

# Warum nimmt ein Hausarzt an einer Interventionsstudie teil?

Eine qualitative Analyse mittels Fallinterpretation

## *Why Does a Family Practitioner Take Part in Interventional Research?*

*A Qualitative Analysis Employing Case-Interpretation*

Kristina Stock<sup>1</sup>, Heinz-Harald Abholz<sup>1</sup>, Attila Altiner<sup>2</sup>, Anja Wollny<sup>2</sup>

**Hintergrund:** Bei der Durchführung von Studien, insbesondere Interventionsstudien, besteht immer die Frage, warum bestimmte Ärzte teilnehmen und andere wiederum nicht. Aus Studien wissen wir, dass es diesbezüglich fördernde und hindernde Faktoren gibt. Es bleibt offen, wie sich diese Faktoren beim einzelnen teilnehmenden Arzt auf sein reales Handeln auswirken.

**Methode:** Aus dem Kreis der Ärzte, die an einer sehr erfolgreichen Studie zur Reduktion des Antibiotikakonsums (CHANGE) beteiligt waren, wurde jeder zweite im Nachhinein zu den Gründen seiner Teilnahme mittels offener Interviews befragt. Die aufgezeichneten 23 Interviews wurden auf zwei Weisen ausgewertet: inhaltsanalytische (kategoriale) Auswertung (nach Mayring) und Fallinterpretation (in Bezug auf jeweils einen Arzt). Die Ergebnisse der hier thematisierten zweiten Analyse werden anhand von fünf idealtypischen Interviews dargestellt.

**Ergebnisse:** In den Fallinterpretationen finden sich zwar auch fördernde sowie hindernde Faktoren, wie sie aus Studien und der eigenen inhaltsanalytischen Auswertung der Gesamtgruppe bekannt sind. Jedoch zeigt sich in der Fallinterpretation – also der Auswertung, die nicht Gruppen, sondern Individuen verstehen will –, dass biografische Aspekte bei den Ärzten letztendlich die positive oder negative Entscheidung zur Teilnahme prägen.

**Schlussfolgerung:** Man kann hindernde und fördernde Faktoren identifizieren und bei der Einwerbung nutzen, nur muss man sich im Klaren sein, dass am Schluss ein Individuum mit seiner Geschichte entscheidet, in der diese Faktoren auch unterschiedliche Bedeutung haben. Dies ist ein wichtiger Aspekt im Umgang mit Studienteilnehmern.

*Schlüsselwörter: Teilnehmeraten; hausärztliche Forschung; qualitative Analyse*

**Background:** When doing research in family medicine, especially intervention studies, there is always the question why some family doctors are taking part and others not.

**Methods:** After the end of a very successful intervention study on the reduction of prescribing antibiotics for “cough” (CHANGE) every other family practitioner who participated was interviewed concerning the reasons for taking part. The 23 audio-taped interviews were analyzed employing two approaches: content analysis using coding (Mayring) and case-interpretation with the interviewed doctors as cases.

**Results:** In the case-interpretations we found hindering and supportive factors for participation known from literature and our own content analytic part of the study. However, it became obvious that at the end the individual family practitioner and his/her biography was the most important factor for the decision whether or not to participate.

**Conclusion:** The knowledge about supporting and hindering factors when recruiting for a study can simply be used, but one should know that at the end individuals decide for or against participation with their biographies in mind. This is an important factor for professional contacts with potential study participants.

*Keywords: Participation Rates; Family Medicine; Qualitative Research*

<sup>1</sup> Institut für Allgemeinmedizin, Heinrich-Heine-Universität, Universitätsklinikum Düsseldorf

<sup>2</sup> Institut für Allgemeinmedizin, Medizinische Fakultät, Universität Rostock

Peer reviewed article eingereicht: 21.10.2011, akzeptiert: 20.03.2012

DOI 10.3238/zfa.2012.0218-0225

## Hintergrund

Eine wichtige Frage für Forschungsprojekte, die Interventionen im hausärztlichen Bereich untersuchen wollen, ist die Frage, warum Hausärzte an solchen Studien teilnehmen und auch über den Studienverlauf dabei bleiben. Gerade Interventionsstudien erfordern nämlich relativ viel Engagement der Teilnehmer, zudem wird etwas im Praxisablauf geändert. Solche Fragen sind entweder anhand sehr erfolgreicher oder wenig erfolgreicher Studien zu beantworten, indem man die Teilnehmer oder die „Abgesprungenen“ befragt.

Sowohl ein eigener Literaturüberblick an 27 Studien als auch die eigene qualitative Studie mittels inhaltsanalytischer Untersuchung nach Mayring [3], die anhand der identischen Interviews durchgeführt wurde, ließ die folgenden fördernden und hindernden Faktoren identifizieren: Als förderlich erwies sich, wenn die berufspolitische Position von Ärzten angesprochen wird, und wenn sich eine Intervention auf die Bestärkung der eigenen Sicht und des eigenen praktizierten Handelns der beteiligten Hausärzte bezieht. Zudem zeigte sich förderlich, wenn eine Übereinstimmung mit der Sicht wichtiger Ärzte der Region aufgezeigt wird und das Gefühl vermittelt wird, ernst genommen zu werden. Kollegiale Unterstützung innerhalb der Intervention war ein weiterer förderlicher Faktor.

Hindernde Faktoren sind: externe schlechte (Rahmen-) Bedingungen, praxisinterne und organisatorische Aspekte, wie z.B. unzureichende Kontextanpassung einer geplanten Studie an den Praxisablauf. Zudem erwiesen sich persönliche Einstellungen von Ärzten und von Patienten – nach antizipierter Sicht des Arztes – als hinderlich. Ein von Ärzten empfundener Druck durch andere Personen/Institutionen als auch ein Erwartungsdruck von Seiten der Patienten im Hinblick auf eine Verordnung waren weitere hinderliche Faktoren.

Die Kenntnis solcher Faktoren erlaubt bei der Einwerbung zu Studien, insbes. interventionellen Studien, Ärzten gezielter anzusprechen und darüber die Teilnehmerate zu erhöhen. Dennoch bleibt bisher unbeachtet, dass es hier um an Gruppen gewonnene Faktoren geht, deren Wichtung, Bedeutung für den Einzelnen und deren Gemengelage beim

Einzelnen sehr unterschiedlich sein kann. Es ist daher davon auszugehen, dass die Einzelnen nicht (immer) so handeln werden, wie man es nach „Lage der hinderlichen und förderlichen Faktoren“ zu erwarten meint. Dies herauszufinden, soll mittels der hier vorgelegten Fallinterpretation geschehen. Dabei bezieht sich diese auf die identischen Interviews – allein und entscheidend: Es wurde ein anderer Analyseansatz gewählt, der auf die Person, nicht die Gruppe zielt.

## Methode

Mit 23 der insgesamt 28 Hausärzte der Interventionsgruppe, die zeitnah zu einem Telefoninterview bereit waren, wurde ein teilstrukturiertes Interview mit Fokus auf der Begründung für die Teilnahme an der Studie und die Auseinandersetzung mit den Interventionsinhalten geführt [2, 3, 4]. Die Interviews wurden auf Tonband aufgezeichnet und nach Transkription inhaltsanalytisch nach Mayring [5, 6] durch drei unabhängig codierende Untersucher ausgewertet. Bei unterschiedlichen Codierungen erfolgte am Text ein Konsensusprozess.

Zusätzlich zu der kategorialen Auswertung, die vornehmlich auf übergeordnete Themen unabhängig vom einzelnen Subjekt fokussiert, sollte mit vertiefenden Fallinterpretationen (der Fall war der jeweilige Arzt) untersucht werden, in welchem Einklang oder in welcher Widersprüchlichkeit die gefundenen fördernden und hindernden Faktoren zueinander stehen und wie sie gewichtet werden [7]. Dazu wurden fünf der Interviews für eine tiefer gehende, subjektbezogene Analyse ausgewählt. Die Auswahl der Interviews erfolgte anhand des Kontrasts unter den einzelnen Hausärzten in deren Interviews. Die Arztnamen in der Darstellung sind von den Untersuchern gewählte Pseudonyme. Die ausgewählten Transkripte wurden unter der Fragestellung der Sicht und der Einstellung auf die Studie CHANGE von den drei Untersuchern mehrmals gelesen und dann in jeweils gemeinsamen Sitzungen „interpretiert“. Hier wird also die Gesamtheit der Botschaften eines Textes eines Interviewten – also ganz anders als bei der kategorialen Auswertung – zusammen gesehen und über Gleichklang und

Widerspruch in den Textstellen interpretiert. Es resultiert damit eine Aussage über eine Person – hier Fall genannt – in Bezug auf die Studienteilnahme. Bei der *Fallinterpretation* bleibt der einzelne Interviewte die Bezugseinheit – man lernt hier aus dem, was in Gleichklang und/oder Widersprüchlichkeit zu einem Verhalten, einer Haltung etc. beiträgt [7, 11].

Eine solche qualitative Bearbeitung ist die einzige, die diese Umsetzung in Individuen überhaupt ausloten kann. Befragungen ist dieses Feld entzogen; Beobachtungsstudien wären eine Alternative, stellen aber auch einen qualitativen Ansatz dar.

## Ergebnisse – Fallinterpretationen

Herr Dr. Mai: „Ich bin ja Naturheilarzt nebenher“ (Interview: 8 Min. 30 Sek.)

Zu Beginn des Telefoninterviews wird Dr. Mai gebeten, über seine Motivation, an der „Hausarzt-Husten-Studie“ teilzunehmen, zu berichten. Daraufhin beginnt er spontan von seinen Erfahrungen zu sprechen, die er mit seinen ehemaligen Arbeitgebern, bei denen er als Weiterbildungsassistent beschäftigt war, machte. Er schildert, seine „Chefs“ seien „reine Schulmediziner“ gewesen und hätten „reihenweise immer Antibiotika [...] für Patienten mit Husten aufgeschrieben“.

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

zu, dass er in seiner damaligen Stellung scheinbar nicht die Position innehatte, in der er etwas hätte verändern oder sich und seine Meinung gegenüber seinen Kollegen und den Patienten hätte durchsetzen können.

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

Seine persönliche Behandlungsstrategie des akuten Hustens – so wie er sie im weiteren Verlauf des Interviews schildert – sieht dagegen vor, dass er „den Patienten erst einmal beobachtet“ und ihm vorschlägt, bei einer Verschlechterung bzw. keiner eintretenden Besserung ohne die Einnahme eines Antibiotikum in „zwei, drei Tagen wieder[zu]kommen“. Dann kann er „immer noch was [Antibiotikum] aufschreiben“. Er nutzt das sogenannte „delayed prescribing“, die verzögerte Verschreibung. Aus dieser (seiner) Positionsdarstellung heraus, wird deutlich, dass er in dieser Situation selbst die Fäden in der Hand hält und bestimmt, wann ein Antibiotikum notwendig wird und wann nicht.

Seine Sichtweise begründet er mit den Erfahrungen, die er später in einer anderen Praxis zusammen mit seiner mittlerweile ebenfalls „ehemaligen Chefin, [die] Naturheilverfahren anwandte“, gemacht hat: „Und da haben wir's gesehen, dass nur die wenigsten ein Antibiotikum brauchen, wirklich nur die wenigsten“. Im Kontext des Interviews scheint es ihm ein Anliegen zu sein, das naturheilkundliche Behandlungskonzept zu stärken.

An dieser Stelle nimmt Dr. Mai eine strikte Trennung zwischen Schulmedizinern und Ärzten, die Naturheilverfahren anwenden, vor. Wobei erstere viele Antibiotika aufschreiben und letztere nur bei „bestimmten Erkrankungen, bei Diabetes und bei Herzerkrankungen“ darauf achten „schon frühzeitig ein Antibiotikum einzusetzen“. Auffallend ist die dieser Formulierung – im Gegensatz zur seinen zuvor eher undifferenzierten Aussagen „die ganz banalen [...] brauchten nie [ein] Antibiotikum“ – innewohnende Relativierung.

Diese Berichtigung des bereits Gesagten, die sich auch als eine erste Zurücknahme des strikten „nie“ deuten lässt, könnte eine Art Rechtfertigung dem Interviewer gegenüber darstellen,

die aus einer Unsicherheit heraus entstanden sein könnte, da Dr. Mai nicht weiß, welche Einstellung der Interviewer der Naturheilkunde gegenüber einnimmt.

Eine weitere Relativierung folgt in der Schilderung, dass „[die] Lungenentzündung [mit] ein, zwei Fälle[n] pro Winter“ auftritt, die man „frühzeitig durch die Auskultation erfassen“ könne. Er scheint zeigen zu wollen, dass er um die Notwendigkeit der Antibiotika-Therapie bei Patienten mit Lungenentzündung weiß und er versucht, diese durch Auskultation herauszufiltern. Diese anklingenden Diskrepanzen in seinen Erläuterungen treten im weiteren Verlauf des Interviews noch deutlicher hervor.

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

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

Einen Einblick in den konkreten Umgang mit Patienten in seinem ärztlichen Alltag bekommen wir durch seine Schilderungen, dass, wenn die Patienten sofort, also ohne zunächst abzuwarten, ein Antibiotikum wünschen, er „versucht sich mit diesen Patienten auseinander zu setzen“. Um sich jedoch gegen eine frühzeitige Verschreibung von Antibiotika zu wehren, schildert er, dass er „viel reden muss, viel reden musste“.

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

Interessanterweise gibt Dr. Mai im Interviewverlauf einige wissenschaftliche Fakten aus den Studienmaterialien

wieder, ohne gesondert danach befragt worden zu sein. Er erwähnt, dass für ihn die wissenschaftlichen Fakten „schon sehr hilfreich“ waren.

Auf mögliche Lösungen, Patienten auch ohne Rezept zu helfen, angesprochen, berichtet Dr. Mai: „Ich hab jetzt was vorbereitet im Computer: Ursache von Husten und was man dagegen tun kann [...]. Ich bin ja Naturheilarzt nebenher. [...] Die üblichen Haushaltsmittel und also Tee mit Honig, Brustwickel, Inhalation und Wärmebehandlung [...] die meisten [Patienten] sind dann mit diesen Hinweisen erst mal zufrieden [...] und sind dann sehr erstaunt, dass es doch was bringt.“

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

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

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

Die scheinbar beiläufig von Dr. Mai erwähnte Aussage, „Ich bin ja Naturheilarzt nebenher“, veranlasste uns, die Bedeutung dieser Formulierung im Kontext des gesamten Interviews zu untersuchen. Dr. Mai erwähnt dies im Zusammenhang mit den naturheilkundlichen Therapiemöglichkeiten, die er seinen Patienten anbietet, wenn diese bei Husten Antibiotika erwarten. Einerseits betont er damit, dass er Naturheilkunde benutzt, schwächt den Einsatz naturheilkundlicher Verfahren aber anderer-

seits durch die Verwendung des Wortes „nebenher“ wieder ab. Dafür könnte es verschiedene Gründe geben.

Zum einen ist es vorstellbar, dass seine Patienten nicht von vornherein wegen der Naturheilkunde zu ihm kommen, und diese vielleicht auch nicht immer wollen. Dadurch könnte Dr. Mai es oft auch nicht schaffen, die Naturheilkunde bei seinen Patienten anzuwenden. Das wiederum könnte einerseits bedeuten, dass er die Naturheilkunde nicht so praktizieren kann, wie er es sich eigentlich wünschen würde. Andererseits ist es möglich, dass er sie nur als Fahne vor sich herträgt („Label“), aber eigentlich nur selten (z.B. bei Husten) oder gar nicht praktiziert. Naturheilkunde wäre in diesem Sinne für ihn eine Art Aushängeschild, um sich von (reinen) Schulmedizinern abgrenzen zu können. Zum anderen ist es auch möglich, dass er sich in seinem Vorgehen bzw. der Interviewsituation unsicher fühlt und versucht, sich für seine vorherigen Aussagen bzgl. Antibiotika zu rechtfertigen. Darüber hinaus macht Dr. Mai damit noch einmal deutlich, dass er die Antibiotikaverordnung bei akutem Husten der Schulmedizin zuordnet und diese Tatsache als klare Trennung zwischen den beiden Ausrichtungen der Medizin ansieht.

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

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

Herr Dr. Winter: „Ich hab relativ wenig Druck“  
(Interview: 4 Min. 42 Sek.)

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

Er fühlt sich von Studien „überflutet“ und denkt, dass „Milliarden von Kosten ausgegeben werden für Studien, die sicher-

lich auch sinnvoll sind manchmal, aber nicht immer.“ Er selber beteilige sich „häufig an Phase 3– Studien für die Pharmaindustrie“ und sehe da häufig, „wie unüberlegt oft die Studiengedanken sind, die gar nicht praktikabel sind.“

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

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

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

Einerseits könnte er sich auf diese Art und Weise von seinen Kollegen abheben und von sich ein gutes Bild vermitteln wollen. Andererseits verdeutlichen diese Aussagen auch, dass er das Problem des Antibiotika-Missverständnisses/-Teufelskreises verstanden hat und nicht an sich oder seinem Umgang mit seinen Patienten zweifelt.

Daher können wir Dr. Winter insgesamt als einen „pseudo-problembewussten Typ“ bezeichnen: Er hat das Problem

des Antibiotika-Missverständnisses/-Teufelskreises verstanden, d.h. das Leid des Patienten nicht als Druck, Antibiotika zu verschreiben, fehl zu deuten. Er weiß bzw. meint zu wissen, dass seine Patienten keine Antibiotika wollen, weil er diese nicht verschreibt. Ein in den Interventionseinhalten der Husten-Studie vorgeschlagener Ausweg aus dem Teufelskreis des Antibiotika-Missverständnisses war es, die Wünsche der Patienten, auch bzgl. Antibiotika, offen in der Konsultation zu thematisieren. Dr. Winter hat diesen Lösungsweg für sich jedoch nicht angenommen, sondern nimmt vielmehr an, dass seine Patienten keine Antibiotika wünschen, weil sie sich seiner Meinung anschließen oder weil er keine andere Meinung zulässt.

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

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

auseinandersetzen zu wollen. Für ihn gibt es scheinbar nicht mehr dazu zu sagen und man bekommt – auch durch seine kurzen und knappen Antworten – das Gefühl, dass er sich nicht aufs Gespräch einlassen will. Ihm liegt vielmehr daran, klarzumachen, dass er alles richtig macht und keine Zweifel an seinen Auffassungen zulässt.

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

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

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

**Frau Dr. Zwilling:** „Ich diskutier’ nicht mit jedem“  
(Interview: 5 Min. 30 Sek.)

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

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

Auch mit ihren Patienten will sie sich nicht über das Thema Antibiotika auseinandersetzen, teilt diese in schulmedizinisch und naturheilkundlich orientiert ein und „*diskutiert da nicht*“. Die Studienmaterialien hat sie nicht ge-

nutzt, was ihre Ablehnung der Interventionsinhalte unterstreicht. Sie erklärt, Patienten, die zu ihr kämen „*wüssten das*“.

Insgesamt vermittelt die Hausärztin im Interview ein widerspruchsvolles Bild ihrer Behandlungsstrategien bei akutem Husten. Am Anfang betont sie, sie verschreibe „*sowieso nie Antibiotika, mache viel Naturheilkunde und Homöopathie*“. Direkt daran anschließend widerspricht sie sich selbst, indem sie aufzählt, wann sie dann doch Antibiotika aufschreibt. Sie hat sich mit dem Peer und den durch diesen vermittelten Interventionsinhalten nicht wirklich auseinandergesetzt, ist davon ausgegangen, diese schon zu kennen und danach zu handeln. Ihre persönlichen Einstellungen und Vorannahmen gegenüber Patienten bestimmen ihre Behandlungsstrategie.

**Herr Dr. Birke:** „Die Erwartungshaltung hinsichtlich Antibiotika ist zurückhaltender geworden“  
(Interview: 6 Min. 30 Sek.)

Dieser Hausarzt erzeugt im Interview den Eindruck, für die Interventionsinhalte sensibilisiert (worden) zu sein, was bedeuten soll, dass sein Interesse geweckt wurde, im Patientenkontakt aufmerksam die Problematik „Husten und Antibiotika“ zu betrachten. Er äußert sich zu einer von ihm erlebten Veränderung der Patientenerwartungen bezüglich Antibiotika.

Aufgefordert über Motive zur Studienteilnahme zu erzählen, äußert der Arzt, dass „*Unsicherheiten bzw. eine Polypragmasie in der Behandlung vorherrscht*“ und er es „*interessant*“ findet, dies „*im großen Rahmen zu durchleuchten*“. Er erscheint wissenschaftlich interessiert und will die Wissenschaft unterstützen. Er selbst weiß, dass es Unsicherheiten in der Behandlung des akuten Hustens gibt, wirkt selbst aber sicher, gelassen und entspannt. Er macht den Eindruck, offen für Veränderung zu sein. Die Teilnahme an der Intervention sieht er als Möglichkeit, eine „*Rückkopplung*“ über seine Behandlungsweise zu bekommen und über die Strategien der Kollegen etwas zu erfahren.

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

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

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

Die Erklärung des Arztes, dass er versucht, Erwartungshaltungen der Patienten zu „dämpfen“, fassen wir so auf: Für ihn gibt es gewisse Patienten, die ein Antibiotikum brauchen (u.a. mit den unten genannten Symptomen). Wird aber der Antibiotika-Verschreibungsdruck durch Patienten, bei denen er ein Antibiotikum für nicht angebracht hält, für ihn zu stark, dann versucht er zu dämpfen bzw. dem entgegenzuwirken. Er weist die Patienten auf zunehmende Antibiotikaresistenzen hin und erklärt, dass bei kurzer Hustendauer „der Einsatz eines Antibiotikums bei sonst fehlender pulmonaler Symptomatik nicht angebracht ist.“

Es folgt ein Gedankensprung des Arztes, der daraufhin angibt, dass er bei febrilen Patienten, bei „wirklich stark ver-

färbtem Sputum und auch entsprechenden RGs natürlich“ ein Antibiotikum einsetzt: Dies scheinen für ihn Signale für einen bakteriellen Infekt zu sein. Dass er das verfärbte Sputum als Antibiotika-Indikation ansieht, steht im Widerspruch zu den Interventionsinhalten. Für uns bedeutet es aber auch, dass er zwar für die Botschaft der Intervention sensibilisiert worden ist, diese aber nicht völlig angenommen bzw. wahrgenommen hat.

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

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

Herr Dr. Ass: „Ich kenne mich mit diesen Dingen aus“  
(Interview 7 Min. 7 Sek.)

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

Auf die Motive zur Studienteilnahme angesprochen, sagt er knapp: „Hatte keins“. Nachgefragt, ob in das Thema der Studie ihn interessiert habe, antwortet er nur: „Nö“. Dadurch wirkt er unhöflich und desinteressiert, scheint keine Lust am Gespräch zu haben. Der Arzt scheint das Interview als lästige Pflicht anzuse-

hen. Es könnte aber auch sein, dass er unter Zeitdruck steht und daher das Gespräch so kurz wie möglich halten möchte – obwohl das Interview besonders lang dauert. Möglicherweise fand das Interview zu einem unpassenden Zeitpunkt oder unpassender Situation statt. Aus dem Gespräch selbst wird dies nicht ersichtlich, der Arzt äußert nicht, dass er wenig Zeit hat oder es ein ungünstiger Zeitpunkt ist. Er erweckt den Anschein, unzugänglich zu sein, von sich und seinen Strategien überzeugt und nicht offen für Veränderung. Bestätigt wird dies unserer Meinung nach auch dadurch, dass er bei einigen Sätzen das Wort „grundsätzlich“ benutzt: „Die Leute bekommen also meistens irgend etwas. Grundsätzlich. Und grundsätzlich ist es so, dass sie auch das Gefühl haben müssen, ernst genommen zu werden.“ Mit dem Wort „grundsätzlich“ scheint er betonen zu wollen, dass seine Aussagen, grundlegend und allgemeingültig sind und somit – zumindest für ihn – unumstößlich sind.

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

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

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

Im Verlauf des Interviews entsteht mehr und mehr der Eindruck, dass er versucht, seine Ansichten und im Interview gemachten Äußerungen zu legitimieren und sich zu rechtfertigen. Zunächst entsteht diese Empfindung da-

**Dr. med. Kristina Stock ...**

... studierte Humanmedizin von 2000–2006 an der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf.  
Seit 2007 Ärztin in Weiterbildung zur Fachärztin für Allgemeinmedizin, seit 2011 als Weiterbildungsassistentin in einer Hausarztpraxis in Elsdorf/Rheinland tätig.

durch, dass er immer wieder seinen Expertenstatus als Asthma-Trainer betont: „Das heißt also ich kenne mich mit diesen Dingen aus.“ Außerdem rechtfertigte seine Erfahrung als „seit 23 Jahren“ niedergelassenem Arzt seine Behandlungsweise. Er habe „schon so einige Tricks drauf“. Eine ausführlichere und konkrete Beschreibung seiner Behandlungsweise gibt er aber nicht.

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

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

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

In den schriftlichen Informationen, die der Peer bei seinem Besuch bei dem Hausarzt dabei hatte, wurde unter anderem dieses Studienergebnis dargestellt.

Er erklärt, dass sei für ihn neu und überraschend gewesen und er habe daraufhin die Frage nach Durchfall in seine Anamnese aufgenommen.

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

### Schlussfolgerungen

Wir haben zwar einen Großteil der bekannten und in unserer inhaltsanalytischen Auswertung auch gefundenen fördernden und hindernden Faktoren zur Teilnahme in den Fällen wiedergefunden, nur war sehr entscheidendes Er-

gebnis der Fallinterpretationen, dass sich sehr unterschiedliche Arztpersönlichkeiten mit unterschiedlichen Biografien und Grundhaltungen darstellten – die aber alle an der Studie mitgemacht haben. Dies ist geschehen, obwohl „in ihnen“ förderliche und hinderliche Faktoren zugleich, wenn auch offensichtlich in unterschiedlicher Wichtung, vorhanden waren. Neben den Faktoren, die auch aus Gruppenaussagen zu gewinnen sind, ist letztendlich dann die Vielfältigkeit einer Person, ihre Biografie in all ihren Widersprüchen das entscheidende Moment zur Teilnahme. Man kann bei Kenntnis der förderlichen und der hinderlichen Faktoren, die Chance zur Teilnahme eines größeren Anteils von Hausärzten erhöhen – man wird dabei aber immer mit dem Einzelnen rechnen müssen, der nicht über diese Faktoren allein determiniert handelt.

### Take home message

Aus quantifizierenden Studien erfahren wir immer Aussagen über Gruppen, der Einzelne ist jedoch nicht das Abbild einer Gruppe; seine Handlungsentscheidungen sind meist weitaus komplexer. Dies sollte man auch bei z.B. bei der Einwerbung zu Studien beachten.

**Interessenkonflikte:** keine angegeben

### Korrespondenzadresse

Dr. med. Kristina Stock  
Universitätsklinikum Düsseldorf  
Heinrich-Heine-Universität  
Institut für Allgemeinmedizin  
Moorenstraße 5  
40225 Düsseldorf  
E-Mail: Kristina.Stock@uni-duesseldorf.de

## Literatur

1. Altiner A, Brockmann S, Sielk M, Wilm S, Wegscheider K, Abholz HH. Reducing antibiotic prescriptions for acute cough by motivating GPs to change their attitudes of communication and empowering patients: a cluster randomized intervention study. *J Antimicrob Chemother* 2007; 60: 638–644
2. Stock K, Wollny A, Brockmann S, Abholz H-H, Altiner A. Qualitativer Blick in die Blackbox: Edukative Intervention zur Senkung unnötiger Antibiotikaverordnungen (CHANGE) – A Qualitative Glance into the Blackbox: Educational Intervention to Reduce Unnecessary Antibiotic Prescriptions. *Z Allg Med* 2008; 84: 444–450
3. Stock K. Hindernde und fördernde Faktoren bei der Implementierung edukativer Interventionen im ambulanten Bereich – am Beispiel der Interventionsstudie CHANGE zur Senkung der Verordnungsrate von Antibiotika bei akutem Husten. Dissertation. 2011
4. Witzel A. Das problemzentrierte Interview. *Forum Qualitative Sozialforschung* 2000, 1 (1), Art. 22, <http://nbn-resolving.de/urn:nbn:de:0114-fqs0001228>
5. Mayring P. Qualitative Inhaltsanalyse. In: Flick U, Kardorff E v, Steinke I (Hrsg) *Qualitative Forschung. Ein Handbuch*. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt, 7. Auflage 2009: 468–475
6. Mayring P. Qualitative Inhaltsanalyse. *Forum Qualitative Sozialforschung* 2000, 1(2), Art. 20, <http://nbn-resolving.de/urn:nbn:de:0114-fqs0002204>
7. Schmidt C. Analyse von Leitfadenterviews. In: Flick U, Kardorff E v, Steinke I (Hrsg) *Qualitative Forschung. Ein Handbuch*. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt, 7. Auflage 2009: 447–456
8. Flick U. Qualitative Sozialforschung. Eine Einführung. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt, vollst. überarb. und erw. Neuausg., 2. Auflage 2009
9. Marx G, Wollny A. Qualitative Sozialforschung – Ausgangspunkte und Ansätze für eine forschende Allgemeinmedizin. Teil 1: Theorie und Grundlagen der qualitativen Forschung. *Z Allg Med* 2009, 85: 89–136
10. Wollny A, Marx G. Qualitative Sozialforschung – Ausgangspunkte und Ansätze für eine forschende Allgemeinmedizin. Teil 2: Qualitative Inhaltsanalyse vs. Grounded Theory. *Z Allg Med* 2009, 85: 467–476
11. Hopf C. Qualitative Interviews – ein Überblick. In: Flick U, Kardorff E v, Steinke I (Hrsg) *Qualitative Forschung. Ein Handbuch*. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt, 7. Auflage 2009: 349–360

## Leserfoto

Als Dankeschön für jedes veröffentlichte Foto vergeben wir einen 3-monatigen Online-Zugang zu den EbM-Guidelines (Hrsg.: Rabady/Sönnichsen/Kunnamo)



© Wilfried Deiss, Siegen