

Aus der Abteilung für Allgemeinmedizin,
Präventive und Rehabilitative Medizin
geschäftsführende Abteilungsleiterin: Prof. Dr. med. E. Baum

Diagnostische Strategien, Therapieziele und Kooperation mit Spezialisten bei dermatologischen Erkrankungen.

Eine qualitative Untersuchung

INAUGURAL - DISSERTATION

zur Erlangung des Doktorgrades der gesamten Humanmedizin
dem Fachbereichs Medizin
der Philipps-Universität Marburg

vorgelegt von

Marie-Luise Rübsam

aus

Bad Arolsen

Marburg, 2015

Angenommen vom Fachbereich Medizin der Philipps-Universität am: 15.12.2015

Gedruckt mit Genehmigung des Fachbereichs.

Dekan: Herr Prof. Dr. H. Schäfer

Referent: Herr PD Dr. S. Bösner

1. Korreferent: Herr PD Dr. R. Eming

WIDMUNG

Meinen Vätern in tiefer Dankbarkeit.

Norbert Rübsam

Dr. phil. Eberhard Enß

Generalmajor a.D. Hartmut Foertsch

Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung	6
1.1	Dermatologie in der Hausarztpraxis: ein häufiges und relevantes Thema der Allgemeinmedizin.....	6
1.2	Dermatologie in der Hausarztpraxis: diagnostische Unsicherheit und mangelndes hausärztliches Wissen	8
1.3	Dermatologie in der Hausarztpraxis: Cortison als therapeutische Option bei akuten und chronischen Erkrankungen	9
1.4	Dermatologie in der Hausarztpraxis: eine interdisziplinäre Herausforderung	10
2	Fragestellung und Ziele	13
2.1	Welche Strategien nutzen Hausärzte bei der Diagnose dermatologischer Erkrankungen?	13
2.2	Wie gehen Hausärzte mit Unsicherheit in der Differentialdiagnostik dermatologischer Erkrankungen um?	13
2.3	Wie stellt sich die Zusammenarbeit mit den regional niedergelassenen Dermatologen dar?	14
2.4	Welche Ziele verfolgen Hausärzte in der Therapie von akut und chronisch dermatologisch erkrankten Patienten?.....	14
2.5	Welchen Stellenwert haben Cortisonpräparate im Praxisalltag?	15
2.6	Wo sehen Hausärzte Weiterbildungsbedarf im Bereich der Dermatologie?	15
3	Material und Methoden	17
3.1	Instrumente zur Datenerhebung	17
3.1.1	Kurzfragebogen.....	17
3.1.2	Problemzentriertes Interview	17
3.1.3	Interviewleitfaden	18
3.1.4	reflexive interview journal	18
3.1.5	Tonträgeraufzeichnung und Transkription.....	19
3.2	Pilotstudie	20
3.2.1	Rekrutierung und Stichprobe	20
3.2.2	Modifikation des Leitfadens	21
3.3	Hauptstudie	22
3.3.1	Rekrutierung	22
3.3.2	Stichprobe	23
3.3.3	Interviewleitfaden	23
3.3.4	Ablauf und Setting	24

3.4	Verfahren zur Datenaufbereitung.....	24
3.5	Methoden der Datenauswertung	25
3.5.1	Editing Organizing Style und Qualitative Inhaltsanalyse	25
3.5.2	Auswertungsprozess	26
3.5.3	MAXQDA 10.....	29
3.6	Datenschutz und Ethik	29
4	Ergebnisse	30
4.1	Analyse der Stichprobe	30
4.2	Problemfeld „Diagnosestellung bei dermatologischen Erkrankungen“	31
4.2.1	Allgemeines diagnostisches Vorgehen	31
4.2.2	Weiterführendes diagnostisches Vorgehen	33
4.2.2.1	Grundlagen des diagnostischen Prozesses	33
4.2.2.2	Diagnostische Strategien.....	33
4.2.3	Umgang mit diagnostischer Unsicherheit	35
4.2.3.1	Selbsteinschätzung der Hausärzte	36
4.2.3.2	Medizinische und persönliche Gründe.....	37
4.2.3.3	Instrumente zur Reduktion diagnostischer Unsicherheit	38
4.2.3.3.1	Begrenzendes Ausschlussverfahren und Identifikation möglicher Red flags.....	38
4.2.3.3.2	Abwartendes Offenhalten	40
4.2.3.3.3	Behandlungsversuch	41
4.2.3.3.4	Bitte um weitere fachliche Unterstützung und Beratung	42
4.2.4	Diagnostischer Entscheidungsprozess	44
4.3	Zwischen Haus- und Hautärzten - Aspekte der Zusammenarbeit.....	45
4.3.1	Kooperation mit dem Dermatologen.....	46
4.3.2	Infrastrukturelle Herausforderungen.....	46
4.3.3	Hausärztliche Wahrnehmung des hautärztlichen Terminmanagements	47
4.3.4	Mangelnde Rückmeldung durch die Dermatologen	49
4.4	Therapie und Therapieziele.....	51
4.4.1	Therapieziele in der Versorgung akut erkrankter Patienten.....	51
4.4.2	Therapieziele in der Versorgung chronisch kranker Patienten	52
4.5	Cortison im Praxisalltag.....	55
4.5.1	Hausärztlich initiierte Cortisontherapie	55
4.5.1.1	Anwendungsgebiete	55
4.5.1.2	Verordnete Präparate.....	56
4.5.1.3	Kontrollmechanismen	58
4.5.2	Einbeziehung der Patientenmeinung.....	61
4.5.3	Anwendertypen	63

4.6	Hautkrebsscreening - kontrovers diskutiert	65
4.7	Wissen und Forschung	67
4.7.1	Wissensmanagement	67
4.7.2	Fortbildung	69
4.7.3	Forschung	71
5	Diskussion	72
5.1	Diskussion der Methode	72
5.2	Diskussion der Ergebnisse der Interviews	75
5.2.1	Problemfeld „Diagnosestellung“	75
5.2.2	Zwischen Haus- und Hautärzten – Aspekte der Zusammenarbeit	79
5.2.3	Therapie und Therapieziele	81
5.2.4	Cortison im Praxisalltag	83
5.2.5	Hautkrebsscreening	88
5.2.6	Wissen und Forschung	89
6	Zusammenfassung	92
6.1	Deutsche Version	92
6.2	Englische Version	93
	Literaturverzeichnis	95
	Anhang A: Dokumente	109
A.1	Interviewleitfaden	109
A.2	reflexive interview journal	112
A.3	Das Programm „MAXQDA10“	113
A.4	Einverständniserklärung	114
A.5	Informationsblatt für Hausärzte	115
A.6	Kodierungssystem	116
	Anhang B	118
	Verzeichnis der akademischen Lehrer	118
	Danksagung	120

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Dermatologie als Akronym.....	6
Abbildung 2: Wege im haus-hautärztlichen Zusammenspiel	11
Abbildung 3: Ablauf eines problemzentrierten Interviews (mod. nach Mayring 2000, S. 71) ...	18
Abbildung 4: Iteratives Modell des Forschungsprozesses (nach Miles 2009, S. 308)	28
Abbildung 5: Anamneseerhebung bei dermatologischen Erkrankungen durch die befragten Hausärzte	31
Abbildung 6: Dermatologische <i>Red flags</i> in der Hausarztpraxis	39
Abbildung 7: Strategien in der Diagnose dermatologischer Erkrankungen – eine Übersicht	44
Abbildung 8: Algorithmus „hausärztlicher Entscheidungsprozess in der Behandlung dermatologischer Erkrankungen“	45
Abbildung 9: Drei Typen von Cortison-Anwendern.....	63
Abbildung 10: Die von Hausärzten gewünschten inhaltlichen Fortbildungsschwerpunkte	70

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Stammdaten der befragten Hausärzte	30
--	----

1 Einleitung

1.1 Dermatologie in der Hausarztpraxis: ein häufiges und relevantes Thema der Allgemeinmedizin

Die Haut ist die natürliche Barriere des menschlichen Körpers und begrenzt ihn zu seiner Umwelt. Mit einer Gesamtfläche von ca. 1,7m² und einem Gewicht von 3, 5 – 10 kg ist sie das größte Organ des Menschen (Augustin et al. 2010, S.3.)

D iabetologie	Dermatologie als „Lehre der Haut“ kann aber auch als ein Akronym (vgl. Abbildung 1: Dermatologie als Akronym) „für die Kooperation mit allen medizinischen Spezialgebieten“ verstanden werden (Itin et al. 2009). Hautveränderungen können sowohl Ursache als auch Folge einer anderen inneren Erkrankung sein (Smolle u. Mader 2005) und nicht selten wird in der Versorgung dermatologischer Erkrankungen die psychologisch-psychiatrische Komponente - die Haut als ‚Spiegel der Seele‘ – vernachlässigt.
E ndokrinologie	
R heumathologie	
M edizin	
A ngiologie	
T raumatologie	
O torhinolaryngologie	
L ungenspezialisten	
O nkologie	
G ynäkologie	
I nfektiologie	In der ambulanten Versorgung konnte 2010 eine Prävalenz von 29,1% im Vergleich zu 27,7% in 2004 für Erkrankungen der Haut und Unterhaut (ICD 10, L00-99) festgestellt werden (Grobe et al. 2012, Augustin et al. 2011). 2012 erfolgten insgesamt 202176 stationäre Aufenthalte aufgrund dermatologischer Beratungsanlässe; dabei handelt es sich jedoch nur um 1,45% aller Krankenhausaufenthalte (Gesundheitsberichterstattung des Bundes 2006).
E rgotherapie	

Abbildung 1: Dermatologie als Akronym

Unter Berücksichtigung dieser Zahlen wird deutlich, dass dermatologische Erkrankungen in der überwiegenden Zahl der Fälle ein Problem der ambulanten Versorgung darstellen. 1997 wie 2008 zeigten die Daten der nationalen amerikanischen

ambulanten Versorgungserhebung, dass etwa 20% aller dermatologischen Fälle von allgemeinmedizinisch tätigen Ärzten gesehen wurden (Fleischer et al. 1997, Awadalla et al. 2008). Diese entsprechen je nach Studienlage und Land einem Anteil von 6,2% (USA, 2000 Fleischer et al. 2000) über 8,4% (Großbritannien; Kerr et al. 2010) und 9,2% (Deutschland; Kühlein 2008) bis zu 12,4% (Niederlanden; Verhoeven et al. 2008) der hausärztlichen Beratungsanlässe und liegen den Ergebnissen der CONTENT-Studie zufolge damit in Deutschland auf Platz 5 der häufigsten Beratungsanlässe im hausärztlichen Rahmen (Kühlein 2008). Bei den dabei am häufigsten gestellten Diagnosen handelt es in 22,5% der Fälle um Ekzeme, in 20,3% um infektiöse Hautveränderungen und zu 11,4% um benigne Tumoren (Kerr et al. 2010).

Im Jahr 2007 haben in den Niederlanden 65,1% der Patienten mit Hauterkrankungen initial nur ihren Hausarzt zwecks weiterer Abklärung konsultiert, nur 1,6% ausschließlich einen Hautarzt, 14,6% haben keinerlei Gesundheitsversorgung in Bezug auf ihre Hauterkrankung in Anspruch genommen (Verhoeven et al. 2008). Damit obliegt Hausärzten auch die Aufgabe, ihr Patientengut zu sichten und über die Notwendigkeit einer Überweisung zu entscheiden, je nachdem, ob sie sich in der Lage sehen, die entsprechende Erkrankung zu diagnostizieren bzw. suffizient zu behandeln (Whitaker-Worth et al. 1998, Awadalla et al. 2008). Durchschnittlich werden in den Vereinigten Staaten 37,5%, in Großbritannien 31,9% aller Patienten mit einer dermatologischen Beschwerdesymptomatik an einen hautärztlichen Facharzt überweisen (Lowell et al. 2001, Lam et al. 2011). Unter Zusammenschau dieser Daten wird die große Bedeutung der Dermatologie im allgemeinmedizinischen Praxisalltag und die implizit damit Relevanz im wirtschaftlichen und gesundheitspolitischen Diskurs deutlich.

Weitere wichtige Aspekte dermatologischer Erkrankungen sind die aus ihnen resultierende signifikant erhöhte Morbidität und eine vor allem im Rahmen chronischer Erkrankungen wie Psoriasis verringerte Lebensqualität (Niemeier et al. 1998, Hong et al. 2008). Dermatologisch-systemische Erkrankungen wie zum Beispiel die Epidermolysis bullosa führen außerdem zu einer verminderten Lebenserwartung (Barker et al. 2013). Hauterkrankungen haben zudem häufig auch eine psychologisch relevante Komponente, da Patienten mit dermatologischen Symptomen wie Pruritus, Schmerzen oder Exanthenen nicht nur durch einen hohen Leidensdruck belastet sind,

sondern unter Umständen auch unter der Angst vor einer sozialen Stigmatisierung durch die Erkrankung leiden (Fortune et al. 1998, Smolle u. Mader 2005, S.14).

Dabei korreliert die (subjektiv empfundene) Beschwerdesymptomatik jedoch nur selten mit der objektiven Manifestationsschwere der Hauterkrankung (Smolle u. Mader 2005). Damit stellen Hauterkrankungen für Hausärzte nicht nur eine diagnostische sondern auch kommunikative Herausforderung im Sinne eines ganzheitlichen Behandlungsansatzes dar.

1.2 Dermatologie in der Hausarztpraxis: diagnostische Unsicherheit und mangelndes hausärztliches Wissen

Der Umgang mit diagnostischer Unsicherheit ist ein Grundelement des allgemeinmedizinischen Praxisalltags (Donner-Banzhoff 2008, O'Riordan et al. 2011). Klinische Zeichen, Erscheinungsbilder von Krankheiten oder laborchemische Testverfahren können in einigen Fällen unzuverlässig, es besteht stets die Möglichkeit inkorrekt er Ergebnisse oder fehlerhafter Diagnosen (Doust 2009). Weiterhin weisen Mader und Braun darauf hin, dass sich nur „in rund 10% [...] eine exakte Diagnose [...] stellen lässt“ (Braun und Mader 2005, S. 14). Trotzdem sind Hausärzte gezwungen, im Rahmen ihrer Konsultationen immer wieder Entscheidungen in Bezug auf diagnostische Maßnahmen, eine mögliche fachärztliche Überweisung oder therapeutische Anordnungen zu treffen (Norman 2005, MeReC Publications 2011).

Für die breit gefächerten Symptomkonstellationen und die hohe Relevanz des Entscheidungsprozesses für den Patienten und seine weitere Versorgung sind die diagnostischen Strategien, Herangehensweisen und die damit verbundenen kognitiven Prozesse der Hausärzte bislang nach Meinung verschiedener Autoren nur unzureichend untersucht (Donner-Banzhoff 1999, Heneghan et al. 2009, André et al. 2012, Donner-Banzhoff u. Hertwig 2014).

Zwar haben Norman et al., Heneghan und Mitarbeiter sowie die Arbeitsgruppe um Doust bereits Strategien für das allgemeine diagnostische Vorgehen von Hausärzten beschrieben, allerdings gibt es bislang noch keinerlei Daten zu dem diagnostischen

Vorgehen bei dermatologischen Erkrankungen (Norman 2005, Heneghan et al. 2009, Doust 2009).

Dabei kommt im Bereich Dermatologie sicherlich erschwerend das Problem fehlender allgemeinmedizinisch ausgerichteter Leitlinien, praktischer Handlungsempfehlungen, Scores oder Risikokalkulatoren wie für andere Fachrichtungen bereits verfügbar (Marburger Herzscore, ‚arriba‘, o.ä.) in der Diagnostik dermatologischer Symptome hinzu (vgl. www.awmf.org, www.uni-marburg.de/fb20/allgprmed/forschung/projekte/mhs/mhs-intro.html, www.arriba-hausarzt.de). Klare evidenzbasierte Strategien und Empfehlungen zum Umgang mit Unsicherheit jedoch sollen die Versorgungsqualität erhöhen (Sackett u. Rosenberg 1995, Suojaranta-Ylinen et al. 2007, Lugtenberg et al. 2009) und Patientensicherheit gewährleisten - einerseits durch eine verringerte Zahl nicht-indizierter Behandlungen und andererseits durch die Reduktion nicht durchgeführter, aber notwendiger Behandlungen (Kunz u. Cox 2007, S. 31ff., Bate et al. 2012, Moynihan et al. 2012).

Einige Autoren, zumeist dermatologische Fachkollegen, äußern in ihren Arbeiten Zweifel an den diagnostischen Fähigkeiten von Hausärzten in der Diagnose benigner Hauterkrankungen genauso wie bei der Früherkennung potentiell maligner Hautprozesse (Federman et al. 1999, Fleischer et al. 2000). Im Rahmen ihrer qualitativen Arbeit zeigen Nelson et al. hausärztliche Wissenslücken in der Versorgung von Hauterkrankungen auf (Nelson et al. 2013). Gleichzeitig berichten Hausärzte, dass sie mehr Wissen und praktisches Training in Bezug auf die Differentialdiagnose dermatologischer Erkrankungen wünschen (Kownacki 2014).

1.3 Dermatologie in der Hausarztpraxis: Cortison als therapeutische Option bei akuten und chronischen Erkrankungen

Die Einführung von topisch anwendbarem Hydrocortison durch Sulzberger, Witten und Kollegen 1952 war Meilenstein und Revolution zugleich in der Therapie dermatologischer Krankheiten (Sulzberger und Witten 1952). Heute sind zahlreiche Corticosteroide, die sich in Potenz und Zusammensetzung unterscheiden, zur Behandlung von Dermatosen verfügbar.

Hautveränderungen, die durch Hyperproliferation, Inflammation und immunologische Veränderungen gekennzeichnet sind, können damit effektiv behandelt werden; in vielen Fällen können ebenfalls Symptome wie Brennen oder Juckreiz gelindert werden (vgl. Ference u. Last 2009). Negative Auswirkungen wie lokale Atrophie, eine Steroid-Akne oder die Beeinträchtigung der Hypothalamus-Hypophysen-Achse bei der Therapie mit Corticosteroiden werden von zahlreichen Autoren beschrieben (vgl. Praver u. Katz 1990, Bénétou u. Saiag 1999, Hengge et al. 2006, Decani et al. 2014).

Da es sich bei Hauterkrankungen häufig nicht nur um akute Beschwerdeproblematiken sondern um chronische Erkrankungen handelt, steigt das Risiko für die beschriebenen Nebenwirkungen bei längerfristiger Anwendung cortisonhaltiger Präparate. Chronische Hautveränderungen wie zum Beispiel die Psoriasis mit einer Bevölkerungsprävalenz von etwa 3% sind durch rezidivierende Schübe von Pruritus und Hautläsionen, einer unter Umständen systemischen Beteiligung und signifikanten Einschränkungen der Lebensqualität verbunden (Smolle u. Mader 2005, S. 197ff., Augustin et al. 2010, Rieder u. Tausk 2012). Chronische Krankheiten jedoch „benötigen eine komplexe, anhaltende Versorgung, die die koordinierte Zusammenarbeit von zahlreichen medizinischen Fachkräften und den Zugang zu wichtigen Medikamenten und Überwachungssystemen beinhaltet. All diese Faktoren müssen optimal in ein System eingebunden werden, das den Patienten stärkt und unterstützt.“ (Nolte und McKee 2008, S. 1; vgl. auch Walker 2001). Thrall merkt in seiner Arbeit 2005 jedoch kritisch an, dass unsere (westlichen) Gesundheitssysteme häufig nur auf die Behandlung akut erkrankter Patienten ausgerichtet sind und zur Versorgung chronisch Kranker weitere Veränderungen dringend notwendig sind (Thrall 2005). Damit stehen die betreuenden Hausärzte im Rahmen dieser dermatologischen Erkrankungen vor großen Herausforderungen in Bezug auf Diagnostik, Therapie und Management der betroffenen Patienten.

1.4 Dermatologie in der Hausarztpraxis: eine interdisziplinäre Herausforderung

Hausärzte bewegen sich bei der bei Behandlung von Patienten mit Hauterkrankungen in einem komplizierten Gefüge zahlreicher Interaktionen der beteiligten Partner (Patient,

Hausarzt, Dermatologe), die durch ganz unterschiedliche Motivationen gekennzeichnet sind (Borbujo 2007).

Patienten treten mit einem dermatologischen Leiden und dem Wunsch nach einer adäquaten Therapie an ihren Hausarzt heran. Dieser übernimmt die Versorgung des betroffenen Patienten unter Berücksichtigung der ihm zur Verfügung stehenden Ressourcen wie dem eigenen diagnostisch-therapeutischen Vermögen oder der Hinzuziehung eines fachärztlichen Kollegen. Er erhofft sich dabei eine schnelle und zielorientierte Konsultation seines Patienten sowie eine fundierte Rückmeldung seitens des Hautarztes. Der Hautarzt wiederum ist an einer aussagekräftigen Überweisung und einer effizienten Behandlung des überwiesenen Patienten interessiert.

Die nachstehende Grafik soll einen Eindruck dieses komplexen Bedingungsgefüges vermitteln.

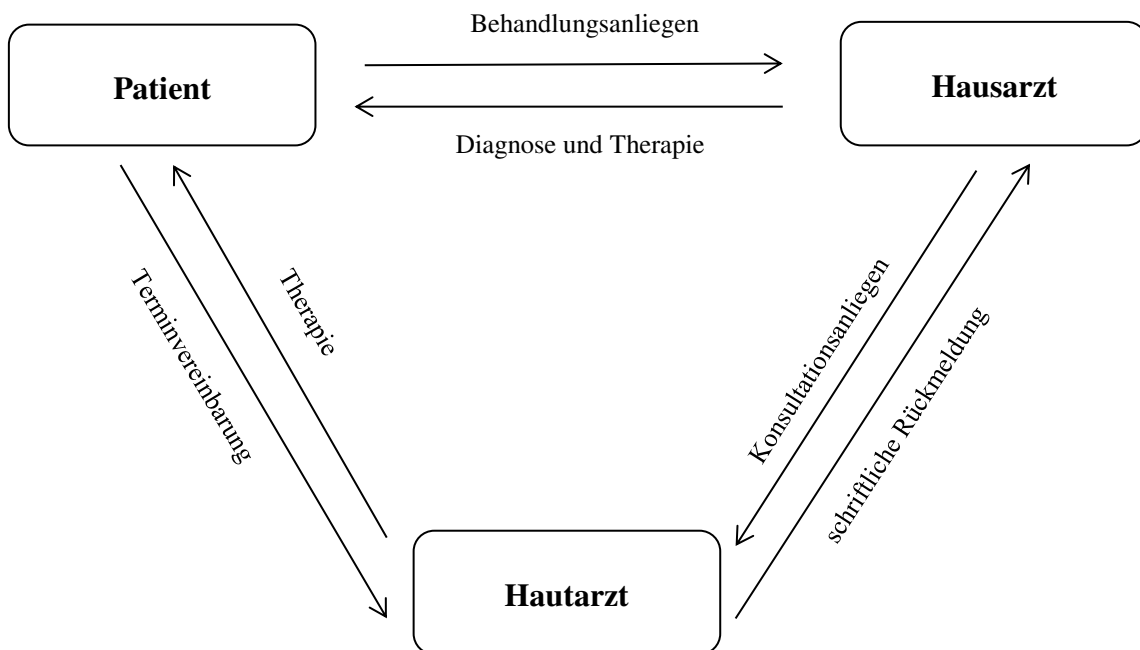


Abbildung 2: Wege im haus-hautärztlichen Zusammenspiel

In ihren Arbeiten betonen neben anderen Autoren Borbujo, Kerr et al. und Mashayekhi et al. die besondere Rolle des Hausarztes im Zusammenspiel der verschiedenen Partner bei der Versorgung dermatologischer Patienten (Borbujo 2007, Kerr et al. 2010 und Mashayekhi und Hajhosseiny 2013). Unter Berücksichtigung der bereits angeführten epidemiologischen Daten, im Hinblick auf mögliche diagnostische Schwierigkeiten und die Zusammenarbeit mit den niedergelassenen Hautärzten sowie dem Hautkrebsscreening als neu hinzugekommenen Spannungsfeld wird deutlich, dass Patienten mit Hauterkrankungen für Hausärzte eine komplexe und vielschichtige Herausforderung des Praxisalltags darstellen.

2 Fragestellung und Ziele

2.1 Welche Strategien nutzen Hausärzte bei der Diagnose dermatologischer Erkrankungen?

Dermatologische Erkrankungen präsentieren sich zunächst häufig mit ganz unterschiedlichen Symptomen (Braun-Falco's Dermatologie 2012). Hausärzte müssen diese erkennen und dem jeweiligen dermatologischen Krankheitsbild zuordnen, bzw. dieses von anderen Krankheitsbildern abgrenzen. Dazu gehört a priori der Ausschluss sogenannter *Red flags* und *abwendbar gefährlicher Verläufe (AGV)*. Im Anschluss daran muss der Hausarzt eine Arbeitsdiagnose stellen, auf deren Grundlage er den Patienten weiterbehandelt. Ein Hauptziel der vorliegenden Studie ist die Aufdeckung möglicher Schwierigkeiten und Herausforderungen im Rahmen der Diagnostik potentiell dermatologischer Erkrankungen. Dabei wird die Identifizierung spezifisch angewandter diagnostischer Vorgehensweisen und mögliche Abweichungen von bereits bestehenden Konzepten (vgl. Heneghan et al. 2009) angestrebt.

2.2 Wie gehen Hausärzte mit Unsicherheit in der Differentialdiagnostik dermatologischer Erkrankungen um?

Diagnostische Unsicherheit ist ein Grundelement der hausärztlichen Praxis (Donner-Banzhoff 2008). Ein Ziel dieser Studie ist es, das emotionale Erleben diagnostischer Unsicherheit, die Gründe und die Konsequenzen ebendieser diagnostischen Unsicherheit darzustellen. Diese Aufarbeitung soll dazu dienen, eventuell bestehende Defizite im Problemfeld ‚Diagnosestellung bei dermatologischen Erkrankungen‘ aufzudecken und der Allgemeinmedizin die Möglichkeit bieten zu können, sowohl angehende als auch praktizierende Hausärzte in Form von Fort- bzw. Weiterbildungen gezielt auf diese Herausforderungen vorbereiten zu können.

2.3 Wie stellt sich die Zusammenarbeit mit den regional niedergelassenen Dermatologen dar?

Der Hausarzt wird häufig als Lotse („gatekeeper“) im Gesundheitssystem verstanden (Starfield 1997, Schucht und Kochen 1998, Erlinghagen u. Pihl 2005). In dieser Funktion soll er einerseits seine Patienten mit dem ihm zur Verfügung stehenden Fachwissen und den entsprechenden diagnostischen Mitteln behandeln, ihm aber auch andererseits bei der Entscheidung einer Weiterbehandlung respektive Überweisung durch einen Facharzt beraten (Forrest 2000). Aufgrund der besonders in ländlichen Regionen gegebenen infrastrukturellen Limitationen in der medizinischen Versorgung kommt der Lotsenfunktion in diesen Gebieten eine besondere Bedeutung zu. Es ist anzunehmen, dass Hausärzte unterschiedliche Konzepte bei der Betreuung dermatologischer Patienten anwenden und in der Folge auch ein sich am situativen Kontext orientierendes Überweisungsverhalten zeigen, in Abhängigkeit davon, wie sich die jeweilige Zusammenarbeit mit den regional niedergelassenen dermatologischen Fachärzten gestaltet. Ein Ziel dieser Studie ist daher die Exploration dieser divergierenden situativen Verhaltens- und Versorgungsstrategien der Hausärzte im Rahmen der Betreuung und Behandlung dermatologischer Patienten in der hausärztlichen Praxis, um im Rahmen der Gesundheitsversorgungsplanung ein ersten Einblick in die tatsächliche Versorgungsrealität zu bekommen.

2.4 Welche Ziele verfolgen Hausärzte in der Therapie von akut und chronisch dermatologisch erkrankten Patienten?

Für Hausärzte ist die Behandlung und Betreuung chronisch kranker Patienten zumeist komplizierter, zeitaufwändiger, kostspieliger und unter Umständen auch emotional belastender als die Behandlung akut erkrankter Patienten (Oldroyd et al. 2003). Studien haben darüber hinaus gezeigt, dass es eine Diskrepanz zwischen den Zielvorstellungen und Wünschen des Patienten und des Hausarztes gibt (Ring et al. 2007), die sich erschwerend auf den Behandlungskomplex auswirken können. Eine tragfähige Arzt-Patienten-Beziehung gekennzeichnet durch Wissen, Vertrauen, Aufrichtigkeit und Achtung (Ridd et al. 2009) ist in diesem Zusammenhang für den Therapieerfolg bzw.

die Therapieadhärenz (Compliance) der Patienten ein ausschlaggebender Faktor. Die Verantwortung für die Initiierung und Aufrechterhaltung dieser interpersonellen Beziehung liegt nach Krones et al. bei dem betreuenden Hausarzt (Krones u. Richter 2008). Im Rahmen dieser Studie soll ein möglicherweise noch bestehendes Defizit in der Detektierung dieser voneinander abweichenden Zielvorstellungen seitens des betreuenden Hausarztes evaluiert und mögliche Schwierigkeiten und Herausforderungen im Bereich ‚Therapie von Hauterkrankungen‘ herausgearbeitet werden.

2.5 Welchen Stellenwert haben Cortisonpräparate im Praxisalltag?

Mehr als die Hälfte aller in einer Hausarztpraxis verschriebenen Cortisonpräparate werden aufgrund von dermatologischen Erkrankungen verordnet (Wong und You 2006). Dabei wird vor allem die topische Applikation kontrovers diskutiert, da die Glukokortikoide einerseits antiinflammatorisch, immunsuppressiv und antiproliferativ wirken, andererseits aber auch eine breite pleiotrope Wirkung entfalten und bei nicht fachgerechter Anwendung lokale Nebenwirkungen wie Hautatrophie, Teleangiektasie und Hypertrichose verursachen können (Niedner 1996, Smolle und Mader 2005). Möglicherweise werden deshalb cortisonhaltige Präparate eher zurückhaltend in Hausarztpraxen rezeptiert. Gleichzeitig könnten Hausärzte gerade aus Gründen einer möglicherweise rasch zu erzielenden Symptomkontrolle und einem damit verbundenen, wenn unter Umständen auch nur temporären Therapieerfolg diese Medikamente häufiger verordnen. Ein Ziel dieser Studie ist die Evaluation der Haltung von Hausärzten zu diesen Präparaten, die damit verbundenen Überzeugungen, Erfahrungen und ihre spezifische Vorgehensweise bei Verordnung derselben. Dies soll vor dem Hintergrund von Leitlinien zur Verwendung von systemisch und topisch angewandter Glukokortikoide weitere Hinweise auf die Realität auf Ebene der Hausarztpraxen ergeben.

2.6 Wo sehen Hausärzte Weiterbildungsbedarf im Bereich der Dermatologie?

Zur Zeit wird Hausärzten in Deutschland durch die Landesärzteskammern, die ‚Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin e.V.‘ (u.a. der ‚Tag der

Allgemeinmedizin‘), den ‚Deutschen Hausärzteverband e.V.‘ und zahlreiche andere Institutionen und Verbände ein breitgefächertes Spektrum an Fort- und Weiterbildungsveranstaltungen angeboten, sodass diese die gesetzlich vorgeschriebenen Fortbildungspunkte erwerben können. Es ist anzunehmen, dass sich Hausärzte eher in Themengebieten fortbilden, die eine höhere Prävalenz und eine größere Zahl zwingend zu erkennender *abwendbarer gefährlich Verläufe (AGV)* bieten. Gleichzeitig ist aber möglicherweise der dermatologischen Ausbildung im Rahmen von Studium und Facharztweiterbildung ein potentiell zu geringer Stellenwert eingeräumt worden, sodass sich Hausärzte unzureichend auf die Diagnose und Therapie von Hauterkrankungen in der allgemeinmedizinischen Praxis vorbereitet fühlen. Ein Ziel dieser Studie ist die Evaluation einer Notwendigkeit besonderen Fortbildungsbedarf für dermatologische Fragestellungen seitens der Hausärzte, sodass in Zukunft noch spezifischer an die Bedürfnisse der Hausärzte angepasste Weiterbildungen angeboten werden können.

3 Material und Methoden

3.1 Instrumente zur Datenerhebung

Zur Erhebung der Daten wurden qualitative problemzentrierte Interviews (PZI) in Sinne von Witzel geführt (Witzel 1985 und 2000). Dazu wurden erstens die Stammdaten der jeweiligen Hausärzte durch einen Kurzfragebogen (s. 3.1.1), zweitens das eigentliche mitgeschnittene Interview (s. 3.1.5) anhand eines Leitfadens (s. 3.1.3) und drittens die ergänzenden post-scriptum Aufzeichnungen des Interviews in Form eines ‚reflexive interview journals‘ (s. 3.1.4) erfasst. Diese Elemente sollen in ihrer Gesamtheit dazu dienen, ein vollständigeres Bild des Interviews aber auch des Umfelds des Interviewten zu zeichnen und die sich anschließende Analyse des Textmaterials zu vereinfachen.

3.1.1 Kurzfragebogen

Mithilfe eines Kurzfragebogens, der insgesamt 4 Fragen zu Alter, Geschlecht, Zeit seit Niederlassung und Einordnung in ländlichen oder städtischen Raum umfasst, wurden meist am Ende der Interviews die Sozialdaten des jeweiligen Hausarztes erfasst. Die Zuordnung zu einer urbanen oder eher ruralen Infrastruktur im Rahmen der Interviewauswertung kann ggf. mit Antworten auf die bestimmte Fragen zu infrastrukturellen Aspekten in Bezug gesetzt werden.

3.1.2 Problemzentriertes Interview

Problemzentrierte Interviews nach Witzel als Weiterentwicklung der *fokussierten Interviews* sind Merton und Kendall zufolge „offene, halbstrukturierte, qualitative Verfahren“ (Mayring 2002, S. 67) zur Datenerhebung auf Grundlage eines induktiven Forschungsansatzes (Merton u. Kendall 1979), (Witzel 1985). Im Rahmen des Interviews haben die Befragten die Möglichkeit in relativ freier Rede ohne vorformulierte Antwortkategorien ihre ganz eigenen Perspektiven und Deutungen des

Problemfeldes darstellen und weiterhin Zusammenhänge generieren zu können (Kohli 1978, Mayring 2002, S. 68).

Aufgabe des Interviewers ist es dabei im Sinne der von Witzel geforderten *Problemzentrierung*, das Interview auf ein oder mehrere im Vorfeld bereits erarbeiteten Problemfelder oder Problemkomplexe (*Problemanalyse*) zu zentrieren und somit die wesentlichen Aspekte der Fragestellungen zu erarbeiten (Witzel 2000) Die nachfolgende Grafik soll den Datenerhebungsprozess chronologisch mit seinen spezifischen Elementen, die im Folgenden konkret bezogen auf das Forschungsanliegen erläutert werden, veranschaulichen.



Abbildung 3: Ablauf eines problemzentrierten Interviews (mod. nach Mayring 2000, S. 71)

3.1.3 Interviewleitfaden

In Anlehnung an Hopf ist der für die Befragung der Hausärzte entworfene Interviewleitfaden offen und teilstandardisiert aufgebaut (Christel Hopf 2007 // 2008, vgl. auch Mayring 2002, S.66). Er soll einerseits dem Interviewer als Hilfe dienen, alle zu erhebenden Themenaspekte anzusprechen und dem Interviewten den Raum eröffnen, Teilaspekte des Forschungsthemas, die durch den Interviewer nicht genannt wurden, explizit zu erwähnen. Andererseits gewährt er dem Interviewer Freiräume bei der Gestaltung der Fragen, möglicher Nachfragen, der chronologischen Fragenabfolge (Christel Hopf 2007 // 2008) und bietet Formulierungsvorschläge bzw. – alternativen (Mayring 2002, S. 69). Desweiteren ist er auch als „Orientierungsrahmen zur Sicherung der Vergleichbarkeit der Interviews“ (Witzel 2000) zu betrachten.

3.1.4 reflexive interview journal

Ergänzend zur digitalen Aufzeichnung der Interviews wurde nach jedem Gespräch ein *reflexive interview journal* ausgefüllt. Aus zwei Seiten bestehend, werden im ersten Teil

die Eckdaten wie Datum, Uhrzeit und Räumlichkeiten (z.B. Praxis, Institut, öffentlicher Raum,...) festgehalten. Im weiteren geht es um eine Bewertung des Interviews in Bezug auf die Umgebung, Atmosphäre, mögliche Störungen durch Dritte und eine subjektive Einschätzung des dermatologischen Wissen- und Interessenstandes des Hausarztes durch den Interviewer. Zur Reflexion genauso wie zur Verbesserung des Interviewleitfadens und der nachfolgenden Interviews wird im dritten Teil die Gesprächsführung innerhalb der Kriterien ‚direktiver Grad‘ nach Whyte ‚Umsetzbarkeit des Leitfadens‘, ‚Aufgreifen neuer Aspekte‘ und ‚Umgang mit sensiblen Gesprächsthemen‘ beschrieben (Whyte 1991, c1982). Der vierte Abschnitt fasst die positiven und negativen Aspekte tabellarisch zusammen und bietet die Möglichkeit, Verbesserungsvorschläge festzuhalten.

Insgesamt dient das *reflexive interview journal* dazu, dass der Forschende auffällige themenkomplexbezogene Eindrücke, Störfaktoren und besondere - zumeist non-verbale - Aspekte des Interviews schriftlich festhalten kann (vgl. Witzel 2000). Diese Reflexionen bilden eine Ergänzung der Transkripte, die originalen Wortlaut, jedoch keinerlei non-verbale Kommunikationsanteile abbilden. Darüber hinaus können sie als „Anregungen für die Auswertungen“ (Witzel 2000) gesehen werden.

3.1.5 Tonträgeraufzeichnung und Transkription

Die Interviews wurde mit einem Smartphone, Samsung Galaxy SII bzw. SIII, mittels der App „tape a talk“ (Markus Drösser, Version 0.9.7.6.6) aufgezeichnet und als .mp3 exportiert. Im Anschluss an jedes Gespräch wurde der temporäre Datenspeicher des Mobilgerätes gelöscht, sodass keine weiteren Aufzeichnungen des Gespräches über die exportierte Datei hinaus existierten. Diese Datei wurde auf einem ausschließlich für die Interviews und deren Transkripte vorgesehenen USB-Stick (Intenso®, 1GB) abgespeichert, der nach Abschluss der Forschungsarbeit gelöscht und neu formatiert wurde. Die digitale Aufzeichnung des Interviews verfolgte einerseits das Ziel einer „präzise[n] Erfassung des Kommunikationsprozesses“ (Witzel 2000), andererseits erlaubt es dem Forscher, die „einzelne[n] Aussagen in ihrem Kontext zu sehen“ (Mayring 2002, S. 89). Damit ist die Grundlage für eine sich anschließende Aufarbeitung und Interpretation des Materials gelegt (ebd.).

Die mitgeschnittenen Interviews wurden anschließend mit Hilfe von Microsoft Word 2010 (Version: 14.0.4760.1000 [64-Bit], Microsoft Corporation) transkribiert und als .doc-Dokumente auf dem o.a. USB-Speichermedium abgespeichert. Um eine einheitliche, übersichtliche und nachvollziehbare Transkription nach Kuckartz zu gewährleisten, wurden folgende Regeln (Kuckartz 2007, S. 27) mit geringen Abänderungen angewandt:

- wörtliche, nicht-zusammenfassende Transkription; keine Transkription von Dialekten
- leichte Glättung von Sprache und Interpunktion
- Anonymisierung rückverfolgbarer personenbezogener Daten und Informationen
- längere Pausen durch Auslasspunkte (...) gekennzeichnet
- besonders betonte Begriffe durch Unterstreichung markiert
- keine Transkription von Lautäußerungen des Interviewers
- Einwürfe der jeweils anderen Person in ()-Klammern notiert
- Lautäußerungen oder besondere Emotionen der befragten Person in []-Klammern dargestellt
- interviewende Person als „Interviewer“, die befragte Person als „Befragter“ gekennzeichnet
- Leerzeilen zwischen Sprecherwechseln

Um der vorrangig inhaltlich-thematischen Bedeutungsebene der Texte Rechnung zu tragen, wurde von einer literarischen Transkription abgesehen, und stattdessen in Schriftsprache unter Einhaltung der o.a. Regeln übertragen (vgl. Mayring 2002, Meyer 2007).

3.2 Pilotstudie

3.2.1 Rekrutierung und Stichprobe

Für die Pilotstudie wurden drei Hausärzte ausgewählt. Neben der Generierung erster Daten lag der Fokus bei diesen Interviews auf folgenden Fragen:

- Bleibt das Interview in dem vorgesehenen zeitlichen Rahmen?

- Ist der Leitfaden in sich schlüssig und in einem Praxissetting umsetzbar?
- Lassen sich mithilfe der vorformulierten Fragen unterschiedliche Aspekte der Themenkomplexe evaluieren?
- Gibt es Fragen, die zu geschlossen, suggestiv oder zu komplex sind, um Datenmaterial zu generieren?
- Gibt es Redundanzen?
- Sind im Verlauf des Interviews neue Themen oder Themenaspekte angesprochen worden, die aufgrund ihrer Relevanz in den Leitfaden übernommen werden sollen?

Die im Anschluss an diese Pilotinterviews durchgeführten Veränderungen des Leitfadens werden unter 3.2.2 genauer erläutert.

Weiterhin diente in der Folge die Transkriptionszeit von ca. 145 Minuten bei einer Interviewlänge von 21 Minuten des ersten Interviews der Überprüfung des Zeitrahmenplans.

3.2.2 Modifikation des Leitfadens

Nach Durchführung der drei Pilotinterviews kam es zunächst zu kritischen Anmerkungen und schließlich zu einer Abänderung beziehungsweise Ergänzung des Interviewleitfadens (vgl. dazu auch die beiden Interviewleitfäden im Anhang). Zu Beginn des Interviews sollten sich die Hausärzte im Rahmen des ‚stimulated recall‘ an einen bestimmten dermatologischen Patienten erinnern; allerdings wurden hier besonders die potentiell nicht-dermatologischen Erstsymptome sehr ausführlich beschrieben. Deshalb wurde im Folgenden die Frage gekürzt und in den nachfolgenden Interviews wurde systematisch nach ‚dermatologischen‘ Symptomen gefragt. Im Bereich des Problemfelds „Diagnosestellung“ erwies sich die Frage nach der Diagnosestrategie in Kombination mit eng definierten Vorschlägen als problematisch; sie wurde in der Folge gestrichen. Stattdessen wurde eine offene Frage zur Diagnosestrategie bzw. Vorgehensweise im Rahmen der Diagnostik gestellt. Der Interviewleitfaden wurde darüber hinaus noch durch Fragen zum Hautkrebscreening und zur Psychosomatik bei Hauterkrankungen erweitert, da diese Problemfelder von

den Hausärzten als relevante Themen im Bereich „Dermatologie in der Hausarztpraxis“ dargestellt wurden.

3.3 Hauptstudie

3.3.1 Rekrutierung

Die Hausärzte wurden zunächst nach dem Schneeball-Prinzip (Patton 1990) S. 176f. auf einer hausärztlichen Fortbildungsveranstaltung in Kassel rekrutiert. Da aber von 12 angesprochenen Hausärzten sich nach telefonischer Terminvereinbarung nur 3 zu einem Interview bereit erklärten, wurden darüber hinaus aus weitere Hausärzte aus den ländlichen Regionen Bad Kreuznach / Monzingen und Bad Arolsen / Korbach zunächst durch ein Anschreiben, das die wichtigsten Eckpunkte und Studienziele beinhaltete, und spätere persönlich telefonische Kontaktaufnahme der Interviewer zur näheren Erläuterung des Studienvorhabens rekrutiert. Dabei handelte es sich um einen kontinuierlichen Prozess, bei dem die Generierung von Daten durch Führung der Interviews parallel zur weiteren Rekrutierung von Hausärzten verlief. Mithilfe der oben bereits erwähnten Rekrutierungskriterien wurden zunächst 12 Hausärzte rekrutiert und nach telefonischer Vereinbarung eines Termins interviewt. Diese Interviews wurden transkribiert und ausgewertet (siehe 3.1.5) und immer wieder dahin gehend untersucht, ob neue Themenaspekte genannt wurden, nach denen in den nachfolgenden Interviews gezielt gefragt werden sollte. Durch den parallel verlaufenden Prozess der Auswertung wurde ersichtlich, dass bereits in einigen Bereichen eine Sättigung erreicht werden konnte, jedoch traf dies nicht für alle Themenaspekte zu. Deshalb wurde mit einiger zeitlicher Latenz zu dem letzten Interview noch weitere 2 Hausärzte rekrutiert und befragt; im Verlauf der beiden letzten Gespräche ergaben jedoch keine neuen Themenkomplexe oder –aspekte, sodass man von einer Sättigung im Sinne von Kvale sprechen kann (Kvale 1996, S. 102). Damit war der Prozess der Rekrutierung der Hausärzte im Rahmen der Hauptstudie beendet.

3.3.2 Stichprobe

Von den persönlich, telefonisch sowie postalisch kontaktierten 45 Hausärzten erklärten sich insgesamt 14 Hausärzte bereit, an der Studie teilzunehmen. Das Anschreiben enthielt neben einer kurzen Vorstellung der geplanten Studie und der durchführenden Abteilung einen Vordruck der Einverständniserklärung für die Hausärzte. Zur weiteren Zusammensetzung der Studie siehe Kapitel 4.1.

3.3.3 Interviewleitfaden

Die im Interviewleitfaden zusammengefassten Aspekte des Problemfelds „Dermatologie in der Hausarztpraxis“ sind im Vorfeld im Rahmen der Sichtung der Studienlage und zahlreichen Gesprächen im Forschungsteam identifiziert worden. Ein Interviewleitfaden, konzipiert für ein ca. 20-25-minütiges Interview, kann jedoch keinen Anspruch auf einen vollständigen Überblick aller Teilaspekte des Studienthemas erheben. Aus diesem Grund wurde die Anzahl der anzusprechenden Themenbereiche zunächst inhaltlich auf die in der hausärztlichen Praxis am relevantesten erscheinenden fokussiert (vgl. Mayer 2008, S. 44 ff.), um im Rahmen des Forschungsprozesses nach dem Prinzip der Offenheit (Witzel 1985, 2000) den Interviewleitfaden um neue Themen ergänzen zu können (s. 3.2.2).

Der Leitfaden begann mit einem *stimulated recall* im Sinne von Witzel (ebd.), der den Einstieg in das Interview bildete, indem der jeweilige Hausarzt explizit einen Fall eines typischen Patienten schildern sollte. Über weitere Fragen zu Symptomen, Diagnose und ggf. Therapie wurde zum ersten Problemfeld ‚Diagnosestellung‘ übergeleitet und hier gezielt nach Herausforderungen, Unsicherheiten und Strategien gefragt, sofern dies nicht im Gespräch berichtet wurde. In diesem Zusammenhang konnte in den meisten Fällen auch der Aspekt ‚Zusammenarbeit mit dem niedergelassenen Dermatologen‘ abgehandelt werden. Weiterhin wurden die Hausärzte zu den ‚Therapiezielen in der Versorgung von akuten und chronisch kranken Patienten‘ unter Beachtung des ganzheitlich – psychosomatischen Aspekts genauso wie zu dem ‚Stellenwert von Cortisonpräparaten im Praxisalltag‘ befragt. Abschließend sollten die Interviewten darstellen, wie und wo sie ihr ‚dermatologisches Wissen‘ erlangt haben, sie spezifischen ‚Fortbildungsbedarf‘ sehen und ob und in welchem Rahmen sie das von der

kassenärztlichen Vereinigung initiierte Hautkrebscreening in ihrer eigenen Praxis umsetzen.

Die jeweiligen Themenpunkte wurden im Laufe der Interviews je nach Kontext und vom Interviewten angebotenen Stichwörtern frei erörtert, unter Umständen sogar ein- oder mehrmals an unterschiedlichen Stellen erneut aufgegriffen, um gegebenenfalls noch einen weiteren Aspekt erfassen zu können.

3.3.4 Ablauf und Setting

Die Interviews mit den rekrutierten Hausärzten wurden persönlich durchgeführt. Abhängig von der terminlichen und räumlichen Situation der Hausärzte fanden die Gespräche zumeist in den Praxisräumen im Rahmen der Sprechzeiten statt, zwei Interviews wurden allerdings in den Privaträumen der Hausärzte außerhalb der Praxiszeiten geführt. Zu Beginn jedes Gesprächs wurden die Interviewteilnehmer auf die Garantie der Anonymität hingewiesen und um Zustimmung zur digitalen Aufzeichnung des Interviews gebeten. Diese Zustimmung wurde zum einen auf den Einverständniskbögen und mündlich als Teil des Interviewmitschnittes festgehalten. Am Ende des Interviews hatten die Hausärzte Gelegenheit, eigene Fragen und Anmerkungen zu inhaltlichen Themenkomplexen aber auch zu Studienkonzeption und –zielen zu formulieren.

3.4 Verfahren zur Datenaufbereitung

Um vorliegendes Material interpretieren zu können, müssen die erhobenen Daten zunächst aufbereitet werden. Dabei ist unter „Materialaufbereitung“ im Sinne Mayrings sowohl die Darstellung (im Text, grafisch oder audiovisuell) als auch die Protokollierung und die Deskription zu verstehen (Mayring 2002). Diese Strategien sollen dem Untersucher noch während des andauernden Datenerhebungsprozesses helfen, über die bereits existierenden Daten nachzudenken und gleichzeitig neue Strategien zu entwickeln, neues, zumeist besseres Material zu generieren (Miles u. Huberman 2009, S. 50). Die vertiefende Arbeit mit dem erhobenen Datenmaterial, zu

der auch eine basale Kategorienbildung gehört, ermöglicht dem Forschenden über die reine Deskription (s.o.) hinaus auch einen Übergang zu ersten Analyseschritten zum Beispiel im Sinne einer qualitativen Inhaltsanalyse.

Diese Ansätze wurden am folgenden Material dahingehend umgesetzt, dass zu verschiedenen Aspekten des Studienziels Tabellen und *flow-charts* entwickelt wurden, die die Informationen grafisch übersichtlich darstellen sollen. Eine Auswahl dieser Grafiken ist in die Ergebnisdarstellung (s. Kapitel 4) an entsprechender Stelle zum tieferen Verständnis der Daten bzw. deren Interpretation integriert.

3.5 Methoden der Datenauswertung

3.5.1 Editing Organizing Style und Qualitative Inhaltsanalyse

Zur Auswertung der vorliegenden Daten wurde ein deduktiv-induktiver Ansatz gewählt. Dazu wurde das Material zunächst im Sinne von Crabtree und Miller nach dem *Editing Organizing Style* mit Blick auf die Forschungsfrage nach entsprechenden Textstellen durchsucht und codiert (Crabtree und Miller 1992). Dabei wurden die gefundenen Textsegmente oder Absätze thematisch auf die von ihnen beschriebenen Aspekte reduziert. Die so entstandenen Codes konnten anschließend in Kategorien im Sinne von Mader zusammengefasst werden (Mader 2008).

Diese Kategorienbildung ist als induktiver Prozess Teil der von Mayring entworfenen theoriegeleiteten *Qualitativen Inhaltsanalyse* (vgl. Mayring 2002). Vor Beginn der schrittweisen Analyse des Materials müssen jedoch die Dimensionen, innerhalb derer die Kategorien gebildet werden sollen, in einem deduktiven Arbeitsschritt festgelegt werden. Dazu wurden die a priori formulierten Forschungsfragen (s. Kapitel 2) und die im Rahmen der Literaturrecherche gewonnen Erkenntnisse herangezogen (vgl. Kapitel 1). Die gebildeten Kategorien wurden im Analyseprozess immer wieder auf ihre Kohärenz mit den erhobenen Daten geprüft und modifiziert (induktiv-deduktive Erkenntnisschleifen), und ermöglichten damit eine „kontinuierliche Annäherung an die interessierenden Phänomene“ (Meyer 2007, S.164).

Der analytische Forschungsprozess wurde beendet, als keine neuen Kategorien mehr gebildet und die einzelnen Codes den Kategorien suffizient zugeordnet werden konnten; eine Sättigung war erreicht (Rassner 2009).

3.5.2 Auswertungsprozess

Im Folgenden wird die konkrete Umsetzung der bereits beschriebenen Methoden im Auswertungsprozess zur besseren Nachvollziehbarkeit der einzelnen Deskriptions- und Analyseschritte beschrieben (vgl. Mayring 2002, Miles 2009).

Nach Entwicklung der Forschungsfrage und Auswahl von Methode und Methodologie (s. 3.1 und 3.5.1) erfolgte die Datenerhebung mit anschließender Aufbereitung und Auswertung des Materials.

Im Rahmen der Datenaufbereitung wurden die digital mitgeschnittenen Interviews zunächst transkribiert und die jeweiligen Transkripten in dem Datenanalyse-Programm MAXQDA (s. 3.5.3) zu einem Projekt zusammengeführt. Bereits während der laufenden Datenerhebungsphase konnten die ersten Interviews im Sinne einer Sichtung von Themen und Themenkomplexen bearbeitet werden. In der Folge war es aufgrund der vertiefenden und sehr engen Arbeit am Textmaterial möglich, Textsegmente oder Phrasen thematisch-inhaltlich zusammenzufassen und daraus erste Codes zu ermitteln.

In Synopsis mit fünf weiteren bearbeiteten Interviews wurden dazu induktiv neue Kategorien gebildet. Die wenigen bereits bestehenden Kategorien, zu Beginn der Auswertungsphase aus dem Interviewleitfaden entwickelt, bezogen sich auf rein deskriptive Aspekte des Datenmaterials. Im Rahmen der anfänglichen Sichtung (s.o.) bot sie jedoch die Möglichkeit einer ersten Strukturierung der umfangreichen Daten und wurde in der Folge des Auswertungsprozesses sukzessive weiterentwickelt. Diese Modifikationen und Erweiterungen der Codes und des Kategoriensystems waren charakterisierend für den Auswertungsprozess, wobei es immer wieder zu Rückkopplungen der Daten mit den bisher getroffenen theoretischen Konzepten (Iteration) kam (Miles u. Huberman 2009, S. 12). Das vorliegende Datenmaterial wurde solange durchgearbeitet, bis keine neuen Codes mehr gefunden und in Kategorien befriedigend subsummiert werden konnten. Damit wurde der Zustand einer Sättigung im Sinne einer vollständigen Kategorienentwicklung erreicht (Rassner 2009). Zur Gewährleistung einer internen Validität wurden die Interviews von zwei unabhängigen

Forschern codiert. Unterschiedliche Kodierungsergebnisse wurden diskutiert bis eine Einigung erzielt wurde. Komplexe Abschnitte wurden darüber hinaus in der Arbeitsgruppe für qualitative Forschung des Instituts für Allgemeinmedizin, Philipps-Universität Marburg, diskutiert und gegencodiert.

Die unten stehende Abbildung soll verdeutlichen, dass es bei der Arbeit mit dem Datenmaterial keinesfalls um einen linearen Vorgang handelt, vielmehr um einen wie bereits erwähnt kontinuierlich iterativen Prozess mit multiplen Rückkopplungen. Darüber hinaus wird die Integration des Arbeitsschrittes *Datenauswertung* mit seinen Konsequenzen für andere Prozesselemente im gesamten Forschungsverlauf veranschaulicht.

Nach Abschluss von Codierung und Kategorisierung wurden die Auswertungsergebnisse in Relation zu den Forschungsfragen gesetzt. Eine zunächst farbkodierte, durch das Analyseprogramm MAXQDA (s. 3.5.3) unterstützte Zuordnung ermöglichte eine erste Übersicht und darüber hinaus eine Identifikation neuer forschungsrelevanter Aspekte. Potentiell nicht relevante Codes wurden in der Folge aus Gründen der Reduktion des Analysematerials gestrichen. Auf Basis dieser Daten-Cluster konnten die Forschungsfragen durch interpretative Zusammenfassung der Ergebnisse beantwortet werden.

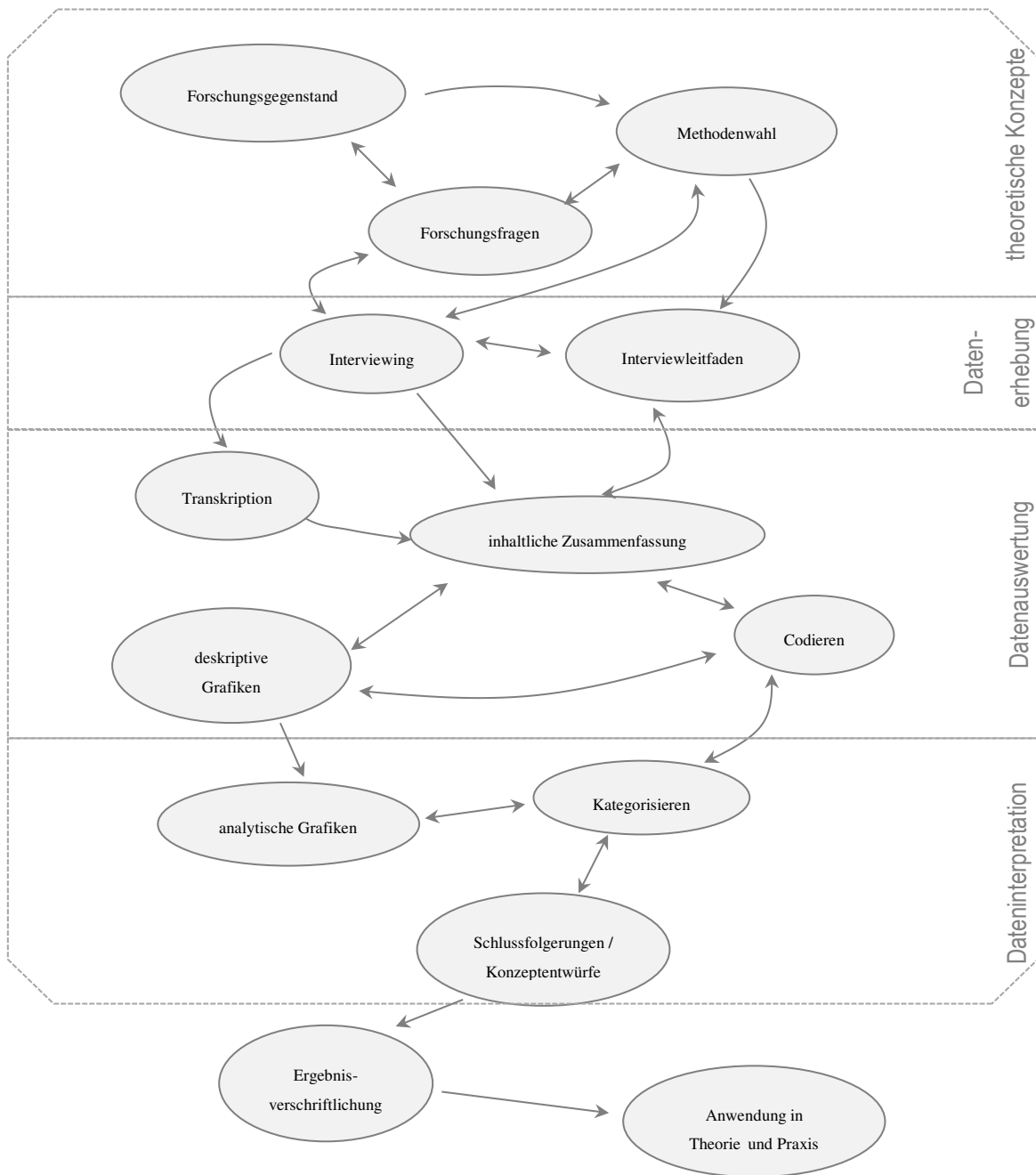


Abbildung 4: Iteratives Modell des Forschungsprozesses (nach Miles 2009, S. 308)

3.5.3 MAXQDA 10

Die Datenauswertung erfolgte mit der Software MAXQDA 10 (VERBI Software.Consult.Sozialforschung GmbH, Berlin), einem Programm zur qualitativen Datenanalyse (QDA) in einer Lizenz des Instituts für Allgemeinmedizin, Philipps-Universität Marburg. Diese Anwendung ermöglicht es dem Forscher, die als .rtf oder .doc(x) gespeicherten Dokumente (Transkripten) in das jeweilige Projekt einzubinden und zu verwalten. In einem gesonderten Frame können die Kategorien und Codes entwickelt, bearbeitet und grafisch (Hierarchie und Farbkodierung) dargestellt werden. Textstellen werden markiert und dann per *drag and drop* dem jeweiligen Code oder Subcode zugeordnet. Die entsprechenden codierten Textstellen können dann synoptisch dargestellt und mit Memos bzw. Kommentaren versehen werden. Diese integrierte Kommentarfunktion ermöglicht zu jedem Zeitpunkt im Rahmen der Datenanalyse dem Forschenden, die über den Code hinausgehenden genannten thematischen Aspekte oder weiterführende Gedanken in Bezug auf ein spezifisches Textsegment schriftlich zu fixieren. Unter Berücksichtigung der Tatsache, dass Datenanalysen häufig in einem Forscherteam mit mehreren Mitgliedern stattfinden, bietet das Programm die Möglichkeit, die Codierungen unterschiedlicher Auswerter zusammenzuführen und damit sowohl Divergenzen als auch Kongruenzen übersichtlich abzubilden und Abweichungen berechnen zu können.

Eine Abbildung der Programmoberfläche mit Erläuterungen findet sich im Anhang.

3.6 Datenschutz und Ethik

Nach Vorlage der Studienplanung wurde diese am 19.09.2011 durch die Ethikkommission des Fachbereichs für Medizin (Vorsitzender: Prof. Dr. med. Gerd Richter) genehmigt (AZ 130 / 11). Während der Interviews wurden keine personenspezifischen Daten erhoben und Informationen, die potentiell Rückschlüsse zuließen, pseudonymisiert. Weiterhin wurden die transkribierten Interviews entsprechend der Vorgaben zum Datenschutz anonymisiert und nach dem Zufallsprinzip die Namen der Studienteilnehmer durch fortlaufende Nummerierungen (ID 01, ...) ersetzt.

4 Ergebnisse

4.1 Analyse der Stichprobe

Die 14 aus Hessen, Rheinland-Pfalz und Niedersachsen rekrutierten Hausärzte stellen eine heterogene Stichprobe dar, deren Zusammensetzung nachfolgend dargestellt ist. Die Auswahl der Hausärzte hat sich jedoch zu keinem Zeitpunkt an einer idealen Stichprobe unter Beachtung von Geschlecht, Alter, etc. orientiert.

	Hauptstudie (n = 11)	Pilotstudie (n = 3)
Alter (in Jahren)		
≤ 40	1	0
41 - 50	5	2
51 - 60	2	1
> 60	3	0
<i>Durchschnitt</i>	52	49,67
Geschlecht		
männlich	9	1
weiblich	2	2
Zeit seit Niederlassung (in Jahren)		
≤ 10	3	1
11 – 20	5	2
21 - 30	0	0
> 30	2	0
<i>Durchschnitt</i>	17,64	12,67
siedlungsgeografische Einordnung der Praxis		
rural	6	2
urban	5	1

Tabelle 1: Stammdaten der befragten Hausärzte

4.2 Problemfeld „Diagnosestellung bei dermatologischen Erkrankungen“

4.2.1 Allgemeines diagnostisches Vorgehen

Nahezu alle Hausärzte geben an, dass sich Patienten mit dermatologischen Erkrankungen in der Regel initial mit **unspezifischen Symptomen** wie Pruritus, Schmerz oder unterschiedlichen Hautveränderungen präsentieren. Dabei ist der Hausarzt gefordert, sich im Verlauf der weiteren Anamnese und Diagnostik auf ein Kardinalsymptom zu fokussieren.

ID 10: „[...] Jucken, vor allem Jucken. Sie hat immer gesagt: „meine Haut sieht ganz schlimm aus, alles pelzig und juckt ganz fürchterlich“ und so war’s dann auch.“ (12)

Zur weiteren Einschätzung der potentiell dermatologischen Erkrankung stützen sich die Hausärzte auf **anamnestische Angaben** der Patienten. Dabei weicht der Fragenkatalog von dem typischen „internistischen“ Anamnese-Schema ab, wobei jedoch das Grundprinzip der zunehmenden Fragenkomplexität erhalten bleibt.

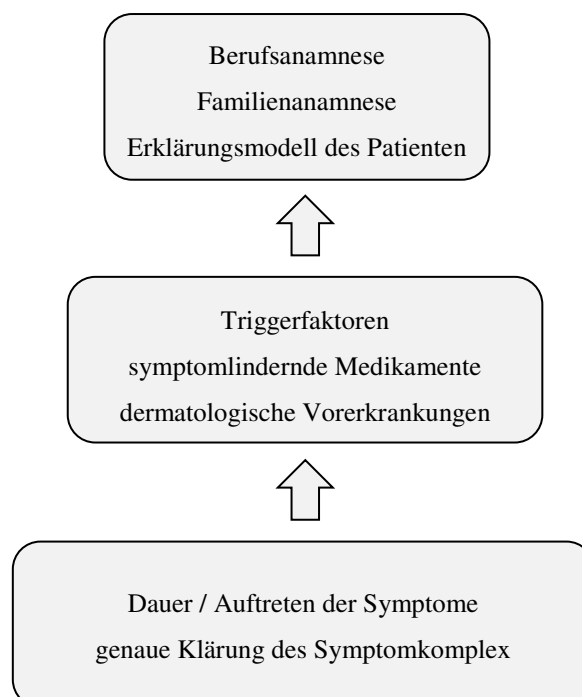


Abbildung 5: Anamneseerhebung bei dermatologischen Erkrankungen durch die befragten Hausärzte

Häufige anamnestische Fragen zielen auf eine **genaue Beschreibung der Symptome** (Dauer, Lokalisation, etc.), mögliche **Triggerfaktoren** sowie in den meisten Fällen auch die **Berufsanamnese** ab.

ID 10: „Und ja, gefragt habe ich nach Auslösern, zu welcher Tageszeit es besonders schlimm ist, ob die Medikamente, die sie bei Bedarf hat, ob die helfen [...].“ (14)

ID 11: „Beim dermatologischen Patienten ist das anders; der kommt und sagt, „Doktor, guck mal, was ich da habe“ und da würde ich dann fragen, „Wie lange haben Sie das, hatten Sie das schon mal, ist irgendetwas darüber bekannt, haben Sie eine Verletzung an der Haut gibt es noch mehr in Ihrem Umkreis, in Ihrer Familie, Ihrem Betrieb, die das auch haben?“ [...] Arbeitsmedizinische Aspekte ist auch immer etwas, was ich bei Hauterkrankung mit im Hinterkopf habe [...] das ist für mich immer ein ganz wichtiger Teil der Anamnese.“ (14, 15)

Dabei unterstreichen die befragten Hausärzte die Bedeutung einer exakten Beschreibung der **Morphologie der Primäreffloreszenz**; unter Umständen auch unter Zuhilfenahme von Lupe, Auflichtmikroskop und pathognomonischer Tests.

ID 13: „[...] Ist es eben lokal begrenzt, ist es auf dem ganzen Integument, wie ist es, sind es Papeln, sind es Pusteln, sind es nur Rötungen. Sind es kleinflächige Rötungen, sind es großflächige Rötungen. Da gibt es so vieles. Eine großflächige – geht sie mit Temperaturen einher, ist sie scharf begrenzt?“ (7)

ID 14: „Da gibt es tausend Dinge, was man immer prüft. Natürlich habe ich ein Auflichtmikroskop, ich verwende neuerdings auch ein elektronisches Mikroskop [...] Natürlich prüfe ich auch Dinge, wie bei der Urtikaria isomorphen Reizeffekt oder sonstige Dinge; bei der Psoriasis die Abschabbarkeit, dem Krankheitsbild also entsprechend.“ (33)

Laborchemische Untersuchungen (CRP, Leukozyten, BSG, etc.) und weitere quantitative Diagnostik werden als „[...] eine Basis [genutzt], zu gucken, ist das was, wo akuter Handlungsbedarf ist oder kann[man sich] da auch mal Zeit lassen.“ (ID 13,5)

4.2.2 Weiterführendes diagnostisches Vorgehen

Zur weiteren Diagnose dermatologischer Erkrankungen nutzen die befragten Hausärzte individuell ganz unterschiedliche Strategien und Vorgehensweisen. Im Rahmen der Interviews können verschiedene diagnostische Strategien identifiziert werden, die die befragten Hausärzte im Rahmen der Diagnose dermatologischer Erkrankungen einsetzen.

4.2.2.1 Grundlagen des diagnostischen Prozesses

Erfahrung und Empirie werden von fast allen befragten Hausärzten als Basis der von ihnen genutzten diagnostischen Strategien bei der Diagnose dermatologischer Erkrankungen genannt und können in einigen Fällen sogar als limitierende Faktoren in der Nutzung bestimmter diagnostischer Strategien identifiziert werden.

ID 6: „Na, die muss man irgendwie im Kopf haben, weil wir können nicht dauernd nachblättern. Also, manche Sachen sehen wir ja regelmäßiger oder häufiger, und wird dann, wenn es vorher unklar war, durch Kollegen bestätigt oder nicht, und diese setzen sich ja fest. [...] Und je länger man arbeitet, desto eher ist es so, dass so ein paar Sachen einfach fest im Kopf bleiben.“ (35)

ID 5: „[...] Wenn ich eine Diagnose deutlich favorisiere, dann behandle ich darauf hin. Ähm. (...) Wenn ich den Eindruck habe, ich weiß zwar nicht ganz genau was es ist, aber wenn hier jetzt eine Woche Cortison draufkommt dann ist es weg und der Spuk ist vorbei, dann behandle ich auch ohne Diagnose.“ (37)

4.2.2.2 Diagnostische Strategien

Im Rahmen der geführten Interviews werden sechs verschiedene, durch die befragten Hausärzte eingesetzte Strategien zur Diagnose dermatologischer Erkrankungen identifiziert, die nachfolgend detailliert dargestellt werden.

Die **Blickdiagnose** ist eine sehr häufig von den befragten Hausärzten genutzte Strategie. Dabei ist das Erscheinungsbild der Erkrankung für den behandelnden Hausarzt eindeutig; die Erhebung weiterer anamnestischer Hinweise ist in der Regel nicht mehr nötig. Auf diese Art und Weise diagnostizieren Hausärzte vor allem dermatologische

Erkrankungen mit einer typischen Morphologie wie beispielsweise Herpes Zoster, Akne und das Antibiotika-vermittelte Exanthem. Einige der Hausärzte konstatieren, dass die blickdiagnostische Sicherheit im Laufe ihrer praktischen allgemeinmedizinischen Tätigkeit zugenommen hat.

ID 6: „[W]enn's eine klassische Urtikaria ist oder eine Amoxicillin-Unverträglichkeit – das sehen wir auf den ersten Blick.“ (7)

ID 11: „[...] da war das Erythema migrans [...]. Wer das ein oder zweimal gesehen hat, das ist eine typische Blickdiagnose.“ (23)

Konstellationen aus einem spezifischen Symptomkomplex und anamnestischen Hinweisen (nicht selten in Verbindung mit spezifischen Primäreffloreszenzen und entsprechender Lokalisation) werden in manchen Fällen von den Hausärzten als ein für ein bestimmtes Krankheitsbild typisches Muster erkannt und triggern so die Arbeitshypothese. Bei den mittels **Mustererkennung** diagnostizierten Erkrankungen handelt es sich unter anderem um ein Arzneimittelexanthem bei Mononukleose und Amoxicillin-Gabe oder allergische Reaktionen.

ID 6: [...] bei Amoxicillin, da macht es meist gleich ‚klack‘ und die Patienten sagen, dass sie es von einem anderen Arzt bekommen haben. Oder ein Insektenstich, eine Wespenstichallergie. [...]“ (37)

Bei der Strategie des **schrittweisen Eingrenzens** nutzen die Hausärzte sowohl die Einteilung der Primäreffloreszenzen sowie deren lokale Begrenzung und ggf. weitere systemische Symptome, um dann mittels gezielter eingrenzender – häufig dichotomer – Fragen wie „[...] seit Wochen oder seit vorgestern. Flächig oder punktförmig; juckend oder nicht schmerzend. Auf gewisse Auslöser reagierend oder nicht reagierend. [...]“ (ID 8, 15) zu einer abschließenden Diagnose zu gelangen.

ID 13: „Sie gucken erstmal das Hautbild sich an, versuchen erstmal vom optischen Bild einzuordnen [...]. Ist es ein Erythem, ist es makulös, ist es makulopapulös, ist es pustulös, und dann kann man es schon ein bisschen in Schubladen einordnen [...].“ (7)

Einige wenige der befragten Hausärzte wenden im Rahmen des diagnostischen Prozesses ein **hypothetiko-deduktives Vorgehen** an und „*ha[tt]en von Anfang an eine Idee, und [versuchten dann] im Verlauf das zu erhärten und eine Bestätigung zu finden.*“ (4, 27). Im Verlauf von Anamnese und Untersuchung erhobene Aspekte führen dabei sowohl zur Annahme als auch zum Verwurf der favorisierten Diagnose.

ID 3: „Wenn ich eine klassische Neurodermitis in der vierten Strophe vor mir habe, dann (...) Ja, da werde ich gezielt nach den entsprechenden anamnestischen Daten fragen.“ (56)

Nicht selten kommt es gerade bei Hauterkrankungen vor, dass die Patienten aufgrund eigener Vorerfahrungen oder Erfahrungen aus dem nächsten sozialen Umfeld diese konkret und vor allem korrekt benennen können (**Selbstnennung** durch Patient), sodass der Hausarzt diese nur noch durch Anamnese und Zuordnung der Primäreffloreszenz bestätigen muss.

ID 1: „Na, er hatte schon den Verdacht, dass es eine Gürtelrose ist. Hat halt Schmerzen und diese typischen Hauteffloreszenzen, Dermatom zugeordnet und Eruptionen mit gelblicher Flüssigkeit gefüllt.“ (6)

Etliche der befragten Hausärzte nutzen vor allem bei Mykosen und Dermatosen unklarer Genese einen strategischen **Therapieversuch**, um im Verlauf der Behandlung eine Diagnose stellen zu können.

ID 12: „[...] Der größte Prozentsatz aber sind Exantheme, Ekzeme, sprich Hautveränderungen, die man, also ich persönlich, nicht sicher zuordnen kann. Und wo man manchmal Therapieversuche macht und anhand der Therapie und dem Verlauf vielleicht eine Diagnose zu finden, also im Umkehrschluss oder wo man sich dann doch relativ schnell dazu entscheidet, sich fachärztlich beraten zu lassen.“ (17)

4.2.3 Umgang mit diagnostischer Unsicherheit

Eine große Herausforderung für Hausärzte ist sicherlich der Umgang mit diagnostischer Unsicherheit. Eine symptomatische Therapie bei einer anamnestisch begründeten

Verdachtsdiagnose ist ein anerkanntes allgemeinmedizinisches Prinzip, unabhängig davon erleben viele Hausärzte ein hohes Maß eigener Unzufriedenheit, wenn es ihnen nicht gelingt, eine eindeutige Diagnose zu stellen.

Wie die befragten Hausärzte ihre eigene diagnostische Unsicherheit einschätzen, welche Gründe sie dafür identifizieren und welche Instrumente sie zur Reduktion dieser Unsicherheit anwenden, wird im Folgenden dargestellt.

4.2.3.1 Selbsteinschätzung der Hausärzte

Nur einer der befragten Hausärzte äußert ein **hohes Maß diagnostischer Sicherheit**.

ID 6: „Überwiegend. In 95% würde ich sagen. Und in den 5%, wo wir den Kollegen brauchen, da kriegen wir den ja auch. [...]“ (16)

Dabei betont er jedoch – ähnlich der Mehrheit der befragten Hausärzte - gleichzeitig, dass in manchen Fällen eine **eindeutige Zuordnung** der Primäreffloreszenzen zu einem bestimmten Krankheitsbild und damit die Stellung einer eindeutigen Diagnose **problematisch** sein kann.

ID 12: „Der größte Prozentsatz aber sind Exantheme, Ekzeme, sprich Hautveränderungen, die man, also ich persönlich, nicht sicher zuordnen kann. [...]“ (17)

ID 6: „Hautrötung, Juckreiz, äh...hmm... eine Anordnung, die ich nicht sofort zuordnen kann. [...] Das ist immer die schwierigste und unerquicklichste Situation.“ (5)

Während einige Hausärzte aussagen, dass sie mit den Grenzen ihres Wissens in Bezug auf dermatologische Erkrankungen auch im Patientenkontakt sehr offen umgehen, empfinden andere Hausärzte aufgrund ihrer eigenen diagnostischen Unsicherheiten im Praxisalltag hingegen ein hohes Maß an **Unzufriedenheit**. Diese persönliche Unzulänglichkeit führt in einigen Fällen dazu, dass Hausärzte nur sehr ungerne die Behandlung der dermatologischen Patienten übernehmen.

ID 10: „Nicht schlecht. Ich akzeptiere für mich, dass ich da meine Schwäche habe und kann damit gut umgehen, und thematisiere das auch bei den Patienten; da kenn' ich mich nicht aus, Haut ist nicht meine Stärke [...]“ (24)

ID 5: „Ja ja. Das ist sogar häufig der Fall. Ich finde Hauterkrankungen extrem schwierig. Das ist für mich mit das Schwierigste, wenn Leute sagen, 'ich hab da was...' da ich möchte ich immer am liebsten sagen [zögernd] 'können Sie nicht einfach wieder gehen' und dann habe ich sie am Backen erstmal [...].“ (14)

4.2.3.2 Medizinische und persönliche Gründe

Die angegebenen Gründe für die beschriebene hausärztliche Unsicherheit in der Diagnose dermatologischer Erkrankungen sind vielfältig.

Einerseits bemängeln die Hausärzte einen zu **geringen Stellenwert der Dermatologie** im Studium und nachfolgend ebenfalls in der allgemeinmedizinischen Fachweiterbildung. Fortbildungen setzen ein hohes Maß an Eigenverantwortlichkeit voraus und scheitern nicht selten an fehlender Zeit. Daher ist der diagnostische Blick der Hausärzte nicht ausreichend geschult und häufig **fehlen** auch die nötige **Erfahrung** und das **Fachwissen** im Umgang mit dermatologischen Erkrankungen.

ID 12: „Also, dermatologisches Wissen eigentlich nur das, was wir aus dem Studium hatten [...]dann kam im Rahmen der Facharztausbildung lange Zeit nichts mehr. Die Dermatologie ist für mich persönlich ein schwarzes Schaf und da ist auch sicherlich, wenn man sich nicht gezielt da bezüglich der Fortbildungen selber kümmert, bleibt das auch auf der Strecke. Und das kann man letzten Endes auch ganz offen sagen, die Dermatologie ist sicherlich auch der Bereich in der allgemeinmedizinischen Betreuung, also zumindest für mich persönlich gesprochen, wo das wenigste Wissen da ist.“ (54)

Andererseits stellt die Diagnostik dermatologischer Erkrankungen die Hausärzte insofern vor eine Herausforderung, als dass **quantifizierend-apparative Diagnostik** wie beispielsweise im internistischen Bereich (Ergometrie, TEE, etc.) weitestgehend **fehlt** und der optische Ersteindruck der Effloreszenz für die weitere Versorgung von größter Bedeutung ist. Da jedoch die **Erscheinungsbilder** der Krankheiten **variieren** und so nicht selten eine eindeutige Abgrenzung zu einem anderen Krankheitsbild erschweren oder sogar unmöglich machen, ist eine potentiell kausale Therapie daher häufig nicht möglich oder blieb unter Umständen erfolglos.

ID 6: „Wie gesagt, bei dieser Hautproblematik ist unsere Strategie irgendwann schnell erschöpft und dann gebe ich es lieber weiter, weil wir machen hier keine spezielle Diagnostik, das können wir auch nicht in der Allgemeinpraxis.“ (39)

ID 7: „Ja, zum einen, eine große Herausforderung in der Dermatologie ist schon, finde ich, so einen diagnostischen Blick dafür zu haben, das ist schwer, das ist in keinem anderen Fach so schwer, weil es eben viele Dinge gibt, die sich primär ähnlich äußern, die dann aber teilweise erhebliche Unterschiede haben in der Diagnose. Wobei ich mir da auch im Klaren bin, dass es den Dermatologen da nicht anders geht, habe ich das Gefühl, die tun häufig auch nur Cortison irgendwo drauf und gucken, ob es weg geht und weg bleibt. [...]“ (77)

4.2.3.3 Instrumente zur Reduktion diagnostischer Unsicherheit

Jeder Hausarzt entwickelt im Laufe seiner allgemeinmedizinischen Praxistätigkeit eine individuelle Strategie im Umgang mit diagnostischer (und therapeutischer) Unsicherheit und nutzt dabei verschiedene Instrumente, um diese Unsicherheit auf ein vertretbares Niveau zu reduzieren und gleichzeitig eine hinreichende Patientensicherheit gewährleisten zu können. Die von den interviewten Hausärzten genannten Instrumente und Strategien werden nachfolgend detailliert erläutert.

4.2.3.3.1 Begrenzendes Ausschlussverfahren und Identifikation möglicher Red flags

Nach Ausschluss möglicher abwendbar gefährlicher Verläufe und damit einer potentiell lebensbedrohlichen Gefährdung des Patienten wird im Rahmen des **begrenzenden Ausschlussverfahrens** die wahrscheinlichste Diagnose, die mit dem vorliegenden Beschwerdebild korrelierte, angenommen und daraufhin behandelt.

ID 7: „[...] Ich versuche einzuschätzen, ob es akut ist oder nicht, und wenn ich denke, dass es aus meiner Sicht nichts akut Bedrohliches ist, dann sage ich das dem Patienten auch. Dann sage ich ihm auch, "ich weiß jetzt nicht genau, was es ist, ich kann Ihnen aber sagen, vermutlich ist es das und das. Und wir probieren jetzt dies oder jenes mal aus und wenn es besser wird, und Sie keine weiteren Beschwerden haben, dann brauchen Sie auch nicht keine Sorge haben, und müssen nicht wiederkommen". (27)

Dabei ist das **Erkennen von Red flags**, den sogenannten Warnhinweisen, und abwendbar gefährlichen Verläufen (AGV) eine wichtige Aufgabe der Hausärzte. Die nachstehend angeführte Grafik zeigt einen nicht quantitativ repräsentativen Überblick über die von den befragten Hausärzten genannten *Red flags* bei dermatologischen Erkrankungen.

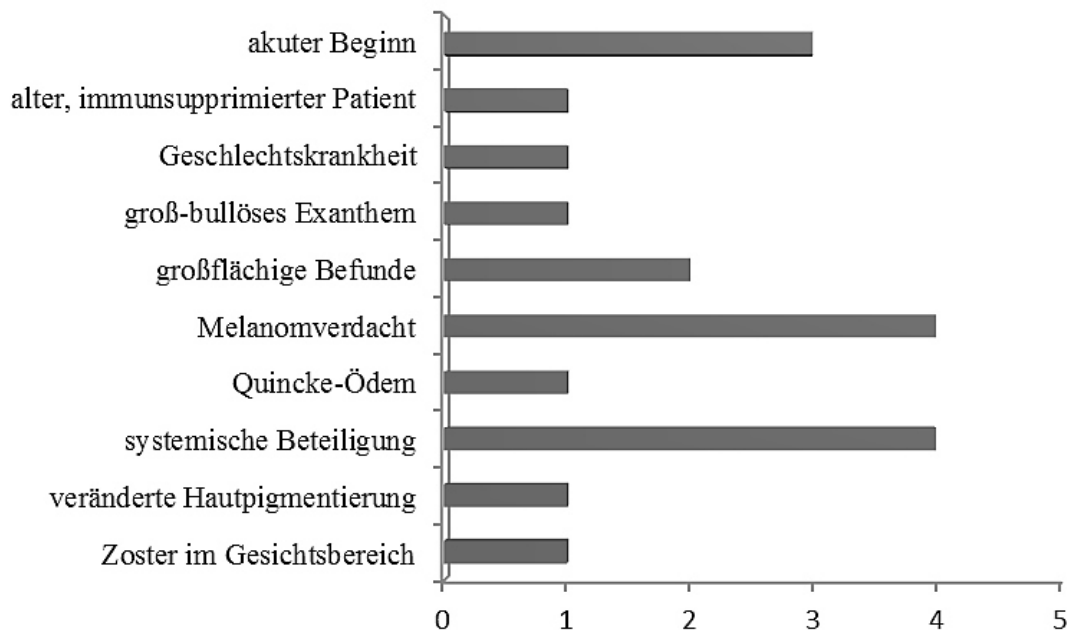


Abbildung 6: Dermatologische *Red flags* in der Hausarztpraxis

Die Grafik zeigt deutlich, dass Hausärzte dem **zeitlichen Verlauf** einer Hauterkrankung eine große Bedeutung beimessen und anhand dessen entscheiden, ob es sich um ein „akutes“ Problem mit dringendem Handlungsbedarf handelt oder inwiefern ein eher zurückhaltend-konservatives Vorgehen möglich ist.

ID 11: „[...] , wenn jemand kommt und sagt, „ich habe da was, schon seit vierzehn Tagen“, dann sehe ich da keine red flag, da bin ich zwar in Lauerstellung, aber da würde ich sagen, okay, das ist wohl nicht so schlimm. (...) Aber wenn jemand kommt und sagt, „ich habe vorhin was angefasst und jetzt wird mir plötzlich die Luft knapp“ oder „ich habe etwas eingenommen oder getrunken und die Luft wird mir knapp“, oder „ich habe Ausschlag am ganzen Körper“, ein fulminant sich veränderndes – das ist

schon ein Red flag für mich, da werde ich sehr, sehr aufmerksam, den würde ich auch nicht ohne weiteres gehen lassen.“(17)

Von großer Bedeutung für das weitere Vorgehen sind darüber hinaus eine mögliche **systemische Beteiligung** wie zum Beispiel Fieber oder die **Generalisierung** des Krankheitsbilds, großflächige Befunde oder Primäreffloreszenzen im Bereich **spezifischer Hautareale** wie beispielsweise Dermatom-konform oder periorbital.

ID 12: „Also, ähm, die red flags sind eigentlich immer, wenn wir Begleitsymptome, also immer wenn wir eine Systembeteiligung haben in Form von Fieber haben oder beginnende Erysipel sprich beginnende Wundrosen auch dabei sind oder wenn es ein Zoster ist, der nicht klassisch im Thorax- oder Abdomenbereich, sondern im Gesichtsbereich ist, also das sind dann auch immer die Moment, in denen man sich relativ schnell fachärztlichen Rat holt oder wenn es vom Ausmaß oder der Lokalisation her große, schwerwiegende Befunde sind.“(13)

ID 11: „Da muss man sagen, Dinge[, die] so zentral sind, also mehr zur Körpermitte hin, die finde ich dann teilweise schon bedrohlicher, gerade wenn sie einen ganz gravierenden Aspekt haben [...].“(16)

Der **Verdacht auf ein Melanom** ist ebenfalls ein häufig genannter Warnhinweis für einen abwendbar gefährlichen Verlauf. Hier überweisen die Hausärzte großzügig zum dermatologischen Fachkollegen zur weiteren diagnostischen Sicherung des unklaren Hautbefundes.

ID 5: „Es ist kein Melanomverdacht, wo ich sagen würde: „So, und jetzt sofort!““(22)

ID 3: „Ziemlich allergisch reagiere ich bei allem Verdacht auf Geschlechtskrankheiten, dann ja, Karzinomverdacht, Melanomverdacht, da hänge ich mich selber auch ans Telefon und mache auch Druck dahinter [...].“ (18)

4.2.3.3.2 Abwartendes Offenhalten

Eine als nicht akut eingeschätzte Hauterkrankungen, bei der Warnhinweise für einen gefährlich abwendbaren Verlauf ausgeschlossen werden können, jedoch keine eindeutige Diagnose bzw. Arbeitshypothese favorisiert wird, eröffnet dem betreuenden

Hausarzt die Möglichkeit des **abwartenden Offenhaltens**. Hierbei verzichtet er bewusst auf einen initialen Behandlungsversuch und beurteilt die Morphologie der Primär- bzw. ggf. auch Sekundäreffloreszenz nach einigen Tagen erneut. Aus der möglicherweise auftretenden Veränderung können genauso diagnostische Hinweise gewonnen werden wie aus einem unveränderten Erscheinungsbild oder einer Verschlechterung des klinischen Bildes. Diese Strategie bietet dem Hausarzt den Vorteil, den betroffenen Patienten gezielt erneut einzubestellen und in Ruhe eine erneute Zuordnung vorzunehmen, ohne im Erstkontakt zu einer finalen Entscheidung zwischen Therapie(-versuch) oder Überweisung gezwungen zu sein.

ID 12: „[...] Es gibt auch Verdachtsdiagnosen, wo auch ein gewisses Zuwarten möglich ist, wo dann eine Lokaltherapie versucht wird. Selten wird eine Therapieentscheidung getroffen, wenn jetzt die Diagnose überhaupt nicht zu stellen ist, also sobald da eine Unsicherheit da ist und ich keinen akuten Handlungsbedarf sehe, warte ich ab.“ (28)

ID 11: „[...] Ich bestelle mir Leute auch durchaus am nächsten Tag noch einmal ein, wenn ich mir relativ sicher sein kann, dass es zu keinem kardiovaskulären Insult kommen kann, dann dürfen die am nächsten Morgen noch einmal wiederkommen und mir die betroffene Stelle nochmal zeigen.“ (21)

4.2.3.3.3 Behandlungsversuch

Für einen **Behandlungsversuch** entscheiden sich Hausärzte meist, wenn sich im Rahmen des diagnostischen Prozesses eine klare Diagnose oder eine ausreichend sichere Arbeitshypothese herauskristallisiert hat, mit deren Therapie die Hausärzte vertraut sind. Der Therapieerfolg wird dabei in der Regel nach einigen Tagen in einer Kontrollkonsultation überprüft. Sollte das Beschwerdebild nicht auf die begonnene Behandlung angesprochen haben, hat der Hausarzt entweder die Möglichkeit, einen weiteren Behandlungsversuch zu initiieren oder den Patienten zum dermatologischen Fachkollegen zu überweisen.

ID 7: „Nein, ein wichtiges Entscheidungskriterium ist, ob ich damit gut klar komme und wo ich auch weiß was es ist, zum Beispiel ein Zoster an einer typischen Stelle, eine typische Blickdiagnose und solche Dinge, die überweise ich nicht zum Dermatologen in der Regel [...].“ (55)

ID 6: „Also, ich würde auch ohne Kollegen zunächst etwas anbehandeln, und wenn das sich nach spätestens acht bis zehn Tagen überhaupt nicht rührt, dann auf jeden Fall weiterschicken.“ (39)

ID 5: „Mittelfristig; also ich würde immer eine Pilzerkrankung so probieren auch ne Pityriasis versicolor würde ich erstmal behandeln – da ist ja nix mit Cortison, oder nur am Anfang ein bisschen Cortison dazu an den Füßen, wenn es so ekzematös verändert ist. Das würde ich immer erst einmal hier behandeln, das wäre mittelfristig. Wenn das zweite Antimykotikum auch nicht hilft, dann würde ich da überweisen; langfristig – ja, wenn der 2. Versuch halt nix bringt.“ (42)

Ein Behandlungsversuch erfolgt auch dann, wenn eine dermatologische Vorstellung des Patienten in einem der Symptomatik und dem Leidensdruck angepassten Zeitraum nicht möglich ist und darüber hinaus Hinweise für einen abwendbar gefährlichen Verlauf fehlen. Bei diesen Patienten steht dann eine rasche Linderung der Beschwerden unter Anwendung einer rein symptomatischen Therapie im Vordergrund.

ID 5: „Unterschiedlich. Hängt davon ab, wie beweglich ein Patient ist, wir haben hier keinen Hautarzt um die Ecke – wir sind ein Dorf. Wenn ich eine Diagnose deutlich favorisiere, dann behandle ich darauf hin. Ähm. Wenn ich den Eindruck habe, ich weiß zwar nicht ganz genau was es ist, aber wenn hier jetzt eine Woche Cortison draufkommt dann ist es weg und der Spuk ist vorbei, dann behandle ich auch ohne Diagnose.“ (37)

4.2.3.3.4 Bitte um weitere fachliche Unterstützung und Beratung

Kurzfristige (mündliche) **Konsultationen**, sowohl des dermatologischen Fachkollegen als auch des allgemeinmedizinischen Kollegen beispielweise in einer Gemeinschaftspraxis sowie die **Überweisung** zu einem Dermatologen sind ein häufig genutztes Instrument, diagnostische Unsicherheit zu mindern. Darüber hinaus bedienen sich einige Kollegen in schwierigen Situationen auch neuer Medien wie Internet und Mobiltelefonie, um die adäquate Versorgung ihrer Patienten zu sichern.

ID 6: „Meinen Kollegen befragt. Ich habe es so gut, dass ich immer noch zu zweit – und das ist eine der häufigsten kurzbesehen Besprechungen, wegen Hautbefunden. Ansonsten brauchen wir uns nicht häufig sprechen. Aber das ist ganz offensichtlich,

dass auch er mich ruft, weil das doch (...) äh (...) eine relative Schwierigkeit ist [...].“ (7)

ID 13: „Wie gesagt, da rufe ich den Hautarzt an, den Dermatologen und bitte ihn um seine Meinung. Und da sichere ich mich dann selbstverständlich ab[...].“ (21)

ID 1: „[...]Das war ein Patient mit einem merkwürdig aussehenden Exanthem, also nicht-urtikariell, sehr flächig und auch von der Färbung sehr auffällig, es hatte so einen lividen, leicht ins violette gehenden Ton. Da habe ich einfach dem Mann gesagt, 'ich habe keine Ahnung, was das ist, ich muss Sie weiterschicken zum Dermatologen, zum Facharzt'“. (10)

Ist der niedergelassene Dermatologe in seltenen Fällen jedoch nicht verfügbar und „[...] es gibt tatsächlich einen Hinweis auf einen komplizierteren Verlauf, dann ja, [schicke] ich sie dann schon eher ins Krankenhaus [...]“. (7,55)

Das Eigenstudium einschlägiger **Literatur und Online-Medien** unter Vergleich der morphologischen Krankheitsaspekte und des Krankheitsverlaufs wird von einigen Hausärzten genutzt, um zusätzliche diagnostische Sicherheit zu gewinnen und eine fundierte Verdachtshypothese zu entwickeln.

ID 7: „[...] Was ich häufig in Anspruch nehme, ist der 'Dermis-Atlas', den es im Netz gibt, der ist ganz gut, ich nehme den auch für die Patienten, um denen zu zeigen, wenn ich denke, dass das ist das und das, um den zu zeigen, "ja, das sieht ja wirklich so ähnlich aus". Da kann man sich die Bilder ja gut angucken und das benutze ich ja häufig als Werkzeug für mich.“ (97)

ID 11: „Bei uns ist das mit den Dermatologen so, wir haben eine Praxis, da sind drei Hautärzte drin, das ist sensationell für eine kleine Stadt mit 14.000 Einwohnern, aber diese 3 Hautärzte vergeben Termine in sechs Wochen. Davon habe ich gar nichts. Das heißt, ich bin mehr oder weniger gezwungen, auch nochmal die Nase in meine Studienbücher zu stecken.“ (29)

In der nachfolgenden Abbildung sind die beschriebenen diagnostischen Strategien sowie die von den Hausärzten genannten Strategien zur Reduktion diagnostischer Unsicherheit zusammenfassend grafisch dargestellt.

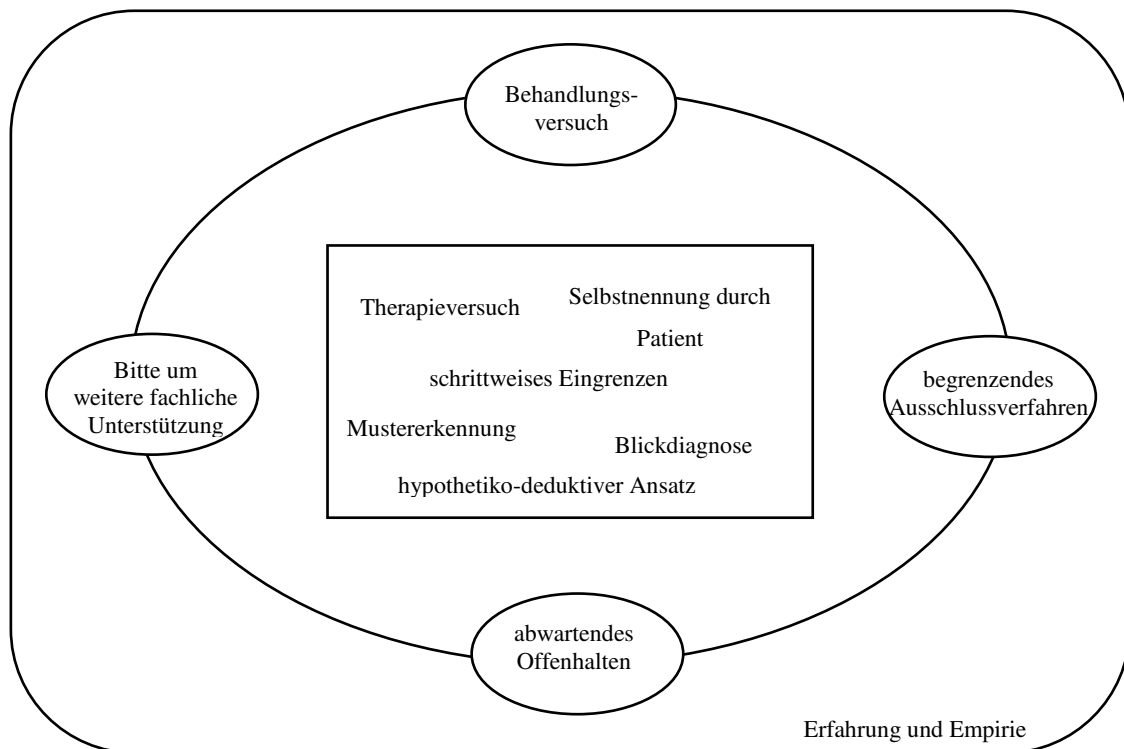


Abbildung 7: Strategien in der Diagnose dermatologischer Erkrankungen – eine Übersicht

4.2.4 Diagnostischer Entscheidungsprozess

Auf Grundlage der von den Hausärzten genannten Vorgehensweisen in der Versorgung dermatologischer Hauterkrankungen wurde der nachfolgend dargestellte Algorithmus entwickelt, der den Entscheidungsprozess der Hausärzte veranschaulicht. Dabei werden in den rechteckigen Formen kognitive Prozesse wie Anamnese oder die Anwendung unterschiedlicher Strategien, in den Rauten dichotom formulierte Entscheidungsfragen (‚Handelt es sich um einen Notfall?‘) und die drei Endpunkte des zum Teil iterativen Prozesses (‚Krankenhauseinweisung‘, ‚Therapie im hausärztlichen Rahmen‘ und ‚Überweisung‘) im dem dazugehörigen Bedingungsgefüge abgebildet.

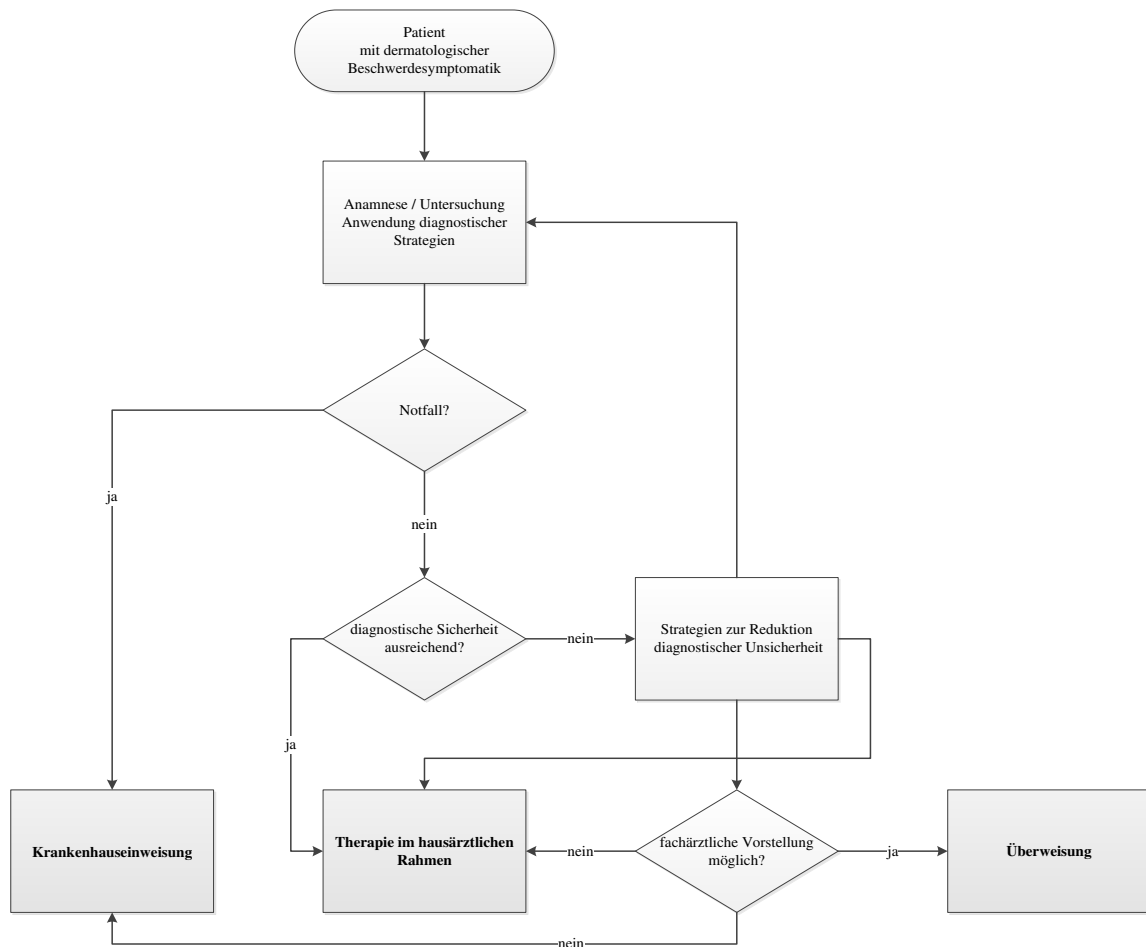


Abbildung 8: Algorithmus „hausärztlicher Entscheidungsprozess in der Behandlung dermatologischer Erkrankungen“

4.3 Zwischen Haus- und Hautärzten - Aspekte der Zusammenarbeit

Diagnose und Therapie potentiell dermatologischer Erkrankungen sind in den allermeisten Fällen gleichzeitig auch mit einer Kooperation mit den regional niedergelassenen dermatologischen Fachkollegen verbunden.

Die unterschiedlichen Aspekte dieses komplexen Zusammenspiels wie die Grundlagen des Kooperation- und Kontaktverhaltens, infrastrukturelle Rahmenbedingungen sowie nachfolgend deren subjektive Wahrnehmung und Einschätzung durch die Hausärzte sollen im Folgenden näher erläutert werden.

4.3.1 Kooperation mit dem Dermatologen

Hausärzte sind bestrebt, ihren Patienten eine optimale und individualisierte Versorgung zu ermöglichen. Dazu gehört, als „**Koordinator**“ in den o.a. Fällen eine fachärztliche Konsultation zu bahnen und in dringlichen Fällen den Patienten gegebenenfalls selbst telefonisch vorzustellen.

ID 8: „[...] Es ist aber auch durchaus so, dass ich mich ans Telefon klemme und in der Hautarztpraxis anrufe und sage, "ich will heute oder morgen diesen Patienten gesehen haben". [Interviewer: „Funktioniert das?“] Ja, wenn ich drängele schon. Dann merke ich zwar den Widerwillen, aber das geht dann schon, wenn ich denen sage, "hier, das ist was, das gefällt mir gar nicht und das will ich von einem Profi gesehen haben", dann geht das ja.“ (17-19)

Der schriftliche (Kurz-)Brief des Dermatologen mit Diagnose und Therapieempfehlung dient dem Hausarzt **als Grundlage** einer adäquaten und ganzheitlichen Weiterbehandlung seines Patienten.

ID 10: „Ja, das würde ich mir wünschen. Ich würde mir wünschen, dass wenn ich einen Patienten mit einem Gesichtszoster zum Hautarzt schicke und der Kollege sagt, „das ist für mich auch ambulant nicht mehr zu händeln, den werde ich jetzt einweisen“, dass er kurz anruft oder anrufen lässt [...] sodass man gleich die Rückmeldung hat. Das wäre schön. Oder eine handschriftliche Kurznotiz, welche Salben sind rezeptiert worden [...].“ (52)

4.3.2 Infrastrukturelle Herausforderungen

Durch die größeren Entfernungen und die häufig schlechtere Anbindung an den öffentlichen Nahverkehr ländlicher Regionen **hängt** (nicht nur) die dermatologische **Versorgungsgüte** stark **von dem Mobilitätsstatus** des individuellen Patienten **ab**. Hierdurch entsteht das subjektive Empfinden eines Versorgungsmangels seitens der Hausärzte und der Patienten, während zumeist rein statisch pro Kopf ausreichend Dermatologen zur Verfügung stehen.

ID 8: „Es sind genug. 15 glaube ich. Aber nicht genug in der Pampa. Wir sind eben nur 15 Kilometer von K. weg, Ki. hatte die ganze Zeit eine Hautärztin, die jetzt aber auch

nach K. gegangen ist, sodass jetzt Ki. locker 30 bis 35 Kilometer von dem nächsten Hautarzt weg ist, die [...] sind richtig unterversorgt. Ich muss sagen, für die Leute, die nach K. fahren können, glaube ich, haben wir genug Hautärzte.“ (23)

ID 5: „Schwierig. In der Umgebung drei und dann halt in Kassel, wobei die in Kassel fast leichter zu erreichen sind, weil man da mit dem Bus hinfahren kann. Es ist schon alles weiter weg. Wer gehbehindert ist, hat schon ein Problem.“ (71)

Als Konsequenz dieser relativen Unterversorgung sind Hausärzte in ländlichen Regionen besonders in der Betreuung mobilitätseingeschränkter Patienten zusätzlich gefordert, die Weiterversorgung noch individualisierter zu koordinieren und sich gleichzeitig mit einer wesentlich **höheren Verantwortung** bei der Versorgung dieser Patienten auseinanderzusetzen.

ID 7: „Eigentlich gar nicht großartig, weil wenn ich da jetzt hinfahre und sehe, dass es nichts Bedrohliches ist und dass ich das jetzt so managen kann, dann mache ich das auch. Dann gucke ich mal. Und wenn ich nicht klar komme und ich habe den Eindruck, dass es jetzt wirklich gefährlich ist, dann Sorge ich auch schon dafür, dass nicht der Prophet zum Berg kommt, sondern der Berg zum Propheten, soll heißen, dass der Patient dann halt transportiert wird.“ (49)

ID 1: „Ich kann vielleicht sagen, dass ich sehr sehr froh bin, den Dermatologen ums Eck zu haben, und dass ich die Kollegen nicht beneide, die da [...] auf dem flachen Land praktizieren und vielleicht auch gar nicht die Möglichkeit haben, jemanden zu konsultieren, sondern einfach Entscheidungen treffen müssen [...].“ (87)

4.3.3 Hausärztliche Wahrnehmung des hautärztlichen Terminmanagements

Nicht in allen Fällen folgt einer Überweisung oder unter Umständen sogar telefonischen Vorstellung des dermatologisch erkrankten Patienten auch eine zeitnahe Konsultation durch den Hautarzt. Hier kritisieren die Hausärzte eine **nicht ausreichend patientenorientierte Terminvergabe der Dermatologen**, aufgrund dessen Patienten nicht zeitnah von einem hautärztlichen Facharzt gesehen werden können, längere Wartezeiten in Kauf nehmen und sich unter Umständen sogar eigenverantwortlich um ihre Konsultation kümmern müssen. Dies widerspricht den hausärztlichen

Vorstellungen einer patientenzentrierten Akutversorgung und führt zu Unsicherheit, Unverständnis und Unzufriedenheit auf Seiten der Hausärzte.

ID 11: „[...] Ich bin manchmal so in Not, dass ich die Leute mit einer Überweisung ausstatte und mit dem Auftrag, in der Dermatologen-Praxis solange Rabatz zu machen, bis sie angeguckt werden. Und die haben ein Terminvergabesystem, was dem unseren so gar nicht entspricht.“ (31)

ID 6: „Wenn es akut ist, und ich gar nichts weiß, dann versuche ich immer mit viel Quengeln und Jammern einen Hautkollegen zu finden. Das ist eine relativ schwierige Aufgabe, aber es geht immer noch; auch jemanden, der dann noch ad hoc mituntersucht, wobei die meisten jedoch Terminvergaben in drei, vier Monaten haben. Das ist äußerst schlecht, weil das uns nichts nutzt. In drei, vier Monaten brauche ich keinen Hautarzt.“ (14)

Als Konsequenz des für die Hausärzte nicht zufriedenstellende hautärztliche Praxismanagements resultiert ihrerseits eine **Reduktion des Dermatologen auf einen „Fach“-Experten** für schwierige Fälle, der mit Ausnahme spezieller Situationen wie beispielsweise die Behandlung von Melanomen, nur sehr selektiert angesteuert wird. Bei geringen Erfolgsaussichten verzichten Hausärzte in bestimmten Fällen auch auf eine fachärztliche Konsultation.

ID 5: „Hmmm. Es geht eigentlich immer so, dass die wieder zu uns zurückkommen. Weil die Schwierigkeit ist schon mal, überhaupt regelmäßig zu Hautärzten zu kommen, also anzudocken. Die fühlen sich häufig nicht wirklich angedockt. Die sind da punktuell behandelt, aber angedockt sind sie hier. [...] Äh, ja, es gibt ein paar Patienten, Melanom-Patienten, die sind ganz gut angedockt, mit ihrem Nachsorgeschema, all dem. Da hänge ich mich auch gar nicht großartig rein. Das läuft. Wobei ich mir da auch schon immer ausgucke, zu wem die gehen.“ (77)

ID 9: „Ja, also, keine persönliche Kontaktaufnahme, oft Fließbandarbeit. Die Patienten sind manchmal erschrocken, dass sie nur fünf Sekunden angeschaut wurden und dann wieder herausgeschickt werden. Das ist nicht gut.“ (39)

ID 5: „Gut. Also, das war gestern eine Patientin mit seberrhoischem Kopfekezem, die war schon beim Hautarzt und da muss immer wieder Cortison drauf und dann ist's weg und dann kommt's wieder und ähm dann mache ich das, was ich immer dann mache: ich schicke nicht mehr zum Hautarzt.(Gelächter)“ (6)

Alternativ bzw. ergänzend zu dem oben beschriebenen Konsultationsverhalten bauen sich Hausärzte zur suffizienten und vor allem zeitnahen (Weiter-)Versorgung ihrer dermatologischen Patienten entsprechend ihrer Vorerfahrungen mit den regional niedergelassenen Dermatologen häufig **persönliche „Versorgungsnetzwerke“** mit einigen favorisierten hautärztlichen Kollegen auf. Bei der Auswahl legen die Hausärzte sehr viel Wert auf eine mit ihrem Versorgungsanspruch korrelierende Patientenversorgung, die eine funktionierende Kommunikation mit (telefonischen) Rückfragen und regelmäßigen schriftlichen Rückmeldungen impliziert.

ID 14: „Ja, Ich mache es dann manchmal über das Internet – ein Bild schicken. Also, zum Beispiel an der Front, wenn ich einen extrem schwierigen Dekubitus habe, zum Beispiel, im Altenheim, wo der Patient nicht mehr mobil ist [...], dann habe ich das schon mal so gemacht, dass ich diese Symptome geschildert habe, so ein kurzes summary, und habe die Bilder dann dem Hautarzt geschickt. Den ich natürlich gut kenne. Logisch.“ (19)

ID 2: „Ja, wir überweisen schon dahin. Häufiger rufen wir auch selbst an, damit es schneller geht, denn sonst, wenn ein Patient selbst geht, das dauert immer etwas länger. Dann rufen wir schon, wir haben so Kollegen, mit denen wir immer wieder kontaktieren.“ (22)

ID 11: „[...] aber ich habe die Möglichkeit, einen Kollegen im Nachbarort, der ist 15km entfernt, der sieht das nicht so eng mit den Terminen [...]. Also, die haben irgendwie ein anders Praxismanagement. Und der Kollege ist immer fröhlich, der hat immer Zeit zum Zuhören, der hat immer Zeit, dem Patienten zu erklären, was er gerade behandelt, und ich tendiere dazu, diese große Gemeinschaftspraxis gar nicht mehr so oft anzusteuern, sondern die Patienten einen Ort weiter zu schicken.“ (37)

4.3.4 Mangelnde Rückmeldung durch die Dermatologen

Wie bereits erwähnt, sind die Hausärzte von den Therapieempfehlungen ihrer dermatologischen Fachkollegen abhängig. Viele der befragten Hausärzte merken kritisch an, dass diese **schriftlichen Rückmeldungen** in der Regel fehlen oder **unvollständig** sind, sodass Diagnose und Therapie für sie als behandelnde Hausärzte daher nicht immer suffizient nachvollziehbar sind. In diesen Fällen fühlen sich die

überweisenden Hausärzte von den Dermatologen in ihrem Informationsbedürfnis nicht ausreichend ernst genommen und **mit der dermatologischen (Weiter-) Versorgung des Patienten allein gelassen.**

ID 9: „Nee. Also viele Ärzte schreiben gar nicht, viele Fachkollegen schreiben gar keinen Bericht, andere beschreiben Befunde, ohne dass sie eine Therapie eintragen. Also nicht zufrieden. Aber wir haben da aufgegeben, die da hinzubringen, das macht keinen Sinn, weil es immer wieder frustrierend sein wird, wenn man jetzt jeden Arztbrief anmahnt – ist schwierig.“ (43)

ID 3: „Wenn ich eine Verdachtsdiagnose äußere, dann [müsste da stehen] dass es das ist, oder warum es das nicht ist und was dann dafür als Differentialdiagnose in Betracht kommt und das Procedere.“ (30)

ID 8: „Wirklich, die Berichte. Das ist mit Abstand das Wichtigste. Das Arztbriefwesen, ja, woraus wirklich etwas hervorgeht, wie ich das bei Internisten auch habe, dass er zwei, drei Untersuchungen macht und sagt, aufgrund dessen, denkt er, es könnte am ehesten das uns das sein, und am ehesten damit zu therapieren. Aber wenn ich dann was zurückkriege, dann ein handschriftliches Pamphlet, wo die Diagnose gerade lesbar ist und untendrunter eine Salbe. Fertig, aus, Ende [...].“ (29)

Viele dermatologisch gesehene Patienten erhalten entgegen der hausärztlichen Erwartung **keine kausale Therapie**; häufig beginnen die Hautärzte mit einer symptomatischen Behandlung auf Basis der gestellten Arbeitsdiagnose, nicht selten auch mit Cortison-Präparaten. In diesem Zusammenhang sind die Hausärzte von ihren dermatologischen Fachkollegen enttäuscht und zweifeln in einigen Fällen auch deren Fachkompetenz an. Dies führt zu einer Desillusionierung der Hausärzte, die ihre eigenen subjektiv empfundenen diagnostischen und therapeutischen Defizite hierdurch relativiert sehen.

ID 13: „[...] wenn ich es nun gar nicht weiß, dann habe ich auch überhaupt keine Scheu, mal eben einen dermatologischen Kollegen anzurufen, und zu fragen, „Können Sie mal bitte mit einen Blick darauf werfen, was halten Sie davon?“. Wobei ich sagen muss, so viele Antworten mehr kommen dabei auch nicht. [...] Die große Kompetenz ist leider auch nicht da (...).“ (9, 17)

ID 8: „[...] dass das [Cortison] anscheinend die dermatologische Allheilmittelwaffe ist, die auch ganz ganz breit von fachärztlichen Kollegen zurückkommt. Dann sind die zwar

manchmal ganz kunstvoll verpackt in irgendwelchen Zubereitungen, wo noch Mittelchen dabei sind, die man als Hausarzt nicht versteht oder nicht kennt, aber wenn man dann mal genauer guckt, ist doch wieder 0,1%ige Betamethason drin, ist man doch wieder ein bisschen desillusioniert.[...] und wenn ich dann sehe, mein geschickter Patient auch nur mit einer Cortisonsalbe behandelt wurde und ich mich dann frage, ist meine Lücke in Dermatologie so schlimm, wenn letztlich da auch nur Standard gefahren wird?!“ (85, 11)

4.4 Therapie und Therapieziele

Im Rahmen dermatologischer Erkrankungen lassen sich zwei konträre therapeutische Behandlungskonzepte voneinander abgrenzen.

4.4.1 Therapieziele in der Versorgung akut erkrankter Patienten

Das erklärte Behandlungsziel in der Akutversorgung dermatologischer Patienten ist eine **dauerhafte Heilung** und die **Vermeidung von Rezidiven**.

ID 13: „Ja gut, wenn es eine Akuttherapie ist, dann muss man ja das Ziel haben, dass diese Erkrankung zur Abheilung zu bringen ist. [...]“ (29)

ID 5: „Also, bei akuten Patienten, das möglichst schnell wieder in den Griff zu kriegen. [...] zum Beispiel bei Pilzerkrankung, von Anfang an konsequent behandeln, nicht eine Woche die Pilzsalbe drauf, dann wieder weg und sich dann wundern, dass es wiederkommt [...].“ (79)

Hausärzte favorisieren als Grundlage ihrer therapeutischen Entscheidungen eine **eindeutige Diagnose** mit nachfolgender spezifischer Therapie **oder** eine **Arbeitshypothese** als Basis einer symptomatischen Therapie.

ID 12: „Also, die Akuttherapie, die ich mir selber zutraue, weil ich eine Diagnose gestellt habe, ist ja bei den Hauterkrankungen in der Regel eine Lokalthherapie oder eine begleitende symptomatische Therapie zum Eindämmen des Juckreizes [...].“ (26)

Dabei steht entsprechend der Wünsche und des Anspruchs der Patienten an die hausärztliche Behandlung die **Linderung der akuten Beschwerdesymptomatik** im Vordergrund.

ID 11: „Na ja, der akute Patient kommt immer mit einem besonderen Problem [...]. Bei einem akuten Patienten muss ich auch davon ausgehen, dass es so eine Art 'Laufkundschaft' ist, das heißt, der kommt einmal und dann nie mehr. Ich habe also ein paar Minuten die Chance ihn zu sehen, muss mir eine kurze Arbeitsdiagnose machen, die hoffentlich passt, und dann wäre es mir wichtig, dass es auch etwas in die Hand kriegt; entweder, „du musst zum Dermatologe, weil das Melanom ist bösartig, da kannst du dran versterben“, oder „du musst dir die Salbe holen und das anbehandeln“. Häufig klappt es ja auch, deshalb kommen die Patienten ja auch nicht mehr. Der Akutpatient, der sucht nach akuter Hilfe. Der will auch nicht sechs, sieben, acht verschiedene Ärzte durchprobieren, der will jetzt Hilfe. Sofort.[...]“ (41)

4.4.2 Therapieziele in der Versorgung chronisch kranker Patienten

Ein vorrangiges Ziel in der Behandlung chronischer dermatologischer Erkrankungen ist die **Kontrolle der Symptome** und das Bestreben, dem betroffenen Patienten das größtmögliche Maß an **Lebensqualität** zu **sichern**.

ID 1: „[...] Bei chronischen Patienten ist es halt oft so, dass man sich mit einem Eindämmen der Krankheit zufriedenen geben muss. Man ist ja froh, beispielsweise bei Psoriasis, wenn das beschränkt bleibt. [...]“ (49)

ID 6: „Bei den chronisch Kranken muss man halt sehen, dass man so früh wie möglich Symptomlinderung schafft, um das Leben erträglich zu kriegen. [...]“ (47)

Ein weiterer Schwerpunkt ist die **Vermeidung von Sekundärfolgen** wie beispielsweise eine Stigmatisierung oder die Generalisierung des Krankheitsbilds.

ID 8: „Und bei den chronischen Erkrankungen geht es ja im Prinzip, klar, Entstellung vermeiden, Organmanifestationen erkennen und vermeiden, Psoriasis und so was.“ (59)

Dabei setzen Hausärzte zur umfassenden Versorgung ihrer Patienten auf ein **interdisziplinäres und ganzheitliches Therapiekonzept**.

ID 14: „[...] Einen chronisch Hautkranken, den würde ich erstmal mit Sicherheit nicht allein behandeln. Da sind ja sicherlich schwerwiegende Erkrankungen. Da ist auch die Differentialtherapie nicht so ganz einfach [...]. Schwere Hauterkrankungen da würde ich mit allen Mitteln arbeiten, die ich habe: Zweitmeinungen bei Kollegen, symptomatische Therapien, die ich mir im Laufe der Jahre gesammelt habe, Verbindungen zu Reha-Einrichtungen und was nicht alles.“ (47)

Nicht alle Patienten stehen einem am bio-psycho-sozialen Krankheitsmodell orientierten Behandlungsansatz von Therapiebeginn an aufgeschlossen gegenüber. Hausärzte müssen daher bei der Versorgung dieser Patienten über ein hohes Maß an kommunikativem „**Fingerspitzen-Gefühl**“, **Empathie** und **Geduld** verfügen.

ID 5: „[...] Wenn ich mit den Sprachbildern komme, wie 'es geht mir unter die Haut' [...]; das hilft in dem Moment, aber es löst nicht die Ursache. [...] Also, wenn ich das von mir erzähle, dann wird die Akzeptanz ein bisschen leichter, aber das heißt nicht, dass es nicht beim nächsten Kontakt wieder auf dem Tisch ist. In dem Moment, „ja, klar, das sehe ich ein, aber jetzt muss doch was passieren!“ und was passieren heißt, in dem Moment eine Salbe draufschmieren und dann ist es in drei Tagen weg.“ (58)

ID 7: „Hm (...) bei den Patienten, die man selber ein bisschen auf die Schiene lenken kann, wird das häufiger angenommen, schon. Bei den Patienten, die kennt man schon, wo man weiß und denkt, das ist sicherlich ein psychischer Hintergrund, da wird es häufig nicht angenommen, wobei, bei den Patienten muss man manchmal einfach Geduld haben, die kommen ja immer wieder, das nervt einen selber zwar ein bisschen, aber irgendwann geht bei manchen von diesen Patienten auch mal ein Fenster auf. [...]. Das gibt es immer wieder und es gibt natürlich auch diejenigen, wo man sich auf den Kopf stellen kann und man erreicht doch nichts.“ (67)

Darüber hinaus sind Hausärzte gefordert, mögliche **psychosomatische Triggerfaktoren**, die potentiell zu einer Verschlechterung der chronischen Hauterkrankung führen können, zu identifizieren und ihnen gezielt entgegen zu wirken.

ID 7: „Da fragt man also, was es für Stressfaktoren sind, gibt es Dinge, die man ändern kann, gibt es Dinge, die man nicht ändern kann. Wie ist der Umgang damit. [...] Ansonsten muss man eben genau mal fragen, was eigentlich im Argen ist, was die Patienten denken, was im Argen liegt und ob sie denken, dass sie das lösen können.

Oder ob sie es nicht lösen können. Und wenn sie es nicht lösen können, ob sie professionelle Hilfe brauchen.[...]“ (65)

Eine weitere Aufgabe des Hausarztes im Sinne einer ganzheitlichen Versorgung ist es, bei den dermatologischen Patienten ein **Grundverständnis für ihre chronische Krankheit** zu erzeugen, die ihre Eigeninitiative und Selbstwirksamkeit zu stärken und sie zu motivieren, die unter Umständen unbequemen Therapieregime auch im Alltag umzusetzen.

ID 11: „Der chronische Patient ist da anders. Da steht die Diagnose, [...], da geht es einfach darum, einen neuen Verband wickeln, vielleicht ein bisschen Seelenmassage, das darf man auch nicht vergessen, denn so eine Hautkrankheit, gerade wenn es chronisch ist, ist extrem lästig, unter Umständen schmerzhaft, juckend, den Patienten sehr einschränkend [...] der braucht sicherlich nicht nur Wickel sondern auch das ein oder andere verständige Wort mehr [...].“ (42)

ID 7: „[...] dass es wichtig ist, bei den chronisch kranken Patienten zu wissen, wie gut sind die informiert, was sie selber machen können, was es schlechter, was es besser macht, da noch mal darauf hinweisen. Bei den Hauterkrankungen auf die Basispflegemaßnahmen, die ja häufig nicht umgesetzt werden [...] Und zwischendurch [...] immer mal wieder zu fragen, "haben Sie das auch wirklich verstanden", es gibt einige Patienten, die nicken und haben trotzdem nicht verstanden, was sie da eigentlich haben und warum das so ist.[...]“ (69)

Hausärzte befinden sich bei der Behandlung chronisch kranker dermatologischer Patienten nicht selten in einem **Spannungsfeld** zwischen der Erwartungshaltung der Patienten, ihrem eigenen Heilungsanspruch und einer realistischen Einschätzung des Krankheitsverlaufs.

ID 5: „[...] Lebensqualität, Akzeptanz, dass das mal wieder kommen kann. Das fällt auch manchmal mir schwer, weil ich denke, dass das doch in den Griff zu kriegen sein muss, aber es ist eben so. Das ist so.“ (81)

Fehlende Kommunikation der jeweiligen Zielvorstellungen und Wünsche in der Folge ruft Frustration und Unzufriedenheit beider Seiten hervor.

ID 10: „Die häufigsten Differenzen: Patient geht davon aus, dass ihm nicht nur akut geholfen werden kann, sondern dass er wieder genesen wird, dass es nicht chronisch wird. Während das für uns, für mich, schon klar ist, das ist ein chronischer Verlauf, ein schubweiser Verlauf, es wird keine Heilung geben; maximal eine Linderung. [...]“ (74)

4.5 Cortison im Praxisalltag

Viele Hauterkrankungen sprechen gut auf eine topische Cortisontherapie an. Die von den Hausärzten identifizierten Indikationen zur Anwendung einer Corticosteroidtherapie, die mit dieser Therapie verbundenen Herausforderungen sowie die Reaktion der Patienten auf eine entsprechende Verordnung, werden im folgenden Kapitel dargestellt.

4.5.1 Hausärztlich initiierte Cortisontherapie

4.5.1.1 Anwendungsgebiete

Hausärzte wenden topische Cortisonpräparate in der Regel nur zur **Intervalltherapie** und nach Stellung einer klaren Indikation an. Als eindeutige Indikationen für eine steroidale Therapie werden beispielsweise schwere allergische Reaktionen, Intertrigo, Exazerbationen chronischer Hauterkrankungen und Ekzeme unterschiedlicher Lokalisation genannt.

ID 1: „[...] Die Indikation muss natürlich scharf gestellt sein, ich würde nicht auf eine Dermatomykose primär Cortison draufgeben [...]. Aber es gibt durchaus Indikationen.“ (65)

ID 10: „Also, schwerste Symptome, eine Exazerbation einer chronischen Hauterkrankung, einer Psoriasis, aber auch ein akutes Arzneimittel-Exanthem, haben wir relativ häufig. Das sind Dinge, wo ich persönlich relativ großzügig bin.“ (88)

Häufig sind jedoch Hausärzte auch gezwungen, auf den **hohen Leidensdruck** des Patienten oder eine mögliche Befundverschlechterung mit dem Einsatz von Cortisonpräparaten zu reagieren.

ID 8: [...] Ansonsten stehen bei der Cortisontherapie die Beschwerden des Patienten im Vordergrund. Hat er etwas, was ihn nervt, juckt, weh tut, und dann gibt es halt schneller Cortison. [...]“ (73)

ID 2: „Ja, wenn man lokalen Salben ohne Cortison oder Antiallergika nicht weiter kommt, es nach einer Woche keine Besserung gibt oder noch schlimmer wird, dann probiert man schon. Dann fange ich klein an. [...] Aber wenn die natürlich nach drei Tagen kommen und es ist richtig schlimm geworden, dann macht man Cortison.“ (55)

Als klare **Kontraindikationen** für eine Therapie mit cortisonhaltigen Topika haben die befragten Hausärzte Dermatomykosen, Herpes Zoster und bakterielle (Super-)Infektionen identifiziert.

ID 8: „Also gar nicht natürlich bei den, wenn es mir gelingt, die virusmäßigen Sachen zu erkennen und auszuschließen, dann natürlich überhaupt nicht bei Herpes oder beim Zoster. [...]“ (73)

ID 10: Das gibt's auch. Muss ich jetzt kurz überlegen. (...) Zoster. Kein Cortison drauf. Da würde ich kein Cortison drauf machen, fällt mir sofort ein. Eitrige Sachen, putride Sachen. Kein Cortison. Wo wir eine bakterielle Superinfektion haben. Wenn ich mir ziemlich sicher bin, dass es eine Pilzkrankung ist, dann würde ich auch die Finger von Cortison lassen. [...]“ (90)

4.5.1.2 Verordnete Präparate

Die Kriterien bei der Verordnung eines topischen Cortisonpräparates sind individuell sehr verschieden. Während sich einige Hausärzte am **Stufenschema** orientieren, wählen andere ihre Präparate **intuitiver** aus, verlassen sich auf die Erfahrungen mit dem Präparat in der Vergangenheit oder nutzen eigene Mischungen.

ID 7: „Es kommt darauf an, wo was ist und je nach dem wie dick die Haut ist und wie stabil was ist. Ehrlich gesagt orientiere ich mich da an der Roten Liste und den Hauptgruppen dort und setze die Präparate dementsprechend ein. Je nachdem, ob stark, mittelstark oder schwach.“ (79)

ID 1: „Das sind immer so ein bisschen aus dem Bauch heraus gefällte Entscheidungen. Also, ich habe keine konkrete Vorgehensweise.“ (69)

ID 5: „Ja. [...] die Mischsalben oder Präparate, die gut helfen, die merke ich mir [...].“
(97)

Das Spektrum der von Hausärzten verordneten Präparaten ist breit; wobei **Betamethason** und **Hydrocortison** häufiger genutzt werden. Bei Verdacht auf eine mykotische Beteiligung beispielsweise bei infizierten Ekzemen greifen Hausärzte auch zu einem Kombipräparat wie **DecodermTri®**, das sowohl Flupredniden als auch Miconazol enthält.

ID 1: „Betamethason, würde ich sagen. Das ist so der Standard; das ist preiswert; da habe ich gute Erfahrungen mit.“ (71)

ID 12: „Also, wir haben sicherlich unsere Standardpräparate, dass wir Hydrocortison vordergründig einsetzen oder auch mal Betamethason unterschiedlichster Firma, was auch so der Computer gerade auswirft. Aber so einen gewissen Favoriten hat man nicht. Wir haben wie gesagt gerne mal bei den Dermatomykosen, die auch infiziert sind, da haben wir unseren Favoriten auch mit dem DecodermTri, das würde ich schon sagen. Das schon so ein Favorit, das wir sehr gerne einsetzen.“ (42)

Die Verwendung dieses Kombinationspräparats wird jedoch kontrovers diskutiert. Einerseits generiert es **Skepsis**, da der verordnende Hausarzt unsicher ist, welchen Krankheitsaspekt er therapiert, und andererseits auch **Angst vor** nicht-antizipierbaren **Neben- und Wechselwirkungen**.

ID 1: „Äh. Also das finde ich, das ist so ein bisschen so ein multifaktorielles Draufhauen, ich bin da nicht so von begeistert, muss ich sagen. Na ja, das ist ja eine antibakterielle, antimykotische, corticoidhaltige Salbe und das kommt mir immer so ein bisschen vor, man weiß nicht genau, was es ist, also fährt man direkt mal drei Geschütze auf. Benutze ich eigentlich nie.“ (73)

ID 11: [lacht]. Na ja, das ist so etwas gegen Hunger, Anschiss und Kälte. Da bin ich eigentlich nicht so dafür. Ich nehme eigentlich lieber Monopräparate, weil bei so einem Kombipräparat weiß ich nicht immer ganz genau, erstens, was habe ich jetzt behandelt, zweitens, welcher Anteil dieses Kombipräparats hat jetzt eigentlich gewirkt und drittens, wie sind eigentlich die Nebenwirkungen davon? Jedes Medikament ist ein Gift und je nachdem, wie man es einsetzt, hat es nicht nur Wirkungen, sondern auch

Nebenwirkungen. [...] Ich kenne das DecodermTri, ich verwende das auch, aber wie gesagt, eher zurückhaltend, eher sparsam.“ (58)

Andere Hausärzte sehen die Anwendung von Decoderm®Tri in schwierigen Behandlungssituationen wie einem unklaren Hautbefund, einer akuten Befundverschlechterung, einem hohen Leidensdruck oder Anspruchshaltung des Patienten sowie der Nichtverfügbarkeit eines Dermatologen als ein **Eingeständnis** eigener **diagnostischer und therapeutischer Unfähigkeit** an. Da dieses Präparat auch von dermatologischen Fachkollegen verschrieben wird, entschließen sich manche Hausärzte bei fehlenden Alternativen ebenfalls zu einer Verordnung.

ID 8: „[...] Natürlich nehme ich auch DecodermTri, ich finde es zwar dann vor mir ein kleines dermatologisches Armutzeugnis, wenn ich das nehme, weil ich genau weiß, ich nehme eine Kombipackung von allem was es irgendwo sein könnte, um das zu erreichen. Aber manchmal habe ich in der hausärztlichen Medizin einfach keine andere Chance. [...]“ (71)

ID 10: „Ja. Wenn man nicht mehr weiter weiß, nimmt man das. [...]Wenn man überhaupt keine Ahnung hat und die Patienten nicht zum Hautarzt kriegt, Decoderm®Tri. Klasse. Ja, toll.“ (86)

ID 14: „[...] Aber es gibt jetzt, sagen wir mal, alle Ekzemvarianten, selbst wenn Sie nicht wissen, ist das superinfiziert durch eine Mykose oder durch ein Bakterium. Gucken Sie mal die Verordnungshäufigkeit von Decoderm® trivalent an. Und das hilft ja auch. Natürlich ist es so. Und wenn Sie die Rückläufer von den Hautärzten sehen, dann wissen Sie auch über die Häufigkeiten der Cortisonverordnungen [Bescheid].“ (59)

4.5.1.3 Kontrollmechanismen

Bei der Verordnung cortisonhaltiger Präparaten legen die Hausärzte ein besonderes Augenmerk auf eine regelmäßige **Verlaufskontrolle** in kurzen zeitlichen Abständen und eine umfassende **Aufklärung** des Patienten über die Applikationsform, Risiken und Nebenwirkung des verwendeten Präparats. Ein weiterer Schutz vor Überdosierung, zu häufiger Applikation oder Anwendung in nicht-indizierten Fällen bietet die **Verschreibung kleiner Mengen**, sodass die Patienten genötigt sind, sich bei einer ausbleibenden Befundbesserung erneut vorzustellen. Viele Hausärzte versuchen nach

einer Anbehandlungsphase von circa einer Woche auf ein Cortison-freies Präparat umzusteigen und das corticoidhaltige Topikum auszuschleichen.

ID 11: „Erstmal wird das genau erklärt, wie viel, an welche Hautstelle und wie oft. Und dann verwende ich zunächst kleine Rezepturen und wenn es alle ist, will den Patienten sehen.“ (60)

ID 12: „[...] Worauf man wirklich auch achtet, wenn man es dann mal versucht mit einem lokalen Cortisonpräparat ist, dass man die zeitliche Begrenzung auch dem Patienten klar macht, explizit auch noch einmal auf die Art der Anwendung hinweist [...] und man setzt sich auch mit dem Patienten zusammen eine Frist, dass man sagt, wenn nach einer Woche keine Besserung eingetreten ist, auf jeden Fall noch einmal Sprechstundenkontakt und ein neues Überdenken der Therapie.“ (46)

ID 9: „Ich sage, dass es ein Cortisonpräparat sei, was man nur ein paar Tage benutzen darf, und wenn die Haut besser wird, dann [...] wechselt man ab. Irgendwann ist dann ein stabiler Zustand erreicht.“ (77)

Bei längerfristiger Anwendung cortisonhaltiger Präparate oder fehlendem Therapieerfolg streben Hausärzte zur Therapiekontrolle und Weiterbehandlung zumeist eine **Konsultation** des dermatologischen Fachkollegen an.

ID 8: „Also, das sind ja fast nur die Psoriatiker, die da diese Dauerverordnungen mit größeren Tuben Cortison haben und die haben in der Regel auch ihre festen Termine bei den Dermatologen [...] da lege ich Wert drauf.“ (86)

ID 10: „[...] wir machen längstens eine Cortisontherapie für eine Woche und dann entscheiden wir neu. Meistens gibt es dann keine Folge, sondern dann geht es eigentlich zum Facharzt.“ (102)

Hausärzte sind bestrebt, die Verordnung von Cortisonpräparaten einzugrenzen. Dabei achten sie darauf, dass die verschriebene Menge mit der Größe des Hautareals und der Symptomatik korreliert und **keine Rezepte ohne Wiedervorstellung** ausgestellt werden. Dazu nutzten einige Hausärzte bereits digitale Medien wie Computerprogramme, die vor einer erneuten Rezeptierung warnen.

ID 1: „Ja gut, es wird schon genau geguckt, wie ist der Verbrauch, wann wurde das letzte Rezept erstellt, wie groß ist ungefähr überschlagen das betroffene Hautareal, schon so ein bisschen gucken, dass das im Ruder bleibt.“ (82)

ID 10: „Ja. Es gibt keine Cortison-Rezepte. Wenn ich Cortison-Rezepte sehe, Tablettenform, wo der Patient dann nicht gekommen ist und sagt, „das hat mir gut geholfen, das will ich wieder rezeptiert haben“, das gibt's nicht, das gibt's generell nicht, ne. [...]“ (103)

ID 7: „Wir haben hier ein Computersystem, was zulässt, dass wir so Gefährdungsgrößen eingeben können [...] Wenn ich meine, das darf nur eine begrenzte Zeit gegeben werden, dann gebe ich das hier [zeigt auf seinen PC] ein und wenn die Patienten das abholen, Folgerezept, dann poppt [am Border] das auf ‚kein Folgerezept‘ oder nur ‚bis dann und dann‘“. (89)

Nicht immer gelingt diese Kontrolle effektiv. Besonders in Gemeinschaftspraxen **verlieren Hausärzte häufig den Überblick** über Abgabemenge und -häufigkeit; hier kann es vorkommen, dass aus Zeitmangel und auf Patientenwunsch Folgerezepte ohne die von den Hausärzten als notwendig erachteten Kontrolluntersuchungen ausgestellt werden.

ID 5: „Das ist ein großes Problem, weil wir natürlich als Gemeinschaftspraxis nicht immer so vom Anderen wissen, was da dann noch okay ist, und was da nicht mehr okay ist. Wir verordnen dann zum Teil schon, weil die Patienten das möchten, weiter. Wenn Sie sehen, was hier am ersten Quartalstag an Überweisungen und Rezepten bestellt wird – das ist schlimmer als im Otto-Versand. Da geht sowas durch, da kommt es dann schon zu Folgeverordnungen. Und dies schaffen Sie auch gar nicht [...].“ (106)

Eine **Ausnahme** im Verordnungsverhalten cortisonhaltiger Präparate stellen bekannte **chronisch-dermatologische Patienten** dar. Hier stellen die Hausärzte die entsprechenden Folgerezepte auch ohne Kontrollkonsultation und in größeren Abgabemengen aus, da sie um den hohen Leidensdruck der Patienten wissen, bei dem die potentiellen Nebenwirkungen und möglichen Langzeitfolgen in den Hintergrund treten.

ID 5: „[...] Es gibt schon Patienten, da wissen wir, dass die das regelmäßig brauchen, Neurodermitis-Leute. Da muss ich nicht jedes Mal wieder – da weiß ich. Oder wir haben einen mit einer ganz schlimmen Fischeschuppenkrankheit – das ist so, wie es ist.“ (110)

ID 6: „Das versuchen wir. Doch bei dem Patienten, den ich im Kopf habe, ist es müßig, darüber zu reden. [W]enn man die ganze Nacht wegen eines Pruritus nicht schläft, dann ist es einem wahrscheinlich auch egal, was man in zehn Jahren kriegt. Wir versuchen es auch mit Antiallergika zusätzlich zu behandeln, um die Cortisondosis niedriger zu halten, aber es funktioniert dann eben auch nicht so richtig.“ (65)

4.5.2 Einbeziehung der Patientenmeinung

Patienten sind zunehmend informierter, wobei dieses häufig **nicht-medizinische Halbwissen** aus einschlägigen Zeitschriften, Fernsehsendungen und verzerrte Mitteilungen aus dem sozialen Umfeld (Laiensystem) generiert wird.

Bei topischen Cortisonverordnungen kann es einerseits vorkommen, dass der Hausarzt mit den entstandenen, oftmals diffusen und wenig reflektierten **Ängsten und Vorurteilen** konfrontiert wird, wobei auffällt, dass Patienten in den meisten Fällen nicht zwischen Nebenwirkungen topischer Präparate und längerfristiger systemischer Therapie differenzieren können und mit dem Begriff „Cortison“ ausschließlich das **Vollbild eines Morbus Cushing** assoziieren. Andererseits gibt es auch Patienten die die **Verordnung** von Cortison-Topika **nicht hinterfragen** und erst von ihrem behandelnden Hausarzt auf den Inhaltstoff und die damit verbundenen Risiken und Nebenwirkungen hingewiesen werden.

ID 6: „Teilweise. Aber die sind schon wahnsinnig aufgeklärt durch Funk, Fernsehen, Apothekenrundschau; also viele wissen schon, was da eigentlich los ist.“ (67)

ID 10: „Das ist in der Bevölkerung drin. Das ist nicht die Osteoporose, nicht der Diabetes, ne, es ist doch das 'dicke Gesicht'.“ (97)

ID 2: „[...] Aber mache machen schon, wenn sie Cortison hören, gleich runde Augen. „Was ist das? Was kann passieren? Das ist doch Gift!“ [...]. Aber nur deswegen, sie haben es gehört, wissen aber nicht wirklich, was das jetzt ist. (61)

ID 10: „Er fragt meistens nichts. Na ja, doch. Ganz selten fragen sie, „ist da Cortison drin?“. Meistens sage ich das aber auch ganz aktiv, „nicht erschrecken, es hört sich nicht nur so an wie Cortison, es ist Cortison“.“ (92-93)

Inwiefern Patienten jedoch eine topische Cortisontherapie tolerieren, hängt vom jeweiligen Leidensdruck, dem Vertrauensverhältnis zu ihrem Hausarzt und den Optionen, die eine alternative Therapie bieten kann, ab. Dem **betreuenden Hausarzt in der Rolle des ‚technischen Experten‘** obliegt daher eine umfassende Aufklärung unter Vermittlung eines patientenadaptierten Wissens zu potentielle Nebenwirkungen und der korrekten Anwendung des Präparats.

ID 11: „Die allerwenigsten sagen, dass sie das nicht wollen. Sie meisten sagen, „Okay, wenn Sie denken, das passt auf die Krankheit, dann werde ich das ausprobieren“. Und die paar, die dann nicht wollen, die versuche ich zu beruhigen und ihnen klar zu machen, dass da nur ganz wenig davon in den Körper resorbiert wird [...]. Und die, die es dann wirklich überhaupt nicht wollen, da suche ich nach Alternativen.“ (66)

ID 11: „Ganz verschieden. Der, der da jetzt ganz große Pein hat und dauernd kratzen muss [...] und merkt, dass der Juckreiz besser ist und die Haut schon nicht mehr so rot ist, der nimmt das auch weiter. Patienten, die erwarten, dass ich ihnen ein Wundermittel verschreibe, die nehmen das einmal und dann gar nicht mehr. [...]“ (68)

Patienten mit dermatologischen Erkrankungen haben nicht selten **bereits** in der Vorgeschichte das sogenannte **‚Laiensystem‘ genutzt** und unter Umständen einen frustrierten Behandlungsversuch unternommen. Hausärzte bemängeln hier verärgert die **unkontrollierte Abgabe frei verkäuflicher niedrigdosierter Cortisonpräparate**, die häufig zur topischen Cortisonapplikation bei fehlender Indikation und in inadäquaten Mengen führt und damit Hausärzte unter Umständen zu einer Therapie-Eskalation mit stärkeren Präparaten zwingt. Besonders kritisch sehen einige Hausärzte in diesem Zusammenhang die „Beratung“ durch die Apotheker.

ID 9: „[...] Die Patienten haben ja meistens schon irgendwie vorbehandelt, die haben irgendwas draufgemacht, eine Wund- und Heilsalbe, eine Salbe gegen Allergien; haben manchmal schon selber Cortison darauf getan. Die schwachen Präparate sind ja

freiverkäuflich. Und da müssen wir dann weiter aufbauen. Und dann gucken, was da die nächste Stufe ist.“ (63)

ID 6: „Na ja, das ist ein Alptraum. [...]Und so ähnlich ist es mit der Behandlung über den Tresen auch. Und wenn ich Apotheker bin und weiß nicht hundertprozentig Bescheid, kann ich ja eigentlich nicht irgendwas verkaufen, ne. [...]“ (29)

4.5.3 Anwendertypen

Im Hinblick auf die Verordnung sowohl topischer als auch systemischer Cortisonpräparate im Rahmen der Therapie akuter und chronischer Hauterkrankungen lassen sich unter den Hausärzten drei Typen von Cortison-Anwendern unterscheiden.

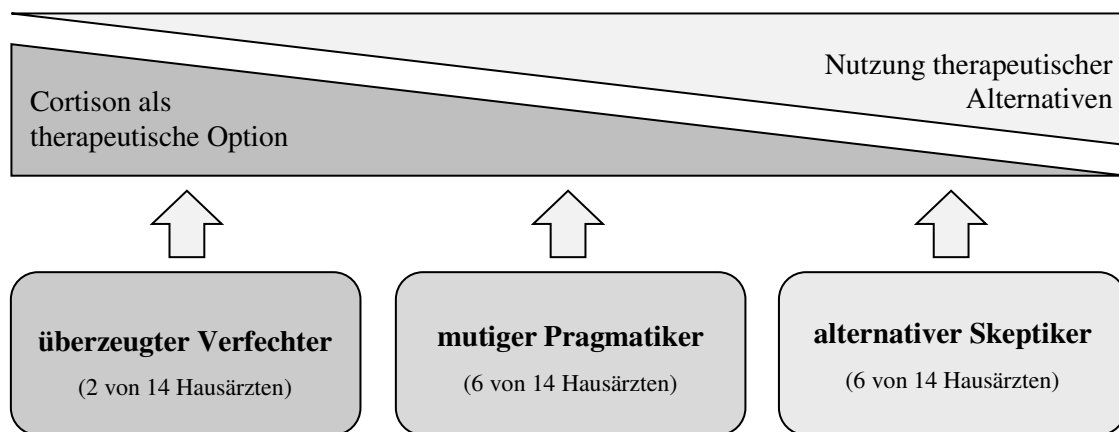


Abbildung 9: Drei Typen von Cortison-Anwendern

Der ‚**überzeugte Verfechter**‘ erreicht eine Symptomlinderung mithilfe einer frühen, aggressiven unter Umständen auch systemischen Applikation cortisonhaltiger Präparate. Insgesamt nehmen Cortison-Präparate einen hohen Stellenwert im Behandlungskonzept dermatologischer Erkrankungen ein.

ID 10: „Ja. Sofort drauf. Lokal und auch systemisch. Und bei den ganz schweren Fällen hängen wir sie gleich an den Tropf. So habe ich das im Krankenhaus kennengelernt, da wird eine Cortison-Infusion gemacht.“ (80)

Nach Ausschluss von gefährlich abwendbaren Verläufen nutzen **„mutige Pragmatiker“** den Einsatz von Cortison sowohl als diagnostisches Mittel, Therapeutikum bei Verdachtsdiagnosen und zur Anbehandlung, um bei ungeklärter Ätiologie eine rasche Beschwerdelinderung zu erreichen. Dabei besteht ein eigener Wunsch nach Anwendungsbegrenzung, dem die Hausärzte desillusioniert und resignierend häufig aufgrund des hohen Leidensdruck der Patienten nicht nachkommen können, gleichzeitig jedoch um die evidenzbasierte Wirksamkeit cortisonhaltiger Präparate wissen.

ID 5: „Wenn ich eine Diagnose deutlich favorisiere, dann behandle ich darauf hin. [...] Wenn ich den Eindruck habe, ich weiß zwar nicht ganz genau, was es ist, aber wenn hier jetzt eine Woche Cortison draufkommt, dann ist es weg und der Spuk ist vorbei, dann behandle ich auch ohne Diagnose [...].“ (37)

ID 9: „[...] mit einem eher nicht so guten [Gewissen]. [...] Weil wir ja damit etwas totschlagen. Die Ursache ist ja damit oftmals nicht richtig eruiert oder manchmal ist es einfach der Druck des Patienten, der will halt schnell in Urlaub fahren oder was weiß ich, dann soll man schnell einen Erfolg erreichen. Dann nutzen wir eben die Maximaltherapie.“ (68-71)

Konkrete Diagnose und im Zweifelsfall eine hautärztliche Konsultation zur Diagnosesicherung sind die Voraussetzungen einer Cortisontherapie der **„alternativen Skeptiker“**. Lokale Nebenwirkungen werden von ihnen als den Patienten gefährdend eingestuft und veranlassen sie dazu, in Zweifelsfällen abzuwarten, ohne entsprechende Präparate zu verordnen. Häufig ist diese Gruppe Hausärzte ebenfalls nicht von einem langfristigen Therapieerfolg überzeugt und favorisieren eine zumindest ergänzende Alternativtherapie bzw. verfolgen bereits primärtherapeutisch einen nicht-steroidalen Therapieansatz.

ID 12: „Aufgrund meiner Erfahrung, die ich persönlich gemacht habe, bin ich aber deutlich vorsichtiger geworden und wir rezeptieren weiter oder verordnen neu, wenn in der Vorgeschichte indiziert und vom Hautarzt bereits begonnen oder auch als Standardtherapie bei der Erkrankung indiziert, aber ein spontaner Einsatz zum Ausprobieren, da bin ich ganz ganz vorsichtig geworden.“ (40)

ID 7: „Wenn ich von Anfang an nicht richtig weiß und glaube, dass das dermatologisch abgeklärt werden muss, dann mache ich nichts drauf; weil wenn ich dann etwas darauf

mache, der Dermatologe sechs Wochen später darauf schaut und es ist weg, dann kann er nichts sehen.“ (81)

ID 11: „[...] aber wenn man das Dermatop® weglässt, ist die Dermatitis wieder da. Wo ist der Gewinn für den Patienten? Es gibt keinen. Ich versuche es anders, es gibt zum Beispiel Johanniskrautpräparate [...], was man zum Beispiel im Intervall halt einsetzen kann.“ (52)

4.6 Hautkrebscreening - kontrovers diskutiert

Seitdem die Kassenärztliche Vereinigung (KV) 2008 das Hautkrebscreening in Hausarztpraxen in ihren Vergütungskatalog aufgenommen hat, müssen Hausärzte an einer eintägigen Fortbildungsmaßnahme zur Zertifizierung der Vorsorgeuntersuchung teilnehmen. Diese Screeningmaßnahme stößt bei Hausärzten auf sehr unterschiedliche Resonanz. Es kristallisieren sich drei Positionen heraus, die auf ganz unterschiedlichen Einzelaspekten des Hautkrebscreenings gründen.

Hausärzte, die diese **Vorsorgemaßnahme anbieten und gezielt durchführen**, betonen deren Sinnhaftigkeit. Sie fühlen sich durch die Fortbildung kompetent genug, blickdiagnostisch entsprechende Läsionen ausreichend sicher von anderen Hautveränderungen unterscheiden zu können und nutzen dabei unterstützend auch Hilfsmittel wie Auflichtmikroskope.

ID 1: „[...] ich bin stolzer Besitzer einer [...] Auflichtmikroskopielampe. Das heißt, ich mache auch Hautkrebsvorsorgeuntersuchungen, habe diesen kleinen Kurs dafür gemacht, habe mich auch weitergebildet mit Praktika zu dieser Auflichtmikroskopie. [...] Absolut sinnvoll. Es gibt ja Studien, und zwar hat man bei irgendeinem Gesundheitstag [...] den Leuten [...] angeboten, dass ein erfahrener Dermatologe mit einem Auflichtmikroskop braune Hautveränderungen ansieht. Und allein an diesem einen Tag sind drei maligne Melanome gefunden worden. Das ist irre. [...]“ (24 +26)

ID 10: „Die Fortbildung war gut und weil ich bei den 20%, wo ich mir unsicher bin, so wie's geplant ist, den fachärztlichen Kollegen konsultiere. Ich habe keine Angst, dass wenn ich die Hautkrebsuntersuchung mache, dass ich irgendwas Dramatisches übersehe.“ (24)

Die entsprechende Vergütung durch die KV wird von diesen Hausärzten jedoch nicht als hauptursächlicher Anreiz für die Durchführung identifiziert; stattdessen orientieren sie sich in ihrer Rolle als Dienstleister vielmehr an den Bedürfnissen ihrer Patienten. Unzufriedenheit basiert in diesem Zusammenhang auf dem häufigen Konflikt zu der Organisation des Praxisablaufs, der für diese Vorsorgemaßnahmen nur unzureichende Freiräume bietet.

ID 11: „[...] wo wir hinterher auch ein Zertifikat bekommen haben, dass wir Hautkrebsvorsorge auch in unserer Praxis machen können und machen das jetzt auch sehr intensiv. Nicht nur weil das vergütet wird, sondern weil da auch bei den Patienten großer Bedarf ist.“ (72)

ID 1: „Also, bei mir ist jetzt die Zahl nicht so hoch, was sicherlich daran liegt, dass ich das nicht aktiv bewerbe, da es auch sehr zeitaufwendig ist, so einen Ganzkörperstatus dermatologisch zu machen.“ (26)

Ambivalenz in Bezug auf die Durchführung dieses Screenings beruht auf Zweifeln an den eigenen im Rahmen der Fortbildung erworbenen Kompetenzen und einem daraus resultierenden Argwohn, inwiefern der pekuniäre Anreiz Maßnahmen zur Gewährung der Patientensicherheit im Sinne einer sorgfältigen und damit auch zeitintensiven Ganzkörperuntersuchung in vielen Fällen überwiegt.

ID 6: „Ich habe den Kurs gemacht, ich bin auch beeindruckt gewesen, was man theoretisch alles finden kann. Nur ich glaube nicht, dass mich diese zwei Tage dazu ermächtigt haben, was die KV oder die Gesellschaft oder die Krankenkassen von mir erwarten. [...] Aber das auf diese Weise, die Anreize sind da ja komischerweise sehr hoch auch finanziell, dass da in manchen Praxen Kohorten durchgecheckt werden – das kann ich mir nicht vorstellen, dass das so läuft, wie es sein müsste. Ich habe einen hohen Respekt vor diesen Diagnosen und glaube, für mich persönlich [...], dass da immer wieder in eine tiefe Grube getreten wird mit Fehldiagnosen.“ (82)

Des Weiteren stellen einige Hausärzte den Nutzen des Hautkrebscreenings in Frage, wobei sich diese Skepsis nicht allein auf die Durchführung im hausärztlichen sondern auch im hautärztlichen Bereich bezieht.

ID 8: „Entschuldigung, aber ich glaube auch nicht, dass es beim Dermatologen so das Optimum ist. Insgesamt muss ich desillusioniert ja sagen, dass alle, alle Gesundheitsvorsorgeuntersuchungen, die wir so anbieten, [...] statistisch gesehen beschissene Ergebnisse haben. [...] Alles hochgelobt von Politik und Kassen, „vorbeugen ist besser als behandeln“ und trotzdem sind die Ergebnisse lausig.“ (105)

Andere Hausärzte hingegen führen das Hautkrebscreening aus der Überzeugung heraus, suspekta Befunde nicht suffizient erkennen zu können, **nicht in ihrer Praxis** durch. Sie weisen auch darauf hin, dass diagnostischer Unsicherheit in jedem Fall eine Überweisung zum dermatologischen Facharzt folge.

ID 7: „Weil ich mir sage, was diese Dinge angeht, habe ich zu viel persönliche Unsicherheit, trotz Fortbildung [...] wenn ich denke, es ist irgendwas auffällig, dann muss ich sowieso zum Hautarzt schicken und dann sage ich es den Patienten; finanziell ist es eigentlich Blödsinn, aber ich sage den Patienten, sie sollen liebe zum Hautarzt gehen, weil wenn der etwas Auffälliges sieht, kann er gleich mit dem Dermaskop gucken, ich kann es halt nicht.“ (107)

4.7 Wissen und Forschung

4.7.1 Wissensmanagement

Als Grundlage des täglich genutzten dermatologischen Fachwissens wird von den befragten Hausärzten häufig das **Studium** oder die **fachärztliche Weiterbildung** angegeben. Insgesamt merken die Hausärzte jedoch den **untergeordneten Stellenwert** der Dermatologie besonders im Rahmen der hausärztlichen Facharztweiterbildung kritisch an.

ID 12: „Also, dermatologisches Wissen eigentlich nur das, was wir aus dem Studium hatten und was in den entsprechenden Kursen vermittelt wurde und dann kam im Rahmen der Facharztausbildung lange Zeit nichts mehr.“ (54)

ID7: „Zum einen aus der allgemeinmedizinischen Weiterbildung durchaus, weil ich habe in einer Landarztpraxis den größten Teil meiner Weiterbildung gemacht, und dort hatten wir relativ viel, war eine Dorfpraxis, mehr als hier in der Stadt, sehr viele

dermatologische Fälle. Auch viele Kinder und so. Und mein Weiterbildungsarzt hat mir da schon einiges zeigen können. [...]“ (97)

Daher werden die **schriftlichen Rückmeldungen** und der Meinungsaustausch mit Dermatologen und erfahreneren Kollegen von den Hausärzten zum Erwerb und Ausbau ihres diagnostischen und therapeutischen Fachwissens genutzt.

ID 6: „[...] manche Sachen sehen wir ja regelmäßiger oder häufiger, und wird dann, wenn es vorher unklar war, durch Kollegen bestätigt oder nicht, und diese setzen sich ja fest. Wenn ich nach vierzehn Tagen einen Arztbrief bekomme, wo das steht, dann sage ich mir, „jawohl, das war richtig oder falsch“ und dann muss ich mir das auch merken. Und je länger man arbeitet, desto eher ist es so, dass so ein paar Sachen einfach fest im Kopf bleiben.“ (35)

ID 2: „Ja, klar. Aber manchmal, wenn das auch für mich nicht ganz klar ist, dann rufe ich an. Weil wir kennen die Kollegen, und dann frage ich ihn, warum er das oder das so gemacht hat. Weil ich vielleicht eine andere Meinung habe. Dann frage ich einfach. Die sind schon länger da, die sind erfahrener. Dann bleibt man auch in Kontakt und man kann daraus lernen.“ (29)

Darüber hinaus bilden sich Hausärzte häufig in ihrer Freizeit **eigenverantwortlich** einerseits unter **Nutzung ganz unterschiedlicher Medien** wie Internet, (bebildeter) Fachliteratur, Continuing-Medical-Education-Serien (CME) und Handreichungen aus der Pharma- und Medizinprodukte-Industrie andererseits durch die Teilnahme an Fortbildungsveranstaltungen fort.

ID 14: „Na ja, gut. Ich bin immer noch ein Mensch, der Lehrbücher herum liegen hat. Da gibt es eine Reihe „Dermatologie“, da gucke ich schon mal rein. Mittlerweile nutze ich die modernen Medien. [Zu] Fortbildungen bin ich auch gegangen, auch dermatologische. CMEs mache ich gerne. Da sind auch ein paar dermatologische Serien dabei. [...]“ (118)

ID 7: „[...] Was ich häufig in Anspruch nehme, ist der 'Dermis-Atlas', den es im Netz gibt, der ist ganz gut, ich nehme den auch für die Patienten, um denen zu zeigen, wenn ich denke, dass das ist das und das, um den zu zeigen, "ja, das sieht ja wirklich so ähnlich aus". Da kann man sich die Bilder ja gut angucken und das benutze ich ja häufig als Werkzeug für mich.“ (97)

4.7.2 Fortbildung

Hausärzte bewerten den bestehenden Bedarf an dermatologischer Fortbildung individuell sehr unterschiedlich.

Hausärzte, die sich für Dermatologie oder bestimmte dermatologische Themen interessieren, oder ernüchert zugeben, dass sie im Bereich dermatologischer Erkrankungen **nur über unzureichendes Fachwissen verfügen, sind wesentlich motivierter**, sich weiterzubilden und an entsprechenden Fortbildungsveranstaltungen teilzunehmen.

ID 5: „Ich möchte gerne mehr. Ganz klar. Ich möchte gerne mehr wissen. Ich war heilfroh, dass da auf dem Tag der Allgemeinmedizin so etwas angeboten wurde von der Frau Professor Baum.“ (119)

ID 12: „Also, wenn man die Intentionen hat, sich dafür interessiert, ist es sicherlich absolut sinnvoll, sich auch weiter fortzubilden, wobei der Bereich ja auch so groß ist, dass ich meine, dass man da auch nie ein optimales Wissen erreicht, ne?[...]“ (56)

Wird dem Bereich „Dermatologie in der Hausarztpraxis“ generell ein geringerer Stellwert bzw. anderen Fachbereichen eine höhere Relevanz für den Praxisalltag zugeordnet, äußern sie sich **in Bezug auf Fortbildungsveranstaltungen ebenfalls zurückhaltend**. Erschwerend bei der Entscheidung zur Teilnahme an einer Weiterbildungsmaßnahme kommt ein sehr breit gefächertes, unübersichtliches Angebot an Fortbildungsveranstaltungen hinzu.

ID 1: „Sagen wir mal so, bei der Menge an Weiterbildungsangeboten, das ist ja, im Prinzip braucht man nichts anderes mehr zu machen, ist doch wahr, interessieren mich eigentlich andere Sachen mehr, weil sie für meinen Alltag, meinen Berufsalltag einfach wichtiger sind. Kardiologie, Gastroenterologie, Pulmologie, beispielsweise. Das ist alles deutlich wichtiger. [...]“ (36)

Hausärzte bevorzugen **interaktive und bebilderte Weiterbildungsveranstaltungen**, die sich am Praxisalltag orientieren und somit einen konkreten Beitrag zu einer verbesserten dermatologischen Patientenversorgung leisten. In diesem Zusammenhang befürworten einige Hausärzte den Aufbau eines Qualitätszirkels zum

Erfahrungsaustausch, andere die Teilnahme an einer universitären Veranstaltung oder einem interdisziplinären Fortbildungstag. Inwiefern die Veranstaltungsleitung in allgemeinmedizinischer oder dermatologischer Hand liegt, spielt für die befragten Hausärzte keine entscheidende Rolle, wobei jedoch von einigen Hausärzten die **„Pharmaunabhängigkeit“** wiederholt betont wird.

ID 10: „Das müsste auf einen Allgemeinmediziner zugeschnitten sein und sehr praxisnah. Ein Tag würde passen, einen Samstag würde ich dafür opfern. [...]“ (110)

ID 3: „Praxisnah. Mit entsprechenden Verläufen. Wenn es geht, nebeneinander halt verschiedene Differentialdiagnosen; in natura wäre natürlich noch schöner als in Bild. Interaktiv. Und was zum Anfassen.“ (94)

ID 7: „Also, pharmaunabhängig müsste sie sein. [...]“ (103)

Inhaltlich besteht bei dermatologischen Fortbildungen für Hausärzte ein großes Interesse an **Krankheitsverläufen**, grundlegenden **differentialdiagnostischen Strategien**, das **Training von Blickdiagnosen** und **arbeitsmedizinische Aspekte** dermatologischer Erkrankungen. Die nachfolgende Grafik ist nicht quantitativ zu beurteilen, sondern soll nur die absoluten Häufigkeiten der genannten Themen veranschaulichen.

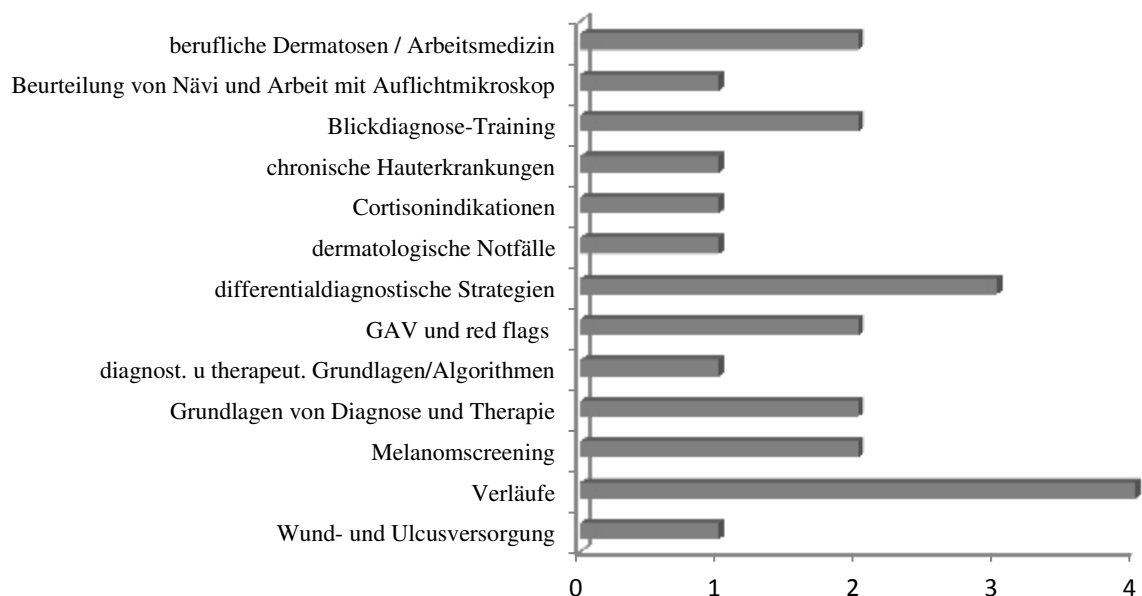


Abbildung 10: Die von Hausärzten gewünschten inhaltlichen Fortbildungsschwerpunkte nach Anzahl der Nennungen

4.7.3 Forschung

Forschungsbedarf im Bereich „Dermatologie in der Hausarztpraxis“ wird nur **von sehr wenigen Hausärzten gesehen**. In diesem Zusammenhang aufgeführt werden dann Themen mit einem engen Bezug zum Praxisalltag, die aufgrund der noch unzureichenden Wissensgrundlage zu diagnostischer und therapeutischer Unsicherheit führen und deren Behandlung den Hausarzt vor eine therapeutische Herausforderung stellt.

ID 14: „[...] Ein großes Problem, gerade auch im dermatologischen Sektor, wo ich immer mal hoffe, dass da mal einer eine Promotion drüber macht, ist die Wundversorgung. Da schleudert alles, ja. Von der Uniklinik bis zum kleinsten Hautarzt.“ (81)

ID 9: „Ja, mich würde interessieren, in wie weit doch die Hygiene eine Rolle spielt. Gut, es wird uns immer berichtet, die Haut wird zu oft geduscht oder gewaschen mit verschiedenen Chemikalien abgerieben, ob das doch einen Einfluss hat. Das drängt sich auf, aber ein bisschen Forschung wäre nicht schlecht.“ (95)

5 Diskussion

5.1 Diskussion der Methode

Zur Erforschung des bis dato theoretisch noch wenig erschlossenen und strukturierten Problemfelds ‚Dermatologie in der Primärversorgung‘ wurde ein qualitativer Forschungsansatz gewählt. Qualitative Forschung ermöglicht die Generierung eines tiefer greifenden und detaillierten, sogenannten ‚deskriptiven‘ Wissens und Verständnis komplexer Prozesse durch Exploration eines Subjekts, seiner Interaktionen und seiner Sichtweise (Mark Avis 2005, Christian Lüders 2007 // 2008, S. 639). Dem Untersuchungsgegenstand angemessene Methoden und Fragestellungen an denselbigen zu adaptieren und im Verlauf des Forschungsprozesses zu adjustieren ist nach Hopf und Meyer als Prinzip der Offenheit ein grundsätzliches Merkmal qualitativer Studien (Hopf und Weingarten 1979, Meyer 2007). Murphy und Mattson weisen 1992 in ihrer Arbeit darauf hin, dass qualitative Forschungsansätze zur Untersuchung allgemeinmedizinischer Themen und Aspekte geeignet sind, da sie grundsätzlich auf gleichen Prinzipien basieren (Murphy und Mattson 1992, Shapiro 1992). Die Autoren heben hervor, dass sowohl im Rahmen der qualitativen Forschung als auch in der allgemeinmedizinischen Versorgung der Patient eher als sozialer Akteur denn als ausschließlicher Träger einer Krankheit verstanden und gleichzeitig dem patientenspezifischen Kontext (im Vergleich zu quantitativer Forschung oder anderen Fachrichtungen wie beispielsweise der Radiologie) besondere Bedeutung beigemessen wird.

In dem einleitenden Kapitel 1 und in Kapitel 2 „Fragestellung und Ziele“ (s. dort) wird das Vorverständnis in Bezug auf den Forschungsgegenstand entsprechend der von Steinke geforderten Gütekriterien qualitativer Forschung dokumentiert (Ines Steinke 2007 // 2008).

Zur Realisierung des Offenheitsprinzips in Bezug auf den Untersuchungsgegenstand und zur Rekonstruktion von Deutungsmustern und Erfahrungsräumen wurden problemzentrierte Interviews nach Witzel geführt (Witzel 1985, 2000). Der offene und teilstandardisierte Leitfaden nach Hopf gewährleistete relative Nähe zu den

forschungsrelevanten Themen und ermöglichte gleichwohl ein Gespräch über neue, im Leitfaden nicht enthaltene Aspekte (Hopf und Weingarten 1979). Die vorgenommenen Änderungen am Leitfaden nach Durchführung des Pilotinterviews wurden im Kapitel 3.2.2 „Modifikation des Leitfadens“ zur Gewährleistung der Nachvollziehbarkeit des Forschungsprozesses ausführlich dargestellt. Weiterhin diente der Leitfaden auch einer Vergleichbarkeit der Interviews und erleichtert die anschließende Auswertung des Datenmaterials (Mayring 2002, S. 70).

Die Fragen des problemzentrierten Interviews wurden offen gestaltet, um Verzerrungen aufgrund dichotomer oder suggestiver Fragenkonzeptionen zu vermeiden und einen offenen Diskurs zu ermöglichen (Witzel 1985, Christel Hopf 2007 // 2008). Zu Beginn wurde der Interviewte aufgefordert, sich im Sinne eines ‚stimulated recalls‘ an einen bestimmten Patienten zu erinnern und dessen Fall zu rekonstruieren (Gass u. Mackey 2000). Um zu vermeiden, dass die befragten Hausärzte beispielsweise die von ihnen verwendeten diagnostischen Konzepte im Nachhinein theoretisierten oder potentiell sozial erwünschte Antworten formulierten, wurden sie zu Beginn jedes Interviews darauf hingewiesen, dass es sich um eine Exploration eines noch unbekanntes Themengebiets, nicht jedoch um eine „Überprüfung ihrer Fähigkeiten“ handelt. Damit sollte eine unverzerrte Darstellung der Deutungsmuster und Wirklichkeitsräumen der befragten Hausärzte gewährleistet werden. Obwohl das Interview auf Grundlage offener Fragen geführt wurde, ist es nicht auszuschließen, dass Interviewer-abhängig einige Aspekte nicht in angemessener Tiefe evaluiert werden konnten. Weiterhin kann einschränkend argumentiert werden, dass im Rahmen des „stimulated recall“ keine standardisierten Patienten erörtert wurden, sodass die beschriebenen Symptome, Begleiterkrankungen und der jeweiligen Behandlungssituation innerhalb der Interviews nicht vergleichbar sind. Auf die Nutzung standardisierter Patienten mit gleicher Krankheitsgeschichte und ähnlich geschilderten Symptomen ist jedoch bewusst verzichtet worden, um einem Verlust an ergänzenden Informationen aus der zumeist schon seit längerer Zeit bestehenden Arzt-Patienten-Beziehung vorbeugen und damit eine mögliche Verzerrung der diagnostischen und therapeutischen Strategien des Hausarztes entgegenzuwirken.

Die digitale Tonaufnahme der Gespräche gewährleitete einerseits einen unverfälschten Wortlaut und die genaue Dokumentation der Gesprächsrolle des Interviews, andererseits

ermöglichte sie diesem, sich ausschließlich auf das Interview und den Gesprächspartner konzentrieren zu können, ohne derweil Notizen machen zu müssen (Witzel 1985). Zur Erfassung der non-verbalen Kommunikation und des situativen Kontexts über die Möglichkeiten des ‚reflexive interview journals‘ (s.u.) hinaus können die Interviews digital gefilmt werden. Auf einen solchen Videomitschnitt wurde jedoch verzichtet, da einerseits eine Implementierung dieses Medieneinsatzes im hausärztlichen Interviewrahmen problematisch und andererseits im Rahmen des Forschungsprojekts vor allem jedoch als zu aufwendig und damit praktisch nicht realisierbar erschien. Wie bereits erwähnt, wurde die Dokumentation des Erhebungskontextes durch Ausfüllen des in Kapitel 3.1.4 beschriebenen ‚reflexive interview journals‘ umgesetzt. Witzel betont hier die Bedeutung non-verbaler Aspekte, themenbezogener (subjektiver) Eindrücke des Interviewers und möglicher Störfaktoren für den Auswertungsprozess (Witzel 2000, vgl. auch Ines Steinke 2007 // 2008).

Im Bereich „diagnostische Strategien“ wurde nach ausführlicher Literaturrecherche ein deduktiver Ansatz unter Verwendung bereits bekannter diagnostischer Strategien gewählt. Unter Berücksichtigung der Angemessenheit der Methode in Bezug auf den Forschungsgegenstand (Hopf und Weingarten 1979, Meyer 2007) ist zu diskutieren, inwiefern der Ansatz der ‚grounded theory‘ nach Glaser und Strauß zur weiteren Datenanalyse geeigneter wäre als die Datenanalyse auf Grundlage des ‚editing organizing styles‘ nach Crabtree und Miller (Glaser und Strauss 1967, Crabtree u. Miller ©1999).

Die gestaffelte Rekrutierung von Hausärzten wurde beendet, nachdem mit der Befragung von 14 Hausärzten eine Sättigung erreicht worden war und keine weiteren neuen Aspekte in Bezug auf den Untersuchungsgegenstand mehr zu erwarten waren (Kvale 1996). Marshall und Wiedemann zufolge kann davon ausgegangen werden, dass die Stichprobe ausreichend groß gewählt wurde (Wiedemann 1995, Marshall 1996). Darüber hinaus wurde bei der Rekrutierung der Hausärzte auf eine große Heterogenität der Merkmale „Alter“, „Geschlecht“, „Zeit seit Niederlassung“ geachtet, wobei jedoch keine statistische Repräsentativität angestrebt wurde (Kelle et al. 1993, Lamnek 1998). Im Rahmen des Rekrutierungsprozesses kann ein Selektionsbias von dermatologisch interessierten Hausärzten nicht vollständig ausgeschlossen werden.

5.2 Diskussion der Ergebnisse der Interviews

5.2.1 Problemfeld „Diagnosestellung“

Die vorliegende Studie zeigt, dass die Diagnose dermatologischer Erkrankungen im hausärztlichen Rahmen ein komplexer Prozess mit zahlreichen Einflussgrößen ist.

Vergleicht man die von den Hausärzten angegebenen diagnostischen Instrumente (Anamnese und Beurteilung der Primäreffloreszenzen) mit den Maßgaben einschlägiger dermatologischer Lehrbücher, wird deutlich, dass diese weitestgehend übereinstimmen (Rassner 2009). In Bezug auf die Anamnese wurde eine zunehmende Komplexität der Fragen und eine Aufnahme einzelner typisch „dermatologischer“ Fragen wie Berufs- und Triggeranamnese beobachtet, der sich die Einteilung der Primär- bzw. Sekundäraffektion entsprechend gängiger Lehrmeinung anschließt (Braun's Falco Dermatologie 2012; Achenbach u. Dirschka 2011). Dabei wurde jedoch deutlich, dass die befragten Hausärzte keinen einheitlichen, spezifisch dermatologisch-getriggerten Fragenkatalog bei allen Patienten mit Hauterkrankungen im Sinne einer ‚triggered routine‘ abarbeiteten, wie von einigen Autoren gefordert (Akat et al. 2011) und bei verschiedenen Krankheiten bereits standardisiert umgesetzt (Hasenritter et al. 2011). An dieser Stelle sind die Ergebnisse der Studie von Kostopoulou und Mitarbeiter zu beachten, die in ihrer Arbeit eine positive Korrelation zwischen der Anamnese ‚kritischer Informationen‘ und der diagnostischen Güte auch in schwierigen Fällen postulierten (Kostopoulou et al. 2008).

Diagnostische Strategien in der Allgemeinmedizin wurden von Heneghan und Mitarbeiter in einer umfangreichen Arbeit analysiert. Die Autoren postulierten einen dreistufigen Diagnoseprozess (Heneghan et al. 2009). Die Ergebnisse unserer Studie zeigen, dass Hausärzte im Rahmen der Diagnose potentiell dermatologischer Erkrankungen beschriebene Strategien wie Blickdiagnose und Mustererkennung nutzten, die sich schwerpunktmäßig auf die Beurteilung und Analyse des äußeren Erscheinungsbilds der Hauterkrankung (der Primäreffloreszenz) stützen. Diagnostisch aufwendigere Strategien wie das begrenzende Ausschlussverfahren oder der hypothetiko-deduktive Ansatz wurden dagegen aufgrund häufig fehlender klinisch-dermatologischer Erfahrung seltener und Strategien, die auf der diagnostischen Nutzung

von „prä- und postdiagnostischen Wahrscheinlichkeiten“ gründen fußen, von keinem der befragten Hausärzten genutzt.

Eine klare Abgrenzung in drei diagnostische Stufen entsprechend der Ergebnisse von Heneghan et al. konnte nicht nachgewiesen werden. Dies lässt sich einerseits darauf zurückführen, dass die im Interview gestellten Fragen eventuell nicht ausreichend tiefgreifend waren, um den Hausärzten die Möglichkeit zu geben, ihre Strategien detaillierter darzulegen und andererseits wird die Frage aufgeworfen, inwiefern einige der von Heneghan et al. beschriebenen Strategien überhaupt für die Diagnose dermatologischer Erkrankungen in der Hausarztpraxis geeignet sind.

Der Umgang und die Auseinandersetzung mit Unsicherheit sind Grundelemente hausärztlichen Handelns (Donner-Banzhoff 1999, O'Riordan et al. 2011). Unsere Studie zeigte, dass Hausärzte sehr unterschiedlich mit diagnostischer Unsicherheit in Bezug auf dermatologische Erkrankungen umgehen. Einige der befragten Hausärzte kommunizierten ihre Unsicherheit und damit gleichzeitig auch ihren Wunsch nach einer bestmöglichen Versorgung offen im Patientengespräch, und generierten dadurch Unterstützung, Verständnis und Vertrauen seitens des Patienten (vgl. O'Riordan et al. 2011). Bei anderen Hausärzten führte diagnostische Unsicherheit wie von verschiedenen Autoren bereits beschrieben, zu Unzufriedenheit bzw. Stress und in einigen Fällen auch zu einem Vermeidungsverhalten gegenüber der Behandlung dermatologischer Erkrankungen (Grol et al 1985, Branthwaite und Ross 1988).

In ihrer Arbeit zur Entwicklung eines „Fragebogens zum Umgang mit Unsicherheit“ haben Schneider und Mitarbeiter in einer multivarianten Analyse zwei Skalen zur Einteilung der hausärztlichen Verhaltensweisen in „diagnostischen Aktionismus“ und „diagnostische Schlussfolgerungen“ herausgearbeitet (Schneider et al. 2010). Dabei führte Intoleranz gegenüber Unsicherheit zu einer erhöhten diagnostischen Aktivität wie einer Überweisung zum Facharzt oder weiteren Tests (vgl. auch Clemence 1998). Diese Ergebnisse korrelieren mit den Aussagen der Hausärzte in unserer Studie, die zur Diagnosesicherung oder weiterführenden Therapie zumeist einen dermatologischen Kollegen hinzuzogen. Nach den Ergebnissen von Starfield erfolgten 2002 6,6% aller hausärztlichen Überweisungen aufgrund von dermatologischen Erkrankungen (Starfield et al. 2002). Coulter et al. haben in ihrer Studie zu verschiedenen Überweisungsgründen detailliert aufgeschlüsselt, dass Überweisungen im dermatologischen Bereich vor allem

zur Initiation einer Therapie (34,9%) und Stellung einer Diagnose (29,3%) ausgestellt wurden (Coulter et al. 1989). Um Rat wurde weiterhin in 20,6% der untersuchten Fälle gebeten, während die Bitte um Übernahme des weiteren Krankheitsmanagements (7,2%) oder ausschließliche Absicherung des Hausarztes (0,9%) bzw. Patienten (3,1%) eher einen untergeordneten Stellenwert einnahmen. Diese Zahlen entsprechen weitestgehend den Aussagen der Hausärzte in unserer Studie. Überweisungen zur Übernahme des Krankheitsmanagements wurde nicht erwähnt, wohingegen die befragten Hausärzte häufig zur Diagnosesicherung und Therapieeinleitung an den fachärztlichen Kollegen überwiesen haben. Dabei ist zu beachten, dass durch unnötige und überflüssige diagnostische Maßnahmen und therapeutisches Procedere Patienten gefährdet werden (Moynihan et al. 2012) können. Der von Feldmann et al. in diesem Zusammenhang gefundene Umstand, dass insgesamt die Wahrscheinlichkeit einer Überweisung bei Hauterkrankungen größer war als bei Erkrankungen anderer Organsystem, ist kritisch mit in Betracht zu ziehen (Feldman et al. 1999).

Weiterhin waren die klinisch-therapeutische Erfahrung bzw. der Wissensstand des betreuenden Hausarztes in Bezug auf dermatologische Erkrankungen sowie die Erwartungshaltung des jeweiligen Patienten individuell abhängige Einflussgrößen, die bei der Entscheidung für oder gegen eine Versorgung im hausärztlichen Rahmen eine besondere Rolle spielten. Hausärzte mit einem eher geringeren Wissens- und Erfahrungsschatz oder einem großen Maß an diagnostischer Unsicherheit in Bezug auf das vom Patienten präsentierte Krankheitsbild neigten eher zu einer fachärztlichen Überweisung (Calman et al. 1992, Donohoe et al. 1999, Bösner u. Träger 2011), als Hausärzte mit einer größeren klinische Expertise, die unter Umständen im diagnostischen Prozess auf kognitive Abkürzungen in Form der von Gabbay und Le May beschriebenen ‚mindlines‘ (Gabbay u. Le May 2004), auf ‚intuitive, nicht-analytische Entscheidungsprozesse‘ (National Prescribing Centre 2011, Norman et al. 2007) oder ‚taktisches Wissen‘ im Sinne von Heiberg et al. (vgl. auch Heiberg Engel, Peter Johan 2008) zurückgriffen.

Eine wichtige Rationale in diesem Entscheidungsprozess war dabei wie bei Donner-Banzhoff beschrieben die Identifikation von red flags bzw. abwendbar gefährlicher Verläufe zur Abklärung eines möglicherweise akut bestehenden Handlungsbedarfes seitens des Hausarztes (Donner-Banzhoff 2008). Als mögliche Red flags, die einen

potentiell abwendbar gefährlichen Verlauf signalisieren, wurden von den befragten Hausärzten entsprechend ihrer klinischen (Vor-)Erfahrung ganz verschiedene Symptome und Symptom-Konstellationen genannt. Während das Konzept der Red flags bzw. der Warnhinweise und damit der abwendbar gefährlichen Verläufe in der Allgemeinmedizin allgemein anerkannt (WONCA 2002, revised 2005, Mader 2014) und für einige Krankheitsbilder klar definiert ist (Stoeter 2014), konnten jedoch keine Studien gefunden werden, die die in der Dermatologie klinisch und prognostisch relevanten Warnhinweise und abwendbar gefährlichen Verläufe evidenzbasiert darstellen. Einzig in Bezug auf das maligne Melanom wurden diagnostische Hilfsmittel (u.a. ABCD-Regel) gefunden, die mittels krankheitsspezifischer Kriterien zu einer Alarmierung des betreuenden Hausarztes und einer weiterführenden Diagnostik führen sollen (Nachbar et al. 1994).

Abwartendes Offenhalten bei nicht eindeutigen Krankheitsbildern nach Ausschluss möglicher klinischer Warnhinweise war eine häufig von den befragten Hausärzten angewandte Strategie, um das vom Patienten präsentierte Krankheitsbild in einem zeitlichen Abstand erneut beurteilen zu können. Dieses Vorgehen trägt den in der Allgemeinmedizin typischen hohen Prävalenzen gutartiger Erkrankungen und den niedrigen Auftrittswahrscheinlichkeiten bösartiger Erkrankungen Rechnung (Donner-Banzhoff 2008, Almond u. Summerton 2009).

Mussten mehrere Differentialdiagnosen in Betracht gezogen werden, wurde ein Behandlungsversuch genutzt. Hierbei handelt es sich, wie bei Donner-Banzhoff ausführlich beschrieben, um eine ‚handlungsorientierte Zuspitzung‘ des vom Patienten präsentierten Beschwerdebilds (Donner-Banzhoff 2008, vgl. auch Barraclough 2009).

Neben der Konsultation eines (fachärztlichen) Kollegen als weitere Strategie zur Reduktion diagnostischer Unsicherheit nutzten Hausärzte besonders in Bezug auf dermatologische Erkrankungen einschlägige Literatur oder zunehmend auch online-Nachschlagewerke. Diepgen hatte bereits 2009 in seiner Analyse medizinischer Informationssysteme im Internet anhand von www.dermis.net (Dermatologisches Informations-System) herausgearbeitet, dass diese Quellen den Hausärzten die Möglichkeit bieten, Krankheitsbilder und –verläufe zu vergleichen, ihre Patienten mit hilfreichen und neutralen Informationsquellen zu versorgen und gleichzeitig auch ein

Element der allgemeinmedizinischen Weiterbildung darstellen (Diepgen et al. 2009, vgl. auch Bittorf et al. 1995, Krejci-Papa et al. 1996).

Als äußere Einflussgrößen im Rahmen der diagnostischen und später auch therapeutischen Entscheidung des Hausarztes in Bezug auf die weitere Versorgung des Patienten, konnten in dieser Studie außerdem die Verfügbarkeit eines dermatologischen Fachkollegen sowie die Mobilität des Patienten identifiziert werden. Ähnliche Phänomene wurden bereits bei Chaix et al., Pristas et al. und Sibley et al. beschrieben (Chaix et al. 2005; Pristas et al. 2009, Sibley u. Weiner 2011).

In ihrer Gesamtheit stellen die genannten Faktoren, die die diagnostisch-therapeutische Entscheidung beeinflussen, den betreuenden Hausarzt in ein komplexes Spannungsfeld. Es wird deutlich, dass Hausärzte Patienten mit Hauterkrankungen nicht standardisiert, sondern stets unter Berücksichtigung aller Einflussgrößen individuell angepasst und den aktuellen Behandlungsgrundsätzen entsprechend versorgen müssen.

5.2.2 Zwischen Haus- und Hautärzten – Aspekte der Zusammenarbeit

Hausärzte als ‚gatekeeper‘ bzw. ‚Lotsen im Gesundheitssystem‘ stehen bei der Überweisungsentscheidung zu einem fachärztlichen Spezialisten in einem Spannungsfeld (Albertson et al. 2000). Überweisungen sollten auf dem aktuellen medizinischen Zustand des Patienten, seinen Bedürfnissen und der gegenwärtig bestmöglichen Versorgungsgüte begründet sein (Ringberg et al. 2014). Außerdem soll der Patient zum richtigen Zeitpunkt, nach einem entsprechend seines Zustands und seiner Wünsche angemessenen Managements überwiesen werden (Foot et al. 2010).

Die befragten Hausärzte aus ländlichen Regionen wiesen im Zusammenhang der Überweisung zum Hautarzt wiederholt darauf hin, dass der Zugang für mobilitätseingeschränkte Patienten aufgrund der weiten Entfernungen erschwert sei und das Terminvergabesystem häufig nicht dem akuten Bedarf seitens der Patienten entspreche. Diese Aussagen korrelieren mit den Ergebnissen der Studie von Marco et al. Im Rahmen ihrer Analyse des Überweisungsverhaltens von Hausärzten identifizierten Marco und Mitarbeiter in Bezug auf den Zugang zu fachärztlichen Kollegen oder spezialisierten Einrichtungen als entscheidende Faktoren „Entfernung“, „Erreichbarkeit“ sowie „langen Wartelisten bzw. –zeiten“ (Marco et al. 1993, vgl. auch

Roland u. Morris 1988, Madeley et al. 1990, Tran et al. 2005). Auf den gesundheitspolitisch hoch relevanten statistischen Zusammenhang zwischen einer erhöhten Prävalenz und einem gleichzeitig verringerten Zugang zu Spezialisten bzw. spezialisierter Diagnostik wiesen Clark et al. in ihrer Studie am Beispiel des Managements der chronischen Herzinsuffizienz in der australischen Bevölkerung in ruralen Regionen (nach der RRMA-Klassifikation¹) hin (Clark et al. 2007). Nemet und Bailey zeigten 2000 in ihrer multivariaten Analyse von Entfernung und Zugang zum Gesundheitssystem einen signifikanten Zusammenhang zwischen dem Zugang und der Lokalisation des Hausarztes in Relation zu dem ‚Aktivitätsradius‘ des Patienten auf (Nemet u. Bailey 2000). Darüber hinaus belegte 2008 Baird et al. in einer Arbeit zur Krebsvor- und -nachsorge, dass größere Entfernungen zu Spezialisten zu einer möglichen Unterbrechung der Behandlungskontinuität und damit zu einer Beeinträchtigung der Versorgungsqualität führen können (Baird et al. 2008). Unter Berücksichtigung dieser Daten wird deutlich, dass vor allem Hausärzte nicht-urbaner Regionen in der Versorgung von dermatologischen Patienten vor großen Herausforderungen in Bezug auf die Gewährleistung einer adäquaten und bestmöglichen Versorgung stehen.

In einigen Fällen bemängelten die befragten Hausärzte ein wenig patientenorientiertes Praxismanagement und unpersönliche Konsultationen. In diesem Zusammenhang hoben Manca und Mitarbeiter die unterschiedlichen Konzepte von Haus- und Fachärzten hervor (Manca et al. 2011). Während Fachärzte zumeist auf technologische Aspekte, Konzepte und organ- oder krankheitsspezifische Details fokussiert seien, zeichne Hausärzte ein häufig ein ganzheitlicher Ansatz aus, der den Patienten in den Mittelpunkt stellt, aus. Kommunikation, gegenseitige Wertschätzung und Verständnis dieser verschiedenen ‚medical cultures‘ zwischen Hausärzten und Spezialisten seien daher für eine funktionierende und erfolgreiche Zusammenarbeit von herausragender Bedeutung (Borbujo 2007, Manca et al. 2011).

Um für den Patienten den größtmöglichen Nutzen aus einer fachärztlichen Behandlung zu ziehen, sollte nach Haikio der überweisende Hausarzt möglichst zeitnah eine entsprechende schriftliche Rückmeldung seitens des Facharztes erhalten (Haikio et al.

¹ Rural, remote and metropolitan areas classification (1994) of the Department of Primary Industries and Energy and the Department of Human Services and Health, Canberra. (<http://www.aihw.gov.au/rural-health-rrma-classification/>, 19.10.2014)

1995). Leider zeigte sich in der bereits erwähnte Studie ebenso wie in unserer qualitativen Arbeit, dass eine explizite Anfrage bei dem fachärztlichen Kollegen mit Bitte um einen entsprechenden Bericht in vielen Fällen erfolglos blieb. Im Gegenzug arbeiteten Grol und Mitarbeiter heraus, dass Fachärzte nicht selten unvollständige Überweisungen mit unvollständigen patientenbezogenen Informationen oder fehlender Fragestellung erhalten (Grol et al. 2003). Bereits 1993 hatte Jenkins in seiner Studie die Angemessenheit von Überweisungen mit der Qualität der Informationen auf dem Überweisungsträger verglichen und einen statistischen Zusammenhang zwischen nicht erforderlichen oder unangebrachten Überweisungen und fehlerhaften Informationen bzw. inadäquat interpretierten Symptomen des Patienten gefunden (Jenkins 1993). In ihren Interventionsstudien zur Implementierung von standardisierten Überweisungs(frage)bögen bzw. Überweisungsleitfäden in die hausärztliche Praxis konnten Ravnholt et al, Akbari et al. und Rokstad et al. eine verbesserte Qualität der Überweisungen zeigen (Ravnholt 2006, Akbari et al. 2008, Rokstad et al. 2013). Die Ergebnisse aus der Studie von Marco et al. legen jedoch die Schlussfolgerung nahe, dass bereits ein Wissenszuwachs und verbesserte diagnostische Fähigkeiten seitens der Hausärzte zu einem qualitativ höherwertigen Überweisungsverhalten führten (Marco et al. 1993).

Als Folge des häufig als problematisch empfundenen Überweisungsprozesses bauten die interviewten Hausärzte im Laufe ihrer praktischen Tätigkeit Netzwerke von Fachärzten auf und empfahlen diese auch gezielt ihren Patienten. Diese Tatsache korreliert mit den Zahlen aus der Arbeit von Forrest et al., die aufzeigten, dass bei 86,2% aller Überweisungen die Hausärzte auf ihre geknüpften Netzwerke zurückgriffen (Forrest et al. 2002). Als wichtigste Gründe für diese gezielten Empfehlungen konnten persönliche Kenntnis des Fachspezialisten, die Qualität der Rückmeldungen, zeitliche Verfügbarkeit und kurze Entfernung identifiziert werden.

5.2.3 Therapie und Therapieziele

Akute Hauterkrankungen sind gekennzeichnet durch eine begrenzte Krankheitsdauer, Symptomen wie Schmerz oder Pruritus in Verbindung mit einem hohen Leidensdruck zumeist nur zu Beginn der Erkrankung, ein suffizientes Ansprechen auf Behandlung im

Rahmen eines kurativen Therapieansatzes, eine allein temporäre Beeinträchtigung des Lebenswandels und sozialer Interaktionen, relativ geringe psychische Auswirkungen und die fehlende Notwendigkeit zur Entwicklung entsprechender Pflege- und Unterstützungsmaßnahmen oder kognitiver Copingstrategien (Murrow u. Oglesby 1996). Diese Eigenschaften entsprachen den von den Hausärzten im Zusammenhang genannten therapeutischen Zielen akuter Erkrankungen wie Erreichung einer dauerhaften Heilung sowie Linderung der akuten Beschwerden. Patienten und Hausärzte erwarteten hier gleichermaßen eine erfolgreiche Behandlung der Hauterkrankung, wie unsere Studie gezeigt hat.

Bei chronischen Hauterkrankungen merkten die interviewten Hausärzte wiederholt kritisch an, dass in vielen Fällen die Therapieziele und -ansprüche sowohl von Patienten als auch von den Hausärzten selbst nicht mit den realistisch medizinisch erreichbaren Zielen korrelieren. Dies liegt einerseits in einem fehlenden oder unzureichenden Krankheitsverständnis seitens der Patienten und einer damit verbundenen situativen Fehleinschätzung, andererseits jedoch auch in einem a priori kurativen Behandlungsanspruch beiderseits begründet (Brown 2002, Ruiz Moral et al. 2006). Dabei kann der Umstand, keinen kurativen Ansatz zu verfolgen, sondern lediglich eine Kontrolle der Symptome erreichen zu können, sowohl zu Entmutigung und emotionaler Belastung führen, als auch als Herausforderung verstanden und angenommen werden (Davis 1984, Murrow u. Oglesby 1996).

In der ‚Global Burden of Disease‘-Study 2010 von Hay et al. lagen Hauterkrankungen in Bezug auf die YLD (years lost due to disability) nach Rückenschmerzen, Depressionen und chronischer Anämie auf Platz 4; unter Berücksichtigung der Todesfälle im Rahmen der DALYs (disability adjusted life-years) auf Platz 18 (Hay et al. 2014). Unsere Studie konnte zeigen, dass sich Hausärzte der Bedeutung chronisch-dermatologischer Erkrankungen und ihrer Auswirkungen auf das Leben der betroffenen Patienten bewusst waren. Eine adäquate Symptomkontrolle, die Ermöglichung einer hohen Lebensqualität sowie die Vermeidung von Sekundärfolgen und Rezidiven standen dabei im Vordergrund.

Wichtige Kernaufgaben in der Betreuung chronisch kranker Patienten sind daher die Generierung von Krankheitsverständnis, die Vermittlung von relevantem Wissen und die Förderung von Motivation, Eigeninitiative und Selbstvertrauen (Kirk 1992,

Goodheart u. Lansing 1996, Campbell et al. 2001, Brown 2002, Oldroyd et al. 2003), da nach Dobbie und Mellor sonst Unsicherheit und Hilflosigkeit auf Seiten der Patienten generiert werden können (Dobbie u. Mellor 2008). Weiterhin können asymmetrische Kommunikation therapeutischer Ziele und krankheitsspezifischer Prognosen sowie eine mangelhafte Erörterung individueller Behandlungs- und Versorgungswünsche der Patienten darüber hinaus zu Frustration und Unzufriedenheit von Hausarzt und Patient führen (Dewis u. Chekryn 1990, Sawicki 2005, Ruiz Moral et al. 2006, Masoudi Alavi 2013). Oldroyd und Mitarbeiter wiesen an dieser Stelle pointiert darauf hin, dass die Behandlung und Versorgung chronisch kranker Patienten nur dann gelingen kann, wenn es sich um einen ‚team effort‘ von Patient und Hausarzt handelt (Oldroyd et al. 2003).

Die Vermittlung der notwendigen diagnostische, therapeutischen, kommunikativen und integrativen Fähigkeiten in Verbindung mit einer Abkehr von einem krankheitsbasierte Behandlungsstrategie hin zu einer patientenzentrierten Versorgungsmodell sowohl für Weiterbildungsassistenten als auch niedergelassene Hausärzte sind die Grundlage eines erfolgreichen Managements chronisch kranker Patienten (Dobbie u. Mellor 2008, Masoudi Alavi 2013, Yu 2014). In unserer Studie konnte gezeigt werden, dass viele der befragten Hausärzte sich der großen Herausforderung chronisch-dermatologischer Erkrankungen im Praxisalltag bewusst sind und von der World Organization of Family Doctors (WONCA) geforderten ganzheitlichen Behandlungsanspruch (WONCA 2002, revised 2005) bereits in ihrem Praxisalltag umsetzen. Weitere Fortbildungsmaßnahmen zur Integration alternativer Heilmethoden in den per se multidisziplinären Behandlungsprozess scheinen jedoch indiziert (Brown 2002, Gruman JC, Gibson CM 2004).

5.2.4 Cortison im Praxisalltag

Topische Cortisonpräparate sind die am häufigsten verschriebenen Medikamente in der Behandlung dermatologischer Erkrankungen (vgl. Surber et al. 1995, Tadicherla et al. 2009). Unsere Studie zeigte, dass Hausärzte bei Erkrankungen wie Ekzemen, Exazerbationen chronischer Hautkrankheiten und Dermatitis entsprechend gültiger Lehrmeinung (vgl. Giannotti u. Pimpinelli 1992, Drake et al. 1996) cortisonhaltige

Externa verordnen. Als Kontraindikationen wurden infektiöse Hauterkrankungen wie Dermatomykosen oder Herpes zoster identifiziert. Einige der befragten Hausärzte orientierten sich am Stufenschema der WHO (WHO Collaborating Centre for Drug Statistics Methodology 2013); hier erfolgt die Einteilung in 4 Gruppen (schwach, mäßig potent, potent, hochpotent); gemessen am Ausprägungsgrad der lokalen Vasokonstriktion; wohingegen andere Hausärzte ihnen bekannte Präparate oder individuelle Mixturen präferieren. Ference und Last schlagen in ihrer Übersichtsarbeit zu topischen Corticosteroiden vor, dass Hausärzte mit je ein oder zwei Präparaten jeder Potenzstufe vertraut sein sollen, um eine sichere und effektive Behandlung steroidsensitiver Erkrankungen zu gewährleisten (Ference u. Last 2009). Niedner et al. wiesen darauf hin, dass dermatologische Magistralrezepturen im Verlauf der letzten Jahrzehnte therapeutisch effektiv, sicherer und stabiler geworden sind und daher als eine ‚wissenschaftlich fundierte Therapieform angesehen werden‘ können (Niedner u. Gloor 2000).

Nicht selten gaben die Hausärzte in unserer Studie an, im Rahmen infizierter Ekzeme oder in unklaren Behandlungssituationen antimykotisch-steroidale Kombinationspräparate zu verordnen. Giannotti und Pimpinelli, Smith und Mitarbeiter sowie Greenberg et al. stellen in diesem Zusammenhang in ihren Arbeiten die kritisch zu beurteilende Beliebtheit dieser Kombinationen besonders im hausärztlichen Rahmen heraus (Giannotti u. Pimpinelli 1992, Smith et al. 1998, Greenberg et al. 2002). Korrelierend dazu arbeiteten Balkrishnanin in ihrer multivarianten logistischen Regression heraus, dass Hausärzte mehr als doppelt so häufig (odds ratio 2,28) eine antimykotisch-steroidale Kombination verschreiben als die Referenzgruppe, wohingegen Dermatologen dies nur in seltenen Fällen verordnen (odds ratio 0,35) (Balkrishnan et al. 2004). Diese Ergebnisse sind kongruent zu den Zahlen der Arbeitsgruppe um Stern aus dem Jahr 1996. Hier zeigte sich ein nicht signifikanter Unterschied in der Verordnung von schwachen und mittelmäßig potente Steroide zwischen Dermatologen (76%) und Hausärzten (68%) und ein deutlicher Unterschied bei der Verschreibung hochpotenter Corticosteroide (20% von Dermatologen, nur in 4% der Fälle von Hausärzten). Jedoch verordneten Hausärzte häufiger Kombinationspräparate (in 26% dF) als Dermatologen (nur in 4%) (Stern 1996). Bezüglich der kontrovers diskutierte Wirksamkeit und Effektivität konnten Nolting und Mitarbeiter in einer Doppelblind-Studie jedoch belegen, dass eine Kombination von

Miconazol und Cortison (in Deutschland unter dem Handelsnamen DecodermTri® (Miconazol und Flupredniden) erhältlich) einer jeweiligen Monotherapie mit nur einem dieser Wirkstoffe signifikant überlegen ist (Nolting u. Rogalla 1995).

In Bezug auf die Anwendung und Verschreibung von Cortison konnten wir in unserer Studie drei unterschiedliche Typen von Cortison-Anwendern identifizieren: den überzeugten Verfechter, den mutigen Pragmatiker und den alternativen Skeptiker.

Dabei zeigte sich, dass Cortison bzw. cortisonhaltige Topika auch 60 Jahre nach der Entwicklung durch Sulzberger und Witten (Sulzberger und Witten 1952) eine tragende Säule in der Behandlung dermatologischer Erkrankungen darstellen (Zenklusen u. Feldmeyer 2014). Besonders die ‚überzeugten Verfechter‘ räumen den Cortisonpräparaten einen hohen Stellenwert bei der Behandlung dermatologischer Erkrankungen ein und nutzen diese Präparate unter Umständen auch in (kontrollierter) systemischer Anwendung, wie unter anderem Niedner et al. gefordert (Niedner 2001). Dabei überwiegt zumindest in der akuten Behandlungssituation die Möglichkeit, eine größtmögliche Symptomkontrolle zu erlangen, die Angst vor etwaigen Nebenwirkungen. Vor schweren Nebenwirkungen wie Atrophie und Beeinträchtigung der Hypothalamus-Hypophysen-Achse vor allem bei unlimitierter Anwendung warnen verschiedene Autoren (Praver und Katz 1990, Bénétou u. Saiag 1999, Decani et al. 2014). In diesem Zusammenhang wurde vom National Prescribing Center, einer von der australischen Gesundheitsbehörde unterstützten Organisation postuliert, dass topische Corticosteroide kein kurativer Therapieansatz sind, wohl aber durch eine kurzzeitige Anwendung (drei bis sieben Tage) zu einer signifikanten Beschwerdelinderung im Rahmen der Exazerbation einer akuten Hautkrankheit führen (The National Prescribing center 1999), sowie zu einer ausgeprägten Verbesserung der Lebensqualität von Patienten mit Hauterkrankungen beitragen (Zenklusen und Feldmeyer 2014). Mutige Pragmatiker nutzten zur zügigen Symptomkontrolle ebenfalls topische Corticosteroide (s.o.), sind aber im Blick auf die unter anderem von Hengge et al. beschriebenen Nebenwirkungen wie lokale Irritationen (33%), Hautdepigmentierung (15%) und Striae bzw. Hautatrophie (15%) bemüht, diese Präparate nur in einem sehr eingegrenzten Rahmen anzuwenden (Hengge et al. 2006, vgl. auch Gilbertson et al. 1998). Ference und Last betonen die Notwendigkeit einer eindeutigen Diagnose als Basis jeder Auswahl und Anwendung cortisonhaltiger Externa (Ference u. Last 2009). Dies

korreliert mit den Aussagen der alternativen Skeptiker, bei Verdachtsdiagnosen auf die Anwendung von Cortison zu verzichten und stattdessen zuzuwarten oder den Patienten zu überweisen. Darüber hinaus waren sie bemüht, Cortison entsprechend der Empfehlungen vor allem bei chronische Hauterkrankungen nur im Rahmen einer sogenannten Intervalltherapie in Kombination mit einer Basistherapie (Drake et al. 1996, The National Prescribing center 1999, vgl. auch Luger et al. 2004) einzusetzen, niedrige Dosierungen oder beispielsweise Kombinationen mit Keratolytika (vgl. Drosner 1992) mit einem niedriger potenten Corticosteroid zu verordnen oder von Behandlungsbeginn an einen nicht-steroidalen Ansatz (z.B. Calcineurin-Inhibitoren) (vgl. Del Rosso u. Friedlander 2005) zu verfolgen.

Insgesamt konnte jedoch gezeigt werden, dass unabhängig vom Anwendertypus, die befragten Hausärzte bei der Verordnung topischer Cortisonpräparate gezielt Maßnahmen ergreifen, um das Risiko von Nebenwirkungen und Risiken möglichst gering zu halten. Dazu gehört leitlinien- und konsensgerecht neben regelmäßigen Verlaufskontrollen (Drake et al. 1996, Lebrun-Vignes und Chosidow 2004, Luger TA 2009) eine dem betroffenen Areal angepasste Abgabemenge unter Berücksichtigung des therapeutischen Index sowie eine umfassende Aufklärung des Patienten (Bewley 2008). In diesem Zusammenhang fanden jedoch Pouplard und Mitarbeiter (Pouplard et al. 2011) in ihrer Analyse heraus, dass nur in wenigen Fällen die Verschreibungen von topischen Präparaten bezüglich Häufigkeit und Dauer der Anwendung, Anwendungsmenge und –lokalisierung vollständig ausgestellt wurden; häufig fehlte eine oder mehrere Komponenten. Auch Bewley und Mitarbeiter bemängelten 2008 in ihrer Konsensus-Studie eine zumeist nur unzureichend erfolgte Aufklärung der Patienten, die in einigen Fällen auch Ängste und Non-Compliance in Bezug auf die verordneten Präparate generiert (Bewley 2008). Die von Long und Finlay 1991 publizierte Methode der ‚fingertip unit‘ (Fingerspitzen-Einheit), die der Abschätzung der zu applizierenden Menge unterschiedlich großer Hautareale dient und zu einem verbesserten Verständnis der Anwendung führe, ist nach Bewley et al. (ebd.) weder bei Hausärzten noch Patienten weitläufig bekannt (Long u. Finlay 1991). Auch in unserer Studie wurde diese unterstützende Methode zur Applikation topischer Cortisonpräparate von keinem der befragten Hausärzte erwähnt.

Eine weitere Problematik in Bezug auf die Anwendung topischer Corticosteroide ergibt sich aus der mangelnden Therapieadhärenz der Patienten, häufig bedingt durch nicht-rationale Ängste in der Bevölkerung. Charman et al. konnten in ihrer Studie aufzeigen, dass 73% der Patienten zugeben, aufgrund der Anwendung externer Cortisonpräparate besorgt zu sein; etwa ein Drittel der Befragten gab an, die Anwendungsvorgaben für die Topika im Behandlungsverlauf nicht richtig befolgt zu haben (Charman et al. 2000). Bewley et al. führen diese mangelnde Compliance unter anderem darauf zurück, dass es Patienten zumeist nicht möglich ist, zwischen der Potenz der verschiedenen Präparate und den damit verbundenen Nebenwirkungen zu differenzieren und mögliche Risiken verallgemeinert werden, während Morren et al. eine generalisierte Angst vor möglichen Nebenwirkungen und einem damit verbundenen fehlenden Vertrauen in die Therapie postulierten (Morren et al. 2013). Diese Ängste müssen von Hausärzten vor allem mit Blick auf die Ergebnisse von Hoare et al. aus dem Jahr 2000 individuell differenziert beurteilt werden, da in dieser Studie keine Evidenz für Nebenwirkungen wie Hautatrophie oder Beeinflussung der Hypothalamus-Hypophysenachse bei Anwendung lokaler Cortisonpräparate nachgewiesen werden konnte (Hoare et al. 2000). Daher betonen Lee und Arriola genauso wie Morren et al. die herausragende Bedeutung einer detaillierten und korrekten Aufklärung der Patienten über das jeweils verschriebene Produkt und die zu applizierende Menge, möglichst unter Einbindung des Patienten in das Therapiekonzept (Lee u. Arriola 1999, Morren et al. 2013, vgl. auch Bewley 2008). Unter Beachtung der Ergebnisse von Khoshnevisan und Kollegen, dass fast 80% der Patienten eine mündliche Anweisung zur Einnahme und Anwendung von Medikamenten beim ersten Mal nicht bzw. falsch verstehen (Khoshnevisan et al. 2010),, erscheint die von Cork 2011 geforderte Weitergabe von Informationen (Häufigkeit der Anwendung, zu applizierende Menge und Applikationsort) an Patienten in schriftlicher Form und in komplexeren Fällen auch die Entwicklung eines 'care plan' (Pflegeplan) als durchaus gerechtfertigt (Cork 2011).

5.2.5 Hautkrebsscreening

Die Ergebnisse unserer Studie legen nahe, dass das seit 2008 von der KV vergütete Hautkrebsscreening eine sehr unterschiedliche Umsetzung in den Hausarztpraxen erfährt.

Einige der befragten Hausärzte führten die Ganzkörperuntersuchung der Haut auf suspekta Befunde gezielt durch, da sie sowohl von der Sinnhaftigkeit der Screeningmaßnahme zur Frühentdeckung von malignen Hautbefunden als auch von ihrer eigenen diagnostischen Treffsicherheit überzeugt waren. Titus-Ernstoff und Mitarbeiter belegten bereits 1989, dass eine ausführliche Untersuchung der Haut zur vermehrten Erkennung von Hauttumoren niedrig-maligner Stadien (Carcinoma in situ, bzw. Tumoren mit noch geringer Eindringtiefe) führte (Titus-Ernstoff et al. 1989). Im Rahmen des kontrovers diskutierten Pilot-Projekts „SCREEN - Hauskrebsscreening in Schleswig-Holstein“ (vgl. dazu die Unterlagen des Unterausschuss "Prävention" des Gemeinsamen Bundesausschusses 2008) - initial als Machbarkeitsstudie angelegt, zeigte sich bei einer im Vergleich zu anderen Screeningmaßnahmen im Mittelfeld verorteten Teilnehmerate von 19% eine höhere Inzidenz von malignen Hautbefunden. Darüber hinaus legten die erhobenen Daten eine Reduktion der Mortalität aufgrund maligner Hauttumoren durch ein Hautkrebsscreening nahe.

In ihrem vielbeachteten und kontrovers diskutierten systematischen Review arbeiteten Chen et al. heraus, dass die bis 1999 veröffentlichten Studien zum Vergleich der diagnostischen Güte von Hausärzten und Hautärzten in Bezug auf die Früherkennung maligner Hautveränderungen keine adäquate und differenzierte Beurteilung dieses Sachverhaltes ermöglichen, obwohl die untersuchten Daten eine größere diagnostische Expertise seitens der Hautärzte nahelegen (Chen et al. 2001). Im Gegensatz dazu zeigten Morrison et al, Grob und Richard sowie Ojeda und Graells jedoch eine im Vergleich zu Hautärzten verringerte Sensitivität (22% zu 87% [Morrison 2001], 45% zu 97% [Ojeda 2011]) und eine um mehr als das Doppelte erhöhte Irrtumswahrscheinlichkeit (9% zu 23,2% [Grob 2002], 16% zu 97% [Ojeda 2011]) in der Gruppe der Hausärzte (Morrison et al. 2001, Grob und Richard 2002, Ojeda und Graells 2011).

Erschwerend bei der regelmäßigen Durchführung erwies sich jedoch der Faktor „Zeit“ und damit verbunden eine nur unzufriedenstellende Einbindung der Vorsorgemaßnahme

in den Praxisalltag. Mit diesen Ergebnissen korrelierten auch die Aussagen von Egidi et al., die in ihrer 2009 veröffentlichten „kritischen Einschätzung“ des Hautkrebscreenings bereits vorrechneten, dass – vorausgesetzt ein Hausarzt führe diese Maßnahme bei den über 34-jährigen Patienten in den vorgeschriebenen Intervallen konsequent durch – durchschnittlich jeden Praxistag eine Stunde und 15 Minuten für das Hautkrebscreening aufgewendet werden müssen. Bei Kontaktzeiten von ca. 8 Minuten (Grobe et al. 2010) bestehe jedoch „wenig Aussicht auf eine hohe Beteiligungsquote“ seitens der Hausärzte (Egidi G, Giersiepen K, Abholz HH 2009).

Im Gegensatz dazu stand eine Gruppe von Hausärzten, die am Nutzen des Hautkrebscreenings für die Bevölkerung zweifelte und darüber hinaus sich als nicht ausreichend kompetent erachtete, Hautbefunde blickdiagnostisch suffizient zu beurteilen. Egidi und Mitarbeiter wiesen bereits kurz nach Einführung der Vorsorgemaßnahme auf eine zum damaligen Zeitpunkt ihrer Meinung zufolge sehr schwache Datenlage und in Bezug auf einige Aspekte fragwürdigen Analyse und Interpretation seitens des ‚Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA)‘ sowie auf das Fehlen einer Implementierung eines Evaluationskonzepts hin. Ihren Schlussfolgerungen nach war ein eindeutig positiver Effekt dieses Massenscreenings auf die Gesundheit der Bevölkerung nicht erwiesen, da weitere Studien zur Analyse der Endpunkte „Lebensqualität“ und „Mortalität“ als Kriterien für den möglichen Nutzen einer Intervention fehlten.

5.2.6 Wissen und Forschung

Wissen und damit verbunden eine am aktuellen Forschungs- und Lehrstand orientierte stete Weiterbildung sind grundlegende Elemente zur Gewährleistung einer hochqualifizierten (Primär-)Versorgung (Burke et al. 1994, Guest et al. 2001, Crossland et al. 2014). Die im Rahmen von unserer Studie befragten Hausärzte gaben an, dass ihnen ihr Wissen aus Studium und fachärztlicher Weiterbildung als Grundlage zur Diagnose und Behandlung dermatologischer Erkrankungen diene, wobei jedoch mehrfach der untergeordnete Stellenwert dieses Faches betont wurde. Nach der aktuellen Studienordnung des Fachbereichs Medizin der Philipps-Universität Marburg beträgt der Anteil der Dermatologie im klinischen Studienabschnitt 1,53% (2 SWS)

(Fachbereichsrat des Fachbereichs Medizin der Philipps-Universität Marburg 2012). In der Weiterbildungsordnung der Landesärztekammer Hessen können im Rahmen der 36-monatigen „Weiterbildung in der internistischen Patientenversorgung“ auch bis zu 18 Monate in „Gebieten der unmittelbaren Patientenversorgung“ (z.B. Dermatologie) abgeleistet werden (Landesärztekammer Hessen 2005). In diesem Zusammenhang konnten sowohl Gerbert als auch Whitaker-Worth zeigen, dass schon kurze Rotationen (ca. einen Monat) in dermatologische Abteilungen sowie bereits bestehende Vorkenntnisse im Bereich „Dermatologie“ die diagnostischen Fähigkeiten von allgemeinmedizinischen Weiterbildungsassistenten verbesserten (Gerbert et al. 1996, Whitaker-Worth et al. 1998). Kerr et al. sowie Lam et al. arbeiteten in ihren Interventionsstudien heraus, dass gezielte Fortbildungsveranstaltungen im Rahmen der Weiterbildung die Sicherheit im Umgang mit dermatologischen Erkrankungen erhöhen (von 60% auf 90% postinterventionell) konnten und es gleichzeitig zu einer Reduktion der Überweisungshäufigkeit von 31,9% auf 23,5% kam (Kerr et al. 2006, Lam et al. 2011).

2011 entwickelten Patadia und Mostow ein Arbeitsbuch für Medizinstudenten und Weiterbildungsassistenten, das eine Kombination aus einer Liste der häufigsten Diagnosen („birdwatching list“) und spezifischen Zielen in Diagnostik und Therapie für unterschiedliche Zeiträume („travel guide“) darstellte (Patadia und Mostow 2011). Das mit diesem Arbeitsbuch angebotene selbstbestimmte aber auch erfahrungsbasierte Lernen im praktischen Alltag, die didaktischen Hinweise sowie eine kritische und eigenverantwortliche Selbstreflexion im Rahmen regelmäßiger Evaluationen entsprechen nach unseren Ergebnissen auch den Wünschen und Ansprüchen (vgl. 4.7.2 Fortbildung) der von uns befragten Hausärzte an Fortbildungsmaßnahmen zur Sicherung und vor allem Verbesserung der dermatologischen Versorgungsqualität in Hausarztpraxen (vgl. auch Mamede et al. 2013). Borbujo und Patadia betonten jedoch auch, dass die Verantwortung zur Weiterbildung allgemeinmedizinischer Assistenten (und Ärzte) eindeutig in der Hand der dermatologischen Fachkollegen liegt; sie befürchteten sonst eine verminderte Qualität der Veranstaltung aufgrund fehlendem Wissens oder unzureichender Erfahrungswerte, die zu einer möglichen Weitergabe von fehlerhaften Informationen führen könnten (Borbujo 2007, Patadia u. Mostow 2011). Weiterbildung, entsprechende Veranstaltungen oder Informationen zu dermatologischen Sachverhalten dürften auch nicht, wie von einigen der befragten Hausärzte angegeben,

von Pharmafirmen initiiert und / oder unterstützt werden, da dies eine Objektivität per se ausschließt (Borbujo 2007). Weiterhin ist es bei der Gestaltung von Fortbildungsveranstaltungen von großer Bedeutung, auf die spezifischen Aufgaben und Bedürfnisse der ambulanten Versorgung einzugehen, und damit Abstand von der Vermittlung rein klinisch relevanter dermatologischer Themen und Aspekte zu nehmen (Burke et al. 1994, Marshall 1998, Bowen et al. 2005, Shaw et al. 2012, Papp u. Wayne 2013).

In unserer Studie konnte – in Korrelation mit den Ergebnissen von Gagliardi – weiterhin gezeigt werden, dass Hausärzte vor allem die schriftlichen Rückmeldungen ihrer dermatologischen Fachkollegen sowie den Austausch mit erfahrenen Kollegen in der Gemeinschaftspraxis oder in Qualitätszirkeln zum Ausbau ihres Wissen und ihrer diagnostischen und therapeutischen Fähigkeiten nutzen (Gagliardi 2002). Guest et al. wiesen dazu pointiert darauf hin, dass die häufige Ausführung einer Tätigkeit zwar das Fertigkeitenniveau erhalte, jedoch nur reflektiertes Training zu verbesserten und höher qualifizierten Fähigkeiten führe (Guest et al. 2001). Auch Mamede et al. unterstrich die Bedeutung des Austausches und der Reflexion mit erfahrenen Kollegen; aus ihrer Studie konnte ein statischer Zusammenhang zwischen sogenannten ‚peer review meetings‘ und verbesserten klinischen Fähigkeiten der Hausärzte abgeleitet werden (Mamede et al. 2013). Barnett et al. beispielsweise wies in seiner Arbeit im Zeitalter der digitalen Kommunikation auf die Möglichkeit der Etablierung einer ‚virtuellen Community‘ zu Konsultationszwecken und zum Erfahrungsaustausch unter Kollegen hin (Barnett et al. 2012). Die grundsätzliche Notwendigkeit von Weiterbildungsveranstaltungen und –modulen sowohl für Weiterbildungsassistenten als auch bereits niedergelassene Hausärzte wurde in unserer Studie sehr unterschiedlich eingeschätzt; zumeist in Abhängigkeit von den eingeschätzten, eigenen diagnostischen Fähigkeiten und dem individuellen Interesse an Dermatologie. Ebenfalls kontrovers diskutiert wird dies in der Literatur. Dabei wird der Bedarf an Fortbildungsveranstaltungen und Curricula für Hausärzte zumeist an der diagnostischen Kompetenz der Hausärzte im Vergleich zu Dermatologen gemessen. Federman und Mitarbeiter postulierten 1999 in ihrer Übersichtsarbeit einen statistisch signifikanten Unterschied mit 93% versus 52% korrekter Diagnosen ($p < 0,001$) (Federman et al. 1999); zu ähnlichen Ergebnissen kamen weitere Arbeitsgruppen (Federman u. Kirsner 2000, Fleischer et al. 2000, Tran et al. 2005, Goulding, J M R et al. 2009).

6 Zusammenfassung

6.1 Deutsche Version

Hintergrund: Hautkrankheiten stellen einen häufigen Beratungsanlass in der Hausarztpraxis dar. Die meisten dieser Patienten werden im hausärztlichen Rahmen behandelt, wobei einige allerdings zum dermatologischen Fachkollegen überwiesen werden. Trotz der hohen Relevanz dermatologischer Aspekte im hausärztlichen Praxisalltag ist dieser Bereich noch wenig erforscht.

Forschungsfragen: Ziel der Studie war die Analyse des diagnostischen Vorgehens und der verwendeten Strategien bei der Behandlung dermatologischer Patienten. Weiterhin sollte das Kooperationsverhalten der Hausärzte in Bezug auf den Kontakt mit den Hautärzten untersucht werden sowie die Einstellung der Hausärzte zur Anwendung von Cortison und zur Durchführung des Hautkrebsscreenings. Ein weiteres Ziel war die Identifizierung möglicher Fortbildungs- und Forschungsaspekte.

Material und Methoden: In leitfadengestützten, semi-strukturierten Interviews von 20 bis 40 Minuten Länge wurden insgesamt 14 Hausärzte zu ihrer persönlichen Vorgehensweise in Bezug auf Diagnose, Therapie und Koordination von Patienten mit Hautkrankheiten befragt. Dies erfolgte anhand von Beispielpatienten, an die sich die Ärzte zu Beginn des Interviews im Sinne eines „stimulated recalls“ zurück erinnerten. Die Interviews wurden aufgenommen, verbatim transkribiert und qualitativ von zwei unabhängigen Untersuchern nach Erstellung eines Codebaums auf Basis eines deduktiv-induktiven Ansatzes ausgewertet.

Ergebnisse: Im Rahmen des komplexen Entscheidungsprozesses bei der Diagnose dermatologischer Erkrankungen konnten verschiedene diagnostische Strategien wie Blickdiagnose, schrittweises Eingrenzen oder Mustererkennung identifiziert werden. Hausärzte verringerten diagnostische Unsicherheit durch die Identifizierung von „red flags“, Behandlungsversuchen oder abwartendes Offenhalten sowie die Überweisung zum dermatologischen Fachkollegen. In Bezug auf die Kooperation mit dem niedergelassenen Dermatologen sahen sich die Hausärzte mit der Schwierigkeit einer

zeitnahen Terminvergabe und der mangelnden fachlichen Rückmeldung konfrontiert. Bei der Cortisongabe zeigten sich drei distinkte Anwendertypen, wobei die topische Therapie häufig von den Hausärzten selbst initiiert wurde. Bezüglich des Hautkrebscreenings zeigte sich eine sehr heterogene Einstellung der befragten Ärzte, die von begeisterter Befürwortung bis zu strikter Ablehnung reichte.

Zusammenfassung: Hausärzte sind in ihrem Praxisalltag mit einem breiten Spektrum dermatologischer Erkrankungen konfrontiert und wenden verschiedene diagnostische Strategien an. Dabei wird in vielen Fällen diagnostische Unsicherheit nur durch die Überweisung zum hautärztlichen Facharzt reduziert. Diese Kooperation jedoch kann weiter ausgebaut und optimiert werden, insbesondere mit Blick auf die Kommunikation und Arbeitsteilung. Weiterhin würden Hausärzte von eindeutigen hautärztlichen Empfehlungen in Bezug auf die Verordnung von Cortison im Rahmen häufiger dermatologischer Erkrankungen profitieren. International bereits etablierte Projekte wie Teledermatologie oder regelmäßige Visiten eines Dermatologen in der allgemeinmedizinischen Praxis können als Modellprojekte etabliert werden. Darüber hinaus sollten jedoch allen Hausärzten regelmäßige Fortbildungen im Bereich Diagnostik und Therapie dermatologischer Erkrankungen angeboten werden.

Schlagwörter: Allgemeinmedizin, Hausarzt, Diagnose, dermatologische Erkrankung, Hauterkrankung, qualitative Forschung

6.2 Englische Version

Background: Skin diseases are a common reason for consulting the general practitioner (GP). Many of these dermatological patients are treated by the GP while others, mainly suffering from chronic disorders, will be referred to a dermatologist. This regular occurrence stands in contrast to lack of knowledge and training at the GPs side. Although a highly relevant topic, there is virtually no research on dermatology in primary care. Consequently, little is known about GPs diagnostic approaches in these patients.

Research questions: We therefore aimed to analyse how GPs approach patients presenting with skin disease and to explore their different diagnostic approaches. Furthermore, we aimed to identify strategies how GPs handle diagnostic uncertainty as

well as the way they cooperate with dermatologists, the use of cortisone in daily practice, their opinion towards skin cancer screening and what areas GPs would identify for further research and training.

Material and methods: In semi-structured interviews (20 to 40 minutes), 14 GPs were asked to describe, among other topics, their personal diagnostic approaches in 2-3 of their patients with acute or chronic skin problems they had prospectively identified (stimulated recall). Interviews were taped and transcribed verbatim. Qualitative analysis was conducted by two independent raters using a deductive-inductive approach.

Results: We identified several aspects of a complex decision making process in GPs' diagnostic management of patients with dermatological problems. In the general diagnostic workup, GPs used a broad spectrum of different strategies like spot diagnosis, stepwise refinement, pattern recognition trigger or test of treatment. GPs reduced diagnostic uncertainty through identification of red flags, application of the test of time, therapeutic trials and asking for further advice including patient referral. Regarding the cooperation with der dermatologist, GPs were faced with the difficulty to get a timely appointment and complained about the lack of professional feedback. Furthermore, we could identify three different ways how GPs use steroids in daily practice. In regard to skin cancer screening, GPs showed quite different opinions ranging from total acceptance to strict rejection.

Conclusions: GPs encounter a broad range of dermatological problems in their daily work using a variety of strategies in the work up of these patients. However, in a significant number of patients, there remains diagnostic uncertainty that is reduced mainly by specialist referral. Cooperation between GPs and dermatologists can still be optimized, especially concerning communication and division of work. GPs would clearly profit by distinct recommendations regarding steroid therapy for common skin diseases. Internationally established approaches such like tele dermatology or regular sessions of a dermatologist GPs' practices could be established as model projects. In addition, regular training diagnosis and treatment of common dermatological diseases should be offered to all GPs.

Keywords: General practice, family medicine, diagnosis, skin disease, dermatological disorder, qualitative research

Literaturverzeichnis

- Abteilung für Allgemeinmedizin, Präventive und Rehabilitative Medizin (2010) Marburger Herz-Score. URL: <http://www.uni-marburg.de/fb20/allgprmed/forschung/projekte/mhs/mhs-intro.html> (abgerufen am: 22. Juli 2015Uhr)
- Achenbach A, Dirschka T (Hrsg.) (2011) *Klinikleitfaden Dermatologie. Arbeitstechniken und diagnostische Verfahren*, 3. Aufl. Elsevier, Urban et Fischer München
- Akat K, Lohse AW, Neurath MF (Hrsg.) (2011) *Checkliste Anamnese und klinische Untersuchung*. 178 Tabellen, 3. Aufl. Thieme Stuttgart [u.a.]
- Akbari A, Mayhew A, Al-Alawi MA, Grimshaw J, Winkens R, Glidewell E, Pritchard C, Thomas R, Fraser C (2008) Interventions to improve outpatient referrals from primary care to secondary care. The Cochrane database of systematic reviews, CD005471
- Albertson GA, Lin CT, Kutner J, Schilling LM, Anderson SN, Anderson RJ (2000) Recognition of patient referral desires in an academic managed care plan frequency, determinants, and outcomes. *Journal of general internal medicine* 15, 242–247
- Almond SC, Summerton N (2009) Diagnosis in General Practice. Test of time. *BMJ (Clinical research ed.)* 338, b1878
- André M, Andén A, Borgquist L, Rudebeck CE (2012) GPs' decision-making--perceiving the patient as a person or a disease. *BMC family practice* 13, 38
- Augustin M, Herberger K, Hintzen S, Heigel H, Franzke N, Schäfer I (2011) Prevalence of skin lesions and need for treatment in a cohort of 90 880 workers. *The British journal of dermatology* 165, 865–873
- Augustin M, Jung EG, Moll I (2010) *Dermatologie*. 104 Tabellen ; [mit Blickdiagnosen und Quizfragen auf CD-ROM], 7. Aufl. Thieme Stuttgart
- Awadalla F, Rosenbaum DA, Camacho F, Fleischer AB, Feldman SR (2008) Dermatologic disease in family medicine. *Fam Med* 40, 507–511
- Baird G, Flynn R, Baxter G, Donnelly M, Lawrence J (2008) Travel time and cancer care: an example of the inverse care law? *Rural Remote Health* 8, 1003
- Balkrishnan R, Cook JM, Shaffer MP, Saltzberg FB, Feldman SR, Fleischer AB (2004) Analysis of factors associated with prescription of a potentially inappropriate combination dermatological medication among US outpatient physicians. *Pharmacoepidemiology and drug safety* 13, 133–138
- Barker J, Burgdorf W (Hrsg.) (2013) *The challenge of skin diseases in Europe*. EDF white book, 4. Aufl. ABW, Wiss.-Verl Berlin

- Barnett S, Jones SC, Bennett S, Iverson D, Bonney A (2012) General practice training and virtual communities of practice - a review of the literature. *BMC family practice* 13, 87
- Barracough K (2009) Chronic cough in adults. *BMJ (Clinical research ed.)* 338, b1218
- Bate L, Hutchinson A, Underhill J, Maskrey N (2012) How clinical decisions are made. *British journal of clinical pharmacology* 74, 614–620
- Bénéton N, Saiag P (1999) Corticostéroïdes topiques cutanés. Principes et règles d'utilisation. *La Revue du praticien* 49, 2251–2256
- Bewley A (2008) Expert consensus: time for a change in the way we advise our patients to use topical corticosteroids. *The British journal of dermatology* 158, 917–920
- Bittorf A, Krejci-Papa NC, Diepgen TL (1995) Development of a dermatological image atlas with worldwide access for the continuing education of physicians. *Journal of telemedicine and telecare* 1, 45–53
- Borbujo J (2007) Dermatología y atención primaria: una relación obligada. *Actas dermo-sifiliográficas* 98, 159–163
- Bösner S, Träger S (2011) Vom Hausarzt zum Facharzt - aktuelle Daten zu Überweisungsverhalten und -motiven. *Zeitschrift für Allgemeinmedizin* 87
- Bowen JL, Salerno SM, Chamberlain JK, Eckstrom E, Chen HL, Brandenburg S (2005) Changing habits of practice. Transforming internal medicine residency education in ambulatory settings. *Journal of general internal medicine* 20, 1181–1187
- Branthwaite A, Ross A (1988) Satisfaction and job stress in general practice. *Fam Pract* 5, 83–93
- Braun RN, Mader F (2005) *Programmierte Diagnostik in der Allgemeinmedizin. 82 Checklisten für Anamnese und Untersuchung, 5. Aufl. Springer Medizin Heidelberg*
- Braun-Falco's *Dermatologie, Venerologie und Allergologie* (2002), 6. Aufl. Springer Berlin
- Brown FM (2002) Inside every chronic patient is an acute patient wondering what happened. *Journal of clinical psychology* 58, 1443–1449
- Burke W, Baron RB, Lemon M, Losh D, Novack A (1994) Training generalist physicians: structural elements of the curriculum. *Journal of general internal medicine* 9, S23-30
- Burkhart CA (1998) Family physicians discuss dermatologic training. *Archives of dermatology* 134, 634
- Calman NS, Hyman RB, Licht W (1992) Variability in consultation rates and practitioner level of diagnostic certainty. *The Journal of family practice* 35, 31–38
- Campbell SM, Hann M, Hacker J, Burns C, Oliver D, Thapar A, Mead N, Safran DG, Roland MO (2001) Identifying predictors of high quality care in English general practice: observational study. *BMJ (Clinical research ed.)* 323, 784–787
- Chaix B, Boëlle P, Guilbert P, Chauvin P, Boëlle P (2005) Area-level determinants of specialty care utilization in France: a multilevel analysis. *Public Health* 119, 97–104

- Charman CR, Morris AD, Williams HC (2000) Topical corticosteroid phobia in patients with atopic eczema. *British Journal of Dermatology* 142, 931–936
- Chen SC, Bravata DM, Weil E, Olkin I, Chen SC, Bravata DM, Weil E, Olkin I (2001) A Comparison of Dermatologists' and Primary Care Physicians' Accuracy in Diagnosing Melanoma // A comparison of dermatologists' and primary care physicians' accuracy in diagnosing melanoma: a systematic review. *Arch Dermatol* 137, 1627–1634
- Christel Hopf (2007 // 2008) Qualitative Interviews - ein Überblick. In: Flick U, Kardorff Ev, Steinke I (Hrsg.) *Qualitative Forschung. Ein Handbuch*, 5. Aufl., 349–360. Rowohlt-Taschenbuch-Verl.; Rowohlt Taschenbuch-Verl. Reinbek bei Hamburg
- Christian Lüders (2007 // 2008) Herausforderung qualitativer Forschung. In: Flick U, Kardorff Ev, Steinke I (Hrsg.) *Qualitative Forschung. Ein Handbuch*, 5. Aufl., 632–642. Rowohlt-Taschenbuch-Verl.; Rowohlt Taschenbuch-Verl. Reinbek bei Hamburg
- Clark RA, Eckert KA, Stewart S, Phillips SM, Yallop JJ, Tonkin AM, Krum H (2007) Rural and urban differentials in primary care management of chronic heart failure: new data from the CASE study. *Med. J. Aust.* 186, 441–445
- Clemence L (1998) General practice. To whom do you refer? *The Health service journal* 108, 26–27
- Cork MJ (2011) Patient education about topical treatments. *The British journal of dermatology* 165, 1159–1160
- Coulter A, Noone A, Goldacre M (1989) General practitioners' referrals to specialist outpatient clinics. I. Why general practitioners refer patients to specialist outpatient clinics. *BMJ* 299, 304–306
- Crabtree BF, Miller WL (©1999) *Doing qualitative research*, 2. Aufl. Sage Publications Thousand Oaks, Calif.
- Crossland L, Janamian T, Jackson CL (2014) Key elements of high-quality practice organisation in primary health care: a systematic review. *The Medical Journal of Australia* 201, S47-51
- Davis MZ (1984) Nursing and the chronically ill patient in the acute-care hospital. *Journal of advanced nursing* 9, 257–266
- Decani S, Federighi V, Baruzzi E, Sardella A, Lodi G (2014) Iatrogenic Cushing's syndrome and topical steroid therapy: case series and review of the literature. *The Journal of dermatological treatment* 25, 495–500
- Del Rosso J, Friedlander SF (2005) Corticosteroids: options in the era of steroid-sparing therapy. *Journal of the American Academy of Dermatology* 53, S50-8
- Denzin NK (©1978) *The research act. A theoretical introduction to sociological methods*, 2. Aufl. McGraw-Hill New York
- Dewis ME, Chekryn J (1990) The older dyadic family unit and chronic illness. *Home healthcare nurse* 8, 42–48
- Diepgen TL, Tanko Z, Weisshaar E, Matvijets A, Simon M (2009) Medizinische Informationssysteme im Internet. Aktuelle Daten zum dermatologischen Informationsportal <http://www.dermis.net>. *Der Hautarzt; Zeitschrift für Dermatologie, Venerologie, und verwandte Gebiete* 60, 979–983

- Dobbie M, Mellor D (2008) Chronic illness and its impact: considerations for psychologists. *Psychology, health & medicine* 13, 583–590
- Donner-Banzhoff N (1999) Wie stellt der Allgemeinarzt seine Diagnose? *Zeitung für Allgemeinmedizin* 75, 744–749
- Donner-Banzhoff N (2008) Umgang mit Unsicherheit in der Allgemeinmedizin. *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen* 102, 13–18
- Donner-Banzhoff N, Hertwig R (2014) Inductive foraging: improving the diagnostic yield of primary care consultations. *The European journal of general practice* 20, 69–73
- Donohoe MT, Kravitz RL, Wheeler DB, Chandra R, Chen A, Humphries N (1999) Reasons for outpatient referrals from generalists to specialists. *J GEN INTERN MED* 14, 281–286
- Doust J (2009) Diagnostic in General Practice - Using probabilistic reasoning. Having a sense of the accuracy of diagnostic tests will help general practitioners to interpret and use the tests appropriately and, as in the example of chest pain, avoid unnecessary testing. *BMJ*, 1080–1082
- Drake LA, Dinehart SM, Farmer ER, Goltz RW, Graham GF, Hordinsky MK, Lewis CW, Pariser DM, Webster SB, Whitaker DC, Butler B, Lowery BJ, Raimer SA, Krafchik BR, Olsen E, Weston WL (1996) Guidelines of care for the use of topical glucocorticosteroids. *American Academy of Dermatology. Journal of the American Academy of Dermatology* 35, 615–619
- Drosner M (1992) Wege zur rationellen Kortisontherapie über Harnstoff-Zusätze--Begegnung der Kortisonphobie. *Der Hautarzt; Zeitschrift für Dermatologie, Venerologie, und verwandte Gebiete* 43 Suppl 11, 23–29
- Egidi G, Giersiepen K, Abholz HH (2009) Einführung eines Hautkrebsscreenings in Deutschland. Eine kritische Einschätzung. *Zeitschrift für Allgemeinmedizin* 85, 82–86
- Erlinghagen M, Pihl C (2005) Der Hausarzt als Lotse im System der ambulanten Gesundheitsversorgung? Empirische Analyse zum Einfluss der individuellen Hausarztbindung auf die Zahl der Arztbesuche. *Zeitschrift für Sozialreform* 51, 369-393
- Fachbereichsrat des Fachbereichs Medizin der Philipps-Universität Marburg Studienordnung für den Studiengang Humanmedizin mit dem Abschluss "Ärztliche Prüfung" an der Philipps-Universität Marburg vom 22.08.2012. URL: https://www.uni-marburg.de/administration/amtlich/38_2012.pdf (abgerufen am: 15. Oktober 2014)
- Federman DG, Concato J, Kirsner RS (1999) Comparison of dermatologic diagnoses by primary care practitioners and dermatologists. A review of the literature. *Archives of family medicine* 8, 170–172
- Federman DG, Kirsner RS (2000) The primary care physician and the treatment of patients with skin disorders. *Dermatologic clinics* 18, 215-21, viii
- Feldman SR, Fleischer AB, Chen JG (1999) The gatekeeper model is inefficient for the delivery of dermatologic services. *J. Am. Acad. Dermatol.* 40, 426–432
- Ference JD, Last AR (2009) Choosing topical corticosteroids. *American family physician* 79, 135–140
- Fleischer AB, Feldman SR, McConnell RC (1997) The most common dermatologic problems identified by family physicians, 1990-1994. *Family medicine* 29, 648–652

- Fleischer AB, Herbert CR, Feldman SR, O'Brien F (2000) Diagnosis of skin disease by nondermatologists. *The American journal of managed care* 6, 1149–1156
- Foot C., Naylor C., Imison C. (2010) The quality of GP diagnosis and referral. URL: <http://www.kingsfund.org.uk/sites/files/kf/Diagnosis%20and%20referral.pdf> (abgerufen am: 11. Dezember 2014)
- Forrest CB (2000) Coordination of specialty referrals and physician satisfaction with referral care. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine* 154, 499–506
- Forrest CB, Nutting PA, Starfield B, Schrader Sv (2002) Family physicians' referral decisions: results from the ASPN referral study. *The Journal of family practice* 51, 215–222
- Fortune DG, Richards HL, Main CJ, Griffiths CE (1998) What patients with psoriasis believe about their condition. *Journal of the American Academy of Dermatology* 39, 196–201
- Gabbay J, Le May A (2004) Evidence based guidelines or collectively constructed "mindlines?" Ethnographic study of knowledge management in primary care. *BMJ* 329, 1013
- Gagliardi A (2002) Use of referral reply letters for continuing medical education: a review. *The Journal of continuing education in the health professions* 22, 222–229
- Gass SM, Mackey A (2000) Stimulated recall methodology in second language research. L. Erlbaum Associates Mahwah, NJ
- Gerbert B, Maurer T, Berger T, Pantilat S, McPhee SJ, Wolff M, Bronstone A, Caspers N (1996) Primary care physicians as gatekeepers in managed care. Primary care physicians' and dermatologists' skills at secondary prevention of skin cancer. *Arch Dermatol* 132, 1030–1038
- Gesundheitsberichterstattung des Bundes (2006) Diagnosedaten der Krankenhäuser ab 2000. (Fälle/Sterbefälle, Fälle je 100000 Einwohner (altersstandardisiert), Berechnungs- und Belegungstage, durchschnittliche Verweildauer). Gliederungsmerkmale: Jahre, Wohnsitz, Alter, Geschlecht, Verweildauer, ICD10, Art der Standardisierung. Stand: 8. Januar 2015Uhr. URL: www.gbe-bund.de
- Giannotti B, Pimpinelli N (1992) Topical corticosteroids. Which drug and when? *Drugs* 44, 65–71
- Gilbertson EO, Spellman MC, Piacquadio DJ, Mulford MI (1998) Super potent topical corticosteroid use associated with adrenal suppression: clinical considerations. *Journal of the American Academy of Dermatology* 38, 318–321
- Glaser BG, Strauss AL (1967) The discovery of grounded theory. Strategies for qualitative research. Aldine Pub. Co. Chicago
- Goodheart CD, Lansing MH (1996) Treating people with chronic disease. A psychological guide. American Psychological Association Washington, DC
- Goulding, J M R, Levine S, Blizard RA, Deroide F, Swale VJ (2009) Dermatological surgery: a comparison of activity and outcomes in primary and secondary care. *The British journal of dermatology* 161, 110–114

- Greenberg HL, Shwayder TA, Bieszk N, Fivenson DP (2002) Clotrimazole/betamethasone dipropionate: a review of costs and complications in the treatment of common cutaneous fungal infections. *Pediatric dermatology* 19, 78–81
- Grob JJ, Richard MA (2002) The debate over diagnostic accuracy in melanoma: dermatologists or general practitioners? *Arch Dermatol* 138, 1251–1252
- Grobe TG, Dörning H, Schwartz FW (Hrsg.) (2010) BARMER GEK Arztreport. Schwerpunkt: Erkrankungen und zukünftige Ausgaben. Asgard-Verl St. Augustin
- Grobe TG, Dörning H, Schwartz FW (2012) Schwerpunkt: Kindergesundheit. Asgard-Verl St. Augustin
- Grol R, Rooijackers-Lemmers N, van Kaathoven L, Wollersheim H, Mookink H (2003) Communication at the interface: do better referral letters produce better consultant replies? *The British journal of general practice : the journal of the Royal College of General Practitioners* 53, 217–219
- Grol R, Mookink H, van Eijk JThM et al. (1985) Unsicherheit bei ärztlichen Entscheidungen. *Allgemeinmedizin* 14, 149ff
- Gruman JC, Gibson CM (2004) A disease management approach to chronic illness. In: Regina E. Herzlinger (Hrsg.) *Consumer-Driven Health Care. Implications for Providers, Payers and Policy Makers*, 561–569. Jossey-Bass San Francisco, California
- Guest CB, Regehr G, Tiberius RG (2001) The life long challenge of expertise. *Medical education* 35, 78–81
- Haikio JP, Linden K, Kvist M (1995) Outcomes of referrals from general practice. *Scand J Prim Health Care* 13, 287–293
- Hasenritter J, Bösner S, Klug J, Ledig T, Donner-Banzhoff N (2011) Brustschmerz. [Leitlinie Langfassung] Nr. 15
- Hay RJ, Johns NE, Williams HC, Bolliger IW, Dellavalle RP, Margolis DJ, Marks R, Naldi L, Weinstock MA, Wulf SK, Michaud C, J L Murray, Christopher, Naghavi M (2014) The global burden of skin disease in 2010: an analysis of the prevalence and impact of skin conditions. *The Journal of investigative dermatology* 134, 1527–1534
- Heiberg Engel, Peter Johan (2008) Tacit knowledge and visual expertise in medical diagnostic reasoning: implications for medical education. *Medical teacher* 30, e184-8
- Heneghan C, Glasziou P, Thompson M, Rose P, Balla J, Lasserson D, Scott C, Perera R (2009) Diagnostic strategies used in primary care. *BMJ* 338, b946
- Hengge UR, Ruzicka T, Schwartz RA, Cork MJ (2006) Adverse effects of topical glucocorticosteroids. *Journal of the American Academy of Dermatology* 54, 1-15; quiz 16-8
- Hoare C, Li Wan Po, A, Williams H (2000) Systematic review of treatments for atopic eczema. *Health technology assessment (Winchester, England)* 4, 1–191
- Hong J, Koo B, Koo J (2008) The psychosocial and occupational impact of chronic skin disease. *Dermatologic therapy* 21, 54–59
- Hopf C, Weingarten E (Hrsg.) (1979) *Qualitative Sozialforschung*, 1. Aufl. Klett Cotta Stuttgart

- Ines Steinke (2007 // 2008) Gütekriterien qualitativer Forschung. In: Flick U, Kardorff Ev, Steinke I (Hrsg.) *Qualitative Forschung. Ein Handbuch*, 5. Aufl., 319–331. Rowohlt-Taschenbuch-Verl.; Rowohlt Taschenbuch-Verl. Reinbek bei Hamburg
- Itin PH, Hengge UR, Battegay M (2009) Die Haut, ein interdisziplinäres Organ. *Der Internist* 50, 135–136
- Jenkins RM (1993) Quality of general practitioner referrals to outpatient departments: assessment by specialists and a general practitioner. *Br J Gen Pract* 43, 111–113
- Kerr OA, Tidman MJ, Walker JJ, Aldridge RD, Benton EC (2010) The profile of dermatological problems in primary care. *Clinical and experimental dermatology* 35, 380–383
- Kerr OA, Walker J, Boohan M (2006) General practitioners' opinions regarding the need for training in dermatology at undergraduate and postgraduate levels. *Clinical and experimental dermatology* 31, 132–133
- Khoshnevisan A, Yekaninejad MS, Pakpour, Amir Haji Agha, Mardani A (2010) Misunderstanding prescription physician's oral instructions in patients with low back pain. *Acta medica Iranica* 48, 407–411
- Kirk K (1992) Confidence as a factor in chronic illness care. *Journal of advanced nursing* 17, 1238–1242
- Kohli M "Offenes" und "geschlossenes" Interview: Neue Argumente zu einer alten Kontroverse. In: *Soziale Welt*, 1–25
- Kostopoulou O, Oudhoff J, Nath R, Delaney BC, Munro CW, Harries C, Holder R (2008) Predictors of diagnostic accuracy and safe management in difficult diagnostic problems in family medicine. *Medical decision making : an international journal of the Society for Medical Decision Making* 28, 668–680
- Kownacki S (2014) Skin diseases in primary care: what should GPs be doing? *The British journal of general practice : the journal of the Royal College of General Practitioners* 64, 380–381
- Krejci-Papa NC, Bittorf A, Diepgen T, Huntley A (1996) Dermatology on the Internet. A source of clinical and scientific information. *Journal of dermatological science* 13, 1–4
- Krones T, Richter G (2008) Ärztliche Verantwortung: das Arzt-Patient-Verhältnis. *Bundesgesundheitsbl.* 51, 818–826
- Kuckartz U (2007) *Qualitative Evaluation. der Einstieg in die Praxis*, 1. Aufl. VS, Verl. für Sozialwiss Wiesbaden
- Kühlein T (2008) *Kontinuierliche Morbiditätsregistrierung in der Hausarztpraxis. Vom Beratungsanlass zum Beratungsergebnis*. Urban & Vogel München
- Kunz R, Cox M (Hrsg.) (2007) *Lehrbuch Evidenzbasierte Medizin in Klinik und Praxis*. Mit 85 Tabellen, 2. Aufl. Dt. Ärzte-Verl. Köln
- Kvale S (Hrsg.) (1996) *Interviews. An introduction to qualitative research interviewing*. Sage Publications Thousand Oaks, Calif

- Lam TP, Yeung CK, Lam KF (2011) What are the learning outcomes of a short postgraduate training course in dermatology for primary care doctors? *BMC medical education* 11, 20
- Landesärztekammer Hessen Weiterbildungsordnung für Ärztinnen und Ärzte in Hessen. Stand 01.01.2014. URL: http://www.laekh.de/upload/Aerzte/Weiterbildung/WBO_2005_10.pdf (abgerufen am: 15. Oktober 2014)
- Lebrun-Vignes B, Chosidow O (2004) Dermocorticoïdes. *Annales de dermatologie et de vénéréologie* 131, 39–48
- Lee NP, Arriola ER (1999) Topical corticosteroids: back to basics. *The Western journal of medicine* 171, 351–353
- Long CC, Finlay AY (1991) The finger-tip unit--a new practical measure. *Clinical and experimental dermatology* 16, 444–447
- Lowell BA, Froelich CW, Federman DG, Kirsner RS (2001) Dermatology in primary care: Prevalence and patient disposition. *Journal of the American Academy of Dermatology* 45, 250–255
- Luger T, Loske KD, Elsner P, Kapp A, Kerscher M, Korting HC, Krutmann J, Niedner R, Röcken M, Ruzicka T, Schwarz T (2004) Topische Dermatotherapie mit Glukokortikoiden--Therapeutischer Index. *Journal der Deutschen Dermatologischen Gesellschaft = Journal of the German Society of Dermatology : JDDG* 2, 629–634
- Luger TA (2009) Topische Dermatotherapie mit Glukokortikoiden - Therapeutischer Index. ICD 10: L20. URL: http://www.derma.de/fileadmin/derma/pdfs/II_glukokortikoide.pdf (abgerufen am: 29. Juni 2015Uhr)
- Lugtenberg M, Burgers JS, Westert GP (2009) Effects of evidence-based clinical practice guidelines on quality of care: a systematic review. *Quality & safety in health care* 18, 385–392
- Madeley RJ, Evans JR, Muir B (1990) The use of routine referral data in the development of clinical audit and management in North Lincolnshire. *Journal of public health medicine* 12, 22–27
- Mader FH (2014) Grundlagen der Allgemeinmedizin. In: Mader FH, Weißgerber H (Hrsg.) *Allgemeinmedizin und Praxis. Anleitung in Diagnostik, Therapie und Betreuung ; Facharztprüfung Allgemeinmedizin ; mit 109 Tabellen*, 7. Aufl., 3–27. Springer Berlin [u.a.]
- Mader FH. (2008) Allgemeinmedizin und Medizinstudium: Zwischen Lehre und Unterricht. Impulsreferat AGAM-Workshop in Ratsch/Südsteiermark Samstag, 28. Juni 2008. URL: http://www.maderallgemeinmedizin.de/fileadmin/user_upload/_temp_/Allgemeinmedizin_und_Medizinstudium.pdf (abgerufen am: 13. Januar 2014)
- Malterud K (2001) Qualitative research: standards, challenges, and guidelines. *Lancet* 358, 483–488
- Mamede S, Loyens S, Ezequiel O, Tibiriçá S, Penaforte J, Schmidt H (2013) Effects of reviewing routine practices on learning outcomes in continuing education. *Medical education* 47, 701–710

- Manca DP, Breault L, Wishart P (2011) A tale of two cultures: specialists and generalists sharing the load. *Canadian family physician Médecin de famille canadien* 57, 576–584
- Marco P de, Dain C, Lockwood T, Roland M (1993) How valuable is feedback of information on hospital referral patterns? *BMJ* 307, 1465–1466
- Mark Avis (2005) Is there an epistemology for qualitative research? In: Holloway I (Hrsg.) *Qualitative research in health care*, 3–16. Open University Press Maidenhead, England, New York
- Marshall MN (1998) Qualitative study of educational interaction between general practitioners and specialists. *BMJ (Clinical research ed.)* 316, 442–445
- Mashayekhi S, Hajhosseiny R (2013) Dermatology, an interdisciplinary approach between community and hospital care. *JRSM short reports* 4, 1–4
- Masoudi Alavi N (2013) Frustration: a challenge in chronic conditions. *Nursing and midwifery studies* 2, 1–2
- Mayer HO (2008) *Interview und schriftliche Befragung. Entwicklung, Durchführung und Auswertung*, 4. Aufl. Oldenbourg München, Wien
- Mayring P (2002) *Einführung in die qualitative Sozialforschung. Eine Anleitung zu qualitativem Denken*, 5. Aufl. Beltz Weinheim
- MeReC Publications Making decisions better. In: *MeReC Bulletin*
- Merton R, Kendall P (1979) Das fokussierte Interview. In: Hopf C, Weingarten E (Hrsg.) *Qualitative Sozialforschung*, 1. Aufl., 171–204. Klett Cotta Stuttgart
- Meyer T (2007) Kritische Bewertung von qualitativen Studien. In: Kunz R, Cox M (Hrsg.) *Lehrbuch Evidenzbasierte Medizin in Klinik und Praxis. Mit 85 Tabellen*, 2. Aufl., 159–176. Dt. Ärzte-Verl. Köln
- Miles MB, Huberman AM (2009) *Qualitative data analysis. An expanded sourcebook*, 2. Aufl. Sage Thousand Oaks, Calif
- Morren MA, Bruwiere I, Lemmens M, Goossens A, Garmyn M (2013) Manque d'observance thérapeutique a la corticothérapie topique: causes et solutions possibles. [Lack of compliance to topical corticosteroid therapy: possible cause and solutions.]. *Journal de pharmacie de Belgique*, 20–27
- Morrison A, O'Loughlin S, Powell FC (2001) Suspected skin malignancy: a comparison of diagnoses of family practitioners and dermatologists in 493 patients. *Int. J. Dermatol.* 40, 104–107
- Moynihan R, Doust J, Henry D (2012) Preventing overdiagnosis: how to stop harming the healthy. *BMJ (Clinical research ed.)* 344, e3502
- Murphy E, Mattson B (1992) Qualitative research and family practice: a marriage made in heaven? *Family Practice* 9, 85–91
- Murrow EJ, Oglesby FM (1996) Acute and chronic illness: similarities, differences and challenges. *Orthopedic nursing* 15, 47–51
- Nachbar F, Stolz W, Merkle T, Cognetta AB, Vogt T, Landthaler M, Bilek P, Braun-Falco O, Plewig G (1994) The ABCD rule of dermatoscopy. High prospective value in the diagnosis of doubtful melanocytic skin lesions. *J. Am. Acad. Dermatol.* 30, 551–559

- National Prescribing Centre (2011) Making decisions better. MeReC Bulletin
- Nelson PA, Chew-Graham CA, Griffiths, C E M, Cordingley L (2013) Recognition of need in health care consultations: a qualitative study of people with psoriasis. *The British journal of dermatology* 168, 354–361
- Nemet GF, Bailey AJ (2000) Distance and health care utilization among the rural elderly. *Social science & medicine* (1982) 50, 1197–1208
- Niedner R (1996) Glukokortikosteroide in der Dermatologie. kontrollierter Einsatz erforderlich. *Deutsches Ärzteblatt* 93, A-2868-2872
- Niedner R (2001) Therapie mit systemischen Glukokortikoiden. *Der Hautarzt; Zeitschrift für Dermatologie, Venerologie, und verwandte Gebiete* 52, 1062-71; quiz 1072-4
- Niedner R, Gloor M (2000) Magistrale Rezeptur. *Der Hautarzt; Zeitschrift für Dermatologie, Venerologie, und verwandte Gebiete* 51, 278-92; quiz 293-5
- Niemeier V, Kupfer J, Demmelbauer-Ebner M, Stangier U, Effendy I, Gieler U (1998) Coping with acne vulgaris. Evaluation of the chronic skin disorder questionnaire in patients with acne. *Dermatology (Basel, Switzerland)* 196, 108–115
- Nolte E, McKee M (2008) Caring for people with chronic conditions. A health system perspective. Open University Press Maidenhead, England
- Nolting S, Rogalla K (1995) Double-blind comparison of miconazole/corticosteroid combination versus miconazole in inflammatory dermatomycoses. *International Journal of Dermatology* 34, 125–128
- Norman G (2005) Research in clinical reasoning: past history and current trends. *Medical education* 39, 418–427
- Norman G, Young M, Brooks L (2007) Non-analytical models of clinical reasoning: the role of experience. *Medical education* 41, 1140–1145
- Ojeda RM, Graells J (2011) Estudio comparativo de la habilidad en el diagnóstico clínico del cáncer cutáneo entre el médico de familia y el dermatólogo en una misma área geográfica. *Actas Dermosifiliogr* 102, 48–52
- Oldroyd J, Proudfoot J, Infante FA, Powell Davies G, Bubner T, Holton C, Beilby JJ, Harris MF (2003) Providing healthcare for people with chronic illness: the views of Australian GPs. *Med. J. Aust.* 179, 30–33
- O'Riordan M, Dahinden A, Aktürk Z, Ortiz, José Miguel Bueno, Dağdeviren N, Elwyn G, Micallef A, Murtonen M, Samuelson M, Struk P, Tayar D, Thesen J (2011) Dealing with uncertainty in general practice: an essential skill for the general practitioner. *Qual Prim Care* 19, 175–181
- Papp KK, Wayne DB (2013) Ambulatory education redesign: time to get inspired. *Journal of general internal medicine* 28, 982–983
- Patadia DD, Mostow EN (2011) Dermatology elective curriculum: Birdwatching list and travel guide. *Dermatology online journal* 17, 1
- Patton MQ (Hrsg.) (1990) *Qualitative evaluation and research methods*, 2. Aufl. Sage Publications Newbury Park, Calif

Pouplard C, Gourraud P, Meyer N, Livideanu CB, Lahfa M, Mazereeuw-Hautier J, Le Jeune P, Sabatini A, Paul C (2011) Are we giving patients enough information on how to use topical treatments? Analysis of 767 prescriptions in psoriasis. *The British journal of dermatology* 165, 1332–1336

Prawer SE, Katz HI (1990) Guidelines for using superpotent topical steroids. *American family physician* 41, 1531–1538

Pristas I, Bilić M, Pristas I, Voncina L, Krcmar N, Polasek O, Stevanović R (2009) Health care needs, utilization and barriers in Croatia--regional and urban-rural differences. *Coll Antropol* 33 Suppl 1, 121–130

Rassner G (2009) *Dermatologie. Lehrbuch und Atlas, 9. Aufl.* Elsevier, Urban & Fischer München

Ravnholt MM, Jensen PB, Rytter L, Rubak JM, Steen Andersen J (2006) Tvaersektoriel audit - en god metode til at forbedre kommunikationen med sygehusafdelingerne. Cross-sectional audit - a good method to improve communication with hospital departments. *Practicus* 187, 174–176

Ridd M, Shaw A, Lewis G, Salisbury C (2009) The patient–doctor relationship: a synthesis of the qualitative literature on patients' perspectives. *br j gen pract* 59, 116–133

Ridd M, Thomas K, Wallace P, O'Sullivan F (2011) Dermatology research in primary care: why, what, and how? *The British journal of general practice : the journal of the Royal College of General Practitioners* 61, 89–90

Rieder E, Tausk F (2012) Psoriasis, a model of dermatologic psychosomatic disease: psychiatric implications and treatments. *International Journal of Dermatology* 51, 12–26

Ring L, Kettis-lindblad Å, Kjellgren KI, Kindell Y, Maroti M, Serup J Living with skin diseases and topical treatment: Patients' and providers' perspectives and priorities. *J Dermatolog Treat* 18, 209–218

Ringberg U, Fleten N, Førde OH (2014) Examining the variation in GPs' referral practice: a cross-sectional study of GPs' reasons for referral. *The British journal of general practice : the journal of the Royal College of General Practitioners* 64, e426-33

Rokstad IS, Rokstad KS, Holmen S, Lehmann S, Assmus J (2013) Electronic optional guidelines as a tool to improve the process of referring patients to specialized care: an intervention study. *Scandinavian journal of primary health care* 31, 166–171

Roland M, Morris R (1988) Are referrals by general practitioners influenced by the availability of consultants? *BMJ (Clinical research ed.)* 297, 599–600

Ruiz Moral R, Rodríguez Salvador J, Pérula L, Fernández I, Martínez J, Fernández MJ, Yun A, Arbonés JC, Cabanás MA, Luque L, Mont MA (2006) Problemas y soluciones en la atención sanitaria de enfermedades crónicas. Un estudio cualitativo con pacientes y médicos. *Atencion primaria / Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria* 38, 483–489

Sackett DL, Rosenberg WM (1995) The need for evidence-based medicine. *Journal of the Royal Society of Medicine* 88, 620–624

- Sawicki PT (2005) Qualität der Gesundheitsversorgung in Deutschland Ein randomisierter simultaner Sechs-Länder-Vergleich aus Patientensicht. *Medizinische Klinik (Munich, Germany)* 100, 755–768
- Schneider AMD, Schneider A, Löwe B, Barie S, Joos S, Engeser P, Szecsenyi J (2010) How do primary care doctors deal with uncertainty in making diagnostic decisions? The development of the 'Dealing with Uncertainty Questionnaire' (DUQ). *Journal of Evaluation in Clinical Practice* 16, 431–437
- Schucht C, Kochen MM (1998) Managed Care--ein Modell auch für die ambulante medizinische Versorgung in Deutschland? *Zeitschrift für ärztliche Fortbildung und Qualitätssicherung* 92, 685–689
- Shapiro J (1992) Goals and methods of research: the challenge for family medicine. *Family Practice* 9, 92–97
- Shaw E, Walsh AE, Saucier D, Tannenbaum D, Kerr J, Parsons E, Konkin J, Organek AJ, Oandasan I (2012) The last C: centred in family medicine. *Canadian family physician Médecin de famille canadien* 58, 346-8, e179-81
- Sibley LM, Weiner JP (2011) An evaluation of access to health care services along the rural-urban continuum in Canada. *BMC Health Serv Res* 11, 20
- Smith ES, Fleischer AB, Feldman SR (1998) Nondermatologists are more likely than dermatologists to prescribe antifungal/corticosteroid products: an analysis of office visits for cutaneous fungal infections, 1990-1994. *Journal of the American Academy of Dermatology* 39, 43–47
- Smolle J, Mader FH (2005) *Beratungsproblem Haut. Diagnostik, Therapie und Pflege im Praxisalltag ; mit 110 Fallbeispielen, 2. Aufl.* Springer Heidelberg
- Starfield B (1997) The future of primary care in a managed care era. *International journal of health services : planning, administration, evaluation* 27, 687–696
- Starfield B, Forrest CB, Nutting PA, Schrader Sv (2002) Variability in physician referral decisions. *The Journal of the American Board of Family Practice / American Board of Family Practice* 15, 473–480
- Stern RS (1996) The pattern of topical corticosteroid prescribing in the United States, 1989-1991. *Journal of the American Academy of Dermatology* 35, 183–186
- Stoeter C (2014) Husten. DEGAM-Leitlinie Nr. 11 Februar 2014
- SULZBERGER MB, WITTEN VH (1952) The effect of topically applied compound F in selected dermatoses. *The Journal of investigative dermatology* 19, 101–102
- Suojaranta-Ylinen RT, Roine RO, Vento AE, Niskanen MM, Salmenperä MT (2007) Improved neurologic outcome after implementing evidence-based guidelines for cardiac surgery. *Journal of cardiothoracic and vascular anesthesia* 21, 529–534
- Surber C, Itin PH, Bircher AJ, Maibach HI (1995) Topical corticosteroids. *Journal of the American Academy of Dermatology* 32, 1025–1030
- Tadicherla S, Ross K, Shenefelt PD, Fenske NA (2009) Topical corticosteroids in dermatology. *Journal of drugs in dermatology : JDD* 8, 1093–1105
- The National Prescribing center Using topical corticosteroids in general practice. In: *MeReC Bulletin*

- Thrall JH (2005) Prevalence and costs of chronic disease in a health care system structured for treatment of acute illness. *Radiology* 235, 9–12
- Titus-Ernstoff L, Ernstoff MS, Kirkwood JM, Barnhill RL, Fine J, Duray PH (1989) Usefulness of frequent skin examination for the early detection of second primary cutaneous melanoma. *Cancer Detect. Prev.* 13, 317–321
- Tran H, Chen K, Lim AC, Jabbour J, Shumack S (2005) Assessing diagnostic skill in dermatology: a comparison between general practitioners and dermatologists. *Australas. J. Dermatol.* 46, 230–234
- Unterausschuss "Prävention" des Gemeinsamen Bundesausschusses (2008) Hautkrebscreening. Zusammenfassende Dokumentation des Unterausschusses "Prävention" des Gemeinsamen Bundesausschusses. URL: <http://www.g-ba.de/downloads/40-268-580/2008-03-31-Abschluss-Hautkrebscreening.pdf> (abgerufen am: 27. Juni 2015Uhr)
- Uwe Flick (2007 // 2008) Triangulation in der qualitativen Forschung. In: Flick U, Kardorff Ev, Steinke I (Hrsg.) *Qualitative Forschung. Ein Handbuch*, 5. Aufl., 309–318. Rowohlt-Taschenbuch-Verl.; Rowohlt Taschenbuch-Verl. Reinbek bei Hamburg
- Verhoeven, Elisabeth W M, Kraaiaat FW, van Weel C, van de Kerkhof, Peter C M, Duller P, van der Valk, Pieter G M, van den Hoogen, Henk J M, Bor, J Hans J, Schers HJ, Evers, Andrea W M (2008) Skin diseases in family medicine: prevalence and health care use. *Annals of family medicine* 6, 349–354
- Walker C (2001) Recognising the changing boundaries of illness in defining terms of chronic illness: a prelude to understanding the changing needs of people with chronic illness. *Australian health review : a publication of the Australian Hospital Association* 24, 207–214
- Whitaker-Worth DL, Susser WS, Grant-Kels JM (1998) Clinical dermatologic education and the diagnostic acumen of medical students and primary care residents. *International Journal of Dermatology* 37, 855–859
- WHO Collaborating Centre for Drug Statistics Methodology (2013) ATC/DDD Index. D Dermatologicals D07A Corticosteroids, plain. Stand: 19. Dezember 2013. URL: http://www.whocc.no/atc_ddd_index/?code=D07A&showdescription=yes (abgerufen am: 15. Dezember 2014)
- Whyte W (1991, c1982) Interviewing in field research. In: Burgess RG (Hrsg.) *Field research. A sourcebook and field manual*, 111–122. Routledge London, New York
- Witzel A (1985) Das problemzentrierte Interview. the problem-centered interview. In: Jüttemann G (Hrsg.) *Qualitative Forschung in der Psychologie. Grundfragen, Verfahrensweisen, Anwendungsfelder*, 227–255. Beltz Weinheim
- Witzel A (2000) Das problemzentrierte Interview [25 Absätze]. *Forum Qualitative Sozialforschung / Forum: Qualitative Social Research* 1 (1), Art. 22
- WONCA (2002, revised 2005) Die europäische Definition der Allgemeinmedizin / Hausarztmedizin. WONCA Europe 2002
- Wong WCW, You JHS (2006) The all-powerful and 'happy' drug: the use of steroids among primary care doctors in Hong Kong. *J Clin Pharm Ther* 31, 173–178

Yu F (2014) Era of person-centered care for people with chronic illnesses. *Nursing & health sciences* 16, 413–414

Zenklusen C, Feldmeyer L (2014) Dermocorticoïdes: incontournables et redoutés. *Revue médicale suisse* 10, 821–826

Anhang A: Dokumente

A.1 Interviewleitfaden

Vorbereitung des Gespräches

- Begrüßung und eventuelle Fragen zum Ablauf klären
- Zeitrahmen für das Interview festlegen: ca.30min
- Aufnahmetechnik arbeitsbereit machen

Vorstellung des Patienten und Erorerung des Problemfelds „Diagnosestellung“

Wenn Sie sich an einen der Patienten erinnern, die Sie in den letzten 4 Wochen wegen einem Hautproblem gesehen haben...

Mit welchen Symptomen ist er zu Ihnen in die Praxis gekommen? Gab es spezifisch dermatologische Beschwerden? Wenn ja, welche?

Welche Informationen haben Sie anamnestisch im erhoben?

Bei Hauterkrankungen allgemein, gibt es da für Sie gefahrlieh abwendbare Verläufe und „red flags“? Mit Blick auf Ihren Patienten, gab es dort Hinweise darauf?

Gab es Besonderheiten oder Probleme bei der Diagnosestellung? Wenn ja, welche?

War eine konkrete Diagnose möglich? Wie sicher waren Sie in diesem Fall?

Wie sieht das generell aus bei Hauterkrankungen, die Sie täglich sehen? Können Sie dort in der Regel eine ‚Lehrbuch-Diagnose‘ stellen?

Fließen Erklärungsmodelle seitens des Patienten oder das subjektive Empfinden des Patienten in Ihre Diagnosestellung ein? Welchen Stellenwert hat dies für Sie?

Wie gehen Sie strategisch bei der Diagnosefindung vor? Sie können dazu gerne anhand von 2 oder 3 Patienten, die Sie in der letzten Zeit konsultiert haben, schildern! Worauf achten Sie Besonders?

Wie gehen Sie nun bei Unklarheiten in der Diagnosestellung weiter vor?

Wie gestaltet sich die Zusammenarbeit mit den regionalen niedergelassenen Dermatologen?

Therapie und Therapieziele

Welche Ziele verfolgen Sie in der Akuttherapie?

Wie sieht dies bei chronisch kranken Patienten aus? Sie können sich wiederum gerne an einen Ihrer Patienten erinnern und dies anhand seines Falls schildern!

Wie gehen Sie hier bei der Behandlung vor? Was sind die primären Therapieziele?

Wo sehen Sie besondere Herausforderungen? Was empfinden Sie persönlich als schwierig in der Betreuung dermatologischer Patienten?

Wie denken Sie über einen psychosomatischen Aspekt bei dermatologischen Erkrankungen?

Cortisonpräparate im allgemeinmedizinischen Praxisalltag

Es werden ja viele Patienten mit chronischen Hauterkrankungen mit cortisonhaltigen, topischen Präparaten behandelt.

Welchen Stellenwert haben diese Präparate in Ihrem Praxisalltag?

Haben Sie eine individuelle „Liste“ verschiedener Cortisonpräparate, nach der Sie persönlich verordnen?

Was sind die häufigsten Indikationen, für die Sie Cortisonpräparate verschreiben?

In welchen Fällen verschreiben Sie kein Cortison?

Treffen Sie Vorsichtsmaßnahmen bei der Verordnung von Cortisonpräparaten?

Wie fühlen Sie sich bei der Verordnung von Cortisonpräparaten?

Hautkrebsscreening

Vor kurzem wurde das Hautkrebsscreening als Vorsorgeuntersuchung in der hausärztliche Praxis eingeführt.

Wie stehen Sie dazu? Führen Sie in Hautkrebsscreening in Ihrer hausärztlichen Praxis durch?

Wo sehen Sie persönlich den Nutzen dieser Maßnahme? Macht eine solche Vorsorgeuntersuchung Sinn? Wenn ja, warum? Wenn nein, warum nicht?

Haben Sie andere Vorschläge zur Umsetzung?

„Dermatologie in der Allgemeinmedizin“ – Wissensmanagement und Forschungsthemen

Wie haben Sie sich Ihr dermatologisches Wissen angeeignet?

Wo sehen Sie spezifisch hausärztlichen Fortbildungsbedarf? Wie sollte die Fortbildung gestaltet werden?

Gibt es für Sie interessante und/oder notwendige dermatologische Forschungsthemen, speziell für den hausärztlichen Bereich?

Habe ich noch etwas vergessen? Gibt es von Ihrer Seite noch etwas hinzuzufügen?

Vielen Dank für das Gespräch!

Abbau Technik

A.2 reflexive interview journal

GESPRÄCHSDATEN

Datum:	
Uhrzeit:	
Ort:	

INTERVIEWBEWERTUNG

Umgebung / Atmosphäre / Störungen, etc.

Interesse / Informationsstand des Arztes / der Ärztin im Bereich Dermatologie
--

GESPRÄCHSFÜHRUNG

direktiver Grad (Selbsteinschätzung 0 – 10)
Umsetzbarkeit Leitfaden
Aufnahme und Weiterführung von Stichworten / neuen Aspekten
Umgang mit sensible Gesprächsthemen

ZUSAMMENFASSUNG

positiv	negativ

Verbesserungsvorschläge / Anregungen

A.3 Das Programm „MAXQDA10“

The screenshot displays the MAXQDA10 software interface. At the top, a menu bar includes options like 'Projekt', 'Bearbeiten', 'Dokumente', 'Codes', 'Summaries', 'Analyse', 'Mixed Methods', 'Visual Tools', 'Fenster', and 'Symbolleisten'. Below the menu are several toolbars for document management and analysis.

Left Panel: Document List

- Dokumente:** A list of documents (T.ID 1 to T.ID 14) with a total count of 778. T.ID 11 is selected.
- Sets:** A list of sets (T.ID 12 to T.ID 14) with a total count of 0.

Central Panel: Document Viewer

The main window shows the text of document T.ID 11. The text is annotated with colored brackets and labels:

- Red bracket: **..Blickdiagnose**
- Orange bracket: **..Entscheidungsfindu**
- Green bracket: **..Rolle des**
- Blue bracket: **..Entscheidungs**
- Yellow bracket: **..Überweisungs**
- Purple bracket: **..Überweisungsverh**
- Light blue bracket: **..Konsequenzen**
- Light green bracket: **..infrastrukturell**
- Light purple bracket: **..Wissensmanageme**
- Light yellow bracket: **..Überweisungsver**

Right Panel: Code System

The code system panel shows a hierarchical list of codes with a total count of 778:

- Arzt-Patienten-Beziehung (0)
- Rolle des Hausarztes (37)
- Erwartungshaltung des P... (31)
- Entscheidungsfindung (41)
- Cortison (5)
- DecodermTri (14)
- Anwendungsgebiete (15)
- Kontraindikationen (3)
- Indikationen (0)
- Verordnungsverhalten u... (0)
- absolute Gegner (1)
- überzeugte Verfechter (2)
- alternative Skeptiker (6)
- mutige Pragmatiker (8)
- Preparate (1)
- Management der Cortiso... (1)
- Standpunkt der Patienten (1)
- Patientenstandpunkt (16)
- Sebstmanageme... (9)
- Kontrolle (0)
- Verlaufskontrolle (7)
- Folgerzepte (13)
- Anwendungsbeg... (15)
- Problemfeld "Diagnosestellung" (0)
- GAV und refllags (20)
- Endpunkte diagnostische... (15)
- Behandlung auf Basi... (15)

Main Text Content:

später einbestellt habe, hatte er mir noch einen Strich am Oberarm. Das war alles, was davon übrig war. Der Rest war völlig über den Körper zerflossen; war nichts mehr zu sehen. Wenn man den Anfangsabspekt dann nicht sieht, dann weiß man natürlich nicht, was der Strich am Oberarm soll. Also da hat mir das „wait and see“ nicht geholfen in eigentlichen Sinn, da war das Erythema migrans aber auch schon die Blickdiagnose. Wer das ein oder zweimal gesehen hat, das ist eine typische Blickdiagnose.

24 Interviewer: In diesen Unsicherheitsfällen, was sagen Sie da den Patienten?

25 Befragter: Ich sage den Patienten was ich sehe, „Ja, ich sehe eine Urtikaria, ich sehe Quaddeln mit einer zentralen Eindellung, mit einem Krustchen teilweise darauf, hier sind auch Kratzartefakte teilweise zu sehen, wie das alles zusammenhängt, weiß ich nicht, ich bin kein Hautarzt. Aber ich könnte mir vorstellen, das ist die und die Erkrankung. Wenn Sie noch einmal wiederkommen, dann schaue ich mir das nochmal an und dann kann ich Ihnen sagen, was es ist.“ Und ich weiß nicht, aber in 80-85% der Fälle klappt das auch.

26 Interviewer: Patienten haben ganz oft auch etwas von der Realität abweichende Erklärungsmodelle für das, was sie da gerade haben oder auch Sachen, die einfach nicht Causa sind zu der Erkrankung, die sie da haben. Wie gehen Sie mit diesen Erklärungsmodellen um?

27 Befragter: Ich versuche, es zu analysieren. Wie gesagt, ich hole Patienten da ab, wo sie sich befinden. Wenn sie sich da so rein verrammelt haben, dass das Erythema migrans am Fuß mit ihrem umgeknickten Sprunggelenk zu tun haben muss, dann versuche ich hier oben haben, ist etwas eigenes und zwar aus dem und dem Grund. Also, ich versuche es zu klären und klar zu machen. Es gibt natürlich auch immer wieder Patienten, die sagen, „nein, das ist nicht so. Das ist so und so. So ist das gekommen und deswegen hängt das auch zusammen“. Dann muss man einfach sagen, okay, kann ich ertrage, kann ich im Raum stehen lassen, wir fangen einfach mal an zu behandeln. Denn das ist das dritte wichtige Prinzip, „wer heilt, hat Recht“. Wenn es klappt, habe ich Glück gehabt, glaubt der Patient mir. Wenn es nicht klappt, habe ich auch Glück, weil es gibt immer noch eine höhere Instanz, es gibt Chirurgen, Dermatologen, Radiologen, die warten alle nur darauf, dass sie diese komplizierten Patienten sehen.

28 Interviewer: Wann kommt denn bei Ihnen der Dermologe ins Spiel?

29 Befragter: Der Dermologe kommt bei mir ins Spiel, wenn ich eine Verdachtsdiagnose habe, die sich nicht bestätigt beim zweiten hingucken, wenn ich anbehandelt habe ohne Kortison und keine Besserung sehe, wenn ich eine heftige Verschlechterung sehe, allerdings keine lebensbedrohliche. Bei uns ist das mit den Dermatologen so, wir haben eine Praxis, da sind drei Hautärzte drin, das ist sensationell für eine kleine Stadt mit 14.000 Einwohnern, aber diese 3 Hautärzte vergeben Termine in sechs Wochen. Davon habe ich gar nichts. Das heißt, ich bin mehr oder weniger gezwungen, auch nochmal die Nase in meine Studienbücher zu stecken, da habe ich eins, was ich sehr mag, das ist von MLP – das soll jetzt keine Werbung sein – das ist wirklich gut, da sind nämlich typische Bilder drin, die sehr einprägsam sind und in Schrankkästen knapp zusammengefasst, da stehen die typischen Highlights der Erkrankungen und damit kann ich sehr gut leben, obwohl das Buch schon fast zwanzig Jahre ist, aber so kriege ich auf diese Art und Weise mindestens 95% der Diagnosen hin. Der Dermologe kommt dann ins Spiel, wenn ich etwas sehe, was in gar keine Schublade passt, was ich überhaupt nicht zuordnen kann und wo ich auch nicht erkennen kann, ob es eventuell gefährlich werden kann für den Patienten oder nicht. Da nehme ich auch schon mal den Telefonhörer in die Hand und rufe einen Kollegen an, und sage, „ich habe hier etwas, das kann ich mir überhaupt nicht erklären, da müssen Sie mal gucken“.

A.4 Einverständniserklärung

Universität Marburg/ Abteilung für Allgemeinmedizin, Prävention und Rehabilitation

Hausärztliche Versorgung von dermatologischen Erkrankungen:

Eine qualitative Pilotstudie mit quantitativen Anteilen.

Einverständniserklärung

Ich, _____, wurde heute vollständig über Wesen und Bedeutung der oben genannten wissenschaftlichen Untersuchung aufgeklärt. Ich habe den Aufklärungstext gelesen und verstanden und hatte die Möglichkeit Fragen zu stellen und habe die Antworten verstanden.

Ich weiß, dass die Teilnahme freiwillig ist. Meine Zustimmung kann ich jederzeit, ohne dass mir dadurch Nachteile entstehen und ohne Angabe von Gründen widerrufen.

Ich habe eine Kopie dieser Einverständniserklärung erhalten und erkläre mich hiermit einverstanden, an der klinischen Studie „Dermatologie in der Primärversorgung“ teilzunehmen.

Ort, Datum

Unterschrift (Arzt)

Unterschrift (Wiss. Mitarbeiter)

A.5 Informationsblatt für Hausärzte

Name: Prof. Dr. Baum, Dr. Stefan Bösner
Adresse: Abteilung für Allgemeinmedizin, Präventive und Rehabilitative Medizin
Philips-Universität Marburg
Karl-von-Frisch-Str. 4
35043 Marburg
Telefon: 06421 – 28 65 122
Email: boesner@staff.uni-marburg.de

Liebe Kollegin, lieber Kollege!

Im Rahmen eines Projektes der Abteilung Allgemeinmedizin der Philipps-Universität Marburg bitten wir Sie, an unserer Studie „Dermatologie in der Primärversorgung“ teilzunehmen.

Für die Durchführung der Studie und die Erhebung Ihrer Daten benötigen wir Ihr Einverständnis. Die von Ihnen erhaltenen Informationen werden in pseudonymisierter Form gespeichert. Im Anschluss daran werden die erhobenen Daten mittels qualitativer Verfahren, sowie nachrangig auch quantitativ ausgewertet.

Ziel des Projektes ist es, Informationen über die ärztliche Diagnosefindung bei Patienten mit Hautproblemen in der Allgemeinarztpraxis zu gewinnen. Zudem interessiert die Schnittstelle zwischen Hausarzt und niedergelassenem Dermatologen, sowie dermatologischer Fortbildungs- und Forschungsbedarf im Bereich der Primärversorgung. Dabei sind wir auf die Mitarbeit und Erfahrung von Allgemeinmedizinern angewiesen, die uns in einem ca. 30 min. Interview Fragen zu den oben genannten Themenbereichen beantworten.

Das Interview soll sich an von Ihnen behandelten Patienten orientieren. Deshalb bitten wir Sie, bis zum Termin des Gespräches in 4 Wochen, **alle** ihre Patienten, die Sie persönlich mit einer Hautkrankheit als Haupt- oder Nebenberatungsanlass gesehen haben in einer Auflistung mit Namen oder Patienten ID und Arbeitsdiagnose zu vermerken. Diese Erinnerung ist ausschließlich für Sie als eine Erinnerungshilfe angedacht und wird von uns nicht eingesehen.

Wir möchten während des Interviews auf einige von Ihnen vermerkte Patienten Bezug nehmen. Es geht nicht darum, die Richtigkeit von Vorgehensweisen zu bewerten, sondern wir wollen Ihre persönlichen Erfahrungen und Vorgehensstrategien sammeln.

Wir sichern Ihnen zu, dass die Zuordnung der Befragungsdaten (Schlüsselliste, Namen, Jahrgang) nach der Auswertung, die in der Abteilung für Allgemeinmedizin der Universität Marburg stattfindet, vernichtet werden. Lediglich die pseudonymisierten Transskripte der Interviews werden aufbewahrt.

Selbstverständlich können Sie ohne Angabe von Gründen jederzeit Ihr Einverständnis zurückziehen. Ihnen entstehen dadurch keine Nachteile und alle erhobenen Daten werden dann sofort vernichtet.

Für Rückfragen stehen Ihnen unser wissenschaftlicher Mitarbeiter Dr. Stefan Bösner (boesner@staff.uni-marburg.de) und unsere Doktorandin Frau Marie-Luise Rübsam (marie.ruebsam@gmx.de) zur Verfügung.

Wir danken Ihnen für Ihr Interesse!

A.6 Kodierungssystem

1 Arzt-Patienten-Beziehung

- 1.1 Rolle des Hausarztes
- 1.2 Erwartungshaltung des Patienten
- 1.3 Entscheidungsfindung

2 Cortison

- 2.1 DecodermTri
- 2.2 Anwendungsgebiete
 - 2.2.1 Kontraindikationen
 - 2.2.2 Indikationen
- 2.3 Verordnungsverhalten und Anwendertypen
 - 2.3.1 Überzeugte Verfechter
 - 2.3.2 Alternative Skeptiker
 - 2.3.3 Mutige Pragmatiker
- 2.4 Präparate
- 2.5 Management der Cortisontherapie
 - 2.5.1 Standpunkt der Patienten
 - 2.5.1.1 Patientenstandpunkt
 - 2.5.1.2 Selbstmanagement mit freiverkäuflichen Präparaten
 - 2.5.2 Kontrolle
 - 2.5.2.1 Verlaufskontrolle
 - 2.5.2.2 Folgerezepte
 - 2.5.2.3 Anwendungsbegrenzung

3 Problemfeld „Diagnosestellung“

- 3.1 AGV und red flags
- 3.2 Endpunkte diagnostischer Prozess
 - 3.2.1 Behandlung auf Basis einer Arbeitsdiagnose
 - 3.2.2 Eindeutige Diagnose
- 3.3 Diagnostische Mittel
 - 3.3.1 Triggered routine
 - 3.3.2 Weitere Instrumente
 - 3.3.3 Anamnese
- 3.4 Diagnostische Unsicherheit
 - 3.4.1 Selbsteinschätzung
 - 3.4.2 Konsequenzen
 - 3.4.3 Medizinische und persönliche Gründe
- 3.5 Diagnostische Strategien
 - 3.5.1 Vergleich mit verschiedenen Morphen der möglichen Krankheitsbilder
 - 3.5.2 Erfahrung und Empirie
 - 3.5.3 Begrenzendes Ausschlussverfahren
 - 3.5.4 Bayes-Theorem
 - 3.5.5 Mustererkennung führt zur Diagnosestellung
 - 3.5.6 Schrittweises Eingrenzen
 - 3.5.7 Blickdiagnose
 - 3.5.8 Selbstnennung durch Patienten
 - 3.5.9 Überweisung bzw. Anordnung weiterer Untersuchungen
 - 3.5.10 Behandlungs-, Therapieversuch
 - 3.5.11 Abwartendes Offenhalten

4 Zwischen Haus- und Hautärzten – Aspekte der Zusammenarbeit

- 4.1 Infrastrukturelle Bedingungen
- 4.2 Gegenseitige Wahrnehmung
- 4.3 Kooperation und individuelles Kontaktverhalten
- 4.4 Überweisungsverhalten und –gründe

5 Hautkrebsscreening

- 5.1 Bewertung der entsprechenden Weiterbildungsveranstaltung
- 5.2 Konsequente Ablehnung
- 5.3 Ambivalenz
- 5.4 Überzeugte Durchführung

6 Therapie und Therapieziele

- 6.1 Herausforderungen
- 6.2 Chronische Erkrankungen
 - 6.2.1 Ganzheitlicher Ansatz und Psychosomatik
 - 6.2.2 Motivation und Erhalt der Compliance
 - 6.2.3 Symptomkontrolle und Lebensqualität
- 6.3 Akute Erkrankungen
 - 6.3.1 Diagnosestellung
 - 6.3.2 Schnelle Symptomlinderung
 - 6.3.3 Dauerhafte Heilung

7 Wissen und Fortbildung

- 7.1 Forschung
- 7.2 Wissensmanagement
- 7.3 Fortbildung
 - 7.3.1 Bedarf und Inhalte
 - 7.3.2 Gestaltung

Anhang B

Verzeichnis der akademischen Lehrer

Meine akademischen Lehrer in Marburg waren:

Adamkiewicz, Jürgen	Duda, Volker
Ahrens, Holger	Eberhart, Leopold
Bartsch, Detlef	Eikmann, Thomas
Baum, Erika	El-Zayat, Farouk
Becker, Annette	Fendrich, Volker
Becker, Katja	Feuser, Beate
Becker, Stephan	Fritz, Barbara
Berger, Roswitha	Fuchs-Winkelmann, Susanne
Bertoune, Miriam	Garten, Wolfgang
Bette, Michael	Geks, Josef
Bien, Siegfried	Goeze, Almut
Bösner, Stefan	Görg, Christian
Braun, Hans A.	Gress, Mathias
Brendel, Cornelia	Grundmann, Kornelia
Carl, Barbara	Grzeschik, Karl-Heinz
Cassebaum, Alfred	Hegele, Axel
Cetin, Yalcin	Hertl, Michael
Cherkasov, Dmitry	Hildebrandt, Wulf
Czubayko, Frank	Höffken, Helmut
Daut, Jürgen	Hofmann, Rainer
Decher, Niels	Hoyer, Joachim
Del Rey, Adriana	Kann, Herbert
Dettmeyer, Reinhard	Kanngießer, Veit
Dietz, Carsten	Karatolios, Konstantinos
Dodel, Richard	Kim-Berger, Hea Sook
Doll, Dietrich	Kinscherf, Ralf
Donner-Banzhoff, Norbert	Kircher, Tilo

Klose, Klaus-Jochen
Knorrenschild, Jorge Riera
Köhler, Siegmund
Kolb-Niemann, Beate
König, Arne
Koolman, Jan
Kruse, Johannes
Kühne, Christian
Leonhardt, Andreas
Lill, Roland
Lohoff, Michael
Lüsebrink, Ulrich
Maier, Rolf
Maier, Tanja
Maschuw, Katja
Metzelder, Stephan
Moll, Roland
Moosdorf, Rainer
Mueller, Ulrich
Mutters, Reinier
Neubauer, Andreas
Neumüller, Bernhard
Nimsky, Christopher
Nonnenmacher, Claudia
Olbert, Jochen
Oliver, Dominik
Pagenstecher, Axel
Plant, Timothy
Ramaswamy, Annette
Roeßler, Marion
Röhm, Klaus-Heinrich
Rolfes, Carolin

Ruchholtz, Steffen
Sahmland, Irmtraut
Schachtner, Joachim
Schäfer, Helmut
Schäfer, Jürgen
Schieffer, Bernhard
Schmidt, Lothar
Schoner, Katharina
Schoppet, Michael
Schu, Ulrich
Schulze, Stephan
Schütz, Burkhard
Schwarz, Anja
Sekundo, Walter
Sommer, Frank
Steinfeldt, Thorsten
Steiniger, Birte
Strik, Herweig
Tackenberg, Björn
Vogelmeier, Franz
Wagner, Ulrich
Waldmann, Jens
Weihe, Eberhard
Werner, Jochen
Wilhelm, Beate
Wollmer, Ellen
Wrocklage, Christian
Wulf, Hinnerk
Zemlin, Michael
Ziller, Volker
Zoremba, Martin

Danksagung

PD Dr. Stefan Bösner, für eine herausragende Betreuung als Doktorvater, die schnelle Beantwortung aller offenen Fragen und die kritischen Rückmeldungen zur unseren Arbeiten. Vielen Dank dafür!

Maximilian Esch, wir haben zusammen an diesem Projekt gearbeitet und unsere Interviews parallel geführt. Danke für die tiefenentspannten Stunden gemeinsamer Arbeit.

Prof. Dr. Erika Baum und Prof. Dr. Nobert Donner-Banzhoff für die kritischen Kommentare und zahlreichen Denkanstöße im Rahmen des Doktoranden-Kolloquiums.

Meiner Mutter, die mich zu jeder Zeit unterstützt und an mich geglaubt hat. Ihr gebührt meine ganz besondere Dankbarkeit.

Ich danke allen **teilnehmenden Ärzten**, die mich im Rahmen der Interviews (und darüber hinaus) an ihrem Wissen und ihrer Erfahrung teilnehmen ließen.