auf die Patienten <ul style="list-style-type: none"> <li>- Verhaltensänderung: weniger AB (3)</li> <li>- Konsultation als Beruhigung (1)</li> </ul> </li> <li>• Effekt auf das Arzt-Patienten-Verhältnis <ul style="list-style-type: none"> <li>- Weniger Missverständnisse durch Flyer (3)</li> </ul> </li> </ul>
5. Sicht auf Peer-Besuch und Materialien	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Peerbesuch <ul style="list-style-type: none"> <li>- ambivalent (2)</li> <li>- negativ (7)</li> <li>- positiv (10)</li> <li>- Andere (8)</li> </ul> </li> <li>• Flyer <ul style="list-style-type: none"> <li>- ambivalent (3)</li> <li>- negativ (6)</li> <li>- positiv (16)</li> <li>- Andere (3)</li> </ul> </li> <li>• Poster <ul style="list-style-type: none"> <li>- ambivalent (2)</li> <li>- negativ (7)</li> <li>- positiv (5)</li> <li>- Andere (0)</li> </ul> </li> <li>• schriftliche Ärztinformation <ul style="list-style-type: none"> <li>- ambivalent (0)</li> <li>- negativ (1)</li> <li>- positiv (1)</li> <li>- Andere(2)</li> </ul> </li> <li>• Dokumentationsmaterialien (3)</li> </ul>
6. Soziale Erwünschtheit / Rechtfertigung (2)	
7. Krankheits- und Behandlungskonzepte der Ärzte	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ärztliches - eigenes - Konzept (46)</li> <li>• Bild vom Patienten (35)</li> <li>• Andere (2)</li> </ul>

In den sich anschließenden Kapiteln 3.3.1.1. bis 3.3.1.7. erfolgt die ausführliche Darstellung nach den sieben Hauptkategorien mit deren zugeordneten zwanzig Unterkategorien.

Bei in Anführungszeichen und kursiv gesetztem Text handelt es sich um Zitate der Interviewpartner. Es werden sowohl ganze Passagen als auch einzelne Formulierungen wiedergegeben. Die aufgeführten Zitate sollen die Spannbreite der Aussagen in ihren äußersten Ausprägungen darstellen. Die Reihenfolge der Darstellung folgt im Wesentlichen dem zeitlichen Ablauf der durch einen Leitfaden vorgegebenen Interviews.

### **3.3.1.1. Motivation für die Teilnahme**

Zu Beginn der Telefoninterviews wurde vom Interviewer ein Erzählstimulus in Bezug auf die Motivation der befragten Ärzte zur Studienteilnahme standardisiert verwandt:

Interviewer: *„Erzählen Sie mir etwas über ihre Motive, an der Hausarzt-Husten-Studie teilzunehmen“.*

Wir erwarteten hier, dass sowohl etwas zur Thematik der die Studie in Gang bringenden Problematik – die Antibiotikaverordnungen bei Husten – als auch zu einer Studienbeteiligung generell als Antwort kommen könnte; ersteres stellte unseren Fokus der Bearbeitung dar.

Die Schilderungen der Interviewten zu ihrer Motivation (Hauptkategorie) lassen sich in folgende Kategorien einordnen: Alltagsproblematik, Selbstreflexion, Suche nach Verbündeten, Stärkung der Allgemeinmedizin und Weitere Motive.

#### **Alltagsproblematik**

Die von den teilnehmenden Hausärzten erlebte „Alltagsproblematik“ der Antibiotikaverordnungen spielte in vielen Interviews eine wichtige Rolle. Die Spannbreite der getroffenen Aussagen reicht hier von sehr konkreter und individueller Problemschilderung bis hin zu eher abstrakten und generalisierenden Ausführungen. Es finden sich Äußerungen, die die allgemeinmedizinische Relevanz des Themas Husten und der damit verbundenen Antibiotikaverordnungen betonen.

Darüber hinaus findet sich der zum Teil implizit geäußerte Wunsch der Ärzte nach Handlungsanleitungen für die tägliche Praxis.

Ein Beispiel für die bereits genannte eher generalisierende Ausführung, ist die Schilderung einer Hausärztin: „*Einfach als Alltagsproblem gesehen und gesagt, das ist etwas was einen interessiert, was allgemein für die Allgemeinpraxis interessant ist; das war so mein Hauptmotiv*“ (6391, 13-15)<sup>xii</sup>.

Ein anderer Hausarzt macht ebenfalls eine eher allgemeine Aussage zu der von ihm erlebten Alltagsproblematik: „*Weil natürlich der Husten eins der häufigsten beklagten Symptome in der Allgemeinpraxis ist und da auch größtenteils Unsicherheiten in der Behandlung bzw. eine Polypragmasie in der Behandlung vorherrscht.*“ (8051, 15-17)

Die Hausärzte empfinden den Behandlungsanlass Husten als relevantes und „praxisnahes“ Alltagsproblem. Auch der empfundene patientenseitige Verordnungsdruck wird schon an dieser frühen Stelle in den Interviews thematisiert. Ein konkretes Beispiel zu dieser von Hausärzten erlebten Problematik gibt die folgende Aussage eines Arztes: „*Ich hab 80% ungefähr ausländische Patienten, ja, die wollen sofort immer ein Antibiotikum.*“ (6301, 25-26)

In unterschiedlichen Abstufungen wird deutlich, dass die Interviewpartner das eigene Verordnungsverhalten implizit als problematisch empfinden. Beispielsweise schildert ein Hausarzt seinen eigenen Eindruck, selbst unnötig viel Antibiotika zu verordnen, und den gleichzeitig bestehenden Verordnungsdruck seitens der Patienten: „*Weil ich meine, dass ich eigentlich immer zuviel Antibiotika verordne. Was im Prinzip eigentlich nicht sein müsste. Ja, was sich aber manchmal auf Drängen des Patienten halt dann doch ergibt.*“ (8101,18-22)

### **Selbstreflexion**

Der Wunsch nach „Selbstreflexion“ kommt auch explizit in den Interview-Aussagen der Hausärzte zur Sprache.

So wird deutlich, dass die teilnehmenden Hausärzte versuchen, über das Bewusstmachen, das Schärfen der eigenen Wahrnehmung und das intensive Nachdenken hinsichtlich der eigenen Verordnungsweisen, ihre eigene Antibiotikaverordnung zu reflektieren, um dann gegebenenfalls ihr Verordnungsverhalten zu verändern. Mit der Studie verbinden sie darüber hinaus den Wunsch, sich selbst über das eigene Verordnungsverhalten klarer zu werden, indem sie dieses, abseits der Routinedokumentation, schriftlich in den

---

<sup>xii</sup> Die erste Zahl bezieht sich auf die Nummer des Transkripts (siehe Anhang), die zweite bezieht sich auf die Zeilennummern im jeweiligen Transkript.

Studienbögen festhalten können. Ein Beispiel dafür liefert die folgende Textpassage aus dem Interview eines Hausarztes: *„Also, ich meine, das war mal ganz interessant, so etwas mal aufzuschreiben. Vor allem, weil man dann über sich selbst so ein bisschen reflektiert. Und überlegt sich, wie man das macht hier.“* (6451, 26-29)

Auch eine Rückmeldung (Feedback) über ihre eigenen Verordnungsweisen im Vergleich zu ihren hausärztlichen Kollegen spielt eine motivationale Rolle.

In zahlreichen Interviews wird die schon oben geschilderte individuell empfundene Problematik angesprochen, gleichzeitig wird aber auch deutlich, dass die hohe Zahl von Antibiotikaverordnungen in der hausärztlichen Praxis generell als problematisch wahrgenommen wird.

Den Wunsch nach Reflexion über sein eigenes Verordnungsverhalten beschreibt ein Hausarzt wie folgt: *„Ja, sicherlich auch, um selber sozusagen seine eigene Wahrnehmung und Gedanken noch mal zu schärfen. [...]“<sup>xiii</sup> Ja, hinsichtlich der eigenen Verordnungsweise.“* (6361, 18-21)

Ein anderer Hausarzt schildert den Wunsch nach Reflexion über Antibiotikaverordnungen allgemein: *„Und ich denke mal durch die Studie macht man sich ja auch den Einsatz von Antibiotika etwas bewusster. [...] dass man das vielleicht möglichst nicht so großzügig einsetzt wie das so üblicherweise geschieht.“* (8501, 29-33)

Die unnötigen Antibiotikaverordnungen nimmt ein weiterer Hausarzt als wichtige hausärztliche Problematik wahr und sucht den Bezug zu anderen Hausärzten: *„Fand ich ganz interessant, wenn man das im großen Rahmen durchleuchtet. Die Behandlungsstrategien von anderen Kollegen kennen lernt, und selbst auch mal 'ne Rückkopplung zu haben, was man selbst so behandelt, ob das woanders ähnlich gesehen und gemacht wird“* (8051, 17-21). Es ist auch vorstellbar, dass in diesem Zitat neben dem Wunsch, das eigene Verhalten in Bezug zu Kollegen zu setzen, auch das Gespräch mit dem Peer mit angesprochen ist, in dem Gelegenheit zum Austausch mit einem Kollegen bestand.

### **Suche nach Verbündeten**

In einigen Interviews lassen sich die Aussagen der Hausärzte zur Motivation in die Kategorie „Suche nach Verbündeten“ einordnen.

---

<sup>xiii</sup> Eckige Klammern kennzeichnen Auslassungen, von der Autorin eingefügte Ergänzungen oder Erläuterungen.

Es kommt nämlich zum Ausdruck, dass sich die Hausärzte in ihrer Tätigkeit als einzelne Hausärzte empfinden, die das Problem der unnötigen Antibiotikaverordnung zwar erkannt haben, sich aber als Ausnahme erleben. Daraus wird der Wunsch nach Unterstützung durch Gleichgesinnte verständlich. Besonders die naturheilkundlich orientierten Hausärzte erhoffen sich eine Bestätigung ihrer auf Antibiotika bezogenen angestrebten zurückhaltenden Verordnungsweise durch eine Institution mit Autorität, hier der Universität Düsseldorf.

Aber es findet sich ebenso bei nicht naturheilkundlich orientierten Ärzten der Wunsch nach Unterstützung der eigenen eher Antibiotika-kritischen Auffassung durch andere (hausärztliche) Kollegen.

Ein Hausarzt wünscht eine Unterstützung der Hausärzte und schildert seine individuelle Verbundenheit mit der Universität Düsseldorf: „[...]ich denke, es geht ja nur miteinander, es geht nicht gegeneinander und wenn eben eine große universitäre Einrichtung wie die Uni Düsseldorf, an der ich nun auch studiert habe, jetzt ein bisschen was tut, um mit uns, uns Niedergelassenen zu arbeiten [...]“

(6301 46-49)

Ein naturheilkundlich- orientierter Hausarzt sieht in den Interventions-Inhalten der Studie seine Auffassung bestätigt: „Weitmöglichst sparsam mit Antibiotika und mehr naturheilkundlich behandeln, und daher war das uns willkommen, der ähnliche Ansatz, der jetzt auch bei ihnen zu sehen ist.“ (8031, 18-23)

### **Stärkung der Allgemeinmedizin**

In einigen Interviews kommen der Wunsch nach Stärkung der Hausarztmedizin und ein Gefühl einer Verbundenheit mit der forschenden Allgemeinmedizin als wichtiges Motiv für die Teilnahme an Studien generell zum Ausdruck. Auch wird erhofft, dass sich allgemeinmedizinische Forschung durch die Durchführung von auf das hausärztliche Setting abgestimmten Studien – wie der Hausarzt-Husten-Studien (=„CHANGE“) – gegenüber spezialistischer und Pharma-Forschung weiter etabliert.

Den Wunsch nach wissenschaftlicher Unterstützung des Faches Allgemeinmedizin äußert eine Hausärztin im Folgenden: „Ich finde das grundsätzlich wichtig, die Hausarztmedizin zu stärken. [...] Und das auch schon wissenschaftlich zu begleiten.“ (6321, 17-19)

Ein Arzt antwortet – auf die Eingangsfrage nach seiner Motivation zur Studienteilnahme – kurz: „Eh, einfach Solidarität.“, da es ein „(...) ein hausärztliches Problem ist.“ (6481, 19-21)

Eine Hausärztin betont, dass sie sich durch mehr allgemeinmedizinische Studien eine größere Anerkennung der Hausarztmedizin erhofft: *„Ich denke, dass Allgemeinmedizin weiterer Forschung bedarf, um mehr Stellenwert zwischen anderen großen Fächern zu haben.“* (8021, 32-33)

### **Weitere Motive**

Unter dieser Kategorie wurden seltener genannte Motive eingeordnet, wie z.B. die „Vergütung“ und die „Abwechslung von der Praxisroutine“.

Ein Hausarzt erklärt im Hinblick auf seine Motivation zur Studienteilnahme explizit: *„Kann ich ihnen genau sagen: die Vergütung. [...] Ja, ganz eindeutige Geschichte, ja, man verdient sich ein paar Pfennig nebenher.“* (6471, 18-24)

Auch der Wunsch nach einem Ausbruch aus der Praxisroutine klang vereinzelt an. Ein konkretes Beispiel dazu liefert ein Hausarzt: *„Eigentlich nur, weil das zu langweilig wird, hier immer nur den Leuten in den Hals zu gucken [...].“* (6331, 28-29)

### **3.3.1.2. Strategien der Hausärzte und Nähe zu Interventionsinhalten**

Die Hausärzte wurden nach ihren Erfahrungen mit der Therapie des akuten Hustens gefragt. Konkret wurden sie aufgefordert: *„Die wissenschaftlichen Ergebnisse sind das eine und die Patienten mit ihren Erwartungen das andere... Da sitzt man als Hausarzt ja oft zwischen den Stühlen. Mich interessieren ihre Lösungen.“*

Außerdem wurden sie auf ihre Ideen bezüglich Alternativen zur Antibiotikaverordnung angesprochen: *„Kollegen schildern immer wieder das Problem, dass sie nicht so genau wissen, wie sie den Patienten ohne Rezept helfen können. Dann entsteht eine Leere, die gefüllt werden muss! Mich interessieren ihre Ideen dazu!“*

Aus den Äußerungen der Hausärzte zu den oben angesprochenen Aspekten, konnten deren Strategien zur Findung von Lösungen anstelle von Antibiotika (Hauptkategorie) erschlossen werden.

Die hausärztlichen Aussagen bezüglich Strategien wurden mit den Interventionsinhalten der Studie „CHANGE“ (vgl. Kapitel 2.1.) verglichen und es konnte so die folgende Einteilung vorgenommen werden:

- Strategien, die mit den Interventionsinhalten übereinstimmen,
- Strategien, die konträr zu den Interventionsinhalten und
- Strategien, die außerhalb der Interventionsinhalte sind.

### **Strategien, mit den Interventionsinhalten übereinstimmend**

Einige Hausärzte beschreiben in ihren Aussagen zu ihrer Behandlungsstrategie das Problem des Antibiotika-Missverständnisses und der Erwartungshaltung seitens der Patienten, wie es im Peerbesuch der Intervention „CHANGE“ anhand des Teufelskreismodells verdeutlicht wurde.

Zur Lösung dieses Problems verfolgen manche Ärzte die Strategie, den Patienten durch Zuwendung im Gespräch und in der Untersuchung zu beruhigen, dass hinter dem Husten keine „schlimme“ Erkrankung steckt. Die sich anschließenden Zitate zweier Hausärzte machen dies deutlich:

Hausarzt: *„Ja, halt mit den Patienten drüber reden, auch über die Erwartungshaltung mit dem Antibiotikum, dass man halt sagt, eh: also im Moment nach dem Untersuchen ist es nicht nötig;[...] und wenn entsprechend die Befunde sich ändern oder verschlimmern oder so, dass man es dann eben auch aufschreiben will oder kann, dass es aber eben im Moment nicht notwendig ist, medizinisch gesehen.“* (8101, 57-62)

Hausarzt: *„Ja, ich gehe davon aus, dass die Patienten Hilfe erwarten. Wenn die Krankheit akut wird wollen sie 'ne Beruhigung haben, dass nichts Schlimmes dahinter steckt. [...] Also diese Erwartung setzt man voraus, ne.“* (6481, 87-91)

Andere Ärzte haben die Strategie, ihre Patienten darüber aufzuklären, *„dass der Husten nicht die Krankheit ist“*, sondern oft Symptom einer akuten viral bedingten Bronchitis. (6391, 50-51)

Sie versuchen zu vermitteln, „*dass ein Großteil dieser ganzen Bronchitiden eben viral bedingt ist und dass es um symptomatische Maßnahmen geht, wie wir Patienten behandeln*“ (6381, 26-27).

Eine andere Strategie um dem Antibiotikawunsch entgegen zu wirken bzw. Patienten „*dahingehend zu dämpfen*“ ist es, „*auf die zunehmenden Antibiotikaresistenzen*“ hinzuweisen (8051, 42-43).

### **Strategien, konträr zu den Interventionsinhalten**

Manche Hausärzte verdeutlichen mit ihren Aussagen, dass sie nicht versuchen, mit Patienten über deren Erwartungshaltung bezüglich Antibiotika ins Gespräch zu kommen, sondern diese als gegeben hinnehmen: „*Und wenn die sagen: ich krieg immer ein Antibiotikum, ich will jetzt auch ein Antibiotikum, dann kriegen die ein Antibiotikum. Da diskutier ich nicht.*“ (6321, 47-48)

Auf ihre Erfahrungen mit dem Patienten-Informationsmaterial angesprochen erklärt eine andere Hausärztin: „*Es ist meiner Erfahrung nach so, dass es unheimlich schwierig ist, Leute von einer vorgefestigten Meinung abzubringen, das ist so gut wie ausgeschlossen. [...] Ich meine ich bin jetzt über 20 Jahre im Geschäft, die hören zwar lieb und brav zu, was man ihnen erzählt, aber, dass da irgend etwas in höheren Hirnregionen ankommt, das könnt ich ausschließen*“ (8471, 88-94). Sie hält Patienten für veränderungsresistent und meint, dass Botschaften nicht bei diesen ankommen würden.

Aufgefordert über unangenehme Erlebnisse mit Patienten bezüglich deren Erwartungen zu berichten, antwortet ein Hausarzt: „*Na ja, unangenehm in dem Sinne, dass man manchmal das Gefühl hat, die gehen weg und haben nicht das bekommen, was sie eigentlich haben wollten. [...] Aber jetzt in dem Sinne, dass es da irgendwie Auseinandersetzungen gab oder sonst was, das nicht.*“ (6361, 43-47) Den letzten Satz interpretieren wir als Ausdruck dafür, dass kein Austausch zwischen Hausarzt und Patienten stattfindet. Er fragt Patienten nicht nach ihren Erwartungen, auch wenn er das Gefühl hat, sie hätten etwas anderes von ihm erwartet.

Ein Hausarzt meint: „*Viele Leute sind auch sehr gegen ein Antibiotikum und wenn ich das also merke, dann gehe ich darauf ein und sag: hören sie mal zu, wenn ich sie wäre würde ich das auch nicht machen und 3, 4 Tage lang aushalten, also dann geht der Husten eh weg.*“

*Aber bei manchen ist der Leidensdruck so groß, das können sie gar nicht anders, das ist das Problem.“ (6451, 102-108)*

Auf Nachfrage des Interviewers, was er mit „*wenn ich das merke*“ meint, antwortet er: „*Wenn ich merke, dass die Leute auf meinen Vorschlag eingehen, kein Antibiotikum zu nehmen, sondern abzuwarten, bin ich begeistert.*“ Genauer geht er nicht darauf ein. Er scheint seine Patienten nicht nach ihren Erwartungen zu fragen, sondern geht davon aus, wenn sie seinen Vorschlägen zustimmen, dass sie diese auch erwartet haben. Erklärend, wie um sich rechtfertigen zu wollen, fügt er hinzu: „*Ich weiß natürlich, dass die Indikation für eine antibiotische Therapie eine ganz andere ist; also ich sag das mal so, wenn die Leute sagen gelber Husten, das ist doch für mich keine Indikation, aber wenn die jetzt hingehen und sagen, aber der Husten ist richtig knackig grün uns so weiter, dann halt*“ (6451, 114-117). Konträr zu den Informationen aus den Interventionsmaterialien macht er seine Entscheidung für oder gegen ein Antibiotikum auch von der Sputumfarbe abhängig.

### **Strategien außerhalb der Interventionsinhalte**

Ein Hausarzt ist der Meinung, „*dass pflanzliche Medikamente 'ne Menge bringen*“. Außerdem empfiehlt er seinen Patienten: „*mit Dampf inhalieren, Salzwasser gurgeln, Nase mit Salzwasser spülen*“. Er meint, „*damit 98% aller oberen Atemwege in Griff zu kriegen*“. (6401, 37-42)

Die Strategie eines anderen Hausarztes ist ein eigener „*Laufzettel*“ für seine Patienten, den er „*im Computer vorbereitet hat*“. Er hat darin „*die Ursache von Husten und was man dagegen tun kann*“ aufgeführt. Seine Erfahrung ist, dass „*die meisten dann mit diesen Hinweisen erst mal zufrieden und dann sehr erstaunt [sind], dass es doch was bringt.*“ (8521, 81-90)

Von mehreren Hausärzten wird geschildert, dass es „*ohne Rezept schwer geworden ist*“ (8481, 59). Sie nutzen das grüne Rezept<sup>xiv</sup> und „*verweisen auf Alternativen*“ zu Antibiotika. „*Etwas verschreiben würde man fast immer*“. (6361, 31-35; 38) Diese Strategie „*klappt*

---

<sup>xiv</sup> „Auf dem Grünen Rezept werden Medikamente aufgeschrieben, die in der Regel nicht auf Kosten der gesetzlichen Krankenkassen verordnet werden können, keine Kassenleistung sind. Diese rezeptfreien/verordnungsfreien Medikamente müssen die Patienten komplett selbst bezahlen. Das Grüne Rezept dient als Merkhilfe für den Patienten und den Apotheker, damit er weiß, welches Arzneimittel er konkret nach ärztlicher Auffassung an den Patienten abgeben soll.“ (Quelle: Ärztezeitung)

*relativ gut*“ (6361, 36) und wird *„von Patienten angenommen“* (8481, 64) berichten zwei Hausärzte.

Ein Hausarzt hat die Strategie, Patienten ein *„Päckchen“* eines pflanzlichen Präparates *„in die Hand [zu] drücken“*. Für ihn sei es *„Glück“*, dass ihn *„die Pharmaindustrie auch doch relativ großzügig mit pflanzlichen Präparaten versorgt“*. Er meint, dass die Patienten dann *„nicht ganz umsonst“* bei ihm waren, *„nur um [s]einen Rat zu hören“*. (8501, 52-61)

### **3.3.1.3. Auseinandersetzung mit Interventionsinhalten**

Hervorzuheben und bemerkenswert ist, dass das Symptom Durchfall, von mehreren Hausärzten als für sie neuer Aspekt im Zusammenhang mit der Diagnostik der Pneumonie angesprochen wurde, ohne dass konkret danach gefragt worden war. Der Zusammenhang zwischen einer Pneumonie und dem Symptom Durchfall wurde im Peergespräch erläutert und es wurde ein wissenschaftlicher Artikel zu diesem Thema zur Verfügung gestellt.

Es ist denkbar, dass einige Ärzte diesen Aspekt erinnern und für wichtig erachten, weil die Pneumonie als abwendbar gefährlicher Verlauf eine Differentialdiagnose beim Symptom Husten ist, und sie keine Pneumonie übersehen wollen.

Als Beispiele für die Nennung des Aspekts *„Pneumonie und Durchfall“* sollen die folgenden Interviewabschnitten dienen:

Hausarzt: *„Die [Peer-Ärztin] hat mir 'ne Studie gezeigt, dass bei Pneumonie, [...] dass ich da drauf achten muss wegen Durchfall. Das hatte ich nicht mehr in Gedanken im Lauf der Zeit, das war schon sehr hilfreich. Also warten sie mal. Fieber, CRP-Erhöhung und dass man auch auf Durchfall achten soll. Fand ich schon sehr hilfreich“* (8521, 114-118)

Hausärztin: *„Also die Quintessenz des Ganzen war für mich eigentlich, dass, wenn man jetzt den Verdacht auf eine Pneumonie hat, [...] überzufällig häufig eben diese Leute auch Durchfälle haben. Das fand ich sehr interessant. Das war mir überhaupt nicht bewusst. Hab ich auch noch nie so gehört oder gelesen. Und das hab ich dann in den Folgenden auch immer mit in meinen Fragencheck mit eingebaut.“* (8021, 53-63)

Hausarzt: *„Ja, also es war ja so, dass überraschenderweise herausgekommen ist, dass die Pneumonie so ohne weiteres gar nicht zu diagnostizieren ist. Das war eigentlich etwas überraschend für mich in der Beziehung und auf der anderen Seite so, dass also eines der*

*häufigsten Symptome der Durchfall war. [...] Das habe ich in meine Anamnese aufgenommen [...]. Von der Seite hab ich also auch ein bisschen was profitiert.“ (8511, 98-107)*

Der Aspekt, dass die Sputumfarbe keine Indikation für eine Antibiotikaverordnung darstellt, wurde in den Interventionsmaterialien für die Ärzte und auch im Peergespräch thematisiert. Ein einzelner Hausarzt erinnert sich daran, „*dass [er und der Peer] halt darüber gesprochen haben, dass also wirklich sehr sehr häufig das Antibiotikum nicht notwendig ist. Dass selbst bei eitrigem Sputum doch häufig kein entsprechender bakterieller Nachweis [gefunden wird].“ (8481, 74-81)*

Andere Inhalte der Interventionsunterlagen (Arztmappen, Patientenbroschüren, Postern) und der Peergespräche (und Peermappen) wurden von den Hausärzten nicht explizit erwähnt.

#### **3.3.1.4. Interventionseffekt**

Im Verlauf der Interviewanalyse wurden bei einigen Hausärzten Aussagen gefunden, die einen Effekt der Intervention annehmen lassen. Wir unterscheiden dabei Effekte auf den Arzt, Effekte auf den Patienten und Schilderungen der Ärzte, die einen Effekt auf das Arzt-Patienten-Verhältnis beschreiben.

##### **Effekt auf den Arzt**

Als Effekt der Intervention haben wir wahrgenommen, dass ein Hausarzt in den Interventionsinhalten seine Strategie bezüglich zurückhaltender Antibiotikaverordnung bestätigt sieht: „*Ich habe an für sich mein Vorgehen bestätigt gesehen [...] und insofern werd ich es [das Antibiotikum] auch weiterhin wenig aufschreiben.“ (8081, 40-42)*

Ein anderer Hausarzt äußert, dass er eine Verhaltensänderung hinsichtlich Antibiotikaverordnung bei sich bemerkt hat, die im Zusammenhang mit der Intervention stehen könnte: „*Ja, also ich fand es schon ganz gut, dass man also hier von der Basis drauf aufmerksam gemacht wird, dass man also relativ häufig Antibiotika einsetzt, wenn's nicht nötig ist [...] und in dem zweiten Jahr, wo das hier lief, hab ich also das Verhalten schon etwas geändert, also deutlich weniger Antibiotika.“ (6481, 45-50).*

Von manchen Hausärzten wird geschildert, dass sie durch die Studie angeregt wurden, ihr eigenes Vorgehen zu überdenken:

Hausärztin: „Und schon nach der ersten Hustenstudie hab ich also viel differenzierter nachgedacht, wie sieht das so im Bereich der Hustenstudie aus, was hast du mit den vergangenen drei Patienten gemacht, was hast du aufgeschrieben, was machst du mit den kommenden [Patienten]. [...] Also ich war so 'n bisschen konzentrierter dabei.“ (6391, 20-26)

### **Effekt auf die Patienten**

Auch im Verhalten ihrer Patienten sind manchen Ärzten Veränderungen aufgefallen, die als mögliche Interventionseffekte betrachtet werden können.

Eine Hausärztin schildert, dass sie von Patienten auf die Inhalte der Patienten-Broschüre angesprochen wurde: „Ein, zwei Mal ist jemand gekommen, der sagt: ich hab da grad gelesen, dass das [der Husten] jetzt nicht so was Schlimmes bedeuten muss“. Ihr ist auch eine Verhaltensänderung bei manchen Patienten positiv aufgefallen, die in Zusammenhang mit der Studie stehen könnte: „Es kommen wirklich auch Leute und sagen: ich will nur mal abhören lassen, was ist. Was ja auch vernünftig ist. Weiß nicht, ob das aufgrund [dessen] ist, das sie das hier [im Studienflyer für Patienten] gelesen haben.“ (8021, 148-153)

Ein anderer Hausarzt äußert: „Mir ist auch aufgefallen, dass also die Erwartungshaltung hinsichtlich Antibiotika also eher zurückhaltend geworden ist“ (8051, 69-70). Hier zeigt sich einerseits ein möglicher Effekt der Intervention auf die Patienten. Andererseits kann auch ein Effekt auf den Arzt angenommen werden, der durch die Studie möglicherweise sensibilisiert wurde, mehr auf die Erwartungen der Patienten einzugehen.

### **Effekt auf das Arzt-Patienten-Verhältnis**

Manche Ärzte berichten, dass es durch die von uns zur Verfügung gestellten Patientenflyer weniger Missverständnisse im Arzt-Patienten-Gespräch über Antibiotika und Husten in der Husten-Konsultation gab.

Unter anderen berichtet ein Arzt: „Mit diesen Broschüren [...] waren die [Patienten] dann an für sich immer ganz angenehm überrascht, dass es tatsächlich darüber auch schon Literatur gibt, die beweist, dass man es im Prinzip doch nicht falsch macht, wenn man nicht unmittelbar 'n Antibiotikum direkt kriegt.“ (8081, 64-68) Möglicherweise ist auch der Arzt

überrascht gewesen, dass es in der wissenschaftlichen Literatur eine Bestätigung für sein Vorgehen gibt. Also könnte man diese Bestätigung seines Vorgehens als Interventionseffekt deuten.

Ein anderer Arzt hat eine Verbesserung der Kommunikation mit seinen Patienten im Rahmen der Intervention bemerkt. Er berichtet, dass mit Hilfe des Patienten-Flyers, der ja Teil der Intervention war, „*die Gespräche ganz gut gehen*“. Bei den Patienten ist sein Argument, dass der „*Husten eigentlich nur ein Schutzreflex ist und sie den Husten nicht gleich unterdrücken sollten, [...] dann mit dem Flyer auch besser rüber gekommen.*“  
6391(53/56)

### **3.3.1.5. Sicht auf Peer-Besuch und Materialien**

Im Verlauf des Interviews wurden die Ärzte vom Interviewer angeregt, über ihre Erfahrungen mit dem Besuch des Peers zu berichten und ihre Erfahrungen mit den Studienmaterialien zu schildern.

Die hierauf von den Interviewten getroffenen Aussagen lassen sich in die folgenden fünf Kategorien einordnen: Peerbesuch, Flyer, Poster, schriftliche Ärztinformation und Dokumentationsmaterialien. Die in diesen fünf Kategorien zusammengefassten Erfahrungen können wiederum in vier verschiedene Ausprägungen eingeteilt werden: ambivalent, negativ, positiv und Sonstiges. Es soll im Folgenden die Spannbreite der geschilderten Erfahrungen in ihren deutlichsten Ausprägungen dargestellt werden.

#### **Peerbesuch**

In den Interviews schilderten die Ärzte verschiedene positive Erfahrungen mit dem Besuch des Peers. Ein Arzt erklärt, dass die Informationen des Peers „*sich genau mit [s]einen medizinischen Auffassungen deckten.*“ (6381, 18-24)

Einige empfanden wie der folgende Arzt „*das Gespräch insgesamt sehr anregend und [...] gut.*“ (8041, 34-35)

Manche schätzten vor allem das Gespräch von Hausarzt zu Hausarzt, von Kollege zu Kollege. Ein Arzt äußert dazu: „*Ja, also ich fand's schon ganz gut, dass man also hier von*

*der Basis drauf aufmerksam gemacht wird, dass man also relativ häufig Antibiotika einsetzt, wenn 's nicht nötig ist.“ (6481, 45-47)*

Über negative Erfahrungen wurde selten berichtet und wenige Ärzte hatten überhaupt keine Erinnerungen mehr an den Peerbesuch: *„Das ist schon so lange her, ich kann mich da gar nicht mehr dran erinnern.“ (6451, 38-43)*

Auch wenn von den einigen Hausärzten geschildert wurde, dass es *„sicherlich ungewöhnlich“ (6361, 56)* ist, dass im Praxisalltag Kollegen Kollegen besuchen, um über ein fachliches Thema zu sprechen, fällt dagegen bei anderen besonders auf, dass manche Ärzte den Peerbesuch gar nicht mehr erinnern. Ein Arzt meint, dass *„durch die persönliche Ansprache sicherlich manchmal mehr zu erreichen ist“ (6361, 56-62)*. Man könnte vermuten, dass die unterschiedlichen Peers unterschiedliche Effekte erzielten, schon allein durch ihr Geschlecht, ihr Alter, die Erfahrung in der Praxis. Auch das äußere Erscheinungsbild, ihre Wortwahl etc. hinterlassen bei verschiedenen Hausärzten (je nach Alter, Geschlecht, Erfahrung etc.) unterschiedliche Eindrücke.

### **Flyer für die Patienten**

Von den interviewten Ärzten wurden überwiegend positive Erfahrungen mit den Flyern berichtet. Ein Arzt erklärte, dass der Aufdruck *„Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf“* sowohl bei ihm als auch bei seinen Patienten einen positiven Effekt bewirkt hat: *„Fand ich sehr gut, weil, wenn da Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf draufsteht, dann ist das eine Bestätigung unsres bisherigen Tuns, da haben wir auch positive Rückmeldung von Patienten bekommen, [...], die gesagt haben: ‚ich hab ja draußen gelesen, dass...‘. Das war dann von daher 'ne gute Einstiegsinformation für's Gespräch.“ (8041, 71-76)*. Der Flyer war aus der Sicht dieses Arztes also nützlich für den Einstieg ins Arzt-Patienten-Gespräch.

Der oben beschriebene Nutzen des Flyers im Arzt-Patienten-Gespräch beschrieb ein weiterer Arzt als Möglichkeit, die eigenen Strategien unterstreichen zu können: *„Dadurch haben die eben diese Flyer in der Hand und können noch mal nachlesen und der Arzt sagt ihnen das persönlich auch. Das macht also schon was aus.“ (6391, 73-78)*

Ein Arzt machte den Verbesserungsvorschlag, die Flyer auch in übersetzter Version zu erstellen, da er sie bei *“80% Migranten äußerst gering einsetzen“* konnte. Er regte an: *„In Türkisch übersetzt wäre 'ne sehr gute Idee.“ (6301, 84-93)*

Wenige Ärzte äußerten sich negativ zu den Flyern. Ein Arzt erklärte, dass er die Flyer nicht im Wartezimmer ausgelegt hat und begründete dies so: *„Es ist so, dass also diese Dinge*

*nach meiner Erfahrung nur in der Schublade herum liegen. Wenn die an den Mann gebracht werden, dann fliegen sie draußen in den Papierkorb“* (8511, 84-94). Dies weist eher auf eine grundsätzlich negative Einstellung gegenüber Flyern hin, der vermutlich nicht speziell auf eine Unzufriedenheit mit dem verwendeten Studienflyer hindeutet.

## **Poster**

Bei den von den Interviewten berichteten Erfahrungen mit dem Poster zeigt sich keine klare Tendenz zu einer bestimmten Ausprägung. Einige Ärzte haben das Poster aufgehängt, was wir als positive Auffassung werten, auch wenn sie keine klare Aussage dazu machten, wie zum Beispiel: *„Wir haben das aufgehängt und ich denke schon, dass das für die Patienten, ja, zumindest informativ war, ne.“* (6381, 32-33)

Teilweise gab es praktische Schwierigkeiten wie z.B., dass kein Platz für das Poster vorhanden war: *„Ja. Gut, ich hab ein relativ kleines Wartezimmer, da kann man nicht soviel aufhängen.“* (8491, 142)

Eine Ärztin schilderte ihre persönliche Abneigung Postern gegenüber: *„Ich find das sieht immer so hässlich aus, wenn da die ganzen Poster hängen.“* (8021, 154-161)

## **Schriftliche Ärztinformation**

Zu den von uns zusammengestellten wissenschaftlichen Artikeln und Informationen für die Ärzte, nach denen im Interview je nach Gesprächsverlauf gefragt wurde, berichteten nur einzelne Ärzte ihre Erfahrungen. Manche davon empfanden sie als interessant, so erklärte ein Arzt: *„Ja, und wir hatten ja auch diese Broschüren bekommen. [...] Das war sehr interessant.“* (8031, 35-40)

Andere stellten Mängel fest, wie zum Beispiel ein Arzt schilderte: *„Sie hätten das ruhig ein bisschen mehr differenzieren sollen. [...] Auch differentialdiagnostisch hätten sie da ruhig ein bisschen mehr reinbringen können.“* (6331, 87-91)

Manchen war das Material nicht mehr gegenwärtig: *„Da kann ich mich jetzt nicht mehr so direkt dran erinnern, was das war.“* (8101, 112)

## **Dokumentationsmaterialien**

Zu den Dokumentationsmaterialien für die Hausärzte schildern die interviewten Ärzte ganz individuell unterschiedliche Erfahrungen. Die Materialien bestanden aus einem spiralgebundenem Block mit gut sichtbarer Kurzanleitung und 30 fortlaufend nummerierten

Dokumentationsblättern. Beigefügt war dem Block ein adressierter und frankierter Rückumschlag.

Die meisten hatten keine Schwierigkeiten mit dem Dokumentationsmaterial. So schilderte ein Arzt: *„Ne, war gut aufgebaut, hatt’ ich keine Probleme mit, nee.“* (8101, 126-131)

Ein Hausarzt beklagte die Schreibarbeit beim Ausfüllen der Dokumentationsbögen: *„das [war] lästig, man musste jedes Mal die Sachen aufschreiben.“* (6471, 34-44)

### **3.3.1.6. Die Bedeutung der Sozialen Erwünschtheit und Rechtfertigung**

Im Verlauf des Interviews wurden von zwei Ärzten Aussagen getroffen, die sich nicht in die von uns gewonnenen Hauptkategorien einordnen ließen. Diese beiden Hausärzte schienen sich in diesen Äußerungen für ihre Antworten rechtfertigen zu wollen. Außerdem war denkbar, dass sie sich vor dem Interviewer als hausärztlichem Kollegen rechtfertigen möchten.

Angesprochen auf ein häufiges Problem von Hausärzten, einerseits wissenschaftlich korrekt zu behandeln und andererseits Patientenerwartungen zu entsprechen, antwortete ein Arzt folgendes: *„Ja, natürlich, keine Frage, das ist so, ja. Das ist ja bekannt, dass man sich halt überlegen muss die Differentialdiagnosen, ja. [...] Ist es bakteriell, ist es viral, vielleicht allergisch und so. Ja, es gibt ja doch unterschiedliche, em, ja, em, Gründe für Husten.“* (8071, 59-63)

Ein anderer Arzt berichtete über seine Erfahrungen als Assistent in einer naturheilkundlich-orientierten Praxis und den zurückhaltenden Umgang mit Antibiotika in der Behandlung des akuten Hustens. Es scheint, er wollte sich oder die Naturheilkunde verteidigen und sicherstellen, dass er keineswegs die Antibiotika-Indikationen übersieht, als er äußerte: *„Wir achten natürlich bei bestimmten Erkrankungen, bei Diabetes und bei Herzerkrankungen, achten wir darauf, das wir doch schon frühzeitig ein Antibiotikum einsetzen, wenn’s notwendig ist. Ansonsten war es so, dass wir’s ganz selten nur gebraucht haben, ne.“* (8521, 29-32).

### **3.3.1.7. Krankheits- und Behandlungskonzepte der Ärzte**

Ein Zusatzgewinn aus den Interviews sind Aussagen der befragten Hausärzte zu Krankheits- und Behandlungskonzepten. Einerseits schildern die Ärzte ihre eigenen Krankheits- und Behandlungskonzepte und sprechen andererseits aus ihrer Sicht auch über die Krankheits- und Behandlungskonzepte ihrer Patienten. d.h. sie beschreiben ihr Patientenbild. Nach

Krankheits- und Behandlungskonzepten wurde in den Interviews nicht gefragt, trotzdem finden sich in den Antworten der Hausärzte in den Interviews ausführliche Äußerungen dazu.

Das Thema Krankheits- und Behandlungskonzepte geht über das Thema der Studie „CHANGE“, nämlich die Verbesserung der „Arzt-Patienten-Kommunikation“ und die Vermittlung des „Antibiotika- Missverständnisses“, hinaus.

Die Tatsache, dass sich die Ärzte ausführlich dazu äußern – obwohl sie nicht danach gefragt worden waren – lässt vermuten, dass dieses Thema ein Kern ihres Interesses ist. Die Ärzte wurden also durch die Studie zur Reflektion über ihre Krankheits- und Behandlungskonzepte angeregt.

Da es lohnend erscheint, die von den interviewten Hausärzten dazu gemachten Äußerungen genauer zu betrachten, sollen im Folgenden daher einige Aussagen der Ärzte zu den eigenen und den Krankheits- und Behandlungskonzepten ihrer Patienten dargestellt werden.

Das Augenmerk liegt hier auf den (praktischen und handhabbaren) Inhalten der Krankheits- und Behandlungs- Konzepte.

Auf die individuellen Krankheits- und Behandlungskonzepte einzelner Hausärzte soll in der Ergebnisdarstellung der Fall-Interpretationen näher eingegangen werden (vgl. 3.3.2.).

### **Ärztliches Krankheits- und Behandlungskonzept**

In den Aussagen der Hausärzte zu den unterschiedlichen Interviewfragen wurde einerseits deutlich, welche grundsätzlichen Auffassungen die Ärzte zu Krankheit und Therapie haben. Andererseits war in ihren Antworten erkennbar, worin sie konkret die Ursachen des akuten Hustens sehen und welche Behandlungsvorstellungen sie besitzen. Angesprochen auf den Peerbesuch, schildert ein Hausarzt, dass er angeregt wurde, auch die Differentialdiagnosen des Hustens wieder mehr zu berücksichtigen. Er hat *“das schon so empfunden, dass [ihm] das mal wieder so ein bisschen [s]ein Gehirn etwas erweitert, [ihn] ein bisschen motiviert, auch an andere Sachen zu denken, als immer nur[an] Beschwerden im Hals-Nasen-Ohren-Bereich und im Kehlkopfbereich.“* Er erklärt: *„Husten kann ja alles sein. [...]Kann ja auch mal kardial bedingt sein, Tuberkulose, Pneumonie etc.“* (6331; 45-51). Im Weiteren schildert er seine Therapieauffassung bei akutem Husten. Der Husten ist für ihn ein Symptom eines Virusinfektes und er erklärt seinen Patienten, dass *„bei einem Virusinfekt sowieso kein Antibiotikum hilft, es sei denn es ist ne Superinfektion mit Bakterien“* (6331; 66-67). Sein Behandlungskonzept besteht ferner darin, die Patienten zur frühzeitigen

Stärkung der Abwehrkräfte zu motivieren: „Dass sie [die Patienten] eben mehr Vitamine nehmen, mehr Wechselduschen zur Abhärtung machen.“ Er rät zu „mehr Sporttreiben im Sommer, [...] mehr Licht und Luft“ (6331, 68-69; 73-76). Diese Strategie passt zu seiner Feststellung, „dass im Januar/Februar die stärkste Hustenzeit ist, [die Patienten] kommen weniger im November/ Dezember, also immer im neuen Jahr im Januar, wenn dann die letzten Abwehrkräfte verbraucht sind“ (6331, 97-100). Er weist darauf hin und scheint betonen zu wollen, dass er den Eindruck hat, dass Patienten die geschilderten Maßnahmen zur „Bildung der Abwehrkräfte“ vergessen hätten und diese heute „keiner mehr macht“ (6331; 70-72).

Ein anderer Hausarzt hat die Meinung, „dass man, also gerade was die Verordnung von Antibiotika anbetrifft, sich Zeit lassen kann. Also erst mal paar Tage abwarten[kann]“. Er erklärt, dass er das grüne Rezept nutzt, um auf „Alternativen zu verweisen“ und so „schon immer was verschreib[t].“ (6361; 24-27, 31-40)

Mehrere Hausärzte betonen, dass sie bei „Nicht-Besserung innerhalb von einem vornherein festgelegten Zeitraum, so von drei bis vier Tagen, Patienten anweisen, sich noch mal vorzustellen“. (6381, 46-51)

„[Man müsse] halt kontrollieren [und] nicht sofort ein Antibiotikum aufschreiben.“ (6401, 75-80)

Bemerkenswerterweise schildert eine Hausärztin zu Beginn des Interviews, dass sie durch die Hausarzt-Husten-Studie „viel differenzierter“ über ihr „Schema“ der Behandlung des akuten Hustens „nachgedacht“ hat: „[...] man hat ein gewisses Schema, man untersucht den Patienten, hat so vorgefertigt seine Medikamente und sagt dann dieser Patient das Schema A, das Schema B oder ähnliches.“ (6391, 20-26) Genauer geht diese Ärztin jedoch nicht darauf ein, ob sie ihr „Schema“ daraufhin beibehalten oder verändert hat. Möglicherweise hat die Ärztin diesen ‚Studieneffekt‘ aus sozialer Erwünschtheit dem Interviewer gegenüber erwähnt. Wie einige andere Hausärzte vertritt auch sie das Krankheitskonzept, dass akuter Husten das Symptom eines Virusinfektes ist: dass „der Husten nicht die Krankheit ist. Er ist eigentlich nur ein Schutzreflex, [den sollte man] nicht gleich unterdrücken“. (6391; 51, 54-56)

Ein Hausarzt erklärt jedoch, dass es „*kaum angenommen wird*“, wenn er den Patienten erklärt, dass „*ein ganz normaler Husten aufgrund eines Virusinfektes in der Regel relativ schnell*“ ohne Medikamente vergeht. Er sagt, man könne „*sicher sein, dass er die Jungs los [ist]*“ (6451, 51-60). Wir interpretieren diese Schilderung als Ausdruck eines ‚Hin- und Hergerissenseins‘ des Arztes. Einerseits weiß dieser Hausarzt, dass der „*ganz normale*“ Husten sich auch ohne Medikamente selbstlimitiert. Andererseits verspürt er, dass „*bei manchen [Patienten] der Leidensdruck so groß ist, dass man gar nicht anders kann*“ als etwas zu verordnen (6451, 107). Wir deuten dies so, dass er den patientenseitig verspürten Leidensdruck für sich als Verordnungsdruck empfindet. Er befürchtet, ohne Verordnung Patienten zu verlieren. Also verordnet er bei akutem Husten zunächst „*Ambroxol*“<sup>xv</sup>. Wenn Patienten ohne Besserung „*nach drei Tagen wiederkommen*“ ist er „*konsequent und verschreib[t] Doxycyclin*“<sup>xvi</sup>. Er betont, dass er dies tut, obwohl er weiß, „*dass es ärztlich oder wissenschaftlich-medizinisch nicht korrekt ist*“ (6451, 79-84). Erklärend äußert er: „*Wenn ich das nicht tue, dann laufen die [Patienten] in der Nähe zum Pulmonologen*“ (6451, 84-85).

Zu seinen Ideen, wie man Patienten ohne Rezept helfen kann, erklärt ein anderer Hausarzt, dass man „*Patienten darüber aufklären und denen verständlich machen [muss], warum man therapiert oder nicht therapiert und dann [hätte] man auch 'ne Basis zur vernünftigen Zusammenarbeit*“. Voraussetzung für das Zusammenarbeiten von Hausarzt und Patienten sei es, dass „*man erstens Vertrauen zueinander hat und man sich auch austauscht, Informationen weitergibt*“ (8071, 79-90). Er betont damit die Wichtigkeit des Arzt-Patienten-Gesprächs in der Entscheidungsfindung für oder gegen eine Therapie und die Bedeutung der Kommunikation zwischen Arzt und Patient.

Durch die Studie habe er Motivation und Unterstützung darin erfahren, dass er die Patienten „*aktiv darüber aufklärt, dass nicht jeder Husten unbedingt therapiert werden muss*“. Anschließend äußert er: „*Überhaupt: nicht alles muss therapiert werden*“. (8071,132-133) Diese Äußerungen zeigen ein Konzept, allgemein eher zurückhaltend in der Verordnung von Medikamenten zu sein und seinen Patienten seine Entscheidung gegen eine Verordnung im gemeinsamen Gespräch auch zu erklären.

---

<sup>xv</sup> ein Expektorans: erleichtert das Abhusten  
<sup>xvi</sup> ein Antibiotikum

## **Bild vom Patienten**

Aus den Schilderungen der Hausärzte zu den verschiedenen Interviewfragen kann man einerseits das ärztliche Patientenbild im Allgemeinen und andererseits die hausärztliche Wahrnehmung des Patientenverhaltens bzgl. Husten und Antibiotika im Speziellen entnehmen.

Ein Hausarzt beschreibt, dass er viele ausländische Patienten, insbesondere türkischer Herkunft hat, von denen er überzeugt ist, dass diese *„sofort immer ein Antibiotikum wollen“* (6301, 25). Er meint: *„In der Türkei ist Antibiose ja ganz extrem verbreitet“* (6301, 62-63). Bezüglich der zur Verfügung gestellten Flyer merkt dieser Arzt an, dass er sie *„sehr schön“* fand. Jedoch habe er diese für seinen Patientenstamm mit 80% Migranten äußerst selten einsetzen können. Eine Version des Flyers *„in Türkisch übersetzt wäre 'ne sehr gute Idee“* (6301, 84; 93).

Ein anderer Hausarzt betont seine Empfindung, dass die Patienten Maßnahmen zur *„Abhärtung vergessen haben“*, wie *„mehr Vitamine, mehr Wechselduschen“*. Er erklärt seinen Patienten: *„bei 'nem Virusinfekt hilft ja sowieso kein Antibiotikum, das ist sowieso Quatsch, es sei denn es ist 'ne Superinfektion mit Bakterien“*. Dann habe er *„die [Pat.] schon dazu motivieren können“* selbst etwas für *„die Bildung der Abwehrkräfte“* zu tun. (6331, 66-76)

Bezüglich der Frage nach seinen Lösungen, Patienten ohne Rezept zu helfen, erklärt ein anderer Hausarzt, dass er häufig das grüne Rezept nutzt. Denn etwas verschreiben würde er fast immer. Angesprochen, ob er in diesem Zusammenhang schon mal unangenehme Erlebnisse mit Patienten hatte, auch hinsichtlich deren Erwartungen, schildert er, dass er *„manchmal das Gefühl hat, die [Patienten] gehen weg und haben nicht das bekommen, was sie eigentlich haben wollten“*. Er bemerkt danach, dass es deswegen *„aber keine Auseinandersetzungen gab“* (6361, 41-47). Wir deuten diese Anmerkung als Ausdruck dafür, dass er sich kein schlechtes Gewissen machen möchte, nicht nach der Erwartung der Patienten gefragt zu haben.

Angesprochen auf überraschende Patientenreaktionen, berichtet ein anderer Hausarzt positive Reaktionen seiner Patienten auf seine *„Erklärung, dass sie also nicht soviel Medikamente benötigten“*. Er empfand, dass *„[die Patienten] dann eigentlich froh [waren], dass [er] ihnen das so erklär[t]“*. Manche Patienten hätten geäußert: *„Da hab ich noch gar*

*nicht drüber nachgedacht“ (6391, 60-63). Interessant ist auch seine Beobachtung, dass er Patienten hat, „die häufig einfach kommen und fragen: Ich möchte nur wissen, ob es jetzt was Schlimmes ist oder ob ich das so wie üblich mit meinen Medikamenten, mit meinen Mitteln auskurieren kann“ (6391, 65-67). Dies scheint auch ein direkter Effekt der von uns ausgehändigten Patientenflyer gewesen zu sein. Der Hausarzt fügt nämlich an: „diese Flyer helfen ganz gut, weil Patienten ja durch die Medien verunsichert sind, was man alles tun muss. Dadurch haben die eben diese Flyer in der Hand und können noch mal nachlesen, und der Arzt sagt ihnen das persönlich auch. Das macht also schon was aus“ (6391, 73-78). Dieser Hausarzt vertritt also die Meinung, dass man Patienten durch das persönliche Gespräch und zusätzliche unterstützende schriftliche Informationen in ihrem Verhalten beeinflussen kann und ihnen ihre Verunsicherung nehmen kann.*

Von mehreren Ärzten wird geschildert, dass es ein Problem darstellt, Patienten ganz ohne Rezept zu helfen. Ein Hausarzt meint, *„dass das kaum angenommen wird“*, wenn er den Patienten erklärt, dass man *„beim ganz normalen Husten [...] aufgrund eines grippalen Infektes gar nichts mitzugeben [braucht]“* (6451, 51-60). Darin verdeutlicht sich, dass auch die Angst der Hausärzte vor Ablehnung und vor dem Verlust von Patienten bei der Entscheidung für oder gegen eine Verordnung eine Rolle spielt. Erklärend wird angeführt, dass *„die Leute zum Teil [auf ein Antibiotikum] fixiert sind“* (6451, 92-93).

Als *„Problem“* wird außerdem geäußert, *„dass bei manchen [Patienten] der Leidensdruck so groß [ist]“*, dass man *„gar nicht anders [kann als ein Antibiotikum zu verordnen]“* (6451, 107-112).

Die Aussagen eines anderen Hausarztes im folgenden Interviewausschnitt verdeutlichen, dass die Erwartung einer Verordnung bei Patienten manchmal vorausgesetzt wird, ohne diese direkt danach zu fragen:

Arzt: *„Ja, Patienten wollen schon was haben, ne. [...] Fühlt man ja recht deutlich.“*

Interviewer: *„Fragen sie auch manchmal die Patienten, was sie sich erwarten, oder?“*

Arzt: *„Nee, also direkt eigentlich nicht. Ja, ich gehe davon aus, dass die Patienten in dem Fall Hilfe erwarten. Wenn die Krankheit akut wird wollen sie ne Beruhigung haben, dass nichts Schlimmes dahinter steckt. [...] Also diese Erwartung setzt man voraus, ne“* (6481, 80-89).

Sein Vorgehen bei seinen Patienten mit deren unterschiedlichen Erwartungen beschreibt ein anderer Hausarzt in der folgenden Textpassage: *„Es gibt verschiedene Patientengruppen,*

*wo ich mich dann versuche drauf einzustellen. Es gibt Leute, die kommen mit dem unbedingten Wunsch nach 'nem Antibiotikum [...] und wenn ich der Meinung bin, das ist nicht notwendig, versuch ich das zum Beispiel über Blutwerte, also CRP-Erhöhung bzw. Nicht-Erhöhung, und erklär das auch so den Patienten; in der Regel kann man die auch damit überzeugen.“*

Der CRP-Wert überzeugt Patienten seiner Meinung nach, „weil es ja was Gemessenes ist“. Er räumt jedoch auch ein, dass er „manchmal einfach die Waffen streck[t] und [ein Antibiotikum] verordne[t]. Dies sei „von [s]einer Stimmungslage und vom Arbeitsanfall abhängig“. Außerdem relativiert er sein eigenes Argument, den CRP-Wert, indem er äußert, dass es auch vorkommt, „dass das klinische Bild und das, was das zum Beispiel das Labor zeigt, tatsächlich auseinander weicht“. Er verfährt dann so: „je jünger und gesünder die [Patienten] wirken, kann man ja besser warten ((lacht)); bei den anderen mach ich das dann, auch wenn's nicht ganz so sicher ist, dass ich dann zum Antibiotikum greif[e].“

Ferner gibt es für ihn solche Patienten, „die eben von vornherein sehr kritisch dem ganzen [Antibiotikum] gegenüberstehen. Das sind [für ihn] dann so die leichteren Fälle, weil, wenn man diesen Patienten die ganzen Resistenzsachen erklärt, [kann man] damit ganz gut fahren“ (8021, 78-105).

Angesprochen auf überraschende Patientenreaktionen, berichtet dieser Hausarzt, dass es „häufiger vorkommt“, dass er Patienten anders einschätzt. Er meint: „aber die mit 'ner festen Erwartung kommen, das sind nicht so viele, aber die sagen ihnen das auch direkt“ (8021, 115-118).

Interessanterweise äußert ein weiterer Hausarzt, ihm sei „aufgefallen, dass also die Erwartungshaltung hinsichtlich Antibiotika eher zurückhaltend geworden ist. Patienten schwören eher doch auf 'ne natürliche Maßnahme“ erklärt er weiter. Seinem Empfinden nach, „rein subjektiv“, war die Erwartungshaltung der Patienten „früher stärker“ und es „scheint sich so 'n gewisser Sinneswandel Richtung [...] natürlicher Heilmethoden auch herumgesprochen zu haben“. Er hat bemerkt: „auch jüngere Patienten zeigen sich ganz angetan, wenn man erst mal eine phytotherapeutische oder homöopathische Alternative vorschlägt“ (8051, 68-80).

Von mehreren Hausärzten wird erklärt, dass sie glauben, dass Patienten, wenn sie „einmal zum Arzt gegangen [sind und] zehn Euro bezahlt haben, auch eine Medikamentenverordnung erwarten“ (8071, 65-70). Ein Arzt äußert, dass er „manchmal

*das Gefühl [hat], wenn die [Patienten] dann gehen und haben dann das blaue Rezept oder das grüne Rezept“*, dass diese dann denken: *„Ja hättest eigentlich auch in die Apotheke gehen können, warum bin ich da eigentlich zu dem Doktor hingegangen“* (8101, 35-46). Patienten, die in die Praxis kommen und zehn Euro Praxisgebühr zahlen, würden *„keinen guten Rat wollen“*. Das wären *„meistens Leute, die unter Druck stehen, die sicherlich sich auch einbilden, mit 'nem Antibiotikum schneller wieder fit zu sein“* (8471, 42-44). Außerdem wird geschildert, dass man *„natürlich nicht weiß wieweit dieser Glaube [an eine schnellere Genesung mit Antibiotika] jetzt Placeboeffekt hervorruft.“* Man müsse als *„Kassenarzt den Erwartungen [der Patienten] entsprechen, weil durch die bürokratischen Vorgaben sehr viel Patienten verloren gegangen sind“* (8471, 45-51). Die Angst vor dem Verlust von Patienten spielt also in der Entscheidungsfindung für oder gegen eine Verordnung eine Rolle.

### **3.3.2. Fall-Interpretationen**

Nach einem kompletten Überblick über die Interviews der Hausärzte, bei dem der einzelne Hausarzt nicht im Fokus stand, folgt jetzt eine tiefergehende Interpretation einzelner Arzt-Personen mittels des jeweiligen gesamten Interviews. Ziel dieser vertiefenden Fallinterpretationen ist es, die aus der kategorialen Analyse resultierenden unterschiedlichen Ebenen am Beispiel einer Person, eines Falles darzustellen und die Hauptthematisierung einzelner Hausärzte in den Interviews zu analysieren.

Die Auswahl der Interviews für die tiefergehende Interpretation erfolgte anhand des Kontrasts bzw. des Einklangs unter den einzelnen Hausärzten in den Interviews zu Themen der Intervention, der eigenen Strategien im Umgang mit Husten - Patienten sowie der hausärztlichen Sicht auf die Antibiotikaverschreibung.

#### **3.3.2.1. Herr Dr. Mai: „Ich bin ja Naturheilarzt nebenher“ (8521)**

Herr Dr. Mai hat keine Angaben zu Alter und Niederlassungsdauer gemacht. Er ist im östlichen Ruhrgebiet niedergelassen. Das Interview dauerte 8 Minuten und 30 Sekunden.

Zu Beginn des Telefoninterviews wird Dr. Mai gebeten, über seine Motivation, an der „Hausarzt-Husten-Studie“ teilzunehmen, zu berichten. Daraufhin beginnt er spontan von seinen Erfahrungen zu sprechen, die er mit seinen ehemaligen Arbeitgebern, bei denen er als

Weiterbildungsassistent beschäftigt war, machte. Er schildert, seine „Chefs“ seien „reine Schulmediziner“ gewesen und hätten „reihenweise immer Antibiotika [...] für Patienten mit Husten aufgeschrieben“.

Da die Verschreibung von Antibiotika nicht seinen Vorstellungen einer geeigneten Therapie bei akutem Husten entspricht, bemerkt er wertend: „*ich fand 's halt nicht ok*“. Seine Darstellung impliziert in diesem Zusammenhang, dass er sich von seinen ehemaligen Arbeitgebern und der „reinen Schulmedizin“ distanziert und sich ihnen nicht zugehörig fühlt. Besonders belastend scheint für ihn in der damaligen Situation der von ihm erlebte Verordnungsdruck sowohl seitens der Patienten als auch durch seine ärztlichen Vorgesetzten selbst gewesen zu sein: „*aber die Patienten wollten das so und meine Chefs wollten das so*“. Indirekt scheint er unter dem Druck seiner Chefs gestanden zu haben, die Sorge hatten, dass Patienten mit Husten ohne Antibiotikaverschreibung den Arzt wechseln. Auch patientenseitig verspürt er Druck, da diese seiner Meinung nach oft Antibiotika erwarten. Erschwerend kam für ihn hinzu, dass er in seiner damaligen Stellung scheinbar nicht die Position innehatte, in der er etwas hätte verändern oder sich und seine Meinung gegenüber seinen Kollegen und den Patienten hätte durchsetzen können.

Wir können also schlussfolgern, dass er an der Studie „CHANGE“ aus persönlicher Betroffenheit teilgenommen hat, weil er in der alten Praxis mehr Antibiotika verordnete als er wollte.

Seine persönliche Behandlungsstrategie des akuten Hustens – so wie er sie im weiteren Verlauf des Interviews schildert – sieht dagegen vor, dass er „*den Patienten erst einmal beobachtet*“ und ihm die Möglichkeit gibt, bei einer Verschlechterung bzw. keiner eintretenden Besserung ohne die Einnahme eines Antibiotikum in „*zwei, drei Tagen wiederkommen*“ zu können. Dann kann er „*immer noch was [Antibiotikum] aufschreiben*“. Er nutzt die sogenannte ‚verzögerte Verschreibung‘, das ‚delayed prescribing‘ (engl.).

Aus dieser (seiner) Positionsdarstellung heraus, wird deutlich, dass er in dieser Situation selbst die Fäden in der Hand hält und bestimmt, wann ein Antibiotikum notwendig wird und wann nicht.

Seine Sichtweise begründet er mit den Erfahrungen, die er später in einer anderen Praxis zusammen mit seiner mittlerweile ebenfalls „*ehemaligen Chefin, [die] Naturheilverfahren*

anwandte“, gemacht hat: „Und da haben wir's gesehen, dass nur die wenigsten ein Antibiotikum brauchen, wirklich nur die wenigsten“.

Im Kontext des Interviews scheint es ihm ein Anliegen zu sein, das naturheilkundliche Behandlungskonzept zu stärken.

An dieser Stelle nimmt Dr. Mai eine strikte Trennung zwischen Schulmedizinerinnen und Ärzten, die Naturheilverfahren anwenden, vor. Wobei erstere viele Antibiotika aufschreiben und letztere nur bei „bestimmten Erkrankungen, bei Diabetes und bei Herzerkrankungen“ darauf achten „schon frühzeitig ein Antibiotikum einzusetzen“.

Auffallend ist die dieser Formulierung innewohnende Relativierung – im Gegensatz zu seinen zuvor eher undifferenzierten Aussagen wie z.B., dass „die ganz banalen [...] nie<sup>xvii</sup> [ein] Antibiotikum brauchten“.

Diese Berichtigung des bereits Gesagten, die sich auch als eine erste Zurücknahme des strikten „nie“ deuten lässt, könnte eine Art Rechtfertigung dem Interviewer gegenüber darstellen, die aus einer Unsicherheit heraus entstanden sein könnte, da Dr. Mai nicht weiß, welche Einstellung der Interviewer der Naturheilkunde gegenüber einnimmt.

Eine weitere Relativierung folgt in der Schilderung, dass “[die] Lungenentzündung [mit] ein, zwei Fälle[n] pro Winter“ auftritt, die man „frühzeitig durch die Auskultation erfassen“ könne.

Er scheint zeigen zu wollen, dass er um die Notwendigkeit der Antibiotika-Therapie bei Patienten mit Lungenentzündung weiß und er versucht, diese durch Auskultation herauszufiltern. Diese anklingenden Diskrepanzen in seinen Erläuterungen treten im weiteren Verlauf des Interviews noch deutlicher hervor.

Seiner Meinung nach brauchen „nur die wenigsten ein Antibiotikum“. Er erklärt jedoch, „dass das ja nicht immer geht“. In diesen Fällen „drückt er da beide Augen zu“ und verschreibt ein Antibiotikum „wie Doxycyclin oder [ein] Aminopenicillin“.

Zusammenfassend lässt sich an dieser Stelle festhalten, dass seine Darstellungen verschiedenster Notwendigkeiten, dann doch ein Antibiotikum zu verordnen, stark mit seiner vorherigen Äußerung, dass diese „nie“ notwendig seien, kontrastiert.

Einen Einblick in den konkreten Umgang mit Patienten in seinem ärztlichen Alltag bekommen wir durch seine Schilderungen, dass, wenn die Patienten sofort – also ohne zunächst abzuwarten – ein Antibiotikum wünschen, er „versucht sich mit diesen Patienten

---

<sup>xvii</sup> Die Unterstreichung bedeutet eine Betonung des Wortes.

*auseinander zu setzen*“. Um sich jedoch gegen eine frühzeitige Verschreibung von Antibiotika zu wehren, schildert er, dass er *„viel reden muss, viel reden musste“*.

Diese Formulierung verdeutlicht zum einen noch einmal den bereits zu Beginn des Interviews von ihm geäußerten Druck seitens der Patienten und früheren Kollegen bzw. Vorgesetzten, frühzeitig ein Antibiotikum zu verordnen, und zum anderen die Verbindung seiner Darstellungen früherer Erfahrungen mit seinen heutigen Problemen in der alltäglichen Praxis. Es scheint als könne er sich auch heute nicht immer gegenüber seinen Patienten durchsetzen und begegnet deren Erwartungshaltung bezüglich Antibiotika mit der Strategie *„viel reden“* zu müssen.

An dieser Stelle schließt sich der Spannungsbogen, den Dr. Mai mit der Schilderung seiner Motivation, an der Studie teilzunehmen, begonnen hatte und mit seinen Ausführungen zum Thema Antibiotikaverschreibung beendete, indem die identischen Problematiken der Vergangenheit und der Gegenwart wieder miteinander verbunden werden. Nach diesem ausführlichen Bericht über seine Motive der Studienteilnahme wird Dr. Mai nach dem Peerbesuch befragt. Darauf antwortet er auf eine für uns schwer einzuordnende Weise mit: *„Ja, fand ich jetzt nix Verwerfliches“*.

Es bieten sich verschiedene Interpretationen an: Einerseits könnte dies eine neutrale bis positive Haltung gegenüber dem Peerbesuch ausdrücken, den er nicht als außergewöhnlich in seinem ärztlichen Alltag empfunden hat. Andererseits könnte seine Aussage eine gewisse ablehnende Einstellung – angedeutet in der Wortwahl – in Bezug auf den Peerbesuch beinhalten, die er dem Interviewer aber nicht explizit mitteilen möchte.

Interessanterweise gibt Dr. Mai in diesem Zusammenhang einige wissenschaftliche Fakten aus den Studienmaterialien wieder, ohne gesondert danach befragt worden zu sein: Durchfall sowie Fieber und CRP-Erhöhung als Prädiktoren für eine Pneumonie. Er erwähnt, dass für ihn die wissenschaftlichen Fakten *„schon sehr hilfreich“* waren. Diese sehr spezifischen Inhalte der Intervention sind ihm noch nach einem Jahr in Erinnerung.

Auf mögliche Lösungen, Patienten auch ohne Rezept zu helfen, angesprochen, berichtet Dr. Mai: *„Ich hab jetzt was vorbereitet im Computer [zur] Ursache von Husten und was man dagegen tun kann [...]. Ich bin ja Naturheilarzt nebenher. [...] Die üblichen Haushaltsmittel und also Tee mit Honig, Brustwickel, Inhalation und Wärmebehandlung [...]. Die meisten*

[Patienten] *sind dann mit diesen Hinweisen erst mal zufrieden [...] und sind dann sehr erstaunt, dass es doch was bringt.*“

Hier schildert Dr. Mai nun, wie seine bereits angesprochenen Strategien des Auseinandersetzens und „Viel-Redens“ mit seinen Patienten im Alltag konkret aussieht: nämlich, dass er für seine Patienten Erklärungen und Therapiemöglichkeiten (ohne Antibiotika) zum Husten am Computer zusammengestellt hat.

Wir vermuten, dass er in dem Informationsmaterial, das ihm im Rahmen der Studie zur Verfügung gestellt wurde, naturheilkundliche Aspekte vermisst hat; jedoch wurde er dadurch angeregt, zusätzliches eigenes Material für seine Patienten zu erstellen.

Er berichtet aber auch über seine positiven Erfahrungen mit den von uns zur Verfügung gestellten Patientenbroschüren: die Patienten hätten *„gestaunt, dass gar nicht Bakterien die Ursache sind“*. Ob es ihn selbst vielleicht auch überrascht hat, lässt ich jedoch aus dem Material nicht rekonstruieren, denn obwohl Dr. Mai in erster Linie naturheilkundliche Ansätze vertritt, haben ihm offenbar die Studienmaterialien (für die Ärzte) mit evidenzbasierten wissenschaftlichen Inhalten geholfen, seine Einstellungen gegenüber seinen Patienten zu vertreten.

Der scheinbar beiläufig von Dr. Mai erwähnte Satzteil *„Ich bin ja Naturheilarzt nebenher“*, veranlasste uns, die Bedeutung dieser Formulierung im Kontext des gesamten Interviews zu untersuchen. Dr. Mai erwähnt dies im Zusammenhang mit den naturheilkundlichen Therapiemöglichkeiten, die er seinen Patienten anbietet, wenn diese bei Husten Antibiotika erwarten. Einerseits betont er damit, dass er Naturheilkunde benutzt, schwächt den Einsatz naturheilkundlicher Verfahren aber andererseits durch die Verwendung des Wortes *„nebenher“* wieder ab. Dafür könnte es verschiedene Gründe geben.

Zum einen ist es vorstellbar, dass seine Patienten nicht von vornherein wegen der Naturheilkunde zu ihm kommen, und diese vielleicht auch nicht immer wollen. Dadurch könnte Dr. Mai es oft auch nicht schaffen, die die Naturheilkunde bei seinen Patienten anzuwenden. Das wiederum könnte einerseits bedeuten, dass er die Naturheilkunde nicht so praktizieren kann, wie er sich es eigentlich wünschen würde. Andererseits ist es möglich, dass er sie nur als Fahne vor sich herträgt („Label“), aber eigentlich nur selten (z.B. bei Husten) oder gar nicht praktiziert. Naturheilkunde wäre in diesem Sinne für ihn eine Art Aushängeschild, um sich von (reinen) Schulmediziner abgrenzen zu können. Zum anderen ist es auch möglich, dass er sich in seinem Vorgehen bzw. der Interviewsituation unsicher

fühlt und versucht, sich für seine vorherigen Aussagen bzgl. Antibiotika zu rechtfertigen. Darüber hinaus macht Dr. Mai damit noch einmal deutlich, dass er die Antibiotikaverordnung bei akutem Husten der Schulmedizin zuordnet und diese Tatsache als klare Trennung zwischen den beiden Ausrichtungen der Medizin ansieht.

Eine andere Erklärung bietet die Vorstellung, dass er sich aus sozialer Erwünschtheit vielleicht nicht traut dem Interviewer gegenüber direkt zu sagen, dass er Naturheilkunde bevorzugt und auch ausübt, weil er diesen eher als Schulmediziner einstuft.

Am Ende des Telefoninterviews bedankt sich Dr. Mai überraschender Weise ebenfalls ausdrücklich beim Interviewer, dass dieser die Zeit gefunden hat, mit ihm zu reden. Er wirkt zufrieden, dass er sich jemandem mitteilen und seine Sichtweise darstellen konnte.

Dabei hebt er sich von den anderen interviewten Ärzten ab, die sich unserer Meinung nach nur höflichkeitshalber kurz bedanken.

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass Dr. Mai im Telefoninterview versucht, sich mittels der Naturheilkunde gegenüber der Schulmedizin abzugrenzen.

Sein beschriebenes – scheinbar instinktiv – unangenehmes Gefühl, bei akutem Husten Antibiotika zu verordnen, welches von seinen geschilderten Erfahrungen noch verstärkt wird, nimmt in diesem Interview einen entscheidenden Raum ein.

Dr. Mai kann sich schlecht durchsetzen, er fühlte sich allein gegen seine ehemaligen Chefs und seine Patienten. Damit steht er als Einzelkämpfer da, der sich allein auseinandersetzen muss. Und er weist die Schuld für unnötige Antibiotikaverordnungen den Patienten und anderen Schulmediziner zu.

Durch die Hustenstudie wurde er darauf aufmerksam, dass sich seine an die Naturheilkunde angelehnte Strategie auch naturwissenschaftlich bestätigen lässt. Dadurch erfuhr er eine Anerkennung und Bestätigung seines Vorgehens und seiner Bemühungen, einen naturheilkundlichen Ansatz stärker in seinen hausärztlichen Behandlungsalltag einzubringen. Er wurde durch die Studie zum Mittun aufgefordert und angeregt, eigene Informationsmaterialien herzustellen.

### 3.3.2.2. Herr Dr. Winter: „*Ich hab relativ wenig Druck*“ (6381)

Herr Dr. Winter hat keine Angaben zu Alter und Niederlassungsdauer gemacht. Er ist im östlichen Ruhrgebiet niedergelassen. Das Interview dauerte 4 Minuten und 42 Sekunden.

Nach seinen Motiven befragt, an der Hausarzt-Husten-Studie teilzunehmen, betont Dr. Winter sein Interesse an vernünftig geführten und praktisch in der Hausarztpraxis durchführbaren Studien.

Er fühlt sich von Studien „*überflutet*“ und denkt, dass „*Milliarden von Kosten ausgegeben werden für Studien, die sicherlich auch sinnvoll sind manchmal, aber nicht immer.*“ Er selber beteilige sich „*häufig an Phase 3- Studien für die Pharmaindustrie*“ und sehe da häufig, „*wie unüberlegt oft die Studiengedanken sind, die gar nicht praktikabel sind.*“

Einerseits steht er demnach sehr kritisch Phase 3-Studien gegenüber und andererseits drückt seine Wortwahl aus, dass er Studien insgesamt differenziert betrachtet. Obwohl er sich über einige Studiendesigns sehr abwertend äußert, sollte seiner Meinung nach in der Hausarztmedizin mehr geforscht werden, nicht nur für das „*Handling*“, also den Umgang mit den Patienten, sondern, weil er dies „*sehr wichtig finde[t] für das Weiterkommen der Medizin generell.*“

Dr. Winters Auffassungen zur Behandlung des akuten Hustens, wie z.B., „*dass ein Großteil eben viral bedingt ist und dass es um symptomatische Maßnahmen geht, wie wir Patienten behandeln*“ stimmen mit den Interventionsinhalten der Studie überein. Er gibt an, „*relativ wenig Druck*“ zu empfinden, dass Patienten mit „*irgendwelchen Antibiotikawünschen oder Verordnungswünschen*“ an ihn herantreten. Vom Interviewer noch einmal direkt auf den erwähnten „*Druck*“ angesprochen, erklärt Dr. Winter, dass er „*schon mal von Kollegen [hört], dass Patienten da so Vorstellungen haben*“. Anschließend betont er jedoch noch einmal, dass er „*persönlich keine Probleme damit hat, Patienten zu sagen, dass das [Antibiotikum] nicht erforderlich ist*“. An dieser Stelle bleibt jedoch offen, ob wirklich kein Druck seitens der Patienten besteht oder ob Dr. Winter, der im Interview sehr selbstbewusst erscheint, diesen nicht zulässt bzw. nicht wahrnehmen will.

Aus unserer Sicht möchte er sich damit auch gegenüber Kollegen abgrenzen, die die Antibiotika-Wünsche der Patienten erkennen und darauf eingehen.

Einerseits könnte er sich auf diese Art und Weise von seinen Kollegen abheben und von sich ein gutes Bild vermitteln wollen. Andererseits verdeutlichen diese Aussagen auch, dass

er das Problem des Antibiotika-Missverständnisses verstanden hat und nicht an sich oder seinem Umgang mit seinen Patienten zweifelt.

Daher können wir Dr. Winter insgesamt als einen ‚pseudo-problembewussten Typ‘ bezeichnen: er hat das Problem des Antibiotika-Missverständnisses verstanden, d.h. das Leid des Patienten nicht als Druck, Antibiotika zu verschreiben, fehl zu deuten. Er weiß bzw. meint zu wissen, dass seine Patienten keine Antibiotika wollen, weil er diese nicht verschreibt. Ein in den Interventionsinhalten vorgeschlagener Ausweg aus dem Teufelskreis des Antibiotika-Missverständnisses war es, die Wünsche der Patienten, auch bzgl. Antibiotika, offen in der Konsultation zu thematisieren. Dr. Winter hat diesen Lösungsweg für sich jedoch nicht angenommen, sondern nimmt vielmehr an, dass seine Patienten keine Antibiotika wünschen, weil sie sich seiner Meinung anschließen oder weil er keine andere Meinung zulässt.

Sein Vorgehen im Praxisalltag beschreibt Dr. Winter wie folgt: *„Bei Nicht-Besserung innerhalb von einem [...] Zeitraum, so von drei bis vier Tagen, sollen sich [Patienten] natürlich noch mal“* vorstellen. Über die Art der Schilderung im Interview wird deutlich, dass seine Behandlung durch *„klare Handlungsanweisungen“* bestimmt wird. Darüber hinaus präsentiert er sich im Gespräch als jemand, der seine Patienten ‚fest im Griff‘ zu haben scheint. Unser Eindruck im Gespräch, dass er routiniert antwortet und keine Zweifel an sich und seinen Patienten aufkommen lässt, wird durch seine Aussage: *“Weiß ja jeder, dass mal ’ne bakterielle Superinfektion in seltenen Fällen mal auftreten kann“* noch bestärkt. Die Frage, ob er im Praxisalltag wirklich so handelt, wie er es uns im Interview schildert, bleibt jedoch offen und kann an dieser Stelle nicht beantwortet werden. Er möchte sich offenbar gut präsentieren und zeigen, dass er sowohl bei seinen Patienten als auch im Interview ‚den Ton angibt‘.

Für diese Interpretation spricht ebenfalls, dass Dr. Winter – ohne danach gefragt worden zu sein – gleich zu Beginn des Interviews den Peerbesuch anspricht: *„Da war doch schon mal eine Kollegin da von ihnen, nicht?“*. Als er jedoch danach vom Interviewer aufgefordert wird, mehr darüber zu berichten, fragt er: *„Wieso? [...] Die hat mit uns auch über die Studie gesprochen.“* Einerseits deuten wir Dr. Winters spontane Bemerkung über den Peerbesuch als positive Einstellung gegenüber der Interventionsstudie. Andererseits scheint er sich darüber hinaus nicht mit den Inhalten der Studie auseinandersetzen zu wollen. Für ihn gibt es scheinbar nicht mehr dazu zu sagen und man bekommt – auch durch seine

kurzen und knappen Antworten – das Gefühl, dass er sich nicht auf das Gespräch einlassen will. Ihm liegt vielmehr daran, klarzumachen, dass er alles richtig macht und keine Zweifel an seinen Auffassungen zulässt.

Im weiteren Verlauf des Interviews erinnert Dr. Winter, dass der Peer „*Unterlagen da gelassen*“ hat. Er fand das „*nicht schlecht*“ und es „*war in Ordnung*“, besonders weil dies sich genau „*mit seinen medizinischen Auffassungen*“ deckte. Diese Wortwahl erscheint jedoch ‚von oben herab‘ und abschätzend dem Interviewer gegenüber. Außerdem macht er den Eindruck, als sei ihm der Besuch des Peers völlig gleichgültig gewesen. Auch dadurch, dass er keine Gesprächsinhalte des Peerbesuchs wiedergibt und auch auf seine „*medizinischen Auffassungen*“ nicht näher eingeht, wirkt er auf uns hier oberflächlich. Für ihn stehen seine Ansichten fest und er findet es nicht ungewöhnlich, dass diese in den Interventionsinhalten bestätigt werden.

Auf die Frage nach seinen Erfahrungen mit den Studienmaterialien äußert sich Dr. Winter nur zum Poster: „*Wir haben das aufgehängt und ich denke schon, dass das für die Patienten, ja, zumindest informativ war, ne.*“ Diese Antwort erscheint uns eher nichts sagend. Ferner vermittelt uns die Wortwahl „*zumindest informativ*“ – wie schon bei seinen Aussagen zu Studien allgemein – eine eher abwertende und geringschätzige Haltung gegenüber dem Poster. Dr. Winter bringt jedoch seine eigenen Eindrücke und Meinungen nicht direkt zum Ausdruck. Wir bewerten es dennoch als positive Auseinandersetzung mit den Interventionsinhalten, dass das Poster aufgehängt wurde.

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass uns Dr. Winters oft kurze Antworten im gesamten Interview sehr oberflächlich und kühl erscheinen. Er wirkt routiniert, in seiner Art zu antworten, und auch die Inhalte seiner Antworten lassen ihn als erfahrenen Kollegen ‚dastehen‘. Diese routinierte Art erleben wir aber auch als Ausdruck seiner ablehnenden Haltung gegenüber Kollegen, Patienten, dem Peer, dem Interviewer und Studien allgemein.

Dr. Winter scheint auch unsere Interventions-Studie kritisch ‚von oben herab‘ zu betrachten. Dennoch nennt er viele Interventionsinhalte, die mit seinen Auffassungen übereinstimmen. Es gibt also „Anknüpfungspunkte“. Mit anderen Worten: Er steht außerhalb der Intervention, macht aber deutlich, dass er doch schon wie die Zielrichtung dieser handelt. Und damit macht er vielleicht deutlich, dass auch er in der Intervention eine Unterstützung seiner „Linie“ gesehen hat.

### 3.3.2.3. Frau Dr. Zwilling: „Ich diskutier’ nicht mit jedem“ (6321)

Frau Dr. Zwilling hat keine Angaben zu Alter und Niederlassungsdauer gemacht. Sie ist im östlichen Ruhrgebiet niedergelassen. Das Interview dauerte 5 Minuten und 30 Sekunden.

Das Interview dieser Ärztin zeigt viele Widersprüche. Zuvor Gesagtes wird von der Ärztin oft sofort danach wieder relativiert. Sie sagt, sie habe an der Studie teilgenommen, um die Hausarztmedizin zu stärken. Für sie war das Thema angeblich nicht relevant, „weil [sie] *den Patienten sowieso nie Antibiotika verschreib[t]*“. Diese Aussage wird im Gespräch jedoch immer mehr entkräftet. Sie zählt einige Situationen auf, in denen sie doch Antibiotika verschreibt, z.B. nach Antibiogramm, bei Vertretungspatienten, wenn Patienten schulmedizinisch behandelt werden wollen oder bei Patienten, die in Urlaub fliegen und das „*Antibiotikum sicherheitshalber mitnehmen*“ möchten. Dabei fragt sie Patienten nicht, was sie erwarten, sondern was sie üblicherweise bekommen. „*Und wenn die sagen: ich krieg immer ein Antibiotikum [...], dann kriegen die ein Antibiotikum*“. Sie diskutiert mit Patienten nicht,

das heißt sie ist nicht zu einem Austausch bereit und hat das Teufelskreismodell nicht verinnerlicht.

Sie ist von ihrem Vorgehen überzeugt, lässt andere Ansätze nicht an sich heran: „*er (der Peer) brauchte mich nicht zu überzeugen, [...] ich mache sehr viel Naturheilkunde, ich behandle das phytotherapeutisch, ich gebe von mir aus keine Antibiotika*“. Sie beklagt sich, der Peer „*wäre in Kommunikation nicht so gut gewesen*“, hätte sie nicht verstanden und nicht an sich „*rangelassen*“. Konträr zu diesen Aussagen der Ärztin zum Peer, wirkt eher sie selbst auf uns unkommunikativ und ignorant. Die Ärztin scheint den Vorschlägen des Peers ablehnend gegenüber zu stehen und will nicht mit ihm über das Thema Antibiotika und Husten diskutieren. Obwohl sie vorgibt, seiner Meinung zu sein, kritisiert sie den Peer. Wir vermuten, dass die Kritik am Peer ein Ausdruck von Selbstschutz der Hausärztin ist, um einer Kritik ihres eigenen Verhaltens zu entgehen und auch um sich gegenüber dem Interviewer zu rechtfertigen.

Auch mit ihren Patienten will sie sich nicht über das Thema Antibiotika auseinandersetzen, teilt diese in schulmedizinisch und naturheilkundlich-orientiert ein und „*diskutiert da nicht*“. Die Studienmaterialien hat sie nicht genutzt, was ihre Ablehnung der Interventionsinhalte unterstreicht. Sie erklärt, Patienten, die zu ihr kämen „*wüssten das*“.

Insgesamt, und zusammenfassend, vermittelt die Hausärztin im Interview ein widerspruchsvolles Bild ihrer Behandlungsstrategien bei akutem Husten. Am Anfang betont sie, sie verschreibe *„sowieso nie Antibiotika, mache viel Naturheilkunde und Homöopathie“*. Direkt daran anschließend widerspricht sie sich selbst, indem sie aufzählt, wann sie dann doch Antibiotika aufschreibt. Sie hat sich mit dem Peer und den durch diesen vermittelten Interventionsinhalten nicht wirklich auseinandergesetzt, ist davon ausgegangen, diese schon zu kennen und danach zu handeln. Ihre persönlichen Einstellungen und Vorannahmen gegenüber Patienten bestimmen ihre Behandlungsstrategie. So geht sie auch mit ihren Patienten um: die wissen, was sie bei ihr erwarten können, da braucht sie nicht mehr nachzufragen. Anders geht sie mit Vertretungspatienten um, die sie fragt, *„was sie üblicherweise bekommen. Ich frag die auch, ob die schulmedizinisch oder naturheilkundlich behandelt werden wollen. Und wenn die sagen: ich krieg immer ein Antibiotikum, ich will jetzt auch ein Antibiotikum, dann kriegen die ein Antibiotikum. Da diskutier ich nicht.“* Dieses Zitat bestätigt unseren Eindruck einer Ärztin, die sich nicht reinreden lässt – unter Umständen auch nicht über die „Botschaften“ einer Intervention.

#### **3.3.2.4. Herr Dr. Birke:** *“Die Erwartungshaltung hinsichtlich Antibiotika ist zurückhaltender geworden” (8051)*

Herr Dr. Birke ist 52 Jahre alt und seit 10 Jahren in einer Stadt am Niederrhein niedergelassen. Das Interview dauerte 6 Minuten und 30 Sekunden.

Dieser Hausarzt erzeugt im Interview den Eindruck, für die Interventionsinhalte sensibilisiert (worden) zu sein, was bedeuten soll, dass sein Interesse geweckt wurde, im Patientenkontakt aufmerksamer die Problematik *Husten und Antibiotika* zu betrachten.

Er äußert sich zu einer von ihm erlebten Veränderung der Patientenerwartungen bezüglich Antibiotika.

Aufgefordert über Motive zur Studienteilnahme zu erzählen, äußert der Arzt, dass *„Unsicherheiten bzw. eine Polypragmasie in der Behandlung vorherrscht“* und er es *„interessant“* findet, dies *„im großen Rahmen zu durchleuchten“*. Er erscheint wissenschaftlich interessiert und will die Wissenschaft unterstützen. Er selbst weiß, dass es

Unsicherheiten in der Behandlung des akuten Hustens gibt, wirkt selbst aber selbstsicher, gelassen und entspannt. Er macht den Eindruck, offen für Veränderung zu sein. Die Teilnahme an der Intervention sieht er als Möglichkeit, eine „Rückkopplung“ über seine Behandlungsweise zu bekommen und über die Strategien der Kollegen etwas zu erfahren.

Auf den Peerbesuch angesprochen, sagt der Arzt, dass *„größenteils [s]eine Auffassungen bestätigt wurden, in welchen Stadien, wann welches Regime angezeigt ist.“*

Daraufhin liefert er eine Beschreibung seiner Behandlungsstrategien bei Husten: *„ein Stufenschema, eine einfache virale Erkältung eher mit naturheilkundlichen Methoden anzugehen, Antibiotikaeinsatz sehr zurückhaltend zu gestalten.“* Für ihn stellt *„der prolongierte virale Husten, der also keine Pertussis<sup>xviii</sup> ist, aber der die Patienten teilweise wochen- bis monatelang immer wieder hüsteln lässt“* ein „Problem“ dar. Diese gehe er *„letzten Endes doch häufig mit 'nem kleinen Kortisonstoß oder über [einen] überschaubaren Zeitraum mit inhalierbaren Kortikoiden“* an, *„teilweise sogar kombiniert mit Beta-Mimetikum“*. Die Wahl des Wortes *„hüsteln“* erzeugt bei uns den Eindruck, dass er das Symptom des *„prolongierten Hustens“* selbst für kein großes Problem hält. *„Hüsteln“* wird als Verniedlichung und auch als Abschwächung des Wortes *„Husten“* empfunden. Dennoch scheint für ihn die Krankheitsdauer entscheidend dafür, dass er sich auf eine medikamentöse Behandlung einlässt, obwohl er weiß, dass diese bei viralem Husten nicht indiziert ist. Er erwähnt eine *„Pertussis“*, die man ausschließen sollte, was zusätzlich vermittelt, dass er betonen möchte, auch die Differentialdiagnosen zu kennen.

Der Begriff *„letzten Endes“* kann darauf hindeuten, dass für ihn die genannte Behandlungsstrategie erst nach Abwarten einer gewissen Zeit folgt, sozusagen ‚am Ende‘. Auch der Ausdruck *„überschaubarer Zeitraum“* erscheint als eine gewisse Rechtfertigung dafür, dass er weiß, dass seine Behandlungsstrategie eigentlich nicht indiziert ist und deshalb nur kurzzeitig angewandt wird.

Die Erklärung des Arztes, dass er versucht, Erwartungshaltungen der Patienten zu *„dämpfen“*, fassen wir so auf: für ihn gibt es gewisse Patienten, die ein Antibiotikum brauchen (u. a. mit den von ihm weiter unten genannten Symptomen). Wird aber der

---

<sup>xviii</sup> *Pertussis* = Keuchhusten; durch Bakterium *Bordetella pertussis* hervorgerufen, Antibiotika-Therapie indiziert.

Antibiotika-Verschreibungsdruck durch Patienten, bei denen er ein Antibiotikum für nicht angebracht hält, für ihn zu stark, dann versucht er zu dämpfen bzw. dem entgegenzuwirken. Er weist die Patienten auf zunehmende Antibiotikaresistenzen hin und erklärt, dass bei kurzer Hustendauer *„der Einsatz eines Antibiotikums bei sonst fehlender pulmonaler Symptomatik nicht angebracht ist.“*

Es folgt ein Gedankensprung des Arztes, der daraufhin angibt, dass er bei febrilen Patienten, bei *„wirklich stark verfärbtem Sputum und auch entsprechenden RG's<sup>xix</sup> natürlich“* ein Antibiotikum einsetzt: dies scheinen für ihn Signale für einen bakteriellen Infekt zu sein. Dass er das verfärbte Sputum als Antibiotika-Indikation ansieht, steht im Widerspruch zu den Interventionsinhalten. Für uns bedeutet es aber auch, dass er zwar für die Botschaft der Intervention sensibilisiert worden ist, diese aber nicht völlig angenommen bzw. wahrgenommen hat.

Danach äußert er, dass seiner Meinung nach Informations-Materialien wie *„[unser] Aufklärungsblatt, [die Patientenbroschüre]“* helfen, Patienten zu vermitteln, dass akuter Husten kein Antibiotikum braucht. Er hat die Auffassung, dass *„Gedrucktes“* besser wirkt, *„als wenn er nebenher erklärt“*. Die Patientenbroschüre hat er *„nicht an jeden, aber an etwas Informationsbedürftigere“* ausgehändigt. Er geht nicht näher darauf ein, welche Patienten das sind.

Zum Ende des Gesprächs berichtet der Arzt über seinen Eindruck, *„dass die Erwartungshaltung hinsichtlich Antibiotika eher zurückhaltend geworden ist“*. Er scheint seine Praxiszeit zu reflektieren: allgemein würden Patienten heute im Gegensatz zu früher mehr natürliche Heilmethoden wünschen. Bei seinen Patienten sieht er vor allem bei jüngeren Patienten eine Veränderungsbereitschaft und Offenheit, weil diese sich *„ganz angetan zeigen“*, wenn er *„erst mal eine phytotherapeutische oder homöopathische Alternative vorschlägt“*. Der Arzt scheint es durchaus positiv zu empfinden, wenn Patienten auf seinen Vorschlag zu Antibiotika-Alternativen eingehen, stellt sich selbst aber nicht als Verfechter der Naturheilkunde dar.

---

<sup>xix</sup>

RG = Rasselgeräusch; Befund bei der Auskultation der Lunge

Zusammenfassend ist er damit ist er ein Arzt, der seine eigene Sicht auf das Problem hat, alles nicht „so tragisch“ sieht, man nur mit den Patienten umgehen können muss. Somit ist auch er einer, der wahrscheinlich nicht leicht zur Handlungsänderung zu bringen sein wird.

### 3.3.2.5 Herr Dr. Ass: „*Ich kenne mich mit diesen Dingen aus*“ (8511)

Herr Dr. Ass ist 54 Jahre alt und seit 20 Jahren im nördlichen Ruhrgebiet niedergelassen. Das Interview dauerte 7 Minuten und 7 Sekunden.

Herr Dr. Ass stellt sich uns im Interview als Experte dar, dessen Meinung unumstößlich scheint, der veränderungsunwillig ist und unzugänglich für unsere Interventionsinhalte.

Auf die Motive zur Studienteilnahme angesprochen, sagt er knapp: *“Hatte keins”*. Nachgefragt, ob das Thema der Studie ihn interessiert habe, antwortet er nur: *„Nö“*. Dadurch wirkt er unhöflich und desinteressiert, scheint keine Lust am Gespräch zu haben. Der Arzt scheint das Interview als ‚lästige Pflicht‘ anzusehen. Es könnte aber auch sein, dass er unter Zeitdruck steht und daher das Gespräch so kurz wie möglich halten möchte – obwohl das Interview insgesamt sieben Minuten dauert. Möglicherweise fand das Interview zu einem unpassenden Zeitpunkt oder unpassender Situation statt. Aus dem Gespräch selbst wird dies nicht ersichtlich, der Arzt äußert nicht, dass er wenig Zeit hat oder es ein ungünstiger Zeitpunkt ist. Er erweckt den Anschein, unzugänglich zu sein, von sich und seinen Strategien überzeugt und nicht offen für Veränderung. Bestätigt wird dies unserer Meinung nach auch dadurch, dass er bei einigen Sätze das Wort *„grundsätzlich“* benutzt: *„Die Leute bekommen also meistens irgend etwas. Grundsätzlich. Und grundsätzlich ist es so, dass sie auch das Gefühl haben müssen, ernst genommen zu werden.“* Mit dem Wort *„grundsätzlich“* scheint er betonen zu wollen, dass seine Aussagen grundlegend und allgemeingültig sind und somit – zumindest für ihn – unumstößlich sind.

Er betont seine Selbstsicherheit und fehlende Veränderungsbereitschaft, in dem er erklärt: *„Ich bin Asthma-Trainer. Und, das heißt also, eh, ich kenne mich mit diesen Dingen aus, [...] ich kenne auch die Differentialdiagnostik, ich kenne auch die wissenschaftliche Seite“*. Nachdem er sich als Experte dargestellt hat, kommt er unserer Meinung nach mit einer seiner Kernaussagen: *„Man kann das, was also wissenschaftlich gefordert wird, [...] nicht in der Praxis umsetzen, weil die Führung [...]ein ganz wesentliches Instrument ist.“*

Was für ihn „*Führung*“ bedeutet, erläutert er dann anschließend: Seine Aufgabe als Hausarzt bestünde darin, seine Patienten zufrieden zu stellen. Dies könne nur dadurch geschehen, dass er „*in irgendeiner Art und Weise für sie tätig wird*“. Die Patienten hätten schließlich zehn Euro bezahlt und somit Anspruch auf eine „*gründliche Diagnostik*“.

Er stellt sich als Hausarzt in der Rolle des Dienstleisters dar, der die Ansprüche seiner Patienten erfüllt; er möchte die Patienten zufrieden stellen, so dass sie „*das Gefühl haben müssen, ernst genommen zu werden*“.

Im Verlauf des Interviews entsteht mehr und mehr der Eindruck, dass er versucht, seine Ansichten und im Interview gemachten Äußerungen zu legitimieren und sich zu rechtfertigen. Zunächst entsteht diese Empfindung dadurch, dass er immer wieder seinen Expertenstatus als Asthma-Trainer betont: „*Das heißt also ich kenne mich mit diesen Dingen aus.*“ Außerdem rechtfertigt seine Erfahrung als „*seit 23 Jahren*“ niedergelassener Arzt seine Behandlungsweise. Er habe „*schon so einige Tricks drauf*“. Eine ausführlichere und konkrete Beschreibung seiner Behandlungsweise gibt er aber nicht.

Wir nehmen an, er möchte sich rechtfertigen, da er vermutet, seine Auffassung könnte ‚anecken‘. Er berichtet, dass er, wenn Antibiotika notwendig werden, preiswerte Präparate einsetzt: „*für ein paar Pfennige ein bisschen Doxycyclin*“. Wir finden interessant, dass er damit implizit auf das Problem des ‚Zuvielverschreibens‘ und der damit verbundenen unnötigen Kosten eingeht, obwohl er dieses Thema nicht direkt anspricht.

Den Studienmaterialien steht er ablehnend gegenüber, weil sie seiner Erfahrung nach nicht genutzt werden. Sie würden „*in der Schublade herumliegen oder im Papierkorb landen*“.

Als der Interviewer ihm für das Gespräch dankt und Studienergebnisse in Aussicht stellt, spricht der Arzt für uns spannender- und unerwarteterweise den „*Durchfall als Symptom der Pneumonie*“ an.

In den schriftlichen Informationen, die der Peer bei seinem Besuch bei dem Hausarzt dabei hatte, wurde unter anderen dieses Studienergebnis dargestellt. Er erklärt, dass sei für ihn neu und überraschend gewesen und er habe daraufhin die Frage nach Durchfall in seine Anamnese aufgenommen.

Diese eher positiven und zustimmenden Äußerungen am Ende des Gesprächs stellen sich für uns konträr zu seinen abweisend wirkenden Aussagen am Anfang des Interviews dar. Eigentlich hatte ihn – wie anfänglich geäußert – das Thema nicht angesprochen, aber „*ein bisschen was profitiert*“ habe er schließlich auch. Ist das ein Zeichen für ein schlechtes Gewissen des Arztes? Will er zum Schluss noch etwas Positives sagen? Man könnte dies unter dem Aspekt ‚sozialer Erwünschtheit‘ sehen. Wir vermuten, dass er erkennt, dass seine Auffassung, dass Wissenschaft und Praxis nicht vereinbar seien, seine strikte Behandlungsstrategie, Patienten immer etwas zu verschreiben und die Ablehnung der Studienmaterialien, nicht im Sinne des Interviewers sind. Aus diesem Grund äußert er dem Interviewer gegenüber einen Gesichtspunkt, von dem er annimmt, dass er positiv aufgenommen wird.

Die abweisende Art in Bezug auf die Intervention als auch die Betonung des Aspektes, dass Patienten zufrieden gestellt werden müssen, dürften beide hinderlich zur Umsetzung von Handlungs-verändernden Interventionen sein. Förderlich dürfte hier sein, dass man noch etwas „Neues“ erfahren, etwas lernen kann.

### **3.4. Schlussfolgerungen: Hindernde und fördernde Faktoren für den Erfolg der Intervention**

#### **3.4.1. Einfluss-Faktoren aus der kategorialen Inhaltsanalyse**

Die Ergebnisse der kategorialen Inhaltsanalyse lassen sich in Bezug auf fördernde und hindernde Faktoren für den Erfolg der Studie wie folgt zusammenfassen. Dabei sollte berücksichtigt werden, dass die dargestellten Faktoren von der Autorin aus den Interview-Aussagen der Ärzte zum Teil geschlussfolgert sind – und oft nicht explizit von den Ärzten so formuliert wurden. Dies ist ein Problem aber auch eine Stärke von qualitativer Auswertung, in der eben zu weiten Teilen aus dem Kontext heraus, aus den verwendeten Formulierungen oder benutzten Bildern und Beispielen, das Denken und Fühlen des Sprechenden erkannt werden soll, was ja so stark Handlungs-leitend ist.

## **Fördernde Faktoren für den Erfolg der Intervention<sup>xx</sup>**

- 1) Als Erfolgs-fördernd kommt die bei den Teilnehmern gesehene Relevanz des Themas bei der eigenen hausärztlichen Arbeit immer wieder in den Texten zum Ausdruck. Die bestehende Problematik der Entscheidung für oder gegen ein Antibiotikum führt offenbar zu einem Interesse an der Intervention, weil dies offensichtlich ein hausärztliches Thema ist.
- 2) Die Wichtigkeit des Themas für die Allgemeinheit, z.B. hinsichtlich der Verhinderung von Antibiotika-Resistenzen oder der erwünschten Kostensenkung im Gesundheitswesen, erscheint ein verwandter weiterer wichtiger fördernder Faktor zu sein. Damit – so kann man vermuten – werden die Sinnhaftigkeit und der Wert eigener Arbeit in der gleichen Richtung wie in der Intervention gesehen.
- 3) Gute Verständlichkeit und Nachvollziehbarkeit der Interventionsbotschaft für Ärzte und Patienten scheinen zum Interventionserfolg beizutragen. Denn einige Ärzte äußerten, dass durch die Hintergrundinformationen für sie selbst und die Patienten das Gespräch in der Konsultation wegen Hustens oft vereinfacht wurde – sozusagen der Weg im Sinne der Behandlung ohne Antibiotika durch verständliche Interventionsmaterialien schon gebahnt war.
- 4) Einige Ärzte äußern in den Interviews, dass sie meinen, den Patienten wurde über die Intervention das Gefühl vermittelt, verstanden und ernst genommen zu werden. Dies würde die Kommunikation an sich und damit auch das Herüberbringen der Botschaft erleichtern. Dies wäre ein fördernder Faktor auf Patienten- und auf Arzt-Ebene.
- 5) Den Ärzten scheint dabei besonders die Aussicht auf eine Verbesserung des Umgangs mit Patienten und eine Erleichterung der Patientenversorgung wichtig zu sein.
- 6) Bei einigen Hausärzten wurde die Unterstützung und Bestätigung ihres eigenen Vorgehens durch die Universität (als Institution) als wichtig und – so kann man interpretieren – als Anerkennung ihrer Arbeit und als Auszeichnung in den Augen der Patienten angesehen.
- 7) Als weiterer Erfolgs-fördernder Faktor erschien eine gute Kontext-Anpassung der Interventions-Materialien (Broschüren, Poster etc.), insbesondere an die Sprache der Patienten.

---

<sup>xx</sup>

Die Nummerierung stellt keine Hierarchie dar, sondern wird in der späteren Zusammenfassung zur Zuordnung in Faktorenbereiche genutzt

8) Einige Ärzte schilderten, dass sie durch die Intervention auch noch etwas gelernt hätten (die Bedeutung des Durchfalls beim Husten / Durchfall als Parameter in der Diagnostik einer Pneumonie), also einen Wissenszuwachs über die Intervention erlebt hätten.

9) Explizit wurde die Einbeziehung von Patienten in die Intervention und deren Motivation, die Thematik in der Konsultation mit dem Arzt anzusprechen (Patienten-Empowerment), als begünstigend für das Gelingen der Intervention angesehen.

10) Betont wurde von einigen Ärzten, dass wichtig sei, dass die Allgemeinmedizin auch Forschung betreibe, aus der deutlich werde, was in diesem Fach (wichtiges) getan werde. Hier erscheint als fördernder Faktor also das berufspolitische Engagement, was an einer solchen Studie mitmachen lässt.

Wenn man die förderlichen Faktoren wiederum gruppierend zusammenfasst, so gibt es solche, die sich auf die *berufspolitische Position* von Ärzten beziehen (Faktor 2, 6, 10)<sup>xxi</sup>, und solche, die sich auf die *Bestärkung der eigenen Sicht* und des eigenen praktizierten Handelns der beteiligten Hausärzte beziehen (1, 2, 6, 8).

Hinzu kommen Faktoren, die mit einer *Arbeitserleichterung* in der Praxis verbunden sind (1, 3, 4, 5, 8). Und es werden solche Faktoren genannt, die sich auf die *Kontextnähe der Intervention* beziehen (1, 3, 7).

Schließlich wird von einigen Ärzten die *Einbeziehung des Patienten* bei der Intervention als förderlicher Faktor verstanden (3, 4, 7, 9).

### **Hindernde Faktoren für den Erfolg der Intervention**

1) Manche Ärzte haben Angst vor Patientenverlust durch Umsetzung der Intervention. Sie meinen, dass Patienten, die ohne ein Rezept ihre Praxis verlassen, zu anderen Fachärzten gehen könnten, die ihnen dann auf jeden Fall etwas verschreiben würden.

2) Gegensätzliche Meinungen und Vorgehensweisen bzw. widersprüchliche Patienten-Informationen von Kollegen oder anderen Fachärzten (wie Pulmonologen oder HNO-Ärzten) im Vergleich zum Interventionsinhalt könnten eine Verhaltensänderung beim Patienten behindern.

---

<sup>xxi</sup> in Klammern stehen die Nummern der diesem Bereich zugeordneten o.g. Faktoren; manche Faktoren können in mehreren Bereichen eingeordnet werden

3) Langjährige Routinen mit konsequentem Beibehalten bisheriger Vorgehensweise zeigten sich bei einigen Interviewten als hinderlich für die Umsetzung der Intervention. Denn mehrere Ärzte erklären, mit ihrer bisherigen Strategie „gut gefahren“ zu sein und nichts ändern zu wollen.

4) Außerdem befürchten Ärzte einen Mehraufwand durch die Intervention: Diese beinhalte mehr Kommunikations- bzw. Erklärungsbedarf für die Patienten.

5) Zeit- und Personalmangel können die Umsetzung der Intervention, behindern. Es kommt – so lassen sich manche Aussagen verstehen – zur Kosten-Nutzen-Abwägung, die bei einigen Ärzten dazu führen können, sich gegen die Intervention (und deren Inhalte) zu entscheiden.

6) Als ein entscheidender hinderlicher Faktor wurde ein patientenseitiger Verordnungsdruck angesehen: Erwartungen der Patienten, die gegensätzlich zur Intervention ausgerichtet sind, behindern eine Verhaltensänderung der Ärzte.

7) Die persönlichen Einstellungen und Erfahrungen von Ärzten oder Patienten können ebenfalls hinderlich sein: Wurde – so in einigen Aussagen – bisher fast generell immer etwas bei Husten verschrieben, so sehen Patienten die Antibiotika als notwendig an, der Inhalt der Intervention gerät dazu in Widerspruch.

Auch primär „mitgebrachte“ Vorstellungen der Patienten seien hinderlich: So z. B. glaubten türkische Patienten – nach Sicht einiger Ärzte – fast immer an die „Macht“ der Antibiotika. Hier zeigen sich also zudem Vorannahmen gegenüber Patienten als hinderlicher Faktor.

8) Nach Sicht einiger Ärzte war auch eine unzureichende Kontextanpassung in Bezug auf einige Aspekte hinderlich. Dies wurde vor allem gesehen in:

- Sprachbarrieren: In einigen Praxen gibt es „80% türkische Patienten“, die die Interventions-Unterlagen (Broschüren, Poster) auf Deutsch nicht verstehen. Diese Materialien müssten in übersetzter Version angeboten werden. Hinzu kommen Verständigungsprobleme zwischen Arzt und Patient.
- Praxisgegebenheiten: In einigen Praxen war kein Platz zum Aufhängen des Posters oder Auslegen der Patientenbroschüre. Auch mehrere Behandlungsräume führten dazu, dass die Informationen nicht alle Patienten erreichten.

Fast man die „Hindernden Faktoren“ nochmals gruppierend zusammen, so findet man die folgenden Komplexe: Es finden sich solche, die sich auf die *externen (Rahmen-)*

*Bedingungen* beziehen (Faktor 2, 5, 8). Außerdem hängen manche Faktoren mit *praxisinternen und organisatorischen* Aspekten zusammen (1, 4, 5, 8). Auch zeigen sich verschiedene *persönliche/individuelle Faktoren bei Arzt* (1, 2, 3, 7) *oder Patient* (6, 7, 8). Und schließlich kommt die *unzureichende Kontextanpassung* (4, 8) als hinderlicher Aspekt hinzu.

### **3.4.2. Einfluss-Faktoren aus den Fallinterpretationen**

Der zweite Zugang zu dem, was beteiligte Ärzte an hindernden und fördernden Faktoren ansahen, bestand ja in der detaillierten/ tiefer gehenden Analyse einzelner Hausarzt-Interviews – als Fallinterpretationen bezeichnet. Hier fanden sich identische, aber auch andere Faktoren, wobei die schon bekannten nur genannt, nicht aber nochmals erläutert werden:

#### **Fördernde Faktoren für den Erfolg der Intervention**

- Relevanz des Themas bei der eigenen hausärztlichen Arbeit (1)<sup>xxii</sup>.
- Wichtigkeit für die Allgemeinheit (2).
- Unterstützung bei der Patientenversorgung (5).
- Unterstützung und Bestärkung der eigenen Position, der eigenen Handlungsorientierung (6).
- Neues Wissen für Arzt (8) und für Patient – Hier wird also auch die Information des Patienten als wichtiges förderliches Moment zur Teilnahme von Arzt und von Patienten angesehen.
- Darin zeigt sich also zudem der (schon o.g.) Faktor Einbeziehung von Patienten in die Intervention (9).

---

<sup>xxii</sup> Die Zahlen stellen einen Bezug zur Nummerierung der Faktoren aus der kategorialen Analyse (3.4.1.) dar: identische Zahlen bedeuten gleichen Faktor (-enbereich)

## Hindernde Faktoren für den Erfolg der Intervention

- Angst vor dem Verlust von Patienten (1).
- Langjährige hausärztliche Erfahrung und Routinen, an denen festgehalten wird (3).
- Zeit- und Personalmangel (5).
- Erlebter patientenseitiger Verordnungsdruck (6).
- Zur Intervention gegensätzlich stehende Erwartungen und Meinungen von Kollegen und Spezialisten (2).
- Persönliche Charakteristika der Ärzte: Jene, die von sich und ihrem Vorgehen überzeugt sind (was in den Falldarstellungen besonders deutlich wird), scheinen keine Veränderung zuzulassen bzw. denken gar nicht daran, dass bei ihnen etwas nicht ‚stimmen‘ könnte (3, 7).
- Von manchen Ärzten wird vorausgesetzt, dass Patienten ein Rezept wollen. Diese Vorannahme gegenüber Patienten behindert zusätzlich den Erfolg der Intervention (7).
- Eine gewisse Resignation über die Rolle des Hausarztes in der Gesellschaft zeigt sich bei einer Ärztin: Sie äußert, dass sie aufgegeben hat, etwas ändern zu wollen, weil sie sich in ihren Möglichkeiten als Kassenärztin sehr eingeschränkt fühlt.
- Schlechte Erfahrungen mit anderen Studien bzw. Vorurteile gegenüber Studien können ebenfalls eine erfolgreiche Umsetzung der Intervention erschweren. Ein Arzt schildert beispielsweise, dass er schon einmal an Studien teilgenommen hat, die für ihn zu kompliziert gewesen sind – vor allem hinsichtlich des Studien-Designs, und er daher immer skeptisch gegenüber neuen Studien sei.

Zu den Ergebnissen der kategorialen Analyse (vgl. 3.4.1.) kommt hier bei den fördernden Faktoren somit der *Wissensgewinn auch beim Patienten* hinzu. Zu den hindernden Faktoren kommen die *persönlichen Erfahrungen, die man mit der Praxisführung und mit Studien gemacht hat*, hinzu.

### 3.4.3. Gruppierende Zusammenfassung der Einflussfaktoren aus der vorliegenden Untersuchung

Fasst man die Einflussfaktoren aus beiden Analysen zusammen, so stellen sich folgende **fördernde Faktorenbereiche** dar:

- Stärkung der persönlichen Haltung
- Wertschätzung der hausärztlichen Arbeit
- Relevanz des Inhaltes
  - für den hausärztlichen Alltag
  - für die Gesellschaft
- Bestätigung des eigenen Handelns
- Erleichterung der Patienten-Versorgung
- Wissenszuwachs für Ärzte und Patienten

In Bezug auf **die hindernden Faktoren** kann man die Ergebnisse wie folgt zusammenfassen:

- Rand- bzw. Rahmenbedingungen
  - sprachliche Verständlichkeit
  - Zeit und Kosten
  - Raumprobleme
- Konkurrenz zu autorisierter anderer Meinung von Kollegen und Spezialisten
- Erwartungshaltung von Patienten
- persönliche Einstellungen
  - arztseitig
  - patientenseitig – nach Ansicht des Arztes
- Angst vor dem Verlust von Patienten
- Routine durch langjährige Erfahrung

### 3.5. Diskussion der eigenen Ergebnisse auf dem Hintergrund der Studienergebnisse anderer

#### *Übereinstimmendes*

Sowohl in den dargestellten Studien, die quantifizierende und qualitative Methoden benutzt haben, als auch in der hier vorgelegten qualitativen Untersuchung mittels zweier, triangulierender qualitativer Ansätze zeigt sich in Bezug auf die Fördernden und Hindernden Faktoren das folgende Bild:

Als **förderlich** kann angesehen werden,

- wenn die Relevanz des Inhaltes einer Intervention für den hausärztlichen Alltag und für die Gesellschaft sowie für die Teilnehmer – Ärzte und Patienten – erkennbar wird.
- wenn die Umsetzung einer Intervention Aussicht auf eine Erleichterung der Patienten-Versorgung bietet.
- wenn ein durch die Intervention entstehender Wissenszuwachs für die Ärzte vorhanden ist.

Als **hinderlich** stellen sich dar:

- allgemeine Rand- bzw. Rahmenbedingungen, wie sprachliche Verständlichkeit, Sprachbarrieren, Zeit und Kosten oder Raumprobleme.
- die persönlichen Einstellungen von Ärzten und von Patienten - nach Ansicht des Arztes.
- der von den Ärzten empfundene Druck durch andere Personen/Institutionen mittels einerseits Erwartungsdruck von Patienten im Hinblick auf eine Verordnung, als auch der Druck von anderen Ärzten oder Organisationen sowie der Gesellschaft nach bestimmten Handlungsmustern.

#### *Nur in der Literatur gefundene Faktoren*

Als **förderlich** erwiesen haben sich Interventionen,

- die eine Übereinstimmung mit der Sicht der Autoritäten von Ärzten aufzeigen.
- die das Gefühl, ernst genommen zu werden, vermitteln.
- die kollegiale Unterstützung, sei es durch Praxiskollegen oder Fachärzte, mit beinhalten.

### *Nur in der vorliegenden Studie gefundene Faktoren*

Hiernach als **förderlich** anzusehen sind

- die Stärkung der persönlichen, schon vorhandenen Haltung des Arztes zu einem Thema.
- ein dem Fach gegenüber positives berufspolitisches Interesse sowie die in der Intervention implizit deutlich werdende Wertschätzung der hausärztlichen Arbeit und der Stärkung des Faches.
- der Wissenszuwachs für Patienten, der zu einer verbesserten Arzt-Patienten-Kommunikation sowie zu einer Erleichterung der Versorgung führt.

Eine Erklärung für die Unterschiede bei den gefundenen Faktoren – zwischen der eigenen Studie und den Literaturbefunden – könnten zum einen die unterschiedlichen verwendeten Methoden darstellen. Die vorliegende Arbeit nutzte einen rein qualitativen Ansatz, der in der Regel zu tieferen Motivationen und Einstellungen führt. Die analysierte Literatur hingegen nutzt meist nur quantitative Methoden; sie ist damit repräsentativer aber „oberflächlicher“ in den Ergebnissen.

Auch kulturelle bzw. System-bedingte Unterschiede müssen berücksichtigt werden. Die vorliegende Arbeit ist mit deutschen Ärzten durchgeführt worden, wohingegen die dargestellten Studien aus der Literatur mehrheitlich nicht aus Deutschland stammten.

Als **Fazit** der Ergebnisse kann man formulieren:

Will man bei Interventionen die Chance auf Erfolg erhöhen, dann sollte

- man die Relevanz des Themas und des Inhaltes der Intervention klar herausstellen und für Ärzte und Patienten verständlich machen.
- man zeigen, dass die Studie, die eigene Praxis der Teilnehmer stärkt bzw. das eigene Fach stärkt.
- die Intervention und deren Umsetzung eine Arbeitserleichterung bieten bzw. einen Problemdruck mindern.
- die Umsetzung der Intervention nicht zu aufwendig sein.
- die Intervention auch später weiter so genutzt werden können.
- die Studie eine Reflexionsmöglichkeit zum eigenen Tun schafft.
- die Intervention und deren Umsetzung die Arzt-Patienten-Kommunikation erleichtern und verbessern.

## 4. Stärken und Schwächen der Arbeit

Stärke der vorliegenden Untersuchung ist der in Deutschland seltene Ansatz eines Versuches, Licht in die *black box* einer komplexen Intervention – dann noch einer erfolgreichen – zu bringen, indem die Einflussfaktoren für den Erfolg einer Intervention Studien-nah beleuchtet werden.

Weiterhin ist positiv aufzuführen, dass eine Methoden-Triangulation (hier mittels Kategorialer Inhaltanalyse und Fallskizzen) – wie in der qualitativen Forschung immer gefordert, nicht aber immer getan – stattgefunden hat, die zu einer höheren Verlässlichkeit bei den Ergebnissen beiträgt.

Eine Schwäche der vorliegenden Arbeit ist der Aspekt, dass nur die teilnehmenden Ärzte befragt worden sind, nicht aber die Verweigerer der Studie überhaupt angesprochen wurden. Zudem wäre erweiternd gewesen, wenn man auch die Patientensicht, z.B. mittels Patienten-Interviews, aufgenommen hätte – schließlich tragen diese am „Erfolg“ einer Intervention wesentlich bei.

---

## 5. Literaturverzeichnis

- <sup>1</sup> Cranney M, Barton S, Walley T Addressing barriers to change: an RCT of practice-based education to improve the management of hypertension in the elderly Br J Gen Pract 1999, 49: 522-526
- <sup>2</sup> Cranney M, Warren E, Barton S, Gardner K, Walley T Why do GPs not implement evidence-based guidelines? A descriptive study. Fam Pract 2001, 18: 359-363
- <sup>3</sup> Homepage der AWMF (Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften): [www.awmf.org](http://www.awmf.org)
- <sup>4</sup> Grimshaw JM, Russel IT Achieving health gain through clinical guidelines. II: Ensuring guidelines change medical practice. Qual Health Care 1994, 3: 45-52
- <sup>5</sup> Haines A, Jones R Implementing findings of research. BMJ 1994, 308 :1488-92
- <sup>6</sup> Francke AL, Smit MC, de Veer AJ, Mistiaen P Factors influencing the implementation of clinical guidelines for health care professionals: a systematic meta-review. BMC Med Inform Decis Mak 2008, 8: 38
- <sup>7</sup> Grol R, Grimshaw JM From best evidence to best practice: effective implementation of change in patients'care. Lancet 2003; 362: 1225–30
- <sup>8</sup> Ashford J, Eccles M, Bond S, Hall JA, Bond J Improving health care through professional behaviour change. Br J Clin Gov 1999, 4: 14-23
- <sup>9</sup> Bosch M, van der Weijden T, Wensing M, Grol R Tailoring quality improvement interventions to identified barriers: a multiple case analysis. J Eval Clin Pract 2007, 13: 161–168
- <sup>10</sup> Smith WR Evidence for the effectiveness of techniques to change physician behaviour. Chest 2000, 118 (Suppl 2): 8S-17S
- <sup>11</sup> Foy R, Eccles M, Grimshaw JM Why does primary care need more implementation research? Fam Pract 2001, 18: 353-55
- <sup>12</sup> Altiner A, Brockmann S, Sielk M, Wilm S, Wegscheider K, Abholz HH Reducing antibiotic prescriptions for acute cough by motivating GPs to change their attitudes to communication and empowering patients: a cluster-randomized intervention study. Journal of Antimicrobial Chemotherapy 2007 ; 60: 638-44
- <sup>13</sup> Gonzales R, Steiner JF, Lum A, Barrett PH Decreasing antibiotic use in ambulatory care. JAMA 1999, 281: 1512-19
- <sup>14</sup> Macfarlane J, Holmes W, Gard P, Thornhill D, Macfarlane R, Hubbard R Reducing antibiotic use for acute bronchitis in primary care: blinded, randomised controlled trial of patient information leaflet. BMJ 2002, 324: 1–6
- <sup>15</sup> Butler CC, Rollnick S, Kinnersley P, Jones A, Stott N Reducing antibiotics for respiratory tract symptoms in primary care: consolidating 'why' and considering 'how'. Br J Gen Pract 1998, 48: 1865–70
- <sup>16</sup> Altiner A, Abholz HH Akute Bronchitis und Antibiotika: Hintergründe für eine rationale Therapie. Z Allg Med 2001, 77: 358-362
- <sup>17</sup> Butler CC, Rollnick S, Pill R, Maggs-Rapport F, Stott N Understanding the culture of prescribing: qualitative study of GPs' and patients' perceptions of antibiotics for sore throats. BMJ 1998, 317: 637–42.

- 
- <sup>18</sup> van Duijn HJ, Kuyvenhoven MM, Schellevis FG, Verheij TJ Views on respiratory tract symptoms and antibiotics of Dutch general practitioners, practice staff and patients. *Patient Educ Couns*. 2006 Jun, 61:342-7
- <sup>19</sup> Smucny J, Fahey T, Becker L, Glazier R. Antibiotics for acute bronchitis. The Cochrane Database of Systematic Reviews 2004, Issue 4. Art. No. CD000245. DOI:10.1002/14651858.CD000245.pub2.
- <sup>20</sup> Little P, Dorward M, Warner G, Stephens K, Senior J, Moore M Importance of patient pressure and perceived pressure and perceived medical need for investigations, referral, and prescribing in primary care: nested observational study. *BMJ* 2004, 328: 444–7
- <sup>21</sup> Fischer T, Fischer S, Kochen MM, Hummers-Pradier E Influence of patient symptoms and physical findings on GPs' treatment of respiratory tract infections: a direct observation study. *BMC Fam Pract* 2005; 6: 6.
- <sup>22</sup> Coenen S, Michiels B, van Royen P, Van der Auwera JC, Denekens J Antibiotics for coughing in general practice: a questionnaire study to quantify and condense the reasons for prescribing. *BMC Fam Pract* 2002, 3: 16
- <sup>23</sup> Altiner A, Knauf A, Moebes J, Sielk M, Wilm S Acute cough: a qualitative analysis of how GPs manage the consultation when patients explicitly or implicitly expect antibiotic prescriptions *Fam Pract* 2004, 21: 500-506
- <sup>24</sup> Altiner A, Haag H, Schraven C et al. Akuter Husten: was erwarten die Patienten? [Acute cough: What do patients expect?]. *Z Allg Med* 2002, 78: 19–22
- <sup>25</sup> Altiner A, Wilm S, Haag H, Schraven C, Sensen A, Abholz HH Verordnungen bei akutem Husten: 501 Medikamnete bei 356 Patienten *Z Allg Med* 2002; 78 :287-290
- <sup>26</sup> de With K, Schröder H, Meyer E, Nink K, Hoffmann S, Steib-Bauert Antibiotikaaanwendung in Deutschland im europäischen Vergleich. *Dtsch Med Wochenschr* 2004;129:1987-92
- <sup>27</sup> Goossens H, Ferech M, Van der Stichele R, Elseviers M; ESAC-Project Group. Outpatient antibiotics use in Europe an association with resistance: a cross-national database study. *Lancet* 2005;365:579-87
- <sup>28</sup> Altiner A Husten Schnupfen Heiserkeit . In: Kochen MM, Duale Reihe Allgemeinmedizin und Familienmedizin. Stuttgart: Thieme-Verlag ; 2006 ; 2 : 381 – 389
- <sup>29</sup> Brockmann S , Sielk M , Fiegen J Wilm S, Altiner A Unnötige Antibiotikaverordnungen von Hausärzten bei akutem Husten – Konzept und Drehbuch einer erfolgreichen Überzeugungsarbeit (Peer Intervention) *Z Allg Med* 2008 ; 84: 51 – 57
- <sup>30</sup> Petty RE , Cacioppo JT The elaboration likelihood model of persuasion .In: L. Berkowitz (Ed). *Advances in Experimental Social Psychology* 1986,19. New York: Academic Press, S. 123 – 205
- <sup>31</sup> Chenot JF, Scherer M, Becker A, Donner-Banzhoff N, Baum E, Leonhardt C Acceptance and perceived barriers of implementing a guideline for managing low back pain in general practice. *Implementation Science* 2008, 3:7
- <sup>32</sup> Becker A, Leonhardt C, Kochen MM et al. Effects of Two Guideline Implementation Strategies on Patient Outcome in Primary Care *Spine* 2008, 33 (5): 473-480
- <sup>33</sup> Schers H, Braspenning J, Drijver R, Wensing M, Grol R Low back pain in general practice: reported management and reasons for not adhering to the guidelines in the Netherlands. *Br J Gen Pract* 2000, 50: 640-644

- 
- <sup>34</sup> Schers H, Wensing M, Huijsmans Z, van Tulder M, Grol R Implementation barriers for general practice guidelines on low back pain - a qualitative study. *Spine* 2001, 26: 348-53
- <sup>35</sup> Espeland A, Baerheim A Factors affecting general practitioners' decisions about plain radiography for back pain: implications for classification of guideline barriers – a qualitative study. *BMC Health Serv Res* 2003, 3: 8
- <sup>36</sup> Kedward J, Dakin L A qualitative study of barriers to the use of statins and the implementation of coronary heart disease prevention in primary care. *Br J Gen Pract* 2003, 53: 684-689
- <sup>37</sup> Cabana MD, Ebel BE, Cooper-Patrick L, Powe NR, Rubin HR, Rand CS Barriers pediatricians face when using asthma practice guidelines. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2000, 154: 685-693
- <sup>38</sup> National Heart, Blood, and Lung Institute, Expert Panel Report 2: Guidelines for the Management of Asthma. National Publications of Health, 1997. Publication 97-4051
- <sup>39</sup> Cabana MD, Rand CS, Becher OJ, Rubin HR Reasons for pediatrician nonadherence to asthma guidelines. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2001, 155: 1057-62
- <sup>40</sup> Charles C, Gafni A, Whelan T Self-reported use of shared decision-making among breast cancer specialists and perceived barriers and facilitators to implementing this approach. *Health Expect* 2004, 7: 338-48
- <sup>41</sup> Suurmond J, Seeleman C Shared decision-making in an intercultural context: Barriers in the interaction between physicians and immigrant patients. *Patient Education and Counseling* 2006, 60:253-259
- <sup>42</sup> Larne AC, Pugh JA Attitudes of primary care providers toward diabetes: barriers to guideline implementation. *Diabetes Care* 1998, 21:1391-1396
- <sup>43</sup> Goderis Goderis G, Borgermans L, Mathieu C et al. Barriers and facilitators to evidence based care of type 2 diabetes patients: experiences of general practitioners participating to a quality improvement program *Implementation Science* 2009, 4:41
- <sup>44</sup> Lugtenberg M, Zeger-van Schaick JM, Westert GP, Burgers JS Why don't physicians adhere to guideline recommendations in practice? An analysis of barriers among Dutch general practitioners *Implementation Science* 2009, 4:54
- <sup>45</sup> Cranney M, Barton S, Walley T The management of hypertension in the elderly by general practitioners in Merseyside: the rule of halves revisited. *Br J Gen Pract* 1998, 48:1146-1150
- <sup>46</sup> Kaboli PJ, Ishani A, Holman J, Vanderweg M, Carter BL, Christensen AJ Activating patients to promote evidence-based hypertension care: the Veteran Administration project to implement diuretics (VAPID). *J Gen Intern Med* 2008, 23 (Supp 2) : 242-243
- <sup>47</sup> Pilling SA, Williams MB, Horner Brackett R et al. Part I, Patient perspective: activating patients to engage their providers in the use of evidence-based medicine: a qualitative evaluation of the VA Project to Implement Diuretics (VAPID) *Implementation Science* 2010, 5:23
- <sup>48</sup> Buzza CD, Williams MB, Vander Weg MW et al. Part II, Provider perspectives: should patients be activated to request evidence-based medicine? a qualitative study of the VA project to implement diuretics (VAPID) *Implementation Science* 2010, 5:24
- <sup>49</sup> Kennedy T, Regehr G, Rosenfield J, Roberts SW, Lingard L Exploring the gap between knowledge and behavior: a qualitative study of clinician action following an educational intervention. *Acad Med* 2004, 79:386-93

- 
- <sup>50</sup> Scott SD, Plotnikoff RC, Karunamuni N, Bize R, Rodgers W Factors influencing the adoption of an innovation: An examination of the uptake of the Canadian Heart Health Kit (HHK) Implementation Science 2008, 3: 41
- <sup>51</sup> Cabana MD, Rand CS, Powe NR et al. Why don't physicians follow clinical practice guidelines? A framework for improvement. JAMA 1999, 282:1458-65
- <sup>52</sup> Gravel K, Légaré F, Graham ID Barriers and facilitators to implementing shared decision-making in clinical practice: a systematic review of health professionals' perceptions Implementation Science 2006, 1:16
- <sup>53</sup> Légaré F, Ratté S, Gravel K, Graham ID Barriers and facilitators to implementing shared decision-making in clinical practice: update of a systematic review of health professionals' perceptions. Patient Educ Couns 2008, 73:526-535
- <sup>54</sup> Rogers EM Diffusion of innovations. Fifth edition. New York: The Free Press; 2003
- <sup>55</sup> Weller D, May F, Rowett D et al. Promoting better use of PSA test in general practice: a randomized controlled trial of educational strategies based on outreach visits and mailout. Family Practice 2003, 20 (6): 655-661
- <sup>56</sup> Emery J, Morris H, Goodchild R et al. The GRAIDS Trial: a cluster randomised controlled trial of computer decision support for the management of familial cancer risk in primary care. Br J Cancer 2007, 97: 486-493
- <sup>57</sup> Peters-Klimm F, Müller-Tasch T, Remppis A, Szecsenyi J, Schellberg D Improved guideline adherence to pharmacotherapy of chronic systolic heart failure in general practice: results from a cluster-randomized controlled trial of implementation of a clinical practice guideline J Eval Clin Pract 2008, 14: 823-829
- <sup>58</sup> Harris JM, Elliott TE, Davis BE, Chabal C, Fulginiti JV, Fine PG Educating Generalist Physicians about Chronic Pain: Live Experts and Online Education Can Provide Durable Benefit. Pain Medicine 2008, 9: 555-563
- <sup>59</sup> Flick U, von Kardorff E und Steinke I Qualitative Forschung. Ein Handbuch. 6. Auflage 2008, S. 14
- <sup>60</sup> Marx G, Wollny A Qualitative Sozialforschung - Ausgangspunkte und Ansätze für eine forschende Allgemeinmedizin. Teil 1: Theorie und Grundlagen der qualitativen Forschung. Z Allg Med 2009, 85(3): 89-136
- <sup>61</sup> Mayring P Eine Einführung in die Qualitative Sozialforschung 2002. S. 66-67, S. 91-94
- <sup>62</sup> Sielk M, Brockmann S, Wilm S. Qualitative Forschung – Hineindeuten in oder Abbilden von Wirklichkeit? Z Allg Med 2004; 80: 334–34
- <sup>63</sup> Glaser BG, Strauss AL Grounded Theory. Strategien qualitativer Forschung. Bern: Huber 1998 (Original 1967)
- <sup>64</sup> Witzel A Das problemzentrierte Interview. Forum Qualitative Sozialforschung 2000, 1(1), Art. 22, <http://nbn-resolving.de/urn:nbn:de:0114-fqs0001228>
- <sup>65</sup> Mayring P Qualitative Inhaltsanalyse. Forum Qualitative Sozialforschung 2000, 1(2), Art. 20 <http://nbn-resolving.de/urn:nbn:de:0114-fqs0002204>
- <sup>66</sup> Mayring P Qualitative Inhaltsanalyse in Flick U, von Kardorff E und Steinke I Qualitative Forschung. Ein Handbuch, 6. Auflage 2008, S.468-475
- <sup>67</sup> Schmidt C Analyse von Leitfadenterviews in Flick, von Kardorff und Steinke, Qualitative Forschung. Ein Handbuch, 6. Auflage 2008, S. 447-456

---

<sup>68</sup> Wollny A, Marx G Qualitative Sozialforschung - Ausgangspunkte und Ansätze für eine forschende Allgemeinmedizin. Teil 2: Qualitative Inhaltsanalyse vs. Grounded Theory. Z Allg Med 2009, 85: 467-476

## **6. Anhang**

### **Interviewleitfaden**

## Leitfaden für die Interviews mit Interventionsärzten im Rahmen der Studie "CHANGE"

S. Brockmann, 20.6.05

### Einstiegstext HelferIn:

Guten Tag, Dr. Altiner von der Universität Düsseldorf.

Können Sie mich mit Frau/Herrn Kollegin \_\_\_\_\_ verbinden?

Es geht um die Hausarzt-Husten-Studie.

### Wenn nein:

Haben Sie denn einen Vorschlag, zu welchem Zeitpunkt es günstiger ist? Ich rufe dann gerne noch einmal an.

### Einstiegstext Arzt/Ärztin:

Guten Tag, mein Name ist Dr. Altiner. Ich bin Allgemeinärztin in der Praxis und auch beschäftigt an der Universität Düsseldorf in der Abteilung für Allgemeinmedizin.

Ich habe die Hausarzt-Husten-Studie geleitet, an der Sie so engagiert teilgenommen haben.

Wir interessieren uns nun sehr für Ihre Erfahrungen, die Sie während der Hausarzt-Husten-Studie gemacht haben, und ich würde gerne mit Ihnen ein kurzes Gespräch darüber führen. Haben Sie jetzt ein paar Minuten dafür Zeit?

<b>wenn ja:</b> Damit bei diesem Gespräch nichts verloren geht von Ihren Anregungen und Ideen, möchten wir es gerne auf Band aufnehmen. Das erfolgt natürlich anonym. <u>Wäre das in für Sie in Ordnung?</u>	<b>wenn nein:</b> Haben Sie denn einen Vorschlag, zu welchem anderen Zeitpunkt wir das machen könnten? Wenn Sie sich jetzt noch nicht festlegen möchten, rufe ich Sie gerne auch später noch einmal an. Sagen Sie mir, wie Sie es machen möchten.
--	--

<b>1. Motivation für die Teilnahme an der Studie</b> <u>intrinsische</u> Motivation (Zentrale Route), z.B.: <ul style="list-style-type: none"><li>• Interesse an besserer Medizin,</li><li>• besserer Patientenversorgung,</li><li>• endlich mal Einfluss nehmen können</li></ul> <u>extrinsische</u> Motivation (Periphere Route), z.B.: <ul style="list-style-type: none"><li>• Wunsch nach weniger Reibungen/Ärger mit den Patienten,</li><li>• nicht überhört werden</li><li>• Honorierung</li></ul>	<b>"Aufwärmübung"</b> <b>„Erzählen Sie mir etwas über ihre Motive, an der Hausarzt-Husten-Studie teilzunehmen!“</b>  <u>Jokersätze für Nachfragen oder wenn es stockt:</u> <ul style="list-style-type: none"><li>• "Das würde mich genauer interessieren!"</li><li>• "Erzählen Sie (doch noch) etwas über...."</li><li>• "Mich interessieren <u>Ihre</u> Lösungen / Ideen / Erfahrungen</li><li>• "Sie sagten eben, dass .....; können Sie mir darüber noch mehr erzählen?"</li></ul>
<b>2. Besuche der Peers</b>	<b>"Kardinalinteresse"</b>

<p>Pharmaberater-like          Art der Ankündigung          Professionalität          Authentizität / Glaubwürdigkeit          Störendes          Rollenidentifizierung bzw. -distanzierung</p>	<p><b>"Es ist ja ein etwas ungewöhnliches Vorgehen, dass Kollegen Kollegen besuchen, um mit ihnen über ein (fachliches) Thema zu sprechen. "</b>          PAUSE.....</p> <p><b>„Ich würde gerne von Ihnen etwas mehr darüber erfahren.“</b></p> <p><b>"Der/die KollegIn wollte Ihnen ja auch ein wenig die wissenschaftliche Sichtweise nahebringen..... "</b></p> <p><u>Jokersätze für Nachfragen oder wenn es stockt:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• "Das würde mich genauer interessieren!"</li> <li>• "Erzählen Sie (doch noch) etwas über...."</li> <li>• "Mich interessieren <u>Ihre</u> Lösungen / Ideen / Erfahrungen</li> <li>• "Sie sagten eben, dass .....; können Sie mir darüber noch mehr erzählen?"</li> </ul>
---	---

<p><b>3. Erfahrungen mit der Thematik</b>          (Husten, Antibiotika, Patientenerwartungen)          Aufmerksamkeit / Sensibilität / Interesse          ggf. Lese-/Rechercheverhalten          Arzt-Patienten-Kommunikation          eigene Veränderung / Einsicht          eigenes Rollenbild</p>	<p><i>"Ausflug in die Wissenschaft"</i></p> <p><b>"Die wissenschaftlichen Ergebnisse sind nun das eine und die Patienten mit ihren Erwartungen das andere.... Da sitzt man als Hausarzt ja oft zwischen den Stühlen Mich interessieren <u>Ihre</u> Lösungen. (Erzählen Sie!)"</b></p>
<p><b>4. Erlebnisse mit Patienten</b></p> <p>gut oder schlechte,  <i>(je nachdem, was schon angesprochen wurde)</i></p>	<p><i>"Plaudern über Erlebnisse"</i></p> <p><b>"Hatten Sie auch schon mal angenehme / unangenehme Erlebnisse mit einzelnen Patienten, als es um Husten ging? (Erzählen Sie mehr darüber!)"</b>  <i>(je nachdem, was vorher geschildert wurde)</i></p>
<p><b>5. Behandlungskulturelle Überlegungen</b></p>	<p><i>"Doktors Dilemma verstehen - etwas träumen"</i></p>

<p>Rezept als Ritual, Alternative stattdessen</p>	<p>"Kollegen schildern immer wieder das Problem, dass sie nicht so genau wissen, wie sie den Patienten helfen können <u>ohne</u> Rezept. Dann entsteht eine Leere, die irgendwie gefüllt werden muss! .....</p> <p><b>Mich interessieren <u>Ihre</u> Ideen dazu!"</b></p>
<p><b>6. Eigenes Verhalten gegenüber den Patienten</b></p> <p>Wahrnehmung des Patientenverhaltens Vorher - Nachher - Vergleich eigene Veränderung Feedback durch Patienten Arzt-Patienten-Kommunikation (konkret-erfahrene) Patientenbild</p>	<p>"Rückkehr in den Alltag"</p> <p>" <b>Manchmal wird man ja von der Patientenreaktion geradezu überrascht/überrollt. Ist Ihnen das so schon einmal mit einem Patienten passiert? (Erzählen Sie!)"</b></p> <p><u>Nachfrage evt:</u> "Manchmal schätzt man die Patienten als zugänglicher oder auch ablehnender gegenüber neuen Vorschlägen ein, als sie es wirklich sind..."</p> <p><u>Nachfrage evt:</u> "Das würde mich genauer interessieren!"</p>

<p><b>7. Teilnahme an der Studie</b></p> <p>Ansprache Anleitung Aufwand Dokumentationsbogen Infomaterial: - Poster - Info lang - Arztbroschüre - Miniposter Honorierung Feedback Ernstgenommen werden</p>	<p><u>"Abkühlphase, Ausstieg"</u></p> <p><b>„Wir haben uns bemüht, die Studie an den hausärztlichen Alltag anzupassen und Ihnen auch entsprechendes Informations-Material zur Verfügung zu stellen. Ich würde gerne über Ihre Erfahrungen damit etwas hören.“</b></p> <p><u>Jokersätze für Nachfragen oder wenn es stockt:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• "Das würde mich genauer interessieren!"</li> <li>• "Erzählen Sie (doch noch) etwas über...."</li> <li>• "Mich interessieren <u>Ihre</u> Lösungen / Ideen / Erfahrungen</li> <li>• "Sie sagten eben, dass .....; können Sie mir darüber noch mehr erzählen?"</li> </ul>
---	--

---

**Abschlußtext**

"Ja, Herr Kollege/Frau Kollegin \_\_\_\_\_  
Dann erst einmal vielen Dank für das (gute) Gespräch und natürlich auch für Ihre engagierte Teilnahme an unserer Studie.  
Ich hoffe, wir können Ihnen schon bald Ergebnisse der Studie zusenden.

Auf Wiedersehen....

**Jokersätze für Nachfragen oder wenn es stockt:**

"Das würde mich genauer interessieren!"

"Erzählen Sie (doch noch) etwas über...."

"Mich interessieren Ihre Lösungen / Ideen / Erfahrungen

"Sie sagten eben, dass .....;  
können Sie mir darüber noch mehr erzählen?"

## Tabelle A: Protokolle und Arztdaten

(**Arzt**daten: w = Geschlecht weiblich oder m = männlich, Alter, Niederlassungsdauer und -Ort (die fehlenden Daten konnten nicht erhoben werden, Verweigerung d. Arztes); **Dauer**: Dauer des Telefonats;

**Peer**: w = Geschlecht weiblich oder m = männlich; \* Ärzte mit Fallanalyse

Code	Arzt	Dauer	Peer	Protokolle
8481	m, 48 J., niedergel. 2 J. BOT	5 Min.	m	Motive: Wie behandeln Kollegen?, „ Patienten wollen wer weiß was“, Antibiotika - Ja oder Nein! weniger Patienten kommen: erster Gang in Apotheke Gegenfrage an Interviewer: „Wie sehen sie das?“ Peerbesuch: nettes Gespräch gewesen: Notwendigkeit für Antibiotika nicht gegeben, selbst bei eitrigem Sputum; Material: keiner ist darauf eingegangen
6401	m, DU	6:46	w	Motive: Husten – wann Antibiotika nötig, ist immer Thema! Pflanzliche Medikamente sind sehr wirksam, aber völlig aus der Mode; dies empfindet er als „schlimm“ Peerbesuch: „offene Türen bei mir ingerannt“ Material: sehr nett, aber für „ [sein] Klientel nicht interessant“, gut für Vertretungs-Patien- ten; einmaliger Peerbesuch, um die Harmlosigkeit des akuten Hustens klarzumachen
6381 *	m DO	4:42	w	Peerbesuch: ganz nett, Peerbesuch wurde von Arzt zuerst im Gespräch angesprochen. er hat wenig Druck; wenn es nicht besser wird, bestellt er Patienten nochmals ein. Motive: Wunsch nach mehr Untersuchungen in Hausarztpraxen bzgl. des Umgangs mit Patienten; er macht viele Studien mit, auch Pharmastudien der Phase 3
8081	m, 42J., niedergel. 5J. MG	6:20	m	Motive: hohe Antibiotikarate ist ihm ein „Dorn im Auge“; fragt sich, ob er selbst was falsch macht, denn er hat geringere Rate als Kollegen; Bestätigung durch die Studie; an den Peerbesuch hat er nicht viele Erinnerungen; die Pat. - Erfahrungen hat er nicht genau erfahren; er versucht ihnen klarzumachen, warum er kein Rezept gibt.
6471	m, 40J., niedergel 5J., GE	4:37	m	Motivation war „eindeutig“ die Vergütung; zum Peerbesuch keine Erinnerungen; Studie war am Ende lästig, nicht noch mal. Zum Material weiß er nichts mehr. Es war „alles Pille-Palle“.
8471	w, 49J., niedergel. 19J. BOT	15:14	m	keine genauen Motive angegeben: „ warum nicht teilnehmen“. Meint, der Peer hatte nicht unrecht mit seiner Meinung. Man muss nicht immer so therapeutisch hinlangen. Wenn Pat. schon kommt und zehn Euro bezahlt, will er auch was haben: Erwartung. Ohne Rezept sucht sie immer irgendwas „Privates“ zum Mitgeben. Zum Material meint sie, es wäre schwierig, Leute zum Umdenken zu bringen.
8511 *	m, 54J., niedergel. 20J., Dorsten	7:07	w	Sagt, er hatt keine Motive an der Studie teilzunehmen, das Thema selbst hat ihn nicht angesprochen. Er gibt Leuten [Pat.] etwas, weil sie schon gekommen sind und zehn Euro bezahlt haben. Er ist COPD-Experte. Er hat einige „Tricks drauf“. Wissenschaft ist in der Praxis nicht angebracht. Deshalb sind Rezepte immer gut, z.B. billige Antibiotika. Studienmaterialien bringen nichts. Aber den Zusammenhang zw. Pneumonie und Durchfall fand er interessant, hat diesen Aspekt in seine Anamnese aufgenommen.

6391	w, DU	9:00	w	Motivation zur Studienteilnahme war, dass Husten ein Alltagsproblem ist. Außerdem war sie gezwungen über die Behandlung der Pat. nachzudenken. „Sonst hat man sein eigenes Schema“. Nach 1. Teil der Studie hat sie mehr über Husten-Pat. nachgedacht. Zum Peerbesuch erinnert sie den Flyer, dass ihr dieser beim Pat. Gespräch geholfen hat.
6331	m, Essen	8:00	m	Es wird ihm „zu langweilig immer nur in den Hals zu gucken“. Er hat selbst in Düsseldorf studiert. Außerdem hat die Studie sein „Gehirn erweitert“, ihn selbst motiviert. Man soll Pat. zu Hausmitteln motivieren. Den „Zettel“, meint er, sollen wir differenzierter machen.
8031	m, 56J., niedergel. 22J., KR	6:20	w	Fand die Broschüre interessant, die Infobroschüren sind gut angekommen. Pat. seiner Praxis sind gewohnt, kein Rezept zu bekommen. Sie sind naturheilkundlich orientiert. Seit dem GMG sind viele naturheilkundliche Medikamente nicht mehr auf Rezept zu verschreiben. Er macht eher abwartende Therapie, das bedeutet Ertragen können. Hat auch schon schlechtere Erfahrungen damit gemacht, z.B. bei schwereren Verläufen.
8041	m, 44J., niedergel. 4J., KR	7:00	w	Findet, dass Studie eine praxisnahe Zielsetzung hat. Seine Praxis macht Naturheilkunde. Den Peerbesuch empfand er anregend, aber war für ihn „nicht neu“. Ohne Rezept gibt es bei ihm keine Leere, denn Pat. kommen mit dem Wunsch nach Ratschlägen zu ihm. Er gibt ein Antibiotika-Rezept mit; falls es nicht besser wird, kann es eingelöst werden. Die Mini-Poster sind bei den Patienten gut angekommen; einige sind konkret darauf eingegangen.
6361	m, 47J., niedergel. 12J., DO	6:30	w	Seine Motivation, an der Studie teilzunehmen, war, dass er die eigene Wahrnehmung hinsichtlich der Verordnungswiese schärfen wollte. Er meint das Gespräch mit Pat. geht gut. Er nutzt das grüne Rezept. Er findet es nicht „schlimm“, dass manche Pat. unzufrieden sind, wenn sie nicht das bekommen, was sie wollen.
8521 *	m, DO	8:30	w	Findet es nicht gut, dass seine Chefs in internistischer Praxis soviel Antibiotika verschrieben haben. Erst abhören und wenn Pat. noch mal wiederkommt ein Rezept geben. In einer Naturheilpraxis hat er selbst erfahren, dass nur die wenigsten Pat. Antibiotika brauchen. Pneumonien sind durch Auskultation einfach zu erfassen. Er meint, es ist nicht „lege artis“ einfach ein Antibiotika-Rezept zu geben. Sein alter Chef(Internist) sagte, man soll lieber ein Rezept geben, bevor Pat. „abhauen“. Wenn Pat. was haben wollen verschreibt er Bronchicum. Er hat auch einen eigenen „Laufzettel“ zum Mitgeben geschrieben, wo Hausmittel draufstehen. Es gibt rege Diskussion mit Patienten. Vom Peerbesuch erinnert er die Beziehung zw. Durchfall und Pneumonie. Sehr höflicher Arzt, bedankt sich fürs Gespräch.
8051 *	m, 52J., niedergel. 10J., KR	6:30	w	Unsicherheit in der Behandlung akuten Hustens, eine Polypragmasie, war Motivation zur Studienteilnahme. Das Problem im „großen Rahmen zu Durchleuchten“. Der Peer hat seine Auffassung bestätigt. Er meint, die Erwartungshaltung von Pat. ist zurückhaltender geworden. Erst mal sind sie für etwas Pflanzliches.
8491	m, 47 J., niedergel. 10J., BOT	6:00	m	Erster Eindruck: Super!(ks) Zu Beginn spricht er völlig frei und regt alle Knackpunkte schon an: Grenzfälle. Er spürt auch Druck seitens der Pat., versucht mit ihnen zu reden. Er meint es reicht, wenn man sich ein bisschen Mühe gibt. Das Material hat er nicht so viel benutzt.

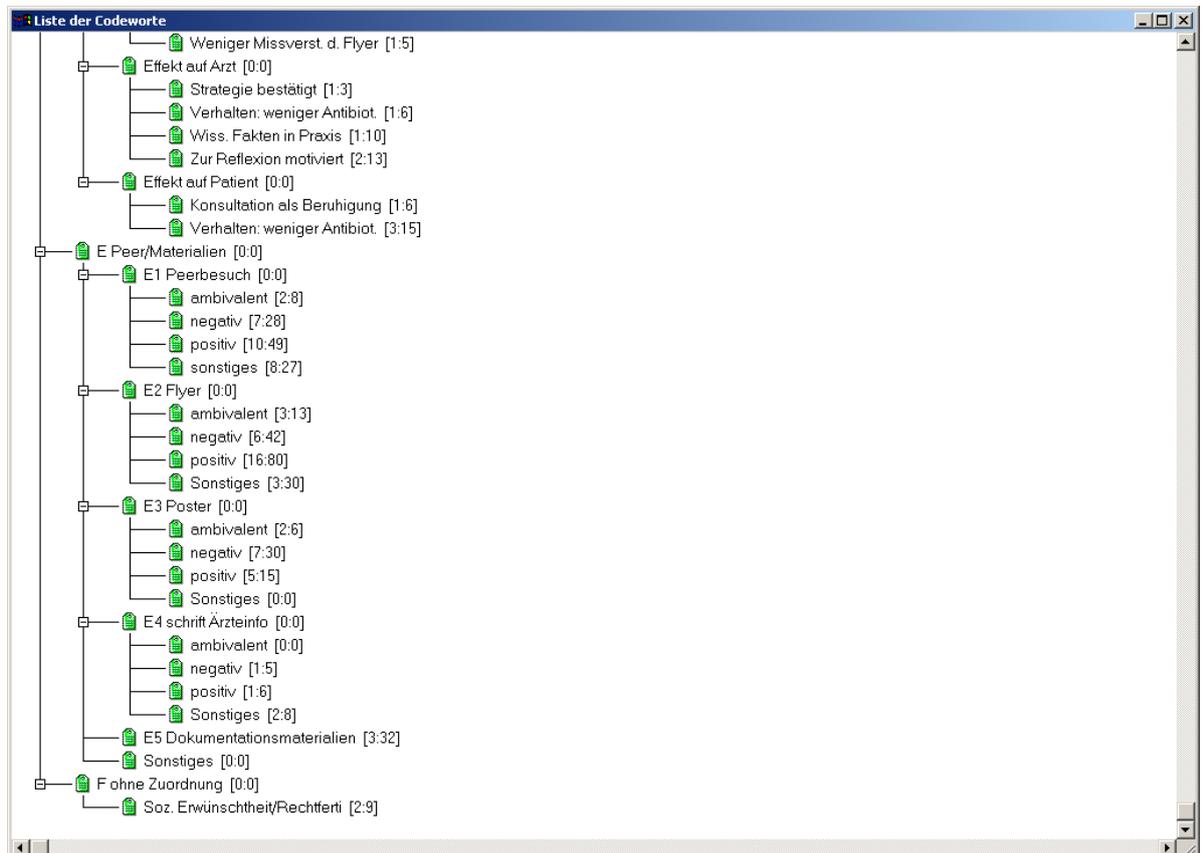
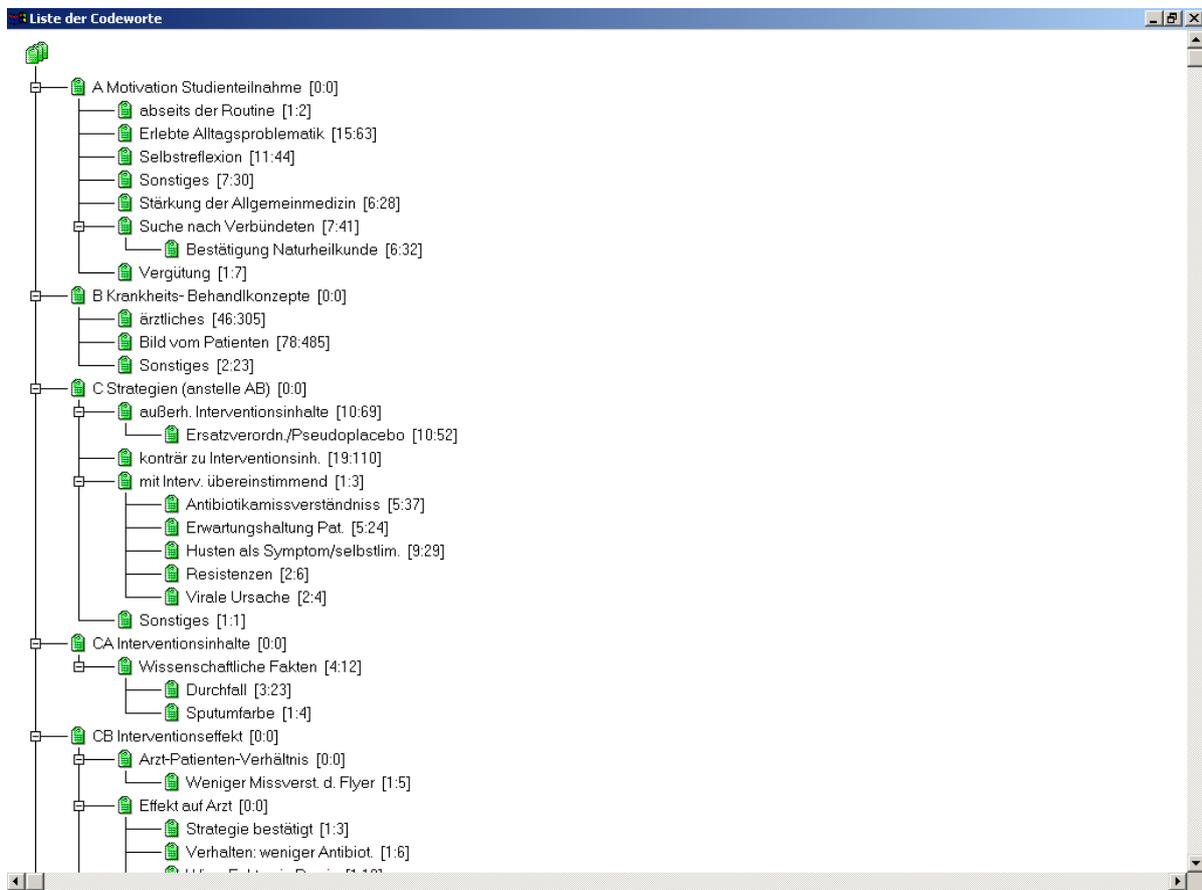
6301	m, 42J., niedergel. 6J. DU	5:40	w	Sehr ruhiges Gespräch. Musste zuerst seine „Festplatte im Kopf einschalten“. Studie war ganz seiner Auffassung entsprechend. „Wir müssen zusammenhalten“: Uni und Hausärzte. „Es geht nur miteinander nicht gegeneinander“. Fand die kleinen Flyer gut, übersetzt auf Türkisch wäre gut.
8501	m, 48J., niedergel. 12J., BOT	6:30	m	Motive: kennt Prof. Abholz noch aus Berlin, war selbst bei ihm Patient. Er hat auch universitär gearbeitet. Er möchte Wünsche der. Pat, berücksichtigen, denn dieser soll wiederkommen. Er gibt das grüne Rezept. Hat keine Reaktion auf Poster bekommen. Manchmal hat er den kleinen Flyer mitgegeben. Er meint, Antibiotika gelten in Bevölkerung nicht mehr als Allheilmittel.
6321 *	w, E	5:30	m	Hausarztmedizin soll gestärkt und wissenschaftlich begleitet werden. Sagt erst, sie verschreibt nie Antibiotika. Macht Naturheilkunde und sonst nichts. Dann aber relativiert sie diese Aussage: nach Antibiogramm und sonst nicht. Vielleicht mal bei Vertretungs-Pat.: wollen sie Antibiotika, dann kriegen sie die. Der Peer hat bei ihr „offene Türen eingerannt“. Meint, er hätte ihr nicht richtig zugehört, denn er hat darauf bestanden ein Plakat auf zu hängen, obwohl sie klargemacht hat: bei mir nicht.
6451	m, 52J. niedergel. 18J., GE	5:00	m	Lustig am Anfang: Hat aus Jux und Dollerei teilgenommen. Er verschreibt erst Ambroxol auf grünem Rezept und wenn es nicht besser wird dann Doxycyclin. Er tut dies auch wenn er weiß, dass es nicht nötig ist, denn sonst renne Pat. weg. Sie sind zum Teil auf Antibiotika fixiert. Er fragt nicht nach Antibiotikawunsch, meint aber, wenn Pat. dagegen sind, spricht er ihnen da zu.
6481	m, 49J., niedergel. 12J., GE	6:30	m	Aus Solidarität teilgenommen. Macht zurückhaltenden Eindruck. Er hat kein Problem, kein Antibiotikum zu verschreiben. Wenn der Husten länger als drei Wochen besteht, dann gibt er auch ein Rezept. Pat., die kommen, wollen auch was haben. Er gibt die Anregung, dass zwei Dokumentationsblöcke gut gewesen wären, denn er hat zwei Sprechzimmer. Den Flyer fand er gut.
8021	w, KR	13:00	w	Fühlt sich Studenten verbunden und findet die Allgemeinmedizin soll mehr Studien haben, um mehr Stellenwert zu bekommen. erinnert zwei Ärzte im Zusammenhang mit der Studie: wahrscheinlich den Studienhelfer (bezeichnet ihn mit „Kollege“) und den Peer. „Quintessenz des Peerbesuchs für sie: Pneumonie und Durchfall. Versucht auch CRP zu bestimmen, um sich zu rechtfertigen. Manchmal „streckt sie die Waffen und verschreibt Antibiotika. Die Pat. mit fester Erwartung sagen diese auch. Ihre Praxis gibt Privatrezepte. Möchte gern an weiteren Studien teilnehmen. Gespräch wurde abgebrochen, da zu langer „small talk“.
8071	m, MG	6:20	m	Anfangs sehr uninteressiert und abweisend. Fand den Peerbesuch angenehm. Meint, wenn Pat. zehn Euro bezahlen, wollen sie auch was haben. Das Plakat fand er sehr gut, denn er findet, man muss aktiv aufklären. Wird im Verlauf genervter, ist ganz aufgeregt bei der Frage nach unangenehmen Erfahrungen mit Pat. Fragt, ob das ernst gemeint ist: man muss sich auf Pat. einstellen.

---

8101	m, 54J., niedergel. 24J., MG	7:14	m	Er meint zu viele Antibiotika zu verordnen. Spricht das GMG an: Pat. bekommen wenigstens ein grünes Rezept oder die AU, sonst sind sie vielleicht enttäuscht. Die ärztliche Leistung ist das Abhören. Hatte am Morgen des Gesprächs das Wartezimmer aufgeräumt und die Pat.-Broschüre gefunden.
------	------------------------------------	------	---	---

## Liste der Codewörter auf der Bildoberfläche des Programms winMAX

In den eckigen Klammern [x : y] steht x für die Häufigkeit der Zuordnungen und y für die gesamte Anzahl der zugeordneten Zeilen.



---

## Lebenslauf

**Kristina Stock**

**geboren am 13.05.1981 in Neuss**

- Juni 2000 Abitur am Erzbischöflichen Gymnasium Marienberg in Neuss
- Oktober 2000 Beginn Studium Humanmedizin an der Heinrich-Heine-Universität  
Düsseldorf
- August 2002 Ärztliche Vorprüfung/Physikum
- August 2003 Erstes Staatsexamen Humanmedizin
- August 2005 Zweites Staatsexamen Humanmedizin
- Oktober 2005 bis September 2006 Praktisches Jahr am Centre Hospitalier Universitaire  
Nantes, Frankreich und am Katholischen Klinikum Duisburg
- November 2006 Drittes Staatsexamen Humanmedizin
- Dezember 2006 Approbation als Ärztin
- April 2007 bis März 2009 Assistenzärztin Innere Abteilung der St. Anna- Virngrund- Klinik in  
Ellwangen
- April 2009 bis Februar 2011 Assistenzärztin und wissenschaftliche Mitarbeiterin der Abteilung für  
Allgemeinmedizin des Uniklinikums Düsseldorf
- Seit Februar 2011 Assistenzärztin in Weiterbildung zur Allgemeinärztin,  
Hausarztpraxis in Elsdorf

---

