

AUS DER ABTEILUNG FÜR ALLGEMEINMEDIZIN
DER HEINRICH-HEINE-UNIVERSITÄT DÜSSELDORF
DIREKTOR: UNIV.-PROF. DR. MED. HEINZ-HARALD ABHOLZ

**LEBENSQUALITÄT VON PATIENTEN MIT
ULCUS CRURIS VENOSUM -
EINE UNTERSUCHUNG IN DER ALLGEMEINARZTPRAXIS**

DISSERTATION

**ZUR ERLANGUNG DES GRADES EINES DOKTORS DER
MEDIZIN**

**DER MEDIZINISCHEN FAKULTÄT DER
HEINRICH-HEINE-UNIVERSITÄT DÜSSELDORF**

VORGELEGT VON

OLIVER HENKE

2006

**Als Inauguraldissertation gedruckt mit Genehmigung der
Medizinischen Fakultät der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf**

gez.: Univ.-Prof. Dr. med. Dr. rer. nat. Bernd Nürnberg

Dekan

Referent: Univ.-Prof. Dr. med. Heinz-Harald Abholz

Korreferent: Univ.-Prof. Dr. med. Johannes Siegrist

Danksagung

Herrn Prof. Dr. med. Heinz-Harald Abholz danke ich für die Überlassung des Themas. Für die hervorragende Betreuung der Arbeit danke ich Herrn Dr. med. Stefan Wilm.

Weiterhin möchte ich meinen Dank an die Allgemeinmedizinerinnen und Allgemeinmediziner richten, die an dieser Studie teilgenommen haben und wertvolle Einblicke in ihre tägliche Arbeit gewährt haben sowie an die Patientinnen und Patienten, die sich bereit erklärt haben über ihre Krankheit zu berichten.

Außerdem gilt mein besonderer Dank meinen Eltern, die mich bei meiner Arbeit und meinem Studium immer unterstützt haben.

Gewidmet

meiner Großmutter Edith Charlotte Kurz, geb. Murras

Inhaltsverzeichnis

1 Einleitung	8
1.1 Problemhintergrund	8
1.2 Fragestellungen	11
1.3 Historischer Überblick	11
1.3.1 Anzahl der Lebensqualitätsstudien	11
1.3.2 Lebensqualitätsforschung in der Medizin	12
1.4 Definition der Lebensqualität	12
1.5 Methoden der Lebensqualitätsforschung	13
2 Material und Methodik	14
2.1 Allgemeiner Teil	14
2.1.1 Einleitung	14
2.1.2 Projektablauf	14
2.1.3 Instrumente	16
2.1.3.1 Interviews	16
2.1.3.2 Fragebögen und Wunddokumentation	17
2.1.3.2.1 Fragebogen zur Lebensqualität bei Venenerkrankungen	17
2.1.3.2.2 Fragebogen zur Zufriedenheit	17
2.1.3.2.3 Fragebogen zur Lebensorientierung	18
2.1.3.2.4 Fragebogen Demographische Standards	18
2.1.3.2.5 Wunddokumentation	18
2.1.3.2.6 Schmerzempfindungsskala	18
2.1.3.3 Karteikarteneinsicht	19
2.1.4 Zeitablauf der Datenerhebung	19
2.1.5 Fallzahlschätzung	19
2.1.6 Statistik	20
2.2 Spezielle Methodik	21
2.2.1 Fragebogen zur Lebensqualität bei Venenerkrankungen (FLQA-s)	21
2.2.2 Interviews	24

3 Ergebnisse	30
3.1 Fragebogen	33
3.1.1 Vergleich der Punktescores des FLQA-s zum Zeitpunkt T0 und T1	33
3.1.2 Punktescore der Skalen des FLQA-s in T0	34
3.1.2.1 Körperliche Beschwerden	35
3.1.2.2 Alltagsleben	36
3.1.2.3 Sozialleben	36
3.1.2.4 Psychisches Befinden	37
3.1.2.5 Therapie der Venenerkrankung	38
3.1.2.6 Zufriedenheit	39
3.1.2.7 Punktescores der Skalen zur Beurteilung des Gesundheitszustandes und der Lebensqualität	40
3.1.3 Dichotome Patientenmerkmale in T0	42
3.1.3.1 Alter	42
3.1.3.2 Geschlecht	42
3.1.3.3 Erstereignis/Rezidiv	43
3.1.4 Vergleich der Patienten mit abgeheiltem Ulcus und nicht abgeheiltem Ulcus zum Zeitpunkt T1	43
3.1.5 Zusammenfassung der Fragebogenauswertung	43
3.2 Interviews	44
3.2.1 Patientenaussagen zur Lebensqualität im offenen Interview	44
3.2.2 Kategorisierung der Patientenaussagen	62
3.2.3 Auswertung der Patienteninterviews: Zusammenfassung	68
3.2.4 Aussagen der behandelnden Ärzte zur Lebensqualität ihrer Patienten im offenen Interview	71
3.2.5 Kategorisierung der Aussagen der behandelnden Ärzte	85
3.2.6 Auswertung der Ärzteinterviews: Zusammenfassung	89
4 Diskussion	91
4.1 Fragebogen	93
4.2 Patienteninterviews	96
4.3 Ärzteinterviews	99
4.4 Beantwortung der Fragestellungen	100

5 Zusammenfassung	103
6 Literatur	104
7 Anhang	113

1 Einleitung

1.1 Problemhintergrund

Die Lebensqualität als eines der Gütekriterien für die Versorgung chronisch kranker Patienten gewinnt in der Medizin immer mehr an Bedeutung. Nicht mehr nur die ärztliche Sicht der Diagnose und der Therapie nimmt bei der Versorgung einen hohen Stellenwert ein, sondern auch das subjektive Erleben der Erkrankung, der Therapie und ihrer Auswirkungen durch den Patienten.

Ein typisches Beispiel einer chronischen Erkrankung, die die Lebensqualität des Patienten beeinträchtigen kann, ist das Ulcus cruris venosum. Die große Mehrzahl der betroffenen Patienten wird in der Hausarztpraxis betreut oder mitbetreut.

Methodisch unterschiedliche Erhebungsverfahren machen die Prävalenzschätzung des Ulcus cruris venosum (UCV) schwierig [Meidl/Wilm 2000]. Die Angaben reichen von 0,06 – 2% [Valencia et al. 2001], eine mittlere Prävalenz wird mit 0,3% angegeben [Meidl/Wilm 2000, Wilm/Kriebel 2001]. Ein Ulcus cruris-Leiden haben nach Schätzungen in Deutschland 1,5 bis 2 Millionen Menschen [Vanscheidt 1993, Gericke 1994, Pelka 1997], davon ca. 1,2 Millionen Menschen ein venöses Ulcus cruris [Lippert 1999]. Neuere Erhebungen finden eine Prävalenz in Deutschland von 0,05% [Wilm/Meidl 2005] bis 0,1% [Rabe 2004]. Die Inzidenz des UCV in der Allgemeinarztpraxis kann mit 0,08% pro Jahr geschätzt werden [Wilm/Meidl 2005]. Trotz der Seltenheit ist das UCV in der Allgemeinarztpraxis interessant für die Lebensqualitätsforschung. Durch die „Therapieresistenz“ und die hohe Anzahl der „Reulzerationen“ [Peschen et al. 1996] ist es ein chronisches Krankheitsbild mit hohem zeitlichem Aufwand und kostenintensiver Behandlung [Pirk 2000]. 1/3 bis 2/3 der Patienten leiden an ihrem UCV mindestens ein Jahr [Callam et al. 1987], und durchschnittlich bekommt ein Drittel der Patienten einmal ein Rezidiv, ein weiteres Drittel zwei- bis dreimal und das letzte Drittel macht mehr als viermal ein Rezidiv in ihrem Leben durch [Capitao 1993, Carpentier 1994, Mayer 1994, Wienert 1992/1999].

Patienten im 70. und 80. Lebensjahrzehnt sind in besonderem Maße von diesem chronischen Leiden betroffen [Wienert 1999, DGfP 1999]. Die deutliche Alterskorrelation ist im Hinblick auf die demographische Veränderung (die

Verschiebung des Altersdurchschnitts nach oben) wichtig, da davon auszugehen ist, dass damit auch die Inzidenz und die Prävalenz des UCV ansteigen werden [Meidl/Wilm 2000, Kurz et al. 1999]. Dies wiederum wird Einfluß nehmen auf die Präventions-, Kurations- und Rehabilitationsmaßnahmen durch die Kostenträger.

Es kann vermutet werden, dass bei Patienten mit UCV die Lebensqualität vermindert ist.

Durch die hohe Rezidiv- bzw. langsame Heilungsrate sind die UCV-Patienten zudem noch vermutlich besonders lange in ihrer Lebensqualität eingeschränkt.

Trotz dieser Annahmen liegen bisher nur wenige UCV-spezifische Daten zur Lebensqualität vor [Morison/Moffatt 1996].

Allerdings geben Studien zur Lebensqualität bei chronisch venöser Insuffizienz (CVI) und bei chronischen Geschwüren sowie Studien zur Lebensqualität nach Abheilung des UCV Hinweise darauf, dass die Patienten vor allem durch reduzierte Mobilität, Schmerzen und einen verschlechterten Allgemeinzustand, aber auch durch Probleme im Berufsleben, durch die Umstellung ihres Alltages/ihrer sozialen Lebens, durch Zukunftsangst, depressive Verstimmungen und durch andere starke Lebensveränderungen in ihrer Lebensqualität beeinträchtigt sind:

1) Klysz et al. haben in einer Studie zur Lebensqualität und Krankheitsbewältigung bei chronisch venöser Insuffizienz festgestellt, dass Patienten mit einer CVI im Stadium III nach Widmer [1978] (abgeheiltes IIIa, bzw. florides IIIb Ulcus cruris venosum) schweren zeitlichen, gesundheitlichen und psychischen Belastungen ausgesetzt waren [Klysz 1996]. Während die Patienten noch im Stadium I (Corona phlebectatica, geringe Ödeme) eher von einem kosmetisch dominierten Krankheitsbild betroffen waren, klagten im Stadium III 50% der Patienten über Schmerzen, 36% über Behinderungen im Alltag und nur noch 12% über kosmetische Probleme. Keine Einschränkungen durch die CVI in Stadium II und III gab kein einziger Patient an.

2) Hofman et al. haben in einer prospektiven Studie festgestellt, dass 64% der 94 Studienteilnehmer über Schmerzen durch ihre Ulcera berichteten, die entweder in der Wunde selbst, um sie herum oder an anderen Stellen im Bein lokalisiert waren. Weiterhin berichteten die Teilnehmer über Frustrationen, Krankschreibungen und Lebensveränderungen [Hofman et al. 1997].

3) Krasner et al. stellten unter der Fragestellung "Is it really true that venous ulcer pain is usually minimal?" fest, dass erstens die Behauptung nicht aufrecht erhalten werden konnte und zweitens, dass gerade der Schmerz einer der großen Punkte war, der die Lebensqualität extrem einschränkt [Krasner 1998]. Die 14 Teilnehmer der Studie berichteten in Interviews über einen Zusammenhang zwischen Ödemen/Schwellungen in den Beinen und dem Auftreten des Schmerzes. Einige Betroffene berichteten über dermaßen große Schmerzen, dass sie dadurch nachts geweckt wurden. Aber auch die anderen Punkte, die in den oben beschriebenen Studien genannt wurden, fanden sich hier wieder: Probleme mit dem Beruf, signifikante Lebensveränderungen, Frustrationen und die Einschränkung von langem Stehen.

4) Brod et al. untersuchten die Lebensqualität von Patienten mit Diabetes mellitus und Geschwüren der unteren Extremitäten [Brod 1997]. In halbstrukturierten Interviews fanden sich bei den 14 Patienten 4 Hauptpunkte der Einschränkung der Lebensqualität: der soziale, der psychologische, der physische und der wirtschaftliche Bereich. Die Einschränkungen ergaben sich durch reduzierte Mobilität, einhergehend mit einer veränderten Lebensführung, durch verminderte soziale Kontakte, Verschlechterung der familiären Beziehungen, verlorene Arbeitszeit und eine generelle negative Beeinflussung der Gesundheit.

5) Einen Hinweis auf die Lebensqualität bei UCV könnte auch die Studie zur Lebensqualität bei peripherer arterieller Verschlusskrankheit von Heidrich et al. liefern. Auch hier zeigte sich bei den 308 befragten Patienten eine starke Beeinträchtigung der Lebensqualität, insbesondere in den Fontaine-Stadien III und IV. Das Lebensqualitätsprofil der hier erfassten Patienten war mit dem von Nierenkarzinom-Patienten zu vergleichen.

Heidrich konnte in der Studie aufzeigen, dass Patienten im CVI Stadium III b in fast allen Lebensbereichen gleiche Einschränkungen haben wie Patienten in den Stadien II bis IV der peripheren arteriellen Verschlusskrankheit [Heidrich 1994].

Die genannten Studien sind Beispiele, die zeigen, wie wichtig eine Messung der Lebensqualität ist.

Schließlich lassen sich auch aus der Erhebung der Lebensqualität praktische Verbesserungsvorschläge für übliche Behandlungsschemata entwickeln, die zu einer Erhöhung der Patientencompliance führen können [Patrick 1993].

1.2 Fragestellungen

Aufgrund der skizzierten bereits veröffentlichten Studien zur Lebensqualität bei Patienten mit chronisch venöser Insuffizienz und anderen Erkrankungen, die eine ähnliche Symptomatik aufweisen, wird in dieser Arbeit davon ausgegangen, dass die Lebensqualität der Studienpatienten eingeschränkt ist.

- 1) Lässt sich diese Annahme anhand von zu erhebenden Daten bestätigen?
- 2) In welchen Bereichen ist die Lebensqualität beeinträchtigt?
- 3) Ändert sich die Lebensqualität im Verlauf der Erkrankung bzw. der Therapie?

Zur Ermittlung der Lebensqualität werden zwei Instrumente eingesetzt, die im Kapitel 2 „Material und Methodik“ ausführlich dargestellt sind.

- 4) Stellt sich die Lebensqualität im Vergleich der Instrumente „Fragebogen“ und „Interview“ unterschiedlich dar?

Ein weiterer Aspekt ist die Sicht der behandelnden Hausärzte. Hierzu werden Interviews mit den Studienärzten geführt.

- 5) Welche Vorstellungen haben die Hausärzte vom Erleben und der Lebensqualität ihrer Patienten mit UCV?
- 6) Passen diese zu dem tatsächlichen Empfinden der Patienten?

1.3 Historischer Überblick

1.3.1 Anzahl der Lebensqualitätsstudien

Die zunehmende Bedeutung und das Interesse an „Lebensqualität“ in der modernen Forschung zeigt sich anhand der veröffentlichten Studien und wissenschaftlichen Arbeiten auf diesem Gebiet. Waren es im Jahre 1975 ca. 150 Artikel, so ist diese Zahl um fast das Zwanzigfache im Jahre 1995 auf über 2700 Artikel und schließlich im Jahre 2005 auf ca. 9400 Artikel pro Jahr gestiegen, hauptsächlich in den Disziplinen Medizin, Psychologie und Soziologie (Suche in der Medline Datenbank, Stichworte „Quality of Life“ AND „jeweilige Jahreszahl“ in PY (Year of Publication)).

1.3.2 Lebensqualitätsforschung in der Medizin

Die Definition des Gesundheitsbegriffes nach der Weltgesundheitsorganisation (WHO) hat sich seit 1986 durch die Erweiterung auf psychische und soziale Aspekte neben den physischen verändert.

“Health means more than freedom from disease, freedom from pain, freedom from untimely death. It means optimum physical, mental and social efficiency and well-being.” (Ottawa-Charta der WHO, 21.November 1986)]

Die Veränderung des Krankheitsprofils der Bevölkerung, nämlich das Zunehmen der chronischen Krankheiten, fordert eine langfristige und symptomorientierte Behandlung. In diesen Behandlungen bieten die Ergebnisse der Lebensqualitätsforschung die Möglichkeit, die häufig gleichwertigen Therapien hinsichtlich subtilerer Entscheidungskriterien zu differenzieren. Schließlich liegt ein weiterer Grund für das Interesse an der Lebensqualitätsforschung in dem Risiko/Nutzen-Aspekt (Abwägung zwischen erwünschter Symptomenbeeinflussung der Erkrankung und möglicher Beeinträchtigung des Patienten durch die Therapie).

1.4 Definition der Lebensqualität

Um Lebensqualität zu erfassen, müssen dem wissenschaftlichen Minimalkonsens zufolge [Aaronson et al. 1988; Bullinger und Pöppel 1988; Spitzer et al. 1981] mindestens 4 Dimensionen erfasst werden [Bullinger 1997].

Diese sind:

- **körperliche Verfassung** („physical state“, objektiver und subjektiver Gesundheitszustand wie Vitalität, Mobilität, Beschwerden usw.)
- **psychisches Wohlbefinden** („psychological well-being“, das psychische Befinden beinhaltet u.a. Stimmungen wie Freude, Zufriedenheit, Reizbarkeit, Niedergeschlagenheit)
- **soziale Beziehungen** („social relations“, das soziale Befinden wird bestimmt durch die Qualität und Quantität der Beziehungen zu Familienmitgliedern, Freunden, Partnern usw. und die Eingliederung in den familiären, gesellschaftlichen und partnerschaftlichen Kontext)
- **Leistungsfähigkeit** („functional capacities“, die körperliche und geistige Leistungsfähigkeit im Alltag und Berufsleben).

Zwischen diesen Dimensionen gibt es fließende Übergänge und sie beeinflussen und bedingen sich zum Teil. So erklärt sich auch die nicht immer einheitliche Unterteilung der Dimensionen in verschiedenen Studien. Grundsätzlich spiegeln sich die oben genannten Kriterien jedoch in allen modernen Lebensqualitätsforschungen wider.

Lebensqualität ist immer als das Ergebnis eines individuellen Bewertungsprozesses zu verstehen, d.h. sie existiert nicht unabhängig von einer Person, sondern wird erst durch sie (subjektiv) bewertet.

Die Bewertungskriterien als solche sind ebenso individuell und abhängig von den gesellschaftlichen, sozialen und persönlichen Werten und Normen. Schließlich ist die Lebensqualität auch immer ein multidimensionales Konstrukt, da es die auf verschiedene Lebensbereiche und Situationen bezogenen Bewertungen zu einer ganzheitlichen Lebensqualität der bestimmten Person zusammenfasst [Bullinger 1990; Katz 1987].

1.5 Methoden der Lebensqualitätsforschung

Für die Erfassung der Lebensqualität kommen im Prinzip drei Untersuchungsverfahren in Frage.

- Interviews
- Fragebögen
- Beobachtung.

Da, wie oben beschrieben, Lebensqualität immer als individuelles, subjektives Konstrukt zu werten ist, bieten sich hauptsächlich Interviews und Fragebögen an. Beobachtungen zur Lebensqualität können immer nur aus der subjektiven Sicht des Beobachters geschehen und zeigen somit oftmals ein verzerrtes Bild.

In dieser Studie wurden daher Interviews und Fragebögen verwendet.

2 Material und Methodik

2.1 Allgemeiner Teil

2.1.1 Einleitung

Die vorliegende Arbeit zur Lebensqualität von Patienten mit Ulcus cruris venosum in der Allgemeinarztpraxis ist eingebettet in das Forschungsprojekt „Qualität und qualitätsbestimmende Einflüsse allgemeinärztlicher Versorgung am Beispiel von Patienten mit chronischen Wunden (Ulcus cruris venosum, Dekubitus)“ (1999 – 2004).

Bei dem Forschungsprojekt handelt es sich um eine prospektive Beobachtungsstudie ohne Interventionsmaßnahmen, mit dem Ziel den natürlichen Verlauf und die Versorgung von Patienten mit UCV in der Allgemeinarztpraxis zu untersuchen. Neben der Lebensqualität werden Epidemiologie, Patientenzufriedenheit, Krankheitskonzepte, Diagnostik und Therapie, Selbsthilfe, Compliance, Wundcharakteristika und soziodemographische Merkmale der Patienten beleuchtet.

2.1.2 Projektablauf

In das Forschungsprojekt wurden im Rahmen einer repräsentativen Zufallsstichprobe 1% (n=40) der Allgemeinärzte aus der Gesamtheit aller vertragsärztlich tätigen Allgemeinmediziner der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein einbezogen. Die Gesamtheit der Allgemeinmediziner nach dem Arztverzeichnis umfasste in den 4 Quartalen der Stichprobenziehung 1999/2000 zwischen 3855 bis 3901 Ärzte.

Dazu wurden aus dem alphabetisch sortierten Arztverzeichnis der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein insgesamt 5 Stichproben gezogen, indem beginnend mit einer Zufallszahl je nach Stichprobe z.B. jeder hundertste Arzt ausgewählt wurde. Einbezogen wurden alle Ärzte, Praktischen Ärzte, Allgemeinärzte, die nicht unter die Ausschlußkriterien fielen. Diese waren:

- Tätigkeit als Lehrbeauftragter oder Lehrarzt für die Abteilung für Allgemeinmedizin der Universität Düsseldorf
- Zusatztitel Phlebologie
- Fachärztliche Tätigkeit (zweiter Facharztstitel)
- Bereits in einer früheren Stichprobe enthalten
- Teilnehmer der Vorphase (Erprobung der Studieninstrumente).

Die Ärzte wurden standardisiert angeschrieben (siehe Anhang) und um Teilnahme gebeten. Nach 4 Wochen wurde gegebenenfalls ein Erinnerungsschreiben versandt.

Die Stichprobe der Allgemeinärzte wurde beginnend im 4. Quartal 1999 über 4 Quartale versetzt in die Studie aufgenommen.

Jede teilnehmende Praxis wurde regelmäßig (einmal pro Woche) telefonisch kontaktiert, um alle Patienten mit einem frischen UCV oder einem frischen Rezidiv-UCV (Inzidenz bzw. Rezidivinzidenz) zu erfassen. Insgesamt meldete jede Praxis über einen Zeitraum von 18 Monaten jeden Patienten mit UCV. Die Patienten wurden dann 12 Monate begleitet, die Rezidivrate wurde für weitere 24 Monate aufgezeichnet.

Vor der Patientenaufnahme in die weiteren Module der Studie wurden folgende Einschluß- und Ausschlußkriterien berücksichtigt:

- frisch aufgetretenes UCV (d.h. dieser Arzt wird als erster wegen des UCV aufgesucht (Ausnahme: Kontakt mit Notarzt)) oder frisch aufgetretenes Rezidiv eines UCV
- erstmalige Vorstellung des Patienten mit dem aktuellen UCV bei dem Studienarzt, den der Patient als seinen Hausarzt definiert
- schriftliche Zustimmung des Patienten nach Aufklärung
- das Datum des ersten Arztkontaktes des Patienten wegen des frischen Ulcus (-rezidiv) ist festgelegt
- angemessene aktive und passive Beherrschung der deutschen Sprache
- keine die Persönlichkeit, das Gedächtnis oder die Selbstbeurteilung einschränkende psychiatrische Erkrankung wie Demenz oder schwere Depression
- keine anderen terminalen Erkrankungen
- Mindestalter 18 Jahre
- keine Taubheit
- keine Blindheit.

Zusätzlich zu den neuen Patienten (Inzidenz) wurden alle Patienten, die sich in dem jeweiligen Quartal (1. bis 4.) der Praxisaufnahme in Behandlung befanden, mit erfasst (Quartalsprävalenz bzw. Jahresprävalenz); hinzu kamen zwei Punktprävalenzerhebungen im Jahre 2001, um die erhobenen Zahlen zu validieren, da Inzidenz und Prävalenz des floriden Ulcus cruris venosum unerwartet niedrig lagen. Dazu wurden an einem festgelegten Datum alle Praxen angerufen und nach der aktuellen Anzahl der Patienten mit einem floriden UCV befragt.

Bei einem neuen Patient, der sich wegen eines frischen Ulcus bzw. eines frischen Rezidivulcus in der Praxis vorstellte (definiert als T0), sollte die Aufnahme dieses Patienten in die Studie innerhalb von 10 Tagen stattfinden. Die rechtzeitige Erfassung des Patienten war durch strengen einmal wöchentlichen telefonischen Kontakt mit den Praxen (meist mit den Arzthelferinnen) und die genaue Instruktion sowohl des Arztes als auch der Arzthelferinnen weitgehend gewährleistet. Die Patientenaufnahme erfolgte nach einer zweimaligen Aufklärung (zuerst per Informationsschrift beim Hausarzt (siehe Anhang), dann bei Aufnahme durch Doktoranden) und nach einem schriftlichen Patienteneinverständnis. Ein weiterer Kontakt mit den Patienten erfolgte bei Abheilung des UCV bzw. bei Nichtabheilung nach 12 Monaten (definiert als T1).

2.1.3 Instrumente

Im Folgenden werden die Instrumente der Gesamtstudie kurz vorgestellt, um die Fragestellung der vorliegenden Arbeit in das Gesamtprojekt einzubetten. In Kapitel 2.2 wird das Instrumentarium für die vorliegende Fragestellung der Lebensqualität genauer beschrieben.

2.1.3.1 Interviews

Patienteninterviews

Das Interview wurde bei dem Patienten zu Hause mit ihm alleine, d.h. ohne Angehörige durchgeführt und lässt sich in zwei Teile gliedern.

Es wurden zuerst drei offene Fragen ähnlichen Inhalts und anschließend 16 halbstrukturierte Fragen gestellt (siehe 2.2.2). Die Reihenfolge der Fragen war vorgegeben; bei Beendigung des Interviews wurde das Aufnahmegerät abgeschaltet. Weitere Aussagen und Informationen des Patienten nach dem Interview wurden in einem Gedächtnisprotokoll festgehalten. Das Interview wurde nur einmal zum Zeitpunkt T0 geführt.

Ärzteinterviews

Diese Interviews wurden nach Abschluß der Teilnahme der Praxis an der Patientenrekrutierung, nach telefonischem Einverständnis des Arztes und nach vorheriger Terminabsprache in der Praxis des niedergelassenen Arztes und mit ihm alleine durchgeführt. Es wurde festgelegt, dass der Mitarbeiter, der die Praxis über 18 Monate betreut hatte, nicht das Interview mit dem Arzt führte, um keine

Voreingenommenheit und Beeinflussung in das Interview einfließen zu lassen. Dies wurde durch eine Zufallsauswahl des Interviewers gewährleistet.

Es wurden zunächst offene themenzentrierte Fragen, dann halbstrukturierte Fragen und schließlich strukturierte Fragen nach Alter, Einwohnerzahl des Praxisortes und Jahr der Niederlassung gestellt (siehe 2.2.2). Auch dieses Interview wurde auf Mini-Diskette aufgenommen und anschließend transkribiert. Informationen nach Abschalten des Gerätes wurden im Gedächtnisprotokoll festgehalten.

2.1.3.2 Fragebögen und Wunddokumentation

Nach dem Patienteninterview erfolgte die schriftliche Befragung mit den unten dargestellten Fragebögen, der Einsatz der Schmerzempfindungsskala und abschließend die Ulcusinspektion zur Wunddokumentation.

2.1.3.2.1 Fragebogen zur Lebensqualität bei Venenerkrankungen

Dieser Fragebogen wird in dem Kapitel 2.2 “Spezielle Methodik” ausführlich als eines der Hauptinstrumente der vorliegenden Arbeit behandelt.

2.1.3.2.2 Fragebogen zur Zufriedenheit

(ZAP/QMA, ISEG Hannover 1999)

Patientenzufriedenheit und Patientenerwartungen werden in diesem Fragebogen als Indikatoren der Qualität der ambulanten ärztlichen Versorgung herangezogen. Hierfür werden folgende Dimensionen untersucht:

- Arzt-Patienten-Interaktion
- Information durch den Arzt
- Art der Behandlung
- Fachliche Kompetenz des Arztes
- Praxisorganisation.

Der eingesetzte Fragebogen ist eine modifizierte Form des Fragebogens zur Patientenzufriedenheit von Blitzer und Dierks/ISEG Hannover.

2.1.3.2.3 Fragebogen zur Lebensorientierung

(Aaron Antonovsky 1987; Übersetzung: Alexa Franke 1997)

In diesem Fragebogen gilt es skalierte Antwortmöglichkeiten auf Fragen zu verschiedenen Lebensaspekten zu erfassen.

2.1.3.2.4 Fragebogen Demographische Standards

(Statistisches Bundesamt, 2. Auflage, Ausgabe 1995)

In diesem Fragebogen werden Aspekte der zu untersuchenden Person erfasst, unter anderem Geschlecht, Staatsangehörigkeit, Geburtsdatum, Größe, Gewicht, Familienstand, Schul- und Berufsbildung und Nettoeinkommen des Haushalts.

Diese Demographischen Standards, entwickelt von der Gesellschaft für Medizinische Informatik, Biometrie und Epidemiologie (GMDS), der Deutschen Gesellschaft für Sozialmedizin und Prävention (DGSMP) und der Deutschen Arbeitsgemeinschaft Epidemiologie (DAE), haben das Ziel die sozialwissenschaftlichen und sozialegpidemiologischen Ansätze zur Definition "soziale Schicht" zu beschreiben.

2.1.3.2.5 Wunddokumentation

Nach Durchführung der Interviews mit dem Patienten wurde die Wunde dokumentiert. Dies geschah zum Zeitpunkt T0 und, sofern die Wunde nicht abgeheilt ist, auch zum Zeitpunkt T1.

Nach der Begutachtung der Wunde auf Lokalisation, Wundtiefe, Infektionszeichen und gegebenenfalls Anzahl der Ulzerationen wurde eine Opsite-Folie (eine transparente zweilagige Folie) auf die Wunde aufgebracht und die Größe durch Nachziehen des äußeren Wundrandes zeichnerisch erfasst.

Der Bogen zur Wunddokumentation ermittelt neben den Wunddaten auch noch einige Patientendaten.

2.1.3.2.6 Schmerzempfindungsskala

Zum Abschluß des Besuchs bei den Studienpatienten wurde ihnen eine visuelle Schmerzempfindungsskala vorgelegt. Für den Patienten ist hier nur ein roter Balken mit einer ansteigenden Farbintensität von links nach rechts sichtbar, auf der er oder sie entsprechend der Schmerzintensität die Farbstärke markiert. Nicht sichtbar für den Patienten ist die Zahlenskalierung von 0 (linker Rand) bis 100 (rechter Rand) zur

Dokumentation. Die Schmerzempfindungsskala wurde zu den Zeitpunkten T0 und T1 vorgelegt.

2.1.3.3 Karteikarteneinsicht

Auf einem Dokumentationsbogen wurden Daten zu Diagnostik und Therapie erfasst, die durch eine Ansicht der Karteikarte und/oder der EDV-Dokumentation des jeweiligen Patienten zu zwei Zeitpunkten (zwei Monate nach Behandlungsbeginn und nach Behandlungsende bzw. bei Nichtabheilen nach 12 Monaten (T1)) in der Allgemeinarztpraxis nach Voranmeldung gewonnen wurden. Dazu lag das Patienteneinverständnis vor.

2.1.4 Zeitablauf der Datenerhebung

Nach der Aufnahme in die Studie zum definierten Zeitpunkt T0 (mit Interview, Fragebögen und Wunddokumentation) wurden die Patienten über 12 Monate erfasst. Wenn aus den Praxen keine ausreichenden Informationen über den Heilungsverlauf zu erhalten waren (z.B. wegen unregelmäßiger Inanspruchnahme durch den Patienten), wurden auch die Patienten telefonisch kontaktiert. Im Falle der Abheilung (T1) bzw. bei Nichtabheilung nach 12 Monaten (T1) erfolgten die zweite schriftliche Befragung mit den oben genannten Fragebögen und die zweite Wunddokumentation mit dem Patienten. Zur Datenerhebung bezüglich der Diagnostik und Therapie erfolgte während der Zeit T0 – T1 ca. 8 Wochen nach der Patientenaufnahme (T0) die Karteikarteneinsicht, die bei T1 wiederholt wurde. Zur Erfassung eines gegebenenfalls neu aufgetretenen Rezidivulcus wurden die betroffenen Patienten für weitere 24 Monate in sechsmonatigem Abstand kontaktiert.

2.1.5 Fallzahlschätzung

Geplant war die Aufnahme und Verlaufsdokumentation von etwa 200 Patienten, um die verschiedenen Fragestellungen des Forschungsprojektes beantworten zu können. Die genannte Fallzahl wurde aus einer Vorstudie (1999) [Wilm/Kriebel 1999] im Rahmen einer repräsentativen Zufallsstichprobe aller vertragsärztlich tätigen Allgemeinmediziner der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen (Auswahlsatz 0,1; n=96 Antworter) durch eine schriftliche Befragung geschätzt. Bei dieser ergab sich eine Quartalsprävalenz von 0,5% für Patienten mit aktivem Ulcus cruris venosum in

Allgemeinarztpraxen. Das Design mit Anzahl der einzubeziehenden Praxen wurde entsprechend gestaltet.

2.1.6 Statistik

Da es sich bei der Gesamtstudie um eine reine Beobachtungsstudie ohne Intervention handelt (siehe Kapitel 2.1.1), wurden keine Hypothesen aufgestellt. Daher wird in der Auswertung der Fragebögen auf statistische Verfahren der Testung verzichtet. Die Darstellung der quantitativen Ergebnisse aus den Fragebögen im Kapitel 3.1 erfolgt rein deskriptiv mit den üblichen Maßen der Häufigkeit.

Die quantitativen Daten aus dem Fragebogen zur Lebensqualität sowie aus den anderen Fragebögen und der Wunddokumentation (siehe 2.1.3.2) wurden in der Software SPSS Version 10.0 erfasst und verarbeitet.

2.2 Spezielle Methodik

In der vorliegenden Arbeit geht es speziell um den Teilaspekt der Lebensqualität der Patienten mit Ulcus cruris venosum. Unter den oben beschriebenen Instrumenten dienen der Fragebogen zur Lebensqualität und die Patienteninterviews zur quantitativen bzw. qualitativen Erfassung der Lebensqualität. Aber auch die Ärzteinterviews wurden ausgewertet, um zu untersuchen, in welchem Maße das Thema "Lebensqualität" der Patienten im Bewußtsein der behandelnden Ärzte vorhanden ist.

2.2.1 Fragebogen zur Lebensqualität bei Venenerkrankungen (FLQA-s)

Das Problem an der Messung der Lebensqualität ist, dass sie nicht objektiv gemessen werden kann.

Jedoch haben verschiedene methodische Arbeiten gezeigt, dass durch validierte Fragebögen wichtige Bereiche der Lebensqualität dennoch erfasst werden können. Dies zeigen unter anderem die Studien, die bereits in der Einleitung (siehe 1.1) erwähnt wurden.

Zu Beginn der Studie standen uns zwei standardisierte und validierte Fragebögen zur Verfügung: zum einen der **Tübinger Lebensqualitätsfragebogen für Patienten mit chronischer Veneninsuffizienz (TLQ-CVI)** [Klysz 1998] und zum anderen der **Freiburger Fragebogen zur Lebensqualität bei Venenerkrankungen (FLQA)** [Augustin 1997].

Letztendlich war für die Auswahl des Fragebogens die Anzahl der Items entscheidend, da die Patienten neben diesem Fragebogen noch die in 2.1.3.2 genannten ausfüllen mussten.

Beide Fragebögen sind mit 108 (TLQ-CVI) und 83 (FLQA) Items sehr lang und in Verbindung mit den anderen Fragebögen für die Studie nicht geeignet.

Jedoch gibt es eine Kurzform des FLQA mit 45 Items (FLQA-s), die letztendlich zum Einsatz kam.

Freiburger Fragebogen zur Lebensqualität bei Venenerkrankungen (Kurzfassung)

FLQA-s

Der Fragebogen besteht aus 45 Items und differenziert Einschränkungen der Lebensqualität in 6 Skalen:

- Körperliche Beschwerden
- Alltagsleben
- Sozialleben
- Psychisches Befinden
- Therapie der Venenerkrankung
- Wohlbefinden.

Die einzelnen Items der Skalen sind mit jeweils 5 Abstufungen zu beantworten (1= keine Einschränkungen bis 5=starke Einschränkungen) aus denen für jeden Bereich ein Mittelwert gebildet werden kann.

Der FLQA-s wurde an 324 Patienten mit chronisch venöser Insuffizienz (CVI) Stadien I bis III nach Widmer getestet und nach international üblichen Testkriterien evaluiert [Augustin 1997].

Validierung

Zur Validierung eines Fragebogens gehören folgende Kriterien [Augustin et al. 2000]:

Reliabilität

a. Interne Konsistenz:

Die Skalen des Fragebogens sollten ausreichend von ihren Items repräsentiert werden. Für Cronbachs alpha wird ein Mindestwert von 0,70 vorausgesetzt.

b. Test-Retest-Reabilität:

Gibt die Zuverlässigkeit einer Meßmethode an. Ein Test wird dann als reliabel bezeichnet, wenn er bei einer Wiederholung zur Erhebung der Fragebögen unter denselben Bedingungen zu demselben Ergebnis kommt. Die Wiederholung erfolgt nach einwöchigem Abstand.

Validität

a. Konstruktvalidität:

Eine Untersuchung ist konstruktvalide, wenn die theoretischen Bestandteile der Hypothese angemessen in den empirischen Bestandteilen der Untersuchung repräsentiert sind.

b. Externe Validität:

Konvergente Validität: Es soll festgestellt werden, ob der Fragebogen die von ihm vorgegebenen Bereiche der Lebensqualität tatsächlich misst. Hierzu wird ein direkter Vergleich mit anderen validierten Inventaren aus einem größeren Patientenkollektiv erstellt.

Diskriminante Validität: Bestehen in der Lebensqualität stadien- bzw. schweregradabhängige Divergenzen, müssen diese durch den Fragebogen diskriminiert werden.

Veränderungssensitivität

Werden Veränderungen der Lebensqualität im zeitlichen Verlauf oder als Therapieeffekt beobachtet, muss der Fragebogen diese widerspiegeln.

Gütekriterien des FLQA-s

Die Skalen des FLQA-s wiesen in der psychometrischen Prüfung überwiegend keine oder nur geringe Decken- oder Bodeneffekte auf. Die interne Konsistenz der Skalen lag insgesamt hoch ($\alpha = 0.70$ bis 0.90). Auch die Retest-Korrelationskoeffizienten des FLQA waren in den meisten Skalen über $r = .80$.

Der FLQA unterschied die 4 klinischen Stadien der CVI nach Widmer (geringe Ödeme (I), Stauungsekzem (II), abgeheiltes UCV (IIIa) und florides UCV (IIIb)) in mehreren Lebensqualität-Bereichen signifikant.

Auch die Änderungssensitivität im Therapieverlauf war gut. Eine hohe Akzeptanz der Patienten fand der Fragebogen in einer Feasibility-Testung hinsichtlich Verständlichkeit und Wiedergabe der für sie relevanten Bereiche der Lebensqualität [Augustin 1997/1999].

Mit den genannten Werten erscheint der FLQA-s geeignet, Merkmale der Lebensqualität von Patienten mit CVI (bzw. UCV) in Verlaufs- und Querschnittsstudien zuverlässig zu erheben.

Um einen Standard für alle Mitarbeiter der vorliegenden Studie zu bekommen, wurde eine Technische Anleitung für die Durchführung, insbesondere das Antworten auf Nachfragen der Patienten, erstellt und in Teambesprechungen vor dem ersten Patientenkontakt ausführlich besprochen (siehe Anhang).

2.2.2 Interviews

Mit Hilfe von Interviews wurden qualitative Daten zu Krankheitserleben und Lebensqualität der Patienten erhoben. Ihre Struktur wurde bereits in 2.1.3.1 dargestellt. Auf eine einheitliche und standardisierte Durchführung der Interviews wurde besonderer Wert gelegt. In der Vorphase der Studie wurden in mehreren Sitzungen das Vorgehen und die Art der Fragen mit den weiteren Doktoranden und dem Projektleiter diskutiert und anschließend einheitlich festgelegt. Zunächst führte jeder Doktorand 3 Probeinterviews mit Ulcus cruris-Patienten durch, um Erfahrungen in Interviews zu gewinnen, die dann den zu führenden Interviews mit Studienpatienten und Studienärzten zugute kamen. Nach der Durchführung dieser Probeinterviews wurden in weiteren Sitzungen die Erfahrungen der Doktoranden ausgetauscht und erneut mit dem Projektleiter besprochen.

Für die konkrete Durchführung der Patienten- und Ärzteinterviews wurden aus den Erfahrungen der Vorphase verbindliche Anleitungen und Leitfäden entwickelt (siehe Anhang).

Bei den durchgeführten Interviews, sowohl den Patienten- als auch den Ärzteinterviews, handelt es sich um Problem- bzw. themenzentrierte Interviews. Die Zielsetzung dieser von Witzel beschriebenen Interviewform ist die Erfassung von Tatbeständen und deren subjektive Verarbeitung [Witzel 1982]. Hierbei werden verschiedene Befragungstechniken integriert (offen, teilstrukturiert, strukturiert).

Die narrativen Teile des Interviews, also die Passagen, die durch offene Fragen (Patienteninterviews: „Erzählen Sie mal, was Ihnen so zu Ihrem offenen Bein einfällt!“; Ärzteinterviews: “Erzählen Sie mal, was Ihnen so zu Ihren Patienten mit offenem Bein einfällt!”) erzielt werden, enthalten dabei die meisten Informationen. Der Interviewte ist in seinen Überlegungen und Äußerungen nicht eingeschränkt. Durch wiederholte Erzählstimuli (Patienteninterviews: „Was fällt Ihnen noch so ein zu Ihrem offenen Bein?“, “Was bedeutet das offene Bein für Ihr Leben?”; Ärzteinterviews: “Was fällt Ihnen noch so ein zu Ihren Patienten?”) wird versucht möglichst lange narrative Passagen zu erzielen.

Patienteninterviews

Folgende Fragen beinhaltet das themenzentrierte Interview. Bei den ersten drei Fragen handelt es sich um offene Fragen, die Fragen eins bis 16 stellen halbstrukturierte Fragen dar.

Erzählen Sie mal, was Ihnen so zu Ihrem offenen Bein einfällt!

Was fällt Ihnen noch so ein zu Ihrem offenen Bein?

Was bedeutet das offene Bein für Ihr Leben?

1. Wann genau hat denn das mit dem offenen Bein überhaupt zum ersten Mal bei Ihnen angefangen, und welche Anzeichen haben Sie zuerst bemerkt?
2. Was vermuten Sie, wo kommt das offene Bein her?
3. Gab oder gibt es in Ihrer Familie noch andere Betroffene?
4. Was haben Sie zuerst selbst getan, bevor Sie den Arzt aufgesucht haben?
5. Unternehmen Sie jetzt auch noch zusätzlich zur ärztlichen Behandlung etwas, um die Heilung voranzutreiben?
6. Haben Sie Hilfe beim Behandeln des offenen Beines?
7. Wie ist es in Ihrem Alltag mit dem offenen Bein?
8. Wie geht Ihr Partner/Ihre Familie damit um?
9. Wie ist es mit der Arbeit?
10. Wie wird der Haushalt geschafft?
11. Wie machen Sie das mit der Kleidung?
12. Wie sieht es mit der Freizeit aus?
13. Wie ist es mit Ihrem Freundes- und Bekanntenkreis?
14. Haben Sie eine Idee, was Ihnen gut täte?
15. Woher nehmen Sie die Kraft mit der Krankheit zurechtzukommen?
16. Was glauben Sie: Wie sieht die nächste Zukunft aus?

Ärzteinterviews

Nach den ersten beiden offenen Fragen wurden halbstrukturierte Fragen gestellt und, im Gegensatz zu den Patienteninterviews, wurden hier auch konkrete Nachfragen zu dem Gesagten gestellt.

Die Fragen im Einzelnen:

Erzählen Sie mal, was Ihnen so zu Ihren Patienten mit offenem Bein einfällt?

Was fällt Ihnen noch so ein zu Ihren Patienten?

1. Wenn Sie ganz konkret an Ihre Patienten der letzten Jahre denken – was vermuten Sie, wo kommt das offene Bein her?
2. Unternehmen Ihre Patienten mit offenem Bein auch noch zusätzlich zu Ihrer ärztlichen Behandlung etwas, um die Heilung voranzutreiben?
3. An wen wenden sich Ihre Patienten mit offenem Bein noch? Gibt es andere Behandler?
4. Gibt es etwas über das wir noch nicht gesprochen haben?
5. Fragen nach Geschlecht, Alter, Einwohnerzahl des Praxisortes, durchschnittliche Scheinzahl in den letzten 4 Quartalen, Jahr der Praxiseröffnung bzw. Übernahme

Auswertung der Interviews - Qualitative Inhaltsanalyse

Die Auswertung sowohl der Patienten- als auch der Ärzteinterviews erfolgte als Qualitative Inhaltsanalyse nach vollständiger Transkription anhand der Tonaufzeichnungen (Aufnahmegerät SONY MZ R37, Mikrofon SONY ECMT 6) nach Transkription.

Auch wenn der Vorgang der Transkription sehr aufwändig ist, ist er dennoch notwendig, um das Material in seiner Fülle und Tiefe erschließen zu können. Das Wortprotokoll ermöglicht es, einzelne Aussagen in ihrem Kontext zu sehen und gibt so die Basis für ausführliche Interpretationen [Mayring 2002].

Die methodische Stärke der Qualitativen Inhaltsanalyse liegt in der Systematik. Durch die vorgegebene Abfolge Datenreduktion, Datenkategorisierung und Analyse ist die Datengewinnung gut nachvollziehbar. Ausgehend von den klassischen Gütekriterien Validität und Reliabilität beschreibt Mayring spezifisch inhaltsanalytische Gütekriterien, die auf Krippendorff zurückgehen [Mayring 1993, Krippendorff 1981], z.B. die

semantische Gültigkeit, d.h. die treffende Rekonstruktion der Wortbedeutungen der einzelnen Textstellen.

Die korrekte Anwendung der Kategorien und damit die Reproduzierbarkeit der Ergebnisse können durch die Interraterreliabilität, das Maß der Übereinstimmung der Auswerter, überprüft werden. Das Datenmaterial und die Kategorisierung der vorliegenden Arbeit wurden durch einen zweiten Auswerter stichprobenartig überprüft; dabei fand sich eine hohe Reliabilität.

Die Inhaltsanalyse entstand in den 30er Jahren des 20. Jahrhunderts in den USA in der Kommunikations- und Medienforschung. Mit der Qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring können Texte aller Art auf bestimmte inhaltliche Kategorien hin analysiert werden.

Hierbei wird das gewonnene Datenmaterial in Einheiten zerlegt, die daraufhin nacheinander bearbeitet werden: „Im Zentrum steht dabei ein theoriegeleitet am Material entwickeltes Kategoriensystem; durch dieses Kategoriensystem werden diejenigen Aspekte festgelegt, die aus dem Material herausgefiltert werden sollen“ [Mayring 2002]. Theoriegeleitetheit bedeutet in diesem Zusammenhang, dass die inhaltliche Analyse des Datenmaterials einer theoretisch begründeten inhaltlichen Fragestellung folgt. Dabei werden die Kategorien vorher festgelegt und anschließend an das gewonnene Datenmaterial herangetragen, d.h. nicht unbedingt aus diesem entwickelt. Die Theorieprüfung hat also den Vorrang vor einer Theoriegenerierung. In der vorliegenden Arbeit werden unter der Fragestellung “Lebensqualität” zur Vergleichbarkeit der Daten der Interviews und des Fragebogens und aufgrund der guten Widerspiegelung der wichtigsten Lebensqualitätsdimensionen die Kategorien des Fragebogens FLQA-s zur Kategorisierung der Aussagen herangezogen.

In der Auswertung gilt es danach zu überprüfen, ob diese Kategorien im Datenmaterial enthalten sind, und wenn ja, in welcher Form: „Die Einschränkung der Auswertung auf Inhalte, die nach der Theorie von Bedeutung sind, bietet eine vorübergehende Struktur für die Auswertung und ermöglicht eine bestimmte Routine in dieser Phase der Untersuchung“ [Cropley 2002]. Andererseits ermöglicht die Arbeit am Material, neue Kategorien zu finden und aufzunehmen, die bisher nicht berücksichtigte Aspekte der Fragestellung erfassen.

Die Analyse erfolgt in den drei Schritten Zusammenfassen, Explizieren und Kategorisieren bzw. Strukturieren [Mayring 1993]. Vornehmliches Ziel der Qualitativen Inhaltsanalyse ist es den Text so zu analysieren, daß er auf die Informationen reduziert wird, die für die Fragestellung relevant sind [Lisch 1978].

Zusammenfassende Analyse:

Um die wichtigsten, im Rahmen eines Interviews gewonnenen Aussagen zu erfassen, wird der Ausgangstext auf eine übersichtlichere Kurzversion reduziert. Zu diesem Zweck wird mit Paraphrasierung (Herausstreichung ausschmückender Redewendungen, Verwendung grammatikalischer Kurzformen), Generalisierung (Verallgemeinerung konkreter Beispiele) und Reduktion (Zusammenfassung ähnlicher Paraphrasen) gearbeitet. Ziel ist es dabei das Material so zu reduzieren, daß die wesentlichen Inhalte erhalten und ein Abbild des Grundmaterials bestehen bleiben. “Mit dieser Technik der zusammenfassenden Inhaltsanalyse kann man enorme Materialmengen bearbeiten und zu einem handhabbaren Umfang reduzieren” [Mayring 2002].

2. Explizierende Inhaltsanalyse:

Nach der in Punkt 1. beschriebenen Reduktion des Textes folgt in der zweiten Phase die Klärung des Gesagten: “Klärung erfordert Umformulierung des Textes, damit der Sachverhalt eindeutig klar ist, ohne die Sichtweise des Teilnehmers zu verzerren” [Mayring 2002]. Diese Klärung ist nötig, da die meisten Gesprächspartner von der Umgangssprache Gebrauch machen, respektive in “ihrer eigenen Sprache” sprechen.

3. Strukturierende Inhaltsanalyse:

Hier werden bestimmte Aspekte aus dem Material herausgefiltert. Mittels vorher festgelegter Ordnungskriterien (im vorliegenden Fall die FLQA-s Kategorien) wird ein Querschnitt durch das Material gelegt, um alle Interviews nach den gleichen Kriterien zu analysieren. (Prinzipiell ist mit der Qualitativen Inhaltsanalyse eine spätere Modifizierung und Ergänzung der Kategorisierung nach Maßgabe der Daten möglich). Ziel dieser Methode ist es “...durch Abstraktion ein überschaubares Korpus zu schaffen, das immer noch Abbild des Grundmaterials ist” [Mayring 2002].

Eine Passage kann auch mehreren Kategorien zugeordnet werden, da “...das Zerreißen der Sequentialität des Textes auch innerhalb der Passagen [...] erlaubt und notwendig ist, weil nicht die Eigenlogik Gegenstand der Auswertung ist” [Meuser/Nagel 1991].

Beispiel: Schmerz in Folge des UCV beeinträchtigt sportliche Aktivitäten, so dass neben der Kategorie “Körperliche Beschwerden” auch das “Sozialleben” betroffen ist.

Für die Herausarbeitung der relevanten Einheiten im Textmaterial stellt Cropley [2002] folgende Regeln auf:

- Sie sollten kurz formuliert werden,
- sie können auch aus einem einzigen Wort bestehen,
- sie sollten nicht mehr als 7 oder 8 Wörter enthalten,
- sie müssen nicht als vollständige Sätze formuliert sein,
- sie sollten konkret und spezifisch formuliert werden,
- vage und allgemeine Formulierung sind zu vermeiden.

Die Auswerter sollten Aussagen nicht überinterpretieren oder sie mit einer Wertung belegen, die in der Aussage so nicht getätigt wurde: „Die Paraphrase zeichnet sich durch ihr nicht-selektives Verhältnis zu den behandelten Themen aus, Inhalte sollen nicht durch voreiliges Klassifizieren verzerrt werden und Informationen nicht verloren gehen” [Herold 2001].

Der gesamte Vorgang der Auswertung lässt sich „als ein Prozess des Ableitens von Inhalten auf einem ständig höher werdenden Wissenschaftlichkeits-, Abstraktions- und Verallgemeinerungsniveau” [Cropley 2002] beschreiben. Am Anfang stehen die unbearbeiteten Aussagen der einzelnen Studienteilnehmer. Diese Aussagen werden reduziert auf ihren eigentlichen Aussagegehalt betreffend der ausschlaggebenden Forschungsfragen. Nachdem eine Vergleichbarkeit der Aussagen der Interview-Partner durch die Verwendung eines Kategorien-Systems geschaffen wurde, können Gemeinsamkeiten und Unterschiede festgestellt und benannt werden. Die Aussagen können nun bezüglich der Ausgangsfrage, das heißt auf den Einfluss des Ulcus cruris venosum auf die Lebensqualität der Patienten, ausgewertet werden; dabei können in diesem letzten Schritt auch quantifizierende Aussagen getroffen werden.

3 Ergebnisse

Vor der Darstellung der Ergebnisse aus den quantitativen und qualitativen Erhebungen werden zunächst die Inzidenz des UCV und die Studienpopulation der Gesamtstudie in einer Übersicht skizziert. Die genaue Analyse, also die Epidemiologie des UCV, wurde in einer anderen Teilstudie beleuchtet [Wilm 2005].

Prävalenz

In dem Zeitraum vom 01.10.1999 bis 31.12.2001 wurden 40 Allgemeinarztpraxen in die Studie einbezogen. Diese Hausarztpraxen versorgen ca. 54.000 Patienten pro Jahr. Aus dieser repräsentativen Population wurden alle Patienten mit einem neu aufgetretenem UCV oder mit einem Rezidiv-UCV untersucht (siehe 2.1.2). Insgesamt meldeten die Arztpraxen 64 Patienten mit einem UCV. Details zu den soziodemographischen und anderen Merkmalen der teilnehmenden Allgemeinärzte und Patienten finden sich in [Meidl 2005].

Bei diesen UCV-Patienten in insgesamt 6 Quartalen (d.h. 10,7 Patienten pro Quartal in allen 40 Praxen zusammen) ergibt sich eine Quartals-Praxis-Inzidenz von 0,026%. Damit blieb die reale Quartals-Praxis-Inzidenz in den Allgemeinarztpraxen mit unter 0,03% deutlich unter der aus der Vorstudie abgeschätzten Quartalsprävalenz, die für die Fallzahlberechnung verwendet wurde. Die geschätzte Quartalsprävalenz war bereits im Vergleich zur Vorstudie (0,5%) konservativ mit 0,3% angesetzt worden; dies entsprach den Daten internationaler Studien und lag deutlich unter den Angaben aus älteren nationalen Studien (siehe 1.1). Bei längerem Heilungsverlauf des UCV wurde davon ausgegangen, dass ein neu auftretendes Ulcus bzw. ein neues Rezidiv eines Ulcus (Inzidenz) im Durchschnitt 6 Monate (zwei Quartale) besteht (Prävalenz). Zweimalige Praxis-Punkt-Prävalenzerhebungen in 2001 bestätigten mit einer Prävalenz des floriden UCV von 0,05% die Größenordnung der gefunden Inzidenz.

Liegt hier möglicherweise ein methodischer Fehler vor oder ist die Studiendurchführung an sich fehlerhaft?

Dies scheint äußerst unwahrscheinlich: Die rekrutierten Patienten entstammen einer sauberen repräsentativen Stichprobe von nordrheinischen Allgemeinarztpraxen. Durch das engmaschige Monitoring der Praxen (wöchentliche Anrufe, nicht angekündigte Besuche) war sicherlich weitestgehend gewährleistet, dass jeder Patient mit einem

frischen UCV erfasst wurde. Das Thema und die Studie waren in den Praxen ständig präsent.

Patientenstudie

Von den 64 Patienten konnten nur 25 in die Patientenstudie aufgenommen werden. Die restlichen 39 Patienten mussten entweder aufgrund der strengen Ausschlusskriterien abgelehnt werden (n=21) oder sie lehnten selbst eine Aufnahme in die Studie aus persönlichen Gründen ab (n=18).

<u>Ablehnungsgrund (siehe Ausschlußkriterien in Kapitel 2.1.2)</u>	<u>n</u>
Teilnahme durch Patient abgelehnt	18
Einschleusungsfrist durch Monitor verpasst	2
Überschreitung der 10tägigen Einschleusungsfrist in die Studie	10
Kein weiterer Kontakt zum Patienten	1
Vorbehandlung durch anderen Arzt	3
Direkte Überweisung des Patienten an Spezialisten	1
Behandlungsabbruch durch Patienten	1
Sprachprobleme	1
Demenz	1
<u>Tod</u>	<u>1</u>
Gesamt	39

Es ist nicht davon auszugehen, dass die hierbei entstandene Veränderung der Studienpopulation die Ergebnisse zur Lebensqualität bei diesen Patienten in einer deutlichen Weise einseitig verzerrt gegenüber den 25 aufgenommenen Patienten. In Bezug auf die auf die Lebensqualität einflussnehmenden Merkmale Geschlecht und Alter unterscheiden sich die beiden Gruppen der 25 Studienpatienten und der 64 insgesamt erfassten Patienten nicht wesentlich. Lediglich der Altersgipfel liegt bei den teilnehmenden 25 Patienten etwas niedriger. Bei ihnen beträgt das Durchschnittsalter 68 Jahre (Median 70 Jahre), bei der Gesamtpopulation 71 Jahre (Median 73 Jahre).

Demographische Daten der Studienpatienten

Alter in Klassen

	25 Studienpatienten		Gesamtpopulation der 64 Patienten	
Alter	Häufigkeit	Prozent	Häufigkeit	Prozent
31 - 40	1	4	1	2
41 - 50	3	12	4	6
51 - 60	4	16	7	11
61 - 70	7	28	13	21
71 - 80	6	24	28	44
81 und älter	4	16	11	16
Gesamt	25	100	64	100

Geschlecht

	25 Studienpatienten		Gesamtpopulation der 64 Patienten	
Geschlecht	Häufigkeit	Prozent	Häufigkeit	Prozent
Männlich	8	32	21	33
Weiblich	17	68	43	67
Gesamt	25	100	64	100

Aufgrund der Datenschutzrichtlinien für epidemiologische Studien wurden über die Merkmale Geschlecht und Alter hinaus keine Daten der abgelehnten Patienten und der Ablehner erfasst.

Bei den 25 Studienpatienten lag bei einem Viertel eine Erstmanifestation des UCV vor; die anderen Patienten hatten bei Aufnahme in die Studie ein frisches Rezidiv. Nimmt man die Patienten mit Erstmanifestation heraus, so betrug die Dauer des UCV-Leidens bei den betroffenen Patienten im Mittel 26 Jahre.

Die durchschnittliche Abheildauer der Ulcera, die im Rahmen dieser Studie beobachtet wurden, lag bei 4,3 Monaten (Median 3,3 Monate). Etwa bei einem Drittel der Betroffenen war das UCV innerhalb von zwei Monaten abgeheilt; bei 20% dauerte die Heilung mindestens 8 Monate.

3.1 Fragebogen

In der folgenden Darstellung der Ergebnisse des Fragebogens FLQA-s werden (außer für den Gesamt-Punktescore) nur die Veränderungen im Verlauf der Erkrankung (Punktescore zum Zeitpunkt T1 minus Punktescore zum Zeitpunkt T0) gemessen. Standardwerte für eine altersentsprechende Referenzgruppe venengesunder Menschen liegen nicht vor, daher erlaubt die Angabe eines durchschnittlichen Punktescores innerhalb der Skalen keinerlei Aussage.

3.1.1 Vergleich der Punktescores des FLQA-s zum Zeitpunkt T0 und T1

T0 beschreibt den Zeitpunkt des ersten Arztkontaktes wegen des Ulcus cruris venosum, T1 den Zeitpunkt der Abheilung oder, wenn keine Heilung eingetreten ist, den Zeitpunkt ein Jahr nach dem ersten Arztkontakt (T0). Bei zwei der 25 Patienten war zum Zeitpunkt T1 keine Heilung eingetreten.

Vollständig auswertbare Ergebnisse liegen für den Zeitpunkt T0 in 21 Fragebögen vor, für den Zeitpunkt T1 in 12 Fragebögen, davon nur einer von einem Patienten ohne Abheilung. Der Unterschied in der Anzahl der Fragebögen zu den Zeitpunkten T0 und T1 sowie zu den 25 aufgenommenen Studienpatienten erklärt sich durch das Ausscheiden von Patienten aus der Studie durch Tod und Behandlungsabbruch durch den Patienten, Ablehnung einer zweiten Befragung, oder fehlerhaft bzw. unvollständig ausgefüllte Fragebögen, die aus Gründen der methodischen Korrektheit nicht in die Gesamt-Auswertung eingeflossen sind. Der letzte Punkt erklärt auch die unterschiedlichen Gesamtzahlen in den verschiedenen Teilauswertungen der Blöcke des Fragebogens.

Eine hohe Punktzahl entspricht einer besseren Lebensqualität, niedrige Punktzahlen entsprechend einer verminderten Lebensqualität.

Zeitpunkt T1**Zeitpunkt T0**

Punktescore	Häufigkeiten	Punktescore	Häufigkeiten
41 – 50	0	41 – 50	1
51 – 60	1	51 – 60	2
61 – 70	3	61 – 70	6
71 – 80	1	71 – 80	3
81 – 90	3	81 – 90	1
91 – 100	2	91 – 100	1
101 – 110	0	101 – 110	4
111 – 120	1	111 – 120	2
121 – 130	1	121 – 130	0
131 – 140	0	131 – 140	0
141 – 150	0	141 – 150	0
151 – 160	0	151 – 160	1
Gesamt	12	Gesamt	21
Mittelwert	86	Mittelwert	84
Standardabweichung	20	Standardabweichung	27

Die erste Auswertung bezieht sich auf die Gesamt-Punktescores des Fragebogens im Vergleich T1 zu T0, also die quantitative Darstellung der Summen-Lebensqualität in allen Lebensbereichen der Patienten. Hier zeigt sich eine breite Streuung der Punkte, sowohl zu Beginn als auch zum Ende der Therapie bzw. ein Jahr nach Therapiebeginn. Dabei geht die Spannbreite der Gesamt-Punktescores bei den Patienten mit dem gleichen Krankheitsbild (florides UCV) bei T0 von starker Einschränkung der Lebensqualität (41-50 Punkte) bis zu keiner Einschränkung (151-160 Punkte). Es sind keine Muster oder Tendenzen erkennbar, die Mittelwerte beider Tabellen liegen mit 86 bzw. 84 Punkten dicht beieinander. Maximal sind im FLQA-s 160 Punkte erreichbar.

3.1.2 Punktescore der Skalen des FLQA-s T1 – T0

Nachfolgend wird die Differenz der Punktescores in den einzelnen Blöcken des Fragebogens zwischen T1 und T0 für jeden individuellen Patienten dargestellt, also die Veränderung der Lebensqualität der Patienten nach abgeschlossener Therapie (bzw. nach einjähriger Therapie) im Vergleich zum Beginn der Therapie.

Die Prozentzahlen wurden trotz der geringen Fallzahl zur Verdeutlichung angegeben und jeweils auf volle Zahlen gerundet.

Unter "Gesamt" ist jeweils die Summe der Differenzen aller ausgewerteten Patienten angegeben. Da diese Summe sehr anfällig für Verzerrungen durch "Ausreisser" ist, wird der Schwerpunkt der Auswertung auf die Tendenz jedes individuellen Patienten (Verbesserung/Verschlechterung der Lebensqualität) gelegt. Für relevante und konsistente Effekte der Therapie muss angenommen werden, dass die deutliche Mehrzahl der Patienten in eine Richtung (Verbesserung) tendiert.

3.1.2.1 Körperliche Beschwerden

Punktescore	Häufigkeit	Prozent
-4	2	12
-3	1	6
-2	1	6
-1	3	18
0	1	6
1	2	12
2	2	12
3	2	12
7	1	6
13	2	12
Gesamt: 29	17	102

Wie in der Gesamtauswertung des Fragebogens, ist auch in dem Block "Körperliche Beschwerden" keine Tendenz erkennbar. 9 Patienten geben eine Verbesserung (54%), 7 eine Verschlechterung (42%) (Minuszahlen) der Lebensqualität nach Abschluß der Therapie bzw. ein Jahr nach Therapiebeginn an. Gleich geblieben ist der Punktescore bei einem Patienten.

3.1.2.2 Alltagsleben

Punktescore	Häufigkeit	Prozent
-4	2	12
-3	1	6
-1	1	6
0	5	29
1	3	18
2	1	6
3	1	6
4	1	6
5	1	6
6	1	6
Gesamt: 11	17	101

In dem Block „Alltagsleben“ zeichnet sich eine geringe Tendenz zur Besserung ab. Weniger Punkte, also eine schlechtere Lebensqualität, geben 4 Patienten an (24%), eine gleich bleibende Punktzahl findet sich bei 5 Patienten und eine Besserung bei 8 Studienpatienten (48%).

3.1.2.3 Sozialleben

Punktescore	Häufigkeit	Prozent
-1	2	12
0	10	59
1	3	18
5	2	12
Gesamt: 11	17	101

Die Hauptgruppe in dem Block „Sozialleben“ zeigt keine Veränderung, nämlich 10 (59%) Patienten. Während bei 5 (30%) Patienten eine Besserung zu beobachten ist, geben zwei (12%) Patienten ihre Lebensqualität als schlechter verglichen mit der Zeit vor der Therapie an.

3.1.2.4 Psychisches Befinden

Punktescore	Häufigkeit	Prozent
-13	1	6
-11	1	6
-8	1	6
-7	1	6
-6	1	6
-5	2	12
-3	2	12
-2	1	6
-1	3	18
0	1	6
6	2	12
12	1	6
Gesamt: -42	17	102

Die eindeutigste Tendenz bildet sich in dem Block „Psychisches Befinden“ ab. 78% (13 Patienten) geben eine Verschlechterung an, lediglich 18% (3 Patienten) eine Verbesserung und bei einem Patienten (6%) findet sich keine Veränderung.

3.1.2.5 Therapie der Venenerkrankung

Punktescore	Häufigkeit	Prozent
-4	1	7
-2	1	7
-1	4	27
0	4	27
2	1	7
3	1	7
7	1	7
8	1	7
17	1	7
Gesamt: 37	15	103

Keine Tendenz findet sich in der „Therapie der Venenerkrankung“. 4 Patienten geben keine Veränderung an (27%), 6 eine Verschlechterung (41%) und 5 Patienten eine Verbesserung (35%).

3.1.2.6 Zufriedenheit

Punktescore	Häufigkeit	Prozent
-17	1	7
-9	1	7
-4	1	7
-2	1	7
-1	3	20
1	2	13
2	2	13
3	1	7
4	1	7
6	1	7
9	1	7
Gesamt: -7	15	102

Die Zufriedenheit der Patienten zeigt keine Tendenz. Bei 48% (7 Patienten) findet sich eine Verschlechterung und bei 53% (8 Patienten) eine Verbesserung.

3.1.2.7 Punktescores der Skalen zur Beurteilung des Gesundheitszustandes und der Lebensqualität

Nachfolgend sind die Punktescores der drei Skalen „Gesundheitszustand allgemein“, „Gesundheitszustand hinsichtlich der Venenerkrankung“ und „Beurteilung der Lebensqualität“ dargestellt. Auch hier wird die Differenz T1 – T0 dargestellt.

Gesundheitszustand allgemein

Punktescore	Häufigkeit	Prozent
- 4	1	5
- 3	2	11
- 2	4	21
- 1	2	11
0	4	21
1	2	11
2	1	5
3	2	11
5	1	5
Gesamt: -5	19	101

Den allgemeinen Gesundheitszustand geben 9 Patienten (47%) als schlechter als vor der Therapie des UCV an, 6 Patienten (32%) als besser, und für 4 Patienten (21%) hat sich der allgemeine Gesundheitszustand nicht verändert.

Gesundheitszustand hinsichtlich der Venenerkrankung

Punktescore	Häufigkeit	Prozent
-2	2	11
-1	2	11
0	4	21
1	5	26
2	2	11
4	2	11
5	1	5
8	1	5
Gesamt 24	19	101

Hinsichtlich der Venenerkrankung beurteilt mehr als die Hälfte (58%, 11 Patienten) ihren Gesundheitszustand als besser und jeweils 21% (4 Patienten) als gleich geblieben oder schlechter geworden.

Beurteilung der Lebensqualität

Punktescore	Häufigkeit	Prozent
-5	1	5
-3	3	16
-2	2	11
-1	2	11
0	3	16
1	5	26
2	2	11
5	1	5
Gesamt: -6	19	101

Bei der Beurteilung der Lebensqualität insgesamt zeigt sich keine Tendenz. 8 Patienten (43%) sehen eine Verbesserung, 8 eine Verschlechterung und drei Patienten eine gleich bleibende Lebensqualität.

3.1.3 Dichotome Patientenmerkmale in T0

Im Folgenden werden die Merkmale Alter, Geschlecht und Erstereignis/Rezidiv zum Zeitpunkt T0 unter der Fragestellung „Nimmt das jeweilige Merkmal Einfluss auf die Lebensqualität?“ in Beziehung gesetzt zum Gesamt-Punktescore des Fragebogens zum Zeitpunkt T0. Der Mittelwert für die Gesamtgruppe der 21 auswertbaren Patienten beträgt 84 (Standardabweichung 27) (siehe 3.1.1). Die Merkmale wurden gewählt, weil die plausible Annahme besteht, dass sie Einfluss auf die Lebensqualität nach Auftreten eines UCV haben.

3.1.3.1 Alter

Vergleich der Patientengruppe ≤ 70 Jahre mit der Gruppe > 70 Jahre.

Es liegen 14 auswertbare Fragebögen der Gruppe ≤ 70 Jahre und 7 auswertbare Fragebögen der Gruppe > 70 Jahre vor.

	≤ 70 Jahre	> 70 Jahre
Gesamt	14	7
Mittelwert	79	94
Median	70	92
Standardabweichung	23	32

Im Vergleich der beiden Gruppen zeigen sich keine deutlichen Unterschiede in der Lebensqualität. Jedoch lässt sich die Tendenz erkennen, dass die Lebensqualität der älteren Gruppe insgesamt als besser eingeschätzt wird als die der jüngeren Gruppe.

3.1.3.2 Geschlecht

Vergleich der Patientengruppe „weiblich“ mit der Gruppe „männlich“.

Es liegen 13 auswertbare Fragebögen der Gruppe „weiblich“ und 8 auswertbare Fragebögen der Gruppe „männlich“ vor.

	Weiblich	Männlich
Gesamt	13	8
Mittelwert	85	82
Median	73	78
Standardabweichung	29	24

Der Vergleich der Gruppen „weiblich“ versus „männlich“ zeigt keinen Unterschied in der Lebensqualität.

3.1.3.3 Erstereignis/Rezidiv

Vergleich der Patientengruppe mit einem Erstereignis mit der Gruppe, deren UCV ein Rezidivereignis ist.

	Erstereignis	Rezidiv
Gesamt	7	14
Mittelwert	86	83
Standardabweichung	35	23

Auch der Vergleich der Gruppen „Erstereignis“ und „Rezidiv“ zeigt keinen Unterschied auf die Lebensqualität zu Beginn der Behandlung (T0).

3.1.4 Vergleich der Patienten mit abgeheiltem Ulcus und nicht abgeheiltem Ulcus zum Zeitpunkt T1

An dieser Stelle sollte abschließend der Vergleich der Lebensqualität zwischen den Patienten, die zum Zeitpunkt T1 ein abgeheiltes UCV hatten und denen, die bei T1 noch ein florides UCV hatten, gezogen werden unter der Annahme, dass die Lebensqualität bei Abheilung besser ist. Jedoch liegen nur Daten von einem Patienten mit floridem Ulcus bei T1 vor, so dass sich diese Frage nicht beantworten lässt. Allerdings kann man an dieser Stelle festhalten, dass der Therapieerfolg innerhalb eines Jahres bei fast allen Patienten in der Studienpopulation erzielt wurde.

3.1.5 Zusammenfassung der Fragebogenauswertung

Signifikante Unterschiede in der Lebensqualität zu den Zeitpunkten T1 und T0 finden sich nicht.

Tendenzen lassen sich nur in der Kategorie „Psychisches Befinden“ deutlich abbilden. Hier geben 13 (78%) Befragten eine schlechteres Befinden zum Zeitpunkt T1 (nach Abheilung) an und drei (18%) Befragte eine Verbesserung.

Weitere, nicht deutliche Tendenzen, spiegeln die Kategorien „Gesundheitszustand hinsichtlich der Venenerkrankung“ und „Alltagsleben“ wider. Hier zeigt jeweils eine geringe Tendenz zur Verbesserung des Befindens.

Der Vergleich der über Siebzigjährigen mit den unter Siebzigjährigen zeigt eine geringe Tendenz zur besseren Lebensqualität bei den älteren Patienten.

3.2 Interviews

3.2.1 Patientenaussagen zur Lebensqualität im offenen Interview

Von den 25 in die Studie einbezogenen Patienten liegen 22 Interviews zur Auswertung vor. Zwei konnten aufgrund technischer Probleme bei der Aufnahme nicht ausgewertet werden, ein weiteres Interview wurde mit dem Patienten nicht allein geführt (Angehörige anwesend) und konnte somit nicht in die Auswertung mit einfließen, da dies gegen das Studienprotokoll verstößt (siehe 2.1.3.1).

Zunächst sind die wörtlich zitierten Aussagen der Patienten, neben Alter zum Zeitpunkt des Interviews (T0) in Jahren und Geschlecht, ohne Paraphrasierung des Textes, im Kontext der entsprechenden Stellen zur Lebensqualität (Explikation) im Sinne einer „thick description“ dargestellt. Dies soll dem Leser einen Eindruck des zwar gefilterten, aber unbearbeiteten Materials geben und ihm ermöglichen sich von der Erzählung der einzelnen Patienten selbst ein Bild zu machen. Die Kategorieneinordnung sowie die Reduktion des Materials folgt in dem Kapitel 3.2.2.

Der schnelle Leser kann also direkt zu Kapitel 3.2.2 gehen.

Interview 101

Geschlecht: weiblich Alter: 37

Zeile 12 – 16

„*Interviewer*: Was bedeutet das offene Bein für ihre Leben?

Patient: Also im Moment bedeutet es für mich im derzeitigen Stand keine Beeinträchtigung. Das einzige, dass ich achte beim Duschen; ich nehme keine Vollbäder, ansonsten meine stecknadelgroße Wunde beeinträchtigt mich nicht.“

Zeile 46 – 49

„*Interviewer*: Wie ist es in Ihrem Alltag mit dem offenen Bein?

Patient: Habe ich keine Probleme mit. Ich habe ja nicht so eine schlimme Wunde. Ich kann alles uneingeschränkt machen, Autofahren, Rasenmähen, Fenster putzen.“

Interview 102

Geschlecht: männlich Alter: 42

Zeile 3 – 7

„*Interviewer*: Erzählen sie mal, was fällt Ihnen zum offenen Bein alles ein?

Patient: Zu meiner offenen Wunde? Ja, dass es mich im Moment behindert, sonst eigentlich nichts. Und dass ich hoffe, dass durch eine Operation oder je nach dem was andres, weil ich eventuell die Woche zu einem Spezialsten muss, vom Hausarzt aus, das ganze etwas besser wird.”

Zeile 36 – 38

„*Interviewer*: Was haben Sie zuerst selbst getan, bevor Sie den Arzt aufgesucht haben?

Patient: Gar nichts bin gleich zum Arzt gegangen, hauptsächlich wegen pochender Schmerzen.”

Zeile 48 – 55

„*Interviewer*: Wie ist es in Ihrem Alltag mit dem offenen Bein?

Patient: Ja auch schlecht, ich muss immer darauf achten, dass man keine Schläge darauf kriegt. Man passt ein bisschen mehr auf, man ist halt mit der Zeit sensibilisiert.

Interviewer: Wie geht Ihr Partner oder Ihre Familie damit um? *Patient*: Ganz normal. Das sieht zwar unangenehm aus, aber keiner braucht hinzusehen und ich kann damit gut leben.”

Interview 103

Geschlecht: weiblich Alter: 82

Zeile 18 – 28

„Ich weiß von anderen, die man vom Dorf so kennt, dass es eine ganz langjährige Geschichte ist, wenn es einmal offen ist. Ich habe jetzt 14 Tage, eine Fußpflege, die ins Haus kommt und sagte mir, was hast du denn hier, das sieht aber komisch aus. Weiße Flecken gerade an dem Gelenk und ist dann aufgegangen und hat dann furchtbar wehgetan. Ich muß ja immer gucken, wer mich verbindet, weil ich es ja gar nicht kann, wenn es direkt am Bein wäre, wäre es kein Problem aber gerade die Stelle. Auch mit dem Verbinden. Und dann meine beiden Söhne, dann mal der, dann mal der, dann gerade mal meine Nachbarin. Ich kann nicht immer zum Arzt laufen, mich zwei

Stunden dafür hinsetzten. Ich kann auch nicht verlangen, dass er immer hierher kommt. Er hat ja genug zu tun. Ja das ist es was ich alles weiß und die Erfahrung, die ich habe.”

Zeile 32 – 39

„*Interviewer*: Was bedeutet das offene Bein für ihr Leben? *Patient*: Es ist so eine komische Stelle, kann nichts Gescheites anziehen, keine Schuhe. Immer was hinten offen ist und dann gehe ich mit dem Stock sowieso, weil ich die Hüfte kaputt habe, bin zwar operiert worden, vor acht Jahren. Ich kann auch nicht darauf liegen. So tut mir das nicht weh, aber ich kann mich nicht auf die linke Seite legen. Und vor allen Dingen bin ich früher gelaufen und hab gearbeitet und heute kriege ich nicht mach dieses und jenes. Es geht einfach nicht mehr.”

Zeile 75 – 80

„*Interviewer*: Unternehmen Sie auch noch zusätzlich zur ärztlichen Behandlung etwas, um die Heilung voranzutreiben? *Patient*: Da ist der Gummistrumpf an dem Bein. Am offenen Bein, dass tut mir zu weh. Das ist eine Stelle, wo ich nicht verbinden kann. Sehen Sie die Wunde, ich kann nichts tun. Ich kann den Strumpf unmöglich über die Wunde ziehen. Nicht mit dem Gummistrumpf.”

Zeile 92 – 94

„*Interviewer*: Wie ist es in Ihrem Alltag mit dem offenen Bein?

Patient: Sehr beeinträchtigend, ständige Schmerzen, Stiche und dann klopft es. Immer so abwechselnd.”

Interview 202

Geschlecht: weiblich Alter: 89

Zeile 41 – 45

„*Interviewer*: Was bedeutet das offene Bein denn für Ihr Leben? *Patient*: Ja sehr viel, wenn ich nicht richtig gehen kann! Das ist doch nichts, wenn man nicht richtig gehen kann. Tja, was will man machen, man muß sich so durchs Leben schlagen. Und mit 89 Jahren ist nicht viel mehr los.”

Zeile 85 – 87

„*Interviewer*: Wie ist es in Ihrem Alltag mit dem offenen Bein? *Patient*: Am schlimmsten ist es mit dem Gehen. Sonst nicht.“

Interview 203

Geschlecht: weiblich Alter: 44

Zeile 102–112

„*Interviewer*: Wie ist es in Ihrem Alltag mit dem offenen Bein? Sie haben ja schon gesagt, dass sie eigentlich keine Einschränkungen haben, aber es fängt ja damit an, dass sie damit zum Arzt müssen. *Patient*: Ja, aber der ist ja ganz in der Nähe. Ist ja fast Nachbarschaft. Ist ja kein Problem. Ist halt nur mit der Hygiene. Ich meine duschen werde ich wahrscheinlich auch nicht können. Da habe ich gar nicht nachgefragt. Ich weiß nicht wie das ist mit dem Pflaster. Es ist halt so, dass man sich nur waschen kann und das ist schon ein bißchen blöd. Aber ich hoffe ja auch, dass es nicht so lange offen bleibt. Wenn man noch jung ist in Anführungszeichen, dass es doch schneller heilt.“

Zeile 200-205

„Weiterhin wickeln und später dann Kompressionsstrumpfhose tragen, was es da so gibt. Obwohl das ist im Sommer ja nicht gerade angenehm. Obwohl es da am wichtigsten ist, wenn es heiß ist. Aber angenehm ist es nicht. Muß ich sagen, habe ich bisher auch nicht gemacht. Vielleicht wäre es nicht so weit gekommen, wenn ich es weiterhin befolgt hätte. Es ist schon ein Leiden, da hat man das Leben lang mit zu tun.“

Interview 208

Geschlecht: männlich Alter: 51

Zeile 49 – 54

„*Interviewer*: Was bedeutet das offene Bein für Ihr Leben? *Patient*: Ja, das war schmerzhaft und der Arzt sagte auch, dass das schlimmer werden würde. Ich müßte die Strümpfe tragen. Ich merke auch auf der Arbeit, also ich bin Schlosser und muß viel stehen, und nachher habe ich schwere Beine oder wenn wir einkaufen waren...und das es weh tat auch.“

Zeile 67 – 72

„*Interviewer*: Ist das das erste Mal, dass sie ein offenes Bein haben? *Patient*: Ja. Das ist auch ein ziemliches Loch. Das brannte auch und stach oder irgendwie so. Ich bin jetzt 51 und muß ja noch ein paar Jahre arbeiten. Bevor es nachher noch ganz schlimm wird. Ich hoffe, dass es jetzt noch zeitig war.“

Zeile 92–110

„*Interviewer*: Wann genau hat denn das mit dem offenen Bein überhaupt angefangen, und welche Anzeichen haben sie zuerst bemerkt? *Patient*: Ja, also mit dem offenen Bein? *Interviewer*: Ja. *Patient*: Sechs, sieben, acht Wochen. Und dann näßte das und dann war das wie jetzt. Habe ich das rausgeböddelt, wie so ein Dorn war das. Ja und das näßte es und Salbe drauf getan, Wund- und Heilsalbe und jetzt habe ich so eine rote Salbe. Und das brannte darin irgendwie. Nicht wie Knochenfraß, aber irgendwie so komisch wie "fressen" so ungefähr. Und das Bein war dick. Und dann habe ich viel, ich bin auch beim Hautarzt gewesen, von den Arbeitsschuhen habe ich gedacht, von den Gerbstoffen wenn man schwitzt oder was, hatte so einen Juckreiz, da war ich beim Hautarzt und habe Salbe gekriegt. Meistens mit Cortison. Ist ja auch nicht gut für die Haut, macht die Haut ja auch dünn. Aber das ist mehr von der trockenen Haut. Meine Freundin schmiert mir jetzt immer Salbe drauf. Da ist es auch besser geworden. Ich hatte das oft, dass ich mir das blutig gekratzt hatte.“

Zeile 119–122

„Und meine Tochter hat auch Krampfadern und wie das damals anfing mit 14, 15 Jahren, da gingen wir ins Schwimmbad, da habe ich mich immer geschämt. Ich lag dann immer in Jeans rum, hab die nur ausgezogen, wenn ich schwimmen ging.“

Zeile 135–139

„Und jetzt, wo ich in X [*Ort der Praxis*] war, wenn die Füße gewickelt wurden, konnte ich ja vorher und nachher nicht arbeiten gehen. Da kamst du ja in keine Sicherheitsschuhe mit rein. Und das sehen die auch locker. Die haben gesagt "du bist ja eh krank, laß dir nur bescheinigen, dass du da warst, dann wird das als krank gerechnet".“

Zeile 244-259

„*Interviewer*: Wie machen Sie das mit der Kleidung? *Patient*: Wie? *Interviewer*: Wenn es jetzt zum Beispiel draußen wärmer wird und sie mit kurzen Hosen herumlaufen und die Strümpfe tragen müssen! *Patient*: Da kann ich ja hier auf der Terrasse.... *Interviewer*: ...und wenn sie weggehen? *Patient*: Da ziehe ich mir eine Jeans drüber, dann laufe ich nicht mit kurzer Hose rum. Und so schlimm sind die auch nicht. Weil die nur bis hier gehen und dann ziehe ich mir Strümpfe drüber. Beim Umziehen auf der Arbeit, da sind viele Andere die auch irgendwas haben. Da mache ich mir aber nichts draus, dass die was sagen.”

Interview 301

Geschlecht: männlich Alter: 79

Zeile 19 – 25

„Und da im Urlaub hat das angefangen hier unterm Knöchel wehzutun. Auf einmal habe ich gemerkt: Mensch, da ist was! Da bin ich zurückgekommen, und wollt' ich gleich zur Frau Doktor gehen, aber die war in Urlaub, da mußte ich zu einem anderen Arzt gehen, mit dem ich sehr zufrieden war. Und der hat mir da, aber der hat das wohl nie richtig erkannt, nehme ich an. Er hat mir aber auch eine Heilsalbe verschrieben, die habe ich immer drauf getan, wurde es dann mal wieder besser. Aber im Endeffekt hat da nichts geholfen.”

Zeile 36 – 42

„*Interviewer*: Was fällt Ihnen noch so ein zu Ihrem offenen Bein? *Patient*: Dass ich schlecht laufen kann - Schmerzen sind, ne? Und ich muß sagen - ab heute eigentlich habe ich nicht mehr die Schmerzen drin, wie sie gewesen sind. Das ist für mich ein Zeichen, dass sich da schon was; dass das doch was geholfen hat [*nächster Satz unverständlich*] ...die Folgen - es ist sehr rau, die Haut.”

Zeile 121–126

„*Interviewer*: Was vermuten Sie, wo das offene Bein so herkommt? *Patient*: Ja, ich nehme an, das ist, weil ich eben nicht gecremt habe. Das war eben zu trocken, ne? War zu trocken. Denn wenn Sie sich das dann ansehen, dann werden Sie sehen, das sieht nicht sehr appetitlich aus, rau, verfärbt, und da ist das aufgesprungen.”

Zeile 162-173

„*Interviewer*: Wie ist es sonst so im Alltag mit Ihrem offenen Bein? *Patient*: Ja, ich weiß nicht, wie ich dazu antworten soll - im Alter? *Interviewer*: Im Alltag! *Patient*: Im Alltag! Ja, also, es behindert beim Laufen. Und, wie gesagt, heute bin ich eigentlich ziemlich gut, ich merke das früh schon immer, wenn ich aufstehe. Ist ja logisch, dass, ... hier hinten bewegt sich's ja [*Patient zeigt auf die Stelle unter dem Knöchel*] - und dann tut das doch weh. Ja, ich habe - ich gehe sowieso mit dem Stock, weil ich da ein bißchen Schwierigkeiten habe. Und ohne Stock, also dann wäre das sehr schmerzhaft.”

Zeile 193-196

„*Interviewer*: Wie sieht es denn mit der Freizeit aus? *Patient*: Ja, Gott, ich habe einen Garten, das ist meine Freizeit. Aber jetzt muss eben meine Frau die schwerste Arbeit machen. Also ich schaffe das nicht mehr.”

Zeile 241-247

„*Interviewer*: Haben Sie sonst eine Idee, was Ihnen gut täte? *Patient*: Was mir gut täte? Ha ha. Ja, gut wäre, wenn ich friedlich wieder einigermaßen laufen könnte. Und Fahrrad fahren – Auto haben wir nicht - wir machen alles mit dem Fahrrad. Tja, und das ist diese Sache, die mir gut tut und meiner Frau auch. Aber leider muss ich sie enttäuschen, denn wenn ich nicht mit kann, macht sie es ja auch nicht.”

Interview 302

Geschlecht: weiblich Alter: 70

Zeile 137–138

„Ich kann ja nicht mal alleine einkaufen.”

Zeile 432–435

„Das hat für mich bedeutet, keinen Schritt mehr aus dem Haus. Ich war ans Haus gefesselt. Mein Mann hat mich zum Dr. X geführt, aber ich bin gegangen, wenn es schon ein bißchen aufgehört hat, wenn das Blut nicht mehr gar so runterlief.”

Zeile 486–487

„Und da hatte man mich auch als Trauzeugen. Da hatte ich meinem Mann gesagt, jetzt soll ich da Trauzeugen spielen und soll vor den ganzen Leuten da laufen. Ich kann ja gar nicht gehen.“

Zeile 1115 – 1119

„Anaesthesulf Lotio – Polydocanol als Wirkstoff. Das habe ich dann noch darüber getan, da haben sie kein Jucken mehr. Damit kann ich es aushalten, habe ich auch heute Morgen draufgetan. Habe ich gemacht, dass ich mich hier nicht dauernd kratze und reibe oder dass ich ins Bad gehen muß, weil ich es nicht mehr aushalten kann.“

Interview 307

Geschlecht: männlich Alter: 52

Zeile 33 -38

„Es ist ein Handicap was man hat. Und mit solch einem Handicap muss man leben so gut es geht. Wenn man immer bandagiert ist, kann man nicht schwimmen gehen und all die Sachen, die man damit in Verbindung bringt oder bringen muss. Die kann man dann eben nicht machen. Dass heißt also Freizeit muß ein bißchen zurücktreten in irgendwelcher Form.“

Zeile 103–105

„Ich sag ja eben, das behindert zwar ein wenig, wenn ich in der Freizeit was unternehmen will oder schwimmen gehen will.“

Interview 309

Geschlecht: weiblich Alter: 82

keine Aussagen zur Lebensqualität

Interview 401

Geschlecht: männlich Alter: 70

Zeile 40 – 47

„Seit zehn Jahren habe ich das schon mit den offenen Beinen. Einmal hier, dann wieder einmal da. Und einmal am Rücken des Beines. Zuerst außen, und dann hatte ich die Innenseite, und dann habe ich es hier gehabt, und dann habe ich es hier an der Innenseite

gehabt [*Patient zeigt mehrere Stellen an beiden Beinen*]. Aber ich nehme an, das hat nichts mit der Operation zu tun. Ich hatte es ja auch schon vorher. Und das Jucken! Ich hatte mir gedacht, das ist der Blutwechsel. Ja, ich bin ein Typ, ich lauf nicht wegen jeder Kleinigkeit zum Arzt.“

Zeile 52 – 56

„*Interviewer*: Was bedeutet das offene Bein für Ihr Leben? *Patient*: Ich habe ein bißchen Schmerz. Also, es schmerzt ein bißchen. Aber nicht viel. Ich bin auch nicht empfindlich. Also ich meine, ich wäre nicht empfindlich.“

Interview 406

Geschlecht: weiblich Alter: 65

Zeile 16 – 21

„*Interviewer*: Was fällt Ihnen noch so ein zu Ihrem offenen Bein? *Patient*: Ja, ich hatte dann lange Ruhe. Manchmal, vor allem im Sommer, waren die Beine öfter mal geschwollen, taten auch manchmal weh. Ja, vor 30 Jahren fing dann das mit den Krampfadern an. Besonders im Sommer waren die zu sehen, war wirklich nicht schön anzusehen. Was will man aber machen?“

Zeile 34 - 37

„*Interviewer*: Was bedeutet das offene Bein für Ihr Leben? *Patient*: Ja es ist schon ganz schön belastend. Manchmal denke ich, warum ich das so verdient habe. Ich muß immer ganz schön aufpassen.“

Zeile 51 – 55

„*Interviewer*: Was vermuten Sie, wo kommt das offene Bein her? *Patient*: Ich hab das nur am linken Bein, und das linke Bein war immer schon meine Schwachstelle. Ja, wie gesagt, durch das Kratzen ist das immer schlimmer geworden. Hat ja auch sehr gejuckt.“

Zeile 81 – 86

„*Interviewer*: Wie ist es in Ihrem Alltag mit dem offenen Bein? *Patient*: Ja, ich stehe morgens auf, mache Kaffee, alles halt so wie immer. Nur, wenn die Schmerzen zu stark werden, dann muss ich die Beine schon hoch tun. Am liebsten bin ich im Garten, aber da muss mein Mann viel helfen. Das tut er auch.“

Zeile 103 - 108

„*Interviewer*: Wie machen Sie das mit der Kleidung? *Patient*: Am liebsten ziehe ich Hosen an. Früher habe ich gerne Röcke getragen, aber jetzt geht das ja nicht. Frauen dürfen ja heute Gott sei Dank auch Hosen tragen.“

Interview 407

Geschlecht: männlich Alter: 59

Zeile 30 – 43

„*Interviewer*: Was bedeutet das offene Bein für Ihr Leben? *Patient*: Man kann sich ja nicht frei bewegen, man kann weder ins Schwimmbad oder sonst was. Man kann ja, auch wenn man sich auszieht, nicht mit kurzer Hose... es ist wie ein Mensch zweiter Klasse, so fühlt man sich. Ich jedenfalls. Deprimierend. Vor allem die Angst, dass es wieder so schlimm wird, wie damals. Da ging eine Stelle zu, die andere wieder auf. Aber jetzt glaube ich, dass es gekommen ist, weil ich mich daran gestoßen habe, an dieser blauen Stelle, die sowieso so schwach war. Kompressionsstrümpfe habe ich auch immer wieder getragen. Aber lange nicht, weil ja Ruhe war. Oft habe ich die Strümpfe nicht vertragen. Es juckte. Es war wie ein Schraubstock, wenn man sie den ganzen Tag trug. Richtig daran gewöhnt habe ich mich nicht. Dann habe ich sie nicht regelmäßig getragen, weil es sich nicht veränderte. Es blieb konstant. Vielleicht wenn ich mich nicht daran gestoßen hätte, dann wäre es so geblieben.“

Zeile 66 - 73

„*Interviewer*: Was haben Sie zuerst selbst getan, bevor Sie den Arzt aufgesucht haben? *Patient*: Ich habe an und für sich gar nichts daran getan. Ich habe gehofft, dass das von allein zugeht. Schmerzen hatte ich da andauernd, es brannte. Aber das war ich ja gewohnt von den anderen. Ich habe es so gelassen, wie es war. Dann hatte sich eine Kruste gebildet und, wenn man duschen geht, dann wurde es weicher. Dann wurde es allmählich größer. Und dann ist es offen geblieben.“

Zeile 91 - 96

„*Interviewer*: Wie ist es in Ihrem Alltag mit dem offenen Bein? *Patient*: Die Bewegungsfreiheit ist sehr eingeschränkt, wenn sie die Wickel bis oben hin haben. Man kann sich ja kaum Bücken. Selbst beim Fahrradfahren ist es sehr schlecht. Dann rutscht

das wieder, dann muss man es wieder neu machen. Es nervt. Jetzt im Sommer ist sehr unangenehm.”

Interview 408

Geschlecht: männlich Alter: 59

Zeile 4 – 12

„*Interviewer*: Erzählen Sie mal, was Ihnen so zu Ihrem offenen Bein einfällt? *Patient*: Ich würde sage, so offen ist das Bein gar nicht. Ich weiß nicht, ob “offenes Bein“ der richtige Begriff ist. Ich hab mich mal verletzt, das dauert schon länger wie üblich, bis das heilt. Da muss ich mich echt in Acht nehmen. Dann kommt da so eine Kruste drüber und dann tut das auch manchmal weh. Und dann geht die ab... ja, und jetzt, meine ich, ist das schon fast zu. Schon fast Haut drüber. Ja nun, ich hab wohl die Gefahr für offene Beine, die ist schon gegeben.”

Zeile 104–107

„*Interviewer*: Wie machen Sie das mit der Kleidung? *Patient*: Ich trage immer lange Hosen. Das mit den Beinen sieht ja nicht so optisch schön aus.”

Interview 409

Geschlecht: weiblich Alter: 72

Zeile 4 - 16

„*Interviewer*: Erzählen Sie mal, was Ihnen so zu Ihrem offenen Bein einfällt? *Patient*: Ich kann nur sagen, ich habe draußen gesessen auf dem Rasen und drei Tage danach bekam ich einen dicken, roten Fuß. Meine Tochter war im Urlaub, da dachte ich was jetzt? Und da war mein Sohn hier und sagte “da kannst du nicht mit laufen. Da mußte mal zum Arzt gehen.“ Da bin ich Montag zu Frau Dr. A. gegangen. Frau Dr. A. fragte, was ist das denn? Ich hatte vorher nichts, da hat mich was gestochen. Da hat sie geguckt und meinte: "Ja, man sieht auch den Einstich.“ Dann hat sie mir das Bein verbunden und alles. Zwei Tage später ging das Bein auf und es kam Sauerei heraus. Es kam Eiter heraus und das ist so, als wenn 100 Nadeln drin sind, so tut das weh. Ich bin schon das neunte Mal bei der Frau A. damit. Am Montag war ich da, jetzt muß ich am Freitag. Ich fragte die Frau A., wie lange es denn dauert. "Das weiß ich auch nicht" sagte sie.”

Zeile 119 – 122

„*Interviewer*: Woher nehmen Sie die Kraft, mit der Krankheit zurechtzukommen?

Patient: Die Kraft ist einfach da, da gebe ich nichts drum. Ich werde auch nachts wach von den Schmerzen, aber da gebe ich auch nichts drum.”

Interview 412

Geschlecht: weiblich Alter: 70

Zeile 20 – 23

„*Interviewer*: Was bedeutet das offene Bein für Ihr Leben? *Patient*: Das ist nicht schön. Habe schon oft viel Schmerzen daran gehabt. Die kommen und gehen.”

Zeile 96 – 102

„*Interviewer*: Wie machen Sie das mit der Kleidung? *Patient*: Wenn ich da Wickel drum habe, dann gehe ich mit einer langen Hose. Ich gehe nicht gern mit Röcken. Früher habe ich mehr Röcke getragen, aber jetzt viel lieber Hosen. Vor allem wegen der Beine. Die Beine haben auch so eine komische Farbe bekommen. Ist schon lange her, am Anfang hatte ich sie nicht so bunt.”

Interview 413

Geschlecht: weiblich Alter: 69

Zeile 4 – 12

„*Interviewer*: Erzählen Sie mal, was Ihnen so zu Ihrem offenen Bein einfällt? *Patient*: Wie einfällt? Das offene Bein habe ich seit 3 Wochen und zwar ist das ganz schlimm, wenn ich abends ins Bett gehe, fang an zu schlafen, da fängt das an zu jucken. Und da juckt das so sehr, dass ich da halb im Schlaf kratzen tue. Ich habe mir schon die Fingernägel ganz kurz geschnitten. Und dadurch sind die Wunden gekommen. So lange gekratzt, bis es blutete. Und wenn es blutet habe ich Ruhe. Früher habe ich gedacht: Ach Du lieber Gott, was hast du gemacht. Das hier unten geht schon wieder und jetzt habe ich es hier oben.”

Zeile 49 – 57

„*Interviewer*: Was haben Sie zuerst selbst getan, bevor Sie den Arzt aufgesucht haben?

Patient: Da habe ich selber gedoktert. Alles war rot und heiß. Da habe ich gekühlt, damit die Hitze rausgeht. Das habe ich auch geschafft. Als der Doktor kam, sagte er

„weitermachen“ und Salbe drauf. Auf die Stelle, die er gesehen hat. Da ist ja nun alles trocken. Das näßte zuerst. Da lief mir alles die Beine runter. War Eiter oder Wasser. Ich weiß nicht genau, was das war. Es war gelblich und hatte auch weh getan.“

Interview 424

Geschlecht: weiblich Alter: 65

Zeile 16 – 19

„*Interviewer*: Was bedeutet das offene Bein für Ihr Leben? *Patient*: Ich habe furchtbar Angst, dass was dran kommt. Also, Schmerzen habe ich nicht. In dem anderen Bein habe ich die Krampfadern weg.“

Interview 427

Geschlecht: weiblich Alter: 75

Zeile 14 – 28

„Das war eine sehr gute Hautärztin. Die hatte auch ein großes Labor. Vor der Beerdigung meiner Schwester hat sie zuerst die Allergie behandelt. Dr. M. war ja im Urlaub... und dann mußte ich sofort mit dem Bein... waren zwei große Löcher. Da sagte sie, das darf ich eigentlich nicht behandeln, kann ich auch nicht. Ich sagte: "Tun Sie mir das nicht an, ich hab meinen Schwager noch zu versorgen, der ist alt." Dann hat sie doch einmalig an mir gearbeitet. Ich hatte großes Vertrauen zu ihr. Es war sehr schmerzhaft die Methode, aber es mußte ja sein. Reinigen und alles. Und dann war es noch mit diesen Kreuzwickeln. Ich sagte oft, tun sie es nicht zu dick, ich komm nicht mehr in die Schuhe. Aber man hat einen großen Halt. Dann mußte ich alle paar Tage runter nach Ahrhütten. Das ist mit dem Bus sehr weit. Dann fragte sie mich, ob ich damit zu Recht käme. Machen sie sich immer ein Fläschen abgekochtes Wasser zu Recht. Reinigen Sie damit ihre Wunde und dann machen sie sie so zurecht, wie ich es jetzt auch gemacht habe. Allerdings mit dieser Salbe... so ein lila Präparat. Sie hatte die großen Löcher wirklich zubekommen.“

Zeile 47 – 49

„*Interviewer*: Was bedeutet das offene Bein für Ihr Leben? *Patient*: Meine Beine werden immer wieder schwer. Die Durchblutung ist gestört.“

Zeile 83 - 86

„*Interviewer*: Wie ist es in Ihrem Alltag mit dem offenen Bein? *Patient*: Durch die Schmerzen ist man schon mal eingeschränkt.“

Zeile 109 – 116

„*Interviewer*: Wie sieht es mit Ihrer Freizeit aus? *Patient*: Ja, das ist gut gefragt. Ich war zweimal in meinem Leben im Urlaub. Busfahrten. Das erste Mal hat mir gut gefallen. Nach dem zweiten Mal hatte ich Entzündungen in beiden Beinen. Dr. M. sagte: „Ich hatte Sie gewarnt. Das kommt vom langen Sitzen. Fahren Sie mit dem Zug, da können Sie spazieren gehen.“ Ab und zu mache ich eine Seniorenfahrt mit.“

Interview 428

Geschlecht: weiblich Alter: 80

Zeile 59 – 62

„*Interviewer*: Was bedeutet das offene Bein für Ihr Leben? *Patient*: Furchtbar! Am Tage lässt es sich noch machen, aber nachts! Das hämmert, als wenn tausend Messer durchgehen.“

Zeile 93 – 104

„*Interviewer*: Haben Sie Hilfe beim Behandeln des offenen Beines? *Patient*: Ja, ich muß jeden Tag runter in die Praxis, aber der Weg ist mir reichlich beschwerlich. Runter geht noch, aber den Berg hier wieder rauf. Hier zu Hause wickle ich selber. Am Monat hat sie (*Kollegin vom Hausarzt*) mir das hier drauf geklebt. Aber nachmittags konnte ich das vor Schmerzen nicht mehr aushalten und habe es wieder abgemacht. Habe die Beine hochgelegt, und dann wurde es ein bißchen besser. Die (*Hausarzt und Kollegin*) wissen auch nicht sehr viel, haben mal eine Salbe drauf geschmiert, hat auch nichts gebracht. Die sind gar nicht auf diesem Gebiet ausgebildet. Ich meine, sie meinen es gut, aber sie wissen es nicht.“

Zeile 106 – 109

„*Interviewer*: Wie ist es in Ihrem Alltag mit dem offenen Bein? *Patient*: Es belastet mich sehr schwer. Das schlimme ist, ich habe Urlaub gebucht. Mußte das absagen. Und Sie sehen, wir haben hier viel Umlage, da muß ich ja was tun.“

Zeile 133 – 135

„Interviewer: Wie sieht es mit Ihrer Freizeit aus? Patient: Da bin ich schon eingeschränkt. Wollte ja in den Urlaub und mußte den absagen.“

Interview 502

Geschlecht: männlich Alter: 47

Zeile 1 – 11

„Interviewer: Erzählen Sie mal was Ihnen so zu Ihrem offenen Bein einfällt?

Patient: Ja, das ist ja das Problem dass ich habe, durch die Bestrahlung platzt dieser Kram jedes Jahr auf und immer zur Sommerzeit. Das ist dann immer sechs bis acht Wochen auf, das schlimmste in dieser Jahreszeit ist, dass jetzt die Lymphe laufen. Die Haut ist O.K. soweit. Sie ist gespannt das ist wie eine Elefantenhaut und ich habe die ganzen Kliniken - X-Klinik, Y-Klinik - die hab ich alle durch, aber kein Mensch kann mir helfen. Das Zeug läuft und läuft und läuft, weil die Venenklappen nach unten funktionieren, aber nach oben nicht. Dann haben Sie mir durch diese Bestrahlung Cortisonspritzen verpaßt und zwar, glaube ich, 300 laut dem letzten Bericht, dadurch ist die Haut sehr empfindlich geworden und ich habe 45kg zu genommen.“

Zeile 15 - 23

„Interviewer: Was bedeutet das offene Bein für Ihr Leben?

Patient: Das ist eine Einschränkung, eine ganz gewaltige Einschränkung! Wenn ich mir mal meine Hosen anschau, ich war ja gestern Abend wie gesagt kurz im Biergarten weil wir Fußball geguckt haben, dann platzen die Lymphe auf, die Hose kann ich wegschmeißen. Da ist ein weißer Kranz, die Hose ist weg, die kann man dann nur noch wegschmeißen. Es läuft und läuft und läuft. Wenn ich hier im Wohnzimmer sitze nehme eine Plastikschißel und lass es laufen. Dann habe ich in ungefähr einer halben Stunde fünf Zentimeter Flüssigkeit in der Wanne. Es ist katastrophal. Deshalb ist Mull mein Leben.“

Zeile 55 – 68

„Interviewer: Was haben Sie zuerst selbst getan, bevor Sie den Arzt aufgesucht haben?

Patient: Gar nichts. Wie es auf einmal dick wurde bin ich zu einem Bekannten gegangen der Arzt ist. Und er hat mich dann am nächsten Tag in die Praxis bestellt und hat angefangen zu suchen. Dann gab es ja damals nicht diese variesive Sachen und so

weiter, die gab es ja damals noch nicht, dann haben wir Mull und Salbenverbände und Silberpuder und alles mögliche versucht zu machen und sind jetzt so weit, dass wir nur noch die Kohlekompressen machen. Die Haut ist nicht schlecht, es ist schon besser geworden, aber nur eben die Lymphe, die dünne Haut das läuft! Es ist schrecklich. Also mein Bett da hab ich immer ein dickes Bettlaken, das ist morgens naß. Das hält dann wieder drei, vier, fünf Tage an, dann kriege ich es wieder zu, weil ich dann irgendwelche dicken Fettcremes drauf packe um die Haut dann damit zuzupacken, dann meine Gummischuhe anziehe um unter der Wade noch Druck zu erzeugen. Man soll ja nicht wickeln, dann ist ja alles zu spät.”

Zeile 88 – 97

„*Interviewer*: Wie geht Ihr Partner mit dem offenem Bein um? *Patient*: Ach ja, man hat sich daran gewöhnt. Also meine Lebensgefährtin fragt immer, guckt immer, reibt mir das Bein schon mal ein mit Creme und so weiter damit die Haut nicht schuppig wird. Die Haut stößt unwahrscheinlich viele Schuppen ab, wie so ein Fisch sieht man dann aus. Wenn man das regelmäßig schön einfettet ist das gar kein Problem. Das einzige Problem ist wenn man schwimmen geht und so weiter. Ich habe also irgendwie Hemmungen irgendwo hin zu gehen wo die Leute so was sagen! Also weil viele gucken und sagen „Ih, was hat der denn da? Der hat einen blauen Unterschenkel. Der hat ein Raucherbein!“ Wenn Sie drauf angesprochen werden!”

Zeile 101 - 105

„*Interviewer*: Wie wird der Haushalt geschafft? *Patient*: Ja, das ist ein Problem, das mach ich dann selber. Beziehungsweise ich habe meine Lebenspartnerin und meine Putzfrau und meine Raumpflegerin die ich habe. Ich habe also verschiedene Leute die mir helfen meine Sachen in Ordnung zu bringen.”

Zeile 112 - 118

„*Interviewer*: Wie sieht es mit der Freizeit aus? *Patient*: Ja, ich treibe also, ich spiele Golf und Tennis, aber Tennis nicht mehr so wie ich das früher gespielt habe, sondern ich mache jetzt nur noch Doppel, dann muß man nicht so viel laufen, weil sonst die Belastung vom Bein doch zu stark wäre. Man muß ja was tun. Sonst Fahrrad fahren, ich gehe in die Fitneßbude oder wie man sagt in die „Muckibude“ und ziehe dann mein Programm durch. Mache ich zwei Mal in der Woche.”

Interview 504

Geschlecht: weiblich Alter: 88

Zeile 1 – 8

„*Interviewer:* Erzählen Sie mal was Ihnen so zu Ihrem offenen Bein einfällt?

Patient: Ja wissen Sie, da bin ich im Moment kolossal behindert. Ich komme nirgendwo mehr hin, ich kann nicht alleine gehen. Ich brauche einen Stock, ich kann nichts mehr tragen, nachts schlafe ich nicht und das ist das Traurige dabei. Da kommen oft so, als ob man mit dem Messer da durch geht... Ich schlafe keine Nacht, essen tue ich auch kaum, es ist ein Wunder, dass ich jetzt einen Kaffee trinke, ich brauche Ihnen da nichts vorlügen. Ich kann mir selbst nichts mehr kochen und ich mag nichts vom Fließband.”

Zeile 21 – 31

„Ja, ich muß mal wieder frisch verbinden, ich kann ja das Zeug drei, 4 Tage drauf lassen, das tue ich aber nicht. Ich weiß wie lange ich das drauf lassen kann, von abends bis zum Morgen. Und wenn es hart wird, die Gaze wird ja hart und es läuft auch aus, das ist voll Eiter, das ist voll, wenn es blutet, dann bin ich beruhigt, dann weiß ich, dass die Durchblutung da ist. Ich wickle das auch alles selbst, und da werde ich auch keinen zweiten dran lassen. Das muß ich ihnen ganz ehrlich sagen. Dann habe ich immer das Gefühl, dann denke ich immer „bloß die Finger davon lassen“. Mußt du selber machen und dann geht da so schön ein Stechen durch. Was das ist das weiß ich nicht. Ob das jetzt die Zirkulation ist von dem... ich bin jetzt kein Arzt, verdummt bin ich aber auch nicht!”

Zeile 61 – 73

„Aber man soll mich bitte schön nicht zum Arzt schicken. So lange der Doktor X sagt, das ist in Ordnung, mache ich das weiter. Jetzt muß ich ganz ehrlich sagen, nachdem was ich alles durchgemacht habe, mittlerweile alles was da ansteht, bis über den Kopf hinaus weg ist, hasse ich jedes Mal den Arztgang. Ich geh nur noch zum Doktor X und den lasse ich auch nicht immer an mein Bein. Müssen Sie gar nicht glauben, der ist letztens hier rein gekommen und sagte „Ach, nur ein Kreuzverband, da will ich nur...“ Da wollte er nur so einen Verband drauf machen, und da entscheide ich auch, wenn ich nur einen Gazeverband, da mach ich das alles so wie ich das denke und wie ich das vertragen kann. Denn wenn ich erst mal aufstehe, schießt das ganze Blut erst mal in die Wunde rein, also ich nehme das an, wenn dann sind das Schmerzen, da kann ich nicht

sagen. Im Bett, ich sitz jede Nacht hier, ich schlafe keine Stunde. Dann drehen Sie langsam durch dann haben Sie einen Clown vor sich sitzen wie ich das einer bin.”

Zeile 94 - 110

„*Interviewer:* Was bedeutet das offene Bein für Ihr Leben? *Patient:* Malen Sie den Teufel nicht an die Wand. Das können Sie aber schlecht da rein schreiben, ne? Was das bedeutet? Bedenken, ich weiß nicht ob dies... ich tue alles was ich tun kann, bin auch sehr vorsichtig für die Sachen. Ich tue das, ich frage den Doktor. Wenn einer so ein Krankenhausreisender ist wie ich, dann weiß ich bescheid. Er ist aber zufrieden damit, wo er das letzte mal hier war hat er gerade gesehen, dass ich das gerade verbunden hatte. Ich mache nämlich auch einen Kreuzverband, das ist gar nicht so einfach, da sagte er, da kommt noch so eine Binde rum. Ja, da wollte er so eine Binde drum haben. Das muß ich dann machen, dann hab ich ihn gefragt, ob ich das zweimal am Tag machen müßte, dann mache ich das einmal morgens und einmal abends. Ich gebe mir die größte Mühe damit. Paß auf, schmerzt kolossal beim Gehen, dann schießt das Blut wieder in die Wunde, ich kann nicht raus, ich brauche eigentlich einen Rollstuhl für die Wohnung aber das ist jetzt kein Scherz, das weiß ich jetzt, das schlimmste ist, wenn ich versuche damit ins Bett zu gehen, das hab ich ja gestern Abend versucht, und wenn da das Bettzeug drauf kommt, dann kann ich es gar nicht mehr ertragen, dann stehe ich wieder auf, und sitz hier und bleibe sitzen.”

3.2.2 Kategorisierung der Patientenaussagen

Es wurden alle Aussagen, die mit dem Bereich der Lebensqualität in Zusammenhang stehen und oben ausführlich dargestellt sind, paraphrasiert und in Anlehnung an die Skalen des Fragebogens FLQA-s kategorisiert. Dabei sind auch Mehrfachnennungen der Aussagen in mehr als einer Kategorie möglich.

Erwähnt ein Studienteilnehmer mehrmals eine bestimmte Einschränkung, z.B. Schmerz, so wird jeweils nur eine Äußerung exemplarisch dargestellt.

Die Kategorien sind im Einzelnen:

- Körperliche Beschwerden
- Alltagsleben
- Sozialleben
- Psychisches Befinden
- Therapie der Venenerkrankung.

Körperliche Beschwerden

Interview	Paraphrase	Generalisierung
102 Zeile 38	pochende Schmerzen	Schmerzen
103 Zeile 21	es hat furchtbar wehgetan	Schmerzen
208 Zeile 49 Zeile 96 Zeile 98	es war schmerzhaft es näßte es brannte darin	Schmerzen Wundausfluß Brennen
301 Zeile 19	es hat am Knöchel wehgetan	Schmerzen
302 Zeile 138 Zeile 1116	das Blut lief herunter damit juckt es nicht	Wundausfluß Juckreiz
401 Zeile 46 Zeile 54	Und das Jucken! es schmerzt ein bißchen	Juckreiz Schmerzen
406 Zeile 17 Zeile 17 Zeile 55	die Beine waren geschwollen die Beine taten weh es hat sehr gejuckt	Ödeme Schmerzen Juckreiz
407 Zeile 68 Zeile 68	Schmerzen waren dauerhaft es brannte	Schmerzen Brennen
408 Zeile 8	es tut manchmal weh	Schmerzen
409 Zeile 8 Zeile 9 Zeile 122	es kam Sauerei heraus wie 1000 Nadeln nachts werde ich wach von den Schmerzen	Wundausfluß Schmerzen Schlafstörungen
412 Zeile 21	Habe oft Schmerzen	Schmerzen
413 Zeile 6 Zeile 56 Zeile 57	es juckt wenn ich schlafen will es lief alles die Beine runter es hat auch weh getan	Schlafstörungen, Juckreiz Wundausfluß Schmerzen
427 Zeile 18	es war sehr schmerzhaft	Schmerzen
428 Zeile 60 Zeile 62	das hämmert nachts wie 1000 Messer	Schlafstörungen Schmerzen
502 Zeile 4	jetzt laufen die Lymphe	Wundausfluß
504 Zeile 4 Zeile 6	nachts schlafe ich nicht als ob man mit dem Messer durchgeht	Schlafstörungen Schmerzen

Alltagsleben

Interview	Paraphrase	Generalisierung
102 Zeile 4	es behindert mich	Einschränkung von Freizeitaktivitäten
103 Zeile 33 Zeile 93	kann nichts Gescheites anziehen es ist sehr beeinträchtigend	Einschränkung der Kleidung Einschränkung von Freizeitaktivitäten
202 Zeile 42	kann nicht richtig gehen	körperliche Anstrengungen sind eingeschränkt
203 Zeile 108	Duschen werde ich nicht	Hygieneprobleme
208 Zeile 53 Zeile 121	dann werden Beine schwer lag nur in Jeans im Schwimmbad	körperliche Anstrengungen sind eingeschränkt Einschränkung der Kleidung Einschränkung von Freizeitaktivitäten
301 Zeile 38	ich kann schlecht laufen	körperliche Anstrengungen sind eingeschränkt
302 Zeile 137 Zeile 486	kann nicht alleine einkaufen ich kann nicht gehen	Besorgungen fallen schwer körperliche Anstrengungen sind eingeschränkt
307 Zeile 34	kann nicht schwimmen gehen	Einschränkung von Freizeitaktivitäten
406 Zeile 105	kann keine Röcke mehr tragen	Einschränkung der Kleidung
407 Zeile 31	kann nicht ins Schwimmbad	Einschränkung von Freizeitaktivitäten
408 Zeile 106	trage immer lange Hosen	Einschränkung der Kleidung
412 Zeile 98	ich gehe nicht gerne mit Röcken	Einschränkung der Kleidung
427 Zeile 20 Zeile 47	komme nicht mehr in die Schuhe Beine werden immer schwerer	Einschränkung der Kleidung körperliche Anstrengungen sind eingeschränkt
428 Zeile 107	mußte Urlaub absagen	Einschränkung von Freizeitaktivitäten
502 Zeile 17 Zeile 114	eine gewaltige Einschränkung da muß ich nicht so viel laufen	Einschränkung von Freizeitaktivitäten körperliche Anstrengungen sind eingeschränkt
504 Zeile 3	kann nicht alleine gehen	körperliche Anstrengungen sind eingeschränkt

Sozialleben

Interview	Paraphrase	Generalisierung
102 Zeile 4	es behindert mich	Einschränkung von Unternehmungen
208 Zeile 120	habe mich im Schwimmbad geschämt	Einschränkung von Unternehmungen
301 Zeile 194	Frau macht die Gartenarbeit	Abhängigkeit von Hilfe Anderer
302 Zeile 137 Zeile 432	kann nicht alleine einkaufen kann nicht aus dem Haus	Abhängigkeit von Hilfe Anderer Einschränkung von Unternehmungen
407 Zeile 30	kann mich nicht frei bewegen	Einschränkung von Unternehmungen
427 Zeile 111	kann keine langen Busfahrten mehr machen	Einschränkung von Unternehmungen
502 Zeile 95 Zeile 104- 105	habe Hemmungen unter Leute zu gehen verschiedene Leute helfen im Haushalt	von anderen Menschen zurückgezogen Abhängigkeit von Hilfe Anderer
504 Zeile 3 Zeile 7 -8	kann nirgendwo mehr hin kann selbst kein Essen mehr kochen	Einschränkung von Unternehmungen Abhängigkeit von Hilfe Anderer

Psychisches Befinden

Interview	Paraphrase	Generalisierung
102 Zeile 49	immer achtsam, dass ich mich nicht stoße	Sorge wegen der Wunde
203 Zeile 204 - 205	man hat ein Leben lang damit zu tun	Niedergeschlagenheit
301 Zeile 25 Zeile 125	nichts hat mir geholfen das Bein sieht nicht schön aus	Niedergeschlagenheit Scham
401 Zeile 40 - 41	Seit zehn Jahren habe ich das!	Ärger
406 Zeile 21 Zeile 35	die Beine sind nicht schön anzusehen warum habe ich das verdient	Scham Niedergeschlagenheit
407 Zeile 33-4 Zeile 96	wie ein Mensch zweiter Klasse deprimierend Es nervt!	Niedergeschlagenheit Ärger
408 Zeile 11 - 12 Zeile 107	bekomme schnell offene Beine das Bein sieht nicht schön aus	Sorge wegen der Wunde Scham
424 Zeile 17	habe Angst, dass was drankommt	Sorge wegen der Wunde
428 Zeile 107	mußte Urlaub absagen	Niedergeschlagenheit
502 Zeile 2 Zeile 7 Zeile 95 - 97	dieser Kram platzt jedes Jahr auf kein Mensch kann mir helfen Hemmungen, was die Leute sagen	Ärger Niedergeschlagenheit Scham
504 Zeile 3 Zeile 66	komme nirgendwo hin ich hasse den Gang zum Arzt	Niedergeschlagenheit Ärger

Therapie der Venenerkrankung

Interview	Paraphrase	Generalisierung
103 Zeile 22 Zeile 26	brauche jemanden zum Verbinden kann nicht immer zwei Stunden zum Arzt gehen	fremde Hilfe beim Behandeln hoher Zeitaufwand
203 Zeile 200 - 202	Kompressionsstrumpf ist nicht angenehm	körperliche Beeinträchtigung durch Behandlung
208 Zeile 108 Zeile 137	meine Freundin trägt Salbe auf komme mit Kompression nicht in die Arbeitsschuhe	fremde Hilfe beim Behandeln Behandlung beeinträchtigt Beruf
407 Zeile 39 Zeile 94	Kann Kompressionsstrümpfe nicht vertragen Kann mit Kompressionsverband kein Fahrrad fahren	körperliche Beeinträchtigung durch Behandlung Behandlung beeinträchtigt Freizeit
427 Zeile 22	es ist immer sehr weit zum Arzt	hoher Zeitaufwand
428 Zeile 94	Weg zum Arzt ist beschwerlich	körperliche Beeinträchtigung durch Behandlung
502 Zeile 11	Haut ist durch Behandlung empfindlich geworden	körperliche Beeinträchtigung durch Behandlung

3.2.3 Auswertung der Patienteninterviews: Zusammenfassung

22 auswertbare Patienteninterviews lagen nach Abschluß der Studie vor. In zwei dieser Interviews fanden sich keine Aussagen zur Lebensqualität. In den verbleibenden 20 Interviews konnten insgesamt 90 Aussagen die Lebensqualität betreffend ermittelt werden. Prozentzahlen beziehen sich auf die Gesamtheit der 22 Patienten.

Die Interviews wurden wie in Kapitel 2.2.2 beschrieben, in Anlehnung an die Kategorien des Fragebogens FLQA-s ausgewertet. Neue Untergruppen innerhalb der Kategorien Alltagsleben und Psychisches Befinden mußten aufgenommen werden um dem komplexen Datenmaterial gerecht zu werden.

Ein Überblick über die Kategorien zeigt, dass die meisten Patienten eine Verminderung ihrer Lebensqualität durch körperliche Beschwerden erfahren (16 Patienten, 73%) sowie im Bereich des Alltagsleben (16 Patienten, 73%). Äußerungen von 11 Patienten (50%) fallen in die Kategorie Psychisches Befinden, 8 Patienten (36%) geben eine verminderte Lebensqualität durch Einschränkungen im Sozialleben an und 7 Patienten (32%), und damit fast ein Drittel der Patienten, fühlt sich durch die Therapie des Ulcus cruris venosum beeinträchtigt.

Körperliche Beschwerden

Die weitaus meisten Äußerungen handeln von Schmerz (14 Patienten, 64%), der vor allem nachts auftritt und bei einigen Betroffenen regelmäßig zu Schlafstörungen führt (4 Patienten, 18%). In vielen Interviews finden sich die gleichen Schmerzcharakteristika im Sinne eines stechenden Schmerzes („wie 1000 Nadeln“, „Und das sticht!“, „wie mit dem Messer“), aber auch Juckreiz (4 Patienten, 18%) und Brennen (zwei Patienten, 9%) werden genannt. 5 Patienten (23%) klagen über Wundausfluß, der als extrem belastend dargestellt wird („zuhause stelle ich eine Schüssel drunter“, „die Hose kann man danach wegschmeißen“, „wenn das Blut nicht mehr gar so runterlief“).

Interessanterweise findet sich in allen Interviews lediglich eine Aussage über Belastungen durch Ödembildung.

Mit 30 ermittelten Äußerungen, die dem Bereich der Körperlichen Beschwerden zugeordnet werden, scheint hier für die Patienten die größte Belastung zu liegen. Dies entspricht einem Drittel aller gefilterten Aussagen zur Lebensqualität.

Alltagsleben

Körperliche Anstrengung, insbesondere das Gehen fällt 7 Patienten (32%) schwer und beeinträchtigt damit ihren Alltag. Insbesondere Frauen klagen in vielen Interviews über die Einschränkung der Kleiderwahl, die die Krankheit ihnen auferlegt (6 Patienten, 27%), („früher habe ich gerne Röcke getragen“, „kann nichts Gescheites anziehen“, „wenn ich weggehe, trage ich eine Jeans drüber“, „ich trage immer lange Hosen“).

Ebenfalls 6 Aussagen lassen sich als „Einschränkung der Freizeitaktivität“ im Allgemeinen beschreiben. Hier berichten die Patienten von ihren Hobbys (z.B. Fahrradfahren, Gartenarbeit), denen sie nicht oder nur eingeschränkt nachgehen können und von der Einschränkung nicht ins Schwimmbad gehen zu können. Jeweils eine Aussage findet sich zu eingeschränkter Hygiene und zu Problemen beim Einkaufen.

Sozialleben

Ihre Unternehmungen haben 6 Patienten (27%) eingeschränkt. 4 Patienten betonen ihre Abhängigkeit von der Hilfe anderer Menschen (18%) („habe verschiedene Leute, die mir helfen“, „meine Frau muß die schwerste Arbeit für mich machen“).

Ein Zurückziehen von anderen Menschen gibt ein Patient an.

Psychisches Befinden

Ein Drittel der Befragten (7 Patienten, 32%) drücken eine Niedergeschlagenheit aus („ich muß meine Frau leider enttäuschen [mit Radfahren, Anm. d. Verf.]“, „Manchmal denke ich, warum ich das so verdient habe.“). 4 Patienten drücken Ärger über die Erkrankung aus (18%), ebenso viele empfinden Scham ob ihrer Wunden („das sieht nicht sehr appetitlich aus“, „Ich trage immer lange Hosen, das sieht ja optisch nicht so schön aus.“). Drei Patienten (14%) machen sich Sorgen („Ich habe furchtbare Angst, dass was drankommt.“).

Therapie der Venenerkrankung

In diese Kategorie, die die Einschränkung durch die Behandlung darstellt, lassen sich Aussagen von 7 Patienten einordnen. 4 Äußerungen betreffen die körperliche Einschränkung durch die Kompressionstherapie (18%) („es ist wie ein Schraubstock“, „der Kompressionsstrumpf schmerzt“) und zwei Patienten beklagen den hohen Zeitaufwand durch die häufigen Praxisbesuche. Jeweils eine Aussage ist einer beruflichen Einschränkung („komme mit dem Kompressionsverband nicht in die

Arbeitsschuhe“) und einer Beeinträchtigung der Freizeitgestaltung („der Verband rutscht beim Fahrrad fahren“) zuzuordnen.

3.2.4 Aussagen der behandelnden Ärzte im offenen Interview zur Lebensqualität ihrer Patienten

Von den 40 teilnehmenden Ärzten liegen 35 auswertbare Interviews vor. Auch hier gab es zweimal technische Probleme, drei Ärzte lehnten ein Interview ab.

Von den 35 interviewten Ärzten waren 24 männlichen Geschlechts. Das mittlere Alter betrug 47 Jahre (Spannweite 35 bis 63 Jahre). Sie waren seit durchschnittlich 10,4 Jahren niedergelassen (Spannweite 1,5 bis 25 Jahre). Die Interviews dauerten im Mittel 10,8 Minuten (Spannweite 4 bis 43 Minuten).

Neben den wörtlich zitierten Aussagen der behandelnden Hausärzte sind im Folgenden auch das Geschlecht, das Alter in Jahren und die Anzahl der Jahre der Niederlassung (die Interviews wurden alle 2002 durchgeführt) aufgelistet. Auch hier ist das Datenmaterial gefiltert worden, jedoch noch nicht weitergehend bearbeitet (siehe 3.2.1, erster Absatz).

Die Auswertung des Materials folgt unter 3.2.5.

Interview A11

Geschlecht: männlich Alter: 43 Jahre niedergelassen seit: 10 Jahren
keine Aussagen zur Lebensqualität

Interview A12

Geschlecht: weiblich Alter: 42 niedergelassen seit: 3 Jahren
Zeile 25 – 32

„Die unterstützende Durchblutung ist das eine, was nicht so Erfolg versprechend durchgeführt werden kann, und das andere ist, dass man die Wunde sauber hält. Sauber machen und sauber halten. Das mache ich einerseits mechanisch, sauber spülen und auch Nekroseabtragung, wobei da die Patienten oft nicht mitspielen. Da habe ich einige im Kopf, für die es sehr schmerzhaft ist.“

Zeile 45 – 52

„*Interviewer:* Können sie die Schwierigkeiten, denen sie in der Praxis begegnen bei der Behandlung etwas präziser schildern? *Arzt:* Schmerzen sind zum Beispiel ein Hinderungsgrund. Wenn man zum Beispiel mit einem scharfen Löffel oder Skalpell die

Wunde säubert oder die Wundränder anfrischt, das zupft und zieht und kann sicherlich völlig wehtun.“

Interview A13

Geschlecht: männlich Alter: 41 niedergelassen seit: 9 Jahren

Zeile 16 – 24

„Mir fällt auch ein, dass diese Patienten manchmal gar nicht so einfach sind, weil sie oft, ich will nicht sagen oft, aber immer wieder fällt auf, dass sie relativ indolent gegenüber diesen Problemen sind, auch was die Therapie und die Mitarbeit anbetrifft, nicht sehr effektiv mitarbeiten. Dass sie, ich habe es öfter mal gesehen, dass solche Behandlungen auch im Anschluß, wenn es dann darum geht durch Kompressionsbehandlung oder Kompressionsstrümpfe Prophylaxe zu betreiben, dass sie sich in dieser Hinsicht, ähnlich wie bei einigen Diabetespatienten, erstaunlich wenig darum kümmern, um ihr Problem.“

Zeile 82 – 88

„Mir ist diese Sache aufgefallen, dass die Patienten oft gar keinen richtigen Leidensdruck dabei empfinden, wie ich das als Arzt jetzt sehe und vielleicht die meisten Menschen auch. Das ist ja eher eine weniger sozial hoch angesehene Erkrankung, sondern eher etwas stigmatisierendes. Aber die Patienten empfinden es oft, vielleicht nicht oft, aber erstaunlich wenig vor allem, wenn es dann ältere allein lebende sind. Die können dann damit offensichtlich besser umgehen als gedacht.“

Interview A14

Geschlecht: männlich Alter: 55 Jahre niedergelassen seit: 25 Jahren

Zeile 13 – 21

„Die Tendenz zur Abheilung oder die Heilungsrate, die verbesserte sich eigentlich immer in dem Maße, wie die Patienten eigentlich kooperieren. Im Sinne der Entstauungstherapie und im Sinne der Maßnahmen, die man mit ihnen abspricht und wie intensiv sie das Ganze durchführen. Oftmals sind auch, wenn sie wickeln, also Kompression anlegen, dann wird das oftmals, wenn es der Pflegedienst nicht macht, schlecht gemacht oder falsch oder auch gar nicht. Im zunehmenden Sommer haben die auch wenig Neigung so was zu machen und dann kann man davon ausgehen, dass die Heilungsrate dementsprechend schlecht ist.“

Zeile 31 – 33

„Ja, und dann gibt es dann doch eine Abheilung irgendwann. Und manche sind auch dann nicht zufrieden, wenn es abgeheilt ist. Sie glauben nämlich, sie brauchen ihr Loch.“

Zeile 77 – 93

„*Interviewer*: Sie haben vorher von Fällen berichtet, dass manche Patienten das Loch gebraucht hätten. *Arzt*: Ja, es gibt ältere Leute, die also mit dem Bewußtsein leben, sie brauchen dieses Loch, um schlechte Exkreme aus dem Körper herauszulassen. Wenn es zu wäre, hätten sie andere Schwierigkeiten, kriegen sie Krankheiten anderer Art. Sie meinten, es wäre eine Entlastung für den Körper. Dieses Bewußtsein gibt es auch bei einigen Patienten, die im Grunde gar nicht wollen, dass das Ding zugeht. Das sind allerdings wenige. Meistens Ältere, die vielfach auch nicht sehr schmerzempfindlich sind, das stört die eigentlich weniger. Die Haare müssen in Ordnung sein, vom Gesicht müssen sie vernünftig aussehen, aber die Beine, das interessiert die eigentlich weniger, das sieht ja keiner, insofern ist das ja nicht so schlimm. Schlimmer ist das, was die für Binden draufhaben, wenn sie wickeln müssen, denn die sieht man dann unter Umständen wieder.“

Interview A15

Geschlecht: männlich Alter: 39 Jahre niedergelassen seit: 4 Jahren

Zeile 76 – 83

„*Interviewer*: Sie haben vorhin die schwierige Compliance bei Patienten mit Ulcus cruris venosum erwähnt. Können sie das genauer erklären? *Arzt*: Ich denke, die schwierigste Compliance ist natürlich grundsätzlich das Tragen des Kompressionsstrumpfes, wenn es die Patienten bisher noch nicht gewohnt waren.“

Zeile 94 -107

„*Interviewer*: Sie sagten, es ist ihnen aufgefallen, dass ihre Patienten lange mit dieser Wunde herumlaufen. Können sie das präzisieren? *Arzt*: Ja, ich denke, dass sind eher Patienten, die schon seit zehn oder mehr Jahren das immer wieder gehabt haben, aber dann so frustriert waren, dass wenn sie verschiedene Ärzte aufgesucht haben, die auch nicht richtig helfen konnten und immer nur gewickelt und Salben drauf getan haben und aus diesem Erlebnis sagen, was der Arzt kann, kann ich auch schon machen. Und dann

fangen sie zu wickeln an, aber falsch herum und knallen irgendeine Salbe drauf, die sie in der Apotheke gekauft haben oder früher einmal verschrieben bekommen haben. Also irgendwie der Frust einer chronischen Erkrankung, dass sie immer wieder kommt und nicht verstehen, dass es unter ärztlicher Anleitung vielleicht etwas sinnvoller ist.”

Zeile 151-155

„Ich habe das Gefühl, die Aufklärung der Patienten ist sehr schlecht zu dieser Krankheit. Sie wissen wenig über diese Erkrankung. Jeder erinnert sich immer an die offenen Beine, die Oma und Opa hatten. Deshalb haben sie auch das Gefühl, jetzt werde ich auch alt und kriege das auch. Und deshalb wird es auch so akzeptiert, nicht als Panikkrankheit gesehen.”

Interview A16

Geschlecht: weiblich Alter: 41 niedergelassen seit: 3 Jahren

keine Aussagen zur Lebensqualität

Interview A17

Geschlecht: männlich Alter: 40 niedergelassen seit: 2 Jahren

Zeile 35 – 45

„*Interviewer*: Sie haben vorhin die Schicht der Umgebung angesprochen. Können sie das genauer erklären? *Arzt*: Denke schon. Ich meine bis jemand zum Arzt kommt und hat ein fünfmarkstück großes Geschwür am medialen Unterschenkel oder so was. So weit würde ich es erst gar nicht kommen lassen und sie wahrscheinlich auch nicht. Das müssen ja irgendwelche phlegmatischen Menschen sein, denen es relativ wurst ist, was mit ihrem Beinchen geschieht und erst relativ spät zum Arzt gehen.”

Interview A21

Geschlecht: männlich Alter: 51 niedergelassen seit: 24 Jahren

keine Aussagen zur Lebensqualität

Interview A22

Geschlecht: weiblich Alter: 43 niedergelassen seit: 4 Jahren

Zeile 34 – 43

„Im Moment habe ich zwei Patienten, die haben kleine Stellen offen. Da muß man sagen, die wären schon lange zu, wenn die ein bißchen durchhalten würden, was man ihnen an Therapie an die Hand gibt. Und die tun dann schwarze Salbe drauf, „das hat schon meine Urgroßmutter gemacht“ und „da muß doch Salbe drauf, damit sich das nicht entzündet – denn das ist doch immer eitrig“, das erschwert das ganze ein bißchen. Das ist das was ich im Moment anzubieten habe. Das liegt an mangelnder Compliance und daran, dass es auch sehr schmerzhaft ist. Und die Leute versuchen ihre Schmerzen damit weg zu kriegen, indem sie was machen. Und manchmal eben das Falsche.“

Zeile 49 – 56

„Also erstmal ist es so, dass heute im Ansatz schon, oder im Vorfeld, besser therapiert wird. Wir haben auch heute bessere Möglichkeiten. Wir können besser den Zucker behandeln, die werden besser eingestellt, die Leute werden früher abgefangen und die Versorgung ist besser. Wir haben die Möglichkeit die Caritas vorbei zu schicken die Beine wickeln zu lassen und so weiter. Dann treten nicht mehr solche massiven Ulcus-Geschichten auf. Zum anderen ist es so, dass die Leute viel früher zum Arzt kommen und sagen „Ich habe Schmerzen in den Beinen, mir tut da was weh“.“

Zeile 66 – 70

„*Interviewer:* Sie sprachen auch die Compliance an. Was glauben sie woran es liegt, dass die Compliance nicht so hoch ist beim offenen Bein? *Arzt:* Die Compliance scheitert immer dann, wenn ein Patient sich bemühen muß und diese Bemühungen Dinge betrifft, die für ihn unangenehm sind.“

Zeile 79 – 90

„Die meisten verstehen gar nicht was das ist, woher der Schaden eigentlich kommt. Für die ist das immer entweder schlechte Arbeit des Fußpflegers oder eine Druckstelle oder man hat sich gestoßen oder irgendwas. Und die verstehen gar nicht, dass das schon eine Störung ihres Körpers ist und ein Ventil sozusagen. Eine Anzeige, eine bedrohliche Anzeige, dass da irgendwas passieren muß. Aber so sehen die das nicht. Und dann

müßten sie ja auch auf viele Dinge verzichten und sich bemühen und das ist dann sehr schwierig. Sie wollen, dass das Loch zugeht, sie keine Schmerzen haben. Das ist sowieso das wichtigste, aber sie wollen auch nicht auf ihr Rauchen verzichten, denn das ist ja dann eine Beeinträchtigung ihrer Lebensqualität. Die akzeptieren auch nicht, dass das offene Bein vom Rauchen kommt kann.”

Zeile 115-129

„Dann machen sie die Verbände, dann wollen sie sparen und schneiden die und dann wickeln sie die Mullbinde drum und schnüren sie oben ab. Oder Peha-Haft, damit es ganz einfach ist und nicht abschnürt. Und dann sagen sie mir „ja das hält ja gar nicht. Wie haben sie das denn gemacht?“ Ja, dann haben sie das immer auf die Haut gedreht. Das konnte ja gar nicht halten. Das ist dann immer ein bißchen schwierig. Die fummeln immer daran rum. Dann wachen sie nachts auf, sie haben ihre Schmerzen, das macht sie nervös, sie wissen nicht, was sie machen sollen, fummeln an den Verbänden herum, dann ist er verrutscht, dann können sie ihn gleich abmachen. Dann machen sie wieder eine andere Salbe drauf, die kühlt vielleicht und Bepanthen gibt es ja auch noch. Und alles drauf und gib ihm! Und je mehr drauf, desto besser. Wenn es schön dick verschmiert ist, dann heilt es auch. Das ist dann total falsch und die sind dann ganz schockiert. Das kommt natürlich auch so ein bißchen aus der Verzweiflung heraus. Die Sachen heilen nun mal nicht immer so einfach.”

Zeile 176-179

„Ich kann noch mal sagen, bei dieser Patientin hab ich eigentlich angefangen – es war eine ganz kleine Stelle – mit Hydrokolloidverbänden. Das tat ihr nachts immer so weh, dass das nicht auszuhalten war. Ich meine, ich weiß, dass es nicht an den Hydrokolloidverbänden lag, sondern dass da einfach nachts dieser Schmerz war.”

Interview A24

Geschlecht: männlich Alter: 43 niedergelassen seit: 8 Jahren

Zeile 20 – 28

„Die Krampfader muß komprimiert werden und dann braucht’s auch keine Salbe und macht auch keine Beschwerden. Also ich habe Patienten, die eben gut mit den Stützstrümpfen zu recht kommen. Die sind dann natürlich auch schwierig zu motivieren zu einer Operation, wenn sie eben keine Probleme haben. Wenn sie die Dinger auch

konsequent tragen, kriegen sie auch keine – gut Thrombophlebitis können sie trotzdem kriegen. Aber meistens ist es dann warm gewesen, dann haben die keine Lust gehabt die Strümpfe zu tragen.”

Zeile 128-134

„*Interviewer*: Sie sprachen vorhin davon, dass die Patienten recht lange brauchen bis sie sich entscheiden zum Chirurgen zu gehen. Woran glauben sie liegt das? *Arzt*: Na ja, die haben Angst vor der Operation. Das ist ja ein ziemlich großer Eingriff, wo man also schon drei Wochen lang Schmerzen hat. Die Angst vor Schmerzen kann ich den Leuten meistens nehmen, weil ich also großzügig Opiate verordne.”

Zeile 194 – 201

„Dann versuche ich auch schon mal Patienten, die Angst vor der Operation haben, in Verbindung zu bringen mit Leuten, die es schon hinter sich haben. Die den Erfolg haben und zeigen können, wie frei sie sich wieder bewegen können und eben nicht Angst haben lange stehen zu müssen in der Schlange und dann wieder Schmerzen zu haben, die dann eben viel freier sind. Und die Frauen, die sich dann gegenseitig ihre Beine begucken können und nach zwei, drei Jahren sieht man dann nur noch einen kleinen Strich. Na ja, die Angst vor der Operation ist der entscheidende Faktor.”

Zeile 207-211

„Es ist schon so, dass die in der Regel Kompressionsklasse zwei tragen müssen, um auch eine richtige Kompression zu bewirken. Anfangs beklagen sich sie Leute schon darüber, aber ich sage denen einfach, wenn sie schwächere nehmen, Kompressionsklasse eins bei ausgeprägter Varikosis, dann nutzt es eben in der Regel nichts.”

Zeile 318-323

„Es fällt schon auf, dass die Kombination Übergewicht, Depression, Essstörung, Vernachlässigung der Gesundheit, Nicht-Ergreifen von Initiativen, das hängt so alles ein bißchen miteinander zusammen. Insofern ist das Ulcus cruris im weitesten Sinne auch eine psychische Erkrankung, insofern auch, als dass diese Patienten sich auch den passenden Arzt suchen, der nämlich ihnen den sekundären Krankheitsgewinn erlaubt.”

Interview A25

Geschlecht: männlich Alter: 55 Jahre niedergelassen seit: 22 Jahren

Zeile 46 – 56

„Sie kommen ja eigentlich erst dann, die meisten, erst dann in ärztliche Behandlung, wenn sie alle Hausmittel aufgebraucht haben. Ich habe einen Patienten, der ist jetzt wieder in Polen, der hat also Riesenulzera - ich kann ihnen die Bilder mal zeigen, ich dokumentiere das immer – jedes Mal wenn er wieder aus Polen kam, sah das Bein grausam aus. Rot und allergisch mit allem drum und dran. Das war also jemand der dann alles, Wodka, auf Knoblauchbasis und alles, was es nur eben gab auf das Bein schmierte. Also, das machen die Leute auf dem Lande schon sehr gerne. Ringelblumensalbe ist etwas ganz Beliebt hier, wird auch selbst hergestellt. Und wenn es dann nicht mehr geht und vor allen Dingen wenn es anfängt zu schmerzen, dann ist der Doktor dran.“

Zeile 83 – 89

„*Interviewer*: Wie kamen sie dazu das zu sagen? War die Compliance davor sehr schlecht von ihm? *Arzt*: Das ist bei diesen Leuten häufig, dass die Compliance schlecht ist. Warum auch immer, ich weiß es nicht. Es spielen bei uns hier auf dem Lande zum Teil auch die langen Wege eine Rolle und außerdem habe ich ältere Leute. Die Fahrmöglichkeiten der Familie, alle sind berufstätig und keiner kann Oma oder Opa fahren und das ist dann das Problem.“

Interview A26

Geschlecht: weiblich Alter: 45 Jahre niedergelassen seit: 3 Jahren

keine Aussagen zur Lebensqualität

Interview A27

Geschlecht: männlich Alter: 50 Jahre niedergelassen seit: 5 Jahren

Zeile 136 - 155

„Und da habe ich eine Bekannte, ihre Mutter eine über 80jährige Dame, mit offenen Beinen, sie will sich operieren lassen und da war ich persönlich in X mit der alten Frau. Der hat gesagt "Nichts da", das hat überhaupt keinen Sinn zu operieren. Aber da um die Ecke ist eine Praxis mit einem Venenspezialisten, ein ambulanter. Dann haben wir dort angerufen, er hat uns gleich genommen und so in 6 monatigem Rhythmus ist sie da hin

gegangen. Die Wunde ist noch nicht zu. Es sind zwei Jahre vergangen. Aber es liegt nicht an den Ärzten, den Methoden - es liegt an den Patienten. Die verträgt einfach keine Kompression. Die Mädels kommen morgens und machen eine schöne kleine Kompression. Die Mädels sind raus, sie macht den Verband locker.”

Zeile 157-162

„*Interviewer*: Das hört man immer wieder, dass die Compliance schlecht ist. Was meinen... *Arzt*: ...weil es unangenehm ist. "Ich kann meine Schuhe nicht mehr anziehen, ich kann nirgends mehr gehen" und dann wird das gelockert. Und am nächsten Tag Ödem. Das Bein ist noch nicht zu.”

Interview A31

Geschlecht: männlich Alter: 56 niedergelassen seit: 12 Jahren

Zeile 1 - 5

„*Interviewer*: Erzählen Sie mal, was Ihnen so zu Ihren Patienten mit offenem Bein einfällt. *Arzt*: Ja, das sind arme Leute. Komischerweise trifft es hauptsächlich nur Frauen. Ja, also wenn ich das so in Prozent ausdrücken müsste sind das 80% Frauen und 20% Männer.”

Interview A32

Geschlecht: männlich Alter: 57 niedergelassen seit: 22 Jahren

keine Aussagen zur Lebensqualität

Interview A33

Geschlecht: weiblich Alter: 40 niedergelassen seit: 9 Jahren

Zeile 8 – 12

„*Interviewer*: Was fällt Ihnen zu Ihren Patienten mit offenem Bein alles ein? *Arzt*: Langwierig, fürchterlich unbefriedigend. Vor allem für die Patienten unbefriedigend.”

Interview A34

Geschlecht: männlich Alter: 56 niedergelassen seit: 15 Jahren

keine Aussagen zur Lebensqualität

Interview A35

Geschlecht: männlich Alter: 53 niedergelassen seit: 18 Jahren

Zeile 51 – 60

„*Interviewer*: Unternehmen Ihre Patienten mit offenem Bein auch noch zusätzlich zu Ihrer ärztlichen Behandlung etwas, um die Heilung voranzutreiben? *Arzt*: Ach ja... der Wunsch nach einreibenden Salben ist natürlich ungebrochen, und ich muß manchmal schon ziemlich viel reden, um die Leute dazu zu bekommen eine anständige Kompression zu betreiben als Prophylaktikum. Ich weiß nicht, ob Sie selber jemals geschwollene Beine haben, es ist natürlich im Sommer. Kein Vergnügen mit Kompressionsstrümpfen durch die Gegend zu laufen. Und ich schreibe aber keine Rosskastanienextraktsalben mehr auf, grundsätzlich nicht. Geht nicht in den Zeiten des Budgets - bringt außerdem nichts.“

Interview A36

Geschlecht: weiblich Alter: 45 niedergelassen seit: 14 Jahren

Zeile 1 - 7

„*Interviewer*: Erzählen Sie mal, was Ihnen so zu Ihren Patienten mit offenem Bein einfällt! *Arzt*: Viel Arbeit, viel Geduld - das ist das, was mir spontan einfällt. Häufig sehr dankbare Patienten, die regelmäßig kommen - aber wie gesagt, es ist einfach oft sehr mühselig, weil es in der Praxis verstärkt eben ältere Menschen sind mit schlechten Heilungstendenzen, aber oft auch sehr gut führbare Patienten - muß man auch sagen - durch den Leidensdruck, den sie haben.“

Interview A37

Geschlecht: männlich Alter: 35 niedergelassen seit: 3 Jahren

keine Aussagen zur Lebensqualität

Interview A41

Geschlecht: männlich Alter: 55 niedergelassen seit: 22 Jahren

keine Aussagen zur Lebensqualität

Interview A42

Geschlecht: männlich Alter: 51 niedergelassen seit: 18 Jahren

keine Aussagen zur Lebensqualität

Interview A43

Geschlecht: männlich Alter: 39 niedergelassen seit: 7 Jahren
keine Aussagen zur Lebensqualität

Interview A44

Geschlecht: männlich Alter: 48 niedergelassen seit: 7 Jahren
notierte Aussage nach Abschalten des Aufnahmeegerätes
„Die meisten haben sich damit abgefunden, es gehört zum Leben dazu.“

Interview A45

Geschlecht: männlich Alter: 41 niedergelassen seit: 3 Jahren
keine Aussagen zur Lebensqualität

Interview A46

Geschlecht: männlich Alter: 43 niedergelassen seit: 8 Jahren

Zeile 3 – 11

„*Interviewer*: Erzählen Sie mal, was Ihnen so zu Ihren Patienten mit einem offenen Bein einfällt! *Arzt*: Oh, schwer... kommen meistens immer zu spät! Also, wenn es schon seit Wochen gejuckt hat. Und plötzlich ist da die Läsion, dann geht es ganz schnell, dass es aufgeht. Die kommen meistens zu spät. Und ist ein hartes Unterfangen, sie an die richtige Wickeltechnik zu gewöhnen, Wundsäuberung, sind zum Teil schwierige Patienten. Aber auch dankbar, wenn es dann zugegangen ist.“

Interview A47

Geschlecht: männlich Alter: 59 niedergelassen seit: 29 Jahren

Zeile 4 – 9

„*Interviewer*: Erzählen Sie mal, was Ihnen so zu Ihren Patienten mit einem offenen Bein einfällt! *Arzt*: Ja, primär ist das eine therapeutische Krux, dass heißt also eine zeitaufwendige Sache für beide Seiten, sowohl für den Patienten, als auch für den behandelnden Arzt.“

Interview A51

Geschlecht: männlich Alter: 60 niedergelassen seit: 24 Jahren

Zeile 56 – 62

„Tja, die Patienten müssen sich halt bewegen das ist nicht so leicht, und die Kompressionsstrümpfe tragen: Ja, Herr Doktor im Sommer? Das ist aber nur bei Frauen, Männer tragen sie auch im Sommer. Wadenkompressionsstrümpfe relativ selten, weil doch meistens im Oberschenkelbereich Krampfadern sind und in der Regel geht Serienanfertigung Kompressionsstrümpfe Klasse II und selten nach Maß erforderlich.“

Zeile 102-104

„Leute mit offenem Bein sind oft nachlässig, indolent, es tut ja nicht weh. Die laufen ja lange rum und manchmal stellt man es zufällig fest.“

Interview A52

Geschlecht: weiblich Alter: 63 niedergelassen seit: 25 Jahren

keine Aussagen zur Lebensqualität

Interview A53

Geschlecht: männlich Alter: 45 niedergelassen seit: 5 Jahren

keine Aussagen zur Lebensqualität

Interview A54

Geschlecht: weiblich Alter: 44 niedergelassen seit: 3 Jahren

keine Aussagen zur Lebensqualität

Interview A55

Geschlecht: männlich Alter: 42 niedergelassen seit: 9 Jahren

keine Aussagen zur Lebensqualität

Interview A56

Geschlecht: weiblich Alter: 39 niedergelassen seit: 6 Jahren

keine Aussagen zur Lebensqualität

Interview A57

Geschlecht: männlich Alter: 41 niedergelassen seit: 4 Jahren

Zeile 1 – 11

„*Interviewer:* Erzählen Sie mal was Ihnen so zu Ihren Patienten mit offenem Bein einfällt! *Arzt:* Was mir dazu einfällt? Mir fällt ein, dass wir in letzter Zeit wenig Patienten sehen. Ich finde, es sind meistens Patienten die zu spät zu mir kommen. Dann wollen Sie ja meistens so schnell wie möglich alles haben. Das mit den Kompressionsstrümpfen ist ja auch was wo die Patient compliance gefragt ist. Die meisten Patienten tragen die Strümpfe nicht fachgerecht und regelmäßig, besonders bei gutem Wetter. Was ich noch bemerkt habe ist das bei Patienten die einen ambulanten Pflegedienst in Anspruch nehmen, die Kompressionsstrümpfe gut getragen werden. Was mir noch so einfällt ist, dass man viel Geduld braucht aber im Großen und Ganzen kriegen wir die Ulzera alle zu.“

Interview A58

Geschlecht: weiblich Alter: 42 niedergelassen seit: 2 Jahren

Zeile 1 – 15

„*Interviewer:* Erzählen Sie mal was Ihnen zu Ihrem Patienten mit offenem Bein so einfällt? *Arzt:* Es sind oft langwierige Verläufe, häufig therapieresistent, also schwierig, immer alle Ulzera zu behandeln. Schwierig scheint mir auch die optimale Therapie anzuwenden. Sind ja oft auch Patienten mit Durchblutungsstörungen oder mit venösen Durchblutungsstörungen, die der Druckverband, der eigentlich doppelt zuzubinden ist, den beherrscht ja niemand. Dazu müssten man ja die Patienten ins Krankenhaus bringen und die Therapie ist dann ja unheimlich teuer. Die Kompressionsstrümpfe werden gerade bei diesem Wetter ungern getragen. Es gibt häufig Probleme, dass die Patienten die Strümpfe gar nicht anziehen können weil sie zu stramm sind, häufig sind die Patienten auch multimorbide. Ich hab eine Patienten die ist Rheumatikerin die kann natürlich keine Strümpfe anziehen. Also Ich hab eigentlich mit diesen Hydrokolloidverbänden ganz gute Erfahrungen gemacht, wenn man auch viel Geduld braucht. Die meisten Ulzera kriege ich zu.“

Zeile 44 – 54

„*Interviewer:* Gibt es noch etwas worüber wir noch nicht gesprochen haben? *Arzt:* Wenn es neue Methoden gibt oder gute Alternativen bin ich immer froh, wenn ich den Patienten schneller helfen kann, weil dieses Langwierige das entmutigt ja oft, wirklich nach Monaten wenn die Ulzera sich schließen, selbst kleine. Oft sind die Patienten ja geneigt die Therapie abubrechen weil das ja schon immer ein bißchen riecht und ja feucht ist und Druckverbände natürlich auch nicht immer Spaß machen und Kompressionsverbände... ist halt mit sehr viel Arbeit verbunden. Also ich habe eine Patientin die ist auch ganz schlimme Rheumatikerin mit deformierten Gelenken, und es dauert halt lange, ich muß es halt abwickeln und wieder zuwickeln. Es ist aufwendig.”

3.2.5 Kategorisierung der Aussagen der behandelnden Ärzte

In der Bearbeitung der Ärzteinterviews (siehe Kapitel 2.2.2) wurden folgende Kategorien festgelegt:

- Körperliche Beschwerden
- Einschränkung durch die Therapie
- Psychisches Befinden
- Compliance.

Körperliche Beschwerden

Interview	Paraphrase	Generalisierung
A22 Zeile 40 Zeile 119 - 120	es ist sehr schmerzhaft sie wachen auf vor Schmerz	Schmerz Schlaflosigkeit
A24 Zeile 197	Schmerzen bei langem Stehen	Schmerz
A25 Zeile 56	letztlich schmerzt es	Schmerz
A46 Zeile 4	die Wunde juckt	Juckreiz

Einschränkung durch die Therapie

Interview	Paraphrase	Generalisierung
A12 Zeile 31 - 32	Wundreinigung ist schmerzhaft	Schmerz durch Therapie
A15 Zeile 82	Tragen der Kompression ist schwierig	Einschränkung durch Kompression
A22 Zeile 116 - 117	Kompressionsverband ist unangenehm	Einschränkung durch Kompression
A24 Zeile 208 - 209	anfangs beklagen sich die Leute über Kompression	Einschränkung durch Kompression
A25 Zeile 88	lange Wege ein Problem	hoher Zeitaufwand für Therapie
A27 Zeile 159	Schuhe können nicht mit Kompression getragen werden	Einschränkung durch Kompression
A35 Zeile 59	im Sommer ist Kompression unangenehm	Einschränkung durch Kompression
A46 Zeile 7 - 8	schwierig die Patienten an die Kompression zu gewöhnen	Einschränkung durch Kompression
A47 Zeile 8	zeitaufwendige Behandlung	hoher Zeitaufwand für Therapie
A57 Zeile 6	bei gutem Wetter wird Kompression nicht fachgerecht getragen	Einschränkung durch Kompression
A58 Zeile 8 - 9	im Sommer ist Kompression unangenehm	Einschränkung durch Kompression

Psychisches Befinden

Interview	Paraphrase	Generalisierung
A13 Zeile 18 - 19	Patienten sind indolent gegenüber Problemen	kein Leidensdruck
A14 Zeile 33	Patienten brauchen ihre Erkrankung	sekundärer Krankheitsgewinn
A15 Zeile 97	Patienten sind frustriert	Niedergeschlagenheit/Frustration
A17 Zeile 40 - 42	phlegmatische Patienten, denen Erkrankung egal ist	kein Leidensdruck
A22 Zeile 128 - 129	Patienten sind verzweifelt, da Wunde nur langsam heilt	Niedergeschlagenheit/ Verzweiflung
A24 Zeile 322 - 323	Patienten suchen den Arzt, der sekundären Krankheitsgewinn erlaubt	sekundärer Krankheitsgewinn
A36 Zeile 6 - 7	Patienten sind gut führbar durch ihren Leidensdruck	Leidensdruck
A44 Notiz nach Interview	Die Patienten haben sich damit abgefunden, es gehört dazu	kein Leidensdruck
A58 Zeile 49	Patienten sind entmutigt	Niedergeschlagenheit

Compliance

Interview	Paraphrase	Generalisierung
A13 Zeile 19	Patienten arbeiten nicht effektiv mit	Non-Compliance
A14 Zeile 19	Kompression wird oft nicht gemacht	Non-Compliance
A15 Zeile 80	schlechte Compliance bei Kompressionstherapie	Non-Compliance
A22 Zeile 40	Patienten zeigen mangelnde Compliance	Non-Compliance
A24 Zeile 27 - 28	Viele haben keine Lust die Strümpfe zu tragen	Non-Compliance
A26 Zeile 142	es liegt an den Patienten, wenn es nicht heilt. Tragen keine Kompression	Non-Compliance
A35 Zeile 54 -55	Patienten tragen keine anständige Kompression	Non-Compliance
A36 Zeile 6	Patienten sind gut führbar	Compliance
A57 Zeile 5 - 6	Patienten tragen Strümpfe nicht regelmäßig	Non-Compliance

3.2.6 Auswertung der Ärzteinterviews: Zusammenfassung

Von den insgesamt 35 interviewten Ärzten formulierten 18 (51%) direkte oder indirekte Aussagen zur Lebensqualität ihrer Patienten. Dabei muß an dieser Stelle noch einmal betont werden, dass im Interview keine direkte Frage diesbezüglich gestellt wurde, sondern eine offene Frage zu Beginn (*Erzählen Sie mal, was Ihnen so zu ihren Patienten mit offenem Bein alles einfällt!*), sowie halbstrukturierte Fragen im Anschluß daran, die jedoch ebenfalls keinen direkten Bezug zur Patientenlebensqualität hatten. So lässt sich zunächst festhalten, dass lediglich etwas mehr als die Hälfte der behandelnden Ärzte die Lebensqualität ihrer Patienten in ihre Überlegungen zum Krankheitsgeschehen „Ulcus cruris venosum“ spontan einbezieht.

Insgesamt finden sich in den ausgewerteten Interviews 34 Aussagen zur Lebensqualität, die sich in den Kategorien wie folgt darstellen. Die angegebenen Prozentzahlen beziehen sich auf die Gesamtheit der 35 Ärzte.

Körperliche Beschwerden

4 Ärzte (11%) berichten über körperliche Beeinträchtigung ihrer Patienten durch das Ulcus cruris venosum. Drei Ärzte berichten über Schmerzen bei ihren Patienten, Schlaflosigkeit und Juckreiz werden außerdem jeweils einmal genannt.

Einschränkung durch die Therapie

Die meisten Aussagen finden sich in dieser Kategorie (11 Ärzte, 31%). Vor allem sehen die Ärzte eine starke Einschränkung ihrer Patienten in der verschriebenen Kompressionstherapie („Anfangs beklagen sich die Patienten über die Kompression.“, „Die Kompressionsstrümpfe werden bei warmen Temperaturen ungern getragen.“). Hierzu äußern sich 8 Ärzte. Hohen zeitlichen Aufwand als Belastung ihrer Patienten geben zwei Ärzte an, eine schmerzhaft Behandlung als Einschränkung gibt ein Behandler an.

Psychisches Befinden

Ein Viertel aller Ärzte (9 Ärzte, 26%) bezieht das psychische Befinden ihrer Patienten in ihre Überlegungen mit ein. Dabei sehen 5 (14%) Ärzte keine negativen Auswirkungen; drei (9%) betonen, dass die Patienten keinen Leidensdruck empfinden,

zwei Äußerungen beziehen sich auf hohen sekundären Krankheitsgewinn durch das UCV.

Niedergeschlagenheit beobachten drei Ärzte, ein Behandler gibt einen hohen Leidensdruck bei den Ulcus cruris venosum-Patienten an.

Compliance

Ebenfalls über ein Viertel der Befragten (9 Ärzte) bezieht sich auf die Patienten-Compliance. Dabei beklagt die große Mehrzahl (8 Ärzte) eine Non-Compliance, und nur eine Aussage findet sich zur guten Führbarkeit der Patienten mit einem UCV.

4 Diskussion

„Das Leben des Menschen zu erhalten und womöglich zu verlängern, ist das höchste Ziel der Heilkunst. Jeder Arzt hat geschworen, nichts zu tun, wodurch das Leben eines Menschen verkürzt werden könnte. Ob das Leben des Menschen ein Glück oder Unglück, ob es Wert habe oder nicht – dies geht ihn nichts an.“

Die zitierte ethische Grundlage, wie sie hier von Goethes Arzt Hufeland aus dem 19. Jahrhundert formuliert wird, war für lange Zeit das Fundament ärztlichen Handelns und Heilens. Die Qualität einer ärztlichen Versorgung wurde an den so genannten „harten Kriterien“, der Morbidität und Mortalität etwa, gemessen. Die pathologischen Parameter waren leicht einer Messung zu unterziehen und wurden so zum Evaluierungskriterium.

Die heutige Krankheitsstruktur in der Bevölkerung ist jedoch insbesondere durch den hohen Anteil an chronischen Krankheiten geprägt [Diehl 1990], was den Anspruch an die Medizin derart ändert, nicht das Handeln gänzlich auf Heilung sondern vielmehr auch palliativ auszurichten. Es besteht die Gefahr bei Vernachlässigung dieser Sichtweise, dass die Fortschritte in der Medizin aus Patientensicht nicht in der Bewahrung von lebenswertem Leben, sondern in der Verlängerung von Leid bestehen. [Petermann 1994]

Diese Problematik wird in Zukunft durch die sich weiterhin verändernde Bevölkerungsstruktur eine noch größere Rolle einnehmen, da der Anteil der chronischen Krankheiten bei älteren Menschen besonders hoch ist und der Anteil älterer Menschen an der Gesamtbevölkerung stetig wächst.

Vor diesem Hintergrund ist es unverzichtbar geworden, den Wert einer medizinischen Intervention auch aus Patientensicht zu beurteilen. Daher gewinnt die Lebensqualitätsforschung in neuerer Zeit immer mehr an Bedeutung [Revicki 1989, Müller-Bühl 2003]. Dies zeigen vor allem die steigenden Zahlen der Studien über Lebensqualität (siehe 1.3.1), denn eine erweiterte Betrachtung von Krankheits- und Therapiefolge unter dem Aspekt des subjektiven Erlebens des Patienten ist mit Hilfe der Erfassung der Lebensqualität möglich [Spilker 1996, Bullinger 1997].

Aus den genannten Gründen wurde die Lebensqualität in den vergangenen und wird in den kommenden Jahren immer mehr zum Zielkriterium klinischer Studien [Najman 1981].

Als Instrumente der Lebensqualitätserfassung stehen einerseits der Fragebogen [Augustin 1999, Heinisch 1991, Bullinger 1993] und andererseits das Interview [Lincoln 1985, Von Eckartsberg 1986] zur Verfügung.

Der Vorteil des Fragebogens besteht zum einen darin, dass die Ergebnisse reliabler und objektiver sind und grundsätzlich präzisere Aussagen ermöglichen. Zum anderen sind sie aufgrund des hohen Standardisierungsgrades relativ leicht miteinander zu vergleichen [Schnell 1995]. Ein Nachteil des Fragebogens ist allerdings der begrenzte Umfang, der komplexe Themen nur unzureichend behandeln läßt.

Im Gegensatz hierzu ist das Interview gerade für komplexe Themen gut geeignet und durch die Unterstützung eines Interviewers patientenfreundlicher [Patrick 1993]. Die Nachteile des Interviews bestehen, insbesondere bei offener und halbstrukturierter Durchführung, in der Interpretation der Ergebnisse und in der möglichen Beeinflussung des Befragten durch den Interviewer [Küchler 1991].

In der vorliegenden Arbeit ist es durch den Einsatz beider Meßinstrumente möglich, neben einer Diskussion der Ergebnisse bezüglich der Lebensqualität auch die unterschiedlichen Erhebungsmethoden im späteren Verlauf der Diskussion gegenüber zu stellen und Unterschiede deutlich zu machen.

Verschiedene Studien, interview- oder fragebogenbasiert, haben jeweils eine Beeinträchtigung der Lebensqualität bei Patienten mit UCV beschrieben [Lindholm 1993, Price 1996, Phillips 1994]. Insbesondere die eingeschränkte Mobilität und der Schmerz stehen für die Betroffenen an erster Stelle und werden als besonders schlimm empfunden [Panfil 2002, Hofman 1997] (siehe auch 1.1).

Jedoch auch die emotionale Reaktion auf die Krankheit ist bei der Mehrheit der Patienten als negativ zu beurteilen. Vor allem der Verlust von Freiheit [Chase 1997], von Erwerbsmöglichkeiten [Charles 1995], der Verzicht auf die gewohnten sportlichen Aktivitäten [Chase 1997, Charles 1995] und soziale Isolation [Lindholm et al. 1993] werden angeführt.

Die Ergebnisse der vorliegenden Arbeit sind nicht einheitlich und befinden sich nicht gänzlich in Übereinstimmung mit der veröffentlichten Literatur zu dieser Thematik. Interessant ist der Vergleich der Ergebnisse des Fragebogens mit denen der Interviews.

4.1 Fragebogen

Zunächst werden noch einmal die Ergebnisse der Fragebögen-Auswertung in einer kurzen Zusammenfassung dargestellt:

Der Gesamt-Punktescore der Summen-Lebensqualität streut breit unter den Patienten, sowohl zu T0 als auch zu T1. Der Mittelwert liegt bei etwa der Hälfte der erreichbaren Maximalpunktzahl.

Eine Auswertung der Gesamtscores des FLQA-s und eine Gegenüberstellung der Scores zu dem Zeitpunkt T1 gegenüber T0 zeigen keinen Unterschied in der Bewertung der Lebensqualität über die Zeit. Sie bleibt somit gleich, unabhängig davon, ob die Patienten ein florides UCV (Stadium IIIb nach Widmer) oder ein abgeheiltes UCV (Stadium IIIa) haben. Weder zeigt sich ein deutlicher Unterschied, noch zeichnet sich eine konsistente Tendenz in Richtung besserer oder schlechterer Lebensqualität ab.

Dieses Ergebnis wiederholt sich auch in der Gegenüberstellung der einzelnen Blöcke des Fragebogens. Allerdings lassen sich in zwei Blöcken zumindest Tendenzen erkennen. Der Block „Alltagsleben“ zeigt eine Tendenz zur Besserung der Lebensqualität nach Abheilung des UCV, und im Block „Psychisches Befinden“ ist eine deutliche Tendenz zur Verschlechterung der Lebensqualität auffindbar. Die Skalen, die am Ende des Fragebogens den Patienten die Möglichkeit geben ihre Lebensqualität durch eine Visualisierung darzustellen, zeigen ähnliche Ergebnisse. Keine Tendenz findet sich im Unterschied T1 zu T0 in der Einschätzung des allgemeinen Gesundheitszustandes und der Beurteilung der Lebensqualität allgemein. Jedoch zeigt sich eine deutliche Tendenz zur Verbesserung in Bezug auf den Gesundheitszustand hinsichtlich der Venenerkrankung.

Verschiedene Patientengruppen (unter 70jährige versus über 70jährige, Frauen versus Männer, Rezidiv versus Erstereignis) zeigen zum Zeitpunkt des Auftretens des UCV keine deutlichen Unterschiede in ihrer Lebensqualität.

Welchen Schluß lassen die dargestellten Ergebnisse nun zu? Angesichts der Tatsache, dass die Studie mit einer kleinen Patientenpopulation durchgeführt wurde, sind die Ergebnisse sicherlich nicht repräsentativ, müßten aber relevante Tendenzen deutlich und konsistent abbilden. Der Fragebogen FLQA und die in dieser Arbeit eingesetzten Kurzform (FLQA-s), der insbesondere für klinische Verlaufsstudien entwickelt wurde, sind in einer Validierungsstudie an 324 Patienten (wobei letztendlich 276 komplette Fragebogensätze vorlagen) mit den CVI Stadien I bis III b nach Widmer getestet

worden. Ein Vergleich mit Venengesunden ergab, dass bereits im Stadium I eine signifikante Reduktion der Lebensqualität in den Bereichen „Körper“ und „Alltag“ vorliegt.

Die Veränderungssensitivität des Fragebogens war vor allem in den Blöcken „Körperliches Befinden“, „Alltagsleben“, „Psychisches Befinden“ und „Zufriedenheit“ signifikant (siehe 2.2.1).

Für unsere Studie sind die Auswertungen der Patienten in den Stadien III a (abgeheiltes UCV) und III b (florides UCV) interessant, da sich bis auf einen alle Studienpatienten zum Zeitpunkt T1, also nach Abheilung, von Stadium III b zum Stadium III a entwickelt hatten.

Den Ergebnissen von Augustin et al. folgend, sind die Einschränkungen der Patienten im Stadium III a (abgeheiltes Ulcus) mit denen der Patienten im Stadium II (gekennzeichnet durch Stauungsekzem, Ödeme und Atrophie blanche, jedoch kein Ulcus) vergleichbar, während die Patienten mit floridem Ulcus (III b) besonders starke Einschränkungen aufweisen, vor allem in den Bereichen „Sozialleben“, „Zufriedenheit“ und „Therapie“ [Augustin 1999].

Wie oben beschrieben zeichnet sich die einzige Tendenz in den von uns erhobenen Daten zur Verbesserung der Lebensqualität nach Abheilung im Bereich „Alltagsleben“ ab und eine deutliche Tendenz zur Verschlechterung der Lebensqualität im Bereich „Psychisches Befinden“, was aus klinischer Vorerfahrung sowie vor dem Hintergrund der Auswertung der qualitativen Daten der Interviews keinen Sinn ergibt. Somit sind unsere Daten nicht im Ansatz mit denen der Studie zur Entwicklung des Fragebogens FLQA im Einklang.

Liegen Fehler in der Durchführung vor? Welche Fehler sind denkbar?

Eine Beeinflussung der Studienpatienten durch die Befrager ist nahezu ausgeschlossen, da das Design der Studie neben der strikten Einhaltung der gleichen Vorgehensweise bei jedem Patienten (siehe Anhang) auch eine Technische Anleitung zum Fragebogen vorsah (siehe Anhang), in der für alle Befrager die Antworten auf mögliche Nachfragen zu den einzelnen Items festgeschrieben wurde.

Eine Überforderung der Studienpatienten aufgrund der insgesamt 4 Fragebögen zu verschiedenen Themen kann zumindest für den FLQA-s ausgeschlossen werden, da er als erster Bogen nach dem Interview vorgelegt wurde. Auch eine zeitliche

Beschränkung für die Beantwortung des Fragebogens gab es nicht. Das Design des Fragebogens wurde ebenfalls nicht geändert und entspricht dem des Originals (siehe Anhang).

Die im weiteren Text beschriebenen Ergebnisse der Interviewauswertung belegen jedoch auf der anderen Seite das Vorliegen von Beeinträchtigungen der Lebensqualität – zumindest zum Zeitpunkt T0 (Stadium III b, florides UCV).

Bisher mangelhaft vorhandene Daten zur Unterscheidung der Patienten in den Stadien III a und III b in entsprechenden fragebogenbasierten Studien erlauben leider keinen ausführlichen Vergleich unserer beziehungsweise der von Augustin et al. erhobenen Daten. Eine im Jahre 1998 veröffentlichte Studie [Dietze et al. 1998] mit 100 Venenkranken, wovon jedoch nur 15 Patienten dem Stadium II, drei dem Stadium III a und zwei dem Stadium III b zugeordnet werden konnten, kommt zu dem Ergebnis, dass nur 8% der Venenkranken ihre Krankheit als störend empfanden und 32% sie als „gar nicht“ beeinträchtigend wahrnahmen. Interessanterweise konnte in der Auswertung der Daten kein signifikanter Zusammenhang zwischen dem Schweregrad der Krankheit und den unterschiedlichen Antworten festgestellt werden.

In den von Dietze et al. ausgewerteten Daten der Subskalen „Alltagsfunktion“, „Sozialleben“ und „Krankheitsbewertung“ konnten ausgeprägte Bodeneffekte dargestellt werden, die darauf schließen lassen, dass die Lebensqualität gerade in diesen Bereichen von vielen als nicht eingeschränkt gesehen wird.

Der in 2.2.1 bereits erwähnte Fragebogen „Tübinger Fragebogen zur Messung der Lebensqualität bei CVI-Patienten (TLQ-CVI)“ wurde 1998 an einer Population von 142 Patienten mit CVI getestet. Es konnten zwar signifikante Unterschiede in der Lebensqualität von Patienten im CVI-Stadium I und II versus III dargestellt werden, jedoch keine Signifikanzen in der Unterscheidung der Stadien III a und III b [Klysz 1998].

Eine weitere Studie aus Großbritannien allerdings kommt wiederum zu ähnlichen Ergebnissen wie Augustin et al. In einer Untersuchung von 185 Patienten mit einem UCV mittels Fragebogen, die prospektiv über 6 Monate beobachtet wurden, konnten Franks et al. aufzeigen, dass signifikante Reduktionen in den Bereichen „Anxiety, depression, hostility und cognition“ nach 6 Monaten Therapie vorlagen [Franks 1994]. Die Schmerzquote fiel von 78% auf 22%. 42% der Patienten mit abgeheiltem Ulcus berichteten über eine erhöhte Mobilität, 10% über besseren Schlaf.

Eine Einschränkung der Patienten mit CVI in ihrer Lebensqualität scheint in allen Studien unstrittig [Speech et al. 2000, Lindholm et al. 1993, Price/Harding 1996, Hamer et al. 1994, Cullum et al. 1995, Franks/Moffatt 1998], nicht jedoch das Ausmaß der Einschränkung in den Stadien III a und III b. Eine Unterscheidung zwischen den Patienten mit abgeheiltem und floridem Ulcus kann in dem Vergleich fragebogenbasierter Studien zumindest unterschiedlich beurteilt werden.

Insgesamt kann festgehalten werden, dass es sich bei der selbst wahrgenommenen Lebensqualität von Patienten mit UCV um ein komplexes, inter- und auch intrasubjektiv sehr unterschiedlich bewertetes Phänomen handelt, für das in dieser Studie keine relevanten konsistenten Tendenzen über die Zeit im Rahmen der Abheilung des floriden UCV gezeigt werden konnten. Möglicherweise spielt dabei eine Rolle, das drei Viertel der untersuchten Patienten rezidivierende UCV haben; ihre selbst wahrgenommene Lebensqualität könnte weniger von dem aktuellen Heilungsprozeß (im Mittel 4,3 Monate) als vielmehr von langfristigen Effekten ihres Ulcus-Leidens (im Mittel 26 Jahre) abhängen.

4.2 Patienteninterviews

Anders sieht hingegen die Auswertung des Patienteninterviews aus. Die hier erhobenen Ergebnisse decken sich mit den in der Literatur beschriebenen.

Von den 22 ausgewerteten Interviews sind in 20 negative Auswirkungen auf die Lebensqualität beschrieben worden. Ein Leidensdruck aufgrund von Schmerzen, Wundausfluß und Juckreiz wird am häufigsten genannt, gefolgt von Einschränkungen des Alltags oder der Freizeitaktivitäten wie etwa Schwierigkeiten beim Gehen oder bei der Kleiderwahl. Dass die Therapie des UCV das Leben negativ beeinflusst, beispielsweise durch Probleme mit dem Schuhwerk bei der Kompressionstherapie, wird auch genannt, jedoch wesentlich seltener. Einschränkungen der Körperhygiene werden kaum angegeben.

Bezogen auf die Kategorien des FLQA-s haben die Patienten folgende Aussagen getroffen:

30 Aussagen von 16 Patienten können der Kategorie „Körperliche Beschwerden“ zugeordnet werden, 19 Aussagen von 7 Patienten finden sich in der Kategorie „Alltagsleben“. Über reduziertes Psychisches Befinden berichten 9 Patienten in 10

Aussagen und das Sozialleben ist 9 Aussagen von 7 Patienten zufolge beeinträchtigt. 7 Aussagen von 5 Patienten gibt es zur Beeinträchtigung aufgrund der Therapie.

Phillips et al. haben 1994 62 Patienten mit Ulzerationen der Beine unterschiedlicher Genese standardisiert interviewt (halbstandardisierte Fragen) [Phillips et al. 1994]. Auch hier zeigte sich, dass die Mehrheit der Patienten (65%) Schmerzen als größte Belastung angeben, gefolgt von Juckreiz, Schwellungen der Beine und Absonderung von Wundsekret (40%). Eingeschränkte Mobilität, die 57% sogar als äußerst schwer einstufen, war neben den Schmerzen der weitere entscheidende Faktor, der die Lebensqualität einschränkt.

Über einen negativen psychischen Einfluss klagten 68% der Betroffenen, vor allem wegen sozialer Isolation, Ängsten, Depressionen und einem negativen Selbstbild. Signifikant größere Einschränkungen in diesem Bereich hatten die jüngeren Patienten. Ein überraschendes Ergebnis brachte die Studie in Hinblick auf die Größe der Ulzera und die Dauer der Erkrankung. Diese beiden Faktoren schienen keinen Einfluß auf die Lebensqualität zu nehmen.

Charles stellte 1995 mittels offenen Interviews bei UCV-Patienten fest, dass Schmerz das größte und drängendste Problem dieser Patienten ist. Die 4 Interviewten erzählten ebenso von Schlaflosigkeit und reduzierter Mobilität. Als psychologische Effekte der Krankheit wurden vor allem Hoffnungs- und Hilflosigkeit genannt, aber auch Kontrollverlust. Die Einschränkungen im Sozialleben waren hier durch die reduzierte Mobilität hervorgerufen (Unfähigkeit zur Arbeit zu gehen oder sich mit Freunden zu treffen) [Charles 1995].

14 Patienten mit einem UCV wurden von Krasner 1998 mit halbstrukturierten Interviews befragt. Es konnten acht Themenbereiche gefunden werden, die sich in den Patientenaussagen widerspiegeln und als Ausdruck der eingeschränkten Lebensqualität gesehen wurden:

Die Erwartung von Schmerzen durch das UCV, Frustrationen, Schwellung und Schmerzen der Beine, die Unfähigkeit zu Stehen (hoch gelagerte Beine als Schmerz reduzierende Maßnahme schränkt die Mobilität ein), Einschränkungen im Berufsleben, schmerzvolles Wunddebridement, die Notwendigkeit einschneidende Veränderung im Leben zu machen, Zufriedenheit in neuen Tätigkeitsfeldern zu finden.

Beeindruckend sind hier die Aussagen zur Schmerzcharakteristik, die auch in den Interviews der vorliegenden Arbeit beschrieben sind: „Burning“, „Burning pain, like you would burn yourself“ (Interview 208: „und das brannte darin irgendwie“; Interview 407: „Schmerzen hatte ich andauernd und es brannte“), „hot“ (Interview 413: „alles war rot und heiß“), „feels, like they´re sticking pins in you all the time“ (Interview 409: „als wenn 1000 Nadeln drin sind“; Interview 428: „als wenn 1000 Messer durchgehen“), „stabbing“ (Interview 103: „ständige Schmerzen, Stiche und dann klopft es“) [Krasner 1998].

Die oben dargestellten Ergebnisse der Interviews der vorliegenden und der anderen zitierten Studien zeigen unzweifelhaft eine eingeschränkte Lebensqualität bei den Patienten mit UCV auf.

Die große Übereinstimmung der verschiedenen Studien legt auch nahe, dass die Erfassung der Lebensqualität mittels Interview eine bessere Methode darstellt als das Vorlegen von Fragebögen. Hier zeigt nämlich die Breite der unterschiedlichen Ergebnisse, dass die vermeintliche Realitätsabbildung von Fragebogen zu Fragebogen variiert und selbst beim Einsatz eines Fragebogens in zwei Studien unterschiedliche Daten erhoben werden können (wie in der vorliegenden Arbeit im Vergleich zu der von Augustin et al. veröffentlichten Studie). Die krankheitsspezifischen Fragebögen bergen weiterhin die Gefahr, nicht alle relevanten Punkte der Lebensqualität zu erfassen [Fletcher et al. 1992]. Ein beeindruckender Hinweis auf die Möglichkeiten von Interviews diese Punkte in allen Einzelheiten zu erfassen ist sicherlich der oben beschriebene Vergleich der Schmerzcharakteristik in der von Krasner veröffentlichten Studie und der vorliegenden.

Ein Vergleich zwischen Patienten mit Stadium III a und III b mittels Interview wurde bisher noch nicht beschrieben, wäre aber hinsichtlich der Fragestellung wie sich die Lebensqualität der beiden Gruppen unterscheidet, wichtig. Schließlich würde hier auch die Entscheidung über die Art der Therapie beeinflusst. Sollte sich herausstellen, dass die Lebensqualität nicht deutlich unterschiedlich ist, ist zu überlegen, ob beispielsweise eine operative Therapie mit den damit einhergehenden Risiken vertretbar und sinnvoll ist [Monk 1982, Kitihama 1982, Stacey 1988].

4.3 Ärzteinterviews

Die Auswertungen der Ärzteinterviews sind für diese Arbeit vor allem in Hinblick auf die Fragestellung „Wie beurteilen die behandelnden Ärzte die Lebensqualität ihrer Patienten?“ interessant.

Zunächst auch an dieser Stelle noch einmal die Ergebnisse in einer kurzen Übersicht:

Es wurden 35 Ärzteinterviews ausgewertet. In insgesamt 18 Interviews schließen die behandelnden Hausärzte das Thema Lebensqualität spontan in ihre Überlegungen ein. Dabei sehen die Ärzte die größten Einschränkungen ihrer Patienten in der verordneten Kompressionstherapie und im Zeitaufwand für die häufigen Arztbesuche. Dass Schmerzen eine wichtige Rolle im Krankheitserleben spielen, berichten 3 Ärzte, und Frust bzw. Niedergeschlagenheit ihrer Patienten geben 4 Ärzte an.

Immerhin 5 Ärzte betonen, dass die Patienten keinen Leidensdruck empfinden und sich daher auch nicht um das „offene Bein“ kümmern würden bzw. vom sekundären Krankheitsgewinn profitieren („die brauchen ihr Loch“). Das Thema der Compliance wird häufig genannt, fast ausschließlich beklagen sich die Ärzte über mangelnde Therapiebereitschaft.

Die beschriebenen Ergebnisse zeigen eindrucksvoll, wie unterschiedlich die Behandler eines UCV die Krankheit im Gegensatz zu ihren Patienten wahrnehmen.

Krasner 1998 und Wilm/Kriebel 2001 stellten ebenfalls fest, dass viele Behandler Schmerzen bei venösen Ulzera verneinen [Krasner 1998] beziehungsweise unterschätzen [Wilm/Kriebel 2001].

In letztgenannter Studie gaben 79% von 96 schriftlich befragten Ärzten an, ihre Patienten verhielten sich falsch, seien „indolent“ ihren Problemen gegenüber und zeigten keine Krankheitseinsicht.

Welche Auswirkungen haben diese unterschiedlichen Sichtweisen auf die Therapie? Kann eine Therapie erfolgreich sein, wenn das vordringlichste Problem des Patienten, in diesem Fall der Schmerz, nicht erkannt und dementsprechend nicht behandelt wird?

Das Problem der „Non-Compliance“ der Patienten bei der UCV-Therapie wird zwar von vielen Hausärzten beklagt, die Gründe für die Nichteinhaltung der Therapie sind ihnen jedoch fremd [Wilm/Kriebel 2001]. Eine Therapie, die zunächst keine subjektive Linderung der Probleme und vor allem der Schmerzen mit sich bringt, wird schlecht akzeptiert [Rolstad et al. 1996]. Hier ist also dringend eine Änderung im Sinne einer

patientenzentrierten Medizin angezeigt [Britten et al. 2000, Stewart et al. 1995], um den Kranken den Sinn therapeutischer Maßnahmen zu erklären, ihnen die Ängste und die Schmerzen zu nehmen und die Heilung voranzutreiben.

Es muss ihnen das Gefühl gegeben werden, die eigene Krankheit beeinflussen zu können [Wilm/Kriebel 2001], um der mit Hilflosigkeit einhergehenden Passivität [Schüssler 1992] entgegenzutreten.

Erickson et al. fanden 1995 heraus, dass eine Korrelation zwischen der Compliance der Patienten und einer verkürzten Heilungszeit bzw. einer Verlängerung der Zeit bis zum Wiederauftreten der Ulzeration besteht [Erickson et al. 1995]. Die Compliance ihrerseits hängt jedoch wieder vom Krankheitskonzept des Patienten ab [Wichowski et al. 1997].

So bleibt letztlich festzuhalten: Ein Wissen um das Krankheitserleben und die Lebensqualität des Patienten ist für den Arzt unverzichtbar; die Einschränkungen, die die Krankheit mit sich bringt, dürfen dem Arzt nicht verschlossen bleiben. Nur so ist eine effektive und den Patienten zufriedenstellende Therapie im Sinne der patientenzentrierten Medizin möglich.

4.4 Beantwortung der Fragestellungen

Die Fragestellungen dieser Arbeit (siehe 1.2) können zusammenfassend wie folgt beantwortet werden:

- Lässt sich die Annahme der eingeschränkten Lebensqualität bei Patienten mit *Ulcus cruris venosum* anhand der erhobenen Daten bestätigen?

Die Auswertung der Interviews mit den Patienten zeigt, dass die Lebensqualität deutlich eingeschränkt erlebt wird, hauptsächlich durch Schmerzen. Dies ist, wie in fast allen dargestellten interview- oder fragebogenbasierten Studien, der belastendste Faktor überhaupt.

Die Auswertung des Fragebogens zur Lebensqualität bei Venenerkrankungen (FLQA-s) erlaubt wegen des Fehlens von Standardwerten für eine altersentsprechende Referenzgruppe venengesunder Menschen keine Antwort auf diese Frage.

- In welchen Bereichen ist die Lebensqualität beeinträchtigt?

Die größte Beeinträchtigung empfinden die Patienten im Bereich körperlicher Beschwerden. Vor allem Schmerzen und Beeinträchtigung durch Wundausfluß und Juckreiz werden genannt. Alltags- und Freizeitleben sind durch Schwierigkeiten beim Gehen, geringere körperliche Belastbarkeit und eingeschränkte Kleiderwahl betroffen. Ein Drittel der Patienten fühlt sich durch die Erkrankung psychisch niedergeschlagen. Die Therapie des UCV beeinträchtigt die Patienten nicht in dem Maße, wie es von den behandelnden Ärzten vermutet wird.

- Ändert sich die Lebensqualität im Verlauf der Erkrankung bzw. der Therapie?

Die Erwartung der Verbesserung der Lebensqualität nach Abheilung des UCV kann in der vorliegenden Arbeit nicht belegt werden. Es zeigen sich keine konsistenten Tendenzen über die Zeit im Rahmen der Abheilung des floriden UCV.

Unterstellt man dem Fragebogen eine realitätsgetreue Abbildung der Lebensqualität, so ist es für die Lebensqualität der Patient nicht entscheidend, ob sie ein florides oder abgeheiltes Ulcus cruris venosum haben.

Die Interviewauswertung deutet jedoch darauf hin, dass die Patienten gerade durch das floride UCV beeinträchtigt sind.

- Stellt sich die Lebensqualität im Vergleich der Instrumente „Fragebogen“ und „Interview“ unterschiedlich dar?

Während die Interviewauswertung bei fast allen Patienten eine deutliche Einschränkung der Lebensqualität widerspiegelt, zeigen die Fragebögen keine Unterschiede in der Lebensqualität mit oder ohne florides UCV. Die Fragebögen weisen die selbst wahrgenommene Lebensqualität von Patienten mit UCV aber als ein komplexes, inter- und auch intrasubjektiv sehr unterschiedlich bewertetes Phänomen aus.

Der Vergleich der Ergebnisse aus den Interview- und Fragebogenauswertungen kommt zu dem Schluss, dass die Erfassung eines so komplexen Themas wie der Lebensqualität wesentlich präziser durch eine qualitative als durch eine quantitative Erhebung zu leisten ist.

- Welche Vorstellungen haben die Hausärzte vom Erleben und der Lebensqualität ihrer Patienten mit Ulcus cruris venosum? Passen diese zu dem tatsächlichen Empfinden der Patienten?

Die Auswertung der Ärzteinterviews zeigt bereits in der Literatur beschriebene Ergebnisse. Es gibt einen großen Unterschied zwischen dem Krankheitserleben und den Lebensqualitätseinschränkungen der Patienten und dem Wissen der behandelnden Ärzte darum. Die größte Einschränkung ihrer Patienten sehen die Hausärzte in der Therapie (vor allem durch die Kompression), während das psychische Befinden von einigen der Ärzte, der für die Patienten belastendste Faktor "Schmerz" nur von wenigen Hausärzten benannt wird. Immerhin bezieht die Hälfte der interviewten Ärzte das Thema Lebensqualität spontan in ihre Überlegungen mit ein.

5 Zusammenfassung

Fragestellung

In der vorliegenden Arbeit werden im Rahmen des Gesamtprojekts „Patienten mit Ulcus cruris venosum (UCV) in der Allgemeinarztpraxis 1999 - 2004“ die Lebensqualität der betroffenen Patienten, die Auswirkungen des Heilungsverlaufes und der Therapie auf die Lebensqualität sowie das Wissen der behandelnden Hausärzte um die Lebensqualität ihrer Patienten untersucht. Zur Datenerhebung werden sowohl quantitative (Fragebogen) als auch qualitative Methoden (Interview) herangezogen.

Methodik

Nach Abschluss der Vorstudie 1999 zur Abschätzung der Prävalenz des UCV wird die Hauptstudie als prospektive Beobachtungsstudie mit Kohorten ohne Intervention durchgeführt. Die Studienpatienten rekrutieren sich aus den Praxen von ca. 1% (n=40) der Grundgesamtheit aller vertragsärztlich tätigen Allgemeinmediziner aus dem Bereich der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein, die aus den von ihnen versorgten ca. 54.000 Patienten pro Jahr jeden Patienten mit einem frischen UCV oder einem frischen Rezidiv melden. Zu Beginn der Behandlung (T0) wird der Patient zu Hause aufgesucht und mit einem offenen, themenzentrierten Interview sowie mittels des validierten Fragebogens FLQA-s (Kurzversion des Freiburger Life Quality Assessment) zur Lebensqualität befragt. Hier wird in 6 Bereichen mit insgesamt 45 Items, aus denen auf einer fünfstufigen Skala Mittelwerte gebildet werden, die Auswirkung der Erkrankung auf die Lebensqualität gemessen. Die Vorlage des Fragebogens wird nach Abheilung respektive nach 12 Monaten (T1) wiederholt. Die Ärzte werden zum Abschluss der Studie offen themenzentriert interviewt. Die Auswertung der Interviews erfolgt nach der Qualitativen Inhaltsanalyse. Das Rohmaterial wird nach Aufnahme transkribiert, es folgt die Datenreduktion, Kategorisierung und Analyse.

Ergebnisse

Von den 64 insgesamt gemeldeten Patienten mit UCV (Praxis-Quartals-Inzidenz 0,03%; Praxis-Punkt-Prävalenz 0,05%) werden 25 in die Studie aufgenommen. Die Auswertung der Fragebögen ergibt für die Lebensqualität keine konsistenten Tendenzen über die Zeit der Abheilung des floriden Ulcus im Vergleich der beiden Zeitpunkte der Datenerhebung. Bei der selbst wahrgenommenen Lebensqualität der Patienten handelt es sich um ein komplexes, inter- und auch intrasubjektiv sehr unterschiedlich bewertetes Phänomen. Anders hingegen sieht die Auswertung der Patienteninterviews aus. Von den 22 ausgewerteten Interviews werden in 20 negative Auswirkungen auf die Lebensqualität beschrieben. Leidensdruck aufgrund von Schmerzen, Wundausfluss und Juckreiz wird am häufigsten genannt, gefolgt von Einschränkungen des Alltags oder der Freizeitaktivitäten sowie Niedergeschlagenheit. Die Therapie wird nur selten als Einschränkung erlebt. Von 35 interviewten Ärzten beziehen lediglich 18 die Lebensqualität ihrer Patienten in ihre Überlegungen mit ein. Als größte Einschränkungen werden die Kompressionstherapie und der Zeitaufwand für die Arztbesuche vermutet. Über Schmerzen durch das UCV berichten nur drei Ärzte.

Schlussfolgerung

Die Lebensqualität der UCV-Patienten ist eingeschränkt. Insbesondere Schmerzen, Alltagseinschränkungen und Niedergeschlagenheit belasten die Betroffenen. Dabei gibt es große Unterschiede zwischen dem Krankheitserleben mit seinen Lebensqualitäts-Einschränkungen für die Patienten und dem Wissen der behandelnden Hausärzte darum. Der Vergleich der Ergebnisse aus den Interview- und Fragebogenauswertungen kommt zu dem Schluss, dass die Erfassung eines so komplexen Themas wie der Lebensqualität wesentlich besser durch eine qualitative als durch quantitative Erhebung zu leisten ist.

6 Literatur

Aaronson NK, Bullinger M, Ahmedzai S. A modular approach to quality of life in cancer clinical trials. *Cancer Res* 1988; 101:231-249.

Antonovsky A. *Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit*. Tübingen: DGVT-Verlag; 1997.

Augustin M, Amon U, Bullinger M, Gieler U. Empfehlungen zur Erfassung von Lebensqualität in der Dermatologie. *Dermatol Psychosom* 2000; 1:76-82.

Augustin M, Zschoke I, Vanscheidt W, Schöpf E. Lebensqualität bei chronischer Veneninsuffizienz: Der Freiburger Fragebogen zur Erfassung der Lebensqualität bei Venenerkrankungen. *Dt Ärztebl* 1999; 96:A-1971-1973.

Augustin M et al. Development and validation of a disease-specific questionnaire on the quality of life of patients with chronic venous insufficiency. *VASA* 1997;26:291-301.

Britten N, Stevenson FA, Barry CA, Barber N, Bradley CP. Misunderstandings in prescribing decision in general practice: qualitative study. *BMJ* 2000; 320:484-488.

Brod M, et al. Quality of life issues in patients with diabetes and lower extremity ulcers: patients and care givers. *Quality of Life Research*. 7:365-372.

Bullinger M. Concepts and methods of quality of life assessment.

In: Füllgraf GM, Franke H, Lenau H, Rode H (eds.). *Klinisch-Pharmakologisches Kolloquium IV Titisee 1989*, Freiburg. S. 73 - 91.

Bullinger M. Gesundheitsbezogene Lebensqualität und subjektive Gesundheit. Überblick über den Stand der Forschung zu einem neuen Evaluationskriterium in der Medizin. *PPmP* 1997; 47:76-91.

Bullinger M, et al. *Lebensqualitätsforschung. Bedeutung-Anforderung-Akzeptanz*. Stuttgart: Schattauer; 1997.

Bullinger M, Kirchberger I, v Steinbüchel N. Der Fragebogen „Alltagsleben“, ein Verfahren zur Erfassung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität. *Z Med Psy* 1993; 2(3):121-131.

Bullinger M, Pöppel E. Lebensqualität in der Medizin: Schlagwort oder Forschungsansatz? *Dt Ärztebl* 1988; 85:679-680.

Callam MJ, Harper DR, Dale JJ, Ruckley CV. Chronic ulcer of the leg: clinical history. *BMJ* 1987;294:1389–1391.

Capitao LM, Menezes JD, Gouveia-Oliveira A. A multivariate analysis of the factors associated with the severity of chronic venous insufficiency. *Acta Med Port* 1993;6:501-506.

Carpentier P, Priollet P. Epidemiology of chronic venous insufficiency. *Presse Med* 1994;23:197-201.

Charles H. The impact of leg ulcers on patients' quality of life. *Professional Nurse* 1995;10,9:571-574.

Chase SK, Melloni M, Savage A. A forever healing: the lived experience of venous ulcer disease. *Journal of Vascular Nursing* 1997;15:73-78.

Cropley AJ. *Qualitative Forschungsmethoden- Eine praxisnahe Einführung*. Eschborn: Dietmar Klotz; 2002.

Cullum N, Roe B. Patients' perception of chronic leg ulceration. *Leg ulceration ulcers: Nursing management. A research-based guide*. Harrow: Scutari Press; 1995, S. 125-134.

Deutsche Gesellschaft für Phlebologie DGP (Hrsg. E. Rabe). *Leitlinien zur Diagnostik und Therapie von Venenerkrankungen. Leitlinie zur Diagnostik und Therapie des Ulcus cruris venosum*. Stuttgart: Schattauer; 1999.

Diehl V, von Kalle AK, Kruse T, Sommer H. „Lebensqualität“ als Bewertungskriterium in der Medizin. Stuttgart: Hogrefe; 1990.

Dietze S, Bullinger M, Kirchberger I, Dinkel R, Unkauf, M. Entwicklung und Validierung eines krankheitsspezifischen Fragebogens zur Erhebung der Lebensqualität bei Venenkranken mit chronisch venöser Insuffizienz (Venenskala). Z f Gesundheitswiss 1998; 6: H.1.

Erickson CA, Lanza DJ, Karp DL, Edwards JW, et al. Healing of venous ulcers in an ambulatory care program: The roles of chronic venous insufficiency and patient compliance. Journal of Vascular Surgery 1995; 22: 629-636.

Fletcher A, Gore S, Jones D, Fitzpatrick R, Spiegelhalter D, Cox D. Quality of life measures in health care. II: Design, analysis and interpretation. BMJ 1992; 305:1145-8.

Franks PJ, Moffatt CJ. Who suffers most from leg ulceration? Journal of Wound Care 1998; 7,8: 383-385.

Franks PJ, Moffatt CJ, Connolly M, Bosanquet N, et al. Community leg ulcer clinics: Effect on quality of life. Phlebology 1994;9:83-86.

Gericke A. Diagnose und Behandlung des Ulcus cruris venosum. Hartmann Wund Forum 1994; 3:10-17.

Hamer C, Cullum N, Roe BH. Patients' perceptions of chronic leg ulcers. Journal of Wound Care 1994; 3,2:99-101.

Heidrich H, et al. Lebensqualität bei peripher arterieller Verschlusskrankheit. Untersuchungen mit einem krankheitsspezifischen Fragebogen (PAVK-86). Dt Ärztebl 1994; 91:A-2115-2116.

Heinisch M, Ludwig M, Bullinger M. Psychometrische Testung der „Münchner Lebensqualitäts Liste (MLDL)". Lebensqualität bei kardiovaskulären Erkrankungen. Göttingen: Hogrefe; 1991.

Herold O. Drogengebrauch in der Technoszene: Eine qualitative Studie. Berlin: VWB-Verlag; 2001.

Hofmann BA, Ryan TJ, et al. Pain in venous leg ulcers. Journal of Wound Care 1997; 5:222-224.

Katz S. The science of quality of life. J Chronic Dis 1987; 40:459.

Kitihama A, Elliott LF, Kerstein MD, et al. Leg ulcer: conservative management or surgical treatment? JAMA 1982; 247:197-9.

Klysz T, et al. Lebensqualität und Krankheitsbewältigung bei Patienten mit chronisch venöser Insuffizienz. Phlebologie 1996; 25:239-44.

Klysz T, Junger M, Schanz S, Janz M, Rassner G, Kohlen R. Lebensqualität bei chronisch venöser Insuffizienz (CVI). Ergebnisse einer Untersuchung mit dem neu entwickelten Tübinger Fragebogen zur Messung von Lebensqualität von CVI-Patienten (TLQ-CVI). Hautarzt 1998; 49(5):372-81.

Krasner D, et al. Painful venous leg ulcers: Themes and stories about living with the pain and suffering and about their impact on quality of life. Ostomy/Wound Management 1998;44(9):38-49.

Krippendorff K. Content analysis. An introduction into its methodology. Beverly Hills: Sage Publications; 1981.

Küchler T. Interviewverfahren. Stuttgart: Reclam; 1991.

Kurz X, Kahn SR, Abenhaim L, et al. Chronic venous disorders of the leg: epidemiology, outcomes, diagnosis and management. International Angiology 1999; 18(2):83-102.

- Lincoln Y, Guba E. Naturalistic inquiry. Beverly Hills: Sage Publications; 1985.
- Lindholm C, Bjellrup M, Christensen, OB, Zederfeldt B. Quality of life in chronic leg ulcer patients. An assessment according to the Nottingham Health Profile. Acta Derm Venereol 1993; 73(6):440-443.
- Lippert H. Chronische Wunden der unteren Extremitäten – ein medizinisches Problem. Wund Forum Spezial 1999; 8-9.
- Lisch R, Kriz J. Grundlagen und Modelle der Inhaltsanalyse. Reinbek: Rowohlt; 1978.
- Mayer W, Jochmann W, Patsch H. Ulcus cruris: Abheilung unter konservativer Therapie. Eine prospektive Studie. Wien Med Wschr 1994; 44:250-252.
- Mayring P. Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken. 8. Auflage. Weinheim: Beltz; 1993.
- Mayring P. Einführung in die qualitative Sozialforschung- Eine Anleitung zu qualitativem Denken. Weinheim: Beltz; 2002.
- Meidl J. Patienten mit Ulcus cruris venosum in der Allgemeinarztpraxis: Epidemiologie. Dissertation Medizinische Fakultät HHU Düsseldorf, 2005.
- Meidl J, Wilm S. Wie häufig ist das Ulcus cruris venosum wirklich? Probleme allgemeinmedizinischer Epidemiologie. Z Allg Med 2000; 76:410-414.
- Meuser M, Nagel U. ExpertInneninterviews - vielfach erprobt, wenig bedacht. Garz D, Kraimer K (Hrsg.). Qualitativ-empirische Sozialforschung. Konzepte, Analysen, Methoden. Opladen: Westdeutscher Verlag; 1991.
- Monk BE, Sarkany I. Outcome of treatment of venous stasis ulcers. Clin Exp Dermatol 1982; 7:397-400.

Morison M, Moffatt C. *Ulcus cruris, Erkennen-Behandeln-Vorbeugen*. Berlin/Wiesbaden: Ullstein/Mosby; 1996.

Müller-Bühl U, Engeser P, Klimm HD, Wiesemann A. Lebensqualität als Bewertungskriterium in der Allgemeinmedizin. *Z Allg Med* 2003; 79:24-27.

Najman JM, Levine S. Evaluating the impact of medical care and technology on the QoL. A review and critique. *Soc Sci Med* 1981; 15:107-115.

Panfil E-M. *Krankheitsbedingte Selbstpflege von Menschen mit Ulcus cruris venosum*. Bern: Huber; 2004.

Patrick DL, Erickson P. *Assessing health related quality of life*. New York: Oxford University Press; 1993.

Pelka RP. *Expertise zur Kostensituation bei chronischen Wunden*. Kaufbeuren; 1997.

Pelka RP. Ökonomie und Ethik – Ein Widerspruch bei chronischen Wunden? *Phlebologie* 1998; 27:147-51.

Peschen M, Petter O, Vanscheidt W. Chronisch venöse Insuffizienz – von der Pathophysiologie zur Therapie, Folge 4: Behandlung des Ulcus cruris – Therapierichtlinien. *Fortschritte der Medizin* 1996; 114,30:395–397.

Petermann F, Bergmann KC (Hrsg.). *Lebensqualität und Asthma*. Berlin: Quintessenz; 1994.

Phillips T, Stanton B, Provan A, Lew R. A study of the impact of leg ulcers on quality of life: financial, social and psychologic implications. *J Am Acad Dermatol* 1994; 31(1):49-53.

Pirk O. Viel Geld für nichts? Teures Krankheitsbild Ulcus cruris. *Dt Ärztebl* 2000; 97: 2992 – 2994.

Price P, Harding K. Measuring health-related quality of life in patients with chronic leg ulcers. *Wounds: A compendium of clinical research and practice* 1996; 8(3):91-94.

Rabe E, Pannier-Fischer F, Schuldt K, Stang A, Poncar C, Wittenhorst M, Bock E, Weber S, Jöckel KH. Bonner Venenstudie der Deutschen Gesellschaft für Phlebologie zur Frage der Häufigkeit und Ausprägung von chronischen Venenkrankheiten in der städtischen und ländlichen Wohnbevölkerung. *Phlebologie* 2003; 32:1-14.

Revicki DA. Health-related quality of life in the evaluation of medical therapy for chronic illness. *Journal of Family Practice* 1989; 29 (4):377-380.

Rolstad BS, Harris A, Fahey CB, Evans JT, Alvarez OM. Contemporary wound care: a desk reference. Arlington (TX): Johnson & Johnson Medical Inc; 1996.

Schnell R, Hill PB, Esser E. Methoden der empirischen Sozialforschung. München/Wien: Oldenbourg; 1995.

Schüssler G. Coping strategies and individual meanings of illness. *Soc Sci Med* 1992; 34:427-432.

Speech E, Debus ES, Faller H, Schmidt K, Ziegler UE, Bröcker EB, Thiede A. Lebensqualität von Patienten mit chronischen venösen und arteriellen Ulcus cruris. *Hefte zur Wundbehandlung* 2000; 4:10.

Spilker B. Introduction to the field of quality of life trials. *Quality of life and pharmacoconomics in Clinical Trials*. Philadelphia: Lippincott-Raven; 1996.

Spitzer W, Dobson AJ, Hall J, Chestermann E, Levi J, Shepherd R, Battista RN, Catchlove BR. Measuring the quality of life of cancer patients. A concise QL-index for use by physicians. *J Chronc Dis* 1981; 34:585-590.

Stacey MC, Burnand KG, Layer GT et al. Calf pump function in patients with venous ulcers is not improved by surgery to the communicating veins or by elastic stockings. *Br J Surg* 1988; 75:436-9.

Steinbüchel N (Hrsg.). Lebensqualität bei kardiovaskulären Erkrankungen. Göttingen: Hogrefe; 1991.

Stewart M, Brown JB, Weston WW, et al. Patient-centred medicine – transforming the clinical method. Thousand Oaks: Sage Publications; 1995.

Valencia IC, Falabella A, Kirsner RS, Eaglstein WH. Chronic venous insufficiency and venous leg ulceration. *J Am Acad Dermatol* 2001; 44,3:401-421.

Vanscheidt W, Rabe E, Naser-Hijazi B, Ramelet AA, Partsch H, Diehm C, Schultze-Ehrenburg U, Spenger F, Wirsching M, Götz V, Schnitker J, Henneicke-von Zepelin HH. The efficacy and safety of a coumarin-/troxerutin-combination (SB-LOT) in patients with chronic venous insufficiency: a double blind placebo-controlled randomised study. *VASA* 2002;31:185-90.

Von Eckartsberg R. Life World Experience: Existential-phenomenological research approaches in psychology. Lanham, Md: University Press of America; 1986.

Wichowski HC, Kubsch SM. The relationship of self-perception of illness and compliance with health care regimes. *J Adv Nurs* 1997; 25:548-553.

Widmer LK, Stähelin HB (eds.). Peripheral venous disorder. Prevalence and socio-medical importance. Basel Study III. Bern: Hans Huber Publishers; 1978.

Wienert V. Epidemiology of leg ulcers. *Current Problems in Dermatology* 1999; 27:65-69.

Wienert V, Willer H. Epidemiologie der Venenerkrankungen. Stuttgart: Schattauer; 1992.

Wienert V. Neue epidemiologische Daten zum Unterschenkelgeschwür. *Derm* 1999;5:236-42.

Wilm S, Kriebel S. Care for patients with venous ulcers by general practitioners in Germany - epidemiology and strategies. In: Rabe E, Gerlach H, Lechner W, ed. Phlebology '99. Phlebology of the second millenium. Köln: Viavital; 1999. S.94.

Wilm S, Kriebel S. Krankheitskonzepte und Krankheitserleben von Patienten und ihren Hausärzten bei Ulcus cruris venosum. Gesundheitswesen 2001;63: S 85-88.

Wilm S, Meidl J. Inzidenz und Prävalenz des Ulcus cruris venosum in der Hausarztpraxis. Vasomed 2005;17:143.

Witzel A, Jüttemann G (Hrsg.). Das Problemzentrierte Interview. Qualitative Forschung in der Psychologie. Grundfragen, Verfahrensweisen, Anwendungsfelder. Weinheim: Beltz; 1982. S. 227-255.

7. Anhang

Informationsschrift für die Patienten

An die
am Forschungsprojekt 'Offenes Bein'
interessierten Patienten

Forschungsprojekt

“Versorgung von Patienten mit Ulcus cruris venosum in der Hausarztpraxis”

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

bei Ihnen ist ein offenes Bein', ein Ulcus cruris festgestellt worden oder schon länger bekannt. Dies ist ein häufiges Krankheitsbild, zu dessen Verbreitung und Behandlung aber noch viele Fragen offen sind. Auch über das Erleben und den Umgang der Betroffenen mit ihrer Krankheit wissen wir viel zu wenig. Viele Verbesserungen erscheinen möglich.

Die Abteilung für Allgemeinmedizin der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf führt ein Forschungsprojekt zu diesem Thema durch; die Ergebnisse sollen später dazu dienen, die Betreuung von betroffenen Patienten durch ihre Hausärzte zu verbessern. Es handelt sich um eine reine Beobachtungsstudie; Ihr Hausarzt wird Sie in seiner gewohnten Art untersuchen und behandeln.

Wir möchten Sie bitten, daß wir Sie dabei begleiten dürfen. Dazu möchten wir zu Beginn der Behandlung ein **Gespräch** mit Ihnen zuhause führen, Ihr Bein **kurz untersuchen** und Sie bitten, einige **Fragebögen** auszufüllen. Nach Abheilung Ihres offenen Beines oder spätestens nach einem Jahr werden wir mit der gleichen Bitte erneut an Sie herantreten. Der Karteikarte Ihres Hausarztes möchten wir noch Informationen zur angewandten Therapie und einen Laborwert entnehmen. Ihr Hausarzt ist mit Ihrer Teilnahme einverstanden.

Alle erhobenen Daten werden streng vertraulich und anonymisiert ausgewertet. Sie können jederzeit Kontakt mit uns aufnehmen und sich Ihre eigenen Angaben noch einmal zeigen lassen; Sie können jederzeit und ohne Angabe von Gründen Daten löschen lassen, ohne daß Ihnen Nachteile in der weiteren Behandlung entstehen. Die Ergebnisse des Forschungsprojektes dienen ausschließlich wissenschaftlichen Zwecken. Ihr Ansprechpartner für alle offenen Fragen ist der Projektleiter Dr. med. Stefan Wilm, Tel. 0211/8116228.

Wir erlauben uns, Sie in den nächsten Tagen einmal anzurufen.

Mit herzlichem Dank für Ihr Interesse,

Anschreiben an die Ärzte

*Mitarbeit in einem allgemeinmedizinischen Forschungsprojekt zu Erfahrungen aus der täglichen Praxis im Umgang mit Patienten mit **Ulcus cruris venosum***

Sehr geehrte Frau Dr.,

haben Sie herzlichen Dank für Ihre telefonische Zusage vom 6.10.1999, an unserem Forschungsprojekt mitzuarbeiten.

Mit unserem Forschungsprojekt möchten wir die allgemeinmedizinische Diagnostik und Therapie bei Patienten mit einem **venösen Ulcus cruris** beschreiben. Sie haben im schwierigen Umgang mit dieser chronischen Erkrankung Erfahrungen gemacht, die wir gerne anderen weitergeben möchten.

Der Arbeitsaufwand für Sie bei der Mitarbeit ist gering:

1. Sie notieren einfach nur den Namen und die Telefonnummer von jedem Patienten, der mit einem frischen *Ulcus cruris venosum* oder einem frischen Rezidiv in Ihre hausärztliche Behandlung kommt,
2. geben den Namen Ihren Arzthelferinnen und
3. händigen diesen Patienten einen der beiliegenden Handzettel aus.
4. Vielleicht erwähnen Sie bei der Übergabe des Handzettels, daß Sie das Projekt unterstützen und mit der Teilnahme des Patienten einverstanden sind. Sie brauchen den Patienten weiter nichts zu erklären; der Handzettel enthält alle wichtigen Informationen.
5. Bitte informieren Sie schon einmal Ihre Arzthelferinnen über Ihre Teilnahme am Projekt.

Unsere Mitarbeiter (Ärzte und Medizinstudenten) rufen einmal pro Woche in Ihrer Praxis an und erfragen bei Ihren Arzthelferinnen die Namen, holen das Einverständnis des Patienten ein, sprechen mit den Patienten zuhause und nehmen - mit Ihrem Einverständnis - mit einer Ihrer Arzthelferinnen im Zuge des Projekts Einblick in die Karte des Patienten, um den Verlauf zu erfassen.

Insgesamt bitten wir Sie, für 12 Monate, also bis zum 30.9.2000 mitzuarbeiten. Für jeden Patienten, der aus Ihrer Praxis in die Studie aufgenommen wird, können wir Ihnen am Ende eine symbolische Aufwandsentschädigung von DM 50,- anbieten.

Damit eine die Wirklichkeit erfassende Epidemiologie erhoben werden kann, ist es sehr wichtig, daß Sie wirklich jede/n Patienten/in mit einem frischen Ulcus cruris venosum oder einem frischen Rezidiv notieren. Bitte erfassen Sie, falls ein Patient schon beim Aushändigen des Handzettels die Teilnahme ablehnt (was aus den Erfahrungen der Vorstudie fast nie vorkommt), das Geschlecht und das Alter dieses Patienten.

Selbstverständlich werden alle Daten und Ergebnisse anonymisiert und streng vertraulich behandelt. Alle Mitarbeiter unterliegen der Schweigepflicht; auf Sie als behandelnde Ärztin beziehbare Daten werden von dem Ihre Praxis betreuenden Mitarbeiter vor Weitergabe an das Projekt anonymisiert, sodaß selbst die Projektmitarbeiter und ich nichts über Ihre individuellen Arzt-Patient-Beziehungen wissen. Die Ergebnisse des Forschungsprojektes dienen ausschließlich wissenschaftlichen Zwecken.

Die Mitarbeiter verhalten sich bei den Patientenbesuchen absolut neutral und machen keinerlei medizinische oder sonstige Äußerungen; wenn sie nach Behandlungsaspekten gefragt werden, verweisen sie stets auf den Hausarzt.

Selbstverständlich erhalten Sie am Ende den Ergebnisbericht des Projektes.

Unser Mitarbeiter Herr Henke wird in den nächsten Tagen Kontakt mit Ihnen aufnehmen und Ihre Praxis über die gesamten 12 Monate Laufzeit betreuen. Er wird sich anlässlich des ersten aus Ihrer Praxis in die Studie aufgenommenen Patienten persönlich in Ihrer Praxis vorstellen.

Ihr Ansprechpartner für alle offenen Fragen bin ich als Projektleiter (Tel.: 0211/8116228).

Mit Dank und freundlichen kollegialen Grüßen

(Dr. med Stefan Wilm)

Arzt für Allgemeinmedizin

Technische Anleitung zum Fragebogen FLOA-s

1. Körperliche Beschwerden

Frage

Wie oft verspürten Sie in der vergangenen Woche (1) Schmerzgefühl in den Beinen, (2) Kurzatmigkeit, (3) Schwächegefühl, (4) Schlafstörungen, (5) Schweregefühl in den Beinen, (6) Wadenkrämpfe, (7) Kopfschmerzen, (8) Zitterigkeit?

Erläuterung zu den Antwortmöglichkeiten:

nie = an keinem Tag traten die o.g. Beschwerden auf
selten = sie traten an ein bis zweimal in der vergangenen Woche auf
manchmal = alle zwei bis drei Tage traten die Beschwerden auf
häufig = (fast) jeden Tag
immer = (mehrmals) täglich

2. Alltagsleben

Fragen 1-6:

Welche Aussagen trafen in der vergangenen Woche auf sie zu: (1) Schwerfallen von Besorgungen und Einkäufen, (2) Aufgaben im Beruf/Haushalt konnten nur unzureichend erfüllt werden, (3) Schwerfallen der körperlichen Anstrengungen, (4) Verschlechterung des Zustandes der Beine bei der Arbeit/Haushalt, (5) die Freizeitaktivitäten sind eingeschränkt, (6) Mühe beim Treppensteigen?

Erläuterung zu den Antwortmöglichkeiten:

gar nicht = alle Aktivitäten konnten ohne Probleme ausgeführt werden
etwas = gelegentlich traten Beschwerden/Schmerzen bei den Aktivitäten auf
mäßig = oftmals traten Beschwerden/Schmerzen bei den Aktivitäten auf
ziemlich = die meiste Zeit traten Beschwerden/Schmerzen auf
sehr = regelmäßig/andauernde Beschwerden/Schmerzen während der Aktivitäten

Frage 7:

Die Venenerkrankung stellt für mich eine finanzielle Belastung dar.

Erläuterung zu den Antwortmöglichkeiten:

gar nicht = keine finanzielle Belastung
etwas = merklich weniger finanzielle Mittel, jedoch ohne Einschränkungen
mäßig = genaueres Haushalten mit finanziellen Mitteln
ziemlich = auf einige gewohnte Ausgaben muss verzichtet werden
sehr = starke finanzielle Einschränkung

3. Sozialleben

Frage:

Wie sehr haben sie in der vergangenen Woche: (1) Unternehmungen eingeschränkt, (2) Probleme mit Partner/Familie gehabt, (3) sich von der Hilfe anderer abhängig gefühlt, (4) sich von anderen Menschen zurückgezogen?

Erläuterung zu den Antwortmöglichkeiten:

gar nicht = wie vor der Erkrankung
etwas = selten, jedoch mehr als vor der Erkrankung
mäßig = oftmals, wesentlich mehr als vor der Erkrankung
ziemlich = mehrmals in der letzten Woche
sehr = (fast) jeden Tag

4. Psychisches Befinden

Frage:

Wie oft verspürten sie in der vergangenen Woche (1) das Gefühl angespannt und reizbar zu sein, (2) Gefühle von Ärger und Wut, (3) Niedergeschlagenheit, (4) Sorgen wegen der Venenerkrankung, (5) Kraft, (6) Erschöpfung, (7) Aktivität und Elan, (8) Müdigkeit, (9) Hilflosigkeit, (10) Gelassenheit?

Erläuterung zu den Antwortmöglichkeiten:

gar nicht = an keinem Tag der vergangenen Woche

selten = an ein oder zwei Tagen der vergangenen Woche

manchmal = ungefähr jeden zweiten Tag

häufig = fast jeden Tag

immer = jeden Tag

5. Therapie der Venenerkrankung

Frage 1-5:

Wie haben sie in der vergangenen Woche die Behandlung der Venenerkrankung bzw. ihrer Beine erlebt?

Erläuterung der Antwortmöglichkeiten:

a) gar nicht, b) etwas, c) mäßig, d) ziemlich, e) sehr

1) Frage a) keine Belastung, b) durch die Erkrankung fühle ich mich etwas belastet, c) die Belastungen sind alltäglich spürbar, d) die Belastung empfinde ich als groß, e) komme kaum/nur schlecht mit den Belastungen zurecht

2) Frage a) benötige keine zusätzliche Zeit, b) ein paar Minuten täglich, c) maximal eine halbe Stunde am Tag, d) eine halbe bis zu einer Stunde, e) über eine Stunde täglich

3) Frage a) ich versorge mich selbst, b) selten bin ich auf fremde Hilfe angewiesen, c) ab und zu benötige ich fremde Hilfe, d) für fast jede Behandlung benötige ich fremde Hilfe, e) für jede Behandlung benötige ich fremde Hilfe

4) Frage a) keine Beeinträchtigung, b) einige wenige Aufgaben sind mit Schwierigkeiten verbunden, c) bei vielen Arbeiten habe ich Schwierigkeiten/bin ich eingeschränkt, e) die wenigsten Aufgaben kann ich noch selbständig erledigen

5) Frage a) kann meine Freizeitaktivitäten wie gewohnt gestalten, b) muss einige kleine Einschränkungen in Kauf nehmen, c) die Erkrankung behindert mich bei vielen Freizeitaktivitäten, d) muss auf die meisten gewohnten Freizeitaktivitäten verzichten, e) kann keine/kaum noch eine Freizeitaktivität ausführen

Frage 6

die Zeitangaben beinhalten das Anlegen von Verbänden/Kompressionsstrümpfen, Auftragen

von Salben, Beinduschen usw. sowie die benötigte Zeit beim Hausarzt

6. Zufriedenheit

Fragen 1-5:

Wie zufrieden waren sie in der vergangenen Woche mit (1) ihren Freizeitaktivitäten, (2) ihrem Freundeskreis, (3) dem körperlichen Empfinden, (4) ihrer Leistungsfähigkeit, (5) ihrer

Gesundheit allgemein?

Erläuterung zu den Antwortmöglichkeiten:

gar nicht zufrieden = ...

etwas = nicht sehr zufrieden stellend

mäßig = einige Sachen sind zu bemängeln

ziemlich = verspüre nur sehr wenig Unzufriedenheit

sehr zufrieden = ...

Frage 6:

Wie zufrieden waren sie in der vergangenen Woche mit ihren behandelnden Ärzten?

Erläuterung zu den Antwortmöglichkeiten:

gar nicht zufrieden = fühle mich sehr schlecht und unzureichend behandelt

etwas = erkenne kein großes Engagement meines Arztes mir gegenüber

mäßig = fühle mich einigermaßen gut behandelt

ziemlich = bin zufrieden mit meinem Arzt

sehr zufrieden = bin äußerst zufrieden mit meinem Arzt

Frage 7:

Wie zufrieden waren sie in der vergangenen Woche mit dem Zustand ihrer Venenerkrankung?

Erläuterung zu den Antwortmöglichkeiten:

gar nicht zufrieden = keine Besserung, eher noch eine Verschlechterung des Zustandes

etwas = verspüre kaum eine Besserung

mäßig = erste Besserungen sind spürbar

ziemlich = es ist deutlich besser geworden

sehr zufrieden = sehr starke Besserung

7. Skalen

1. Skala

Wie würden sie ihren Gesundheitszustand in der vergangenen Woche beurteilen?

Erläuterung: mögliche Begleiterscheinung des UCV ebenfalls in die Skala "Hinsichtlich der Venenerkrankung" eintragen und nicht in die Skala "Allgemein", sofern der Patient eine klare Abgrenzung vornehmen kann.

2. Skala

Wie würden sie ihre Lebensqualität insgesamt in der vergangenen Woche beurteilen?

Erläuterung: unter "Lebensqualität" sind alle Bereiche des Patienten gemeint. Er soll sowohl den Grad der physischen wie der psychischen, aber auch der sozialen Zufriedenheit bzw. Unzufriedenheit angeben.

Technische Anleitung zum Patienteninterview

Voraussetzungen zur Durchführung:

1. Überprüfen, ob Patient alle Einschlußkriterien erfüllt
2. Das Interview mit dem Patienten muß innerhalb von 10 Tagen nach dem ersten Arztkontakt des Patienten mit seinem Arzt wegen des Ulcus cruris erfolge.
3. Telefonische Vorbesprechung/Terminvereinbarung mit dem Patienten hat entsprechend den Kriterien stattgefunden.
4. Interview muß allein mit dem Patienten geführt werden; ggf. "Besucher" hinausbitten.
5. Interview muß zuhause beim Patienten geführt werden
6. Während des gesamten Patientenkontaktes verhalten sich die Interviewer absolut neutral; es werden keine medizinischen o.ä. Fragen des Patienten beantwortet; stets Verweis auf den Hausarzt ("Ich möchte nur das Gespräch mit Ihnen führen, da müssen Sie Ihren Hausarzt fragen!")

Eingangsphase des Interviews:

1. Vorstellen
2. Forschungsprojekt zum "offenen Bein"
3. Bezug auf das Telefonat
4. "Wir möchten mit den Gesprächen die Krankheit aus der Sicht der Betroffenen kennen lernen."
5. "Alle Ihre Angaben werden streng vertraulich behandelt und anonymisiert. Auch Ihr Hausarzt wird von dem Inhalt unseres Gespräches nichts erfahren."
6. Aushändigen des Patientenbriefes
7. Aushändigen von zwei Exemplaren der Einverständniserklärung mit dem Namen des Interviewers
8. Unterschrift des Patienten
9. "Wie wir schon am Telefon besprochen haben, möchte ich das Gespräch gerne mit Ihnen alleine und ungestört führen, damit wir uns ganz Ihnen widmen können."
10. "Ich möchte das Gespräch gerne aufnehmen, weil das für uns beide angenehmer ist, wenn ich Sie nicht immer unterbrechen muss, um mitzuschreiben. So haben wir mehr Zeit, denn Sie haben bestimmt viel zu berichten, und ich kann mich ganz auf Sie konzentrieren."
11. Gerät wird vorgezeigt, dann aber am Rand etwas verdeckt; Mikrofon bleibt am Rand.
12. "Bitte erzählen Sie mir einfach, was Ihnen spontan durch den Kopf geht."

Offene Fragen

Die wortwörtlich zu stellenden (auswendig gelernten!) offenen Fragen nehmen den ersten Teil des Interviews ein; erst wenn auf die zweite Nachfrage keine spontanen Beiträge des Patienten mehr kommen, dürfen die halbstrukturierten Fragen eingesetzt werden. Keine Unterbrechungen des Patienten, keine Zwischenfragen!

Halbstrukturierte Fragen

Die halbstrukturierten Fragen müssen in der festgelegten Reihenfolge und möglichst wortgetreu gestellt werden. Hat der Patient bereits zu der Thematik Aussagen gemacht, wird darauf Bezug genommen ("Sie hatten ja eben schon erzählt, dass... Wie ist das nun genau:...").

Am Ende des Interviews wird das Aufnahmegerät abgeschaltet; die Länge der Aufzeichnung gilt als die Länge des Gespräches. Kommen danach noch Informationen, wird unmittelbar nach Verlassen des Patienten darüber ein Gedächtnisprotokoll angefertigt.

Danach Übergang zu den Fragebögen.

Technische Anleitung zum Arztinterview

Voraussetzungen zur Durchführung:

Arzt hat dem Interview nach einem Anschreiben in dem telefonischen Vorgespräch mit Stefan Wilm (Projektleiter) zugestimmt. Inhalt des Gesprächs: Wichtige Erfahrungen zu UCV erfassen; Gespräch ca. 15 – 30 Minuten; wird auf Band aufgezeichnet, komplett anonymisiert, Band wird später vernichtet.

Das Interview muss innerhalb von 2 Monaten nach Vergabe an den jeweiligen Interviewer erfolgen.

Telefonische Absprache mit dem Arzt für einen Termin seiner Wahl hat stattgefunden; in diesem Telefonat keine inhaltlichen Aspekte nennen/diskutieren (außer: es geht um Patienten mit UCV).

Interview muss allein mit dem Arzt geführt werden.

Interview muss in der jeweiligen Arztpraxis geführt werden.

Während des gesamten Arztkontakts verhalten sich die Interviewer absolut neutral; es werden keine Fragen zu Ergebnissen des Projekts, zu anderen Interviewten, zu konkreten Patienten beantwortet. Stets verweis auf den späteren Abschlußbericht.

Eingangsphase des Interviews (strikte Reihenfolge!):

Vorstellen

Forschungsprojekt zum “Offenen Bein“

Bezug auf das Telefonat

“Wir möchten mit den Gesprächen die Erfahrungen der behandelnden Allgemeinärzte kennen lernen.“

“Alle Ihre Angaben werden streng vertraulich behandelt und anonymisiert.“

Gegebenenfalls: “Wie wir schon am Telefon besprochen haben, möchte ich das Gespräch gerne mit Ihnen alleine und ungestört führen, damit wir uns ganz Ihnen widmen können.“

“Ich möchte das Gespräch gerne aufnehmen, weil das für uns beide angenehmer ist, wenn ich Sie nicht immer unterbrechen muss, um mitzuschreiben. So haben wir mehr Zeit, und ich kann mich ganz auf Sie konzentrieren.“

Gerät wird vorgezeigt, dann aber am Rand etwas verdeckt; Mikrofon bleibt am Rand.

“Bitte erzählen Sie mir einfach, was Ihnen spontan durch den Kopf geht.“

Notizzettel und Stift bereitlegen, um Ansätze für Erzählaufforderungen zu notieren.

Offene Fragen:

Die wortwörtlich zu stellende (auswendig gelernte!) offene Frage nimmt den ersten Teil des Interviews ein; erst wenn auf die Erzählaufforderungen keine spontanen Beiträge des Arztes mehr kommen, dürfen die halbstrukturierten Fragen eingesetzt werden.

Keine Unterbrechungen des Arztes, keine Zwischenfragen!

a) Erzählen Sie mal, was Ihnen so zu Ihren Patienten mit offenem Bein einfällt.

(alle Patienten, an die sie sich so erinnern)

b) Erzählaufforderungen

(niemals: Wieso? Weshalb? Warum?)

Fragebogen FLQA-s

Freiburger Fragebogen zur Lebensqualität bei Venenerkrankungen FLQA-s *

Dieser Fragebogen dient der Beschreibung Ihrer Lebensqualität unter der Venenerkrankung. Er bezieht sich auf verschiedene Lebensbereiche.

Bitte beantworten Sie die Fragen sorgfältig, aber spontan. Alle Angaben werden streng vertraulich behandelt und anonym ausgewertet.

Hinweis zum Ausfüllen: Bitte **pro Zeile** jeweils **ein Kreuz** setzen.

1. Körperliche Beschwerden

Die folgenden Fragen beschäftigen sich mit Ihrem körperlichen Wohlbefinden. Bitte kreuzen Sie in jeder Zeile das zutreffende Kästchen an.

Wie oft verspürten Sie in der **vergangenen Woche**.....

		nie	selten	manchmal	häufig	immer
1	Schmerzgefühl in den Beinen	<input type="radio"/>				
2	Kurzatmigkeit, Atemnot	<input type="radio"/>				
3	Schwächegefühl	<input type="radio"/>				
4	Schlafstörungen	<input type="radio"/>				
5	Schweregefühl in den Beinen	<input type="radio"/>				
6	Wadenkrämpfe	<input type="radio"/>				
7	Kopfschmerzen	<input type="radio"/>				
8	Zittrigkeit	<input type="radio"/>				

2. Alltagsleben

In den folgenden Fragen geht es darum, wie Sie im täglichen Leben mit Ihrer Venenerkrankung zurechtkommen.

Bitte kreuzen Sie in jeder Zeile an, welche Aussage in der **vergangenen Woche** auf Sie zutraf:

		gar nicht	etwas	mäßig	ziemlich	sehr
1	Es fiel mir schwer, Besorgungen und Einkäufe zu machen.	<input type="radio"/>				
2	Meine Aufgaben im Beruf/Haushalt konnte ich nur unzureichend erfüllen.	<input type="radio"/>				
3	Es fiel mir schwer, mich körperlich anzustrengen.	<input type="radio"/>				
4	Im Laufe des Tages verschlechtert sich der Zustand meiner Beine bei der Arbeit / im Haushalt	<input type="radio"/>				
5	Meine Freizeitaktivitäten sind durch die Venenerkrankung eingeschränkt.	<input type="radio"/>				
6	Das Treppensteigen bereitete mir Mühe.	<input type="radio"/>				
7	Die Venenerkrankung stellt für mich eine finanzielle Belastung dar.	<input type="radio"/>				

* "Fragebogen zur Lebensqualität bei Venenerkrankungen" Version 1.2 Augustin, Zschocke et al. 1995, 1999

3. Sozialleben

Die folgenden Fragen beschäftigen sich mit Ihrer Beziehung zu anderen Menschen. Bitte kreuzen Sie in jeder Zeile das zutreffende Kästchen an.

Wie sehr haben Sie in der **vergangenen Woche**.....

		gar nicht	etwas	mäßig	ziemlich	sehr
1	Unternehmungen mit anderen eingeschränkt	<input type="radio"/>				
2	Probleme mit Ihrem Partner oder Ihrer Familie gehabt	<input type="radio"/>				
3	sich abhängig von der Hilfe anderer gefühlt	<input type="radio"/>				
4	sich von anderen Menschen zurückgezogen	<input type="radio"/>				

4. Psychisches Befinden

Die folgenden Fragen beschäftigen sich mit Ihrem psychischen Befinden. Bitte kreuzen Sie in jeder Zeile das zutreffende Kästchen an.

Wie oft verspürten Sie in der **vergangenen Woche**....

		nie	selten	manchmal	häufig	immer
1	Das Gefühl, angespannt und reizbar zu sein	<input type="radio"/>				
2	Gefühle von Ärger und Wut	<input type="radio"/>				
3	Niedergeschlagenheit	<input type="radio"/>				
4	Sorgen wegen der Venenerkrankung	<input type="radio"/>				
5	Kraft	<input type="radio"/>				
6	Erschöpfung	<input type="radio"/>				
7	Aktivität und Elan	<input type="radio"/>				
8	Müdigkeit	<input type="radio"/>				
9	Hilflosigkeit	<input type="radio"/>				
10	Gelassenheit	<input type="radio"/>				

5. Therapie der Venenerkrankung

Wie haben Sie in der **vergangenen Woche** die **Behandlung** der Venenerkrankung bzw. Ihrer Beine erlebt ?

		gar nicht	etwas	mäßig	ziemlich	sehr
1	Die Behandlung stellt für mich eine Belastung dar.	<input type="radio"/>				
2	Die Venenbehandlung ist für mich mit einem großen Zeitaufwand verbunden.	<input type="radio"/>				
3	Bei der Venenbehandlung benötige ich fremde Hilfe.	<input type="radio"/>				
4	Die Venenbehandlung beeinträchtigt mich bei der Verrichtung meiner Aufgaben im Beruf oder im Haushalt.	<input type="radio"/>				
5	Die Venenbehandlung beeinträchtigt meine Freizeitaktivitäten.	<input type="radio"/>				
		keine Zeit	unter 10 Min.	10-30 Min.	30-60 Min.	über 60 Min
6	Für die Venenbehandlung benötige ich täglich insgesamt	<input type="radio"/>				

-> Bitte überprüfen Sie nochmals, ob Sie alle Fragen mit einem Kreuz beantwortet haben

Augustin, Zschocke et al.

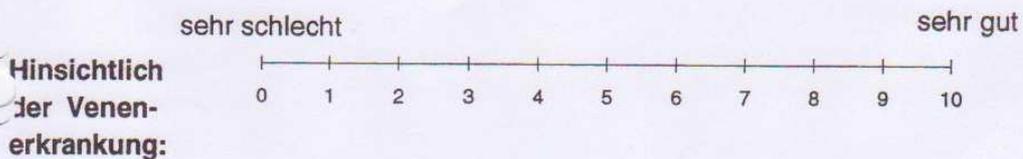
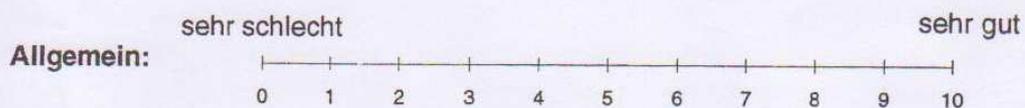
6. Zufriedenheit

Die folgenden Fragen beschäftigen sich mit Ihrer Zufriedenheit in verschiedenen Bereichen. Bitte kreuzen Sie in jeder Zeile das zutreffende Kästchen an.

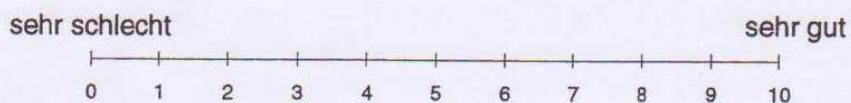
Wie zufrieden waren Sie in der **vergangenen Woche** mit ...

		gar nicht zufrieden	etwas	mäßig	ziemlich	sehr zufrieden
1	Ihren Freizeitaktivitäten	<input type="radio"/>				
2	Ihrem Freundeskreis	<input type="radio"/>				
3	dem körperlichen Befinden	<input type="radio"/>				
4	Ihrer Leistungsfähigkeit	<input type="radio"/>				
5	Ihrer Gesundheit allgemein	<input type="radio"/>				
6	Ihren behandelnden Ärzten	<input type="radio"/>				
7	dem Zustand Ihrer Venenerkrankung	<input type="radio"/>				

Wie würden Sie Ihren **Gesundheitszustand** in der **vergangenen Woche** beurteilen? Bitte auf der Skala von 0 - 10 ankreuzen, was für Sie zutrifft.



Wie würden Sie Ihre **Lebensqualität** insgesamt in der **vergangenen Woche** beurteilen?



Lebenslauf

- 12.07.1976 Geburt als jüngster Sohn der Eheleute
Joachim A. Henke und Edith H. Henke, geb. Kurz
- 1983 - 1987 Grundschule Winrich-von-Kniprode
Monheim am Rhein
- 1987 - 1996 Gymnasium Koblenzer Straße
Düsseldorf
Abschluß: Allgemeine Hochschulreife
- 07/1996 - 04/1997 Wehrdienst
- 10/1997 - 03/2003 Studium der Humanmedizin an der
Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf
- 04/2003 - 04/2004 Praktisches Jahr in Innere Medizin und Gynäkologie
im Hospital z. Hl. Geist in Kempen/Niederrhein
Chirurgisches Tertial in Karapitiya Hospital, Galle,
Sri Lanka
- 06/2004 - 08/2005 Arzt im Praktikum/Assistenzarzt im Vivantes Klinikum
Berlin-Spandau, Klinik für Hämatologie, Onkologie und
Gastroenterologie
- 09/2005 - 08/2006 Truppenarzt der Bundeswehr im Sanitätszentrum der
Fliegerhorstkaserne Husum
- 09/2006 bis dato Assistenzarzt im Bundeswehrkrankenhaus Berlin,
akademisches Lehrkrankenhaus der Charité,
Abteilung I, Innere Medizin