

Hausärzte in der "Beziehungsfalle"¹? Ergebnisse einer qualitativen Studie zu ärztlichen Krankheitskonzepten und Behandlungsstrategien bei *Ulcus cruris venosum*

Anja Wollny, Simone Kreher, Martin Sielk, Stefan Wilm & Silke Brockmann

Keywords:

Krankheitskonzepte, Hausärzte, *Ulcus cruris venosum*, Grounded Theory, Shared Decision-Making

Zusammenfassung: In der Hausarztpraxis spielen Krankheitskonzepte von Patient(inn)en und Ärzt(inn)en in der Arzt-Patienten-Interaktion, insbesondere im Aushandlungs- und Entscheidungsprozess über Diagnose- und Therapieverfahren, eine wichtige Rolle. Im Gegensatz zu den Krankheitskonzepten der Patientinnen und Patienten sind die der Hausärztinnen und Hausärzte empirisch nur wenig erforscht.

In einer eigenen Untersuchung wurden am Beispiel der Krankheitsbilder Kopfschmerzen, akuter Husten, *Ulcus cruris venosum*, Schizophrenie und Aortenaneurysma (KAUSA) die Krankheitskonzepte von Hausärztinnen und Hausärzten analysiert. Offene narrative und leitfadengestützte Interviews mit Ärztinnen und Ärzten zum Krankheitsbild *Ulcus cruris venosum* (UCV) wurden in diesem Teil der Studie einer Sekundäranalyse mittels textanalytischer Verfahren unterzogen. In der Absicht, theoriebildend zu arbeiten, folgte das Forschungsprojekt KAUSA der Methodologie der Grounded Theory.

In dem Beitrag werden Lesarten und Strukturhypothesen zu den einzelnen Fällen und fallvergleichende sowie fallübergreifende Aussagen zu den nicht offen liegenden Krankheitskonzepten von Hausärzten bei UCV entwickelt und diskutiert.

Die aus den mündlichen Präsentationen im Interview empirisch rekonstruierten ärztlichen Krankheitskonzepte weisen neben kognitiven Elementen, die in der wissenschaftlichen Diskussion noch am ehesten thematisiert werden, kaum erforschte emotionale und handlungsbezogene Dimensionen auf. So wird beispielsweise ein offenes Bein von den Ärztinnen und Ärzten als vertrautes und gut behandelbares "Arbeitsgebiet" wahrgenommen, die Patientin oder der Patient selbst dagegen eher als Störfaktor erlebt. Irritationen und Unsicherheiten treten auf der Seite der Ärztinnen und Ärzte dabei weniger in Bezug auf vermeintliches medizinisches Wissen auf, als im Sprechen über die Interaktionssituationen mit den Patientinnen und Patienten, möglicherweise auch in der Interaktion selbst. Damit rücken Wahrnehmungs-, Interpretations- und Verstehensprozesse, also die Kommunikation und Interaktion mit Patientinnen und Patienten als soziale Phänomene und nicht allgemeinärztliches Wissen bei der Behandlung von Patient(inn)en mit einem UVC in den Vordergrund.

1 Der Begriff "Beziehungsfalle" entstand aus der Arbeit am empirischen Material und ist verbunden mit der Idee, dass die Hausärztinnen und Hausärzte bei der Behandlung von Patientinnen und Patienten mit *Ulcus cruris venosum* immer wieder Unsicherheiten artikulieren und anscheinend in Interaktionsschwierigkeiten geraten, aus denen sie nicht so einfach wieder herausfinden. Wir bitten unsere Leserinnen und Leser, ihn assoziativ zu verstehen und unseren Explikationen im Fortgang des Textes zu folgen.

Inhaltsverzeichnis

[1. Einleitung](#)

[2. Methodisches Design](#)

[3. Fallspezifische Ergebnisse](#)

[3.1](#) Alexander Wetzel behandelt die Patienten mit seiner "*klassischen Anfangstherapie*"

[3.2](#) Harald Wichmann hat in seiner Praxis keine "*wirklich schrecklichen offenen Beine*"

[3.3](#) Franziska Büttner behandelt offene Beine unter quasi stationären Bedingungen

[3.4](#) Peter Baumann versteht die offenen Beine seiner Patienten als "*Medien*" der Kontaktaufnahme und Identitätsstiftung

[3.5](#) Thomas Schröder begreift offene Beine als Thema der *Beziehungsgestaltung* (zur Wunde)

[4. Fallvergleichende und fallübergreifende Ergebnisse](#)

[5. Krankheitskonzepte von Hausärzt\(inn\)en und Chancen für neue Entscheidungsmodelle](#)

[Literatur](#)

[Zu den Autorinnen und Autoren](#)

[Zitation](#)

1. Einleitung

Mit Begriffen wie "Compliance", "Adherence", "Konkordanz" oder "Shared Decision-Making"² wird seit einigen Jahren auch im deutschsprachigen Raum viel über Entscheidungsmodelle und insbesondere die Einbeziehung von Patientinnen und Patienten in die Entscheidungsfindung über zu wählende Therapie- und Behandlungsmethoden diskutiert. Diese Konzepte bestimmen zunächst unterschiedliche Grade der Einbeziehung von Patien(inn)en bzw. beschreiben das Maß ihrer Informiertheit, ihrer Mit- und Eigenverantwortung im Behandlungsprozess (z.B. SCHEIBLER 2004; WIESEMANN 2001; PARKER 2001). [1]

Hinsichtlich der Ärztinnen und Ärzte wird zwischen dem paternalistischen Modell, dem Informationsmodell und dem "Shared Decision-Making" bzw. der partizipativen Entscheidungsfindung unterschieden, um verschiedene Modelle des Informationsflusses, der Interaktionsbeziehungen und der Verantwortung des Arztes gegenüber den Patientinnen und Patienten zu beschreiben (vgl. LOH, SIMON, NIEBLING & HÄRTER 2005). [2]

Partizipative Entscheidungsfindung stellt derzeit *die* Idealvorstellung der Arzt-Patienten-Kommunikation dar. Sie basiert auf der Idee, dass Patient(inn)en und Ärzt(inn)e(n) gemeinsam unter Berücksichtigung evidenzbasierter fachlicher Kenntnisse der Ärzt(inn)e(n) und der Lebenssituation sowie der persönlichen

2 "Compliance" und "Adherence" bezeichnen eher das passive "Mitmachen" der Patientinnen und Patienten bei ärztlich vorgegebenen Therapiezielen, ohne dass jene die Therapieziele beeinflussen sollen. Bei der "Konkordanz" und dem "Shared Decision-Making" nehmen die Patientinnen und Patienten eine aktivere Rolle ein, indem die Therapieziele mit der ärztlichen Seite erörtert und aktiv ausgehandelt werden sollen. "Shared Decision-Making" und "partizipative Entscheidungsfindung" werden im vorliegenden Text synonym verwendet.

Präferenzen der Patient(inn)en eine Entscheidung hinsichtlich der Diagnostik und/oder Therapie treffen (vgl. SÄNGER 2005). [3]

Bei all diesen Modellen der Entscheidungsfindung wird stillschweigend von der Annahme ausgegangen, dass die Ärztin bzw. der Arzt das im Medizinstudium und in der Berufspraxis erworbene Wissen – und nur oder ausschließlich dieses – über die verschiedenen Krankheiten und Krankheitsbilder in die Arzt-Patienten-Interaktion und in die Therapievorschlüsse einbringt, er oder sie also den Stand des Wissens handlungsleitend vorbringt. In der Arzt-Patienten-Kommunikation spielen jedoch sowohl auf der Arzt- als auch auf der Patientenseite neben den medizinischen auch die nichtmedizinischen Vorstellungen von Krankheit und vom Kranksein eine wesentliche Rolle. Der Arzt/die Ärztin ist damit nicht nur Repräsentant(in) des "State of the Professional Art", sondern auch der eigenen Geschichte (Lebensgeschichte als Ganzes und Berufsbiografie im Besonderen), die von seiner oder ihrer Seite in den Aushandlungs- und Entscheidungsprozess mit einfließt. Dieser scheinbar selbstverständliche Aspekt gerät im wissenschaftlichen Diskurs, in der öffentlich geführten gesundheitspolitischen Debatte und in der Routine der Behandlungspraxis immer wieder aus dem Blick. [4]

Beide Verhandlungspartner(innen) bringen nicht nur Wissen verschiedenster Art, sondern jeweils auch individuelle Vorstellungen zum Behandlungsgeschehen, zur Krankheit und zum Kranksein – also subjektiv gemeinten Sinn – in die Interaktionssituation ein. Daraus können sich denkbare Erklärungen für die großen Varianzen in den individuellen Behandlungspraktiken und -verläufen ergeben, die aus medizin- oder gesundheitssoziologischer, aber auch aus ärztlicher Sicht von großem Interesse sind. [5]

Im Gegensatz zu den Vorstellungen von Patient(inn)en zu bestimmten Krankheitsbildern bzw. zu ihren Krankheitskonzepten (z.B. FALTERMAIER, KÜHNLEIN & BURDA-VIERING 1998; FLICK 1991; JACOB 2002) sind die Vorstellungen der Hausärzte und Hausärztinnen (z.B. UEXKÜLL & WESIAK 1998; FLICK, FISCHER, SCHWARTZ & WALTER 2002) bisher nur wenig erforscht – in der Regel wird ihnen einfach unterstellt, sie agierten einheitlich als medizinische Expert(inn)en, verankert allenfalls in der einen oder anderen Richtung der Medizin. Zudem unterscheiden einzelne vorliegende Veröffentlichungen nicht, ob es um Krankheitskonzepte der Ärztinnen und Ärzte in Bezug auf ihre leidenden Patientinnen und Patienten geht oder in Bezug auf ihre eigenen Krankheiten, ihr eigenes Kranksein. Dies allein verweist auf einen erheblichen Forschungsbedarf, um die Verschiedenartigkeit der hausärztlichen Konsultationen besser verstehen zu können. [6]

Soll "Shared Decision-Making" erfahrbare Alltagspraxis werden, müssen die Handlungsperspektiven aller Beteiligten (z.B. Patient[inn]en, Angehörige, Ärzte und Ärztinnen sowie Beschäftigte anderer Pflege-, Gesundheits- und Beratungsberufe) viel ernster genommen und genauer untersucht werden, als das derzeit der Fall ist. [7]

Am Beispiel der Krankheitskonzepte von Hausärztinnen und Hausärzten, die Patientinnen und Patienten mit Ulcus cruris venosum (UCV)³ behandeln, wollen wir das im Folgenden genauer analysieren. Wir fragen danach, welche kognitiven, emotionalen und interaktionalen Momente der Krankheitskonzepte von Hausarzt(inn)en in theoretischen Modellen zur Arzt-Patienten-Beziehung bislang ausgeblendet worden sind, damit wir schließlich alltäglich auftretende, aber selten reflektierte Verstehens- und Handlungsprobleme im Praxisalltag von Hausarzt(inn)en ausmachen und aufgreifen können. Im Unterschied zu anderen Ansätzen, die von *subjektiven Krankheitstheorien* sprechen (z.B. BIRKNER 2006; FLICK, FISCHER, SCHWARTZ & WALTER 2002), haben wir uns Achim HAHNs (1994) begrifflicher Differenzierung zwischen *theoretischen Begriffen* und *praktischen Konzeptionen* folgend für *Krankheitskonzepte* als langfristig stabile und zugleich situativ veränderliche entschieden, um neben den kognitiven auch die emotionalen und handlungsbezogenen Momente gut akzentuieren zu können. [8]

Die in diesem Beitrag dargestellten Ergebnisse sind ein Ausschnitt aus einem interdisziplinären Forschungsprojekt, das sich mit den Krankheitskonzepten von Hausarzt(inn)en zu Krankheitsbildern (Kopfschmerzen, akuter Husten, Ulcus cruris venosum, Schizophrenie und Aortenaneurysma – KAUSA), die in der Hausarztpraxis häufig oder bedrängend sind, beschäftigt. Es folgen einige Ausführungen zum methodischen Design, fallspezifische und fallübergreifende Befunde, um am Ende einen Einblick in den Theoriebildungsprozess zu den hausärztlichen Krankheitskonzepten geben zu können. Diese entitätsspezifischen – d.h. hier exemplarisch für das UCV dargestellten – Ergebnisse sollen im Gesamtprojekt zu einer "Grounded Theory" der ärztlichen Krankheitskonzepte integriert werden. [9]

2. Methodisches Design

Die Projektgruppe KAUSA arbeitet seit mehr als zwei Jahren in einem Team, das interdisziplinär, gemischtgeschlechtlich und altersheterogen zusammengesetzt ist. In KAUSA werden empirische Daten, die ursprünglich unter allgemeinmedizinischen Fragestellungen mit Hausarzt(inn)en zu den jeweiligen Krankheitsbildern innerhalb verschiedener Projekte erhoben worden sind, zur Untersuchung der Krankheitskonzepte verwendet. [10]

3 Beim Ulcus cruris venosum, das umgangssprachlich auch als offenes Bein bezeichnet wird, handelt es sich um einen Haut- und Gewebedefekt an den Unterschenkeln aufgrund einer chronischen Venenerkrankung bzw. einer Venenschwäche. Ein Ulcus, das unter optimaler Therapie innerhalb von drei Monaten keine Heilungstendenz zeigt bzw. innerhalb von zwölf Monaten nicht abgeheilt ist, gilt als therapieresistent. Bei der ärztlichen Diagnostik steht vor allem eine medizinische Ganzkörperuntersuchung und eine genaue Betrachtung und Untersuchung der Beine im Vordergrund. Insbesondere sollten die Ursachen des Ulcus abgeklärt werden. Eine leitliniengerechte Behandlung besteht hauptsächlich aus den Komponenten Kompressionstherapie und regelmäßige Bewegung des Patienten bzw. der Patientin. Das Bein bzw. die Beine werden mittels eines Kompressionsstrumpfes oder einer elastischen Binde komprimiert und die Patient(inn)en werden außerdem aufgefordert, sich viel zu bewegen und zu gehen, statt zu stehen. Eine örtliche Behandlung der Wunde soll eine ungestörte Wundheilung ermöglichen. Dabei ist das Feuchthalten der Wunde mit geeigneten Mitteln wesentlich. Für eine erfolgreiche Nachbehandlung muss sowohl die Behandlung des zugrunde liegenden Krankheitsbildes erfolgen als auch die Kompressionstherapie konsequent weitergeführt werden (vgl. EHRESMANN et al. 2004, S.166-170).

Methodisch wurde im Projekt ein sekundäranalytisches Vorgehen angewandt, bei dem im Unterschied zu Primäranalysen keine neuen Daten erhoben werden müssen, sondern auf bereits vorhandene (Roh-) Daten zurückgegriffen wird, die mit "neuen Methoden und/oder unter einer anderen Fragestellung" (BORTZ & DÖRING 2003, S.374) ausgewertet werden. [11]

Die diesem Beitrag zugrunde liegenden Interviews entstammen dem Projekt "Qualität und qualitätsbestimmende Einflüsse allgemeinärztlicher Versorgung am Beispiel von Patienten mit Ulcus cruris venosum" (1999-2001), das an der Abteilung für Allgemeinmedizin der Universität Düsseldorf durchgeführt wurde (vgl. WILM & MEIDL 2005). Hausärztinnen und Hausärzte waren in Interviews – von angehenden Berufskolleg(inn)en – gebeten worden, über ihre Erfahrungen mit Patient(inn)en, die an offenen Beinen leiden zu *erzählen*. Die Erzählaufforderung lautete: "Erzählen Sie mal, was Ihnen so zu Ihren Patienten mit offenem Bein einfällt?" Dabei sollte es den ursprünglichen Projektinteressen zufolge in den Gesprächen sowohl um die Vorstellungen über Ursachen und Behandlungsmethoden als auch zur Versorgung der an einem UCV leidenden Patient(inn)en gehen. [12]

Methodisch gesehen ist an einer so konzipierten Erzählaufforderung problematisch, dass sie nicht an das konkrete Erleben des Arztes/der Ärztin mit deren Patient(inn)en anknüpft und sie auffordert, eine ganz bestimmte, erinnerte Situation zu erzählen. Streng genommen handelt es sich also nicht um eine narrative Erzählaufforderung oder Eingangsfrage. Obgleich sie so vage formuliert war, hat sich die Frage praktisch insofern bewährt, als sie dann doch ein Gespräch zwischen den jeweiligen Interviewpartner(inne)n über ihre Erfahrungen mit Patient(inn)en, die an einem UCV leiden, eröffnete. Deshalb standen uns als Material für unsere sekundäranalytische Arbeit in KAUSA Interviewtexte zur Verfügung, die zumeist eine dialogische, von narrativen Einsprengseln durchsetzte Struktur aufweisen. Argumentationen und Evaluationen dominieren gegenüber Narrationen und Belegerzählungen⁴. Memos zum Verlauf der Gespräche wurden von den Interviewer(inne)n nicht angefertigt. Auch die erhobenen biografischen und sozio-demografischen Daten zu den interviewten Hausärztinnen und Hausärzten sind sehr begrenzt⁵. [13]

Sowohl in den Bereichen der wissenschaftlichen Allgemeinmedizin, die eine Affinität zu qualitativer Forschung haben, als auch in der Sozialwissenschaft wird darüber diskutiert, ob und inwiefern es methodisch-technisch oder inhaltlich "günstiger" sei, im ärztlichen Feld Ärzt(inn)e(n) oder Sozialwissenschaftler(innen) als Interviewer(innen) arbeiten zu lassen (siehe dazu beispielsweise KALITZKUS

4 "Belegerzählungen dienen dazu, Argumentationen weiter plausibel zu machen." (ROSENTHAL 1995, S.240)

5 Alles in allem charakterisiert dies eine unbefriedigende Ausgangslage, wie wir sie in qualitativen Projekten (beispielsweise in der pflege- oder gesundheitswissenschaftlichen Forschung) realiter häufig vorfinden, auch wenn sich die Qualitätsansprüche im *inner circle* der qualitativen Sozialforschung in jüngster Zeit deutlich erhöht haben. Diese angewandten Forschungsfelder (z.B. in der Allgemeinmedizin, in der Pflegewissenschaft und in den Gesundheitswissenschaften) entwickeln sich oft abgekoppelt von den allgemeinen Theorie- und Methodenstandards der Soziologie.

2005, S.245 oder COAR & SIM 2006, S.245). Aus unserer Sicht ist es zwar sehr wohl *folgenreich* (inhaltlich und interaktionell) für ein Interview und die Qualität des erhobenen Datenmaterials, ob Interviews von Ärzt(inn)en oder Sozialwissenschaftler(inne)n geführt werden. *Entscheidend* für eine Erhebung sind jedoch methodische Qualifikationen, die Interviewende für die Interviews benötigen – und dies unabhängig von deren primärer Profession. Diese methodische Qualifikation beinhaltet – neben dem Wissen um erzähltheoretische und methodologische Voraussetzungen – auch die methodisch-technische Kompetenz, immer wieder offen zu fragen, und die Sensibilität, Themen, die Interviewte "anbieten", hören und wahrnehmen zu können. Einerseits bestimmt dies die Güte der verfügbaren Datenbasis und eröffnet oder verschließt Chancen der Auswertung, andererseits führt es die qualitativ forschenden Sozialwissenschaftler(innen) immer wieder zu der Frage, inwiefern sie generell Chancen der Reanalyse vorhandener Datenbasen in Erwägung ziehen, sukzessive auch eine Kultur der interdisziplinären Arbeit entwickeln oder beides mehr oder weniger rigoros ausschließen⁶. [14]

Den Qualitätsproblemen der Datenbasis im Gesamtprojekt versuchten wir durch eine dem jeweiligen empirischen Material angemessene, sehr differenzierte Analysestrategie zu begegnen: Aus den 35 für das Krankheitsbild UCV zur Verfügung stehenden, bereits transkribierten Interviews wurden fünf ausgewählt. Wesentlich für die Auswahl war, dass diese Interviewtexte ausführliche, detailreiche und möglichst narrative Darstellungen der Ärztinnen und Ärzte zu ihren Erfahrungen mit Patientinnen und Patienten, die an offenen Beinen leiden, enthalten. Im Unterschied zu den Materialien zu Kopfschmerzen und akutem Husten erwiesen sich die Transkripte der Interviews zur Schizophrenie und zum Ulcus cruris in stärkerem Maße episodisch oder narrativ als dialogisch und argumentativ und waren somit gut für sequenzielle Textanalysen geeignet, die im eigenen Vorgehen mit Verfahrensweisen der von Anselm L. STRAUSS und Barney G. GLASER entwickelten Grounded Theory kombiniert wurden. Neben der Verwendung des offenen Kodierens als einem Vorgehensvorschlag nutzten wir die Methodologie der Grounded Theory als "eigenständige Methodenlehre" und gegenstands- und materialadäquate, "praktikable [...] Forschungsstrategie" (HILDENBRAND 1994, S.11), um der Heterogenität der empirischen Datenbasis zu den einzelnen Krankheitsbildern angemessen begegnen zu können. [15]

Jedes Interview wurde zunächst in einer Analysesitzung, an der alle fünf Projektmitglieder (Ärzte und Ärztinnen, Soziolog[inn]en und Gesundheitswissenschaftler[innen]) teilnahmen, offen kodiert, indem wir den von Anselm L. STRAUSS vorgeschlagenen Arbeitsschritten des offenen Kodierens folgten (vgl. STRAUSS 1994, S.56-62; 92-101). [16]

6 Bei der Realisierung des Projektes KAUSA haben wir uns kontinuierlich mit diesen Qualitätsproblemen auseinandergesetzt. Die forschenden Allgemeinmedizinerinnen und Allgemeinmediziner haben zusätzliche methodische Qualifikationen erworben, so dass sich die Qualität der Interviews, der Transkripte (bei künftigen Projekten) sowie die Auswertungskompetenzen aller Beteiligten im Prozess der interdisziplinären Arbeit merklich verbessert haben. Gleichzeitig hat sich das Verständnis der Sozial- und Gesundheitswissenschaftler(innen) für die Perspektiven und Probleme hausärztlicher Tätigkeit und allgemeinmedizinischer Forschung vertieft.

Darüber hinaus untersuchten wir die thematische Struktur der Interviewtexte, indem wir manifeste, latente und ko-präsente Themen⁷ herausarbeiteten. Einzelne, stärker narrative Textsequenzen bearbeiteten wir feinanalytisch, um die Mikrostrukturen des Textes zu erschließen (vgl. ROSENTHAL 1995, S.221-225). [17]

Aus dem Verfahren des offenen Kodierens gewannen wir Themen und Kategorien unterschiedlicher Abstraktionsebenen, einige waren noch sehr nah am Text, am empirischen Material und eher deskriptiv, andere eher abstrakt. Im Wechselspiel von theoretischer und empirischer Arbeit wurden Memos zu den Kategorien verfasst und Diagramme entworfen, die die Grundlage für Arbeitspapiere zu den Fällen und anschließende Diskussionen bildeten. [18]

Aus den Analysen zur thematischen Struktur der Interviewtexte und den Feinanalysen formulierten wir je eine Strukturhypothese (ergänzt durch verschiedene Nebenstränge unserer Interpretation), die für uns zu diesem Zeitpunkt der Analyse *das* Krankheitskonzept des jeweiligen Arztes bzw. der jeweiligen Ärztin zum UCV repräsentierte. [19]

Aus allen vorliegenden Fallmaterialien und Analyseergebnissen wurden erste Fallskizzen⁸ entworfen, die projektintern diskutiert und immer wieder in den verschiedenen Treffen der KAUSA-Gruppe überarbeitet wurden. [20]

Diese ergebnisorientierten Fallskizzen sollen zeigen, wie die interviewten Hausärztinnen und Hausärzte das Krankheitsbild des offenen Beines im Alltag ihrer Praxis wahrnehmen und präsentieren. Theoretische Vorannahme war dabei, dass im "Sprechen" der Ärzte und Ärztinnen über ihre Erfahrungen mit Patient(inn)en, die an offenen Beinen leiden, deren Krankheitskonzepte aufscheinen werden – jedoch in anderer Weise, als wenn sie direkt zu ihren Krankheitskonzepten gefragt worden wären. In der Arbeit am Datenmaterial zum UCV, aber auch zu Kopfschmerzen, akutem Husten und Schizophrenie zeigte sich, dass dieses individuelle Präsentieren der Patientinnen und Patienten mit dem jeweiligen Krankheitsbild durch die Ärztinnen und Ärzte im Interview ein praktikabler und erfolgreicher empirischer Zugang zu den hausärztlichen Krankheitskonzepten mittels Sekundäranalyse sein kann. [21]

7 Für die Beschreibung der thematischen Struktur der Interviews haben wir Ideen von Gabriele ROSENTHAL (1995, S.218-220) aufgegriffen.

8 Im Unterschied zu STRAUSS (1994, S.277-285), der von Fallbeschreibungen und Fallrekonstruktionen spricht, verwenden wir den Arbeitsbegriff Fallskizzen, der unserer Forschungspragmatik als interdisziplinär und sekundäranalytisch arbeitendem Team angemessener erschien.

3. Fallspezifische Ergebnisse

In den aus Gründen der Lesbarkeit für diesen Beitrag gekürzten fünf Fallskizzen werden neben den wenigen biografischen und berufsbiografischen Daten der Ärztinnen und Ärzte, die das ursprüngliche Datenmaterial enthielt, die jeweilige fallspezifische Strukturhypothese und einige wichtige Nebenstränge unserer Interpretationen auf der Basis von sehr knappen Materialauszügen vorgestellt. [22]

Im Anschluss daran wollen wir fallvergleichende und fallübergreifende Aussagen zu den Krankheitskonzepten der befragten Hausärztinnen und Hausärzte zum Krankheitsbild Ulcus cruris venosum in ihrer Bedeutung für die Konfiguration von Entscheidungsprozessen in der hausärztlichen Praxis diskutieren⁹. [23]

3.1 Alexander Wetzel behandelt die Patienten mit seiner "*klassischen Anfangstherapie*"¹⁰

Der 39-jährige Arzt Alexander Wetzel führt zum Zeitpunkt des Interviews seine eigene Allgemeinarztpraxis seit dreieinhalb Jahren. Im Durchschnitt behandelt er 1.200 Patienten im Quartal in einem Wohnort mit 8.000 Einwohnern. [24]

Wenn Alexander Wetzel über Patienten, die an Ulcus cruris leiden, spricht, stellt er sich als kompetenten und erfolgreichen Arzt dar. Zugleich präsentiert er sich als Person, die mit Liebe und Leidenschaft arbeitet, und er "*fühlt sich gut*", wenn er etwas geleistet hat. [25]

Offene Beine nimmt Alexander Wetzel als sehr widersprüchlich wahr, einerseits als anspruchsvolles und kompliziertes Krankheitsbild, andererseits als lapidares Problem. Sie seien "*nicht wie eine leichte Zahnentzündung, man nimmt einige Tage Tabletten und dann ist die Sache erledigt*". Vor allem sei das offene Bein dann ein großes Problem, wenn er mit seinen Patienten aus der "*einfachen Bevölkerung*" nicht so kommunizieren kann, dass eine gute Compliance bei ihnen herbeigeführt wird: "[A]ber die richtige Einsicht, wir machen entweder das oder das, das war sehr schwierig". Medizinisch ist das Ulcus für ihn ein lapidares Problem, das sich mittels seiner "*klassischen Anfangstherapie*" lösen lässt, die er wie folgt beschreibt: "*es war einfach mit Sofra-Tüll¹¹ und spülen mit H2O und Sofra-Tüll und danach, als es ganz trocken war, nur noch mit ganz leicht mit Sofra-Tüll und mit Kompressionswickel wirklich noch mal drüber*". Wenn

9 Auf die Befunde, die im Rahmen von "KAUSA" zu Kopfschmerzen, akutem Husten oder zu Schizophrenie erarbeitet wurden, kann an dieser Stelle nicht eingegangen werden (vgl. BROCKMANN, KREHER, SIELK, WILM & WOLLNY in Vorbereitung). Bezogen auf die vier verschiedenen Krankheitsbilder konnten wir herausarbeiten, dass die Krankheitskonzepte der Hausärztinnen und Hausärzte bei jedem Krankheitsbild – also bei Kopfschmerzen, akutem Husten, Schizophrenie und Ulcus cruris venosum – entitätsspezifische Dimensionen aufweisen, die auch Konsequenzen für ein grundlagentheoretisches Modell zu den ärztlichen Krankheitskonzepten haben. Für UCV stellen wir das in unserem Beitrag auszugsweise dar.

10 Um die Fallskizzen und unsere Interpretationen lesefreundlich zu gestalten, werden Auszüge aus dem empirischen Material – wörtliche Zitate der Ärzte oder Interviewenden – im Text kursiv und mit Anführungszeichen gekennzeichnet. Wie in der qualitativen Sozialforschung üblich, wurden die Namen der Hausärzte anonymisiert.

11 Dabei handelt es sich um eine gazeartige Wundaufgabe, die bereits mit einer Salbe versehen ist.

Patient(inn)en und Pflegepersonal nach seiner empfohlenen Therapie handelten und ihm vertrauten, dann heilten, so seine Erfahrung, die offenen Beine auch ab. Sollte das offene Bein jedoch einmal nicht zuheilen, sind entweder widrige Umstände oder andere Personen schuld. Seine Idee von einer idealen Behandlung, der "klassischen Anfangstherapie", scheint durch nichts zu erschüttern zu sein. [26]

Jedoch wird Alexander Wetzels Vertrauen in seine "*klassische Anfangstherapie*" beispielsweise durch die Zweifel des Pflegepersonals in einem Altenheim infrage gestellt, mit dem er um eine Flasche Sekt wettet, dass seine Behandlung doch die richtige Methode zur Heilung der offenen Beine sei:

"die [gemeint sind hier Angehörige des Pflegepersonals] an sich mich sehr unter Druck setzen [...] und eh meine Therapie mehr oder weniger ablehnten [...] und vor lauter Verunsicherung mal da und dort und dann habe ich versucht mit Humor hinzukriegen und gesagt, schauen wir mal, wer die Flaschen Sekt gewinnt". [27]

Seine Schwierigkeiten im Umgang mit dem Pflegepersonal versucht er hier im wahrsten Sinne des Wortes zu überspielen. Die Kommunikation mit diesen Personen erweist sich anscheinend für ihn als weitaus komplizierter als medizinisches Handeln im Sinne seiner "*klassischen Anfangstherapie*". [28]

Im weiteren Verlauf des Interviews spricht Alexander Wetzel über die vermeintlichen Ursachen der sich in letzter Zeit häufenden Fälle von *Ulcus cruris venosum*. Zunächst vermutet er, dass es etwas mit der Jahreszeit zu tun haben könne, dann dass die Häufung zufällig sei, und am Ende hat es für ihn damit zu tun, "*wie oft die Patienten sich an die Ärzte wenden oder wie lange sie selber daran rummachen*". Keine logisch zwingende Erklärung für die Ursachen des häufigeren Auftretens eines so einfachen Krankheitsbildes geben zu können, verunsichert den sonst sicheren Arzt offenbar auch in der Situation des Interviews durch einen angehenden Berufskollegen. [29]

Um verunsichernden Situationen, aus denen er als Verlierer hervorgehen könnte ("*ich dachte, wenn ich hier irgendwie verliere, denken sie [die Pflegekräfte] haben wir wieder recht gehabt*"), von vornherein entgehen zu können, lässt er gegenüber seinen Patient(inn)en und dem Pflegepersonal keinen Zweifel am Erfolg seiner Therapiemethoden mit Kompressionsverbänden, H₂O und Sofra-Tüll aufkommen. Schwierigkeiten entstehen dann, wenn Patient(inn)en den Erfolg nicht schnell genug sehen und den "*Kampf mit der Zeit auf Dauer*" nicht "*mitkämpfen*" wollen. Die Gefahr einer zu geringen Krankheitseinsicht sieht Alexander Wetzel insbesondere bei Patienten aus einfachen Verhältnissen bzw. unteren sozialen Schichten. Ihnen fehle "*der Hintergrund, das Wissen*" über eine solche Krankheit und für ihn sei es "*auch schwierig in einfachen Patientenstrukturen, in der einfachen Bevölkerung [dieses Wissen] rüberzubringen*". [30]

Insgesamt sieht sich Alexander Wetzel als kompetenten Arzt, der mit seiner "*klassischen Anfangstherapie*" dem widersprüchlichen Krankheitsbild des *Ulcus*

cruris venosum gewachsen ist. Er stellt die offenen Beine seiner Patient(inn)en als ernstzunehmendes, aber nicht auf Leben und Tod gehendes Problem dar, das er als fachkundiger autorisierter Experte souverän zu lösen vermag. Sollten andere Beteiligte – zweifelndes Pflegepersonal und unwissende Patient(inn)en – die planmäßige Umsetzung der Therapie behindern, so versucht er dennoch seine Handlungsmacht mit den Mitteln des "Spiels" (Wette) oder der Aufklärung zu sichern. [31]

3.2 Harald Wichmann hat in seiner Praxis keine "*wirklich schrecklichen offenen Beine*"

Der 40-jährige Arzt Harald Wichmann hat sich zwei Jahre vor dem Interview in einer eigenen hausärztlichen Praxis niedergelassen, nachdem er u.a. einige Zeit in der Gefäßchirurgie im Krankenhaus gearbeitet hatte und dort umfangreiche Erfahrungen mit Patient(inn)en, die an UCV litten, sammeln konnte. In einem Ort mit ca. 7.000 Einwohner(inne)n behandelt er in seiner Allgemeinarztpraxis durchschnittlich 1.500 Patient(inn)en im Quartal. [32]

Harald Wichmann präsentiert das Thema "offenes Bein" im Interview als eine Frage des "Images". Damit ist für ihn nicht nur das Image des Krankheitsbildes und seiner Patient(inn)en gemeint, sondern auch das Ansehen seiner Praxis und der Gegend, in der die Praxis liegt: Ein gutes Image garantiert den Erfolg seiner Praxis. Im gesamten Interview scheinen immer wieder verschiedene Arten von Images auf: die der "*einfachen*" und "*gehobenen*" Krankheiten, der "*einfachen*" und "*gehobenen*" Patienten und Patientinnen sowie der "*einfachen*" und "*gehobenen*" Wohngegenden. [33]

Harald Wichmann artikuliert im Gespräch einen eindeutigen Zusammenhang zwischen dem Gesundheitsbewusstsein seiner Patient(inn)en und ihrer Schichtzugehörigkeit: "*Wirklich schrecklich offene Beine*" hätten vor allem "*phlegmatische*" und "*ungepflegte*" Leute aus unteren Schichten, die in seiner Praxis nicht vorkämen. Harald Wichmann identifiziert sich stark mit seinen Patient(inn)en aus dieser gehobenen Wohngegend und distanziert sich von Patient(inn)en aus dem unteren Milieu. Immer wieder differenziert er zwischen gepflegten und "*so meistens so ungepflegte[n] Patienten*". Die offenen Beine seiner gutsituierten Patient(inn)en stellen für ihn, sofern sie überhaupt einmal vorkommen, ein lösbares Problem dar, das sich spätestens mit einer "*Varizenoperation*¹²" aus der Welt schaffen ließe. In dieser Auffassung scheint er sich ganz sicher zu sein, da er bislang "*jedes Loch irgendwann mal zugekriegt*" habe. Um offenen Beinen präventiv zu begegnen, verschreibt er rechtzeitig Kompressionsstrümpfe und vermeidet so gleichzeitig einen Imageverlust für seine Praxis. Er mache "*alles mögliche mit dem Patienten*", um dessen Erwartungen erfüllen und seinen "*gehobenen*" Ansprüchen genügen zu können. [34]

Compliance deutet Harald Wichmann als einen Begriff, der sich in sein "*fixes Therapieregime*" einordnet: Seiner Ansicht nach sollen die Patienten und

12 Damit meint er eine spezielle Methode, erweiterte Venen (Varizen, Krampfadern) operativ zu entfernen.

Patientinnen das tun, was er für angemessen und richtig hält. Heilt eine Wunde trotzdem nicht, so trügen sie selbst Schuld daran, weil sie an der Wunde "rumfummeln" oder nicht die Notwendigkeit erkennen würden, "das Bein mal hochzulegen". Patient(inn)en sollten sich seiner Auffassung nach nicht in seine Therapiemethoden einmischen, sondern seine ärztlichen Anweisungen befolgen. Im Unterschied zur hausärztlichen Praxis ist das Krankenhaus für ihn der ideale Ort, um ein Ulcus zur Heilung zu bringen. Die Ärztinnen und Ärzte dort seien zwar nicht kompetenter als er selbst, könnten aber die Patientinnen und Patienten einfach besser im Bett halten:

"Ja im Krankenhaus heilt es ja irgendwie ab; heilt aber nicht ab, weil die da was besser machen als wir hier, sondern weil die Patienten 2/3 oder 3/4 des Tages einfach im Bett liegen und nicht da rum rennen, die ganze Zeit". [35]

Bei der Nachfrage nach konkreten Ursachen für das UCV gerät Harald Wichmann ins Stocken. Sein medizinisches Wissen präsentiert er in kurzen Sätzen, Wortgruppen und Aufzählungen, die er nicht weiter erläutert. Seine selbstbewusste Darstellung aus dem ersten Teil des Gesprächs scheint an dieser Stelle brüchig zu werden: "Immer Stauung, ja, erhöhter Druck ja; ja daher kommt es in der Regel her. In der Regel Krampfadern, manchmal auch postthrombotisches Syndrom". [36]

Grundsätzlich thematisiert Harald Wichmann das Krankheitsbild der offenen Beine demnach als Images: *der Krankheit, der Patient(inn)en, seiner Praxis und schließlich seiner selbst*. Offene Beine können, wenn sie zu häufig auftreten, zu einem Statusproblem für seine Praxis werden, da er UCV als Gesundheitsproblem unterer sozialer Schichten begreift, das irgendwie auf seine Umgebung "abfärben" könnte. [37]

3.3 Franziska Büttner behandelt offene Beine unter quasi stationären Bedingungen

Die Ärztin Franziska Büttner ist zum Interviewzeitpunkt 42 Jahre alt und führt ihre eigene hausärztliche Praxis seit drei Jahren. Zuvor hat sie ein Jahr lang in einer septischen Station¹³ im Krankenhaus gearbeitet. Im Quartal behandelt sie durchschnittlich 650 Patient(inn)en in einem Ort mit ca. 60.000 Einwohner(inne)n. [38]

Im Interview präsentiert Franziska Büttner *das offene Bein als ein grundsätzlich zu managendes Problem*, das unter idealen Bedingungen mühelos zu behandeln wäre. So hätte sie in der Klinik unter Zuhilfenahme ihrer medizinisch-technischen und chirurgischen Kenntnisse und unter Einhaltung bestimmter Grundsätze wie "sauber machen und sauber halten", dem Auskratzen der Wunde, der Nekrosenabtragung¹⁴ und der Förderung der Durchblutung sowie dem Ignorieren

13 In einer septischen Station werden – separat von z.B. Frischoperierten – nur Patientinnen und Patienten mit infizierten Wunden behandelt. Dadurch werden die anderen Patientinnen und Patienten vor einer Infektionsgefahr geschützt.

14 Dabei wird abgestorbenes, schwarzes Gewebe mit einer Pinzette und evt. Skalpell aus dem Wundbereich abgezogen. Das kann schmerzhaft sein. Es wird in der Regel ohne Betäubung

der Schmerzen der Patient(inn)en keine Probleme bei der Heilung der offenen Beine: "*Grundsätzlich ist es ganz wichtig die Wunde sauber zu halten und die Durchblutung zu fördern [...] Das mache ich einerseits mechanisch, sauber spülen und auch Nekrosenabtragung, wobei da die Patienten oft nicht mitspielen*". In ihrer eigenen Praxis könne sie bei ihren Patient(inn)en diese Grundsätze nicht immer zur Anwendung bringen. Dort wird das offene Bein zu einer nicht so leicht zu bewältigenden Herausforderung. [39]

Sie beschreibt ihre Arbeit am offenen Bein als Routine und handelt auf mechanische und handwerkliche Weise, indem sie mit medizinisch sauberen, zumeist chirurgischen Hilfsmitteln versucht, den entstehenden Widerständen ihrer Patientinnen und Patienten energisch entgegenzutreten. Diese müssen sich ihre mechanischen Handwerklichkeiten am offenen Bein gefallen lassen. Sollten sie sich aufgrund von Schmerzen widersetzen, tragen sie ihrer Meinung nach selbst die Verantwortung für die schlechte Heilung ihrer offenen Beine. Franziska Büttner bringt zum Ausdruck, dass die Schmerzen lediglich im Kopf ihrer Patient(inn)en existierten und/oder möglicherweise als gerechte Strafe für das "*unsaubere*" Verhalten im Umgang mit den offenen Beinen ausgehalten werden müssten. [40]

Sie spricht im Interview auch davon, dass sie in einem sozialen Brennpunkt arbeitet, ihre Patient(inn)en mit offenen Beinen oft verwahrlost seien und kein entsprechendes Hygienegefühl besäßen. Der Aspekt der Sauberkeit ist ein wichtiger Einflussfaktor im Berufsleben von Franziska Büttner. Dabei trifft sie eine Unterscheidung zwischen "*sauber machen und sauber halten*". Sauber machen könne sie die Wunde; um sie auch sauber zu halten, müssten die Patient(inn)en ihren Beitrag leisten, und genau das tun sie ihrer Ansicht nach oft nicht. [41]

In der stationären Arbeit brauchte sie weniger Rücksicht auf die Gefühle und Empfindungen der Patient(inn)en zu nehmen. Dort konnte sie deren Verhalten kontrollieren und ihnen gegebenenfalls Anordnungen erteilen: "*In der Klinik hat man mehr Macht oder mehr Gewalt über die Patienten*". Hierbei wird offensichtlich, dass es ihr nicht um einen Aushandlungsprozess mit ihren Patientinnen und Patienten auf der Grundlage einer partnerschaftlichen Entscheidungsfindung geht. Die Entscheidung über die richtige Behandlung der Patient(inn)en mit offenen Beinen wird von ihr als Expertin allein getroffen, wobei sie offenbar darunter leidet, dass sie ihre Entscheidungen in der Praxis nicht immer durchsetzen kann. [42]

Das "*Auskratzen*" mit dem "*scharfen Löffel*"¹⁵ oder das Säubern mit dem "*Skalpell*" stellt Franziska Büttner selbst als "*krasse Methoden*" dar. Andererseits bringt sie die Überzeugung zum Ausdruck, dass Patient(inn)en sich für die Heilung ihrer offenen Beine interessieren müssten und auch die "*krassen Methoden*" ihrer Ärztin zu akzeptieren hätten. Im gesamten Interview ist zu spüren, dass es für sie üblich ist, chirurgisch zu verfahren, und dass sie aus

durchgeführt.

15 Das ist die Bezeichnung für ein chirurgisches Instrument, mit dem Wundhöhlen von Blutresten, Sekret, Eiter etc. gereinigt werden.

diesem Grund gerne wieder in der Klinik arbeiten würde. In der hausärztlichen Praxis erscheint ihr der Umgang mit den leidenden Patienten und Patientinnen viel schwieriger als in der Klinik: *"deswegen in der Praxis da ist es manchmal oft sehr unbefriedigend, wenn man die Nekrosen nicht richtig abtragen kann und die Wunden nicht richtig auskratzen kann"*. Auch in diesem Fallmaterial artikulieren sich Unsicherheiten im adäquaten Umgang mit Patientinnen und Patienten. Als fühlende und leidende Personen werden sie von ihr nicht wirklich wahrgenommen. Sie spricht immer wieder davon, dass sie alles tue, um die Wunde sauber zu machen und zu halten, während Patientinnen und Patienten sie daran zu hindern versuchten. [43]

Zusammenfassend stellt Franziska Büttner offene Beine als Verunreinigungen dar, die unter stationären Bedingungen durch Säuberung und unter Anwendung chirurgischer Kenntnisse problemlos bewältigt werden können. In ihrem Praxisalltag stellen sich ihr Patient(inn)en in ihrem Leiden, mit ihren Schmerzen und ihrem Eigensinn als Hindernisse in den Weg, die sie nicht immer überwinden kann. Es handelt sich hier also um ein Krankheitskonzept bei der Bewältigung des UCV, das als ambivalentes – zwischen handwerklicher Säuberungsroutine und einer gewissen Ohnmacht gegenüber den widerständigen Patient(inn)en in der hausärztlichen Praxis – changiert. [44]

3.4 Peter Baumann versteht die offenen Beine seiner Patienten als "Medien" der Kontaktaufnahme und Identitätsstiftung

Der 55-jährige Allgemeinarzt Peter Baumann betreibt seine hausärztliche Praxis auf dem *"Land"*. Er hat sie 25 Jahre zuvor von seinem Vater übernommen, nachdem dieser die Arztpraxis selbst 20 Jahre lang geführt hatte. Zur Zeit des Interviews leben ca. 20.000 Einwohner(innen) im Praxisort, und im Quartal behandelt er durchschnittlich 800 Patient(inn)en. [45]

Peter Baumann thematisiert die offenen Beine *über seine Patient(inn)en* als Medium: ihre Erzählungen, ihre Gedanken, ihre Bedürfnisse und ihre Behandlungsversuche stehen im Mittelpunkt seiner Selbstpräsentation. Er bringt im Interview zum Ausdruck, dass seine Patient(inn)en, die auf dem Lande leben, ihre offenen Beine als Lebensinhalt, als Mittel der Identitätsstiftung bräuchten: *"Und manche sind auch dann nicht zufrieden, wenn es abgeheilt ist. Sie glaubten nämlich sie brauchten ihr Loch"*. Seiner Meinung nach benötigen gerade ältere bis sehr alte Menschen ihre Erkrankung als Gegenstand der Auseinandersetzung mit sich selbst sowie als Kontaktelement zu ihrer Umwelt – als etwas, das einerseits ein bisschen weh tut, aber nicht wirklich starke Schmerzen verursacht, und das andererseits nicht vollständig abheilt, so dass sie regelmäßig zum Arzt gehen können. [46]

Möglicherweise könnte es sich jedoch genau umgekehrt verhalten: Nicht nur seine Patient(inn)en brauchen *ihre* offenen Beine zur *Identitätsstiftung*, sondern auch *er* benutzt sie, um sich selbst in der Interviewsituation als verantwortungsvoller Arzt darzustellen. Im Gegenzug dazu ermöglicht er es seinen Patient(inn)en, ihn als Kontaktperson zur Außenwelt und zum

Aufschreiben von Medikamenten, Salben u.ä. zu *benutzen*. Im Interview stellt es sich so dar, als lebten er und seine Patient(inn)en in einer Art der interaktionellen Symbiose. Er fühlt sich mit ihnen verbunden und sie sich mit ihm. Ihre Behandlung sichert ihm ein kontinuierliches Einkommen und bildet seinen Arbeitsinhalt. In seiner Praxis erhalten die Patient(inn)en die Möglichkeit, über ihre offenen Beine vermittelt eine vertrauensvolle soziale Beziehung über einen langen Zeitraum zu pflegen. [47]

Frustriert zeigt sich Peter Baumann durch die Patient(inn)en, die sich nicht helfen lassen wollten, z.B. indem sie im Sommer "*auch wenig Neigung [hätten, Kompressionen] zu machen*", und dadurch eine schlechte Heilungsrate beim UCV verursachten: "*Das macht die Sache insgesamt teilweise etwas frustriert*". Ihm fehlen Erfolgserlebnisse und das positive Feedback von Patient(inn)en, deren Leiden er durch seine Arbeit zu lindern sucht. Weite Fahrwege zu Fachärzt(inn)en, komplizierte Therapien und äußerlich entstellende Verbände scheuten seine Patient(inn)en seiner Meinung nach aus Bequemlichkeit, "*weil ihnen das wieder zu aufwendig ist*", aus Gleichgültigkeit oder aus ästhetischen Gründen. Dagegen unterzögen sie sich schon der einen oder anderen Selbstbehandlung mit – aus seiner Sicht – untauglichen Mitteln, indem sie "*zum Beispiel körpereigene Exkremente zur Behandlung verwendeten. Ich kann nicht sagen, dass das sehr erfolgreich war*". [48]

Mit seiner Selbstpräsentation, vermittelt über seine Patientinnen und Patienten, verweist er zudem darauf, dass er als Arzt keinen großen Einfluss auf die Heilung der offenen Beine seiner Patient(inn)en habe: "*Egal was man darauf tut, das heißt die Externa sind meistens nicht so ganz entscheidend*". Vielmehr hätten seine Patientinnen und Patienten den Heilungsprozess selbst in der Hand. Mit einer besseren Compliance und Kooperation seiner Patient(inn)en seien die Behandlungserfolge schneller sichtbar, seine Arbeit einfacher und erfüllender. Dennoch könne eine Heilung nicht gänzlich ohne den Rat eines Arztes erfolgen. Erst nachdem eine Verständigung über die Behandlung mit den Patient(inn)en oder dem Pflegepersonal stattgefunden habe, könne es auch zu einer Abheilung kommen. Gute Compliance bedeutet für ihn die Aushandlung einer möglichen Behandlungsstrategie unter Einbeziehung interner und externer beeinflussender Faktoren. Interne Faktoren beziehen sich auf das Interesse der Patient(inn)en und externe auf den behandelnden Arzt selbst und die Produkte der pharmazeutische Industrie. Auf das sinnvolle Zusammenwirken dieser Faktoren käme es an, um die gewünschte Heilung der offenen Beine zu erreichen, welche über eine gute Kommunikation und Kooperation mit den Patient(inn)en erfolgen soll: "*die Tendenz zur Abheilung oder Heilungsrate, die verbessert sich eigentlich immer in dem Maße, wie die Patienten eigentlich kooperieren*". [49]

Peter Baumann präsentiert die offenen Beine zunächst als identitätsstiftendes Moment für seine Patient(inn)en. In der Analyse des Materials wird schrittweise deutlich, dass er über die große alltagsweltliche Bedeutung, die die offenen Beine für seine Patient(inn)en haben, auch seine Identität als Arzt konstruiert. [50]

3.5 Thomas Schröder begreift offene Beine als Thema der "Beziehungsgestaltung" (zur Wunde)

Der 56-jährige Arzt Thomas Schröder hatte einige Jahre in der Psychiatrie gearbeitet, ehe er sich ca. 20 Jahre vor dem Interview in einer eigenen hausärztlichen Praxis niedergelassen hatte. In einem Ort mit ca. 3000 Einwohner(inne)n und einem zusätzlichen Einzugsgebiet von ca. 6.000 bis 8.000 Einwohner(inne)n behandelt er zum Zeitpunkt des Interviews durchschnittlich 800 Patient(inn)en im Quartal. [51]

Das Thema des offenen Beines ist für Thomas Schröder *stärker eine Frage der Beziehungsgestaltung* als eine Frage der medizinischen Behandlung: *"Man muss natürlich die Wunde angucken. Es soll irgendwie auch eine, eine, tja, ist vielleicht ein bißchen ulkig, wenn man das sagt, eine persönliche Beziehung dazu da sein, also es ist keine Leistung, die man allzu weit delegieren sollte."* Seiner Meinung nach ist die Heilung offener Beine auch möglich, wenn engagierte Krankenschwestern und Krankenpfleger die Beziehungsarbeit übernehmen. Dennoch behält er sich als Arzt die Kontrolle über die Behandlung vor, wechselnde Beziehungspartner(innen) verderben seiner Meinung nach wie zu viele Köche den Brei: *"Ich hab ein ungutes Gefühl, wenn ich nur Sachen aufschreibe, und andere die Behandlung machen"*. Wenn sich interdisziplinäre Kooperationen mit anderen schon nicht vermeiden lassen, so will er eine Koalition der "Beziehungsarbeiter" eingehen, die gemeinsam nach der richtigen Methode für einen Patienten oder eine Patientin suchen und diese *"ne Zeit lang ausprobieren"*. Die Behandlung eines offenen Beines braucht seiner Auffassung nach Zeit, Geduld und lange Jahre der Beziehungsarbeit. Er vertritt die Meinung, dass Wickeln besser sei als Salben, was als subtile Metapher für Beziehungsarbeit stehen könnte. Als persönlichen *"Leitsatz"* formuliert er: *"Man muss die Arbeit mit Liebe machen, nur dann gelingt es."* Eingehendes Interesse und leidenschaftliches Engagement geben ihm die Kraft, auch langwierige Arbeiten mit älteren Patient(inn)en zu Ende zu bringen. Er versucht im Interview zu vermitteln, dass alle negativen Geschehnisse der Welt und somit auch alle Wunden mit persönlichem Einsatz *geheilt* werden könnten. [52]

Für Thomas Schröder gibt es keine spezielle Theorie und Therapie zum Ulcus cruris venosum. Er geht davon aus, dass jeder Arzt sich erst praktische Erfahrungen aneignen müsse, um die Wunde, das *"Versorgungsgebiet"*, richtig einschätzen und behandeln zu können. Einerseits glaubt er nicht an die regional verbreiteten volksmedizinischen Weisheiten der *"Kappesbauern, also [der] Leute, die Kohl anbauen"* in Bezug auf die Therapie des UCV, andererseits bedauert er, dass mögliche Behandlungsstrategien heute vor allem von Produkten der pharmazeutischen Industrie bestimmt würden. Er befürchtet, dass dadurch und durch die *"[gesundheitspolitische] Bürokratie"* seine Beziehungsarbeit zur Wunde bzw. am Patienten immer stärker in den Hintergrund treten könnte. Es ist ihm unverständlich, dass die kassenrechtlichen Bestimmungen heute seine Beziehungsarbeit, die er z.B. in Form von Hausbesuchen gern leisten würde, einschränken. Das zwingt ihn, Pflegekräfte zu beauftragen, die er jedoch erst

kennenlernen müsse, um ihnen die Beziehungsarbeit wirklich zuzutrauen und sie als kompetente Partner(innen) begreifen zu können. [53]

Thomas Schröder präsentiert offene Beine im Interview als ein Krankheitsbild, das sich durch gute Beziehungsarbeit heilen lässt. Auf der einen Seite hat er starke pflegerische Ambitionen, er will sich kümmern, sorgen, und er hat ein ungutes Gefühl, wenn andere seine Beziehungsarbeit zu den Patient(inn)en übernehmen. Auf der anderen Seite wird seine persönliche Beziehung immer in engem Zusammenhang zur Wunde thematisiert, während der Patient oder die Patientin als Person außen vor bleibt. Es entwickelt sich so im Verlauf des Interviews eine Asymmetrie in der Darstellung seiner Beziehungsarbeit. Es baut sich eine Diskrepanz auf zwischen der Betonung persönlicher Beziehungen und dem Unpersönlich-Bleiben der Patient(inn)en. [54]

4. Fallvergleichende und fallübergreifende Ergebnisse

Versuchen wir nach der Darstellung der Fallskizzen unsere Eindrücke fallvergleichend darzustellen, ohne dass wir an dieser Stelle schon auf eine bestimmte Fragestellung oder theoretische Perspektive fokussieren, so zeigt sich, dass die befragten Ärzt(inn)e(n) im Gespräch zu einem relativ "einfachen", häufig auftretenden, nicht lebensbedrohlichen, aber die Lebensqualität einschränkenden Krankheitsbild sehr verschiedene, breit variierende Vorstellungen zur Krankheit selbst und zu den einschlägigen Behandlungsverfahren präsentieren. Diese Darstellungen im Interview gehen einher mit individuellen Zuschreibungen und gesellschaftlichen Vorstellungen über Patient(inn)en sowie über das eigene Selbst und die eigene professionelle Identität als Arzt bzw. Ärztin. Diese Variationsbreite, die für uns als Forscher(innen)gruppe die Krankheitskonzepte der befragten Hausärzt(inn)e(n) repräsentiert, zeigt sich in den fallspezifischen Strukturhypothesen, die wir noch einmal kondensiert aufführen:

- "Rollenkompetenz als Arzt" (Alexander Wetzel)
- "Images" (Harald Wichmann)
- "Medizinische Behandlung als Managementproblem" (Franziska Büttner)
- "Identitätsstiftung" (Peter Baumann) und
- "Beziehungsarbeit" (Thomas Schröder) [55]

Diese Strukturhypothesen, die die hauptsächliche Linie der Thematisierung des "offenen Beines" durch die jeweiligen Hausärztinnen und Hausärzte aufgreifen, sind für uns stark interaktionistisch und weniger medizinisch akzentuiert. [56]

Im Folgenden bewegen sich unsere Aussagen sukzessive weg vom empirischen Material und stärker hin zu theoretischen Überlegungen, zu einem aus dem Material heraus generierten Verständnis hausärztlicher Krankheitskonzepte. [57]

Hausärztliche Krankheitskonzepte entspringen demnach nicht in erster Linie medizinisch-theoretischen Wissensbeständen, die sie als Expert(inn)en in ihrer

akademischen Ausbildung erwerben, wie es Außenstehende hätten vermuten können. Vielmehr sind sie charakterisiert durch komplexe Zusammenhänge von Wissen, Fühlen und Handeln beziehungsweise Wahrnehmen, Deuten und Verstehen, also Begriffe, die zum einen zentrale Gegenstände des symbolisch-interaktionistischen, wissenssoziologischen und phänomenologischen Denkens darstellen¹⁶. Zum anderen prägen Wahrnehmungs-, Deutungs- und Handlungsmuster als familial und beruflich einsozialisierte biografische Muster die kulturellen Praktiken hausärztlichen Handelns viel stärker als dies der bisherige Forschungsstand ausweist¹⁷. [58]

Zuspitzend lässt sich als Ergebnis unserer empirischen Analysen formulieren, dass keine(r) der interviewten Ärztinnen und Ärzte die Aufforderung, über eigene Erfahrungen mit Patientinnen und Patienten, die an *Ulcus cruris venosum* leiden zu sprechen, als ausschließlich "medizinisches" Thema behandelte. Anhand der zuvor genannten Strukturhypothesen lässt sich vielmehr die These formulieren, dass für die befragten Hausärzt(inn)e(n) im Aufeinandertreffen mit ihren Patient(inn)en offenbar die alltäglichen Interaktionsdilemmata einer jeden vis-à-vis Situation (vgl. BERGER & LUCKMANN 1969, S.31-36, 164f.) in den Vordergrund traten, die Ärzt(inn)e(n) diese als dominierend erlebten und sie in den Interviews als erlebte Erfahrungen dann eben auch darstellten. In ihrem Sprechen¹⁸ spiegeln sich wahrgenommene Irritationen und Unsicherheiten im Umgang mit Patientinnen und Patienten, die sie scheinbar jedoch nicht von selbst überwinden können; jedenfalls thematisieren sie dies nicht, was uns zu der Metapher "Beziehungsfalle" anregte. Beziehungsfalle meint in diesem Kontext die von den Ärztinnen und Ärzten erlebten, aber nicht systematisch reflektierten (unter Handlungsdruck auch nicht reflektierbaren) Interaktionsschwierigkeiten mit ihren Patientinnen und Patienten, in denen sie meinen, medizinisch-professionell, ganzheitlich und patient(inn)enbezogen zu agieren, es aber nicht wirklich vermögen. [59]

16 Vgl. dazu u.a. ARBEITSGRUPPE BIELEFELDER SOZIOLOGEN 1978; HITZLER 2002; GOFFMAN 1967; STRAUSS 1974).

17 Obwohl in der Bundesrepublik mehr als 300.000 Ärzte und Ärztinnen tätig sind, von denen ca. 59.000 in Hausarztpraxen niedergelassen sind (Stand Dezember 2006), und es sich bei der Ärzteschaft um eine gesellschaftlich bedeutsame Expertenkultur mit einer besonderen kulturellen Praxis handelt, steht das professionelle Handeln von Ärzt(inn)en nur selten im Mittelpunkt (sozial-) wissenschaftlicher und (medizin-) soziologischer Forschungen. Diese Forschungslücke soll durch eine biografietheoretisch begründete und familiengeschichtlich angelegte empirische Studie über Hausarztfamilien ein Stück weit geschlossen werden (vgl. WOLLNY 2007).

18 Dabei ist das Sprechen von Berufskolleg(inn)en im Interview über ihre Erfahrungen mit Patient(inn)en nicht gleichzusetzen mit der Arzt-Patienten-Interaktion selbst, es verweist jedoch auf weitere Dimensionen eines "Vermittlungsprozesses", den wir als Forscher(innen) überhaupt noch nicht in den Blick genommen haben. Der über das Sprechen der Ärzte und Ärztinnen "vermittelte" empirische Zugang verweist auf die verborgene, handlungsleitende Wirkung hausärztlicher Krankheitskonzepte, die von uns eben nicht in erster Linie als theoretische Begriffe definiert, sondern als praktische Konzeptionen rekonstruiert werden.

Das legt zunächst folgende fallübergreifende Interpretationen nahe:

- Das offene Bein als Krankheitsbild, das die Haut, die Körperoberfläche "eröffnet", spricht eher die Interaktionskompetenz der Ärzte und Ärztinnen an (fast täglicher Verbandswechsel, Betrachten des Beins als Alltagsroutine) als die medizinisch-fachliche Kompetenz im engeren Sinn.
- Offene Beine werden nicht als schwerwiegende medizinische Probleme angesehen, die der fachkundigen Erörterung durch professionelle Expert(inn)en überhaupt bedürfen.
- Medizinisches Fachwissen wird in der ganz speziellen Interviewsituation, da Ärzt(inn)e(n) von angehenden Berufskolleg(inn)en befragt werden, gegenseitig vorausgesetzt, sodass es nicht mehr ausgesprochen werden muss.
- Erst im Moment des Sprechens wird den befragten Hausärzt(inn)en bewusst, dass auch bei einem "profanen" Krankheitsbild Zonen *unsicheren Wissens* existieren, die sie im Gespräch unter Berufskolleg(inn)en lieber nicht berühren möchten. [60]

Sehen wir uns die fallspezifischen Analyseergebnisse nun in Bezug auf die Möglichkeiten einer partnerschaftlichen Entscheidungsfindung an und fragen danach, welche Entscheidungs- und Interaktionsmuster die befragten Hausärzt(inn)e(n) in den Interviews präsentierten, so entsteht – materialgestützt und durch uns verdichtet – folgendes Bild: [61]

Alexander Wetzel hat mit seiner "*klassischen Anfangstherapie*" den Schlüssel zur erfolgreichen Behandlung offener Beine in der Hand, sofern Patient(inn)en und Pflegekräfte ihm vertrauen, sein "Spiel" mitspielen, den harten Kampf mit der Zeit mitkämpfen. Nicht verständige Patient(inn)en aus der "*einfachen Bevölkerung*", die möglicherweise selbst an den offenen Beinen "*rummachen*" oder ungeduldig sind, gefährden die Interaktionssituation, stören das "Spiel", aus dem er am Ende als Sieger hervorgehen will. [62]

Harald Wichmann versucht, offenen Beinen schon im Vorfeld ihrer Entstehung mit allen Mitteln, die ihm zur Verfügung stehen zu begegnen. Leiden gutsituierte Patient(inn)en seiner Praxis in sehr seltenen Fällen doch einmal an einem offenen Bein, so lässt sich das letztlich operativ lösen. Er schätzt an den Patient(inn)en, die sich seinem fixen Therapieregime unterwerfen und nicht selbst an der Wunde "*rumfummeln*", dass sie compliant und – im Falle von Patient(inn)en aus ihm gleichgestellten sozialen Schichten – gesundheitsbewusst sind. [63]

Franziska Büttner leistet ihren therapeutischen Beitrag, indem sie die Wunden "*sauber macht*", auch wenn das den Patient(inn)en Schmerzen zufügt. Die Patient(inn)en müssen die Wunden dann nur noch "*sauber halten*"; tun sie dies nicht, so verweigern sie in den Augen der Ärztin ihren Beitrag zum Heilungserfolg. Ganz selbstverständlich sieht sie die Entscheidungs- und Handlungsmacht auf ihrer Seite, die Patient(inn)en oft als widerständig, gegen sie arbeitend, "*verwahrlost*" und ohne "*Hygienegefühl*", weshalb sie auch wenig geneigt ist, Rücksicht auf deren Perspektive zu nehmen. [64]

Peter Baumann fühlt sich von seinen Patient(inn)en mit offenen Beinen als Kontakt- oder Netzwerkpersion *benutzt*, aber auch mit ihnen verbunden. Überzeugt davon, dass eine Heilung ohne ärztlichen Rat nicht möglich ist, thematisiert er Kommunikation und Kooperation, genauer noch: die Verständigung mit Patient(inn)en und Pflegekräften als Heilungsvoraussetzung und problematisiert den Druck, der seitens der pharmazeutischen Industrie und ihrer Produkte auf den Behandlungsprozess bei Ulcus cruris venosum ausgeht. [65]

Thomas Schröder begreift offene Beine und ihre Heilung stärker als Problem der Beziehungsgestaltung denn als eine Frage der medizinischen Behandlung. Er spricht über seinen Wunsch, eine Beziehung zur Wunde aufzubauen. Dass die Wunde zu einem Menschen (Patient[in]) gehört, gerät ihm dabei aus dem Blick. Die Behandlung eines offenen Beines muss für ihn nachvollziehbar und kontrollierbar sein, auch wenn er die Beziehungsarbeit nicht allein leistet und sie von einer engagierten Pflegekraft übernommen wird. Ihm schwebt dabei eine Koalition aller Beteiligten vor, die auch der Geduld auf allen Seiten bedarf, um eine Zeitlang Dinge ausprobieren zu können. Skurrile laienmedizinische Praktiken und Volksweisheiten, eine dominierende pharmazeutische Industrie und die zunehmende Bürokratie im Gesundheitssystem bedrohen seiner Meinung nach sein Arrangement der Beziehungsarbeit. [66]

5. Krankheitskonzepte von Hausärzt(inn)en und Chancen für neue Entscheidungsmodelle – Gelingt es den Ärzt(inn)en, der "Beziehungsfalle" zu entgehen?

Nein, es gelingt ihnen nicht. Obgleich wir in den empirischen Materialien tatsächlich ein breites Spektrum an Wahrnehmungs-, Entscheidungs- und Interaktionsmustern vorfinden, werden Situationen, die auf "kommunikative Aushandlungen" und/oder partnerschaftliche Entscheidungsfindungen schließen lassen, in den von uns untersuchten Interviews nicht erzählt und nicht einmal ansatzweise thematisiert. [67]

Sowohl aus den Analysen zu den empirischen Materialien zu UCV als auch zu den anderen, von uns untersuchten Krankheitsbildern können wir schließen, dass partnerschaftliche Entscheidungsmodelle in der hausärztlichen Praxis bei der Versorgung von Patient(inn)en mit offenen Beinen keine durchgängig gelebte (bzw. erlebte) Alltagspraxis zu sein scheinen. Vielmehr finden sich auf den ersten Blick in nahezu all unseren Materialien deutliche Anzeichen für ein paternalistisches Rollenverständnis der befragten Hausärztinnen und Hausärzte. [68]

Nehmen wir das empirische Material ernst und vertrauen auf unsere Analyseergebnisse, so können wir aus ihnen nur sehr vermittelt auf das schließen, was in der allgemeinmedizinischen und sozialwissenschaftlichen Forschung bislang unter Krankheitskonzepten verstanden wird¹⁹. Wir lernen aus

19 Unter Krankheitskonzepten versteht beispielsweise Sandra DUNKELBERG "bewusst breit gefasst, die Gesamtheit der Gedanken und Gefühle eines Menschen in Bezug auf Krankheit. Diese Gedanken und Gefühle können den medizinischen Denkkategorien (Ursache, Diagnose, Therapie, Diagnostik und Prognose) zugeordnet werden" (2002, S.167).

unserer Arbeit an *diesem* Material auch weniger über den Prozess des (nicht stattfindenden) "Shared Decision-Makings" als über eine sehr spezifische Form der Experten-Kommunikation von Hausarzt(inn)en über ihre Patient(inn)en, die an einer bestimmten Krankheit – hier Ulcus cruris venosum – leiden. Das eröffnet Sozialwissenschaftler(inne)n die Chance, in den ihnen sonst verschlossenen Raum der Binnenkommunikation *hineinzuhören* und die empirisch vorfindliche Vielfalt und Widersprüchlichkeit der Wahrnehmungs- und Interaktionsmuster zwischen Patient(inn)en und Ärzt(inn)en vermittelt der gegenseitigen Präsentationen der von (angehenden) Ärzt(inn)en und Doktorand(inn)en interviewten Hausarzt(inn)e(n) (vgl. COAR & SIM 2006; ELWYN, EDWARDS & KINNERSLEY 1999) zu dechiffrieren. [69]

In Bezug auf unsere Analysen an empirischem Material zum Ulcus cruris venosum können wir folgende vorläufige Befunde und Interpretationen festhalten:

1. In den Präsentationen der interviewten Ärztinnen und Ärzte zu ihren Erfahrungen und Erlebnissen mit Patient(inn)en, die an Ulcus cruris venosum leiden, werden sofort Klassifikationen und Bewertungen vorgenommen. Diese scheinen bei der Krankheitsentität UCV ganz unmittelbar, fast automatisch, mit schichtspezifischen Einstufungen der Patient(inn)en bzw. milieuspezifischen Zuschreibungen an die Patient(inn)en verbunden zu sein. Damit wird deutlich, dass die interviewten Hausarzt(inn)e(n) zumindest in diesen Interviews so etwas wie eine distanzierende/distanzierte, verkürzte Wahrnehmung ihrer Patient(inn)en präsentieren, die mit einer klassifikatorischen Einordnung in gesellschaftliche Statusgruppen (in un-/wissende, un-/gepflegte, un-/reflektierte) einhergeht²⁰.
2. Das Benennen, Klassifizieren und Bewerten, auch des Gegenüber, ist dabei keinesfalls als individueller, privater, willkürlicher Akt, sondern als sozialer Prozess zu begreifen, bei dem:
 - die Benennung eines Objektes schon eine Richtlinie für das Handeln gibt (vgl. STRAUSS 1974, S.20), z.B. "*schrecklich offene Beine*" bei "*einfach strukturierten Patienten*", die bei den Ärzten und Ärztinnen eine Abwehrhaltung erzeugen und die Kommunikation erschweren;
 - "die Klassifikationen nicht nur unsere Antizipationen in sich tragen, sondern auch jene Werte, die wir erlebten, als wir den jetzt klassifizierten Dingen, Personen oder Ereignissen begegneten" (STRAUSS 1974, S.21), z.B. ältere Patient(inn)en, die "*ihr offenes Bein*" angeblich brauchen und über lange Zeit mit der Krankheit leben, oft sogar schon bei den Vorgängern der befragten Hausärzte damit in Behandlung waren.
3. Wie *Laien* erleben auch die befragten Hausärztinnen und Hausärzte Krankheit zunächst als etwas Fremdes, als Nichteigenes oder Anderes (vgl.

20 Bei den anderen Krankheitsbildern, zu denen Materialien analysiert wurden, erfolgten auch Zuschreibungen; dies jedoch mit anderen thematischen Nuancierungen. Bei Kopfschmerzen z.B. geht es nicht um schicht- oder milieuspezifische Thematisierungen, sondern um die Fragen nach der Schuld, dem Grund bzw. der Ursache für die Symptome oder Krankheit, und bei Schizophrenie werden sehr stark Identität/Identitätskonstruktionen von Patient(inn)en und Ärzt(inn)en thematisiert.

SONTAG 2003, S.107). Beim UCV ihrer Patient(inn)en haben sie es dann mit Fremdheit in mehrfacher Hinsicht zu tun:

- mit der Krankheit als etwas Fremdem, das sie zunächst erst einmal akzeptieren müssen und das zugleich ihr professionelles Arbeitsgebiet darstellt;
- mit der Krankheit ihrer Patient(inn)en, genauer dem "fremden" Leiden ihrer ihnen zunächst "fremden" Patient(inn)en (und deren Handlungsperspektiven als autonome Subjekte);
- mit einer Spezies Krankheit, an der sie selbst in der Regel nicht erkranken, bei der sie nicht, wie etwa bei Kopfschmerzen oder Husten, über eigenerlebte Erfahrungen verfügen. [70]

Verstehen wir Handeln als "Zusammenhang einer Folge von Interpretationen" (STRAUSS 1974, Vorsatz), so steuern die von uns herausgearbeiteten Wahrnehmungsweisen, insbesondere die eigene Verunsicherung im Zuge der Fremdheitserfahrungen, die in sich widersprüchliche Beziehungsgestaltung zu den Patient(inn)en sowie die Interpretation des offenen Beines als nicht wirklich schwerwiegende, ernstzunehmende Krankheit das gesamte Interaktionsgeschehen. Das lässt möglicherweise von vornherein wenig Chancen für eine stärker symmetrische Kommunikation und gemeinsame Entscheidungsfindung. [71]

Beim derzeitigen Stand unserer Analysearbeiten und der Diskussion in der gesundheitswissenschaftlichen und allgemeinmedizinischen Forschungsliteratur ergeben sich aus unserer Sicht folgende Szenarien, die den Hausärzt(inn)en langfristig den schwierigen Weg aus der "Beziehungsfalle" weisen könnten:

1. Sensibilisierung für Wahrnehmungsmuster und Wahrnehmungsweisen, die sie gegenüber ihren Patient(inn)en offen oder unter der Hand praktizieren
2. Akzeptieren von Kontingenzen, also Mehrdeutigkeiten oder verschiedenen möglichen Interpretationen im ärztlichen Denken und Handeln
3. Etablierung eines neuen Verständnisses der Arzt-Patienten-Interaktion, die die beiderseits eingeübten, über viele Generationen verfestigten, kulturellen Praktiken sukzessive aufzulösen vermögen und zu durchaus ergebnisoffenen Entscheidungsprozessen führen können. [72]

Literatur

Arbeitsgruppe Bielefelder Soziologen (1978). *Alltagswissen, Interaktion und gesellschaftliche Wirklichkeit. Symbolischer Interaktionismus und Ethnomethodologie*. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt.

Berger, Peter L. & Luckmann, Thomas (1969). *Die gesellschaftliche Konstruktion der Wirklichkeit. Eine Theorie der Wissenssoziologie*. Frankfurt am Main: Fischer.

Birkner, Karin (2006). Subjektive Krankheitstheorien im Gespräch. *Gesprächsforschung – Online-Zeitschrift zur verbalen Interaktion*, 7, 152-183, <http://www.gespraechsforschung-ozs.de/> [Zugriff: 25.4.07].

Bortz, Jürgen & Döring, Nicola (2003). *Forschungsmethoden und Evaluation für Human- und Sozialwissenschaftler*. Berlin: Springer.

Brockmann, Silke; Kreher, Simone; Sielk, Martin; Wilm, Stefan & Wollny, Anja (In Vorbereitung). *Hausärztliche Krankheitskonzepte. Zur Entstehung und Entwicklung von hausärztlichen Vorstellungen zu Krankheiten*. Bern: Hans Huber Verlag.

Coar, Luan & Sim, Julius (2006). Interviewing one's peers: Methodological issues in a study of health professionals. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 24, 251-256.

Dunkelberg, Sandra (2002). Krankheitsvorstellungen in der Hausarztpraxis: "Frau Doktor, ich hab' eine Kopfrippe". *psychomed. Zeitschrift für Psychologie und Medizin*, 14, 167-172.

Ehresmann, Uwe; Gallenkemper, Georg; Hermanns, Hans Joachim; Herouy, Yared; Jünger, Michael; Kahle, Birgit; Rabe, Eberhard; Scharffetter-Kochanek, Karin; Schwahn-Schreiber, Christine; Stücker, Markus; Vanscheidt, Wolfgang; Waldermann, Franz & Wilm, Stefan (2004). Leitlinie zur Diagnostik und Therapie des Ulcus cruris venosum. *Phlebologie*, 33, 166-185, siehe auch <http://www.awmf-leitlinien.de> [Zugriff: 08.11.07].

Elwyn, Glen; Edwards, Adrian & Kinnersley, Paul (1999). Shared decision-making in primary care: The neglected second half of the consultation. *British Journal of General Practice*, 49(443), 477-482.

Faltermaier, Toni; Kühnlein, Irene & Burda-Viering, Martina (1998). *Gesundheit im Alltag. Laienkompetenz in Gesundheitshandeln und Gesundheitsförderung*. Weinheim: Juventa.

[Flick, Uwe](#) (1991). *Alltagswissen über Gesundheit und Krankheit. Subjektive Theorien und soziale Repräsentationen*. Heidelberg: Asanger.

Flick, Uwe; Fischer, Claudia; Schwartz, Friedrich Wilhelm & Walter, Ulla (2002). Gesundheitsvorstellungen von niedergelassenen Hausärzten. *psychomed*, 14(3), 173-179.

Goffman, Erving (1967). *Stigma. Über Techniken der Bewältigung beschädigter Identität*. Frankfurt am Main: Suhrkamp.

Hahn, Achim (1994). *Erfahrung und Begriff. Zur Konzeption einer soziologischen Erfahrungswissenschaft als Beispielhermeneutik*. Frankfurt am Main: Suhrkamp.

Hildenbrand, Bruno (1994). Vorwort. In Anselm L. Strauss, *Grundlagen qualitativer Sozialforschung: Datenanalyse und Theoriebildung in der empirischen und soziologischen Forschung* (S.11-17). München: Fink.

[Hitzler, Ronald](#) (2002). Sinnrekonstruktion. Zum Stand der Diskussion (in) der deutschsprachigen interpretativen Soziologie [35 Absätze]. *Forum Qualitative Sozialforschung / Forum: Qualitative Social Research*, 3(2), Art. 7, <http://www.qualitative-research.net/fqs-texte/2-02/2-02hitzler-d.htm> [Zugriff: 10.7.06].

Jacob, Rüdiger (2002). Krankheitsbilder als soziale Konstruktionen: Laienkonzepte von Krankheit. Ergebnisse einer bundesweiten Repräsentativbefragung. *Psychomed*, 14(3), 132-139.

Kalitzkus, Vera (2005). Die Bedeutung der Reflexivität und Positionierung im Prozess qualitativer Forschung in der Allgemeinmedizin. *Zeitschrift für Allgemeinmedizin*, 81, 243-247.

Loh, Andreas; Simon, Daniela; Niebling, Wilhelm & Härter, Martin (2005). CME-Beitrag. Patientenbeteiligung bei medizinischen Entscheidungen. *Zeitschrift für Allgemeinmedizin*, 81, 550-560.

Parker, Mike (2001). The ethics of evidence-based patient choice. *Health Expectations*, 4(2), 87-91.

Rosenthal, Gabriele (1995). *Erlebte und erzählte Lebensgeschichte. Gestalt und Struktur biographischer Selbstbeschreibungen*. Frankfurt am Main: Campus.

Sänger, Sylvia (2005). Evidenzbasierte Patientenentscheidung – Wirklichkeit oder Wunsch? *Zeitschrift für Allgemeinmedizin*, 81, 528-236.

Scheibler, Fülöp (2004). *Shared Decision-Making. Von der Compliance zur partnerschaftlichen Entscheidungsfindung*. Bern: Hans Huber.

Sontag, Susan (2003). *Krankheit als Metapher & Aids und seine Metaphern*. München: Carl Hanser.

Strauss, Anselm L. (1974). *Spiegel und Masken. Die Suche nach Identität*. Frankfurt am Main: Suhrkamp.

Strauss, Anselm L. (1994). *Grundlagen qualitativer Sozialforschung: Datenanalyse und Theoriebildung in der empirischen und soziologischen Forschung*. München: Fink.

Uexküll, Thure von & Wesiak, Wolfgang (1998). *Theorie der Humanmedizin. Grundlagen ärztlichen Denkens und Handelns*. München: Urban & Schwarzenberg.

Wiesemann, Claudia (2001). Selbstbestimmte Patienten? – Die Nutznießer der Medizin und ihre Rechte. *Gesundheitswesen*, 63, 591-596.

Wilm, Stefan & Meidl, Josta (2005). Inzidenz und Prävalenz des Ulcus cruris venosum in der Hausarztpraxis. *Vasomed*, 17, 143.

Wollny, Anja (2007). *Biographische Strukturierung und berufliches Handeln von HausärztInnen als kulturelle Praxis. Eine familiengeschichtliche Studie*. Expose zum Promotionsvorhaben. Düsseldorf.

Zu den Autorinnen und Autoren

Anja WOLLNY, M. Sc. 2005 (Neubrandenburg), Gesundheitswissenschaftlerin, Wissenschaftliche Mitarbeiterin, Arbeitsschwerpunkte: qualitative Sozialforschung, Krankheitskonzepte, Versorgungsforschung

Kontakt:

Anja Wollny

Abteilung für Allgemeinmedizin
Universitätsklinikum Düsseldorf
Moorenstraße 5
D-40225 Düsseldorf

Tel.: +49 (0) 221-81-04048

Fax: +49 (0) 221-81-18755

E-Mail: Anja.Wollny@med.uni-duesseldorf.de

URL: <http://www.uniklinik-duesseldorf.de/>

Simone KREHER, Prof. Dr. phil. 1988 (Leipzig), Prof. für Soziologie und Gesundheit, Arbeitsschwerpunkte: Soziologie der Gesundheit, qualitative Sozialforschung, Armutsforschung

Kontakt:

Prof. Dr. Simone Kreher

Fachbereich Pflege und Gesundheit
Hochschule Fulda
Marquardstraße 35
D-36039 Fulda

Tel.: +49 (0) 661-9640-630

Fax: +49 (0) 661-9640-649

E-Mail: simone.kreher@pg.hs-fulda.de

Martin SIELK, Dr. med. 2005 (Düsseldorf), Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, wissenschaftlicher Mitarbeiter, Arbeitsschwerpunkte: Psychiatrische Patienten in der Hausarztpraxis, akademische Allgemeinmedizin, Versorgungsforschung, Krankheitskonzepte

Kontakt:

Dr. med. Martin Sielk

Abteilung für Allgemeinmedizin
Universitätsklinikum Düsseldorf
Moorenstraße 5
D-40225 Düsseldorf

Tel.: +49 (0) 221-81-16817

Fax: +49 (0) 221-81-18755

E-Mail: Sielk@med.uni-duesseldorf.de

Stefan WILM, Prof. Dr. med. 1986 (Münster), vertragsärztlich tätig in eigener Praxis als Facharzt für Allgemeinmedizin, Wissenschaftlicher Mitarbeiter, Arbeitsschwerpunkte: Patient-Arzt-Beziehung, Krankheitskonzepte von Hausarzt und Patient, chronische Wunden, Evaluation der Lehre

Kontakt:

Prof. Dr. Stefan Wilm

Lehrstuhl für Allgemeinmedizin und Familienmedizin
Universität Witten/Herdecke
Alfred-Herrhausen-Str. 50
D-58448 Witten

Tel.: +49 (0) 2302-926-0

Fax: +49 (0) 2302-926-745

E-Mail: stefan.wilm@uni-wh.de

FQS 9(1), Art. 42, Anja Wollny, Simone Kreher, Martin Sielk, Stefan Wilm & Silke Brockmann:
Hausärzte in der "Beziehungsfalle"? Ergebnisse einer qualitativen Studie
zu ärztlichen Krankheitskonzepten und Behandlungsstrategien bei Ulcus cruris venosum

Silke BROCKMANN, Dr. med. 2003 (Düsseldorf),
Fachärztin für Allgemeinmedizin, Medical
Reviewerin, Arbeitsschwerpunkte: Evidenzbasierte
Medizin, Erfahrungsmedizin, Krankheitskonzepte

Kontakt:

Dr. med. Silke Brockmann

Swissmedic, Schweizerisches Heilmittelinstitut
Hallerstraße 7
CH-3000 Bern 9

Tel.: +41 31 32 20497

Fax: +41 31 322 04 32

E-Mail: silke.brockmann@swissmedic.ch

URL: <http://www.swissmedic.ch/>

Zitation

Wollny, Anja; Kreher, Simone; Sielk, Martin; Wilm, Stefan & Brockmann, Silke (2007). Hausärzte in der "Beziehungsfalle"? Ergebnisse einer qualitativen Studie zu ärztlichen Krankheitskonzepten und Behandlungsstrategien bei Ulcus cruris venosum [72 Absätze]. *Forum Qualitative Sozialforschung / Forum: Qualitative Social Research*, 9(1), Art. 42, <http://nbn-resolving.de/urn:nbn:de:0114-fqs0801420>.