

Institut für Allgemeinmedizin, Universitätsmedizin Rostock
Krankheitskonzepte von Hausärzt*innen und Psycholog*innen
zur unipolaren Depression – Einblicke in ein weites Feld

Dissertation

zur Erlangung des akademischen Grades

Doktor der Medizin (Dr. med.)

der Universitätsmedizin Rostock

vorgelegt von

Ann-Christine Wilm
geb. am 15.09.1988 in Rostock

Rostock, Juli 2023

Gutachter:

Prof. Dr. Attila Altiner,

Universitätsklinikum Heidelberg, Abteilung Allgemeinmedizin und Versorgungsforschung

Prof. Dr. Peter Kropp,

Universität Rostock, Institut für Medizinische Psychologie und Medizinische Soziologie

Prof. Dr. Stefan Wilm,

Universitätsklinikum Düsseldorf, Institut für Allgemeinmedizin

Jahr der Einreichung: 2023

Jahr der Verteidigung: 2024

Inhaltsverzeichnis

Abbildungsverzeichnis	I
Tabellenverzeichnis	II
Symbol- und Abkürzungsverzeichnis	III
Abstract	IV
1. Hinführung zum Forschungsdesiderat	1
2. Medizinische Denkkategorien zur unipolaren Depression	5
2.1 Definition	5
2.2 Diagnostik	6
2.3 Therapieprinzipien.....	6
2.4 Standpunktverortung der Versorger*innen.....	7
2.4.1 Generalist*innen	7
2.4.2 Spezialist*innen	8
3. Krankheitskonzepte als Zugang zum werktätigen Wissen und Handeln von Generalist*innen und Spezialist*innen im Umgang mit der unipolaren Depression 12	
3.1 Wissenstheoretische Vorüberlegungen	12
3.2 Begriffsbestimmung und Funktion von Krankheitskonzepten	13
3.3 Hinweise auf Krankheitskonzepte zur unipolaren Depression in der bisherigen Literatur	15
4. Methodisches Vorgehen als zirkulärer Prozess	19
4.1 Merkmale qualitativer Sozialforschung	19
4.2 Datenerhebung mit narrativen Interviews	21
4.2.1 Methodische Einführung	21
4.2.2 Rekrutierung, Sampling und Sample	23
4.2.3 Die narrativen Interviews in der Durchführung.....	25
4.3 Datenauswertung	26
4.3.1 Methodische Einführung	26
4.3.2 Kodierprozess der Grounded Theory am Beispiel	29
4.3.3 Arbeitsschritte auf dem Weg zur Theorieentwicklung.....	33
5. Ergebnispräsentation: Von der Einzelfallebene zur Betrachtung der Krankheitskonzepte	35
5.1 Fallrekonstruktionen.....	35

5.1.1	Dr. med. Corinna Schulze-Keller: „Da kann einem ja viel zu einfallen.“	35
5.1.2	Dr. med. Elke Parrisius: „[...] und es kommt glaube ich immer sehr stark darauf an, im individuellen Fall auch zu gucken, was da gerade vielleicht angezeigt ist.“	39
5.1.3	Hannah Abel: „Ich bin Fan meiner Kunst.“	43
5.1.4	Ulrike Flinkmann: „Tausend Gründe, warum was nicht geht.“	47
5.1.5	Dr. med. Gabriele Radosz: „Depressionen ist nichts anderes, als sich hinzusetzen und das Leben über sich fließen lassen, wie Wasser.“	51
5.1.6	Dr. med. Mareike Ehlers: „Depressionen werden immer besser, grundsätzlich kann ich das versprechen.“	57
5.2	Fallvergleichende Erkenntnisse zur unipolaren Depression	61
5.2.1	Sechs Fälle auf einen Blick.....	61
5.2.2	Fallübergreifende Bedeutungsaspekte bezüglich der Krankheitskonzepte zur unipolaren Depression	63
5.2.3	Fallübergreifende Hypothesen zu den Krankheitskonzepten in Bezug auf die unipolare Depression	67
6.	Diskussion	70
6.1	Zusammenfassung der Ergebnisse	70
6.2	Vergleich zur bisherigen Forschung.....	71
6.3	Implikationen für die weitere hausärztliche Versorgung.....	75
6.4	Reflexion des Forschungsprozesses und Forschungsperspektiven	80
7.	Literaturverzeichnis	83
8.	Anhang	88

Abbildungsverzeichnis

Abb. 1. SORK-Modell nach Kanfer	11
Abb. 2. Vergleich linearer und zirkulärer Forschungsprozess.....	21
Abb. 3. Entstehung einer Grounded Theory	27
Abb. 4. Darstellung der Kategorien zu Ulrike Flinkmann	32
Abb. 5. Darstellung der Kategorien zu Dr. med. Corinna Schulze-Keller.....	38
Abb. 6. Darstellung der Kategorien zu Dr. med. Elke Parrisius	42
Abb. 7. Darstellung der Kategorien zu Hannah Abel	46
Abb. 8. Darstellung der Kategorien zu Ulrike Flinkmann	50
Abb. 9. Darstellung der Kategorien zu Dr. med. Gabriele Radusz.....	55
Abb. 10. Darstellung der Kategorien zu Dr. med. Mareike Ehlers	60

Tabellenverzeichnis

Tab. 1 Merkmale der Interviewten.....	24
Tab. 2 Ableitung von Kategorien und Dimensionen aus Kodes und Hypothesen.....	31
Tab. 3 Entwicklung des Bedeutungsaspektes	34

Symbol- und Abkürzungsverzeichnis

%	Prozent
Abb.	Abbildung
Anh.	Anhang
APA	American Psychological Association
DEGAM	Deutsche Gesellschaft für Allgemein- und Familienmedizin
DGPPN	Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychologie, Psychosomatik und Nervenheilkunde
d. h.	das heißt
DSM	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
EBM	Evidenz-basierte Medizin
ggf.	gegebenenfalls
ICD	International Classification of Diseases
PZM	Patienten-zentrierte Medizin
Tab.	Tabelle
u. a.	unter anderem
v. a.	vor allem
WHO	World Health Organization
z. T.	zum Teil

Abstract

Einleitung

Die unipolare Depression hat eine hohe Versorgungsbedeutung. Vor allem dem primärärztlichen Bereich werden Versorgungslücken depressiver Patient*innen zugeschrieben. Mittels einer fachübergreifenden Untersuchung von Krankheitskonzepten sollen für die Versorgung relevante Denk-, Deutungs- und Handlungsweisen der Behandelnden als Kernbestandteile der Krankheitskonzepte rekonstruiert werden.

Methode

Die Untersuchung der Krankheitskonzepte folgte einer hypothesengenerierenden, qualitativen Methodik. Die Datenerhebung mittels narrativer Interviews nach Schütze wurde zunächst mit fünf niedergelassenen (psychologischen und ärztlichen) Psychotherapeutinnen durchgeführt. Im Sinne des Theoretical Samplings schlossen sich drei weitere Interviews mit Hausärztinnen an. Insgesamt wurden sechs der Interviews auf Grundlage der Grounded-Theory-Methode nach Strauss in einer interdisziplinären Analysegruppe ausgewertet.

Ergebnisse

Die fallübergreifende Analyse macht deutlich, dass sich unabhängig von der Fachdisziplin sehr heterogene Krankheitskonzepte bei den Behandlerinnen herausbilden. Die Heterogenität scheint mit der Komplexität der Erkrankung, der Spezifik der Patientenfälle, vor allem aber mit der Individualität der Behandelnden erklärbar. Grundlage der Krankheitskonzepte bilden offenbar die individuellen familien- und berufsbiografischen Erfahrungen. Aber auch persönliche Haltungen, subjektive Präferenzen, individuelle Verständnisse von den Rollen in der Arzt-Patienten-Beziehung sowie Persönlichkeitsmerkmale scheinen das klinische Vorgehen zu färben. Zudem legen die Ergebnisse nahe, dass in der Behandlung als belastend wahrgenommene Erfahrungen durch die Behandelnden gemacht werden, die offenbar in unterschiedlichem Ausmaß emotionale Reaktionen hervorrufen. Die Subjektivität der Krankheitskonzepte scheint nur teilweise von den Behandelnden reflektiert zu werden. Eine reflexive Arbeitsweise scheint für Diagnostik und Therapie sowie die Wahrnehmung und Bearbeitung von (emotionalen) Belastungen in der Behandlung eine hilfreiche Kompetenz zu sein.

Diskussion

Es erscheint sinnvoll, die Behandelnden über die Konzepte einer reflexiven Praxis zu informieren und nachhaltig darin zu trainieren. Daneben sollte die Bedeutung von Selbstfürsorge im ärztlichen Beruf verstärkt vermittelt werden. Nicht zuletzt bedarf es mehr Forschung und qualitativer Studien, um das erfahrungsbasierte Wissen im klinischen Alltag weiter zu untersuchen.

1. Hinführung zum Forschungsdesiderat

„Es ist ein weites Feld.“ (Fontane, 1999, S. 37) Diese Formel legt Theodor Fontane Effi Briests Vater im gleichnamigen Roman immer dann in den Mund, wenn dieser in scheinbar „unauslotbare Lebensfragen“ (Bellut, 2008, S. 109) verwickelt wird, deren Beantwortung aus seiner Sicht nicht abschließend geklärt werden kann. Diese Redewendung ist als Synonym für eine vielschichtige, umfangreiche und zunächst scheinbar undurchdringliche Thematik in den Sprachgebrauch eingegangen. Als ähnlich komplex, wie Briest die Beantwortung gewisser Moral- und Lebensfragen empfindet, scheinen auch Depressionen im medizinischen Kontext wahrgenommen zu werden.

Die Komplexität wird u. a. auf die Herausforderung zurückgeführt, ein bezüglich der Symptomkonstellation und -schwere sowie des individuellen Krankheitsverlaufs so variables Störungsbild zu diagnostizieren. Zudem wird die Depression als „Erkrankung unscharfer Konturen“ (Marion-Veyron et al., 2015, S. 987) beschrieben. Das meint, dass die Abgrenzung zu normalen Stimmungsschwankungen (wie z. B. Trauer), differenzialdiagnostisch zu anderen psychischen Störungen, wie auch körperlichen Erkrankungen häufig schwer ist. Es gibt keine eindeutigen Grenzziehungen, objektive laborchemische Marker oder Schlüsselsymptome zur eindeutigen Diagnosestellung. (vgl. Beesdo-Baum et al., 2018, S. 59) Der Begriff der Depression wird als wenig schlüssig für ein Krankheitsbild betrachtet, das so viele heterogene Situationen in sich vereint. (vgl. Marion-Veyron et al., 2015, S. 989)

Aus der Literatur und medizinischen Debatten schlussfolgernd scheint auch die Behandlung depressiver Patient*innen teilweise herausfordernd zu sein, obwohl bereits qualitätsgesicherte Standards in Form der S3/NVL-Leitlinie „Unipolare Depression“ (vgl. DGPPN et al., 2022) bestehen. Die Patient*innen leiden unter Symptomen (wie z. B. Antriebslosigkeit), die erheblich zur Einschränkung der Therapie beitragen und Non-Compliance verursachen können. Darüber hinaus wird beschrieben, dass die Betroffenen aus Angst vor Stigmatisierung Akzeptanzprobleme mit der Diagnose haben und dementsprechend selten bzw. unzureichende Behandlung in Anspruch nehmen. (vgl. Radisch et al., 2013, S. 254)

Ebenso stellen sich die Behandlungsstrukturen für Versorger*innen und Patient*innen z. T. als unübersichtlich und komplex dar. Die Behandlung in Deutschland (zer-) gliedert sich in einen ambulanten, einen stationären und einen teilstationären Bereich. An der Behandlung sind in diesen Bereichen Leistungserbringer*innen verschiedenster Fachgruppen beteiligt. Dazu gehören zum einen Allgemeinmediziner*innen. Zum anderen behandeln psychologische und ärztliche Psychotherapeut*innen sowie Fachärzte und Fachärztinnen für Nervenheilkunde, für Psychiatrie und Psychotherapie, für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie und für Neurologie depressive Patient*innen. Die Kolleg*innen dieser Fachdisziplinen werden im Folgenden aus Gründen der Übersichtlichkeit als Spezialist*innen zusammengefasst. (Um die zu Beginn dieser Arbeit wahrgenommene Gegensätzlichkeit der Denk-, Deutungs-

und Handlungsweisen von Spezialist*innen und Allgemeinmediziner*innen zu verdeutlichen, werden die Allgemeinmediziner*innen nachfolgend auch als Generalist*innen bezeichnet.) Außerdem stehen den Patient*innen psychosoziale und rehabilitative Einrichtungen zur Verfügung. (vgl. DGPPN et al., 2022, S. 203)

Depressionen haben in den letzten Jahrzehnten und zuletzt auch im Rahmen gesellschaftlicher Herausforderungen wie z. B. der Corona-Pandemie oder den Kriegshandlungen in unmittelbarer Nähe an (gesundheitspolitischer) Bedeutung gewonnen. Sie zählen mit einer 12-Monats-Prävalenz von circa 8 % (vgl. Jacobi et al., 2014, S. 88) zu den häufigsten psychischen Erkrankungen in der erwachsenen Allgemeinbevölkerung Deutschlands. Der zumeist episodische bzw. chronische Verlauf der Erkrankung ist assoziiert mit starken Beeinträchtigungen der individuellen Lebensqualität und Arbeitsproduktivität. Außerdem ist eine depressive Symptomatik mit erhöhter Morbidität und Mortalität vergesellschaftet. (vgl. Vos et al., 2020, S. 1204)

Damit rückte das Krankheitsbild Depression mehr und mehr in den Fokus der Versorgungsforschung. Hier wurden Versorgungslücken auf struktureller, gesundheits- und berufspolitischer Ebene identifiziert: Die schon weiter oben beschriebene Fragmentierung der Behandlung scheint in Kombination mit einer geringen Vernetzung der einzelnen Leistungserbringer*innen zu einer unkoordinierten und diskontinuierlichen Betreuung depressiver Patient*innen zu führen. Regional unzureichende Behandlungskapazitäten erschweren die interdisziplinäre Zusammenarbeit und führen zu Informationsverlust. (vgl. Bermejo et al., 2010, S. 327; vgl. Radisch et al., 2013, S. 254; vgl. von Gottenberg et al., 2020, S. 14) Darüber hinaus gibt es laut Literatur keine klare Abgrenzung bei der subjektiven Zuständigkeitseinschätzung der einzelnen Leistungserbringer*innen. (vgl. Radisch et al., 2013, S. 256) Zudem wird dargestellt, dass die notwendige Beobachtung und Befragung der Patient*innen, sowie ein kontinuierliches Monitoring und damit verbundene Therapieanpassungen vor dem Hintergrund begrenzter zeitlicher und personeller Ressourcen schwer durchführbar seien. (vgl. Beesdo-Baum et al., 2018, S. 52; vgl. von Gottenberg et al., 2020, S. 14) Ebenso wird kritisiert, dass sich der Aufwand für die menschliche Zuwendung und die sogenannte sprechende Medizin nicht in der Vergütung abbildet. (vgl. Radisch et al., 2013, S. 255; vgl. von Gottenberg et al., 2020, S. 15)

Aber auch die Behandelnden sind in den Fokus der Untersuchungen gerückt. Die wissenschaftliche Diskussion zu diesem Thema dauert nun schon über Jahrzehnte an. Dabei kam es zwischen Generalist*innen und Spezialist*innen zu einer sehr differenzierten bis kritischen Betrachtung und Darstellung der jeweils gegenseitigen Denk- und Arbeitsweisen (vgl. Marion-Veyron et al., 2015, S. 989): Zahlreiche nationale und internationale Studien lieferten und liefern Hinweise darauf, dass eine Fehlversorgung von depressiven Patient*innen in der primärärztlichen Versorgung bestehen könnte. Depressive Hausarztpatient*innen werden laut dieser Studien nicht erkannt oder differentialdiagnostisch falsch diagnostiziert. Die Diskordanz zwischen der Anzahl diagnostizierter Fälle von Depressionen durch Generalist*innen und der

Anzahl der Diagnosen nach psychometrischen Diagnosekriterien beträgt in der Literatur im Mittel circa 50 %. (vgl. Beesdo-Baum et al., 2018, S. 55; vgl. Carey et al., 2014, S. 575; vgl. Sielk et al., 2009, S. 169) In circa 10 % der Patientenfälle wurde offenbar von Allgemeinmediziner*innen eine falsch positive Diagnose gestellt. (vgl. Sielk et al., 2009, S. 172) Ebenso konstatieren Studien, dass eine leitliniengerechte Therapie im allgemeinärztlichen Setting nur in wenigen Fällen stattfindet. Hinweise für eine Übermedikalisierung bei leichter Depression stehen Hinweisen auf eine Unterversorgung bei schwerer Depression gegenüber. (vgl. Trautmann & Beesdo-Baum, 2017, S. 724) In einigen Veröffentlichungen werden den Allgemeinmediziner*innen Kompetenzmangel, fehlende Leitlinienkenntnis und Wissenslücken in Bezug auf bestehende Behandlungsmöglichkeiten zugeschrieben. Zudem zeigten einige Generalist*innen Desinteresse an der Betreuung Depressiver. (vgl. Rabe-Menssen, 2009, S. 17)

Den Spezialist*innen hingegen wird „eine hohe Qualität der psychotherapeutischen Versorgung“ (Bermejo, Friedrich, et al., 2008, S. 267) attestiert. Kritisch wird teilweise angemerkt, dass Spezialist*innen scheinbar eher formalisiert, symptomorientiert und Ätiologie-unabhängig diagnostizieren und therapieren. Dabei lassen sie vermeintlich die Patient*innen und deren individuelle (Krankheits-) Geschichte im Sinne des hermeneutischen Fallverständnisses¹ außen vor. (vgl. Marion-Veyron et al., 2015, S. 989; vgl. Pilars de Pilar et al., 2012, S. 77)

Um Erklärungs- und Lösungsansätze für diese Versorgungslücken und die Kritik insbesondere auf Ebene der Behandelnden zu finden, versuchten verschiedene Forschungsarbeiten das Wissen um alltägliche Denk-, Deutungs- und Arbeitsweisen in Bezug auf die unipolare Depression zu mehren. Die bisher publizierten Daten beruhen dabei auf Erhebungen und Auswertungen unterschiedlichster Art und Qualität. Überwiegend finden sich Expertenmeinungen, die auf klinischer Erfahrung und nicht auf empirischen Herleitungen beruhen. Nur wenige Arbeiten versuchten sich den Ursachen der Fehlversorgung methodisch geleitet zu nähern. (vgl. Kapitel 3.3) Dazu wurden u. a. sogenannte Krankheitskonzepte untersucht. Im Allgemeinen sind damit subjektive Wissensbestände und Vorstellungen von Krankheit, Kranksein, spezifischen Krankheitsbildern und Gesundheit gemeint. Krankheitskonzepte sind in der täglichen Praxis wirksam, weil sie als Vorstellungen zu einer bestimmten Krankheit die Wahrnehmung, Interpretation und Verarbeitung von Krankheit, von Symptomen und Personen leiten. Damit ist die Rekonstruktion von Krankheitskonzepten grundsätzlich dafür geeignet, um alltägliche (unbewusste) Prozesse von Wahrnehmen, Deuten, Verstehen und Handeln nachzuvollziehen, ggf. auch um Versorgungslücken zu erklären.

Es lag die Vermutung nahe, dass einige Bestandteile der Krankheitskonzepte durch die Anhaftung an die konkrete Fragestellung nach Erklärungs- und Lösungsansätzen für die Versorgungslücken bisher unentdeckt geblieben sind. Zudem war die Datenlage auf Seite der Spezialist*innen in Bezug auf die unipolare Depression sehr begrenzt. Daran anknüpfend

¹ Hinweise zu diesem Terminus finden sich in Kapitel 2.4.1.

entstand das begründete Interesse, sich Empirie-gestützt und weitestgehend unabhängig von einer spezifischen Forschungsfrage dem werktägigen Wissen von Generalist*innen und Spezialist*innen in Bezug auf die unipolare Depression zu nähern. Auf diese Weise sollte eine neue Perspektive auf die herausfordernde Versorgung depressiver Patient*innen gewonnen werden. Damit verband sich die Hoffnung, praxisrelevante Folgerungen für den hausärztlichen Alltag und Anreize für weiterführende Forschungsvorhaben ableiten zu können.

Kapitel zwei befasst sich mit der Darstellung der medizinischen Denkkategorien zur unipolaren Depression. Es werden die formalisierten Kriterien für die Diagnose sowie Prinzipien der Behandlung der unipolaren Depression kurz erläutert. Im Anschluss werden grundsätzliche Hintergründe zur Arbeitsweise von Generalist*innen und Spezialist*innen vorgestellt. Diese Vorüberlegungen sollen der besseren Einordnung der bisherigen Erkenntnisse zu den Krankheitskonzepten in Bezug auf die unipolare Depression und auch der Ergebnisse dieser Arbeit dienen.

Im nachfolgenden *Kapitel drei* wird zunächst detaillierter auf die wissenstheoretischen Hintergründe zu Krankheitskonzepten im Allgemeinen eingegangen. Darauf folgt eine Abgrenzung verschiedener Begrifflichkeiten, die in der Literatur teilweise synonym für Krankheitskonzepte verwendet werden. Im Anschluss wird dargestellt, wie der Begriff des Krankheitskonzeptes in dieser Arbeit definiert ist. Abschließend wird der aktuelle Stand der Literatur zu den Krankheitskonzepten von Generalist*innen und Spezialist*innen in Bezug auf die unipolare Depression präsentiert und diskutiert.

In der sozialwissenschaftlichen Literatur ist vielfach belegt, dass Krankheitskonzepte den Forschenden nicht immer direkt zugänglich sind, weil es sich um subjektive, teilweise unbewusste Sinnzusammenhänge handelt. Außerdem unterliegen sie einem stetigen Veränderungsprozess. Dementsprechend bedarf es für die Untersuchung der Krankheitskonzepte – so wie sie in dieser Arbeit verstanden werden – eines speziellen Zugangs. Dieser wird mittels der Beschreibung der angewandten Methoden im *vierten Kapitel* vorgestellt. Dazu erfolgt zunächst die Abgrenzung von qualitativer und quantitativer Forschung. Anschließend werden die Datenerhebung (mittels *narrativer Interviews nach Schütze*) und die Datenauswertung (mithilfe der *Grounded-Theory-Methode nach Glaser und Strauss*) jeweils zunächst in der Theorie und dann in der praktischen Umsetzung dargestellt.

In *Kapitel fünf* werden nun die Ergebnisse zunächst fallbezogen in Form von Fallrekonstruktionen präsentiert. Diese beinhalten Beschreibungen und Interpretationen der Analysegruppe zu den Denk-, Deutungs- und Handlungsweisen der jeweiligen interviewten Person. In Entfernung zum Einzelfall folgt anschließend die Darstellung der fallübergreifenden Ergebnisse. Dazu werden sechs *Bedeutungsaspekte*² als Teile der Krankheitskonzepte erläutert, die

² Eine Erläuterung dieses Terminus, so wie er in dieser Arbeit verstanden wird, befindet sich in Kapitel 4.3.3.

durch den Fallvergleich entstanden sind. Daran anschließend wird der Versuch unternommen fallübergreifende Hypothesen zu den Krankheitskonzepten von Generalist*innen und Spezialist*innen in Bezug auf die unipolare Depression abzuleiten.

Im abschließenden *sechsten Kapitel* werden die abgeleiteten Hypothesen diskutiert, mit der bisherigen Forschung in Bezug gesetzt und überprüft, ob und inwieweit das in diesem Kapitel aufgeworfene Forschungsdesiderat mit Hilfe des gewählten Forschungsdesigns beantwortet werden konnte. Zuletzt wird ein Ausblick auf weiterführende Forschungsfragen gegeben und mögliche Implikationen für die zukünftige hausärztliche Versorgung entwickelt.

2. Medizinische Denkkategorien zur unipolaren Depression

2.1 Definition

Depressionen gehören zu den psychopathologischen Syndromen im Formenkreis der affektiven Störungen. Sie zeichnen sich typischerweise durch einen zeitlich begrenzten, phasenhaften Verlauf aus, der durch eine große interindividuelle Variabilität geprägt ist. Die Klassifikation und Subtypisierung dieses vielgestaltigen affektiven Krankheitsbildes hat sich im Laufe der Zeit mehrfach gewandelt und ist immer noch Bestandteil von Diskussionen. Wurden Depressionen früher nach ätiopathogenetischen Aspekten eingeteilt – d. h. in psychogen, endogen oder somatogen – erfolgt die Klassifikation heutzutage deskriptiv. (vgl. Leucht & Förstl, 2012, S. 103) In Deutschland sind sowohl die *ICD-10 (International Classification of Diseases)* der WHO (*World Health Organisation*) als auch das US-amerikanische *DSM-5 (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders)* der APA (*American Psychological Association*) für die Diagnosestellung gebräuchlich. Zur Abgrenzung der verschiedenen affektiven Störungen und ihres Schweregrades im Sinne der ICD-10-Klassifikation sind sowohl die aktuelle Symptomatik (Haupt- und Zusatzsymptome) als auch der bisherige Verlauf ausschlaggebend. Zu den drei Hauptsymptomen zählen die depressive Stimmung, der Interessenverlust und/oder Freudlosigkeit und ein verminderter Antrieb mit gesteigerter Ermüdbarkeit. Zu den Zusatzsymptomen können z. B. verminderte Denk-, Konzentrations- oder Entscheidungsfähigkeit, psychomotorische Unruhe, Schlafstörungen oder ein Gefühl der Wertlosigkeit gehören. Für eine leichte depressive Episode müssen mindestens zwei Hauptsymptome und zwei Nebensymptome über einen Zeitraum von mindestens 14 Tagen bestehen. Eine weitere Subtypisierung erfolgt anhand von zusätzlichen psychotischen oder somatischen Symptomen. (vgl. DGPPN et al., 2017, S. 12 ff.) Bezüglich des Verlaufes differenziert die ICD-10 einen monophasischen von einem rezidivierenden und von einem chronischen Verlauf (andauernde depressive Symptomatik über zwei Jahre). Auf syndromaler Ebene ist weiterhin die Abgrenzung zwischen unipolarer Störung (d. h. Auftreten nur manischer oder nur depressiver Episode) und bipolarer (d. h. sowohl manische als auch depressive Episoden) affektiver Störung vorzunehmen. (vgl. DGPPN et al., 2017, S. 14) Terminologisch lassen sich weitere Subformen abgrenzen, von

denen hier nur noch – weil in der Allgemeinmedizin geläufig – die „Major Depression“ genannt sei. Diese DSM-V-Diagnose entspricht der „Depressiven Episode F.32“ im ICD-10.

2.2 Diagnostik

Die Diagnose affektiver Störungen erfolgt vorrangig klinisch. (vgl. Möller et al., 2015, S. 107) Die S3-Leitlinie „Unipolare Depression“ schlägt dazu ein prozedurales Vorgehen vor: Bei Verdacht auf das Vorliegen einer depressiven Störung – auch bei unspezifischen Symptomen wie Schlafstörungen, Appetitlosigkeit und Kraftlosigkeit – sollten zunächst die Hauptsymptome aktiv exploriert werden, insbesondere wenn Risikofaktoren – wie z. B. eine vorbekannte depressive Episode, eine belastete Familienanamnese oder aktuell belastenden Situationen – vorliegen. Im nächsten Schritt sollten psychiatrische Differentialdiagnosen oder Komorbiditäten ausgeschlossen und auch an Substanzmissbrauch als Ursache einer depressiven Symptomatik gedacht werden. Weiterhin sollten andere organische Ursachen ausgeschlossen werden. Vor Therapiebeginn kann dazu eine sorgfältige internistische, neurologische und neuroradiologische Zusatzdiagnostik beim Vorliegen von konkreten Verdachtsmomenten notwendig werden. Erhärtet sich der Verdacht zu Gunsten einer depressiven Störung sollte der vollständige psychopathologische Befund und die formalen Diagnosekriterien im Gespräch erhoben werden. Immer wieder auch von entscheidender Bedeutung im Rahmen der Erstdiagnostik ist das aktive und empathische Explorieren von Suizidalität. (vgl. DGPPN et al., 2017, S. 14–21)

2.3 Therapieprinzipien

Die Behandlung von depressiven Patient*innen verfolgt verschiedene Therapieziele. Zu den allgemeinen Therapiezielen gehört v. a. die Symptomlinderung ggf. mit der Bearbeitung von vorhandenen, die Symptome unterhaltenden, pathologischen Mechanismen. Außerdem sollte die Mortalität – v. a. durch Suizidalität – verringert, die psychosoziale Leistungsfähigkeit und Teilhabe wiederhergestellt, die Wahrscheinlichkeit eines Rückfalls oder Rezidivs reduziert und das psychische Gleichgewicht wiederhergestellt werden. (vgl. DGPPN et al., 2017, S. 22)

Der therapeutische Verlauf depressiver Störungen lässt sich entsprechend der Leitlinie in drei Phasen gliedern. Das sind die Akuttherapie, die Erhaltungstherapie und die Langzeit- bzw. Rezidivprophylaxe. Auch in Bezug auf die Therapie wird ein prozedurales Vorgehen empfohlen. Dazu stehen drei therapeutische Säulen zur Verfügung. Die Leitlinie spricht hier von Kardinalmaßnahmen, Psychotherapie und Pharmakotherapie. Je nach Vorliegen von klinischen Faktoren (wie z. B. Symptomschwere und Erkrankungsverlauf) und Patientenpräferenz sollte phasenspezifisch die Wahl der geeigneten Behandlungssäule erfolgen. Unabhängig vom Schweregrad stehen am Beginn jeder Akuttherapie Kardinalmaßnahmen wie die Herstellung eines stabilen therapeutischen Bündnisses, Psychoedukation der Patient*innen, Problemlösung und Beratung, Lebensstilveränderungen und Anleitung zur Selbsthilfe. (vgl. DGPPN et al., 2017, S. 22 ff.) Sollte eine leichte depressive Störung vorliegen, kann entsprechend der

Leitlinie zunächst aktiv-abwartend begleitet werden, insbesondere wenn die Patient*innen dies wünschen und zu erwarten ist, dass die depressive Symptomatik auch ohne Therapie remittiert. Die oben genannten Kardinalmaßnahmen sind hier Mittel der ersten Wahl. Zusätzlich zu den Kardinalmaßnahmen stellen Pharmakotherapie und Psychotherapie bei mittelgradigen Depressionen gleichwertige Alternativen dar. Bei schwergradigen Depressionen wird die Kombination der drei Säulen empfohlen. (vgl. DGPPN et al., 2017, S. 26)

2.4 Standpunktverortung der Versorger*innen

2.4.1 Generalist*innen

Generalist*innen durchlaufen eine mindestens fünf-jährige Facharztausbildung. Darin enthalten ist eine 80-stündige, berufsbegleitende Kurs-Weiterbildung „psychosomatische Grundversorgung“ (entsprechend 20 Stunden Theorie, 30 Stunden Reflexion der Arzt-Patienten-Beziehung/ Balint-Gruppenarbeit und 30 Stunden Interventionstechniken). Fakultativ kann die Zusatzbezeichnung „Psychotherapie“, „Psychoanalyse“ oder „fachbezogene Psychotherapie“ erworben werden. (vgl. BÄK, 2018, S. 5)

Der Beruf der Allgemeinmediziner*innen ist geprägt durch die Grundversorgung aller Patient*innen mit körperlichen und seelischen Gesundheitsstörungen in der Notfall-, Akut- und Langzeitversorgung sowie deren Prävention und Rehabilitation. Dabei müssen somatische, psycho-soziale, soziokulturelle und ökologische Aspekte berücksichtigt werden. Der hausärztliche Arbeitsauftrag beinhaltet weiterhin eine angemessene Stufendiagnostik und Therapie unter Einbeziehung von Fachspezialist*innen, die Vermeidung von Fehl-, Unter- und Überversorgung, eine primärärztliche Filter- und Steuerfunktion und eine Gesundheitsbildungsfunktion im Kontext von Familie und sozialer Gemeinschaft. (vgl. DEGAM, 2002)

Verschiedene Aspekte sind dabei für die hausärztliche Arbeitsweise charakteristisch. Dazu gehört das *hermeneutische Fallverständnis*. Dieses beinhaltet, dass bei der Interpretation von Symptomen und Befunden das Krankheitskonzept der Patient*innen, ihr Umfeld und ihre Geschichte berücksichtigt werden. Dies gelingt auf dem Boden einer auf Dauer angelegten Arzt-Patienten-Beziehung und der *erlebten Anamnese*. Das heißt, die Anamnese wird unter Einbezug eben dieses Vorwissens erhoben und interpretiert. Die hausärztliche Entscheidungsfindung ist weiterhin durch das unausgelesene Patientenkollektiv geprägt. *Red Flags* – also Warnzeichen der präsentierten Symptome, die ein dringend behandlungsbedürftiges Krankheitsbild kennzeichnen – und der *abwendbar gefährliche Verlauf* müssen identifiziert oder möglichst ausgeschlossen werden. Damit kann nach Ausschluss der Gefährdung auf die Selbstheilungskräfte der Patient*innen vertraut und bewusst auf eine weiterführende Behandlung verzichtet werden. Dies wird in der Allgemeinmedizin als *abwartendes Offenhalten des Falles* bezeichnet. Dabei spielen die selbstkritische Reflexion eigener Kompetenzen und deren Grenzen, sowie die Berücksichtigung *Evidenz-basierter Medizin (EBM)* eine wichtige Rolle.

(vgl. ebd. 2002)

Mit einer Punktprävalenz von circa 10-20% zählt die unipolare Depression zu den häufigeren Behandlungsanlässen in der allgemeinärztlichen Sprechstunde. (vgl. Beesdo-Baum et al., 2018, S. 52) Aufgrund der langjährigen Kenntnis und des gewachsenen Vertrauens im Rahmen der allgemein- und familienmedizinischen Betreuung werden Allgemeinmediziner*innen in der Literatur als erste Ansprechpartner*innen bei psychischen Beschwerden wahrgenommen. Dementsprechend stellen sie das erste Glied in der Versorgungskette von depressiven Patient*innen dar und besitzen eine zentrale Rolle als Weichensteller*innen für die Behandlung und die Zuweisung zur spezialisierten Versorgung. (vgl. Beesdo-Baum et al., 2018, S. 52; vgl. Salis, 2008, S. 41) Die Hälfte bis zwei Drittel der Behandlungen depressiver Patient*innen wird in hausärztlichen Praxen durchgeführt. Ein Fünftel wird von dort in die spezialisierte Versorgung überwiesen. (vgl. Trautmann & Beesdo-Baum, 2017, S. 721) Die häufigsten Interventionen bei erkannten Fällen in der Allgemeinarztpraxis sind dabei Gespräche bzw. Beratungen. Gut ein Drittel der Patient*innen werden unabhängig vom Schweregrad der Depression mit Antidepressiva durch Allgemeinmediziner*innen behandelt. Der Anteil an psychotherapeutischen Interventionen durch Generalist*innen ist gering. (vgl. ebd. 2017, S. 725)

2.4.2 Spezialist*innen

Für die spezialisierte Behandlung von depressiven Patient*innen stehen sowohl ärztliche als auch psychologische Kolleg*innen zur Verfügung. Bei den ärztlichen Kolleg*innen besteht die Unterscheidung zwischen Kolleg*innen, die eine Facharztausbildung ohne integrierte psychotherapeutische Ausbildung durchlaufen und ggf. eine Zusatzausbildung für Psychotherapie absolviert haben, und Kolleg*innen, die ihre Facharztausbildung mit integrierter psychotherapeutischer Ausbildung beenden. Das Behandlungsspektrum variiert in Abhängigkeit vom jeweiligen beruflichen Hintergrund. Die Pharmakotherapie ist allein den ärztlichen Spezialist*innen vorbehalten. Psychotherapie wird sowohl von ärztlichen als auch psychologischen Psychotherapeut*innen durchgeführt. Den Spezialist*innen wird das frühzeitige Erkennen depressiver Patient*innen, die Differenzialdiagnostik, eine fachgerechte Psychotherapie und die Entscheidung für oder wider eine mögliche Beteiligung weiterer Leistungserbringer*innen sowie die Nachsorge zugeschrieben. (vgl. Bermejo, Bachmann, et al., 2008, S. 396)

Unter Psychotherapie im Allgemeinen versteht man einen theoriegeleiteten, bewussten und interaktionellen Prozess, der mittels gezielten Einsatzes von psychologischen Techniken und unter bewusster Einbeziehung der Arzt-Patienten-Beziehung versucht psychische und körperliche (psychosomatische) Leiden zu behandeln. (vgl. DGPPN et al., 2015, S. 94 ff.) Psychotherapie stellt sich vielgestaltig dar. Entsprechend ihrer Modellvorstellungen zu Genese, Technik und Wirkprinzip lassen sich verschiedene Richtungen abgrenzen. Allerdings arbeiten rund drei Viertel der Psychotherapeut*innen eklektisch. Sie entwickeln einen eigenen Stil, indem sie modifizierte Kombinationen verschiedener Psychotherapieelemente und -verfahren

einsetzen. Im ambulanten Bereich sind von den Krankenkassen im Rahmen der Richtlinienpsychotherapie die *Psychoanalyse* und die *tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie*, sowie die *Verhaltenstherapie* und die *systemische Therapie* erstattungsfähig. (vgl. DGPPN et al., 2022, S. 81)

Sowohl die *Psychoanalyse* als auch die *tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie* gehen auf die Theorien von Sigmund Freud zurück. Grundsätzlich basieren diese auf der Annahme, dass die menschliche Psyche aus drei Instanzen besteht:

- Das *Es* entspricht dem triebhaften Anteil des Gehirns, welches für die Befriedigung von Sexual- und Hungertrieb verantwortlich ist.
- Demgegenüber steht das *Über-Ich*, welches die in der Sozialisation erworbenen Werte und Gebote repräsentiert.
- Zwischen diesen Instanzen vermittelt das *Ich*. Es sorgt dafür, dass die Erfüllung der Triebe in sozialverträglicher Weise erfolgt.

Nach Freud entstehen psychische Konflikte dann, wenn das *Ich* in einem Konflikt zwischen den triebhaften Kräften des *Es* und denen des *Über-Ichs* steht. Der Betroffene nimmt dabei nur die Symptome wahr und nicht den Konflikt, der im Unterbewussten stattfindet. (vgl. Bandelow et al., 2008, S. 220 ff.) Das Individuum durchläuft in der Kindheit eine psychosexuelle Entwicklung mit charakteristischen Phasen und muss in jeder Phase neu entstehende Bedürfnisse von den Instanzen der Psyche bewältigen. Werden die Konflikte zwischen diesen drei Instanzen in den jeweiligen Phasen vom Individuum nicht gelöst, kommt es zur Entwicklung von Abwehrmechanismen, die helfen das Bewusstsein vor nicht kompatiblen Konfliktkonstellationen zu schützen. Außerdem bleibt das betroffene Kind in der entsprechenden Phase fixiert. In einer späteren, dem primären Konfliktmuster ähnlichen Situation, fällt das Individuum in der Entwicklungsstufe zurück und zeigt ein infantiles, der fixierten Phase entsprechendes spezifisches Verhalten. (vgl. ebd. 2008, S. 221 ff.) Den verschiedenen Krankheitsbildern können aus psychoanalytischer Sicht typische Konflikte zugeordnet werden. Depressionen gehen demnach auf frühkindliche Mangel- bzw. Verlusterfahrungen (wie z. B. Störungen der Mutterbeziehung in der oralen Entwicklungsstufe oder Erfahrungen der eigenen Hilflosigkeit) zurück. Auch ein länger dauerndes, versagendes oder (seltener) verwöhnendes Erziehungsmuster wird als ursächlich angenommen. Dies behindert die Entwicklung eines gesunden Selbstwertes. (vgl. Möller et al., 2015, S. 98) Im Erwachsenenalter kann es dann in Schwellensituationen (wie z. B. bei Übernahme größerer Verantwortung) zur Dekompensation kommen, da sie als Überforderung erlebt wird. Das *Über-Ich* ist bei diesen Menschen so stark ausgeprägt, dass sie ihm nicht entsprechen können. Das führt dazu, dass sich die Patient*innen autoaggressiv verhalten. Die Betroffenen fühlen sich matt, antriebs- und lustlos. (vgl. Leucht & Förstl, 2012, S. 106 f.)

In der psychoanalytischen Therapie geht es darum, die unbewussten, den Patient*innen

nicht zugänglichen Konflikte zu erkennen und zu bearbeiten. Dazu müssen die Patient*innen in frühere Entwicklungsstufen zurückfallen. Das wird als *Regression* bezeichnet. Sie werden aufgefordert *frei zu assoziieren*, also alle Gedanken auszusprechen, die ihnen in den Sinn kommen. Die Therapeut*innen wiederum bemerken diese Äußerungen neutral und mit gleich schwebender Aufmerksamkeit. Sie verpflichten sich, Distanz zu wahren und enthalten sich der Äußerung eigener Meinungen. Die in der Regression befindlichen Patient*innen reaktivieren unbewusst frühkindliche Wünsche, Gefühle und Einstellungen gegenüber Eltern und Geschwistern. Diese werden auf die Therapeut*innen übertragen und von ihnen wahrgenommen. Auf diese Weise durchleben die Therapeut*innen die Beziehungen und gewinnen Einblicke in zugrundeliegende Konfliktsituationen der Patient*innen. Im Verlauf der Analyse werden *Widerstände*, die durch die Konfrontation und das Bewusstwerden mit inhaltlich unangenehmen Inhalten entstehen, durch die Therapeut*innen wahrgenommen und gedeutet. Damit soll den Patient*innen Einsicht in das Unterbewusstsein und in die für die Störung ursächlichen Konflikte ermöglicht werden. Dies entspricht dem Prinzip der *Übertragung und Gegenübertragung*. Diese Einsicht gilt als ein wesentliches Mittel der Heilung. Neben der Symptomreduktion steht also vor allem auch die Veränderung der Struktur der Persönlichkeit im Vordergrund. (vgl. Bandelow et al., 2008, S. 224 f.)

Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie lässt sich nur schwer von der Psychoanalyse trennen. Im Gegensatz zur Psychoanalyse nehmen die Therapeut*innen eine aktivere Rolle ein. Sie strukturieren das Gespräch stärker. Es geht im Gegensatz zur Psychoanalyse mehr um die Aufdeckung, Bewusstmachung und Bearbeitung von aktuell wirksamen unbewussten Konflikten sowie die Reduktion von Symptomen und weniger um die Veränderung der Persönlichkeit. (vgl. ebd. 2008, S. 226 f.)

Die Basis der *Verhaltenstherapie* bildet die sogenannte *Lerntheorie*. Diese besagt, dass jedes Verhalten erlernt, aber auch unter bestimmten Bedingungen wieder verlernt werden kann. Grundlage einer Verhaltenstherapie ist die *Verhaltensgleichung nach Kanfer* – das sogenannte *SORK-Modell*. (Kanfer et al., 2012) Mit dieser Formel werden das Verhalten und dessen Abhängigkeit von bestimmten Reizbedingungen in der Verhaltensanalyse erfasst. Das Modell geht davon aus, dass das Problemverhalten (R) durch die vorausgehenden Stimuli (S) und/oder die nachfolgenden verstärkenden bzw. bestrafenden Konsequenzen (K) im Sinne einer *operanten Konditionierung* gesteuert wird. Ferner wird davon ausgegangen, dass die Kontingenz – d. h. die Verstärkung durch Wiederholung – mit der die Konsequenzen dem Problemverhalten folgen, für die Ausbildung und die Stabilität von funktionalen, wie auch dysfunktionalen Verhaltensmustern eine relevante Rolle spielt. (vgl. Bandelow et al., 2008, S. 216 f.)

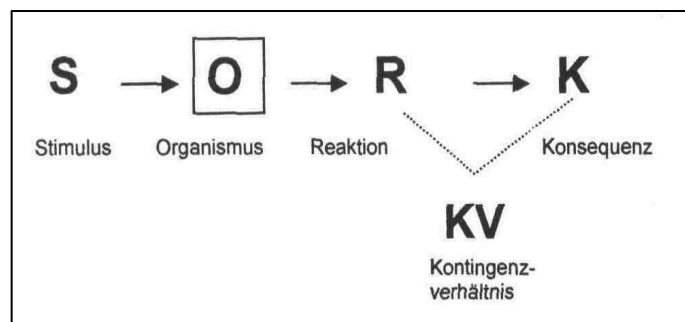


Abb. 1. SORK-Modell nach Kanfer (Kanfer et al., 2012, S. 32)

Lerntheoretische Modellvorstellungen gehen davon aus, dass emotionale Störungen durch dysfunktionale kognitive Prozesse im Sinne von irrationalen Überzeugungen, dysfunktionalen Grundannahmen und fehlerhaften Interpretationen von Ereignissen entstehen. In der *kognitiven Theorie von A. T. Beck* entstehen Depressionen auf dem Boden von Kränkungs- und Verlustelebnissen aus der eigenen Lebensgeschichte, die zu einer negativen Wahrnehmung der eigenen Person, der Umwelt und der Zukunft gekennzeichnet ist. Dies wird als sogenannte *kognitive Triade* bezeichnet. Im Verlaufe des Lebens führen immer mehr spezifische und unspezifische Auslöser zur Aktivierung depressionstypischer Kognitionen wie *Übergeneralisierungen* (Verallgemeinerungen) oder *selektiven Abstraktionen* („Tunnelblick“). Das heißt, dass Depressive die Anzahl positiver Verstärker unterschätzen, überhöhte Kriterien für die Selbstbewertung haben und zur Selbstbestrafung neigen. (vgl. Möller et al., 2015, S. 98 f.)

Kennzeichnend für Verhaltenstherapie ist die enge Beziehung zwischen Therapeut*in und Patient*in sowie die aktive Gestaltung der Therapie durch die Patient*innen, die Orientierung an aktuellen Problemen, die Strukturiertheit und Zielorientierung. Dabei werden verschiedene Techniken wie Aktivierungstechniken, Entspannungsverfahren, Psychoedukation, Erlernen von Problemlösestrategien und Ressourcenaktivierung angewandt. (vgl. Leucht & Förstl, 2012, S. 111)

In der *systemischen Therapie* werden psychische Störungen nicht als Problem von einzelnen Individuen verstanden, sondern als Störung im sozialen Umfeld des Individuums (wie z. B. in der Familie, in der Schule oder im Arbeitsumfeld). Ziel ist es, „Symptom-fördernde, familiäre Interaktionen und Strukturen, dysfunktionale Lösungsversuche und starre Familienerzählungen in Frage zu stellen und neue, gesundheitsfördernde Interaktionen, Lösungsversuche und Erzählungen anzuregen.“ (Altmeyer, 2013, S. 35) Dabei werden die Patient*innen als Expert*innen für Inhalte und Ziele in der Behandlung und die Therapeut*innen als Expert*innen für den Behandlungsprozess und dessen Rahmenbedingungen wahrgenommen. Die Therapeut*innen zeigen wohlwollendes Interesse und verhalten sich allparteilich gegenüber allen beteiligten Personen, Inhalten und Zielen. (vgl. ebd. 2013, S. 35 f.)

Anschließend an diese Vorüberlegungen zur Erkrankung, deren Behandlung und den daran beteiligten Behandler*innen soll es im folgenden Kapitel zunächst um Krankheitskonzepte im Allgemeinen gehen. Dazu werden wissenstheoretische Hintergründe vorgestellt und darauf aufbauend die Definition und Funktion von Krankheitskonzepten erläutert. Danach wird die bisher erhobene Datenbasis zu Krankheitskonzepten in Bezug auf die unipolare Depression diskutiert.

3. Krankheitskonzepte als Zugang zum werktätigen Wissen und Handeln von Generalist*innen und Spezialist*innen im Umgang mit der unipolaren Depression

3.1 Wissenstheoretische Vorüberlegungen

Vielfach wurde davon ausgegangen, dass Generalist*innen und Spezialist*innen ausschließlich als medizinische Expert*innen in der medizinischen Begegnung agieren, d. h. ihr im Studium und in der Berufspraxis erworbenes Wissen über Krankheit und Krankheitsbilder in die Patientenkontakte einbringen und damit entsprechend dem geltenden, medizinisch richtigen Wissen handeln. (vgl. Kreher et al., 2009, S. 14) Aus wissenssoziologischer Sicht allerdings organisieren Menschen die „Welt der Alltagswirklichkeit“ (ebd. 2009, S. 17) über alltägliche Verstehens- und Deutungsleistungen. Das heißt, dass die Alltagswelt sich vor den Menschen als Wirklichkeit ausbreitet und von ihnen begriffen, gedeutet und intersubjektiv bewertet werden muss. Dabei entstehen Deutungsmuster, die die vom Individuum wahrgenommene Umwelt so reduzieren und strukturieren, dass Orientierung, Identität und Handeln im alltäglichen Zusammenleben möglich werden. (vgl. Berger et al., 2004, S. 21 ff.) Erfahrungen mit der Wirklichkeit – als Synonym für den Erwerb von Wissen – machen Menschen im Verlaufe ihrer gesamten Sozialisation.

Alles Wissen baut auf dem in der *primären Sozialisation* erworbenen Wissen auf. In der primären Sozialisation wird dem Individuum eine „plausible“ Welt durch „signifikante Andere“ (Berger et al., 2004, S. 141) (wie z. B. durch ihre Eltern) vermittelt. Es wird eine Wirklichkeit verinnerlicht, die als unausweichlich empfunden wird, weil das Individuum keine Alternativen kennt. Dieses Wissen entspricht dem sogenannten Alltagswissen oder werktätigen Wissen und ist vorthoretischer Natur. Die primäre Sozialisation endet in der Regel dann, wenn es auf alternative Muster des Denkens und Handelns trifft. (vgl. ebd. 2004, S. 139 ff.)

Während der dann folgenden *sekundären Sozialisation* wird in die subjektive Wirklichkeit des Individuums rollenspezifisches, theoretisches Wissen internalisiert. Dieses beruht auf der unterschiedlichen gesellschaftlichen Verteilung von Wissen. Im Falle von Mediziner*innen können das beispielsweise im Studium erworbene Wissensbestände oder Erfahrungen im beruflichen Alltag sein. (vgl. ebd. 2004, S. 139 ff.)

3.2 Begriffsbestimmung und Funktion von Krankheitskonzepten

Zu diesen subjektiven Wissensbeständen gehören auch Krankheitskonzepte. Der Begriff des Krankheitskonzeptes wurde in der Literatur lange weder genau definiert noch einheitlich verwendet. Es existierten und existieren noch eine Vielzahl sich überlappender und mehrdeutiger Termini. Kreher et al. haben es sich 2009 zur Aufgabe gemacht vorhandene Begriffe zu sortieren, um sich im Anschluss empirisch geleitet einer Neudefinition hausärztlicher Krankheitskonzepte zu nähern.

Sie unterschieden zu Beginn ihrer Arbeit anhand der konkreten Funktion in der wissenschaftlichen Kommunikation *Krankheitsbilder*, *Krankheitsvorstellungen* und *Krankheitskonzepte*. Dabei bezieht sich der Begriff *Krankheitsbild* auf die personenunabhängige Beschreibung einer konkreten Krankheit und fasst die charakteristischen Erscheinungen dieser Erkrankung zusammen. *Krankheitsvorstellungen* hingegen befassen sich nicht zwangsweise mit einer konkreten Erkrankung, sondern mit Vorstellungen zum Kranksein im Allgemeinen. Sie sind ebenso nicht an ein konkretes Subjekt gebunden. *Krankheitskonzepte* werden bei konkreten Subjekten (z. B. bei Patient*innen oder Ärzt*innen) verortet und beziehen sich auf Vorstellungen zum Kranksein oder Leiden anderer bzw. auch auf das eigene. (vgl. Kreher et al., 2009, S. 32 f.)

Kreher et al. haben anschließend leitfadengestützte Interviews mit Hausärzt*innen analysiert. Diese Interviews beinhalteten Erfahrungen aus der Behandlung von Patient*innen, die unter Kopfschmerzen, akutem Husten, Ulcus cruris venosum oder Schizophrenie litten. Die Interviews wurden in einer interdisziplinären Analysegruppe theoriegeleitet, zunächst entitätsspezifisch und anschließend entitätsübergreifend ausgewertet. (vgl. ebd. 2009, S. 61 ff.) Am Ende der Analysen stellten sie sechs „Ideen“ (ebd. 2009, S. 209) für die Definition von Krankheitskonzepten vor. Sie verstehen Krankheitskonzepte als:

1. *subjektgebunden* und *akteursspezifisch* – Das bedeutet, dass Krankheitskonzepte nicht ablösbar von der Perspektive des handelnden Subjekts sind.
2. *entitätsspezifisch* – Dies meint, dass sie nicht unabhängig der Erkrankung gedacht werden können.
3. *historisch geprägt* – Damit ist gemeint, dass sie historisch langlebige, kulturelle Deutungsmuster enthalten.
4. *situativ adaptierbar* – Krankheitskonzepte können in einer konkreten Interaktion re-aktualisiert und verändert werden.
5. *biografisch geprägt* – Damit ist die Idee verbunden, dass Krankheitskonzepte in lebenszeitliche Handlungsmuster eingebettet sind.

6. *berufsbiografisch einsozialisiert* – Das heißt, dass Krankheitskonzepte durch die entsprechende Fachkultur und berufliche Handlungspraxis geformt werden. (vgl. ebd. 2009, S. 209 f.)

In ihrer weiterführenden Forschungsperspektive schlug die Arbeitsgruppe vor, dass zum einen (familien-) biografische Daten von Ärzt*innen erhoben werden sollten, um die Entstehung und Entwicklung ärztlicher Krankheitskonzepte als biographische Handlungsmuster zu untersuchen. Zum anderen regten sie an, (haus-) ärztliche Krankheitskonzepte mittels Interaktionsanalysen zu untersuchen, um zu erforschen, welche kognitiven, emotionalen und handlungsbezogenen Momente aus der Behandlung von Patient*innen in die Krankheitskonzepte eingehen. (vgl. ebd. 2009, S. 210 f.)

Diese Forschungsfragen aufgreifend untersuchte Anja Wollny 2012 hausärztliche Krankheitskonzepte mittels familienbiografischer Interviews und Interaktionsanalysen unabhängig von einer spezifischen Krankheitsentität. Am Ende der Analyse kam sie zu dem Ergebnis, dass die sechs Ideen von Kreher et al. nicht ähnlich stark in die Krankheitskonzepte eingehen. Vielmehr ergab sich anhand der biografischen Daten ein auf biografischen Erfahrungen beruhendes Krankheitskonzept. Dieses entsteht aus Wollnys Sicht offenbar relativ unabhängig von entitätsspezifischen, historischen und situativ adaptierbaren Aspekten. Die hausärztlichen Krankheitskonzepte seien eher durch Akteurs-gebundene, familien-biografische Erfahrungen geprägt, als durch medizinische erworbene Wissensbestände und berufsbiografische Erfahrungen. (vgl. Wollny, 2012, S. 132 f.) Unter Einbezug bisheriger entitätsspezifischer Analysen stellt sie verschiedene Ebenen von Krankheitskonzepten heraus: Die Grundlage der Krankheitskonzepte bilden aus Wollnys Sicht „*biografische Erfahrungskonzepte*“, also Erfahrungen mit Krankheit, die am eigenen Körper erlebt wurden, und das dabei entstehende Wissen über den eigenen Körper. Diese Konzepte werden im weiteren Sozialisationsprozess – z. B. in der Interaktion mit Familie, Freunden, etc. – dynamisch geformt, genutzt und auch verändert. Auf ihnen ruhen spätere Theorien wie z. B. entitätsspezifische Differenzierungen in Form von „*Vorstellungen von bestimmten Erkrankungen*“. Aus den biografischen Erfahrungskonzepten erwachsen außerdem „*akteursspezifische Orientierungsmuster*“. (ebd. 2012, S. 133 f.) Das bedeutet, dass Generalist*innen als Individuen auf Grundlage ihrer in der biografischen Sozialisation erworbenen Wissensbestände in der (Arzt-Patienten-) Interaktion handeln. Damit sind Krankheitskonzepte sozial wirksam, weil sie als Vorstellungen zu einer bestimmten Krankheit die Wahrnehmung, Interpretation und Verarbeitung von Krankheit, von Symptomen und Personen leiten. In der beruflichen Handlungspraxis dienen sie als grundlegendes Orientierungsmuster, weil sie in der Arzt-Patienten-Interaktion das theoretisch Mögliche anhand biografisch geprägter Erwartungen, Wahrnehmungen und Deutungen auf das Maß des Praktikablen reduzieren und „handlungsleitende Bewusstseinsleistungen“ (Soeffner, 2004, S. 65) strukturieren. Sie nehmen damit Einfluss auf die Arzt-Patienten-Interaktion, auf medizinische Debatten

oder auch auf Alltagsgespräche, ohne dass sie in der alltäglichen Praxis explizit werden. (vgl. Kreher et al., 2009, S. 19) Diese Arbeit orientiert sich bei der Definition von Krankheitskonzepten anhand der soeben beschriebenen Gedanken von Kreher et al. (2009) und Wollny (2012).

3.3 Hinweise auf Krankheitskonzepte zur unipolaren Depression in der bisherigen Literatur

Bei der Betrachtung des aktuellen Forschungsstandes bezüglich der Krankheitskonzepte zur unipolaren Depression blickt man auf eine heterogene Datenbasis. Der überwiegende Anteil der Daten ist vor dem Hintergrund der im ersten Kapitel erläuterten Suche nach Ursachen und Lösungsvorschlägen für die vermeintliche Fehlversorgung von depressiven Patient*innen entstanden. In der Literatur stößt man zum Thema größtenteils auf Expertenmeinungen verschiedener Interessensgemeinschaften wie der Allgemeinmedizin, der Psychologie, der Psychiatrie und den Sozialwissenschaften sowie auf Ergebnisse aus Fragebogenstudien. Die daraus erschlossenen Inhalte beruhen vorwiegend auf klinischer Erfahrung und entsprechen damit teilweise nur wenig Empirie-gestützten Annahmen. Es existieren relativ wenige empirisch geleitete qualitative Studien, die sich konkret mit der Erhebung von Krankheitskonzepten in Bezug auf die unipolare Depression befassen bzw. aus denen sich Schlüsse auf die Krankheitskonzepte ziehen ließen. Zudem wurden auch die Daten dieser qualitativen Arbeiten häufig im Rahmen der Versorgungsforschung erhoben. Durch die Anhaftung der Daten an eine spezifische Fragestellung verbleiben die Ergebnisse dieser Studien teilweise auf einer erklärenden und expliziten Ebene. Dies lässt sich möglicherweise damit begründen, dass die Beantwortung der Forschungsfrage nicht gänzlich unabhängig von den handelnden Subjekte gestaltet werden konnte. Darüber hinaus kamen in diesen Untersuchungen teilweise inhaltsanalytische, beschreibende – im Gegensatz zu gänzlich offenen, hermeneutischen und damit verstehenden – Auswertungsmethoden zum Einsatz. (vgl. Kapitel 4.3.1) Insbesondere auf Seite der Spezialist*innen ist die Datenlage insgesamt sehr begrenzt.

Vor dem Hintergrund der soeben erläuterten Datenbasis finden sich in der Literatur im Grunde genommen bisher überwiegend (indirekte) Hinweise auf die Krankheitskonzepte zur unipolaren Depression, die aus den Annahmen der Forschenden zu den Versorgungslücken erschlossen werden müssen: Als Gründe für die falsch negativ oder positiv diagnostizierten Fälle sowie für die wahrgenommene Leitliniennonkonformität bei der Therapiegestaltung in der hausärztlichen Praxis werden die spezifischen Charakteristika der hausärztlichen Arbeitsweise und die Besonderheiten des hausärztlichen Arbeitsfeldes angeführt. Allgemeinmediziner*innen erkennen offenbar eine psychische Problematik, ohne eine nach psychometrischen Kriterien vorliegende Depression zu diagnostizieren. Es steht das hermeneutische

Fallverständnis³ und eine im Kontext und Verlauf gestellte Diagnose im Vordergrund. (vgl. Pilars de Pilar et al., 2012, S. 77) Generalist*innen verfolgen eher ursachenzuschreibende Konzepte. Das heißt, die Symptomatik wird als psychosomatisches Krankheitsbild, als reaktive Beeinträchtigung, als endogenes Leiden oder als Persönlichkeitsstörung verortet. Ebenso werden (leichte) depressive Symptome eher als alltagsweltliche Probleme im Sinne einer normalen und nachvollziehbaren Reaktion betrachtet und damit weniger als eine tatsächliche Pathologie wahrgenommen. (vgl. Becker et al., 2008, S. 35 ff.; vgl. Pilars de Pilar et al., 2012, S. 73) Insgesamt scheint die reine Diagnosestellung anhand von Ätiologie-unabhängigen, symptomorientierten Metriken in der hausärztlichen Praxis weniger bedeutend zu sein. (vgl. Becker et al., 2008, S. 37) Zudem wird offenbar entsprechend der hausärztlichen Arbeitsweise in den meisten Fällen keine explizite Diagnose gestellt, wenn aus ihr keine therapeutische Konsequenz gezogen wird oder keine Verbesserung der Lebensqualität der Patient*innen erreicht werden kann. (vgl. Pilars de Pilar et al., 2012, S. 73 f.) Bei Beeinträchtigung durch die Symptome gingen Generalist*innen gestuft vor. Der Behandlungsprozess bei Allgemeinmediziner*innen erfolgt laut Studien konsekutiv, d. h. „erst das Organische, dann das Psychische.“ (Pilars de Pilar et al., 2012, S. 76) Dabei werden bereits bei der Behandlung der organischen Behandlungsanlässe psychische Aspekte wahrgenommen. (vgl. ebd. 2012, S. 76) Die soeben erläuterten Daten deuten auf berufsspezifische Denk-, Deutungs- und Handlungsweisen im Umgang mit depressiven Patient*innen hin. Jedoch wird in der Literatur in diesem Zusammenhang ebenso eine „dissonance in the disease model of depression“ (McPherson & Armstrong, 2012, S. 1155) beschrieben. Die Forschenden deuten damit an, dass unter den Allgemeinmediziner*innen unterschiedliche Modelle vom Ursprung der Erkrankung bestehen und damit unterschiedliche Denk- und Handlungsweisen verbunden sind.

Darüber hinaus finden sich in den bisherigen Daten Hinweise drauf, dass unbewusste Prozesse wie intuitives Entscheiden und klinische Erfahrung sowie individualisierende und persönliche Einschätzungen und Einstellungen mitunter mehr Einfluss auf Diagnosestellung und Therapie nehmen als Behandlungsrichtlinien oder Leitlinien. (vgl. Becker et al., 2008, S. 37; vgl. McPherson & Armstrong, 2012, S. 1154 f.; vgl. Pilars de Pilar et al., 2012, S. 75 f.) Zu den Einstellungen gehörten persönliche Auffassungen zu seelischen Erkrankungen, zum Kranksein und -schreiben, zum Umgang mit Belastungen des Lebens und zu Trauer. Auch die eigene Lebenseinstellung, die persönliche Identifikation mit den Patientenfällen, die empathische Beteiligung am Schicksal der Patient*innen, Sym- und Antipathie spielten bei der Beurteilung und Behandlung eine Rolle. Dabei seien diese präformierten Einstellungen nur teilweise reflektiert. (vgl. Becker et al., 2008, S. 36)

³ Hinweise zu diesem Terminus finden sich in Kapitel 2.4.1.

In der Literatur wird ebenso beschrieben, dass die Arbeit mit depressiven Patient*innen durch das Geschlecht, den Gemütszustand und innere Werte der Behandelnden beeinflusst wird. (vgl. McPherson & Armstrong, 2012, S. 1156)

Daneben wird die Arzt-Patienten-Beziehung als ein wesentlicher Faktor bei der Gestaltung des Behandlungsprozesses dargestellt. Die Kontinuität der Beziehung und die damit verbundene Kenntnis der Patient*innen und deren soziokultureller Hintergründe in der Hausarztpraxis befördern offenbar die Wahrnehmung von Veränderungen der mentalen Gesundheit. (vgl. Marion-Veyron et al., 2015, S. 990; vgl. McPherson & Armstrong, 2012, S. 1154) In diesem Zusammenhang wird in der Literatur die Wahrnehmung von Übertragungs- und Gegenübertragungsmustern in der Arzt-Patienten-Beziehung als ein Werkzeug sowohl für Diagnostik als auch Therapie beschrieben (vgl. Aden et al., 2016, S. 188 f.; vgl. Schulz & Wolf, 2022, S. 49) Zudem wird die Arzt-Patienten-Beziehung als eine wichtige Entscheidungshilfe bei der Frage nach Stabilität und Alltagstauglichkeit herangezogen. Daraus leiten sich offenbar verschiedene Therapieoptionen ab. (vgl. Becker et al., 2008, S. 37). Weil Generalist*innen dabei offenbar die individuellen Bedürfnisse und Wünsche der Patient*innen berücksichtigen, scheint es zu Abweichungen von den Empfehlungen aus der Leitlinie zu kommen. (vgl. Radisch et al., 2013, S. 254) Gleichzeitig unterliege die Arzt-Patienten-Beziehung in Bezug auf die unipolare Depression besonderen Herausforderungen. Die Behandlung depressiver Patient*innen scheint die emotionalen Ressourcen der Behandelnden stark zu beanspruchen. (vgl. McPherson & Armstrong, 2012, S. 1156) Schulz und Wolf (2022) legen dar, dass (unbewusste) Gefühle und Versorgungswünsche der Patient*innen zu Erschöpfung, Ärger und aggressivem Verhalten in Form von Leitlinien-nonkonformer, übertriebener Diagnostik oder harschem Verhalten bei den Behandelnden führen können, insbesondere wenn sie von den Behandelnden unberücksichtigt blieben. Zudem werden Frustration und Ratlosigkeit bezüglich der Non-Compliance der Patient*innen beschrieben. (vgl. Radisch et al., 2013, S. 254) Vor dem Hintergrund des offensichtlich hohen Stellenwertes der Arzt-Patienten-Beziehung bei der Behandlung depressiver Patient*innen wird die wahrgenommene Stigmatisierung der Patient*innen durch die Diagnose als weiterer Grund für die fehlende Diagnosestellung beschrieben. Zum einen scheinen die Patient*innen die Stigmatisierung durch ihr soziales Umfeld und die Behandler*innen zu fürchten und dementsprechend das Thema bei der Konsultation zu vermeiden. Zum anderen haben offenbar auch Generalist*innen teilweise Hemmungen die Diagnose zu stellen, weil sie die Beziehung zu ihren Patient*innen und die Behandlung offenbar gefährdet sehen. Zudem scheinen die Allgemeinmediziner*innen zu befürchten, von ihren Patient*innen zurückgewiesen zu werden. (vgl. Becker et al., 2008, S. 35; vgl. McPherson & Armstrong, 2012, S. 1154; vgl. Rabe- Menssen, 2009, S. 17; vgl. Radisch et al., 2013, S. 254)

Letztlich beeinflussen offenbar auch äußere Umstände die Krankheitskonzepte. Einige Generalist*innen verschreiben beispielsweise Psychopharmaka, nicht weil sie

Psychopharmaka als am sinnvollsten erachteten, sondern weil sie eine Medikation als die einzig pragmatische Option vor dem Hintergrund fehlender zeitlicher Ressourcen und begrenzter fachärztlicher Weiterbetreuung wahrnahmen. (vgl. McPherson & Armstrong, 2012, S. 1158) Allgemeinmediziner*innen scheinen fehlende zeitliche und personelle Ressourcen sowie die fehlende Vergütung als Belastung zu empfinden. (vgl. Radisch et al., 2013, S. 255 f.)

Wenige – wenn auch teilweise empirisch geleitete – Studien deuten darauf hin, dass es tatsächlich auch Generalist*innen gibt, die Fälle ganz offensichtlich nicht erkennen, obwohl man an eine Depression hätte denken müssen, weil die Patient*innen sich beispielsweise immer wieder mit den gleichen (somatischen) Beschwerden vorstellten. Hier könnten tatsächlich fachlich unzureichende Kenntnis oder Desinteresse ursächlich für die Fehlversorgung sein. (vgl. Pilars de Pilar et al., 2012, S. 76) Demgegenüber findet sich in der Literatur eine qualitative Studie, deren Daten auf eine von den untersuchten Hausärzt*innen als umfassend wahrgenommene Behandlungsverpflichtung im Hinblick auf depressive Erkrankungen hinweisen. (vgl. von Gottenberg et al., 2020, S. 15) Insgesamt scheint es näher zu liegen, dass „Hausärzte nicht das psychisch Auffällige meiden oder negieren, sondern nur in anderen Kategorien davon sprechen oder unter ihnen handeln.“ (Sielk et al., 2009, S. 172)

Spezialist*innen scheinen die Diagnose ebenso auf dem klinischen Eindruck, vorgebrachten Beschwerden und Problemen und weniger auf formalisierten Kriterien zu basieren. (vgl. Bermejo et al., 2010, S. 327) Im Unterschied zu den Generalist*innen explorierten Spezialist*innen aber eher routinemäßig seelische Symptome auf eine aktive und systemische Art und Weise und neigten eher zu einer gezielten Suche nach einer Diagnose. (vgl. Bermejo, Friedrich, et al., 2008, S. 266) Nur eine Veröffentlichung spricht in diesem Zusammenhang von einem „psychiatrischen Krankheitskonzept“ (Pilars de Pilar et al., 2012, S. 77) im Sinne der Anwendung reiner symptomorientierter, formalisierter, psychometrischer Diagnostik.

Auf Grundlage dieser Hinweise in den Daten kann geschlussfolgert werden, dass die Krankheitskonzepte offenbar durch den beruflichen Hintergrund (inklusive berufsspezifischer Charakteristika der Arbeitsweise, berufsspezifischer Krankheitsvorstellungen und Besonderheiten des jeweiligen Arbeitsfeldes) geprägt sind. Aber auch persönliche Aspekte der Behandler*innen wie Geschlecht, präformierte Einstellungen, persönliche Präferenzen, innere Werte und emotionale Verfassungen scheinen für die Krankheitskonzepte relevant zu sein. Intuition, klinische Erfahrung und die Beziehung zwischen den Patient*innen und den Behandler*innen werden als Aspekte benannt, die in der Behandlung Depressiver offenbar von Bedeutung sind. Nicht zuletzt scheinen die Denk-, Deutungs- und Handlungsweisen auch durch äußere Umstände (wie z. B. zur Verfügung stehende zeitliche und personelle Ressourcen) beeinflusst zu werden. Insgesamt gibt die bisherige Literatur Hinweise darauf, dass die Krankheitskonzepte in Bezug auf die unipolare Depression sehr individuell sind und keine „konzeptuelle Klarheit“ (McPherson & Armstrong, 2012, S. 1158) bezüglich der Behandlung depressiver Patient*innen

besteht.

Vor dem Hintergrund der noch übersichtlichen Datenbasis zu den Krankheitskonzepten bezüglich der unipolaren Depression soll an dieser Stelle an das begründete Interesse erinnert werden, sich weitestgehend unabhängig von einer spezifischen Forschungsfrage und Empiriegestützt dem werktägigen Wissen von Generalist*innen und Spezialist*innen zu nähern. Damit ist die Hoffnung verbunden, weitere Denk-, Deutungs- und Handlungsweisen von Generalist*innen und Spezialist*innen zu identifizieren, die neben den bisher in der Literatur dargestellten Aspekten in der Konsultation wirksam sind. Zudem soll ein neuer Zugang zur Problemstellung der herausfordernden Versorgung depressiver Patient*innen geschaffen und daraus Anreize für die weiterführende Forschung abgeleitet werden.

Aufbauend auf diese Vorkenntnisse dreht sich das folgende Kapitel um die Techniken der Datenerhebung und -analyse, die zur Erfassung von Krankheitskonzepten in dieser Arbeit dienen sollen. Das Kapitel umfasst drei Teile. Das erste Teilkapitel beschäftigt sich mit der Abgrenzung von qualitativen zu quantitativen Forschungsansätzen. Im anschließenden Teilkapitel werden zunächst die qualitative Datenerhebung mit Fokus auf das *narrative Interview nach Schütze (1977)* sowohl in einer theoretischen Einführung als auch in der praktischen Umsetzung vorgestellt. Die Darlegung des Rekrutierungsprozesses, des Samplings und des untersuchten Samples ist Teil der Ausführungen zur Datenerhebung. Danach wird im dritten Teilkapitel die Analyse dieser Daten ebenfalls in der Zweiteilung von Theorie und konkreter praktischer Umsetzung nachvollzogen. Zunächst werden cursorisch die zwei großen Gruppen der qualitativen Datenanalyse – die hermeneutischen und inhaltsanalytischen Verfahren – vorgestellt, um anschließend die *Grounded-Theory-Methode nach Strauss (1980)* als ausgewählte Analyseverfahren dieser Arbeit zu beleuchten. Darauf aufbauend wird die konkrete Umsetzung der Datenanalyse anhand von Beispielen aus dem Forschungsprozess erläutert.

4. Methodisches Vorgehen als zirkulärer Prozess

4.1 Merkmale qualitativer Sozialforschung

Je nach Fragestellung kann man sich einer Thematik mittels quantitativer oder qualitativer Methoden nähern. In der quantitativen Sozialforschung bestehen zumeist bereits Kenntnisse über den zu untersuchenden Forschungsgegenstand, sodass aus dem Vorwissen deduktiv konstruierte Hypothesen mittels standardisierter Verfahren in einem festgelegten und dann im Verlauf unveränderlichen Forschungsdesign überprüft werden können. Dabei entstehen unmittelbar vergleichbare, idealerweise repräsentative und replizierbare Daten. Hypothesen werden verifiziert oder falsifiziert, Merkmale quantifiziert und ggf. Ursache-Wirkbeziehungen identifiziert. Die Forschenden schließen vom Ganzen auf das Einzelne. (vgl. Bohnsack et al., 2018, S. 11 ff.)

Im Gegensatz dazu finden qualitative Verfahren immer dort Anwendung, wo dem Aspekt der Entdeckung von etwas Neuem mehr Gewicht beigemessen wird als dem der bloßen Theorieprüfung. (vgl. Mey & Mruck, 2010, S. 38) Das ist z. B. dann der Fall, wenn nur wenige oder gar keine Vorkenntnisse zur Fragestellung existieren anhand derer sich eine (quantitative) Analyse orientieren kann oder wenn Erkenntnisse über bereits bestehendes Wissen hinaus generiert werden sollen. (vgl. Bohnsack et al., 2018, S. 11 ff.)

Qualitative Forschung hat den Anspruch, „Lebenswelten von innen heraus“ (Flick, 2014, S. 14) zu erforschen. Das heißt die Forschungsfrage soll aus der subjektiven Perspektive der handelnden Menschen beschrieben und verstanden werden. (vgl. Marx & Wollny, 2009, S. 107) Dabei folgt die Analyse einer abduktiv-induktiven Forschungslogik, d. h. es werden Hypothesen und Theorien aus dem zur Verfügung stehenden oder produzierten Datenmaterial heraus entwickelt und anschließend an demselben Material überprüft (Abduktion). Über die Abstraktion und Verallgemeinerung subjektiver Sinnzusammenhänge von Einzelfällen wird sodann vom Einzelnen auf das Ganze geschlossen (Induktion). (vgl. Marx & Wollny, 2009, S. 111 f.) Damit der Forschungsgegenstand von allen Seiten betrachtet werden kann, werden – soweit zugänglich – möglichst extreme Repräsentanten dieser Lebenswelten gesucht, die sich bekanntlich oder vermutlich in ihren Denk- und Handlungsweisen unterscheiden. (vgl. Witt, 2001) Qualitative Forschung zeichnet sich dabei nicht durch eine hohe Fallzahl, sondern durch ihre Subjektbezogenheit aus. (vgl. Rübken & Wetzel, 2016, S. 14)

Den Ausgangspunkt der Hypothesengenerierung und Theorieentwicklung stellen im Idealfall „in alltagsweltlichen Kontexten hervorgebrachte Daten“ (Mey & Mruck, 2010, S. 39) dar. Es handelt sich z. B. um Bilder, Filme oder Transkripte. Diesen Daten widmen sich die Forschenden in der Erhebung wie Analyse möglichst offen, also ohne handlungsleitende Hypothese(n), um sich von der Relevanzsetzung der untersuchten Personen leiten zu lassen. (vgl. Marx & Wollny, 2009, S. 107) Da am Beginn des Forschungsprozesses nur die eigenen oder wenige Vorannahmen vorliegen, verläuft der Forschungsprozess in diesem Zusammenhang auch nicht linear, sondern zirkulär: Die Rahmenbedingungen – wie z. B. die Auswahl der zu befragenden Personengruppe(n) oder des Erhebungs- und des Auswertungsverfahrens – können zunächst nur grob geplant werden. Zirkulär bedeutet in diesem Zusammenhang, dass bestimmte Forschungsschritte in Abhängigkeit von den Ergebnissen des jeweils vorherigen Schrittes wiederholt werden müssen. Erst im Verlauf wird deutlich, was zur Beantwortung der Forschungsfrage nötig ist. Jede Teilphase kann dazu führen, dass die Datenerhebung erneut durchgeführt, das Sample modifiziert oder gar die Ausrichtung des Forschungsvorhabens geändert werden muss. Dieser Prozess wird so lange fortgesetzt, bis sich aus der Untersuchung des Materials keine neuen Fragestränge ergeben. Mit der zirkulären Forschungsstrategie soll eine breite und tiefe Erfassung des Untersuchungsgegenstandes ermöglicht werden. (vgl. Witt, 2001) (vgl. Abb. 2)

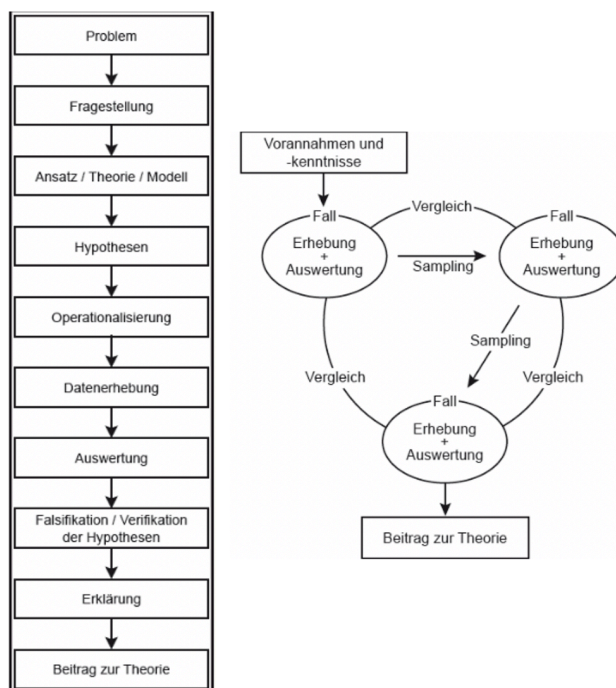


Abb. 2. Vergleich linearer und zirkulärer Forschungsprozess, eigene Darstellung, in Anlehnung an Witt, 2001 S.6

Auf diese Weise versucht qualitative Forschung subjektive Sinnzusammenhänge zu rekonstruieren und neues Wissen zu produzieren. „Dabei erhebt sie [die qualitative Forschung] nicht den Anspruch Wahrheiten herzustellen, sondern produziert Wahrscheinlichkeiten, mit denen soziale Phänomene erklärt werden.“ (Marx & Wollny, 2009, S. 112)

4.2 Datenerhebung mit narrativen Interviews

4.2.1 Methodische Einführung

In der qualitativen Sozialforschung stehen eine Vielzahl von Methoden für die Datenerhebung zur Verfügung. Neben Fokusgruppen, Dokumentenanalysen und Feldbeobachtungen ist es ebenso möglich, Daten mittels Interviews zu generieren. Qualitative Interviews können anhand ihres Strukturierungsgrades in offene oder wenig strukturierte (wie z. B. biografisch-narrative oder narrative) und in halb-strukturierte (wie z. B. Experten- oder problemzentrierte) Interviews unterschieden werden. (vgl. Flick, 1995, S. 177 ff.)

In der Annahme, dass „Menschen, indem sie sprechen, mehr mitteilen, als es der offensichtliche, manifeste Gehalt eines Textes offenbart“ (Kreher et al., 2009, S. 63) wurden die Daten in dieser Arbeit mittels *narrativer Interviews nach Schütze* (vgl. Schütze, 1977) erhoben. Das Ziel des narrativen Interviews ist das Hervorlocken einer möglichst umfangreichen und frei entwickelten „Stehgreiferzählung“. (ebd. 1977, S. 7 f) Die Idee hinter den narrativen Interviews ist, dass dem Kommunikationsschema Erzählung gewisse „Zugzwänge der

Sachverhaltsdarstellung“ (ebd. 1977, S. 187 ff.) anhaften, die es notwendig machen, die Erzählung so zu strukturieren, dass sie für die Zuhörenden begreif- und nachvollziehbar erscheinen. Die Wirkweise der Zugzwänge beschreibt Schütze folgendermaßen:

1. *Detaillierungszwang*: Erzählende müssen genug Details zur Geschichte geben, damit sie verstanden werden kann.
2. *Gestaltschließungszwang*: Erzählende müssen versuchen, die Handlung so zu strukturieren, – d. h. in Anfang, Verlauf und Ende – dass sie den Zuhörenden logisch erscheint.
3. *Relevanzfestlegungs- und Kondensierungszwang*: Die Erzählungen der Interviewten müssen angesichts der unendlichen Möglichkeiten an Antworten so zusammengefasst und mit Schwerpunkten versehen werden, dass sie für die Interviewenden nachvollziehbar werden. (vgl. ebd. 1977, S. 188)

Damit verband sich die Hoffnung, dass mit Hilfe des Erzählens der Behandler*innen über ihre Erfahrungen mit Patient*innen, die unter depressiven Symptomen leiden, „genau die versteckten Anteile der Krankheitskonzepte aufscheinen werden, die bei direktem Fragen möglicherweise [...] latent oder dethematisiert“ (Kreher et al., 2009, S. 19) geblieben wären.

Das narrative Interview gliedert sich in vier Phasen. Die erste Phase entspricht dem *offenen Erzählstimulus*, dem sich die zweite Phase in Form der *autonomen Haupterzählung* der Interviewten anschließt. Durch die Offenheit des Stimulus ist es den Interviewten in der Regel nicht möglich, die Erzählung vorzubereiten oder einzuüben. Sie muss in der Gesprächssituation ausgestaltet werden. Interviewende unterbrechen die Erzählung zunächst nicht, machen sich ggf. Notizen und stimulieren das Fortfahren des Erzählens höchstens in Form von Zeichen des Zuhörens und Verständnisses. Die Erzählenden sollen ihre Erzählung frei gestalten und Aspekte gewichten können. Sobald die Erzählung zunächst beendet erscheint (z. B. in Form einer Erzählkoda wie „Ja, soweit erst mal.“ oder langen Pausen) können Interviewende wieder zu Narrationen anregen, indem in der dritten Phase *erzählgenerierende Nachfragen* gestellt werden. Diese beziehen sich zunächst nur auf das bereits Gesagte (*interne Nachfragen*). Erst im Anschluss können Nachfragen erfolgen z. B. zu Aspekten, die nicht angesprochen wurden, aber für die Forschungsfrage von Interesse sein könnten (*externe Nachfragen*). In der vierten Phase des Interviewabschlusses kann z. B. ein gegenseitiges Feedback erfolgen. (vgl. Fischer-Rosenthal & Rosenthal, 1997, S. 133 ff.) Auf diese Weise ermöglichen narrative Interviews den Interviewten ihre Perspektive innerhalb des zu untersuchenden Themas weitestgehend unbeeinflusst zu entfalten. Damit wird eine Datenbasis für die qualitative Rekonstruktion von Alltagstheorien und Interpretationen der untersuchten Individuen geschaffen. (vgl. Marx & Wollny, 2010, S. 331)

4.2.2 Rekrutierung, Sampling und Sample

2015 erfolgte zunächst die Rekrutierung der Spezialist*innen, da bereits einige Erkenntnisse zu hausärztlichen Krankheitskonzepten in Bezug auf die unipolare Depression vorlagen. (vgl. Kapitel 3.3) Die Kontaktaufnahme erfolgte postalisch mittels Anschreiben und beigefügter Fax-Antwort für ambulante psychiatrisch-psychologische Praxen in Berlin, dem Lebensumfeld der Forscherin. Diese wurde in zwei Wellen mit 56 und 169 Anschreiben durchgeführt, weil in der ersten Welle nicht genügend Interviewpartner*innen akquiriert werden konnten. Die Anschriften wurden dem Verzeichnis der registrierten Psychotherapeut*innen der Website der Kassenärztlichen Vereinigung Berlin in alphabetischer Reihenfolge entnommen. Sechs Spezialistinnen meldeten sich positiv zurück, von denen – abzüglich einer Absage im Verlauf – fünf interviewt wurden. Der Zufall ergab, dass ausschließlich Frauen im Alter zwischen 40 und 63 Jahren rekrutiert wurden. Unter den Spezialistinnen gab es jeweils zwei ärztliche und zwei psychologische Psychotherapeutinnen sowie eine Neurologin ohne Zusatzbezeichnung für Psychotherapie.

Nach der postalischen Rekrutierung erfolgte die telefonische Terminvereinbarung. Die Interessierten wurden über den beruflichen Hintergrund der Interviewerin informiert (Ärztin, Doktorandin im Institut für Allgemeinmedizin der Universitätsmedizin Rostock). Häufig erfragten die Spezialistinnen die Schwerpunkte des Interviews. Diese wurden aber von der Interviewerin nur grob umrissen, damit die Erzählungen möglichst unbeeinflusst im Interview entwickelt werden konnten. Mit den fünf durchgeführten Interviews wurde dann die Analyse begonnen.

Die Analysegruppe erarbeitete zunächst zwei vorläufige Hypothesen. Diese beinhalteten, dass manche Spezialistinnen scheinbar emotionaler als andere im Umgang mit ihren depressiven Patient*innen agierten und dass manche Spezialistinnen auf die Analysegruppe professioneller als andere wirkten. Nun ergab sich im Sinne des zirkulären Forschungsprozesses das begründete Interesse die zwei erarbeiteten Hypothesen durch eine hausärztliche Perspektive zu ergänzen. Da bisher nur weibliche Personen interviewt wurden, war der Ansatz, weiterhin bei einer weiblichen Perspektive zu bleiben. Im Folgenden wurden dementsprechend nur Hausärztinnen – zwei aus dem Lehrärztee pool des Instituts für Allgemeinmedizin der Universitätsmedizin Rostock und eine über berufliche Kontakte der Verfasserin – rekrutiert, von denen die Analysegruppe vermutete, dass sie sich in den zu untersuchenden Punkten möglichst unterscheiden würden.

Letztlich wurden acht Interviews geführt, von denen sechs in ihrer Gesamtheit ausgewertet wurden. Von den Interviews der Spezialistinnen wurde eines nicht ausgewertet, weil die befragte Neurologin im Gegensatz zu den anderen Spezialistinnen keine Psychotherapie anbot. Das Interview einer Hausärztin wurde ebenso für eine tiefgehende Analyse vernachlässigt, weil nach einem Screening kein neuer Erkenntnisgewinn durch dieses Interview erwartet wurde.

Im Sinne des Datenschutzes erhielten alle Interviewten nach der Erhebung zunächst eine ID. Für die Interviews, welche umfassend analysiert wurden, erfolgte eine Pseudonymisierung der Namen. Dabei orientierte sich das Pseudonym am Ursprungsnamen. Der Vorname des Pseudonyms entsprach einem Äquivalent aus den 50 häufigsten Vornamen des Geburtsjahres der Interviewten. Der Nachname des Pseudonyms wurde entsprechend geändert, indem ein sowohl phonetisch als auch der Herkunftsregion des Nachnamens ähnliches Äquivalent gewählt wurde. (vgl. Tab. 1) Die Interviews hatten eine Länge zwischen 15 und 113 Minuten.

Tab. 1 Merkmale der Interviewten

Pseudonym	Alter	Therapeutische Ausrichtung	Praktische Tätigkeit
Corinna Schulze-Keller	52	Psychotherapeutisch tätige Ärztin (Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie) Fachärztin für Psychiatrie	21 Jahre in ärztlicher Tätigkeit 1 Jahr in Niederlassung
Elke Parrisius	56	Psychotherapeutisch tätige Ärztin (Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie, Psychoanalyse) Fachärztin für Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie	26 Jahre in ärztlicher Tätigkeit 9 Jahre in Niederlassung
Ulrike Flinkmann	47	Psychologische Psychotherapeutin (Verhaltenstherapie)	17 Jahre in psychotherapeutischer Tätigkeit 13 Jahre in Niederlassung
Hannah Abel	51	Psychologische Psychotherapeutin (Psychoanalyse)	21 Jahre in psychotherapeutischer Tätigkeit 14 Jahre in Niederlassung
Mareike Ehlers	40	Fachärztin für Allgemeinmedizin	16 Jahre in ärztlicher Tätigkeit 9 Jahre in Niederlassung
Gabriel Radusz	63	Fachärztin für Allgemeinmedizin	37 Jahre in ärztlicher Tätigkeit 30 Jahre in Niederlassung
IFA_AG_I_03-16	43	Fachärztin für Nervenheilkunde	16 Jahre in ärztlicher Tätigkeit 1,5 Jahre in Niederlassung
IFA_AG_I_08-18	52	Fachärztin für Allgemeinmedizin	12 Jahre in ärztlicher Tätigkeit 5 Jahre in Niederlassung

4.2.3 Die narrativen Interviews in der Durchführung

Die Verfasserin der Arbeit führte die Interviews persönlich durch. Im Erhebungszeitraum befand sie sich am Übergang vom Humanmedizinstudium ins Berufsleben. Vor der Erhebung der Interviews fanden ein Training in Form eines Vorbereitungskurses für qualitative Sozialforschung (inklusive von Übungen zur Durchführung eines narrativen Interviews) und ein Probeinterview statt. Die Interviews wurden überwiegend in den Praxen der Interviewten durchgeführt. Nur eine Hausärztin (Mareike Ehlers) empfing die Interviewerin in ihrem Zuhause. Es gab keine Beisitzer*innen während der Interviews und keine Folgetermine. Der konkrete Erzählstimulus (Phase 1, vgl. Kapitel 4.2.1) lautete:

„Ich interessiere mich für Ihre persönlichen Erfahrungen zum Krankheitsbild der unipolaren Depression. Ich würde Sie bitten, mir alles zu erzählen, was Ihnen zu dieser Erkrankung von der Vergangenheit bis zum heutigen Tage einfällt. Sie können sich so viel Zeit nehmen, wie Sie möchten. Ich werde Sie auch nicht unterbrechen, mir nur einige Notizen machen, auf die ich später zurückkomme.“

Da davon ausgegangen wurde, dass Aspekte, die den Interviewten implizit oder explizit besonders bedeutend erschienen, zuerst angesprochen werden würden, intervenierte die Interviewerin zunächst nicht. Damit sollte eine möglichst frei assoziierte Haupterzählung (Phase 2) evoziert werden. Nachdem die Interviewten signalisierten, dass die Eingangserzählung beendet ist, erfolgten zunächst interne Nachfragen. Die Interviewerin erfragte anhand ihrer Notizen chronologisch Aspekte, die vielleicht nur angedeutet wurden oder deren Bedeutung unklar geblieben war. Anschließend richtete die Interviewerin spezifische externe Nachfragen an die Interviewten, die sich thematisch auf Punkte bezogen, die für die Forschungsfrage – wenn nicht bereits angesprochen – auch von Interesse waren. (Phase 3) Die externen Nachfragen lauteten:

„Erinnern Sie sich an eine Patientin oder einen Patienten mit einer depressiven Symptomatik? Bitte erzählen Sie mir davon.“

*„Im ambulanten Bereich sind Allgemeinmediziner*innen häufig die ersten Ansprechpartner*innen für Menschen mit Symptomen, die Hinweise auf eine unipolare Depression geben. Erzählen Sie mir bitte über Ihre Erfahrungen in diesem Zusammenhang im Austausch mit Ihren hausärztlichen Kolleg*innen.“*

„Bislang haben Sie noch nichts über den Einsatz von Psychopharmaka erzählt. Können Sie mir hier zu Ihren Erfahrungen noch etwas erzählen?“

Abschließend (Phase 4) wurde nach den Gründen für die Wahl der jeweiligen therapeutischen Ausrichtung (z. B. Psychoanalyse, Tiefenpsychologie, Verhaltenstherapie) gefragt, soziodemografische Daten erhoben und das Interview nachbesprochen. Zur lückenlosen Dokumentation der Interviews erfolgten Tonbandaufnahmen, die im Anschluss vollständig durch die Verfasserin transkribiert wurden. Die Transkriptionsregeln befinden sich im Anhang. (vgl. Anh. 1) Nach jedem Interview wurde ein Memo verfasst. Ziel dieses Schrittes war es, wesentliche Inhalte des Interviews, Informationen zur Interviewpartnerin und zum Interviewablauf zusammenzufassen sowie Gedanken und Eindrücke der Interviewerin zu dokumentieren. Damit wurden erste Abstraktionen und Reflexionen angeregt.

4.3 Datenauswertung

4.3.1 Methodische Einführung

Es gibt zahlreiche qualitative Auswertungsverfahren. Diese lassen sich jedoch grob in zwei große Ausrichtungen unterscheiden: die qualitativ-inhaltsanalytischen (1) und die hermeneutischen (2) Verfahren. Beiden geht es vornehmlich um ein methodisch kontrolliertes Fremdverstehen, d. h. um das Verstehen individueller Denk- und Handlungsweisen von Menschen aus der Außenperspektive. (vgl. Helfferich, 2011, S. 84 ff.) Sie sollen zur Einordnung der gewählten Arbeitsmethodik nachfolgend cursorisch dargestellt werden, bevor auf das hier gewählte Verfahren der Grounded-Theory-Methode ausführlich eingegangen wird.

(1) Bei der qualitativen Inhaltsanalyse handelt sich um ein Verfahren, das systematisch und streng regelgeleitet fragestellungsbezogene Inhaltsaspekte von Texten – sogenannte Kategorien – erfassen will. Die Auswertung ist damit auf die Beantwortung der Forschungsfrage begrenzt und vernachlässigt Textgehalte, die augenscheinlich nicht deren Beantwortung dienen. Auch der Gesamteindruck des Textes wird vernachlässigt. Idealerweise orientiert sich das Verfahren an Gütekriterien wie der *Interkoderreliabilität*. Das heißt, dass das Material nach Abschluss der Analyse noch einmal zumindest in Teilen durch einen zweiten Untersucher analysiert werden muss. Eine hohe Übereinstimmung der (beiden) Analysen zeigt die Stabilität des Verfahrens an. (vgl. Mayring, 2019, S. 3 f.)

Qualitativen Charakter gewinnt die Analyse dadurch, dass mittels Zusammenfassungen und Paraphrasierung von Textgehalten induktiv Kategorien gebildet werden. Über sich wiederholende Analyseschritte – wie z. B. Streichungen von Überlappungen, Selektion und Bündelung von Textgehalten – erfolgt eine schrittweise Reduzierung der Bedeutungseinheiten. Letztlich entsteht ein Kategoriensystem, das die Forschungsfrage beantwortet. (vgl. Marx & Wollny, 2010, S. 469) Inhaltsanalytische Verfahren eignen sich damit v. a., um soziale Phänomene zu *beschreiben* und größere Textmengen zu bearbeiten. (vgl. ebd. 2010, S. 470)

(2) Währenddessen ist der Vielzahl hermeneutischer Verfahren gemein, dass die unbewussten und subjektiven Sinnstrukturen sprachlicher Aussagen ergebnisoffen über den

oberflächlichen Informationsgehalt hinaus ermittelt werden sollen. Es geht darum, soziale Phänomene zu *verstehen*. (vgl. ebd. 2010, S. 470) Methodische Kontrolle gewinnen hermeneutische Verfahren vorrangig durch das Prinzip der Sequenzialität. Die Texte werden streng Sequenz für Sequenz analysiert. Dahinter steht die Idee, dass soziale Phänomene Sequenzen von Selektionsprozessen sind, die sich in den Texten widerspiegeln. Indem man die innere Struktur des Textes rekonstruiert, vollzieht man quasi die Sinnstruktur eines sozialen Geschehens nach. (vgl. Oevermann et al., 1979, S. 370)

Die Grounded-Theory-Methode lässt sich prinzipiell zwischen diesen beiden Systematiken verorten. Mit ihrer stärkeren Fokussierung auf eine offene und rekonstruktive Herangehensweise nähert sie sich eher den hermeneutischen Verfahren an. Jedoch wird sie dem Prinzip der Sequenzialität nicht gerecht. (vgl. Rosenthal, 2002, S. 244) In den 1960er Jahren entwickelten Barney Glaser und Anselm Strauss – zunächst gemeinsam und später getrennt – die Grounded-Theory-Methode, um sich aus der „Gefangenheit im naturwissenschaftlichen Paradigma“ (Glaser et al., 2010, S. 9) zu befreien. Sie wollten relevante und anwendbare Vorhersagen, Erklärungen und Interpretationen zu sozialen Prozessen aus den Daten selbst gewinnen und nicht deduktiv abgeleitete, apriorische Annahmen verifizieren. (vgl. ebd. 2010, S. 6 f.) Zu den charakteristischen Grundmerkmalen dieser Methodologie gehören der *zirkuläre und prozesshafte Charakter der Theoriegenerierung*, das *Konzeptualisieren*, das *permanente Vergleichen*, das *Theoretical Sampling* und das *Memo Writing*. (vgl. Strauss, 1998) Die folgende Abbildung (s. Abb. 3) stellt den zirkulären und prozesshaften Charakter der Theoriegenerierung dar.

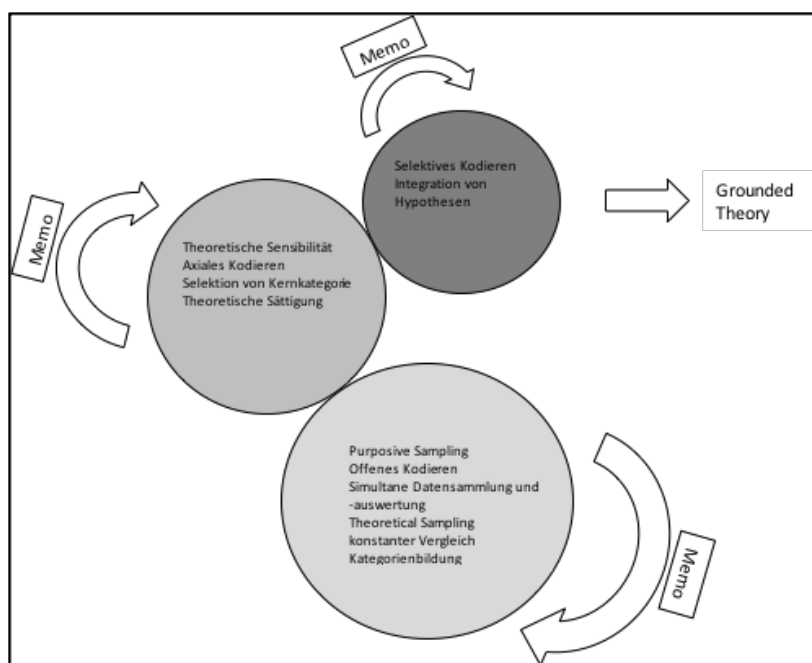


Abb. 3. Entstehung einer Grounded Theory, eigene Darstellung, in Anlehnung an Birks & Mills, 2015 S.13

Die Entwicklung einer Grounded Theory beruht nach Strauss auf dem *Konzept-Indikator-Modell*. (vgl. ebd. 1998, S. 54) Bei den Indikatoren handelt es sich um Konzepte, die sich in den Daten wiederfinden und von den Forschenden in einen *Kode* – quasi als Etikett – übersetzt werden. Codes werden in *Kategorien* zusammengefasst. Kategorien helfen den Kern des Gesagten zu erfassen und zu benennen. Diese Kategorienbildung ist Teil eines Abstraktionsprozesses, der es den Forschenden ermöglichen soll, auf einer allgemeineren Ebene zu denken und sich vom Text zu lösen.

Es werden drei Formen des *Kodierens* unterschieden: Mit Hilfe des *offenen Kodierens* (Schritt 1) wird das Material eröffnet. Die Daten werden wort-, zeilen- oder auch ggf. abschnittsweise analysiert, abstrahiert und in Codes übersetzt. Ziel ist es, dabei über eine rein deskriptive Ebene wie bei der Inhaltsanalyse hinauszugehen. Codes werden im Verlauf in Kategorien subsumiert und durch Herausarbeitung von Eigenschaften weiterentwickelt. Sie werden dann als Dimensionen der Kategorien bezeichnet. Sie können – wenn die emergierenden Daten es erfordern – wegfallen, umbenannt oder modifiziert werden. Alle Codes werden zunächst zugelassen, um alle denkbar möglichen Perspektiven auf die Daten zu eröffnen, mögen sie auch noch so unwahrscheinlich sein. Im weiteren Verlauf der Analyse werden die Daten zeigen, ob sie sich bestätigen oder nicht. (vgl. ebd. 1998, S. 95 ff.)

Ab einem bestimmten Punkt im Forschungsprozess, wenn sich erste Kategorien herauskristallisieren, beginnen die Forschenden mit dem *axialen Kodieren* (Schritt 2), d. h. es wird intensiver auf diese Kategorien hin in den Daten gesucht, um das Wissen über diese Kategorien zu vermehren. Außerdem sollen die Verbindungen oder Achsen zwischen den Kategorien herausgearbeitet werden. Allmählich stößt der Forscher auf den Kern des Gesagten. Dieser entwickelt sich zur Schlüsselkategorie. Sie stellt ein zentrales Element der Methode dar, weil sie die maximale Variation des zu untersuchenden Phänomens erfasst. Damit hilft sie die Kategorien in die emergierende Theorie zu integrieren. Auf diese Weise wird die Theorie verdichtet. (vgl. ebd. 1998, S. 65 f. und 101 ff.)

Mithilfe des *selektiven Kodierens* (Schritt 3) wird systematisch auf die Schlüsselkategorie hin kodiert. Um diese zu identifizieren, wird ein weiteres Kernelement der Grounded-Theory-Methode angewendet: Die gebildeten Codes und Kategorien werden permanent – zunächst fallintern und dann fallübergreifend – bezüglich Ähnlichkeiten, Unterschieden und Sinnkonsistenzen verglichen. Die Forschenden suchen nach dem kleinsten gemeinsamen Nenner. Dieser Prozess entspricht dem *Constant Comparison*. Auf diese Weise entsteht im Verlauf der Analyse ein Netz aus Kategorien und Dimensionen um die Schlüsselkategorie herum. (vgl. ebd. 1998, S. 106 ff.)

Da oftmals kein Vorwissen besteht müssen sich die Forschenden den für die untersuchten Individuen oder Gruppen relevanten Sinn- und Deutungsstrukturen sukzessive nähern. Dies geschieht mit Hilfe des *Theoretical Samplings*. Die Fälle werden zu Beginn des

Forschungsprozesses ergebnisoffen ausgewählt, sodass sie sich in potenziell relevanten Faktoren zum Teil gleichen und zum Teil unterscheiden. Im Verlauf weisen die bereits analysierten Daten potenziell Lücken im Netz um die Schlüsselkategorie auf bzw. werden generative Fragen durch die Forschenden aufgeworfen. Nach und nach werden Fälle ausgewählt, die vermutlich in der Lage sind, diese Lücken zu schließen bzw. die Fragen zu beantworten. Zur Beendigung der Fallauswahl kommt es dann, wenn die gebildete Theorie nicht mehr durch Erhebung und Auswertung weiterer Daten verändert wird. Die Theorie ist dann *gesättigt*. Das Kriterium der *theoretischen Sättigung* ist dabei (z. B. aufgrund fehlender zeitlicher oder personeller Ressourcen) nicht in jedem Forschungszusammenhang zu halten. Bestehende Lücken können dann in fortführenden Forschungsprojekten aufgegriffen werden. (vgl. ebd. 1998, S. 43 f. und 49)

Als letztes Charakteristikum der Methode soll hier das Verfassen von *Memos* beschrieben werden. Durch das Kodieren wird der forschende Blick immer wieder auf neue Analyserichtungen gelenkt. *Memos* leisten einen wichtigen Beitrag zur Systematisierung und Integration der Theorie, indem die sich entwickelnden Codes, Kategorien, Notizen und Gedanken in *Memos* festgehalten und sortiert werden können. *Memos* dienen aber nicht nur als Erinnerungstütze, sondern auch als Zugang zum „kontinuierlichen inneren Dialog“ (ebd. 1998, S. 152) und als Hilfe dafür, sich in eine von den Daten analytisch distanzierte Position zu begeben. Erst das kontinuierliche Ineinandergreifen der erläuterten Elemente führt zu einer dichten, gut integrierten und aus den Daten gewonnenen Theorie. (vgl. ebd. 1998, S. 53 und 152) (vgl. Abb. 3)

4.3.2 Kodierprozess der Grounded Theory am Beispiel

Für die Analyse standen nun die Transkripte der Interviews und dazugehörige *Memos* zur Verfügung. Mit diesem Material wurden die drei Kodierschritte der Grounded-Theory-Methode – das offene, das axiale und das selektive Kodieren – in einem multidisziplinären Team bestehend aus Soziolog*innen, einer Gesundheitswissenschaftlerin, einer Biologin, einer Psychologin (Verhaltenstherapeutin) und einer Ärztin (Verfasserin der Arbeit, Assistenzärztin für Gynäkologie) durchgeführt. Die Analysesitzungen hatten eine Länge zwischen 30 Minuten und drei Stunden. In dieser Arbeit wurde für das offene Kodieren auf eine Anleitung zurückgegriffen, die Simone Kreher in Anlehnung an die Ideen von Anselm Strauss für den Analyse- und Interpretationsprozess vorgeschlagen hat (vgl. Strauss 1994: 92 ff. zitiert nach Kreher 2009, S. 70):

- 1) Der zu analysierende Textabschnitt wurde für alle laut vorgelesen.
- 2) Von den Analysierenden wurde benannt, was in den Daten enthalten ist. Erste Hypothesen, Lesarten und Kategorien wurden entdeckt, diskutiert und protokolliert.
- 3) Die Analysegruppe konzentrierte sich genauer auf eine bestimmte Textpassage des aktuellen Textabschnittes. Diese wurde in der Annahme ausgewählt, dass über die Diskussion dieser Textpassage neue Interpretationspunkte angeregt werden.

- 4) Es wurde nach Situationen und Kontexten gesucht, in denen diese Textpassage plausibel sein könnte. Auch hier wurden alle Lesarten protokolliert.
- 5) Im Gegensatz dazu wurde nach Situationen und Kontexten gesucht, in denen die Passage nicht sinnvoll wäre bzw. nicht hineinpassen würde.
- 6) Situationen und Kontexte aus den Punkten 4) und 5) wurden bezüglich ihrer Gemeinsamkeiten und Unterschiede untersucht. Hierdurch sollte zu Abstraktionen angeregt werden.

Unter Anwendung der abgebildeten Analyseschritte ging es darum, das Datenmaterial aufzubrechen, um das Datenmaterial auf einer allgemeineren Ebene zu betrachten. (vgl. ebd. 2009, S. 70) Zur Veranschaulichung dieses Prozesses sei im Folgenden ein Interviewausschnitt und der dazugehörige Analyseabschnitt zum Punkt 2) aus der Eingangspassage von Ulrike Flinkmann dargestellt. Dieser Ausschnitt wurde zur Erläuterung ausgewählt, weil die Passage sowohl vom Umfang der Erzählung als auch vom Umfang daraus gewonnener Hypothesen sehr ergiebig war. Drei von vier Kategorien wurden beruhend auf den Daten der Eingangspassage gebildet. Auf die Erzählaufforderung hin beginnt Ulrike Flinkmann ihre Erzählung im Interview wie folgt⁴:

*„Ok ... ähm also ich bin jetzt seit ich glaube seit 13 Jahren ich weiß gar nicht so ganz genau, vielleicht sind es auch ein paar mehr, als Psychotherapeutin niedergelassen und ich finde Depressionen, sind ähm sehr **unterschiedlich** gut zu behandeln. / Es gibt einige Patienten, da geht es mir nicht gut, weil ich das Gefühl habe die sind so **zäääh** und diese ganzen **Überzeuuungen**, diese . **negativen Gedanken** sind so **schwer** zu durchbrechen oder es gelingt dann in der Stunde aber bis zum nächsten Mal ist alles wieder **hin** ähm / [...] / 3) ähm aber es gibt auch Patienten die tatsächlich auch mit einer depressiven . Episode kommen . wo auch in der Vorgeschichte schon mehrmals auf depressive Phasen waren . wo ich das **ganz anders** erlebe . wo ich das Gefühl habe . /also es geht um das Gefühl, sich selber hilflos und auch **inkompetent** zu fühlen als Therapeut/ dass es dann wiederum überhaupt gar nicht entsteht oder zumindest nicht mehr als es sowieso hin und wieder mal entsteht. Also offensichtlich gibt es da doch auch sehr große Unterschiede was es mit mir denn so **macht** . Ich glaube das hängt viel damit zusammen, was . derjenige **Patient** . an kognitiven Überzeugungen so **äußert**.“*

Aus dieser Passage ergaben sich durch das offene Kodieren Lesarten und Codes, die in verkürzter Weise in der linken Spalte der Tabelle 2 dargestellt werden. Es fanden sich sowohl *natürliche* als auch *soziologische* Codes. Natürliche Codes bezeichnen Ausdrücke, die die Interviewten selbst verwenden. Soziologische Codes hingegen werden von den Forschenden vergeben. (vgl. Strauss, 1998, S. 66)

⁴ Hinweise zu den Regeln der Transkription finden sich im Anhang. (vgl. Anh. 1)

Tab. 2 Ableitung von Kategorien und Dimensionen aus Kodes und Hypothesen

1) Erlebte emotionale und therapeutische Überlastung	
Kodes und Hypothesen	Abgeleitete Dimensionen
<ul style="list-style-type: none"> - Die negativen Konstrukte der Patient*innen tun ihr nicht gut. - Die Distanz zu ihren Patient*innen erscheint nicht sehr groß. Im Vergleich scheinen die anderen Interviewten objektiver bzw. abgegrenzter zu sein. - Die verringerte Distanz erscheint einerseits unprofessionell, andererseits wirkt sie sehr menschlich. - Sie war oder könnte selbst depressiv sein bzw. persönliche Erfahrungen mit Depressionen gemacht haben. Deswegen ist sie selbst Psychologin geworden und so nah an den Patient*innen dran. - Von den depressiven Patient*innen wird ein negatives Bild gezeichnet. 	<ul style="list-style-type: none"> - persönliches Mitleiden der Symptomatik der Patient*innen → Distanzlosigkeit - ungenügende emotionale Abgrenzung
<ul style="list-style-type: none"> - Die therapeutischen Erfolge werden nur als kurzweilig dargestellt. - Sie befindet sich in einem Hamsterrad. - Sie ist ohnmächtig in ihrer Berufstätigkeit. 	<ul style="list-style-type: none"> - schwer zu erreichende oder nur transiente Therapieeffekte - Gefühl von therapeutischer Inkompetenz
2) Patient*innen als therapeutisches Hindernis	
<ul style="list-style-type: none"> - negative Konstrukte - schwer zu durchbrechende Überzeugungen und Gedanken 	<ul style="list-style-type: none"> - Trotz langjähriger Erfahrung wirkt die Therapie beschwerlich.
3) Strategien im Umgang mit Belastungen	
<ul style="list-style-type: none"> - Die Interviewte stellt sich im Unterschied zu den anderen Interviewten selbst in den Mittelpunkt. - Sie nutzt das Interview, um sich zu sortieren. Ihre Arbeit beschäftigt sie während des Interviews weiter. - Sie nutzt das Interview als Ventilfunktion und signalisiert Gesprächsbedarf. Sie wird im Interview zu einer Patientin. 	<ul style="list-style-type: none"> - Selbstreflexion/ Psychohygiene
<ul style="list-style-type: none"> - Sie akzeptiert die wahrgenommene Inkompetenz. 	<ul style="list-style-type: none"> - Akzeptanz bzw. Resignation vor therapeutischer Hilflosigkeit als Entlastungsstrategien

Am Ende dieser Eröffnungsanalyse konnten Codes und Hypothesen schon thematisch sortiert und zueinander in vorläufigen Dimensionen und Kategorien gruppiert werden. Die Dimensionen befinden sich in der rechten Spalte von Tabelle 2. Die vorläufigen Namen der Kategorien stehen jeweils über den dazugehörigen Codes und Dimensionen.

Im Verlauf wurden immer weitere Interviewpassagen in die Analysen einbezogen. Die Auswahl der Passagen erfolgte so, dass sowohl theoretisch neue Aspekte betrachtet als auch das Wissen um bereits vorhandene Kategorien und Codes verdichtet werden konnten. Dieser Analyseschritt entspricht dem axialen Kodieren. Die anfangs aufgeworfenen Hypothesen wurden durch die komparative Analyse mit neuen, aus dem Material gewonnenen Hypothesen überprüft, bestätigt oder verworfen. Auf diese Weise wurden die entwickelten Kategorien weiter verdichtet, ausdifferenziert und abstrahiert.

Durch die Zusammenfassung der Kategorien kristallisierten sich zu diesem Interview drei Kernkategorien heraus, zu denen die Forschenden selektiv im Material suchten. Das heißt, es wurde systematisch auf diese Kategorien hin im Text kodiert. Dieser Prozess wurde so lange fortgeführt, bis sich aus neuen Textpassagen kein neuer Erkenntnisgewinn mehr ergab. Letztlich entstand folgendes Arbeitsdiagramm, das die Kategorien ohne Dimensionen darstellt:

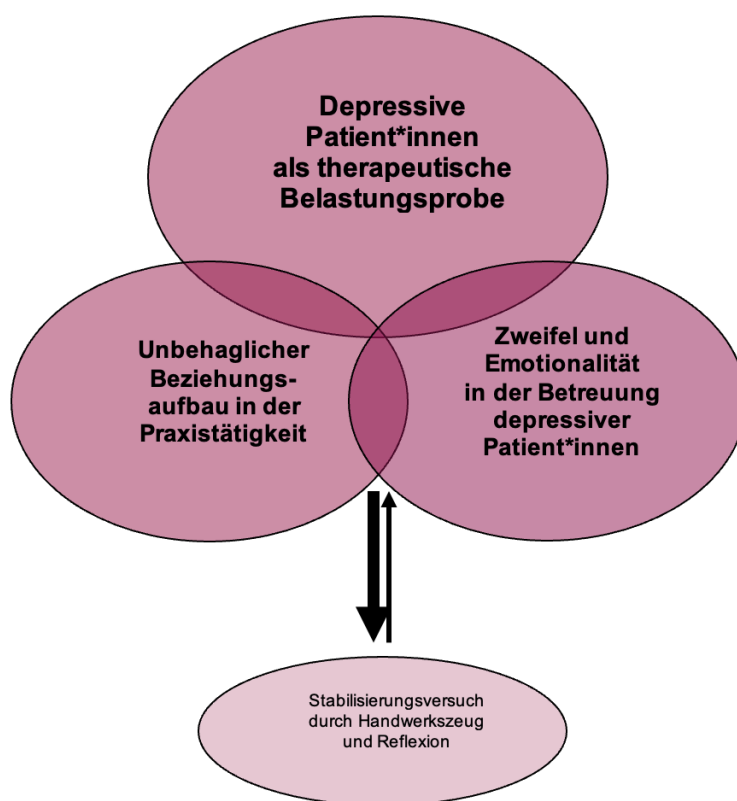


Abb. 4. Darstellung der Kategorien zu Ulrike Flinkmann

Auf diese Weise entstand zu jeder Interviewten ein Kategoriensystem mit (einer bis drei) Schlüsselkategorie(n) sowie ein dazugehöriges Diagramm. Diese Diagramme stellen die Gewichtung der Kategorien für den Einzelfall anhand der Größe und Färbung der Kategorien, der Schriftgröße und der Stärke der Konturen dar. Konkrete Erläuterungen dazu finden sich in der jeweiligen Fallrekonstruktion. (vgl. Kapitel 5.1) Die Fallrekonstruktionen dienen der detaillierten Ausführung der Kategorien. Die Rekonstruktion der einzelnen Fälle erfolgte methodisch zunächst unabhängig von der Frage nach einer möglichen Theorie in Bezug auf die Krankheitskonzepte, damit die Forschenden sich offen den für die Interviewten relevanten Themen widmen konnten.

4.3.3 Arbeitsschritte auf dem Weg zur Theorieentwicklung

Im nächsten Arbeitsschritt wurde die Individualebene verlassen. Die Dimensionen der Kategorien aller Einzelfallanalysen wurden nebeneinandergelegt und in der multidisziplinären Arbeitsgruppe thematisch sortiert. Daraus ergaben sich mehrere fallübergreifende Themenbereiche. Diese Themenbereiche werden nun nicht mehr als Kategorien, sondern im Folgenden als *Bedeutungsaspekte* bezeichnet, um Abstand zum Begriff der Kategorie aus der Grounded-Theory-Methode zu nehmen. Obwohl beide Termini Ähnlichkeiten in ihrer Funktion aufweisen, können sie nicht äquivalent benutzt werden, weil sie sich insbesondere im Abstraktionsgrad unterscheiden. Die Forschende hat sich dafür entschieden, den Begriff *Bedeutungsaspekte* zu verwenden, weil die Themenbereiche Aspekte repräsentieren, von denen vermutet wird, dass sie für die Behandlung von Bedeutung sein könnten.

Zur Veranschaulichung wird hier exemplarisch die Entwicklung des später definierten *Bedeutungsaspektes* „Verortung von Symptomen“ vorgestellt. In der ersten Bearbeitungsrunde erhielt dieses Thema noch den Arbeitstitel „Definitive Aspekte: Wahrnehmung der Erkrankung im Allgemeinen“. In Tabelle 3 auf der linken Seite befinden sich die Dimensionen, die in einem ersten Schritt einander zugeordnet wurden. Über Zusammenfassungen und Verallgemeinerungen dieser thematisch vorstrukturierten Dimensionen wurden die Daten weiter abstrahiert. Das Thema erhielt seinen endgültigen Namen. Die endgültigen Inhalte des *Bedeutungsaspektes* „Verortung von Symptomen“ befindet sich auf der rechten Seite von Tabelle 3. Teilweise stehen die Dimensionen mit mehreren Unterpunkten des *Bedeutungsaspektes* inhaltlich in Verbindung.

Letztendlich konnten so sechs fallübergreifende *Bedeutungsaspekte* herausgearbeitet werden. Diese wurden im Rahmen einer Ergebnispräsentation mit Mitarbeitern*innen und Weiterbildungsassistent*innen des Instituts für Allgemeinmedizin der Universitätsmedizin Rostock diskutiert. Dies hatte den Zweck über die Diskussion zwischen Beteiligten der Analysegruppe und Personen, denen das Material völlig fremd war, auf Konsistenz der Ergebnisse zu prüfen, Widersprüche und Leerstellen zu identifizieren und eine Einordnung der Befunde unter Einbezug von Versorgungsstrukturen und -erfahrungen zu beginnen.

Tab. 3 Entwicklung des Bedeutungsaspektes

„Definitiorische Aspekte: Wahrnehmung der Erkrankung im Allgemeinen“	„Verortung von Symptomen“
<ul style="list-style-type: none"> - Patient*innen befinden sich durch ihre Symptomatik in verschiedenen Zuständen. Zustände sind veränderlich, können aber auch lange unverändert persistieren. - Die Interviewte bewegt sich bei der Erzählung über ihre depressiven Patient*innen zwischen zwei Extremen: (a) Akutfälle, die z. B. durch Suizidalität bedroht sind, und (b) Patient*innen mit depressiven Verstimmungen, bei denen psychosomatische Symptome im Vordergrund stehen. - Zur weiteren Differenzierung der Patient*innen teilt sie diese anhand soziodemografischer Faktoren ein und antizipiert aus diesen stereotype Fallcharakteristika. - Für sie gibt es keine exklusive Definition einer unipolaren Depression, da sich zum einen im Verlauf der Zeit die Symptome auch ändern können (z. B. bipolar/unipolar) und zum anderen die Symptome der Depressionen auch Hinweise für andere psychische Erkrankungen (Burnout, Angststörung) sein können. Zudem können sich psychische Erkrankungen überlappen (z. B. „Verquickung“ von Angst und Depression). 	<p>Statt exklusiven Definitionen werden Verläufe beurteilt und Patient*innen in (individuelle) Zustände eingeteilt oder unter stereotypen Fallcharakteristika betrachtet und ggf. hierarchisiert (z. B. Suizidalität und Psychosomatik).</p>
<ul style="list-style-type: none"> - Die Darstellung der unipolaren Depression erfolgt über den Abriss ihres bisherigen Erfahrungsspektrums (leichte bis schwere Formen, Episodenhäufigkeit, zeitliche Verläufe). - Sie nimmt keine Endpunktdefinition vor, sondern rechnet aus ihrer Erfahrung mit unterschiedlichen Verläufen. - Im Praxisalltag ist sie mit der ganzen Bandbreite von depressiven Erscheinungsbildern konfrontiert. Diese reichen von leichter Dysthymie mit fehlendem Antrieb und Schlafstörungen bis hin zu akuter Suizidalität. 	<p>Es erfolgt die Darstellung einer ganzen Bandbreite von verschiedenen Erscheinungsbildern (Schweregrad, Episodenhäufigkeit, individuelle Verläufe) anhand des Erfahrungsspektrums.</p>
<ul style="list-style-type: none"> - Sie unterscheidet genetische Faktoren und äußere Belastungsfaktoren. - Die Therapeutin betrachtet die Krankheit der Patient*innen aus entwicklungspsychologischer Sicht. 	<p>Es scheint unterschiedliche Konzepte hinsichtlich des Ursprungs von Depressionen zu geben: genetisch, äußere Belastung, soziale Probleme, soziodemografische Faktoren, entwicklungspsychologische Konflikte.</p>

<ul style="list-style-type: none"> - Die mehrdimensionalen Symptome (somatisch, psychisch, vegetativ) sind unterschiedlich stark in ihrer Deutlichkeit als Hinweis für eine depressive Erkrankung. 	<p>Ein Teil der Interviewten berücksichtigt die Mehrdimensionalität der Symptome bei Diagnosestellung und Therapie.</p>
---	---

Abschließend erfolgte der Versuch Theorien abzuleiten, die sich konkret auf Krankheitskonzepte zur unipolaren Depression bezogen. Dazu wurden die Bedeutungsaspekte in einer Kleingruppe – bestehend aus einer Gesundheitswissenschaftlerin, einem Soziologen und der Verfasserin dieser Arbeit – weiter zusammengefasst, verglichen und abstrahiert.

Das folgende Kapitel widmet sich der Ergebnisdarstellung und gliedert sich in zwei große Abschnitte. Der erste Abschnitt besteht aus den sechs Fallrekonstruktionen. Diese beinhalten mehrere Teilabschnitte. Das Zitat in der Überschrift soll auf den Fall einstimmen und symbolisiert die Kernaussage des Falles. Dann werden die wichtigsten Fakten zur jeweiligen Person und ihrem beruflichen Werdegang vorgestellt. Gefolgt wird der Teilabschnitt von der Darstellung der abgeleiteten Kategorien. Ein Diagramm soll im Anschluss verdeutlichen, wie diese Kategorien zueinander in Beziehung stehen und welche Bedeutung sie für den Fall besitzen. Abschließend beschäftigt sich ein Teilabschnitt mit der Wahrnehmung der Analysegruppe von der jeweiligen Interviewten.

Der zweite Abschnitt löst sich von der Einzelfallebene und beinhaltet die Darstellung der fallübergreifenden Ergebnisse. Der Abschnitt beginnt mit einer Zusammenfassung der wichtigsten Ergebnisse zu den Einzelfällen. Daran anschließend werden die sechs Bedeutungsaspekte beleuchtet, die mittels Vergleich, Abstraktion und Zusammenfassung dieser Einzelfälle in den Daten identifiziert wurden. Nach der detaillierten Darstellung der Bedeutungsaspekte wird konsequent ein Versuch unternommen, Theorien in Bezug auf die Krankheitskonzepte von Generalist*innen und Spezialist*innen zur unipolaren Depression abzuleiten.

5. Ergebnispräsentation: Von der Einzelfallebene zur Betrachtung der Krankheitskonzepte

5.1 Fallrekonstruktionen

5.1.1 Dr. med. Corinna Schulze-Keller: „Da kann einem ja viel zu einfallen.“

Zur Person

Die zum Zeitpunkt des Interviews 52 Jahre alte Corinna Schulze-Keller arbeitete seit 21 Jahren als Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie. Während ihrer langjährigen Klinikzeit praktizierte sie auf verschiedenen psychiatrischen Stationen, zuletzt auch in leitender Position. In der Niederlassung behandelte sie seit einem Jahr als ärztliche Psychotherapeutin mittels tiefenpsychologisch fundierter Psychotherapie circa 25 Patient*innen pro Quartal.

Darstellung der Kategorien

- *Definitionsversuch der unipolaren Depression*

Corinna Schulze-Keller begann ihre Erzählungen mit der Darstellung ihres Erfahrungsspektrums aus ihren Tätigkeiten in Klinik und eigener Praxis. Einen großen Umfang ihrer Erzählung nahm dabei die Auffächerung der Erkrankung anhand definitorischer Aspekte ein. Dazu zählten phänomenologische Ausprägungen, Schweregrade und zeitliche Verlaufsformen. Sie unterschied außerdem genetische Faktoren und äußere Belastungsfaktoren – wie z. B. eine neu aufgetretene Augenerkrankungen oder die Belastung durch die Pflege der Mutter – als Ursachen für depressive Episoden.

Die Diagnosefindung schien für sie in ihrer alltäglichen Praxis z. T. komplex zu sein. Aus ihren Erzählungen wurde deutlich, dass sie die Symptome offenbar als Hinweise für verschiedene psychologisch-psychiatrische Krankheitsbilder versteht und die Diagnosen z. T. im Verlauf korrigieren muss. Beispielsweise stellte sich in einigen Patientenfällen, bei denen sie zunächst eine unipolare Depression diagnostizierte, erst über die Jahre eine bipolare Störung heraus. Dies führte sie darauf zurück, dass die Patient*innen häufig nur in depressiven Phasen ihre Hilfe suchten, da sie manische Episoden nicht als krankheitswertig empfänden. Ebenso könnten verschiedene Krankheitsbilder miteinander „verquickt“ sein. Dann stünde u. a. die Frage im Raum, ob sich depressive Symptome auf eine Angststörung auflagerten oder ob es sich um eine Angstsymptomatik im Rahmen einer Depression handele.

Aus ihren Schilderungen schlussfolgernd antizipiert sie offenbar unterschiedliche Verläufe der Erkrankung. Diese scheinen aus ihrer Sicht nicht immer erwartungskonform für die Patient*innen zu sein. Es gäbe beispielsweise Patient*innen, die länger unter einer depressiven Episode litten, als sie es erwartet hätten. Dann wiederum werde die Genesung manchmal von den Patient*innen so erlebt, „als würde ein Schalter umschlagen.“ Sie beschrieb außerdem, dass manche Patient*innen in ihrem Leben nur einmal unter einer depressiven Episode litten, während andere – manchmal auch erst nach mehreren Jahrzehnten – erneut erkrankten, obwohl sie erwartet hätten, dass sie, nachdem die Erkrankung gut behandelt wurde, nie wieder damit Probleme hätten. Corinna Schulze-Keller vermittelte den Eindruck, dass es vielfältige Einflüsse auf die Diagnose gibt, die eine Definitionsfindung erschweren. Anstelle einer exklusiven Definition der unipolaren Depression blieb es im Interview bei einem Herantasten an eine mögliche Definition.

- *Arbeitsphilosophie einer Therapeutin im Umgang mit einer unsicheren Diagnose*

Am Beginn der Behandlung mache sie sich ein Bild von den Patient*innen und deren Schwierigkeiten. Dazu lasse sie sich die Symptomatik schildern, um dann konkret nach Kriterien wie z. B. Stimmung, Antrieb und Suizidalität zu fragen. Ebenso verschaffe sie sich einen Eindruck von der Schwere der Erkrankung. Danach folgt die „biografische Anamnese“ inklusive Fragen nach der Geburt, der Konstellation in der Ursprungsfamilie und nach Krisensituationen im Jetzt

und im Früher. Vor dem Hintergrund ihrer tiefenpsychologisch fundierten Ausbildung bestünde die Therapie aus der „Biographiearbeit“, d. h. aus der Auseinandersetzung mit prägenden Lebensereignissen und Krisen. Ebenso ginge es darum, aktuelle Konflikte zu be- und einen Umgang mit belastenden Faktoren zu erarbeiten.

Corinna Schulze-Keller wirkte wissenschaftlich interessiert und orientiert. Im Interview glich sie ihre Erfahrungen mit Ergebnissen aus Studien ab und kam zu dem Schluss, dass leichte und mittelschwere Depressionen auch gut nur psychotherapeutisch behandelt werden könnten. Bei mittelschweren bis schweren Episoden seien aus ihrer Sicht Medikamente sinnvoll und indiziert. Wenn es um den Einsatz von Medikamenten oder Psychotherapie ginge, spielten aber auch die Erfahrungen der Patient*innen eine Rolle. Ein Teil der Behandlung schien eine partizipative Entscheidungsfindung zu sein, bei der die Patient*innen in die Lage versetzt werden, sich selbstbestimmt für eine Therapieoption zu entscheiden.

- *Objektive Darstellung von Behandlungsverläufen als Zeichen professioneller Abgrenzung*

Corinna Schulze Keller schilderte ihre Erfahrungen zur unipolaren Depression im Interview aus einer ärztlich objektiven Sicht heraus, indem sie die Erkrankung aus einer neutralen Perspektive – wie ein auktorialer Erzähler – beleuchtete und dabei persönliche Erfahrungen scheinbar zunächst unberücksichtigt ließ. Sie erzählte beispielsweise nicht von „ihren“ Patient*innen, sondern eher von Menschen oder von Patient*innen im Allgemeinen. Teilweise personifizierte sie die Erkrankung und sprach von Erfahrungen mit leichten, mittelschweren und schweren Depressionen, die sie alle schon in der Praxis behandelt hätte. Dies führte wiederum dazu, dass sie ihren Patient*innen gegenüber vermeintlich distanziert wirkte. Verstärkt wurde dieser Eindruck dadurch, dass sie als Therapeutin in ihren Patientengeschichten selbst nicht präsent war und keine Interaktionen von ihr beschrieben wurden. Vielmehr würden die Patient*innen verschiedene Behandlungsoptionen nutzen, ihren Problemen näherkommen wollen und es würde erarbeitet werden, wie die Patient*innen mit Konflikten umgehen könnten. Gefragt nach konkreten Patientenfällen schien sie aber in der Lage, sowohl die Ursachen und Symptome verständlich und detailreich darzustellen als auch therapeutisch schwierige Situationen objektiv zu beschreiben. Es wurde Empathie ihren Patient*innen gegenüber sichtbar, die bei ihr – zumindest in der Interviewsituation – scheinbar nicht zu emotionaler Betroffenheit führte. So vermittelte sie den Eindruck, dass auch mögliche Therapieabbrüche durch die Patient*innen – z. B. aufgrund von Angst vor der Auseinandersetzung mit den eigenen Problemen – für sie akzeptabel und nachvollziehbar sind, ohne dass sie davon emotional betroffen oder therapeutisch verunsichert wirkte.

Diagramm als Darstellung der Kategorien und deren Beziehungen zueinander

Zu diesem Interview wurden zwei Hauptkategorien – namentlich „*Definitionsversuch der unipolaren Depression*“ und „*Objektive Darstellung von Behandlungsverläufen als Zeichen*

professioneller Abgrenzung“ – durch die Analysegruppe entwickelt. (vgl. Abb. 5) Dabei entspricht erstere einer Kategorie, deren Dimensionen auf konkreten Beschreibungen von Corinna Schulze-Keller fußen. Sie stellt hier die unipolare Depression dar, wie sie ihr scheinbar im beruflichen Alltag begegnet. Letztere Kategorie hat dagegen einen interpretativen Charakter, d. h. sie basiert eher auf Interpretationen, die die Analysegruppe anhand der Erzählungen der Interviewten ableitete. Aus Sicht der Analysierenden stellte die objektive Art von Corinna Schulze-Keller eine spezifische Umgangsform Corinna Schulze-Kellers mit depressiven Patient*innen dar. Beide Kategorien überlappen sich in der Darstellung. Dies beruht auf der Annahme der Analysegruppe, dass die Objektivität mit den erfahrenen Behandlungsverläufen verbunden ist.

Die Kategorie „*Arbeitsphilosophie einer Therapeutin*“ hat die Position eines Fundamentes, da in den Dimensionen aus Sicht der Analysierenden grundlegende Bestandteile ihrer Arbeitsweise – wie z. B. die Orientierung an tiefenpsychologischen Maximen, die partizipative Entscheidungsfindung und die Orientierung an wissenschaftlichen Erkenntnissen – abgebildet sind.

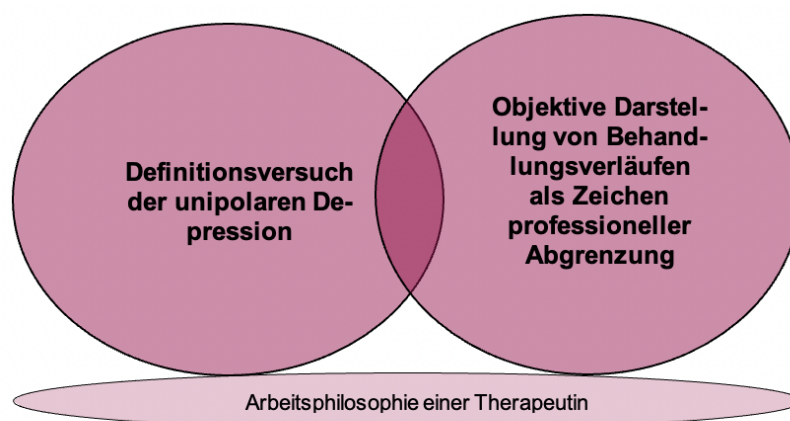


Abb. 5. Darstellung der Kategorien zu Dr. med. Corinna Schulze-Keller

Wahrnehmung und Diskussion zu Corinna Schulze-Keller in der Analysegruppe

Corinna Schulze-Keller wirkte zu Beginn des Interviews, als ob sie unter einem gewissen Erwartungsdruck stehen würde. Bereits im Kennenlern-Telefonat wurden von ihr Fragen zum Inhalt des Interviews und nach der Notwendigkeit einer spezifischen Vorbereitung gestellt. Vor diesem Hintergrund verunsicherte sie der offene Erzählstimulus offenbar. Dadurch schien ihre (kurze) Stehgreiferzählung nicht durch freie Assoziationen geprägt zu sein, sondern wirkte auf die Analysierenden wie die Rezitation aus einem Lehrbuch in einer Prüfungssituation. Durch den Lehrbuchcharakter des neutralen Erzählmodus fiel es den Analysierenden schwer, Interpretationen über den reinen Informationsgehalt der Erzählungen hinaus abzuleiten. Letztlich

waren viele Hypothesen unterschiedlichster inhaltlicher Bedeutung denkbar. Die zunächst wahrgenommene Distanziertheit beispielsweise könnte ein Ausdruck ihrer tiefenpsychologisch-psychoanalytisch ausgerichteten Arbeitsweise sein. Sie schien sich entsprechend ihres beruflichen Hintergrundes (vgl. Kapitel 2.4.2) nicht in den Mittelpunkt (der Erzählung) stellen zu wollen. Ihr Erzählmodus könnte ebenso einem verschlossenen Charakter entsprechen oder auf die Interviewsituation zurückzuführen sein. Die Lesart dieses Interpretationspunktes, dass dieses Phänomen ein Zeichen professioneller Objektivität und emotionaler Abgrenzung sein könnte, empfand die Analysegruppe im Gesamtkontext des Interviews letztlich am wahrscheinlichsten.

5.1.2 Dr. med. Elke Parrisius: „[...] und es kommt glaube ich immer sehr stark darauf an, im individuellen Fall auch zu gucken, was da gerade vielleicht angezeigt ist.“

Zur Person

Die zum Zeitpunkt des Interviews 57-jährige ärztliche Psychotherapeutin arbeitete seit 26 Jahren in ärztlicher Tätigkeit, davon 12 Jahre als Fachärztin für Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie. Seit circa sieben Jahren behandelte sie mittels tiefenpsychologisch fundierter Psychotherapie circa 50 Patient*innen pro Quartal in der Niederlassung. Sie betonte, dass sie zwar psychiatrisch ausgebildet, aber aktuell im Wesentlichen psychotherapeutisch tätig sei. Das heißt, dass sie nur noch in seltenen Fällen medikamentös behandelte.

Darstellung der Kategorien

- *Therapierbare Patient*innen als Zustandszuweisung*

Elke Parrisius begann ihre Erzählungen mit mehreren Patientenbeispielen aus ihrer praktischen Tätigkeit, anhand derer sie drei Patientengruppen nachzeichnete. Die Zuordnung der Patient*innen in diese Gruppen erfolgte mittels Kriterien wie sie aus Leitlinien und Lehrbüchern bekannt sind. Dazu gehörten beispielsweise Schweregrad und Dauer der Symptomatik. Aber auch Aspekte wie die Art der Symptomatik, individuelle Auslösemomente, Patientenhintergründe und -wünsche schienen bei der Abgrenzung der Gruppen von ihr berücksichtigt zu werden.

Aus Elke Parrisius' Schilderungen schlussfolgernd befinden sich die Patient*innen in diesen Gruppen in verschiedenen Zuständen. Diese Zustände sind scheinbar – z. B. über die Zeit oder unter therapeutischer Intervention – veränderlich, können aber auch lange unverändert persistieren. Der von der Ärztin wahrgenommene Zustand hat offenbar einen Einfluss auf die Art der Behandlung. Aus ihrer Sicht gäbe es beispielsweise die Unterscheidung zwischen Patient*innen, die eher oder fast nur psychiatrisch und denen, die eher oder zumindest ergänzend psychotherapeutisch behandelt werden könnten.

Als erstes beschrieb sie eine Patientengruppe, zu der „Grenzfälle“ und „Ausnahmen“ gehörten. Diese Patient*innen litten unter einer schweren Symptomatik wie z. B. ausgeprägter

Hoffnungslosigkeit und Perspektivlosigkeit. Aus ihrer Sicht sei hier zunächst die medikamentöse Therapie zur Linderung der oftmals Therapie einschränkenden Symptome hilfreich, da die Patient*innen sonst nur selten für eine Psychotherapie zugänglich seien. Selbst unter medikamentöser Therapie schien die Begleitung, die Aufarbeitung und Klärung der depressiven Symptomatik in dieser Gruppe z. T. herausfordernd zu sein. Allerdings habe sie ebenso die Erfahrung gemacht, dass es sich lohnen würde, die Symptome mit Geduld auszuhalten und die Patient*innen zunächst nur zu begleiten, weil man mit der Zeit eine Basis fände, auf der man mit den Patient*innen arbeiten könne.

Sehr viel häufiger erlebe sie Fälle der zweiten Gruppe. Diese Patient*innen litten ebenso akut unter einer sehr deutlichen Symptomatik, die sie in ihrer Alltagsbewältigung einschränke. Symptome äußerten sich in Form von Stimmungstiefs, Antriebslosigkeit und Konzentrationsstörungen, aber auch Versagenserleben, begleitenden Angstgefühlen und Symptomen aus der „somatische[n] Palette.“ Patient*innen mit dieser Symptomatik hätten meistens einen gut fassbaren Auslösemoment, der sowohl auf einem aktuellen Anlass als auch auf tieferen lebensgeschichtlichen Wurzeln basieren könne. In diesem Zusammenhang erzählte sie von Patient*innen, die einer äußeren Form von Stress (wie z. B. Konflikten am Arbeitsplatz) unterlägen. Auch junge Mütter, die nach der Geburt des ersten Kindes in eine Überlastungssituation gerieten, führte sie als Beispiel an. Hier ergänzten sich die medikamentöse und psychotherapeutische Therapie aus ihrer Perspektive sehr gut, weil die medikamentöse Therapie eine Art Basis schaffe, die die belastenden Symptome mildere. Konsekutiv wäre es möglich, über die auslösenden Situationen zu sprechen. Im Gegensatz zur ersten Patientengruppe stelle sich in diesen Fällen teilweise erstaunlich schnell eine Verbesserung und Stabilisierung der Symptomatik ein.

Zur dritten Gruppe zählte sie Patient*innen mit einer meist leichten depressiven Symptomatik, die oftmals reaktiv bedingt sei. Diese würden unter einer Stimmungssymptomatik leiden, aber auch begleitend über den Körper reagieren. Sowohl aus therapeutischer Sicht als auch auf Wunsch der Patient*innen seien in dieser Gruppe Medikamente häufig nicht erforderlich.

- *Holistische Beurteilung von Symptomen*

In allen Patientengruppen – aber insbesondere in dieser dritten – gehe es darum, die Depression weniger als Symptomatologie zu sehen, sondern mehr als Signal, dessen Bedeutung verstanden werden müsse. Die mehrdeutigen, „unscharfen“ Symptome – wie z. B. immer wiederkehrende Infekte, chronische Schmerzen oder Schlafstörungen – schienen aus ihrer Sicht unterschiedlich stark in der Deutlichkeit als Hinweis auf eine depressive Erkrankung zu sein. Elke Parrisius schlussfolgerte, dass deshalb der psychische Ursprung dieser Symptome für andere Fachrichtungen teilweise wenig fassbar sei. Dies führe dazu, dass die Patient*innen zum Teil lange medizinische Vorgeschichten und „längere Odysseen als Dauergast bei somatisch tätigen Ärzten“ hinter sich hätten. Somatisch tätige Kolleg*innen schienen aus ihrer Sicht

insbesondere in der letzten Patientengruppe zu Ungeduld zu neigen, weil die Patient*innen häufig als schwierig wahrgenommen werden würden. Beispielsweise erzählte sie von einer Patientin, die ihr von einem Orthopäden überwiesen wurde, weil das Ausmaß der Schmerzsymptomatik und des Schmerzmittelkonsums den Umfang der organischen Ursache – einer begleitenden rheumatischen Erkrankung – offenbar überschritt. Im Gegensatz zum Orthopäden und der Patientin deutete Elke Parrisius diese Symptome offenbar nicht im Rahmen einer körperlichen, sondern einer seelischen bzw. emotionalen Überlastung. Diese basierte letztlich auf einer Traumatisierung in der Kindheit.

- *Der Patientenfall bedingt die Therapiebedingungen*

Trotz der Einteilung ihrer Patient*innen mittels Zustandszuweisung wurde im Interview immer wieder deutlich, dass es für Elke Parrisius scheinbar kein allgemeingültiges Schema gibt, das allen Patient*innen gleichermaßen gerecht werden kann. Dies machte sich u. a. darin bemerkbar, dass sie immer wieder gezwungen war, ihre zunächst allgemeinen Aussagen zu den Zustandsgruppen in der Darstellung des konkreten Patientenfalles zu korrigieren. Wurde die oben beschriebene Schmerzpatientin beispielsweise zunächst in die reaktive (dritte) Gruppe eingeordnet, folgte in der weiteren Fallbeschreibung eine Korrektur hin zur ersten Gruppe der schwerst depressiven Patient*innen.

In diesem Zusammenhang plädierte Elke Parrisius im Interview mehrfach für ein individuelles und flexibles Herangehen an die Patient*innen. Auf diese Weise scheint sie der Komplexität des Einzelfalles gerecht werden zu wollen. Dazu passt sie u. a. offenbar ihre eigenen Vorstellungen von der Behandlung an die Bedürfnisse der Patient*innen an. Elke Parrisius erzählte beispielsweise von einem Patienten, der von seiner Symptomatik so belastet war, dass er aus ihrer Sicht stationär behandelt hätte werden müssen. Der Patient lehnte dies anscheinend ab, sodass sie mit einer ambulanten medikamentösen Behandlung begann und parallel dazu Gespräche mit ihm führte.

Auch von Vorgaben außenstehender Instanzen – wie z. B. Krankenkassen – schien Elke Parrisius im Sinne der Patient*innen abzuweichen. Dazu schilderte sie den Fall einer jungen Kindergärtnerin, die sich zahlreiche Zusatzqualifikationen erwarb und dadurch offenbar zunehmend in eine Überlastungssituation geriet. Entgegen dem Vorschlag der Krankenkasse eine Umschulung durchzuführen, hätte Elke Parrisius die Patientin zunächst aus dem Arbeitsprozess herausgenommen, was zu „Kämpfen“ mit der Krankenkasse führte. Nachdem die Patientin sich aber aus der belastenden Arbeitssituation gelöst hatte, war es laut Elke Parrisius möglich, die aufgetretenen Muster therapeutisch zu bearbeiten. Die Patientin konnte dann im Verlauf mittels Hamburger Modell wieder in den Arbeitsprozess eingegliedert werden. Auch Vorgaben aus „Diagnostikmanualen“ – wie z. B. für zeitliche Ziele in der Behandlung – schien Elke Parrisius kritisch zu sehen. Aus ihren Schilderungen wurde deutlich, dass sie diese

Vorgaben offenbar nur als grobe Richtlinien wahrnimmt, die individuell und flexibel an die Patient*innen angepasst werden müssen.

Bezüglich der oft langwierigen Problematik entstand im Interview der Eindruck, dass Elke Parrisius nicht nur die Erwartungen von Krankenkassen und Diagnostikmanualen als problematisch beurteilte, sondern auch die „mechanistische“ Einstellung anderer Fachdisziplinen. Vertreter*innen dieser Disziplinen gingen teilweise davon aus, dass nach Beginn einer Psychotherapie die Symptome schnell behoben seien. Sie vermittelte, dass jeder Verlauf individuell sei und die Bearbeitung der tieferliegenden Ursachen mitunter längere Lern- und Entwicklungsprozesse erforderlich mache. Dafür war sie anscheinend auch bereit, eigene Frustrationen – beispielsweise bei langanhaltenden, Therapie einschränkenden Symptomen – geduldig auszuhalten und sich so viel Zeit wie aus ihrer Sicht nötig für ihre Patient*innen zu nehmen.

Diagramm als Darstellung der Kategorien und deren Beziehungen zueinander

In diesem Interview identifizierte die Analysegruppe drei Kategorien. (vgl. Abb. 6) Eine eindeutige Hauptkategorie konnte nicht herausgestellt werden. Vielmehr kristallisierten sich zwei gleich starke Kategorien – namentlich „*Therapierbare Patient*innen als Zustandszuweisung*“ und „*Der Patientenfall bestimmt die Therapiebedingungen*“ – heraus. Elke Parrisius leitete die Therapie scheinbar u. a. anhand der von ihr wahrgenommenen Zustände ab. Diesen hypothetischen Zusammenhang und die enge Beziehung zwischen den Kategorien sollen über die verbindenden Linien dargestellt werden. Einen weiteren Schwerpunkt im Interview bildeten die Inhalte der Kategorie „*Holistische Beurteilung von Symptomen*“. Diese Kategorie beinhaltet die Beurteilung von Symptomen und Krankheitsursachen und nimmt deshalb Verbindung zur Kategorie „*Therapierbare Patient*innen als Zustandszuweisung*“ auf.

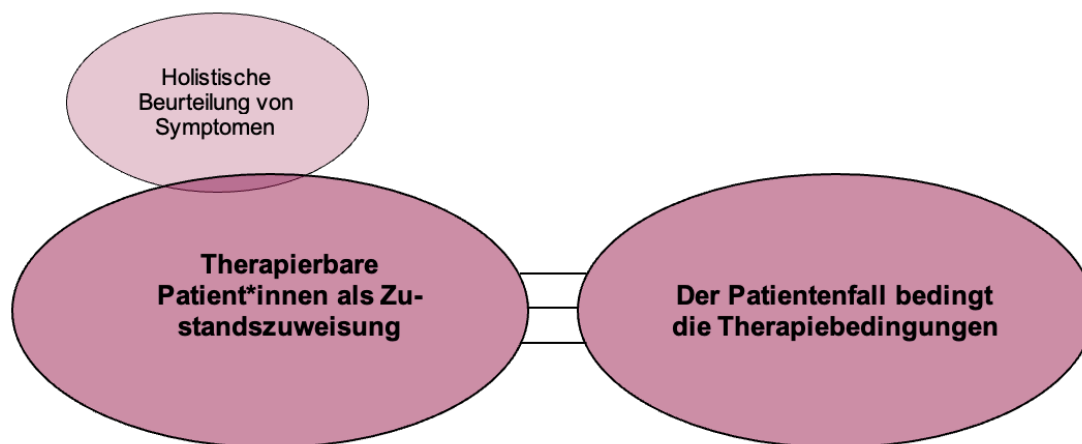


Abb. 6. Darstellung der Kategorien zu Dr. med. Elke Parrisius

Wahrnehmung und Diskussion zu Elke Parrisius in der Analysegruppe

Elke Parrisius wirkte auf die Analysierenden wie eine sehr fähige, souveräne und reflektierte Therapeutin. Ihre langjährige Berufserfahrung schien in eine differenzierte Perspektive auf ihre Patient*innen zu münden. Obwohl Elke Parrisius die Behandlung offenbar zeitweise als komplex und schwierig wahrnahm, entstand unter den Analysierenden nicht der Eindruck, dass Elke Parrisius unsicher im Umgang mit depressiven Patient*innen agierte. In der langjährigen Auseinandersetzung mit depressiven Patient*innen schien sie sich wirksame Behandlungsstrategien erarbeitet zu haben. Anhand ihrer Schilderungen wirkte Elke Parrisius zudem sehr engagiert, indem sie anscheinend von zeitlichen Vorgaben aus Diagnostikmanualen abwich, mit Krankenkassen kämpfte und eigene Frustrationen aushielt, um die Therapie individuell und flexibel an die Bedürfnisse der Patient*innen anpassen zu können.

5.1.3 Hannah Abel: „Ich bin Fan meiner Kunst.“

Zur Person

Die zum Zeitpunkt des Interviews 51 Jahre alte Hannah Abel arbeitete seit 14 Jahren in eigener Praxis. In der Zeit davor war sie unter anderem als Psychologin in einer Klinik für Psychosomatische Gynäkologie tätig. Sie betreute circa 30 Patient*innen pro Quartal, wovon sie die Mehrzahl tiefenpsychologisch fundiert und einige psychoanalytisch behandelte.

Darstellung der Kategorien

- *Psychoanalytische Arbeit: Zwischen therapeutischer Instrumentalisierung und entlastender Distanzierung*

Gefragt nach ihren persönlichen Erfahrungen zur unipolaren Depression fiel es Hannah Abel schwer, sich an einen Patientenfall zu erinnern. Dies begründete sie damit, dass die „Reinform“ aus ihrer Sicht selten sei. Am ehesten hätte sie diese in ihrer Ausbildung in der Psychiatrie kennengelernt, wo ihr Blick auf die Erkrankung und die Patient*innen psychiatrisch geprägt gewesen sei. Im Rahmen ihrer psychoanalytischen Tätigkeit schien sich ihre Perspektive auf die Krankheit in Richtung Entwicklungspsychologie verändert zu haben. Im folgenden Teil des Interviews stellte Hannah Abel nur noch ihre Interpretation und ihre Umsetzung von den Inhalten und Techniken der Psychoanalyse in den Mittelpunkt.

In der Psychoanalyse ginge es um die langfristige und tiefgreifende Bearbeitung von „Innerpsychischem“ und „Befindlichkeiten“, d. h. von entwicklungspsychologischen Konflikten. Dazu stelle sie einen „tragenden Kontakt“ zu den Patient*innen her, indem sie sich in deren Konflikte verwickeln ließe. Diese würden von den Patient*innen angeboten und auf sie übertragen werden. Das „Instrument“ der analytischen Arbeit sei das Bewusstmachen und die Reflexion der Affekte der Therapeutin, also der Übertragungs- und Gegenübertragungsgefühle. Um gemeinsam am übertragenden Konflikt arbeiten zu können, müsse sie die Affekte analysieren, verstehen und anschließend an die Patient*innen zurückspiegeln.

Bezugnehmend auf Depressionen bemerke Hannah Abel bei der Verwicklung in die Konflikte dieser Patient*innen, dass sie „echt keinen Bock“ auf diese „Nervbratzen“ hätte. Diesen Affekt deutend stelle sie dann fest, dass diese Patient*innen für sie wie „ungewollte Kinder“ – entsprechend dem entwicklungspsychologischen „Konzept der toten Mutter“ nach André Green⁵ – seien. Die Patient*innen hätten das „negative Objekt“ in sich, welches ihnen die Liebenswürdigkeit abspräche. Die Verwicklung in die Konflikte depressiver Patient*innen beschrieb sie als überwiegend belastend und anstrengend. Die Therapie fühle sich teilweise wie ein „Fass ohne Boden“ an, weil die Patient*innen „klagen und klagen und klagen“ und versuchen „ihren ganzen schweren depressiven Sumpf auf einem loszuwerden.“

Aus ihren Schilderungen schlussfolgernd tragen u. a. die Techniken der Psychoanalyse bereits in der Behandlung zu ihrer Entlastung bei. Denn sowohl die Verwicklung in die Konflikte als auch deren Auflösung – mittels Wahrnehmung, Reflexion und Bearbeitung der Übertragungs- und Gegenübertragungsgefühle – schienen aus ihrer Sicht mindestens gleichwertige Bestandteile der psychoanalytischen Arbeit zu sein. Das Gleichgewicht zwischen der Verwicklung und der Distanzierung zu halten, stelle für sie einen „Balanceakt“ dar.

- *Professionalisierung von Belastungserfahrung und persönliche Erfolgsdefinition*

Hannah Abel schien persönliche Belastungen wahrzunehmen, von denen sie sich offenbar mit Hilfe von psychoanalytischen Techniken distanzieren konnte. In diesem Zusammenhang vermittelte Hannah Abel, dass sie sich in der Auseinandersetzung mit ihren Patient*innen als dienstleistendes Instrument betrachtet und die Belastungen als Teil ihres Arbeitsauftrages wahrnahm. Im Gesamtkontext des Interviews wirkte sie, als ob sie in der Lage ist, viel Positives für sich aus der anstrengenden Arbeit zu ziehen. Sie schien beispielsweise die intensiven Auseinandersetzungen mit ihren Patient*innen als Lernprozess zu begreifen und die belastenden, aber auch „schillernd bunten“ Fälle als eine motivierende Herausforderung anzunehmen. Entlastung erlangte sie offenbar auch dadurch, dass sie einen eigenen Erwartungshorizont bezüglich ihrer Selbstwirksamkeit und der Wirksamkeit der Behandlung festlegte. Sie vermittelte, dass man als Therapeutin „bescheiden“ sein müsse. Aus ihrer Sicht sei es auch ein Erfolg, wenn Patient*innen die Beziehung zwischen Symptom und Konflikt erkennen würden, sich die Symptome reduzierten oder die Patient*innen emotional schwingungsfähiger würden. Damit versuchte sie offenbar den gesellschaftlichen Erwartungsdruck im Sinne vollständiger Genesung zu relativieren und sich weitestgehend unabhängig von dem direkten Erfolgsfeedback der Patient*innen zu machen.

⁵ Mit der Metapher der „toten Mutter“ beschreibt André Green nicht deren realen Tod, sondern die frühkindliche Erfahrung emotionaler Vernachlässigung durch die Mutter, also quasi mit einer emotional toten Mutter. (vgl. Green et al., 2011)

- *Psychoanalytische Arbeit zwischen analytischer und „faktischer“ Realität*

Hannah Abel grenzte im Interview nicht nur den eigenen Erwartungshorizont, sondern auch den von ihr wahrgenommenen Schaffungsbereich ein. Dazu unterschied sie eine analytische von einer „faktischen“ Realität. In der analytischen Realität findet anscheinend die Bearbeitung der inneren Konflikte statt. In diesem Zusammenhang sprach sie von einer „innerpsychischen Macht“ über die Patient*innen. In Abgrenzung dazu müssten die Patient*innen in der faktischen Realität lebensrelevante Entscheidungen eigenständig treffen. Mit der faktischen Realität scheint Hannah Abel die unmittelbare Alltagswirklichkeit der Patient*innen zu meinen. Beispielsweise müssten die Patient*innen unabhängig von ihr entscheiden, ob sie Medikamente einnehmen wollen oder nicht. Auch die Entscheidung für oder gegen eine Trennung schien sie den Patient*innen nicht abnehmen zu wollen, selbst wenn die Beziehung aus ihrer Sicht hochpathologisch sei. Als Analytikerin gäbe sie keine „Tipps“. Auf diese Weise versuche sie, den Raum für die Bearbeitung des Innerpsychischen „reiner“ zu halten. Das bedeutet anscheinend, dass sie sich in der Behandlung auf die Bearbeitung der inneren Konflikte konzentriert und sich weitestgehend aus privaten Angelegenheiten der Patient*innen fernhält. Sie sei so wertvoller für die Patient*innen und freier in der Therapie. Hannah Abel schien die Patient*innen anzuregen, sich zu reflektieren, damit sie auf dieser Grundlage ihre Entscheidungen (auch auf der faktischen Ebene) selbst treffen können. Aspekte der faktischen Realität nehmen anscheinend darüber hinaus insofern Einfluss auf die Behandlung, als dass sich z. B. eine Psychoanalyse für eine alleinerziehende Mutter mit drei Kindern aus ihrer Sicht eher weniger eignen würde, weil sie gar nicht die Zeit hätte, an einer Analysesitzung von drei Stunden pro Woche teilzunehmen.

- *Psychoanalytische Arbeit als Kunstform*

Hannah Abel präsentierte die psychoanalytische Arbeit als Kunstform im Sinne einer Profession, die offenbar nicht jeder beherrscht. Mithilfe der Techniken der Psychoanalyse schien es ihr möglich – im Gegensatz zu anderen Professionen (wie z. B. Gynäkolog*innen) – hinter den Menschen zu schauen und mögliche unbewusste entwicklungspsychologische Konflikte als Ursache für depressive Symptome zu erkennen. Beispielsweise verschöben Frauen psychische Probleme häufig ins Körperliche, weil es ihnen schwerfiel, sich Probleme bewusst zu machen. Im Interview interpretierte sie unklare Bauchschmerzen als Resultat von Paarkonflikten oder sexuellen Störungen. Gynäkolog*innen würden eher körperliche Symptome zum Gegenstand der Behandlung machen und Myome oder Verwachsungen entfernen. Währenddessen bleibt aus ihrer Sicht der dahinter liegende und damit offenbar symptomauslösende Konflikt unberührt. Hannah Abel wirkte überzeugt davon, dass die Seele und die Gefühle im Handeln omnipräsent sind und immer – d. h. auch im medizinischen Kontext – vergegenwärtigt werden müssen. Sowohl in der beruflichen als auch in der privaten Lebenswelt schien sie menschliche Beziehungen und Interaktionen wie durch eine psychoanalytische Brille zu

betrachten. In der scheinbar starken Überzeugung von Inhalten und Techniken der Psychoanalyse vermittelte Hannah Abel den Eindruck, dass sie überall Anknüpfungspunkte ihrer Arbeit sieht. In diesem Zusammenhang beschrieb sie sich als „Fan ihrer Kunst“.

Diagramm als Darstellung der Kategorien und deren Beziehungen zueinander

Hannah Abels Denk- und Handlungsweisen schienen eng mit den Theorien und der Praxis der Psychoanalyse verwoben zu sein. Dies übersetzte sich in der Analyse darin, dass sich alle Kategorien mit ihrem Verständnis von Psychoanalyse befassen. (vgl. Abb. 7) Die Hauptkategorie „*Psychoanalytische Arbeit: Zwischen Therapeutischer Instrumentalisierung und entlastender Distanzierung*“ thematisiert die konkrete Anwendung psychoanalytischer Theorien und Techniken in ihrem Arbeitsalltag. Sie wurden von Hannah Abel im Interview in den Mittelpunkt gestellt. Die zwei kleineren Kategorien „*Psychoanalytische Arbeit zwischen analytischer und ‚faktischer‘ Realität*“ und „*Professionalisierung von Belastungserfahrung und persönliche Erfolgsdefinition*“ beinhalten Dimensionen zu zwei spezifischen Details ihrer (psychoanalytischen) Arbeit, die im Interview von Hannah Abel herausgestellt wurden. Deswegen überlappen sie sich in der Darstellung mit der Hauptkategorie. Die Kategorie „*Psychoanalytische Arbeit als Kunstform*“ befindet sich in der Abbildung unter den anderen, scheint doch diese Wahrnehmung von grundlegender Bedeutung für Hannah Abels Arbeit (Motivation, positive Grundhaltung, Selbstbewusstsein, Entlastungsstrategie) und ihr Krankheitskonzept zu sein. Sie nimmt keinen Kontakt zu den anderen Kategorien auf, weil sie – im Gegensatz zu den anderen Kategorien – eher persönliche Ansichten der Interviewten über die Psychoanalyse, als konkrete Beschreibungen der psychoanalytischen Denk- und Arbeitsweise enthält.

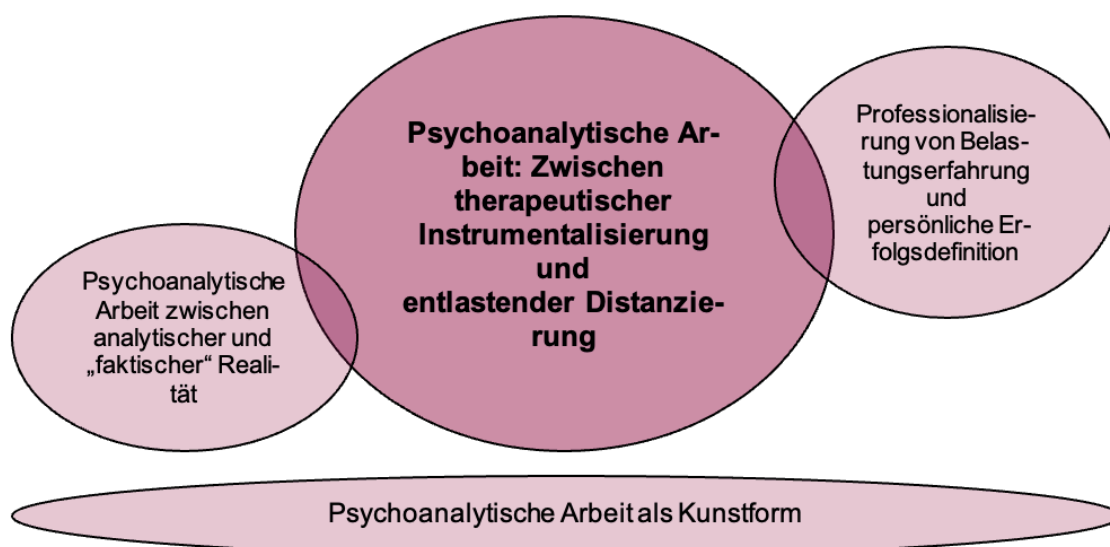


Abb. 7. Darstellung der Kategorien zu Hannah Abel

Wahrnehmung und Diskussion zu Hannah Abel in der Analysegruppe

Obwohl Hannah Abel die Arbeit als sehr anstrengend beschrieb und sich aus Sicht der Analysierenden teilweise sehr drastisch und negativ über ihre depressiven Patient*innen äußerte, wurden keine Selbstzweifel an ihren therapeutischen Fähigkeiten und an ihrer Profession durch die Analysegruppe wahrgenommen. Sie wirkte selbstbewusst, reflektiert, schien persönliche Belastungen zu erkennen und in der Lage zu sein, sich von ihnen zu distanzieren. Die Analysierenden empfanden dies als professionelles Verhalten Hannah Abels im Umgang mit ihren depressiven Patient*innen.

Die teilweise als dominant wahrgenommene Art der Vermittlung ihrer Denkweisen wirkte zuweilen dogmatisch und oberflächlich auf die Analysegruppe. Beispielsweise schien Hannah Abel durch die Wahrnehmung der Sonderstellung ihrer psychoanalytischen Arbeit zu Vorurteilen gegenüber anderen Professionen zu neigen. Nach ihrer Meinung hätten „die Organmediziner, die gar nichts mit der Seele zu tun haben wollen, [...] ja eigentlich auch eine selber.“ Diese Mediziner*innen würden, wenn sie konsequent wären, aus ihrer Sicht die Fachrichtungen Anästhesie oder Pathologie wählen. Die Analysegruppe mutmaßte, dass ihre persönlichen Einschätzungen und Überzeugungen außerdem zu einem ungleichen Verhalten den Patient*innen gegenüber führen könnte. Es entstand mitunter der Eindruck, dass der Patient*innenkreis, der sich aus Hannah Abels Sicht für eine psychoanalytische Behandlung eignet, einigen Limitationen (wie z. B. faktischen Aspekten und bestimmten Patienteneigenschaften) unterliegt. Aus den Beschreibungen der Patient*innen schlussfolgernd schien Hannah Abel bestimmte Patient*innen für die Psychoanalyse zu bevorzugen. Die „klassischen“ Analysepatient*innen, die sich gut ausdrücken könnten, die in der Lage seien, sich zu reflektieren und sich in der Übertragungsbeziehung mit den Konflikten auseinandersetzen könnten, seien für sie „wunderbar.“ Hannah Abel geriet in den Erzählungen über diese Patient*innen fast ins Schwärmen. Andere Patient*innen wiederum eigneten sich aus ihrer Sicht nicht für eine Psychoanalyse. Diese wollten „einfach ganz konkrete, faktische Instrumente“ wie z. B. ein „morgendliches Begrüßungsritual im Spiegel“, mit denen sie die Stimmung hochziehen könnten. In diesen Fällen erachtete sie offenbar eine Verhaltenstherapie als angebracht. Die Analysierenden und insbesondere die beteiligte Verhaltenstherapeutin interpretierten diesen Kommentar im Gesamtkontext als potenziell abwertend und sowohl den Patient*innen als auch den verhaltenstherapeutischen Kolleg*innen gegenüber vorurteilsbehaftet.

5.1.4 Ulrike Flinkmann: „Tausend Gründe, warum was nicht geht.“

Zur Person

Die zum Zeitpunkt des Interviews 47 Jahre alte Ulrike Flinkmann arbeitete seit 17 Jahren als psychologische Psychotherapeutin, davon 13 Jahre in Niederlassung. Sie behandelte pro Quartal etwa 20 - 25 Patient*innen mittels Verhaltenstherapie.

Darstellung der Kategorien

- *Depressive Patient*innen als therapeutische Belastungsprobe*

Auf die Frage nach ihren persönlichen Erfahrungen mit der unipolaren Depression begann Ulrike Flinkmann nicht von Patient*innen oder Symptomen zu erzählen, sondern beschrieb, was die Behandlung mit ihr mache. Sie schien sich in eine selbstreflektierende Position zu begeben und stellte sich in den Mittelpunkt ihrer Darstellungen. Dabei schilderte die Interviewte überwiegend negative Aspekte aus den Interaktionen mit ihren Patient*innen: Depressionen seien „unterschiedlich gut“ für sie zu behandeln. Häufig fühle sie sich durch die „massive Artikulation niederdrückender Sätze“ und „negativer Überzeugungen“ erschlagen. Außerdem fände sie die pessimistische und wehleidige Grundhaltung der Patient*innen schwierig. Depressive Patient*innen seien nur schwer zu motivieren, (regelmäßig) in die Therapie zu kommen, ihre Hausaufgaben zu erfüllen oder therapiebegleitende Angebote (wie z. B. Sport) anzunehmen. Manche Patient*innen könnten sich in der depressiven Phase nur schlecht konzentrieren. Es erfordere dann eine kleinteilige Therapie oder eine psychiatrische Mitbetreuung, damit die Patient*innen medikamentös stabilisiert würden.

- *Unbehaglicher Beziehungsaufbau in der Praxistätigkeit*

Um die Compliance der Patient*innen im Praxiskontext zu gewährleisten, ist aus Ulrike Flinkmanns Sicht offenbar ein individueller Beziehungsaufbau von Nöten. In ihrer Klinikstätigkeit hätte sie nach einem „Schema F“ – z. B. in Form von vorgegebenen therapeutischen Leitfäden – gearbeitet. Im Gegensatz zu ihren Erfahrungen aus der Klinikstätigkeit könne sie dieses in der Praxis nicht nutzen, weil die Patient*innen sich dann nicht ernst genommen fühlten und davonliefen. Der Beziehungsaufbau hier schien u. a. in Abhängigkeit vom Intellekt der Patient*innen durch Zuhören, Loben und Wissensvermittlung erreichbar zu sein. Im Gesamtkontext des Interviews vermittelte sie den Eindruck, dass die auf diese Weise hergestellte Nähe für sie grundsätzlich unbehaglich ist. Ganz besonders dann, wenn sich die Patient*innen von ihr abhängig machten. Das sei beispielsweise der Fall, wenn Patient*innen therapeutische Angebote nicht der Genesung wegen, sondern der Therapeutin zuliebe wahrnahmen oder Hausaufgaben nur erledigten, um dem Schamgefühl der Therapeutin gegenüber zu entgehen. Obwohl sie diese Nähe anscheinend als unangenehm wahrnahm, nutzte sie diese offenbar bewusst, um die Therapie aufrecht zu erhalten.

- *Emotionalität und Zweifel in der Betreuung depressiver Patient*innen*

In den Analysen entstand anhand der Erzählungen der Eindruck einer therapeutischen Zerrissenheit. Das heißt, dass Ulrike Flinkmann anscheinend ein Unbehagen dadurch wahrnahm, dass sie die Therapie abweichend von ihren Präferenzen gestalten musste und Nähe zuließ, die sie scheinbar lieber vermieden hätte. Die Analysegruppe interpretierte, dass diese therapeutische Zerrissenheit Ulrike Flinkmann anfällig für Zweifel an ihrer Professionalität und Selbstwirksamkeit machte. Im Interview erzählte sie beispielsweise überwiegend über Fälle,

in denen sie keinen Fortschritt erlebt hatte oder in denen Therapieerfolge schwer erreichbar waren bzw. nur kurze Zeit andauerten. Selbst wenn es offensichtlich Erfolge gab, stellte sie es so dar, als ob das nicht ihrer Therapie zuzuschreiben wäre, sondern die Therapie plötzlich und unerwartet besser laufen würde. Teilweise schien sie nicht zu wissen, ob sie überhaupt etwas richtig macht und gestand im Interview ein Gefühl der Hilflosigkeit ein. Aus dem Interview schlussfolgernd führen die Belastungen und das Unbehagen nicht nur zu Unsicherheit, sondern auch zu negativen Gefühlen wie z. B. Wut und Aggression ihren Patient*innen gegenüber. Ulrike Flinkmann erzählte in diesem Zusammenhang auch über innere Abwehr, die sie in der Behandlung verspüre. Sprachlich manifestierten sich diese Emotionen und Reaktionen im Interview mit sarkastischen Äußerungen über die Patient*innen. Vor den Patient*innen schien sie ihre therapeutische Rolle allerdings nicht zu verlassen, weil sie der Auffassung war, dass es die Patient*innen noch mehr darin bestätigen würde, wie unmöglich sie seien, wenn sie ihnen ihre Wut und Aggression spiegeln würde.

- *Stabilisierungsversuch durch Handwerkszeug und Reflexion*

Wenn es im Interview um die Darstellung ihres Wirkungsbereiches und konkreter Strategien im Umgang mit depressiven Patient*innen ging, wirkte sie souveräner und strukturiert: Das Ziel des Erstgespräch sei es, die Patient*innen zum Reden zu animieren, um deren kognitive Grundschemata herauszuarbeiten. Dies werde gefolgt von der vertieften Anamnese. Fragebögen (wie z. B. Depressionsinventare und Symptom-Checklisten) würden von ihr ausgegeben. Es folge eine Verhaltensanalyse. Dann ginge es darum, Compliance aufzubauen, Psychoedukation durchzuführen, Patient*innen kognitiv umzustrukturieren und ein individuelles Krankheitsmodell zu erarbeiten. Das beschriebene Handwerkszeug schien ihr – ähnlich dem „Schema F“ aus der Klinikzeit – Struktur zu geben und im Hin- und- Hergerissen-Sein der realen Therapiesituation stabilisierend zu wirken. Entlastung von der Behandlung schien bei Ulrike Flinkmann außerdem mittels Reflexion – z. B. in Balintgruppen oder im Austausch mit Kolleg*innen – zu erfolgen. Im Interview reflektierte sie beispielsweise, dass die massiven Artikulationen negativer Gedanken und das exzessive Weinen Teil der Erkrankung seien, was von ihr bis zu einem gewissen Punkt toleriert werden könne. Letztlich aber führte die Auseinandersetzung mit ihrer therapeutischen Arbeit offenbar nicht dazu, ihre persönlichen Konflikte aufzulösen. Im Interview vermittelte Ulrike Flinkmann den Eindruck, dass sie in ihrer Zerrissenheit zwischen Professionalität und Emotionalität verblieb.

Diagramm als Darstellung der Kategorien und deren Beziehungen zueinander

Eine eindeutige Schlüsselkategorie ließ sich im Fall von Ulrike Flinkmann nicht ausmachen. Die drei Kategorien „*Depressive Patient*innen als therapeutische Belastungsprobe*“, „*Unbehaglicher Beziehungsaufbau in der Praxistätigkeit*“ und „*Zweifel und Emotionalität in der Betreuung depressiver Patient*innen*“ nehmen ähnlich viel Raum ein und sind als gleichwertig zu betrachten. (vgl. Abb. 8) In ihnen sind alle Negativaspekte zusammengefasst, die Ulrike

Flinkmann offenbar in der Behandlung wahrnahm. Demgegenüber spielten die Inhalte der Kategorie „*Stabilisierungsversuch durch Handwerkszeug und Reflexion*“ in den Analysen nur eine untergeordnete Rolle. Die drei großen Kategorien stehen in der Darstellung deshalb über dieser kleinen Kategorie. Mit Hilfe der unterschiedlich starken Pfeile und der unterschiedlichen Größe der Kategorien soll der Versuch einer Stabilisierung dargestellt werden, die letztlich aber scheinbar nicht gelingt.

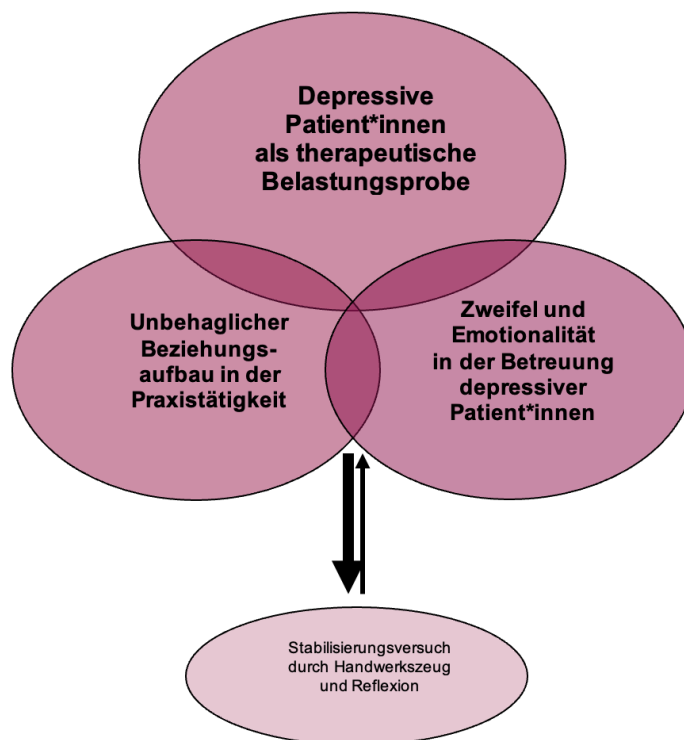


Abb. 8. Darstellung der Kategorien zu Ulrike Flinkmann

Wahrnehmung und Diskussion zu Ulrike Flinkmann in der Analysegruppe

Die Behandlung depressiver Patient*innen schien aus Sicht der Analysegruppe für Ulrike Flinkmann persönlich belastend zu sein. Sie vermittelte den Eindruck, dass es ihr schwerfiel bzw. nicht gelang, sich emotional von den Patientenfällen zu distanzieren. Ulrike Flinkmann transportierte im Interview zuweilen Gefühle wie Perspektivlosigkeit und Missmutigkeit. In den Analysen kam deswegen mehrmals die Hypothese zur Sprache, dass Ulrike Flinkmann selbst an einer Depression erkrankt sein könnte, da diese Reaktionen zum depressiven Symptomkreis zählen. Diese Lesart wurde u. a. dadurch gestützt, dass sie den Interviewrahmen scheinbar für ein entlastendes Gespräch wie in einer psychotherapeutischen Sitzung nutzte. Auf die Frage, warum sie am Interview teilnehmen würde, antwortete sie zudem, dass sie mal etwas Neues machen müsse, weil einem ja sonst die Decke auf den Kopf fallen würde. Eine alternative Hypothese der Analysegruppe beinhaltete, dass sie in einer Gratifikationskrise stecken könnte, weil sie scheinbar in ihrer Tätigkeit selten Erfolge erlebte, die sie sich hätte

zuschreiben können. Ulrike Flinkmann schien teilweise vor dem Krankheitsbild und der schwierigen Therapie zu resignieren.

Die im Interview aufscheinenden Interaktionen mit ihren Patient*innen – inklusive der für sie offenbar als unbehaglich wahrgenommenen Nähe – waren mehrfach Teil der Gruppendiskussion. Es wirkte für die Analysierenden irritierend, dass sie diese Nähe künstlich herstellte, obwohl sie scheinbar reflektierte, dass sie diese als unangenehm und als für sich gefährlich empfand. Weil Ulrike Flinkmann trotz ihrer emotionalen Anspannung ihre therapeutische Rolle gegenüber den Patient*innen offenbar nicht verlässt, wirkte sie für die Analysierenden z. T. unauthentisch. Zudem fiel auf, dass Ulrike Flinkmann für eine ausgebildete Therapeutin ein unerwartet negatives – wenn auch ehrliches – Bild auf die Behandlung zeichnete. Ihre Ansichten und Reaktionen waren für die Analysegruppe durchaus nachvollziehbar. Es wurde aber kritisch gesehen, dass ihre Emotionen sich scheinbar in ein negatives Patientenbild übersetzten.

Vor dem Hintergrund ihrer wahrgenommenen Hilflosigkeit, der scheinbaren Unauthentizität ihren Patient*innen gegenüber, der fehlenden emotionalen Abgrenzung von den Patientenfällen und des in der Analyse wahrgenommenen negativen Patientenbildes stellten die Analysierenden in Frage, ob Ulrike Flinkmann in der Behandlung einen adäquaten Umgang mit den Patient*innen und mit sich pflegte.

5.1.5 Dr. med. Gabriele Radusz: „Depressionen ist nichts anderes, als sich hinzusetzen und das Leben über sich fließen lassen, wie Wasser.“

Zur Person

Die zum Zeitpunkt des Interviews 63 Jahre alte Fachärztin für Allgemeinmedizin arbeitete seit 37 Jahren als Ärztin, davon 30 Jahre als Hausärztin in eigener Niederlassung. Pro Quartal behandelte sie circa 1.100 Patient*innen. Nebenberuflich stand sie der Polizei als hausärztlicher Notdienst zur Verfügung.

Darstellung der Kategorien

- *In den Extremen von Ernsthaftigkeit und Wichtigkeit depressiver Symptome verhaftet*
Gabriele Radusz eröffnete ihre Erzählungen mit Erfahrungen vom Beginn ihres beruflichen Werdeganges, als sie als Assistenzärztin in einer Gerichtsmedizin tätig war. Die damaligen Fälle bezeichnete sie als „Endzustände solcher Problematiken“ und umschrieb damit z. B. Suizide als Folgen einer unipolaren Depression. Vor dem Hintergrund dieser Erfahrungen vermittelte sie, dass sie die Erkrankung – wohl im Gegensatz zum sozialen Umfeld mancher Patient*innen – sehr ernst nimmt.

Anhand ihrer Erzählungen schien Gabriele Radusz anschließend zwei Patientengruppen in ihrem gegenwärtigen hausärztlichen Alltag zu unterscheiden: Auf der einen Seite beschrieb sie Patient*innen, die vordergründig unter psychopathologischen Symptomen (wie z. B.

sozialem Rückzug, äußerlicher Vernachlässigung oder Anhedonie) leiden. Diese Symptome nimmt sie vor ihrem hausärztlichen Hintergrund und dem langjährigen Patientenkontakt scheinbar als atypisches Verhalten der Patient*innen wahr. Für das Verhalten ursächliche Faktoren wurden in dieser Gruppe nicht von ihr benannt. Gabriele Radusz präsentierte diese Patient*innen als „Akutfälle“, die bei ihr die „Alarmglocken“ läuten ließen. Damit verdeutlichte sie, dass diese Patient*innen aus ihrer Sicht offenbar ernsthaft krank sind.

Auf der anderen Seite nahmen im weiteren Interviewverlauf relativ schnell sehr umfangreiche Erzählungen zu einer zweiten Patientengruppe Raum ein: Diese Patient*innen kämen mit „körperlichen Symptomen verkleidet als normale Patienten“ zu ihr in die Praxis. Offensichtlich stehen bei diesen Patient*innen zunächst somatische Behandlungsanlässe (wie z. B. rezidivierende Harnwegsinfekte, chronische Rückenschmerzen oder Verdauungsprobleme) im Vordergrund. Aus ihren Erzählungen schlussfolgernd erfordert es teilweise längere Behandlungsprozesse und detektivische Arbeit von ihr, um hinter den körperlichen Symptomen letztlich die psychische Erkrankung zu erkennen.

Nach der Diagnosestellung schienen die Ursachen der Symptome dieser Patientengruppe für sie allerdings klar ersichtlich zu sein. Die körperlichen Symptome seien für sie Ausdruck „autoaggressiver Lebensverneinung“ basierend auf unbewussten, „selbstaufgelegten Zwängen“. Das heißt anscheinend, dass die Symptome aus ihrer Sicht unbewusste Antworten der Patient*innen auf eine subjektiv als unveränderlich wahrgenommene, negativ erlebte Situation sind. Aufgrund einer fehlenden oder mangelnden Kompetenz der Patient*innen diese Konflikte zu bewältigen, münden diese offenbar in psychosomatischen Symptomen. Als Beispiele brachte Gabriele Radusz Schwangerschaftskonflikte und das Gefangensein in einer unglücklichen Ehe an. Sie zeigte sich erstaunt, was „die Leute sich so alles ausdenken.“ Aus ihrer Sicht sind diese Patient*innen scheinbar für ihre Symptome selbst verantwortlich und im Wesentlichen gesund. Bedrohlichkeit in der Behandlung wurde in diesen Patientenfällen nicht deutlich.

- *(Therapeutische) Konsequenz für das jeweilige Extrem*

Gabriele Radusz schien sich für beide Patientengruppen bis zu einem gewissen Grad zuständig zu fühlen, jedoch in Abhängigkeit von der jeweiligen Gruppe verschiedene Herangehensweisen zu haben. Im Umgang mit den Patient*innen der Gruppe „Akutfälle“ wendet sie offenbar einen Standardablauf an. Dazu nähme sie ihr Gegenüber sehr ernst, prüfe die Symptome und spräche die Patient*innen auf das Thema Suizidalität an. Darüber hinaus versuche sie, bei diesen depressiven Patient*innen Kontakt zu halten. Sie schien sich klare Grenzen zu einem frühen Zeitpunkt des Patientenkontaktes zu setzen, weil sie die Erkrankung in dieser Gruppe offenbar als akut bedrohlich und teilweise auch tödlich wahrnahm. Es entstand der Eindruck, dass Gabriele Radusz sich in dieser Gruppe insbesondere für die Wahrnehmung der Symptome und die Koordinierung der Behandlung hin zu einer spezialisierten Versorgung

verantwortlich fühlte. Für eine „vernünftige Diagnostik“ gäbe sie die Patient*innen an Spezialist*innen weiter.

In der Gruppe der von ihr als psychosomatisch wahrgenommenen Patient*innen vermittelte Gabriele Radusz, dass viele dieser – von ihr als sozial verorteten – Probleme sehr leicht und weitestgehend eigenständig durch die Betroffenen lösbar sind. Aus ihrer Perspektive fehle den betroffenen Patient*innen häufig eine „Zynikerin“, die ihnen die „Nichtigkeit ihrer Probleme“ vor Augen hielte. Dazu schien sie mit diesen Patient*innen sehr konfrontativ ins Gespräch zu gehen und im hausärztlichen Setting z. T. unkonventionelle Lösungsansätze vorzugeben. Damit fordert sie offenbar die Patient*innen zur Selbstermächtigung auf. Gabriele Radusz erzählte beispielsweise, dass sie den von partnerschaftlichen Problemen betroffenen Frauen den Gedanken vermittele, dass sie ihren Partner nur zufällig getroffen hätten und auch einfach wieder auseinander gehen könnten. Sie hätten schließlich nur ein Leben. Gabriele Radusz erzählte, dass sie diese Patient*innen u. a. auch zum Fremdgehen und zum „Böse werden“ motiviere.

Anhand ihrer Schilderung entstand der Eindruck, dass Gabriele Radusz die erste Gruppe aus einem medizinischen-hausärztlichen Kontext heraus behandelte, wohingegen sie die zweite Gruppe mit persönlichen, von ihr präferierten Lösungen versorgte, die teilweise aus dem professionellen Kontext herausgelöst wirkten.

- *Individuelle Erfahrungswelt als berufliche Handlungsgrundlage*

Diese unkonventionell wirkenden Denk- und Handlungsweisen sind anscheinend auf den großen Einfluss ihrer individuellen Erfahrungswelt auf ihre beruflichen Handlungen zurückzuführen. Gabriele Radusz beschrieb, dass sich ihre in der Sozialisation erworbenen Erfahrungen aus unterschiedlichen Lebenszeiten und -bereichen zu einem „Zopf im Kopf“ zusammenfügen. Die einzelnen Strähnen des Zopfes bestünden z. B. aus beruflichen Erlebnissen und Erfahrungen aus Studentenzeiten, aber auch aus Inhalten von Büchern und Sprüchen ihrer Großmutter. Ebenso schien sie ihre Patient*innen als Lehrmeister wahrzunehmen und mit jedem Patientenkontakt etwas zu ihrem Erfahrungszopf hinzuzufügen. Das Wenigste dagegen würden Elemente wie erlernte Klassifikationen, Leitlinien oder evidenzbasierte Medizin zum Zopf beitragen. EBM wurde von ihr als „evidenzbasierte Kacke“ oder „Hure der Medizin“ bezeichnet und damit von ihr offensichtlich komplett abgelehnt.

Gabriele Radusz wirkte, als ob sie sehr stolz auf ihren Erfahrungszopf ist und im⁷ Vertrauen darauf ihre Therapiekonzepte ableitete. Student*innen seien oft verblüfft, wie sie bei der Behandlung auf die Diagnose oder den richtigen Therapieansatz käme. Das Schöpfen aus dem Erfahrungszopf unterscheide aus ihrer Sicht Mediziner*innen, die frisch von der Uni kämen, und eine (erfahrene) Ärztin wie sie.

Einfluss ihrer feministisch-emanzipatorischen Lebenseinstellung auf den Patientenfall

Als Teil ihres Erfahrungszopfes schien auch ihre feministisch-emanzipatorische Lebenseinstellung für die Behandlung der Patient*innen eine Rolle zu spielen. Beispielsweise wurde im Interview mehrmals deutlich, dass Gabriele Radusz (Ehe-) Männer als den pathogenen Faktor im Leben einer Frau ausmachte. Sie verdeutlichte in diesem Zusammenhang, dass sie die Ehe als gesellschaftliche „Kette“ wahrnahm, die es schwerer machen würde, sich aus der pathogenen Situation zu lösen. In diesem Zusammenhang entstand durch die vorgetragenen Patientenbeispiele der Eindruck, dass Gabriele Radusz mit bestimmten soziodemografischen Faktoren – wie dem Geschlecht, dem Familienstand, dem Bildungsstatus oder religiösen und kulturellen Merkmalen der Patient*innen – stereotype Fallcharakteristika assoziierte und daraus ihre Annahmen ableitete. Sie schränkte beispielsweise ein, dass man Frauen aus anderen Kulturkreisen nicht so einfach mit „Ideen aus dem Zopf oder der Wissenschaft“ behandeln könne, da sich die Alltagspraktiken kulturell unterschieden. Gabriele Radusz erläuterte im Interview, dass eine Patientin aus Anatolien von ihrer Familie umgebracht werden könnte, wenn sie ihren „Pascha“ verlasse. Anstatt die Trennung zu empfehlen, verschenke sie in solchen Fällen beispielsweise eine Nähmaschine. Auf diese Weise versucht sie anscheinend die Patientin zum Durchhalten zu motivieren und ihr Selbstwertgefühl zu stärken.

- *Kritikpunkte bei der Behandlung Depressiver in ihrer generellen hausärztlichen Tätigkeit*

Immer wieder beschrieb Gabriele Radusz Kritikpunkte unterschiedlichster Art im Interview. Dazu gehörte, dass die Diagnostik, die Vermittlung der Befunde und die Behandlung ihrer depressiven Patient*innen – z. B. aufgrund der Vielfältigkeit der Symptome und der Ablehnung der Diagnose – offenbar viel Arbeit bedeutet und zeitaufwendig ist. Depressive störten teilweise die Abläufe in der Hausarztpraxis durch die umfangreichen Konsultationen. Dadurch fielen andere Patient*innen durchs Raster, wenn daraus resultierender Zeitdruck und Patientenandrang die Sprechstunde dominieren. Oft gäbe es zudem Probleme, die Patient*innen – z. B. aufgrund fehlender ambulanter Termine oder der Abweisung von Patient*innen durch Kliniken – zeitnah an Spezialist*innen zu vermitteln. Negativ erlebe sie außerdem die fehlende Wertschätzung ihrer „Arbeit am Menschen“. Es fehle an der entsprechenden finanziellen Entlohnung. Außerdem fühlt sie sich scheinbar durch die Patient*innen nicht wertgeschätzt, wenn diese z. B. aufgrund einer besseren Praxisausstattung zu anderen Kolleg*innen wechseln. Vor diesem Hintergrund stellte sie sich als Einzelkämpferin dar und schien mit den Mitteln zu arbeiten, die ihr zur Verfügung stehen.

Diagramm als Darstellung der Kategorien und deren Beziehungen zueinander

In dieser Analyse wurden fünf Kategorien identifiziert. (vgl. Abb. 9) Die Hauptkategorie „*Individuelle Erfahrungswelt als berufliche Handlungsgrundlage*“ steht breitbasig unter den anderen Kategorien, da Gabriele Radusz' berufliche Denk- und Handlungsweisen auf ihren

persönlichen Erfahrungen zu basieren schienen. Zwischen Hauptkategorie und der Kategorie „*Einfluss ihrer feministisch-emanzipatorischen Lebenseinstellung auf den Patientenfall*“ gibt es große inhaltliche Gemeinsamkeiten, denn in beiden Kategorien geht es um den Einfluss ihrer Sozialisation auf ihr berufliches Handeln. Man könnte letztere als Subkategorie bezeichnen. Die Gemeinsamkeiten sollen durch die Überlappung in der Darstellung verdeutlicht werden.

Die Kategorien „*In den Extremen von Ernsthaftigkeit und Nichtigkeit depressiver Symptome verhaftet*“ und „*(Therapeutische) Konsequenz für das jeweilige Extrem*“ befinden sich in der Darstellung auf gleicher Höhe, weil die (therapeutischen) Konsequenzen unmittelbar mit der Einteilung der Patient*innen in die zwei Gruppen verknüpft zu sein schienen. Jedes Extrem bedingt offenbar spezifische therapeutische Maßnahmen. Dies soll durch die Verknüpfung der Kategorien über eine Linie verdeutlicht werden. Beide Kategorien stehen inhaltlich auch in enger Verbindung zur Hauptkategorie. In der Darstellung nehmen sie über „*Einfluss ihrer feministisch-emanzipatorischen Lebenseinstellung auf den Patientenfall*“ Kontakt zu ihr auf.

Die fünfte Kategorie „*Kritikpunkte der Ärztin bei der Behandlung Depressiver in ihrer generellen hausärztlichen Tätigkeit*“ gab aufgrund des faktischen Charakters der Daten, auf denen diese Kategorie beruht, nur wenig Raum für Interpretationen über den reinen Informationsgehalt hinaus. Das heißt, sie beruht auf natürlichen Codes bzw. Nennungen von Gabriele Radosz. Diese Kategorie wurde gebildet, weil die Kritikpunkte im Interview regelmäßig von Gabriele Radosz angesprochen wurden und dementsprechend offenbar bedeutungsvoll für sie waren. Die Analysegruppe nahm das Thema allerdings nicht als Kernelement des Falles wahr. Darum ist die Kategorie in der Darstellung kleiner und befindet sich dezentral. Sie steht mit der Kategorie „*(Therapeutische) Konsequenz für das jeweilige Extrem*“ in Verbindung, da die Kritikpunkte sich inhaltlich insbesondere auf den Bereich der Therapie beziehen.

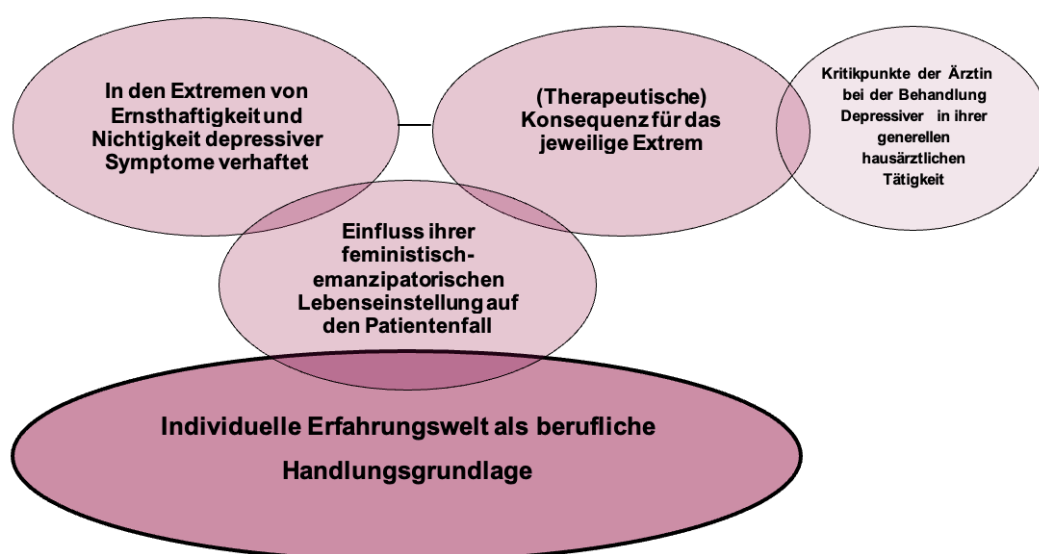


Abb. 9. Darstellung der Kategorien zu Dr. med. Gabriele Radosz

Wahrnehmung und Diskussion zu Gabriele Radusz in der Analysegruppe

Aus Sicht der Analysegruppe hinterließ die Selbstdarstellung von Gabriele Radusz einen ambivalenten Eindruck: Zunächst wirkte sie wie eine typische Hausärztin. Vor dem Hintergrund der hausärztlichen Prinzipien des *abwendbar gefährlichen Verlaufs*⁶ und des *abwartenden Offenhaltens* erschien die Einteilung in Extreme nachvollziehbar. Sie schien die *Red Flags* (wie z. B. Suizidalität) zu (er-) kennen. Außerdem präsentierte sie sich als Expertin ihrer Patient*innen und deren Familien, indem sie im Sinne des *hermeneutischen Fallverständnisses* und der *erlebten Anamnese* die (soziokulturellen) Zusammenhänge in den Familien offenbar überblickte. Sie vermittelte mit ihren Erzählungen, dass sie damit anscheinend in der Lage ist die Symptome ganz anders zu bewerten als Kliniker*innen in der Psychiatrie, welche aus ihrer Sicht nur einen kleinen Ausschnitt der Patientengeschichte kennen würden. Es entstand der Eindruck, dass Gabriele Radusz für ihre depressiven Patient*innen sowohl Seelsorgerin als auch Vertrauensperson sein kann. Sie schien ihr Vorgehen als erfolgreich wahrzunehmen und wirkte zunächst sehr souverän.

Beim Fortschreiten der Analyse empfanden die Analysierenden Gabriele Radusz' Arbeitsweise jedoch zuweilen als unprofessionell. Obwohl sie erzählte, dass ihr das Wissen für eine spezifische Diagnostik fehle und sie manchmal auch nicht weiterwisse, entstand nicht der Eindruck, dass sie es für angezeigt hielt, dies nachzuholen. Stattdessen vertrat sie z. T. unkonventionell wirkende Ansichten, die sie teilweise in laienätiologische Therapieangebote zu übersetzen schien. Obwohl es für die Analysierenden durchaus nachvollziehbar war, dass eine Nähmaschine als Instrument der Selbstfürsorge fungieren kann, wurde die extreme Abkehr von validierten und etablierten Diagnose- und Therapieinstrumenten und die scheinbar unverhandelbare Überzeugung von ihrem Erfahrungswissen in der Gruppe kritisch gesehen.

Neben rein inhaltlichen Aspekten war auch der von Gabriele Radusz dargebotene Beziehungsaspekt in der Kommunikation mit ihren Patient*innen immer wieder Teil der Diskussionen und rief in der Analyse Irritationen hervor. Denn obwohl sie betonte, dass sie sich nicht wie eine Großmutter oder Freundin verhalten wolle, entstand sowohl inhaltlich als auch sprachlich genau dieser Eindruck in der Analyse. Insgesamt wirkte sie sehr dominant und ihre Patientenversorgung maternalistisch. Die Darstellung ihrer beruflichen Handlungs- und Denkweisen erinnerte durch ihre figurative Sprache außerdem z. T. mehr an die Techniken eines Lebenscoaches als an die einer Hausärztin.

Die Analysegruppe empfand zudem, dass die Grenzen zwischen Beruflichem und Privatem in ihrem Alltag verschwimmen. Gabriele Radusz schien sich von ihren Emotionen mittragen zu lassen und sich nicht von den Patientenfällen abzugrenzen. Beispielsweise empfahl sie einer Patientin, das „Schwein“ anzuzeigen oder bot an, Nummern von „Jungs“ weiterzugeben, die die Patientin zu ihrem prügelnden Mann schicken könne. Anscheinend scheute sie

⁶ Zu den in diesem Abschnitt kursiv gedruckten Termini befinden sich Erläuterungen in Kapitel 2.4.1.

sich nicht vor Eingriffen in die private Lebenswelt der Patient*innen. Aus dem Gesamtkontext des Interviews wird deutlich, dass ihr offenbar nicht nur medizinische, sondern auch gesetzliche Richtlinien zuweilen gleichgültig sind.

In diesem Zusammenhang schien sie bei der Umsetzung ihrer hausärztlichen Arbeit eine gewisse Autonomie zu beanspruchen und für Kritik von außen unempfänglich zu sein. Sie hätte ihr „Nirwana“ erreicht. Das meint offenbar, dass sie ein Alter und einen Standpunkt erreicht hat, in dem es ihr egal ist, was sie darf und was nicht. Sie könne einfach aufhören, wenn jemand ihre Arbeitsweise beanstanden würde.

5.1.6 Dr. med. Mareike Ehlers: „Depressionen werden immer besser, grundsätzlich kann ich das versprechen.“

Zur Person

Die zum Zeitpunkt des Interviews 40 Jahre alte Fachärztin für Allgemeinmedizin praktizierte seit 16 Jahren, davon zehn Jahre als Fachärztin. Seit 9 Jahren arbeitete sie in einer eigenen hausärztlichen Praxis im Umland einer nordostdeutschen Großstadt. Die durchschnittliche Scheinzahl pro Quartal betrug 1600.

Darstellung der Kategorien

- *Klinikerfahrung als „knalliger Einstieg“ ins Thema Depression*

Mareike Ehlers begann ihre Ausführungen mit Erzählungen aus ihrem ersten Jahr der Assistenzarztweiterbildung. Diese Zeit sei durch ihre Erlebnisse auf einer psychiatrischen Station geprägt gewesen. Dort wurden hauptsächlich Patient*innen behandelt, die von einer Depression oder Pseudodemenz betroffen waren. Sie beschrieb ihre Erfahrungen als „knalligen Einstieg“ in die Weiterbildung aufgrund der Konfrontation mit Patient*innen, die an extremen Ausprägungen der Erkrankung litten. Zu diesen Ausprägungen zählte sie beispielsweise Depressionen mit stuporöser oder wahnhafter Komponente sowie mit rezidivierenden Verläufen oder Suizidalität. Mareike Ehlers schien durch die Auseinandersetzung mit diesen schweren Patientenfällen fachliche Kompetenzen – wie z. B. die Anwendung eines Standardablaufes für die Diagnostik, das offene Thematisieren von Suizidalität oder das Ernstnehmen depressiver Symptome – entwickelt zu haben. Ebenso erwarb sie scheinbar Fähigkeiten für den Umgang mit emotional belastenden Situationen im Patientenkontakt. Beispielsweise erzählte Mareike Ehlers über den für sie unerwarteten Suizid einer ihrer Patientinnen. Diese Erfahrung sei für sie sehr schwer gewesen, da sie sich emotional von der Frau „verarscht“ gefühlt und lange mit Selbstvorwürfen gehadert hätte. In Supervisionen und im Austausch mit ihren Kolleg*innen schien sie gelernt zu haben, solch belastende Situationen zu erkennen, zu reflektieren und die gemachten Erfahrungen für die Zukunft nutzbar zu machen. Beispielsweise hätte sie u. a. mittels Intellektualisierung und Relativierung des beschriebenen Patientenfalles gelernt, dass

Depressionen genauso eine tödliche Erkrankung seien wie z. B. ein Herzinfarkt oder eine Tumorerkrankung.

- *Souveränität im Umgang mit depressiven Patient*innen im hausärztlichen Setting*

In ihrem aktuellen Praxisalltag sei Mareike Ehlers mit der ganzen Bandbreite depressiver Erscheinungsbilder konfrontiert. Diese reichten von leichter Dysthymie mit fehlendem Antrieb und Schlafstörungen bis hin zu akuter Suizidalität. Wobei suizidale Patient*innen eher selten seien. Zur Behandlung depressiver Patient*innen in der Allgemeinarztpraxis schien Mareike Ehlers hausärztliche und psychiatrisch-psychologische Elemente zu kombinieren: Sie vermittelte im Interview, dass sie bei der Verdachtsdiagnose „Depression“ mithilfe eines Standardablaufes strukturiert vorgeht. Sie beginne in der Konsultation immer mit einem „Türöffner“, d. h. einer allgemein gehaltenen, gesprächseröffnenden Frage und explore anschließend die somatischen Symptome. Dazu gehörten z. B. Gewichtsverlust, Schlafstörungen und Verlust sexueller Appetenz. Bei schwereren Symptomen frage sie immer nach Suizidalität, Ich- und Denkstörungen. Diese Vorgehensweise hätte sie in der Psychiatrie gelernt.

Sie schien auch im Patientenkontakt auftretende Irritationen wahrzunehmen, zu reflektieren und Patient*innen offen und direkt auf diese anzusprechen. Beispielsweise erzählte sie über einen lamentierenden Patienten, der auf die Frage, warum er denn so wütend sei, in Tränen ausbrach und antwortete, dass er eigentlich auf sich selbst „sauer“ wäre. Auf diese Weise erfuhr sie, dass er anscheinend schon seit einiger Zeit unter Schlafstörungen, Potenzproblemen und einem Gefühl der Unzulänglichkeit im Alltag litt. In der Analyse entstand der Eindruck, dass es mithilfe der Reflexion der wahrgenommenen Irritationen früher im Behandlungsprozess möglich ist, auch bei somatischen Symptomen an eine Depression zu denken und früher (wiederkehrende) Episoden zu erkennen. In diesem Zusammenhang ist es offenbar hilfreich, dass die Patient*innen auch wegen anderer Entitäten regelmäßig bei Mareike Ehlers vorstellig werden und sie diese in ihrer Funktion als Hausärztin über die Jahre immer besser kennenlernt.

Therapeutisch bräuchten viele der Patient*innen zunächst ein entlastendes Gespräch als Einstieg. Diese Gespräche führe sie primär in der Praxis selbst durch. In vielen Fällen genüge das meist schon. Gelegentlich müsse sie die Patient*innen überweisen, weil die Zeit in der Hausarztpraxis nicht für eine umfassende Gesprächstherapie ausreiche. Mareike Ehlers vermittelte im Interview den Eindruck, dass sie sich sowohl die Gesprächs- als auch die medikamentöse Therapie zutraute. Sie berief sich auf die aktuelle Studienlage und stellte ihre Erfahrungen mit verschiedenen Substanzklassen dar. Sie sehe eine antidepressive Medikation vor allem als Unterstützung in der Therapie, um Symptome wie z. B. Schlafstörungen oder innere Unruhe zu mildern, Symptome schneller zu verbessern oder den Zeitraum bis zur nächsten Episode zu verlängern.

- *Patientenautonomie und ärztliche Zurückhaltung in der Therapie*

In der Behandlung schien Mareike Ehlers sich am Bedarf der Patient*innen zu orientieren und ihnen vor dem Hintergrund eines vertrauensvollen Arzt-Patienten-Verhältnisses und regelmäßiger Kontakte im hausärztlichen Setting insgesamt eine relativ große Autonomie zu überlassen. Sie schaltet sich offenbar nur dann ein, wenn den Patient*innen eine Gefährdung (z. B. durch Suizidalität) droht. Beispielsweise bietet sie ihren Patient*innen zwar Medikamente und Gesprächstherapie an, letztlich sei es aber Geschmackssache, welche Therapieoptionen die Patient*innen wahrnehmen. Ebenso verzichte sie z. B. auf eine aus ihrer Sicht notwendige stationäre Behandlung, wenn es dem Patientenwunsch entspräche. Stattdessen bestelle sie die Betroffenen regelmäßig ein und versuche zeitnah eine Psychotherapie zu organisieren. Auch (bekannte) psychische Probleme spräche sie nur dann an, wenn sie das Gefühl hätte, dass Patient*innen aktuell wieder ein Gespräch gebrauchen könnten. Dabei berief sie sich scheinbar auf Koda als Hinweise für einen Bedarf. Diese Koda schienen auf gegenseitiger Kenntnis zu beruhen. Wenn sie die Patient*innen beispielsweise frage „Kann ich sonst noch was für Sie tun?“ wüssten diese, was gemeint ist.

Im Rahmen dieser therapeutischen Zurückhaltung schien sie auch ihre persönlichen Erwartungen in der Behandlung wahrzunehmen, zu reflektieren und unter Berücksichtigung der Bedürfnisse der Patient*innen zurückzunehmen. Sie führte im Interview z. B. an, dass sie sich bewusst sei, dass sie lieber depressive Männer als depressive Frauen behandle. Dies erkläre sie sich mit ihrer hohen Erwartungshaltung an sich selbst als Frau, welche sie anscheinend auch auf andere Frauen übertrage.

- *Positive Lebenseinstellung als Ressource im Umgang mit Depressionen*

Im Interview vermittelte Mareike Ehlers eine positive Lebenseinstellung. Beispielsweise erzählte sie, dass sie sich eher mit manischen Phasen wie beim Frisch-Verliebt-Sein identifizieren und nicht aus eigenen Erfahrungen wie ausgeprägtem Baby Blues schöpfen könne. Sie schien sich selbst nicht unmittelbar durch Depressionen gefährdet zu sehen. Dies gibt sie offenbar auch ihren Patient*innen weiter, indem sie ihnen beispielsweise darlegt, dass Depressionen immer besser werden würden. Weiterhin schien Mareike Ehlers Humor als Hilfsmittel in der Behandlung – sowohl als Diagnostikum als auch zur Verlaufskontrolle – zu nutzen. Wenn Patient*innen z. B. mit Beginn einer antidepressiven Therapie wieder mitlächelten oder versuchten, selbst einen Witz zu reißen, gilt dies für sie scheinbar als positiver Verlaufsparemeter. Mareike Ehlers nutzt Humor offensichtlich auch therapeutisch, indem sie z. B. versuche, den Patient*innen und sich durch ein „loses Mundwerk“ Entlastung zu verschaffen. „Nichts ist schöner, als über so ne ordentliche Scheiß-Depression auch zu lachen.“

Diagramm als Darstellung der Kategorien und deren Beziehungen zueinander

Die Kategorie „Souveränität im Umgang mit depressiven Patient*innen im hausärztlichen Setting“ wurde durch die Analysierenden als Hauptkategorie identifiziert, weil sie Mareike Ehlers'

Ausführungen zur Behandlung von Depressionen in den Mittelpunkt stellt. Außerdem nimmt sie Verbindung zu allen anderen Kategorien auf. (vgl. Abb. 10) Der Pfeil zwischen dieser Kategorie und „Klinikerfahrung als ‚knalliger Einstieg‘ ins Thema Depression“ kennzeichnet sowohl einen zeitlichen Verlauf (Vergangenheit → Gegenwart) als auch eine Konsequenz, da vermutet wurde, dass ihr derzeitiges (scheinbar souveränes) Handeln eine Folge ihrer damaligen Erfahrungen in der Psychiatrie ist. Die beiden Kategorien „Positive Lebenseinstellung als Ressource im Umgang mit Depressionen“ und „Patientenautonomie und ärztliche Zurückhaltung in der Therapie“ überlappen sich mit der Hauptkategorie, da sie als Subkategorien bzw. spezifische Dimensionen der Hauptkategorie betrachtet werden können.

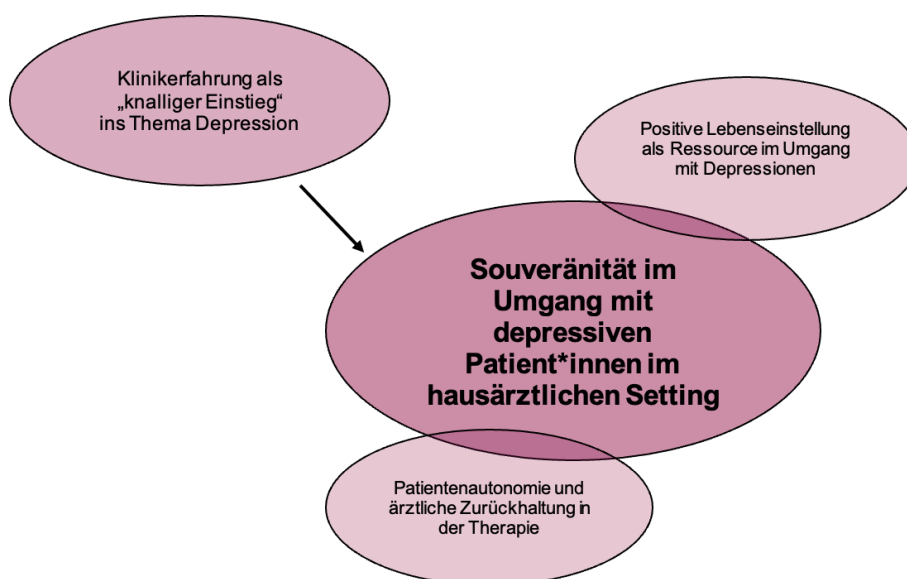


Abb. 10. Darstellung der Kategorien zu Dr. med. Mareike Ehlers

Wahrnehmung und Diskussion zu Mareike Ehlers in der Analysegruppe

Aus der Gesamtinterpretation des Interviews kam die Analysegruppe zu der Einschätzung, dass Mareike Ehlers keine Berührungsängste mit der Thematik „Depression“ hatte und sich für Diagnostik und Therapie – inklusive Gesprächstherapie und medikamentöser Behandlung – der depressiven Patient*innen zuständig und befähigt fühlte. Ihre Ausführungen zur Behandlung wirkten auf die Analysierenden strukturiert und reflektiert. Sie vermittelte damit einen souveränen Eindruck. In den Analysen wurde die Hypothese entwickelt, dass dies u. a. auf ihren Erfahrungen in der Psychiatrie beruhen könnte. Diese stellten für sie scheinbar zwar einen harten Einstieg ins Berufsleben dar, trugen aber offensichtlich auch zu ihrer Professionalisierung bei. Auch mit eigenen Emotionen und Erwartungen schien sie bewusst zu agieren. Unter den Analysierenden wurde es als professionell empfunden, dass sie scheinbar ihre persönlichen Ansichten wahrnahm und zurückstellte, um im Sinne des Patientenwunsches zu handeln.

Im Vergleich zu anderen Interviewten gab es für die Analysegruppe außerdem keine Hinweise dafür, dass sie zum Zeitpunkt des Interviews (unreflektierte) Wut, Aggression oder Hilflosigkeit im Umgang mit ihren Patient*innen verspürte. Sie wirkte auf die Analysierenden zufrieden mit ihrer Arbeit und schien ihr mit einer gewissen Leichtigkeit nachzugehen.

5.2 Fallvergleichende Erkenntnisse zur unipolaren Depression

5.2.1 Sechs Fälle auf einen Blick

Die ärztliche Psychotherapeutin *Corinna Schulze-Keller* stellte ein breites Spektrum der unipolaren Depression mittels definitorischer Aspekte dar. Anhand ihrer Ausführungen entstand für die Analysierenden der Eindruck, dass aufgrund der Überlappungen zu anderen Krankheitsbildern und der individuellen klinischen Verläufe eine konkrete Diagnosefindung teilweise komplex ist. Trotz einer schwierigen Diagnosefindung und des nicht immer erwartungskonformen Krankheits- und Behandlungsverlaufes wirkte Corinna Schulze-Keller durch ihre Erfahrungen objektiv, gefasst und auf alle Eventualitäten eingestellt. Orientierung in der Behandlung erlangte sie offenbar durch die Anwendung tiefenpsychologischer Maxime. Wissenschaftliche Erkenntnisse und Wünsche ihrer Patient*innen wurden scheinbar ebenso von ihr berücksichtigt. Insgesamt vermittelte sie dadurch einen professionellen Eindruck.

Die ärztliche Psychotherapeutin *Elke Parrisius* schien depressive Patient*innen in drei Gruppen zu subsumieren. In diesen Gruppen befinden sich die Patient*innen scheinbar in bestimmten Zuständen: Nach ihren Schilderungen gehören zu der ersten Gruppe schwerst Depressive mit therapieresistenter Symptomatik. In der zweiten Gruppe verortete sie ebenso akut schwerst depressive Patient*innen, die allerdings einen gut fassbaren Auslösemoment hätten und relativ zügig auf die Therapie ansprächen. Zur dritten Gruppe gehörten Depressive mit leichter, oftmals reaktiv bedingter Symptomatik. Der von der Ärztin wahrgenommene Zustand schien einen Einfluss auf die Art der Behandlung zu haben: In der ersten Gruppe geht es anscheinend darum, zunächst nur zu begleiten, die Symptomatik auszuhalten und die Patient*innen medikamentös zu stabilisieren. Nach dem Abklingen der Symptomatik kann offenbar die psychotherapeutische Aufarbeitung der Symptome erfolgen. Auch Patient*innen der zweiten Gruppe müssen scheinbar zunächst medikamentös stabilisiert werden. Eine begleitende psychotherapeutische Aufarbeitung scheint aber schon früher möglich zu sein. In der dritten Gruppe ist offenbar meist die psychotherapeutische Aufarbeitung ausreichend. Insbesondere in dieser Gruppe sei die Depression nicht nur als Symptomatologie wahrzunehmen, sondern auch als ein Signal, dessen Bedeutung für die Patient*innen verstanden werden müsse. Trotz der Einteilung ihrer Patient*innen mittels Zustandszuweisung gibt es anscheinend kein Schema, dass allen Patient*innen gleichermaßen gerecht werden kann. Elke Parrisius verdeutlichte mehrfach, dass vor dem Hintergrund der Komplexität der einzelnen Patientenfälle ein individuelles und flexibles Herangehen notwendig ist.

Die psychologische Psychotherapeutin *Hannah Abel* wirkte auf die Analysierenden wie eine Psychoanalytikerin mit Leib und Seele. Denn Psychoanalyse schien nicht nur Grundlage ihrer Krankheitsvorstellung, ihres therapeutischen Handelns und ihrer Bewältigungsstrategien für Belastungserfahrungen zu sein, sondern auch Teil ihrer privaten Lebensvorstellungen. Nach ihren Erzählungen entsprechen Depressionen entwicklungspsychologischen Konflikten. In der psychoanalytischen Behandlung ginge es um die langfristige und tiefgreifende Bearbeitung dieser Konflikte. Dazu stellte sie die Reflexion und Bearbeitung der Übertragungs- und Gegenübertragungsgefühle als Instrument der analytischen Arbeit dar. Dies wird anscheinend von der Therapeutin als sehr anstrengend empfunden. Trotzdem vermittelte Hannah Abel eine positive Grundhaltung ihrer Arbeit gegenüber. Sie schien der Psychoanalyse eine Sonderstellung im Umgang mit depressiv erkrankten Menschen einzuräumen, weil es ihr scheinbar mittels psychoanalytischer Methoden möglich ist, auch hinter einem eher somatischen Symptom das eigentliche Problem – nämlich den entwicklungspsychologischen Konflikt – wahrzunehmen. In diesem Zusammenhang beschrieb sie sich als „Fan ihrer Kunst.“

Die psychologische Psychotherapeutin *Ulrike Flinkmann* stellte überwiegend die Schwierigkeiten in der Behandlung Depressiver dar. Dazu beschrieb sie u. a. die therapieeinschränkende Symptome, die pessimistische Grundhaltung der Patient*innen, der von ihr scheinbar als unangenehm wahrgenommene Beziehungsaufbau und die Notwendigkeit einer individuellen Therapiegestaltung. Die Analysegruppe gewann den Eindruck, dass die wahrgenommenen therapeutischen Belastungen und der unbehagliche Beziehungsaufbau Ulrike Flinkmann anfällig für Zweifel an ihrer eigenen Selbstwirksamkeit sowie für negative Gefühle ihren Patient*innen gegenüber machte. Entlastend schienen strukturgebendes, therapeutisches Handwerkzeug und (Selbst-) Reflexionen zu sein. Im Gesamtkontext des Interviews vermittelte Ulrike Flinkmann letztlich aber nicht, dass sie sich von den Belastungen der Behandlung distanzieren konnte.

Die Hausärztin *Gabriele Radusz* schwankte bei der Beschreibung depressiver Patient*innen zwischen zwei Extremen: Auf der einen Seite erzählte sie über „Akutfälle“. Dazu gehören offenbar Patient*innen, die z. B. von Suizidalität bedroht sind. Auf der anderen Seite wurden von ihr Patient*innen mit depressiven Verstimmungen dargestellt, bei denen aus ihrer Sicht psychosomatische Symptome im Vordergrund stehen. Während sie die Akutfälle sehr ernst zu nehmen schien und in eine spezialisierte Weiterbehandlung vermittelte, betrachtete sie Patient*innen mit psychosomatischen Symptomen anscheinend als im Wesentlichen gesund. Es entstand der Eindruck, dass sie letztere Gruppe intuitiv und mit unkonventionellen Therapieansätzen behandelt. Aus den Daten schlussfolgernd beruhen diese Therapieansätze vor allem auf ihren persönlichen Erfahrungen. Ihre Denk-, Deutungs- und Handlungsweisen im Umgang mit depressiven Patient*innen leiteten sich scheinbar sowohl aus Elementen ihrer privaten als auch beruflichen Biografie, letztlich aus ihrer gesamten Sozialisation ab. Evidenzbasiertes

Wissen und evidenzbasierte Empfehlungen schien Gabriele Radusz dagegen weitestgehend aus der Behandlung zu verdrängen. Vor dem Hintergrund einiger persönlicher Kritikpunkte (wie z. B. dem Zeitmangel in der alltäglichen Berufspraxis, mangelnder Wertschätzung und der schwierigen Vermittlung von Patient*innen zu Spezialist*innen) vermittelte sie den Eindruck, autonom zu handeln und sich von externer Kritik freizumachen.

Die Hausärztin *Mareike Ehlers* schien in ihrem aktuellen beruflichen Handeln von ihren berufsbiografischen Erfahrungen – insbesondere aus ihrer Assistenzarztzeit in der Psychiatrie – zu profitieren. Das Erlernen sowohl psychiatrischer Methoden als auch des Umgangs mit eigenen Emotionen und Erwartungen (z. B. in Form von Selbstreflexion) trugen offenbar zu ihrer Professionalisierung bei. Mareike Ehlers schien sich in der Behandlung an den Bedürfnissen der Patient*innen zu orientieren. Dabei reflektierte sie offenbar eigene Erwartungen und Einstellungen und stellte sie im Sinne der Patientenautonomie zurück. Aus den Daten schlussfolgernd ist für die Behandlung außerdem ihre positive Lebenseinstellung prägend.

5.2.2 Fallübergreifende Bedeutungsaspekte bezüglich der Krankheitskonzepte zur unipolaren Depression

Verortung von Symptomen

Die Interviewten stellten anhand ihres Erfahrungsspektrums eine ganze Bandbreite von depressiven Erscheinungsbildern dar. Dabei wurden große phänomenologische Unterschiede, verschiedene Schweregrade und Episodenhäufigkeiten herausgestellt. Es werden offenbar nicht nur rein psychiatrische, sondern auch (chronische) somatische und vegetative Symptome von depressiven Patient*innen an die Interviewten herangetragen. Diese Symptome müssen aus Sicht eines Teils der Interviewten nicht nur als reine Symptomatologie, sondern auch als ein mehrdimensionales Signal betrachtet werden, weil sie offenbar Ausdruck eines tieferliegenden Bedürfnisses, eines innerpsychischen oder eines sozialen Konfliktes der Patient*innen sind. Einige Interviewte merkten an, dass die Wahrnehmung und Einordnung der Symptome – insbesondere für Organmediziner*innen und Patient*innen – aufgrund dieser Mehrdimensionalität teilweise schwierig sein können.

Die Analysegruppe interpretierte, dass bei der Verortung der Symptome die konkrete Diagnosestellung für die Interviewten nicht vordergründig ist. Es entstand eher der Eindruck, dass die Beurteilung der individuellen Verläufe, das Gesamtbild der Patient*innen und die Gefährdung durch die Symptome eine Rolle spielen. In den Interviews kam es in diesem Zusammenhang z. T. zur Zuordnung der Patient*innen in Gruppen anhand von (individuellen) Kriterien oder auf Grundlage von stereotypen Vorstellungen. Diese Gruppierungen werden scheinbar als wiederkehrende, wiedererkennbare Muster in der Behandlung wirksam. Offenbar bieten sie den Behandlerinnen in der Vielfältigkeit der individuellen Krankheitsverläufe Orientierung. Außerdem schienen die Interviewten aus diesen Gruppierungen eine unterschiedliche (antizipierte) Handlungsnotwendigkeit abzuleiten.

Bezüglich des Ursprunges der Symptome stellten die Behandlerinnen in den Interviews unterschiedliche Erklärungskonzepte dar. Diese reichten von bio-psychologischen Konzepten, über genetische Faktoren bis zu entwicklungspsychologischen, inneren Konflikten. Darüber hinaus wurden äußere Belastungsfaktoren als Ursprung der Symptome benannt, die eine reaktive Depression begünstigen können. Als Beispiele für äußere Belastungsfaktoren wurden sozial verortete Konflikte oder im Lebensverlauf neu aufgetretene Erkrankungen herangeführt.

Diagnostisch-therapeutische Herangehensweisen

Aus der Gesamtinterpretation der Interviews kamen die Analysierenden zu der Einschätzung, dass sich die diagnostisch-therapeutischen Herangehensweisen der Interviewten nicht nur zwischen den Berufsgruppen, sondern auch innerhalb einer Berufsgruppe sehr heterogen darstellen. Fallübergreifend werden individuelle, von der jeweiligen Behandlerin teilweise scheinbar selbst erarbeitete Standardabläufe und Schemata angewandt. Je nach Kategorisierung der Patient*innen in selbst definierte Gruppen verfolgen die Interviewten offenbar unterschiedliche diagnostisch-therapeutische Regime. Dennoch wurde in den Interviews immer wieder deutlich, dass es offenbar kein Schema gibt, das allen Patient*innen gleichermaßen gerecht werden kann. Ein Teil der Interviewten stellte in ihren Erzählungen die Bedeutung eines unvoreingenommenen Herangehens an den Einzelfall und eine flexible Behandlung unter Berücksichtigung der Lebensumstände, Wünsche und Bedürfnisse der Patient*innen für die Therapieadhärenz⁷ und den Behandlungserfolg heraus.

Die Interviewten schienen bezüglich der Therapiegestaltung eine unterschiedlich stark ausgeprägte Autonomie zu beanspruchen. Nach den Schilderungen weicht ein Teil der Behandlerinnen bewusst von vorgegebenen Diagnostikmanualen und Krankenkassenvorgaben ab. Wissenschaftliche Erkenntnisse aus Studien werden anscheinend nur teilweise in die Gestaltung der Behandlung mit einbezogen und Empfehlungen aus Leitlinien z. T. sogar negiert. Während manche Interviewte sich stark an erlernten fachspezifischen Maximen und Methoden zu orientieren schienen, ließen sich andere anscheinend eher von erfahrungsbasierten, selbst erarbeiteten Abläufen leiten.

Rollen- und Entscheidungsverständnis (Selbstverortung)

Die Interviewten reflektierten ihre therapeutische Rolle in ihren Erzählungen teils bewusst, teils unbewusst. Die Reflexionen beinhalteten Erwartungen an die Patient*innen, Festlegungen von Grenzen bezüglich des therapeutischen Wirkungsbereiches, Vorstellungen zur Wahrung

⁷ Bisher wurde in dieser Arbeit der Begriff „Compliance“ verwendet, um das Ausmaß zu bezeichnen, zu welchem das Verhalten von Patient*innen mit den Therapieempfehlungen der Behandelnden übereinstimmt. Dies ist dem Umstand geschuldet, dass er in der verwendeten Literatur und in den Interviews so verwendet wurde. In den nun folgenden Abschnitten dieser Arbeit wird der Begriff „Adhärenz“ verwendet, weil die Analysegruppe aus der fallübergreifenden Analyse schlussfolgerte, dass es dem überwiegenden Teil der Interviewten nicht bloß um die „Folgsamkeit“ der Patient*innen in der Behandlung ging, sondern um die gemeinsame Gestaltung der Behandlung auf Augenhöhe. (vgl. Falkenberg, 2019, S. 71 ff.) (vgl. Abschnitt „Rollen- und Entscheidungsverständnis“)

der therapeutischen Rolle sowie Antizipationen zu den Bedürfnissen der Erkrankten in der therapeutischen Beziehung. Der therapeutische Wirkungsbereich wurde von den Interviewten sehr unterschiedlich beschrieben. Während sich einige Behandlerinnen scheinbar in Zurückhaltung üben und sich vor Eingriffen in die private Lebenswelt der Patient*innen scheuen, gibt es offensichtlich Interviewte, die sich stark in die (privaten) Angelegenheiten der Patient*innen involvieren. Im Gesamtkontext der Interviews entstand der Eindruck, dass auch in Bezug auf den wahrgenommenen Spielraum bei der Entscheidungsfindung in der Behandlung Unterschiede zwischen den Interviewten bestehen. Ein Teil der Interviewten bevorzugt scheinbar die gemeinsame Entscheidungsfindung ggf. nach Vorstellung der verschiedenen Therapiemöglichkeiten. Teilweise scheint es das Ziel zu sein, die Patient*innen mittels der Behandlung zu befähigen, Entscheidungen selbstständig zu treffen. Eine Generalistin trifft Entscheidungen offenbar maternalistisch. Die Möglichkeit der Einbeziehung in therapeutische Entscheidungen hängt u. a. von der Gefährdung der Patient*innen durch die depressive Symptomatik ab.

Wechselwirkung zwischen Beruf und Biografie

Aus den Daten schlussfolgernd gewann die Analysegruppe den Eindruck, dass Erfahrungen – sowohl berufs- als auch familienbiografische – den Umgang mit den depressiven Patient*innen formen. In den Schilderungen der meisten Interviews lag der Schwerpunkt auf Erfahrungen der vergangenen und der aktuellen beruflichen Sozialisation. Dazu gehören in unterschiedlicher Gewichtung sowohl das theoretische Wissen aus der Ausbildung als auch die praktischen Erfahrungen, die in der Interaktion mit den Patient*innen und Kolleg*innen gemacht werden. Diese Erfahrungen tragen offenbar zur Professionalisierung der Interviewten bei, indem u. a. diagnostische und therapeutische Methoden erlernt werden. Zudem scheint die berufliche Intuition mit den praktischen beruflichen Erfahrungen geschult zu werden. Das heißt, Erfahrungen erleichtern es scheinbar, depressive Muster frühzeitig (wieder) zu erkennen, mögliche Wünsche und Bedürfnisse der Patient*innen wahrzunehmen, Verläufe korrekt zu antizipieren und zu beurteilen, was in der jeweiligen Situation eine wirksame therapeutische Strategie sein kann.

In den Interviews fanden sich Hinweise darauf, dass auch familienbiografische Erfahrungen und daraus resultierende persönliche Einstellungen (wie z. B. eine feministisch-emanzipatorische Haltung) sowie der jeweilige Lebenshintergrund der jeweiligen Interviewten mehr oder minder starken Einfluss auf die Behandlung von depressiven Patient*innen nehmen können. Beispielsweise schien die Beurteilung der Symptome, die Antizipation der Bedürfnisse der Patient*innen und die Arzt-Patienten-Beziehung durch diese persönlichen Einstellungen gefärbt zu sein. Darüber hinaus gab es in einigen Interviews Anhaltspunkte darauf, dass der Beruf im Umkehrschluss auch die private Sozialisation beeinflusst, indem beispielsweise auch im Privaten der Blick auf die Menschen durch die beruflichen Sichtweisen geprägt ist.

Selbstwahrnehmung in der Behandlung

Immer wieder erzählten die Interviewten – sowohl Generalistinnen als auch Spezialistinnen – über wahrgenommene Belastungen bezüglich des Umgangs mit ihren depressiven Patient*innen, ohne dass sie explizit danach gefragt worden wären. Die Darstellungen unterschieden sich im Umfang und in der Art der wahrgenommenen Belastung. Während ein Teil der Interviewten kaum Hinweise auf belastende Herausforderungen im Umgang mit depressiven Patient*innen zu erkennen gab, reichte das Spektrum bis zu einer Interviewten, die ihre belastenden Erfahrungen in den Mittelpunkt ihrer Erzählungen stellte.

Therapeutische Herausforderungen stellen scheinbar die teilweise schwer therapierbaren Symptome (wie z. B. exzessives Weinen) und der Depression inhärente, negative Überzeugungen dar. Deren Behandlung wurde als mühsam und erdrückend beschrieben. Anhand der Schilderungen entstand der Eindruck, dass die Beziehungsarbeit teilweise als anstrengend und unbehaglich wahrgenommen wird. Die Analysierenden interpretierten, dass auch durch die Behandlung ausgelöste Emotionen teilweise belastend wirken. In diesem Zusammenhang erzählten die Interviewten über das Gefühl der (Ent-)Täuschung durch die Patient*innen, über Frustration, Scham, innere Abwehr, Wut und Aggression und die teilweise fehlende Wertschätzung durch die Patient*innen. Daraus scheinen für die betroffenen Behandlerinnen unangenehme Gemütslagen zu resultieren, die teilweise offenbar in einer emotional ergriffenen oder ablehnenden Sicht auf die Patient*innen münden. Die Analysegruppe interpretierte, dass insbesondere ausbleibende Erfolgserlebnisse vor dem Hintergrund eines antizipierten Therapieverlaufes zu Zweifeln an der eigenen Selbstwirksamkeit führen können.

Darüber hinaus wurden Belastungen organisatorisch-monetären Charakters im Praxisalltag von den Interviewten dargestellt. Dazu gehören die teilweise schwierigen Überweisungen zu Kliniken und Spezialist*innen, der große Zeit- und Arbeitsaufwand, den depressive Patient*innen offenbar vor allem in der Hausarztpraxis verursachen, und die mangelnde finanzielle Vergütung.

Zudem wird die Erwartungshaltung von Organmediziner*innen von schneller und vollständiger Genesung, wenn Patient*innen in eine spezialisierte Behandlung überwiesen werden, von einem Teil der Spezialistinnen im Behandlungsprozess offenbar als störend empfunden. Die Interviewten berichteten, dass die Patient*innen in der Folge teilweise mit der gleichen Erwartungshaltung zur Behandlung kämen, was zunächst die Klarstellung erforderlich mache, dass die Behandlung teilweise längeren Entwicklungsprozessen entspreche.

Strategien und Techniken der Entlastung

In den Interviews stellte sich der Umgang mit den wahrgenommenen Belastungen sehr unterschiedlich dar. Es wurden verschiedene teils bewusste, teils unbewusste Strategien und Techniken der Entlastung angesprochen. Die Anwendung methodischer Kernelemente aus der jeweiligen Therapierichtung (wie z. B. das Bewusstsein für Übertragungs- und

Gegenübertragungsphänomene aus der Psychoanalyse) ermöglichen anscheinend das Aushalten und Auflösen von Konfliktsituationen in der Behandlung. Die Analysierenden interpretierten, dass für manche Interviewte zudem die Strukturierung des Behandlungsprozesses durch erlernte Behandlungsmethoden und -abläufe in den (teilweise unvorhersehbaren) Verläufen therapeutisch erleichternd wirkt. Im Gesamtkontext der Interviews entstand der Eindruck, dass Selbstreflexion bei der Wahrnehmung, Beurteilung und Bewältigung von therapeutisch schwierigen Situationen und zur persönlichen Distanzierung von den Patientenfällen dienlich ist. In den Interviews wurden Reflexionen im Behandlungsprozess, im Austausch mit Kolleg*innen über vergangene oder aktuelle Patientenfälle oder in Balintgruppen beschrieben. Zudem scheinen persönliche Ressourcen bei der Bewältigung von Belastungserfahrungen hilfreich zu sein. Zu diesen Ressourcen zählen beispielsweise eine positive Lebenseinstellung und die Wahrnehmung schwieriger Patientenfälle als spannende und motivierende Herausforderung. Es gab Hinweise in den Interviews, dass auch eine (starke) Überzeugung von der gewählten Therapieausrichtung als eine persönliche Ressource wirken kann, wenn daraus eine scheinbar starke Selbstwirksamkeitsüberzeugung und ein ausgeprägtes Selbstbewusstsein resultiert. Eine Spezialistin löst sich scheinbar zu ihrer Entlastung vom direkten Feedback der Patient*innen und von der gesellschaftlichen Erfolgsdefinition im Sinne vollständiger Genesung gänzlich ab. In ihrer Wahrnehmung scheinen auch kleine Veränderungen (wie z. B. eine verbesserte emotionale Schwingungsfähigkeit oder eine Symptomreduktion) ein Erfolg zu sein.

5.2.3 Fallübergreifende Hypothesen zu den Krankheitskonzepten in Bezug auf die unipolare Depression

Im Hinblick auf die heterogenen beruflichen Hintergründe der Interviewten (zwei Hausärztinnen, zwei psychotherapeutische Ärztinnen und zwei psychotherapeutische Psychologinnen) erscheint ein fallübergreifender Vergleich zunächst nur bedingt möglich. Bei der Analyse entstand jedoch der Eindruck, dass es in den Interviews gemeinsame Aspekte bezüglich der Denk-, Deutungs- und Handlungsweisen zur unipolaren Depression gibt, die offenbar über die Fachdisziplinen hinaus wirksam sind und damit die Ableitung von Hypothesen unabhängig von der Berufsgruppe zulassen. Die Analysegruppe interpretierte, dass die Heterogenität dieser Denk-, Deutungs- und Handlungsweisen vor allem mit (1) der Komplexität der Erkrankung, (2) der Spezifik der Patientenfälle und (3) der Individualität der Behandlerinnen erklärbar ist.

Zu (1): Die unipolare Depression wurde von den Interviewten als komplexe Erkrankung dargestellt. Aus den Schilderungen schlussfolgernd basiert dies u. a. auf der großen Bandbreite depressiver Symptome, mit denen sich die Patient*innen präsentieren. Für die Wahrnehmung und Einordnung dieser Symptome ist zudem offenbar eine erhebliche Deutungskompetenz der Behandlerinnen von Nöten. Diese Deutungskompetenz scheint es einerseits möglich zu machen hinter den (somatischen) Symptomen die depressive Erkrankung und

ursächliche Faktoren zu erkennen. Andererseits scheint sie auch für die Differentialdiagnostik unabdinglich zu sein.

Zu (2): Im Gesamtkontext der Interviews entstand der Eindruck, dass die unipolare Depression durch eine große Variabilität der Krankheitsverläufe gekennzeichnet ist. Dies scheint mit den individuellen Krankheitsursachen, Bedürfnissen und Biografien der Patient*innen erklärbar zu sein. Statt eine konkrete Diagnose zu benennen, geht es offensichtlich vorrangig um die Beurteilung des Gesamtbildes der Patient*innen sowie die Einschätzung einer möglichen Gefährdung durch die Symptome. Aus den Erzählungen der Interviewten schlussfolgernd ist der Verlauf der Erkrankung und auch der Behandlung teilweise schwer vorhersehbar. Es bleibt für die Interviewten anscheinend zum Teil offen, was letztlich im Behandlungsprozess zur Besserung der Symptome beigetragen hat. Vor diesem Hintergrund stellte ein Teil der Interviewten die Bedeutung eines unvoreingenommenen Herangehens an den Einzelfall und eine flexible Behandlung für den Erfolg der Therapie besonders heraus.

Zu 3) Individuelle Erfahrungen, die die Interviewten in ihrer familienbiografischen, vor allem aber ihrer berufsbiografischen Sozialisation gemacht haben, scheinen den größten Einfluss auf die Behandlung depressiver Patient*innen auszumachen. Die Analysegruppe interpretierte, dass die Interviewten anhand dieser Erfahrungen eine intuitive Deutungskompetenz über das Erkennen depressiver Muster, ursächlicher Faktoren oder möglicher Krankheitsverläufe entwickeln. Darüber hinaus erwachsen aus diesen Erfahrungen scheinbar persönliche Handlungsmuster (wie z. B. selbst erarbeitete Arbeitsabläufe und Schemata), persönliche Haltungen und (Krankheits- und Behandlungs-) Vorstellungen. Es stellte sich in den Interviews beispielsweise sehr unterschiedlich dar, wie die Behandlerinnen ihre persönliche Rolle in Abgrenzung zur Lebenswelt der Patient*innen definierten. In diesem Zusammenhang fiel auf, dass auch das Ausmaß der Einflussnahme auf die Patientenentscheidungen offensichtlich stark variiert. Zudem scheint die Einschätzung der Patientenfälle – inklusive der Symptome und kausaler Zusammenhänge – sowie die daraus abgeleiteten therapeutischen Empfehlungen z. T. an persönliche Haltungen gebunden zu sein, die offenbar nur teilweise reflektiert sind.

Neben den bisher genannten Aspekten ist möglicherweise auch die Selbstwahrnehmung der Interviewten im Behandlungsprozess von Bedeutung. Zuweilen entstehen offenbar subjektiv wahrgenommene Belastungen, die emotionale Reaktionen (wie z. B. Wut oder Scham) und persönliche Gemütslagen (wie z. B. Zweifel an der Selbstwirksamkeit oder innere Abwehr) bei den Interviewten auslösen. Aus der Gesamtinterpretation der Interviews kam die Analysegruppe zu der Einschätzung, dass auf Seiten der Interviewten Strategien und Techniken der Entlastung erforderlich sind, um ihre professionelle Rolle zu wahren. Es gibt Hinweise darauf, dass die Reflexion der eigenen Arbeit und Person, persönliche Ressourcen (wie z. B. eine

positive Lebenseinstellung) und erlernte fachspezifische Strategien bei der Bewältigung von subjektiv erlebten Belastungen hilfreich sein können.

Vor dem skizzierten Hintergrund lassen sich zusammenfassend folgende fallübergreifende Hypothesen zu den Krankheitskonzepten in Bezug auf die unipolare Depression ableiten:

1. Die unipolare Depression wird offenbar als komplexe Erkrankung wahrgenommen. Aus den Daten der Interviews schlussfolgernd beruht die wahrgenommene Komplexität auf der herausfordernden Diagnostik und Therapie vor dem Hintergrund der Variabilität der Erkrankung. Die Variabilität steht in den Interviews dabei in Zusammenhang mit der großen Bandbreite der Symptome, der mehrdimensionalen Bedeutung der Symptome für die Patient*innen, der Individualität der Patientenfälle und der Unvorhersehbarkeit des Behandlungsverlaufes.
2. Persönliche Erfahrungen der vergangenen und aktuellen (familien- und) berufsbiografischen Sozialisation scheinen die Grundlage der Krankheitskonzepte in Bezug auf die unipolare Depression zu bilden. Denn aus dem erfahrungsbasierten Wissen erwachsen scheinbar akteursspezifische (Krankheits-) Vorstellungen, persönliche Haltungen zur Erkrankung und Behandlung sowie individuelle Orientierungs- und Handlungsmuster. Diese werden teilweise reflektiert.
3. Die durch die Behandlerinnen definierten Rollen in der therapeutischen Beziehung (Erfolgsdefinition, persönliche Grenzen, Zuständigkeitserleben) bestimmen offensichtlich die persönlich wahrgenommene Selbstwirksamkeit. In diesem Zusammenhang scheint die daraus resultierende Einflussnahme auf die Entscheidungen der Patient*innen im Behandlungsprozess zu variieren.
4. Obwohl die Interviewten offenbar akteursspezifische Krankheitsvorstellungen, persönliche Haltungen und individuelle Orientierungs- und Handlungsmuster besitzen, kam in den Interviews zum Ausdruck, dass sie sich um ein flexibles und auch um ein unvoreingenommenes Herangehen an den Individualfall bemühen. Dies scheint für die Behandlungssadhärenz der Patient*innen und für eine durch die Interviewten als erfolgreich wahrgenommene Therapie notwendig zu sein.
5. Anhand der Interviews entstand der Eindruck, dass in der Behandlung als belastend wahrgenommene Erfahrungen durch die Interviewten gemacht werden. Daraus resultieren offenbar in unterschiedlichem Ausmaß emotionale Reaktionen (u. a. Wut und Aggression). Zudem scheinen sich die Interviewten durch die Behandlung bisweilen in emotionalen Verfassungen zu befinden (wie z. B. Zweifeln an ihrer Selbstwirksamkeit und innere Abwehr), welche für den Behandlungsprozess relevant erscheinen.

6. Eine reflexive Arbeitsweise, die Berücksichtigung der eigenen Subjektivität, die Anwendung fachspezifischer Strategien und der Rückgriff auf persönliche Bewältigungsressourcen scheinen im Umgang mit depressiven Patient*innen für die Interviewten hilfreich zu sein.

Im folgenden Kapitel werden die entwickelten Hypothesen und abgeleiteten Bedeutungsaspekte mit der bisherigen Forschung verglichen. Außerdem soll die Frage beantwortet werden, ob die Ergebnisse – vor dem Hintergrund der Reflexion von Material und Methoden – etwas zur Beantwortung des Forschungsdesiderates beitragen können. Zudem soll ein Ausblick auf weiterführende Forschungsfragen gegeben und mögliche Implikationen für die zukünftige hausärztliche Versorgung abgeleitet werden.

6. Diskussion

6.1 Zusammenfassung der Ergebnisse

Die unipolare Depression wird offenbar sowohl von den Generalistinnen als auch von den Spezialistinnen als ein komplexes Phänomen wahrgenommen. Im Umgang mit dieser Komplexität scheinen sich unabhängig von der Fachdisziplin sehr heterogene Krankheitskonzepte herauszubilden. Grundlage für die Krankheitskonzepte bilden offenbar die individuellen familien- vor allem aber berufsbiografischen Erfahrungen, aus denen akteurspezifische Krankheitsvorstellungen und Orientierungsmuster erwachsen.

Trotz der wahrgenommenen Heterogenität geben die Daten dieser Arbeit auch Hinweise auf fachdisziplinübergreifende Gemeinsamkeiten in der Behandlung depressiver Patient*innen: Für die Behandlung ist offenbar Flexibilität und Unvoreingenommenheit sowie die Berücksichtigung der Individualität, der Bedürfnisse und der Wünsche der Patient*innen im Kontext ihrer soziokulturellen Hintergründe notwendig. Daneben sind klinisches Erfahrungswissen und Intuition wichtige und hilfreiche Behandlungskomponenten bei der Detektion depressiver Symptome und bei der Auswahl der Therapiestrategie. Die Ergebnisse legen zudem nahe, dass die Beziehung zwischen Behandler*innen und Patient*innen einen Beitrag für Diagnostik und Therapie leisten kann. Insbesondere der bewusste Einsatz von Erfahrung, Intuition und Arzt-Patienten-Beziehung mittels (Selbst-) Reflexion scheint förderlich für eine professionelle und erfolgreiche Behandlung zu sein.

Krankheitskonzepte scheinen darüber hinaus durch persönliche und individualisierende Aspekte (wie z. B. Haltungen, Persönlichkeitsmerkmale und Präferenzen) gefärbt zu sein. Zudem ist offenbar die subjektive Standpunktverortung inklusive des Rollen- und Entscheidungsverständnisses der Behandelnden sehr variabel und scheint Einfluss auf Wahrnehmungs- und Entscheidungsprozesse zu nehmen. Die Behandlung depressiver Patient*innen scheint zudem an persönliche Belastungen und Herausforderungen gekoppelt zu sein. Aus den

Ergebnissen schlussfolgernd sind für ein professionelles Arbeiten Strategien und Techniken der Entlastung erforderlich. Es gibt Hinweise darauf, dass die Reflexion der eigenen Arbeit und Person, persönliche Ressourcen (wie z. B. eine positive Lebenseinstellung) und erlernte fachspezifische Strategien bei der Bewältigung von subjektiv erlebten Belastungen hilfreich sein können.

Leitlinien und diagnostische Tools werden offenbar in der Behandlung berücksichtigt. Allerdings scheinen die Interviewten deren Nutzen und Funktion im Gesamtkontext des klinischen Alltages sehr unterschiedlich zu bewerten. Die Ergebnisse weisen darauf hin, dass externe Evidenz gegenüber Patientenpräferenz sowie klinischer Expertise für die Behandlung der unipolaren Depression zumindest für einige Behandler*innen eine untergeordnete Rolle spielen könnte.

Hintergründig scheinen auch äußere Umstände (wie z. B. Erwartungen anderer Fachdisziplinen, externe Vorgaben von Krankenkassen, zeitliche und personelle Ressourcen sowie organisatorisch-monetäre Aspekte) für die Konzipierung der Behandlung von Bedeutung zu sein.

6.2 Vergleich zur bisherigen Forschung

Bisher wies die Literatur in Bezug auf die unipolare Depression auf der einen Seite auf eine fachdisziplinäre Prägung der Krankheitskonzepte und daraus resultierende berufsspezifische Charakteristika der Arbeitsweise und berufsspezifische Krankheitsvorstellungen hin. (vgl. Becker et al., 2008, S. 35 ff.; vgl. Bermejo, Friedrich, et al., 2008, S. 266; vgl. Pilars de Pilar et al., 2012, S. 73 ff.; vgl. Sielk et al., 2009, S. 172) Auf der anderen Seite deutete sich in den Daten an, dass die Krankheitskonzepte in Bezug auf die unipolare Depression sehr individuell sind und keine „konzeptuelle Klarheit“ (McPherson & Armstrong, 2012, S. 1158) unter den Behandelnden besteht. Aus den fachdisziplinübergreifenden Ergebnissen dieser Arbeit lässt sich analog zu den entitätsunabhängigen Überlegungen von Wollny (2012) ableiten, dass die Krankheitskonzepte weniger nur an die Fachdisziplin, sondern mehr an die Behandler*innen als „familien- und berufsbiografisch geprägte Person[en]“ (Wollny, 2012, S. 132) gebunden sind. Das heißt, dass sich die Krankheitskonzepte auf Basis der Erfahrungen der gesamten (v. a. berufs-, aber auch familienbiografischen) Sozialisation herausbilden. Offenbar führen v. a. die praktisch erworbenen Wissenbestände der Behandelnden zur Entwicklung von bestimmten „akteursspezifischen Orientierungsmustern“ (ebd. 2012, S. 133) und „Vorstellungen von Krankheit“ (ebd. 2012, S. 133). Aus den praktischen Erfahrungen scheint zudem eine (berufliche) Intuition zu erwachsen. Die Gebundenheit der Krankheitskonzepte an die individuellen (beruflichen) Werdegänge lässt sich als Begründung für die in den Daten dieser Arbeit und in der Literatur wahrgenommene Heterogenität der Krankheitskonzepte (auch innerhalb einer Fachdisziplin) heranziehen. Im Umkehrschluss ließe sich die Wahrnehmung, dass die Denk-, Deutungs- und Handlungsweisen von Generalist*innen und

Spezialist*innen im Umgang mit depressiven Patient*innen insgesamt nicht so scharf voneinander abgrenzbar sind, wie es in der Literatur bisher mitunter suggeriert wurde, mit ähnlichen Erfahrungsbeständen erklären. Denn der „lebensweltliche Wissensvorrat [ist] das Ergebnis der Sedimentierung von subjektiven Erfahrungen der Lebenswelt. Wenn die Struktur des Wissensvorrats heterogene [oder gleichartige] Elemente enthält, so ist das grundsätzlich auf die Verschiedenartigkeit [oder Ähnlichkeit] der Vorgänge zurückzuführen, in denen lebensweltliches Wissen erworben wird.“ (Schütz & Luckmann, 2003, S. 177)

Anhand der Ergebnisse liegt die Schlussfolgerung nahe, dass auch persönliche Aspekte der Behandelnden im professionellen Kontext der Konsultation wirksam sind und zur Heterogenität der Krankheitskonzepte beitragen. In diesem Zusammenhang wurde bisher (v. a. auf Seiten der Generalist*innen) der Einfluss persönlicher und individualisierender Meinungen, (Lebens-) Einstellungen und persönlicher Präferenzen sowie von Subjektivem wie Anti-, Sym- und Empathie beschrieben. (vgl. Becker et al., 2008, S. 37; vgl. Marion-Veyron et al., 2015, S. 991; vgl. McPherson & Armstrong, 2012, S. 1154 f.; vgl. Pilars de Pilar et al., 2012, S. 75 f.) Die Ergebnisse bekräftigen diese Hypothese sowohl für Generalist*innen als auch für Spezialist*innen. Darüber hinaus scheint die individuelle Selbstverortung der Behandler*innen im Umgang mit depressiven Patient*innen zu variieren. Der Aspekt der Selbstverortung bezieht individuelle Annahmen zum Zuständigkeitserleben, unterschiedliche Grenzziehungen zur privaten Lebenswelt der Patient*innen und die Einflussnahme auf die Entscheidungsfindung der Patient*innen ein.

Wie in der Literatur bislang eher am Rande beschrieben, betonen die Daten dieser Arbeit, dass die Gestaltung der Behandlung (u. a. auch persönliche und emotionale) Herausforderungen mit sich bringt. (vgl. McPherson & Armstrong, 2012, S. 1156; vgl. Schulz & Wolf, 2022, S. 50) Sowohl Generalist*innen als auch Spezialist*innen scheinen die Behandlung zuweilen als mühsam wahrzunehmen. Dafür sind offenbar vor allem die herausfordernde Beziehungsarbeit, mangelnde Motivation und Non-Adhärenz der Patient*innen sowie die Behandlung therapie-refraktärer Symptome ursächlich. Aber auch äußere Umstände wie fehlende Vergütung sowie fehlende zeitliche und personelle Ressourcen werden in den Interviews und in der Literatur als belastend beschrieben. (vgl. McPherson & Armstrong, 2012, S. 1158; vgl. Radisch et al., 2013, S. 255 f.) Darüber hinaus scheinen auch Vorgaben von Krankenkassen und Erwartungen von (somatischen) Fachdisziplinen zuweilen als störend im Behandlungsprozess empfunden zu werden. Analog zur Literatur geben die Daten dieser Arbeit Hinweise darauf, dass die Wahrnehmung von Belastungen zuweilen in (emotionalen) Reaktionen münden kann. (vgl. McPherson & Armstrong, 2012, S. 1156; vgl. Schulz & Wolf, 2022, S. 49) Darüber hinaus scheinen wahrgenommene Belastungen z. T. Einfluss auf das Wohlbefinden und die wahrgenommene Selbstwirksamkeit der Behandelnden zu nehmen. Anhand der Ergebnisse entstand der Eindruck, dass wahrgenommene Belastungen und daraus resultierende persönliche

Reaktionen der Behandelnden insofern für die Krankheitskonzepte in Bezug auf die unipolare Depression relevant sind, als dass sie offenbar Wahrnehmungs- und Entscheidungsprozesse sowie die Arzt-Patienten-Beziehung beeinflussen. In diesem Zusammenhang sind offenbar Persönlichkeitsmerkmale der Behandler*innen (wie z. B. die individuelle Persönlichkeitsstruktur und die individuelle Abgrenzungsfähigkeit von den Patientenfällen) von Bedeutung für die Behandlung. Die Behandlerinnen scheinen sich darin zu unterscheiden, wie resilient bzw. vulnerabel sie gegenüber Irritationen und Belastungen im Rahmen der Behandlung sind und welche Ressourcen sie nutzen, um Belastungen zu bewältigen. Diese Hypothese ist vergleichbar mit der Aussage von McPherson et al. (2012), dass innere Werte der Behandelnden den Umgang mit depressiven Patient*innen färben. Insgesamt deutet sich wie bei Wollny (2012) an, dass sowohl Generalist*innen als auch Spezialist*innen nicht ausschließlich als medizinische Expert*innen, sondern in der „Gesamtheit ihrer Subjektivität und Individualität“ (ebd. 2012, S. 129) agieren. Die Erkenntnisse dieser Arbeit decken sich mit der in der Literatur vermittelten Wahrnehmung, dass der Einfluss subjektiver Aspekte auf das klinische Vorgehen nur teilweise von den Behandelnden reflektiert wird. (vgl. Becker et al., 2008, S. 36)

Trotz der wahrgenommenen Heterogenität geben die Daten dieser Arbeit auch Hinweise auf fachdisziplinübergreifende Gemeinsamkeiten in der Behandlung depressiver Patient*innen: Die Ergebnisse stützen die Hypothese von Bermejo et al. (2010), dass nicht nur Generalist*innen, sondern auch Spezialist*innen die Diagnosestellung auf dem klinischen Eindruck basieren. Die Kritik, dass Spezialist*innen in Abgrenzung zu den Generalist*innen eher formalisiert, symptomorientiert und ätiologieunabhängig behandeln und dabei vermeintlich die Patient*innen und deren individuelle (Krankheits-) Geschichten außen vorlassen (vgl. Marion-Veyron et al., 2015, S. 989; vgl. Pilars de Pilar et al., 2012, S. 77), lässt sich in dieser Arbeit nicht nachvollziehen. Es stehen offenbar vorgebrachte Beschwerden, (im- bzw. explizite) Bedürfnisse und Wünsche der Patient*innen sowie die antizipierte Gefährdung im Kontext soziokultureller Aspekte im Vordergrund. Vor diesem Hintergrund wurde in den Interviews fachdisziplinübergreifend die Bedeutung eines flexiblen und unvoreingenommenen Umgangs mit depressiven Patient*innen hervorgehoben. Hier lassen sich auch auf Seiten der Spezialist*innen Parallelen zu Prinzipien der hausärztlichen Arbeitsweise wie dem *hermeneutischen Fallverständnis* und dem *abwendbar gefährlichen Verlauf*⁸ ziehen.

Analog zur Literatur wurde in den Daten dieser Arbeit die Bedeutung der Arzt-Patienten-Beziehung sowohl für die Diagnostik als auch die Therapie hervorgehoben. Es scheint sich zu bestätigen, dass die Reflexion von Übertragungs- und Gegenübertragungsgefühlen in der Arzt-Patienten-Beziehung sowohl von Generalist*innen als auch von Spezialist*innen als diagnostisches Mittel genutzt wird und hilfreich für die Behandlung depressiver Patient*innen sein kann. (vgl. Aden et al., 2016, S. 188 f.; vgl. Schulz & Wolf, 2022, S. 49) Wie bereits in der

⁸ Zu diesen Termini befinden sich Erläuterungen in Kapitel 2.4.1.

Literatur beschrieben bekräftigen die Ergebnisse, dass die Kontinuität der Beziehung und die damit verbundene Kenntnis der Patient*innen und deren soziokultureller Hintergründe die Wahrnehmung von Veränderungen der mentalen Gesundheit befördern können. (vgl. Marion-Veyron et al., 2015, S. 990; vgl. McPherson & Armstrong, 2012, S. 1154) In diesem Zusammenhang geben die Daten dieser Arbeit Hinweise darauf, dass Auffälligkeiten der Patient*innen (wie z. B. Abweichungen, bestimmte Worte oder Verhaltensweisen) als Indizien für ein psychisches Leiden dienen können, wenn sie mit Hilfe von Selbstreflexion von den Behandelnden wahrgenommen werden. Die Ergebnisse stimmen zudem mit der Beschreibung überein, dass die Arzt-Patienten-Beziehung als wichtige Entscheidungshilfe bei der Frage nach Stabilität und Alltagstauglichkeit dient und sich daraus offenbar verschiedene Therapieoptionen ableiten. (vgl. Becker et al., 2008, S. 37) Zudem wurde in den Interviews eine tragfähige Arzt-Patienten-Beziehung als Grundlage für die Bearbeitung der Depression zu Grunde liegender Konflikte hervorgehoben. Entgegen vorbestehender Hypothesen wurde Stigmatisierung von den Interviewten nur am Rande thematisiert. Sie scheint für die Gestaltung der Arzt-Patienten-Beziehung eine untergeordnete Rolle zu spielen. (vgl. Becker et al., 2008, S. 35; vgl. McPherson & Armstrong, 2012, S. 1154; vgl. Rabe-Menssen, 2009, S. 17; vgl. Radisch et al., 2013, S. 254)

In einigen Veröffentlichungen wurde den Allgemeinmediziner*innen fehlende Leitlinienkenntnis und Kompetenzmangel aufgrund fehlender Leitlinienkonformität und Diagnosediskrepanz unterstellt. (vgl. Beesdo-Baum et al., 2018, S. 55; vgl. Sielk et al., 2009, S. 16; vgl. Trautmann & Beesdo-Baum, 2017, S. 724) Analog zu Radisch et al. (2013) muss man dem anhand der Daten dieser Arbeit entgegenhalten, dass die Behandler*innen offenbar zuweilen begründet von Leitlinien und Diagnostikmanualen abweichen, weil sie damit zum einen die Wünsche und Bedürfnisse und zum anderen die Individualität der Patient*innen würdigen. Darüber hinaus geben die Ergebnisse Anlass zur Vermutung, dass die Leitliniennonkonformität mit der Heterogenität der Krankheitskonzepte und den unterschiedlichen Erfahrungsbeständen erklärbar ist. Sowohl Generalist*innen als auch Spezialist*innen scheinen anhand ihrer praktischen Erfahrungen für den Einzelfall zu bewerten, inwieweit Wissensbestände aus Leitlinien und Diagnostikmanualen im klinischen Alltag Anwendung finden können. Gerade hierin scheinen sich die Prinzipien der Evidenz-basierten Medizin widerzuspiegeln, denn EBM versteht die klinische Entscheidungsfindung nicht nur als bloße Anwendung externer Evidenz, sondern als Prozess unter Einbeziehung der gegenwärtig besten, externen wissenschaftlichen Evidenz, der individuellen klinischen Expertise der Behandelnden und der Patientenpräferenzen. (vgl. Sackett et al., 1996, S. 71) In den Analysen fiel dennoch auf, dass die Behandelnden den Nutzen und die Funktion von Leitlinien und diagnostischen Tools im Kontext des klinischen Alltages offenbar sehr unterschiedlich bewerten. Auf der einen Seite gibt es Hinweise darauf, dass (evidenzbasiertes) Fach- und Sachwissen grundlegend für das alltägliche Handeln im

Umgang mit depressiven Patient*innen sind. Leitlinien, Behandlungsmanuale und Tools tragen offenbar zur Strukturierung der Behandlung bei und geben Orientierung. Auf der anderen Seite legen die Ergebnisse ähnlich wie in Voruntersuchungen nahe, dass psychiatrische Diagnoseinstrumente und Leitlinien möglicherweise mitunter schwer mit dem alltäglichen Bewerten, Handeln und Arbeitsumfeld (vgl. Becker et al., 2008, S. 35 ff.; vgl. Pilars de Pilar et al., 2012, S. 73 ff.) sowie dem beruflichen und persönlichen Selbstverständnis der Behandelnden vereinbar sind. (vgl. McPherson & Armstrong, 2012, S. 1154 ff.; vgl. Radisch et al., 2013, S. 254) In Übereinstimmung mit der Literatur scheinen unbewusste Prozesse wie intuitives Entscheiden sowie individualisierende und persönliche Einschätzungen mitunter mehr Einfluss auf Diagnosestellung und Therapie zu nehmen als Behandlungsrichtlinien oder Leitlinien (vgl. Becker et al., 2008, S. 37; vgl. Marion-Veyron et al., 2015, S. 991; vgl. McPherson & Armstrong, 2012, S. 1154 f.; vgl. Pilars de Pilar et al., 2012, S. 75 f.) Aus den Daten dieser Arbeit schlussfolgernd kann insbesondere der bewusste Einsatz von klinischer Erfahrung und Intuition mittels Selbstreflexion zu einer erfolgreichen Behandlung beitragen, indem erfahrungsbasiertes und intuitives Wissen in der aktuellen Handlungssituation vergegenwärtigt wird.

Wie bereits auch in einer anderen qualitativen Untersuchung (vgl. von Gottenberg et al., 2020, S. 15) von Hausärzt*innen im Umgang mit der unipolaren Depression gezeigt wurde, vermittelten auch beide in dieser Studie interviewten Hausärztinnen den Eindruck, dass sie sich für die Behandlung verantwortlich und ausreichend qualifiziert fühlen. Entgegen der Darstellung in der Literatur schienen weder die Generalistinnen noch die Spezialistinnen Desinteresse an der Betreuung oder ignorierendes Verhalten den depressiven Patient*innen gegenüber zu zeigen. (vgl. Pilars de Pilar et al., 2012, S. 76; vgl. Rabe-Menssen, 2009, S. 17) Vielmehr vermittelten die Interviewten den Eindruck, dass sie sich für ihre Patient*innen engagieren, indem sie individuelle Handlungsstrategien mit den zur Verfügung stehenden Ressourcen umsetzen, Belastungen und Frustration aushalten und im Sinne des Patientenwohles von externen Vorgaben (z. B. von Krankenkassen) und eigenen Therapievorstellungen abweichen.

6.3 Implikationen für die weitere hausärztliche Versorgung

Die Ergebnisse dieser Arbeit deuten darauf hin, dass es offenbar vor allem die praktischen Erfahrungen sind, die zur Veränderung von Krankheitskonzepten führen. Aus den praktischen Erfahrungen scheint zudem eine (berufliche) Intuition zu erwachsen. Insbesondere der bewusste Einsatz von klinischer Erfahrung und Intuition mittels (Selbst-) Reflexion trägt offenbar zu einer erfolgreichen Behandlung bei. Diese Wahrnehmung der Analysegruppe scheint mit dem Konzept des „*Reflective practitioners*“ von Donald A. Schön erklärbar: Schön hat sich bereits in den 1980er Jahren mit der Frage auseinandergesetzt, was professionelles Handeln ausmacht und wie es befördert werden kann. Dazu beobachtete und analysierte er Situationen, in denen erfahrene Praktiker*innen verschiedenster Berufsgruppen wie

Psychoanalytiker*innen, Architekt*innen oder Stadtplaner*innen versuchten, Unerfahrenen etwas beizubringen. Schön bemerkte anhand seiner Beobachtungen, dass ein „*practitioner*“ eine Person ist, die über eine Art „*know how*“ oder „*feeling*“ (vgl. ebd. 1983, S. 49) verfügt. Damit meint er intuitives Wissen, welches unbewusst erworben und routiniert eingesetzt wird. Es ist implizit in den Handlungsmustern unseres Arbeitsalltages. Schön stellte zudem fest, dass „*professional practitioners*“ Spezialist*innen sind, denen gewisse Situationen zum wiederholten Male begegnen. Damit erleben sie verschiedene Variationen dieser Situation und haben die Möglichkeit, den Umgang mit den Problemsituationen zu üben. Sie können ihr professionelles Repertoire mit Erwartungen, Motiven und Techniken füllen. Darüber hinaus verfügen *professional practitioners* über die Fähigkeit, in einer (Problem-) Situation innezuhalten und über ihre Handlungen und die Situation selbst zu reflektieren. Er bezeichnet diesen Vorgang als „*reflection-in-action*“. Davon grenzt Schön eine „*reflection-on-action*“ ab, die eine Reflexion über eine Situation bezeichnet, auf die kein Einfluss mehr genommen werden kann. Erst über den Vorgang der *reflection-in-action* wird ein Teil des intuitiven Wissens bewusst. Das Denken dient dazu, gegenwärtiges Handeln im Moment des Handelns selbst zu verändern. Mittels *reflection-in-action* erschließen sich zum einen Handlungsalternativen, die einen flexiblen Umgang mit komplexen Problemsituationen wie der Behandlung depressiver Patient*innen ermöglichen. Zum anderen dient *reflection-in-action* der kontinuierlichen (Weiter-) Entwicklung von (neuen) Kompetenzen. (vgl. Schön, 1983, S. 54 ff. und 321)

Angewandt auf den allgemeinmedizinischen Alltag erscheint es aus Sicht der Forschenden damit sinnvoll, einen Teil der Rotation im Weiterbildungscurriculum im Bereich der Psychosomatik oder Psychiatrie abzuleisten. Hier könnten theoretische Wissensbestände im praktischen Setting eingeübt, spezialisiertes Erfahrungswissen erworben und die berufliche Intuition in Bezug auf psychiatrische und psychosomatische Krankheitsbilder geschult werden. Darüber hinaus sollten Allgemeinmediziner*innen über die Konzepte einer reflexiven Praxis z. B. im Rahmen des Kurses „Psychosomatische Grundversorgung“ informiert und darin nachhaltig trainiert werden. Auf diesem Wege könnten die eigenen Erfahrungen im Laufe der beruflichen Entwicklung und des Berufslebens als wirkungsvolle Lernquelle nicht nur im Umgang mit depressiven Patient*innen, sondern auch mit allen anderen Patientengruppen genutzt werden.

Aus den Ergebnissen dieser Arbeit schlussfolgernd scheint eine reflexive Arbeitsweise auch in Bezug auf Diagnosestellung und Therapie eine hilfreiche Kompetenz zu sein. Die bewusste Wahrnehmung von Auffälligkeiten der Patient*innen (wie z. B. atypisches Verhalten) sowie von Übertragungs- und Gegenübertragungsgefühlen (wie z. B. innere Abwehr, Wut und Erschöpfung) in der Arzt-Patienten-Beziehung kann offensichtlich einen Beitrag zur (frühzeitigen) Detektion depressiver Symptome und deren Bearbeitung leisten. Durch die Analysierenden wird vermutet, dass eine reflexive Praxis dazu beitragen kann, „längere

Odysseen“ (vgl. Kapitel 5.1.2) von depressiven Patient*innen durch Fehldeutung der Symptome und konsekutiver Fehlversorgung zu vermeiden bzw. zu reduzieren. Daher soll die Anregung von Aden et al. (2016) und Veit et al. (2021) unterstützt werden, dass Konzepte aus der Psychosomatik wie das „*Konzept der Beziehungsmodi*“ (vgl. Veit, 2018, S. 51 ff. und 148 ff.) in Fort- und Weiterbildungsmodulen vermittelt werden sollten. Dieses Konzept geht nicht primär von definierten Krankheitsbildern aus, sondern systematisiert intrapsychische Konflikte und daraus resultierende Denk-, Fühl- und Verhaltensweisen (Verarbeitungsmodi) der Patient*innen, die den behandelnden Ärzt*innen in Form Interaktionsmustern in der Arzt-Patienten-Beziehung begegnen. Diese gilt es wahrzunehmen, zu reflektieren und zu kommunizieren, sowie mittels entsprechender Interventionstechniken zu versorgen. Dieses Konzept ist mit der hausärztlichen Arbeitsweise besonders gut vereinbar, weil die Modi sich von einer spezifischen Diagnose entfernen. Zudem bilden sie ein Symptompektrum ab, welches normale Reaktionen auf alltagsweltliche Probleme bis hin zu Pathologien entsprechend einer psychometrischen Diagnose einschließt. (vgl. Veit, 2018, S. 59) Die langfristige Begleitung von Patient*innen und deren Familien sowie die vertrauensvoll gewachsene Arzt-Patienten-Beziehung im hausärztlichen Setting bieten dafür gute Voraussetzungen. (vgl. Aden et al., 2016, S. 189) Auf diese Weise könnte eine reflexive Praxis im Rahmen dieser als „Beziehungsmedizin“ (Veit et al., 2021, S. 17) bezeichneten Versorgungspraxis ggf. zur Ökonomisierung des Behandlungsprozesses im aktuellen Versorgungsdilemma von Zeitdruck und mangelnden personellen Ressourcen beitragen, ohne die Bedürfnisse, Wünsche und Individualität der Patient*innen zu vernachlässigen.

Subjektives färbt offenbar die Wahrnehmung von depressiven Patient*innen und die Bewertung ihrer Symptome. Zudem scheint es Einfluss auf therapeutische Entscheidungen und die Arzt-Patienten-Beziehung zu nehmen. Aus den Ergebnissen schlussfolgernd trägt es zur Qualität der Behandlung bei, wenn Behandelnde sich dieses Phänomens bewusst sind. Wie bereits Becker et al. (2008) feststellten, sollten Behandelnde auch in diesem Zusammenhang in Selbstreflexion geschult werden. Durch das entsprechende Bewusstsein scheinen beispielsweise persönliche Krankheitsvorstellungen, Vorstellungen von der Therapie sowie persönliche Meinungen und Präferenzen im Sinne des Patientenwohles und der -autonomie zurückgestellt zu werden. Auch die Reflexion und Wahrung der professionellen Rolle in Abgrenzung zur Lebenswelt der Patient*innen scheint ein wichtiger Bestandteil professionellen Handelns zu sein, um den „Raum reiner zu halten“ (vgl. Kapitel 5.1.3) für die Bearbeitung der Beschwerden und Probleme der Patient*innen. Untersuchungen zeigen, dass durch Selbsterfahrung die Wahrnehmung des Selbst in der Interaktion, die Fähigkeit zur Reflexion interpersonalen Prozesse und die Wahrnehmung anderer Menschen befördert werden können. (vgl. Strauß & Taeger, 2021, S. 489) Es wäre denkbar, dass beispielsweise

Selbsterfahrungsanteile in die Weiterbildung aufgenommen und in den Kursen der Psychosomatischen Grundversorgung vermittelt werden.

In Übereinstimmung mit der Literatur entsteht auch in dieser Arbeit der Eindruck, dass die Qualität der Versorgung von Stimmungen und Emotionen der Behandelnden beeinflusst wird. (vgl. McPherson & Armstrong, 2012, S. 1156; vgl. Radisch et al., 2013, S. 254; vgl. Schulz & Wolf, 2022, S. 49) Im beruflichen Kontext wurden Gefühle von Mediziner*innen lange Zeit als unprofessionell wahrgenommen. (vgl. Veit et al., 2021, S. 52; vgl. Vilela da Silva, 2016, S. 31) Auch von den Analysierenden wurde in den theoretischen Vorannahmen nicht erwartet, dass emotionale Befindlichkeiten der Behandelnden in den Vordergrund des Interviews geraten würden. Es bestand die (hohe) Erwartung, dass sich – insbesondere die Spezialist*innen – (allzeit) in einer emotional stabilen Verfassung befinden bzw. kompetent mit persönlichen Affekten, Emotionen und Belastungen umgehen. Dies scheint jedoch nicht immer der Fall zu sein. Die Wahrnehmung und Bearbeitung von (emotionalen) Belastungen und persönlichen Grenzen im Umgang mit depressiven Patient*innen ist offenbar ein wichtiger Bestandteil professionellen Arbeitens und grundlegend für den Erhalt der (mentalen) Gesundheit und Stabilität der Behandelnden. (vgl. Schulz & Wolf, 2022, S. 50) Auch in diesem Zusammenhang scheint eine reflexive Praxis eine hilfreiche Kompetenz zu sein. Zudem sollte die Bedeutung von Selbstfürsorge im ärztlichen Beruf so früh wie möglich (sowohl in Aus- als auch Weiterbildung) vermittelt und entsprechende Techniken trainiert werden.

In den Daten dieser Arbeit scheinen sich Aspekte Patienten-zentrierter Medizin abzubilden. Patientenzentrierung wird oft in Verbindung mit einer hohen Qualität der Versorgung gebracht, ohne dass eine allgemeingültige Definition des Begriffes vorliegt. (vgl. Langberg et al., 2019, S. 1) Der Terminus wurde erstmals 1969 durch Enid Balint genannt. Sie beschrieb Patientenzentrierung als eine Denkweise, dass alle Patient*innen als einzigartige Menschen betrachtet werden müssen. (vgl. Balint, 1969, S. 269) Dieser theoretische Ansatz wurde in den letzten Jahrzehnten immer weiter operationalisiert, sowie empirisch und konzeptuell weiterentwickelt. Weltweit gewinnt das patienten-zentrierte Modell mehr und mehr an Bedeutung in der Versorgung. (vgl. Langberg et al., 2019, S. 2) Dennoch scheint dieses Modell noch nicht flächendeckend implementiert zu sein. (vgl. Donner-Banzhoff, 2018, S. 357) Langberg et al. versuchten sich 2019 mit Hilfe einer systematischen Literaturrecherche einer neuen Definition von Patientenzentrierung anzunähern. Sie schlussfolgerten, dass Patientenzentrierung ein facettenreiches Konzept ist, welches fünf Dimensionen umfasst. Die Dimensionen beinhalten die Annahmen, dass Behandelnde die Autonomie der Patient*innen respektieren und sie in die Lage versetzten sollten, an Entscheidungen im Behandlungsprozess teilzuhaben („*sharing power and responsibility*“). Darüber hinaus wird auf die Bedeutung einer respektvollen therapeutischen Beziehung und einer beziehungsorientierten Versorgung („*therapeutic alliance*“) hingewiesen. Zudem wird betont, dass sowohl physiologische Aspekte der Erkrankung

als auch die individuelle Krankheitserfahrung der Patient*innen erfasst werden sollten („*Patient-as-person*“). Die vierte Dimension („*biopsychosocial*“) beschreibt die Erweiterung von einer physiologischen auf eine holistische Perspektive auf die Patient*innen und ihre Krankheit(en) inklusive mentaler und sozialer Faktoren. Weiterhin wird im patientenzentrierten Modell berücksichtigt, dass Werte, Persönlichkeitsmerkmale und Erfahrungen der Behandelnden die Versorgung formen. Dessen sollten sich die Behandelnden bewusst sein („*Doctor-as-person*“). Zuletzt wird darauf hingewiesen, dass ein Bedarf der Patient*innen für eine kontinuierliche und koordinierte Versorgung besteht („*coordinated care*“). (vgl. ebd. 2019, S. 5 f.) Alle Dimensionen bilden sich in den Daten dieser Arbeit ab. Der Aspekt der koordinierten Versorgung wurde in den Interviews allerdings nur am Rande beschrieben.

In der Literatur wird mitunter der Eindruck erweckt, dass Evidenz-basierte und Patientenzentrierte Medizin gegensätzliche oder zumindest divergierende Versorgungskonzepte darstellen. Während EBM grundsätzlich auf (quantitativen) wissenschaftlichen Daten fuße und auf Generalisierung abziele, beruhe PZM vorwiegend auf klinischer Praxis und nähme die individuellen Patient*innen in den Fokus der Behandlungsgestaltung. (vgl. Sacristán, 2013, S. 461) Dahingegen betonen andere Arbeiten die Gemeinsamkeiten und den synergistischen Effekt von EBM und PZM in der Versorgung. (vgl. Páez et al., 2021, S. 274) Beiden Konzepten ist gemein, dass eine aktive Beteiligung der Patient*innen am Behandlungsprozess mit Hilfe einer auf einer respektvollen Arzt-Patienten-Beziehung fußenden, partizipativen Entscheidungsfindung gewährleistet werden soll. Beide Konzepte berücksichtigen die Patientenpräferenzen. (vgl. ebd. 2021, S. 274 ff.) Auch in den Ergebnissen dieser Arbeit gibt es Hinweise darauf, dass beide Versorgungskonzepte einen Beitrag zu einer für die Patient*innen und die Behandler*innen als erfolgreich wahrgenommenen Therapie leisten können. Für die Implementierung sowohl von EBM als auch PZM ist eine ärztliche Grundhaltung nötig, die in Aus- und Weiterbildung vermittelt werden sollte.

Mit Hinblick darauf, dass offenbar implizites Erfahrungswissen im Umgang mit depressiven Patient*innen Anwendung findet, könnte es sinnvoll sein, mehr qualitative Studien durchzuführen. Durch Mangel an qualitativer Forschung findet Erfahrungswissen ggf. nur unzureichend Eingang in wissenschaftliche Evidenz, ggf. werden praxisrelevante Fragen nicht gestellt. (vgl. Veit et al., 2021, S. 121) Qualitative Methoden stehen dem hermeneutischen Fallverständnis von Allgemeinmediziner*innen viel näher als quantitative Ansätze der Versorgungsforschung. (vgl. Wilm, 2005, S. 234) Mit Hilfe qualitativer Evidenz ließen sich ggf. in der Hausarztpraxis einfach umsetzbare Handlungsanweisungen und Empfehlungen ableiten. Diese könnten z. B. analog zum Krankheitsbild „Angst“ in Form von „DEGAM-Praxisempfehlungen“ (DEGAM, 2016) zusammengefasst werden. Laut der ständigen Leitlinienkommission der DEGAM sollen diese Empfehlungen nicht die Leitlinie ersetzen, sondern stellen durch einen konkreten Bezug zum hausärztlichen Versorgungsalltag eine Grundlage für die

gemeinsame Entscheidung von Hausärzt*innen und deren Patient*innen zu einer im Einzelfall sinnvollen gesundheitlichen Versorgung dar. Damit soll die Verbreitung von Leitlinien in der hausärztlichen Versorgung befördert werden. (vgl. ebd. 2016, S. 5) Eine reflexive Arbeitsweise und beziehungsmedizinische Aspekte könnten beispielsweise Bestandteile dieser Praxisempfehlungen werden.

6.4 Reflexion des Forschungsprozesses und Forschungsperspektiven

Die Ergebnisse dieser Arbeit stellen einen sozialwissenschaftlich geprägten Beitrag zur Versorgungsforschung in der Allgemein- und Familienmedizin dar. Qualitative Sozialforschung ist heute in der Allgemeinmedizin anerkannt und verankert. Forscher*innen, die mit qualitativen Methoden nicht vertraut sind, mögen die Ergebnisse zufällig und subjektiv erscheinen, da sich Gütekriterien quantitativ-standardisierter Forschung wie die Reliabilität und Objektivität nur schwerlich auf diese kontextabhängigen Daten anwenden lassen. Güte gewinnen die Daten durch einen „angemessenen Umgang mit Subjektivität.“ (Helfferich, 2011, S. 155) Die methodische Kontrolle wird durch die Prinzipien der Offenheit, der Reflexivität und der intersubjektiven Nachvollziehbarkeit erreicht: Es geht in qualitativen Forschungsprojekten darum, Fragestellungen aus der subjektiven Perspektive der handelnden Menschen zu beschreiben und zu verstehen. Mit Hilfe eines offenen Forschungsdesign gewinnen die Daten an methodischer Kontrolle, indem sich die untersuchten Individuen frei entfalten können. Je offener das Forschungsdesign ist, desto weniger wahrscheinlich ist das Auftreten von Verzerrungen und Missverständnissen, die durch die Forschenden selbst verursacht werden. (vgl. ebd. 2011, S. 155 ff.) Dem Prinzip der Offenheit wurde in dieser Arbeit mit den Techniken des narrativen Interviews und einer weitestgehend offenen Fragestellung Rechnung getragen.

Eine gewisse Steuerung durch die Forschenden ist letztlich aber unumgänglich. Sie bringen beispielsweise ihre eigene Persönlichkeit, ihr Vorwissen und ihre Vorannahmen ein. Auch die Interviewsituation, die Interaktion zwischen den Interviewpartner*innen und Strukturierungen der Interviewenden (wie z. B. durch interne/externe Nachfragen) nehmen Einfluss auf die Daten. Methodische Kontrolle wurde in dieser Arbeit dadurch erreicht, dass die subjektiven Perspektiven der Interviewenden und der Analysierenden kontinuierlich durch das Verfassen von Memos sowie durch die Reflexion in den Analysegruppen bewusst gemacht, festgehalten und diskutiert wurden. Auf diesem Wege wird die subjektive Forschungsperspektive als Erkenntnisquelle nutzbar. (vgl. ebd. 2011, S. 155 ff.) Die Daten in dieser Arbeit gewinnen zudem dadurch methodische Kontrolle, dass die Fälle durch den Vergleich untereinander von dem subjektiven Standpunkt der Forschenden als Vergleichshorizont abgelöst wurden.

Die intersubjektive Nachvollziehbarkeit entspricht der Wiederholbarkeit standardisierter Verfahren in der qualitativen Forschung. (vgl. ebd. 2011, S. 155 ff.) Dieser wurde in dieser Arbeit mittels Dokumentation des gesamten Forschungsprozesses und der Anwendung regelhafter Vorgehensweisen (wie z. B. eines Interviewskripts, Transkriptionsregeln und einer

Anleitung für den Analyse- und Interpretationsprozess) Rechnung getragen. Zudem erfolgte die Interpretation der Daten in einer interdisziplinären Analysegruppe, sodass verschiedene Perspektiven und professionelle Sichtweisen in die Diskussion und Interpretation der Daten einfließen.

Bei der Bewertung und Interpretation der Daten sollte nicht außer Acht gelassen werden, dass ein kleines und ausschließlich weibliches Sample untersucht wurde. Eine Sättigung der Hypothesen im Sinne der Grounded Theory kann auf Grundlage des Datenmaterials in dieser Arbeit deshalb nicht geleistet werden. Dies kann durchaus als Limitation wahrgenommen werden, weil damit nur ein Teil der Behandlungsrealität abgebildet werden konnte. Auch wenn keine repräsentativen Verallgemeinerungen abgeleitet wurden, so ist es dennoch gelungen, eine Momentaufnahme der werktägigen Realität von Generalist*innen und Spezialist*innen einzufangen und damit neue Blickwinkel auf die Erkrankung aus der Perspektive der Behandelnden zu gewinnen. „Auch der Einzelfall und seine sorgfältige Analyse kann Evidenz oder zumindest Auffälligkeiten liefern, die weiter überprüft werden können.“ (Veit et al., 2021, S. 121) In diesem Sinne wäre es wünschenswert, das Feld in fortführenden Arbeiten anhand eines größeren und heterogeneren Samples zu untersuchen. Beispielsweise könnten die bisherigen Daten um eine männliche, aber auch altersheterogene Perspektive ergänzt werden. Ebenso könnten Mitglieder anderer Disziplinen, die an der Behandlung depressiver Patient*innen beteiligt sind, eingeschlossen werden. Dazu könnten z. B. ambulante Neurolog*innen, Sozialarbeiter*innen oder Versorgungsassistent*innen in Hausarztpraxen gehören.

Ziel der vorliegenden Untersuchung war es, sich dem werktägigen Wissen von Generalist*innen und Spezialist*innen in Bezug auf die unipolare Depression zu nähern. Mit Hinblick darauf, dass offenbar implizites Erfahrungswissen im Umgang mit solch komplexen Situationen wie der Behandlung depressiver Patient*innen Anwendung findet, erscheint die Auswahl des narrativen Interviews als Erhebungs- und der Grounded-Theory-Methode als Auswertungsmethode besonders geeignet. Mit der Erhebung qualitativer Daten ist es in dieser Arbeit gelungen, im eingangs aufgeworfenen Forschungsdesiderat handlungswirksame Bedeutungsaspekte zu identifizieren. Die Ergebnisse geben zudem Hinweise darauf, wie sich die Krankheitskonzepte entwickeln und wie diese in der Interaktion mit ihren Patient*innen zum Tragen kommen. Zudem wurden Anreize und Diskussionspunkte für weiterführende Untersuchungen sowie Implikationen für die hausärztliche Versorgung erarbeitet. Drei wesentliche Unterschiede bestehen dabei zu bisherigen Studien: 1) Im Gegensatz zu einem Teil der Vorarbeiten wurden die Daten dieser Arbeit empirisch hergeleitet. Dabei werden Aspekte abgebildet, die bereits in anderen Studien diskutiert wurden, bisher aber überwiegend auf klinischer Erfahrung beruhten. Mit der empirischen Reproduktion dieser Aspekte wird deren Bedeutung für die Krankheitskonzepte bekräftigt. 2) Das Forschungsdesign dieser Arbeit wurde bewusst offen gehalten und war nicht an eine spezifische Fragestellung geknüpft. Mit dem offenen

Ansatz auch innerhalb der Interviews scheint es den Generalistinnen und Spezialistinnen ermöglicht worden zu sein, ihre Perspektive freier als in anderen Untersuchungen zu entfalten. Zudem ließ die ausgewählte Analysemethode den Analysierenden mehr Freiraum für Deutungen und Interpretation. 3) Die Hinweise auf die Krankheitskonzepte, die aus bisherigen Forschungsarbeiten abgeleitet werden konnten, entsprangen vorrangig Fachdisziplin-gebundenen Untersuchungen. Mit der fachdisziplinübergreifenden Analyse scheint es gelungen zu sein, eine neue Perspektive auf die Krankheitskonzepte zu gewinnen und fachdisziplinübergreifende Gemeinsamkeiten der Denk- und Handlungsweisen zu ermitteln. Die Daten bieten damit einen spannenden und teilweise intimen Einblick in die „persönliche“ Arbeitswelt der Behandelnden. Insgesamt verbleibt die Behandlung der unipolaren Depression jedoch ein „weites Feld“ und sollte weiterhin im Fokus (qualitativer) Forschung stehen.

7. Literaturverzeichnis

- Aden, I., Veit, I., & Huenges, B. (2016). Hausärztliche Behandlung von Patienten mit Angst und Depression. *Ärztliche Psychotherapie*, 11(4), 186–191.
- Altmeyer, S. (2013). Sozialer Kontext psychischer Störungen im Fokus: Systemische Therapie. *DNP - Der Neurologe und Psychiater*, 14(5), 34–40.
- BÄK. (2018). *(Muster-)Kursbuch Psychosomatische Grundversorgung* [online]. Verfügbar unter https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/BAEK/Themen/Aus-Fort-Weiterbildung/Weiterbildung/Kursbuecher/2018/MKB_Psychosomatische_GV.pdf [abgerufen am 13.01.2022]
- Balint, E. (1969). The possibilities of patientcentered medicine. *The Journal of the Royal College of General Practitioners*, 17(82), 269–276.
- Bandelow, B., Gruber, O., Falkai, P., & Havemann-Reinecke, U. (2008). *Kurzlehrbuch Psychiatrie*. Heidelberg. Steinkopff Verlag.
- Becker, N., Streng, M., Sielk, M., Pilar de Pilars, M., & Abholz, H. H. (2008). Intuition und Professionalität – Konzepte von Allgemeinärzten zu Patienten mit depressiven Störungen – eine qualitative Interviewstudie. *Zeitschrift für Allgemeinmedizin*, 85(1), 31–39.
- Beesdo-Baum, K., Knappe, S., Einsle, F., Knothe, L., Wieder, G., Venz, J., Rummel-Kluge, C., Heinz, I., Koburger, N., Schouler-Ocak, M., Wilbertz, T., Unger, H.-P., Walter, U., Hein, J., Hegerl, U., Lieb, R., Pfennig, A., Schmitt, J., Hoyer, J., ... Bergmann, A. (2018). Wie häufig werden Patienten mit depressiven Störungen in der hausärztlichen Praxis erkannt?: Eine epidemiologische Querschnittsstudie. *Bundesgesundheitsblatt*, 61(1), 52–64.
- Bellut, C. (2008). «Ach Luise, lass ... Das ist ein zu weites Feld» oder der gordische Knoten der Komplexität. In A. Gleiniger & G. Vrachliotis (Hrsg.), *Komplexität* (S. 109–116). Berlin, Boston. Birkhäuser.
- Berger, P. L., Luckmann, T., & Plessner, H. (2004). *Die gesellschaftliche Konstruktion der Wirklichkeit: Eine Theorie der Wissenssoziologie*. Frankfurt am Main. Fischer Taschenbuch Verlag.
- Bermejo, I., Bachmann, L., Kriston, L., & Härter, M. (2008). Fachärztliche Depressionsbehandlung – subjektive Wahrnehmung der Versorgungssituation und erlebte Barrieren. *Psychiatrische Praxis*, 35(08), 392–398.
- Bermejo, I., Friedrich, C., & Härter, M. (2008). Ambulante psychotherapeutische Versorgung depressiver Patienten: Ergebnisse einer standardisierten Befragung in psychotherapeutischen Praxen. *Psychotherapeut*, 53(4), 260–267.
- Bermejo, I., Kriston, L., Berger, M., & Härter, M. (2010). Ambulante Depressionsbehandlung – eine vergleichende Analyse des fachärztlichen, hausärztlichen und psychotherapeutischen Versorgungsektors. *Psychother Psych Med*, 2010(60), 326–328.
- Birks, M., & Mills, J. (2015). *Grounded theory: A practical guide*. Los Angeles. SAGE.
- Bohnsack, R., Geimer, A., & Meuser, M. (Hrsg.). (2018). *Hauptbegriffe qualitativer Sozialforschung*. Opladen [und andere] Verlag Barbara Budrich.
- Carey, M., Jones, K., Meadows, G., Sanson-Fisher, R., D'Este, C., Inder, K., Yoong, S. L., & Russell,

- G. (2014). Accuracy of general practitioner unassisted detection of depression. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 48(6), 571–578.
- DEGAM (Hrsg.). (2002). *Fachdefinition DEGAM, Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin—Beschluss der Jahreshauptversammlung vom 21.9.2002* [online]. Verfügbar unter <https://www.degam.de/fachdefinition> [abgerufen am 20.12.2020].
- DEGAM (Hrsg.). (2016). *Hausärztliche Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Angst DE-GAM-Praxisempfehlung* [online]. Verfügbar unter https://www.degam.de/files/Inhalte/Leitlinien-Inhalte/Dokumente/DEGAM-Praxisempfehlungen/Hausaerztliche%20Versorgung%20von%20Patientinnen%20und%20Patienten%20mit%20Angst/DEGAM-PE_Hausaerztliche%20Versorgung%20von%20Patientinnen%20und%20Patienten%20mit%20Angst_27-10-2017.pdf [abgerufen am 15.12.2022].
- DGPPN, AWMF, BÄK, & KBV (Hrsg.). (2015). *S3-Leitlinie Unipolare Depression—Langfassung* [online]. Verfügbar unter <http://www.leitlinien.de/mdb/downloads/nvl/depression/depression-2aufl-vers5-lang.pdf> [abgerufen am 15.12.2022].
- DGPPN, AWMF, BÄK, & KBV (Hrsg.). (2022). *Nationale Versorgungsleitlinie Unipolare Depression—Langfassung* [online]. Verfügbar unter <https://www.leitlinien.de/themen/depression/pdf/depression-vers3-0-lang.pdf> [abgerufen am 18.12.2022].
- DGPPN, AWMF, BÄK, & KBV (Hrsg.). (2017). *S3-Leitlinie Unipolare Depression—Kurzfassung* [online]. Verfügbar unter <https://www.leitlinien.de/themen/depression/archiv/pdf/depression-2aufl-vers1-kurz.pdf> [abgerufen am 15.12.2022].
- Donner-Banzhoff, N. (2018). Solving the Diagnostic Challenge: A Patient-Centered Approach. *The Annals of Family Medicine*, 16(4), 353–358.
- Falkenberg, I. (2019). Medikamentenadhärenz. In T. Kircher (Hrsg.), *Kompendium der Psychotherapie* (S. 71–100). Springer Berlin Heidelberg. https://doi.org/10.1007/978-3-662-57287-0_6
- Fischer-Rosenthal, W., & Rosenthal, G. (1997). Narrationsanalyse biographischer Selbstpräsentation. In R. Hitzler & A. Honer (Hrsg.), *Sozialwissenschaftliche Hermeneutik: Eine Einführung* (S. 133–164). Opladen. Leske + Budrich.
- Flick, U. (Hrsg.). (1995). *Handbuch qualitative Sozialforschung: Grundlagen, Konzepte, Methoden und Anwendungen* (2. Aufl.). Weinheim. Beltz, Psychologie-Verl.-Union.
- Flick, U. (2014). *Qualitative Sozialforschung: Eine Einführung* (6. Aufl.). Reinbek. Rowohlt-Taschenbuch-Verlag.
- Fontane, T. (1999). *Effi Briest: Roman* (5. Aufl.). München. Deutscher Taschenbuchverlag.
- Glaser, B. G., & Strauss, A. L. (1980). *The discovery of grounded theory: Strategies for qualitative research* (11th printing). New York. Aldine.
- Glaser, B. G., Strauss, A. L., & Paul, A. T. (2010). *Grounded theory: Strategien qualitativer Forschung* (3. Aufl.). Bern. Huber.
- Green, A., Wolff, E., & Kittler, E. (2011). *Die tote Mutter: Psychoanalytische Studien zu*

- Lebensnarzissmus und Todesnarzissmus* (2. Aufl.). Gießen. Psychosozial-Verlag.
- Helfferich, C. (2011). *Die Qualität qualitativer Daten: Manual für die Durchführung qualitativer Interviews* (4. Aufl.). Wiesbaden. Verlag für Sozialwissenschaften.
- Jacobi, F., Höfler, M., Strehle, J., Mack, S., Gerschler, A., Scholl, L., Busch, M. A., Maske, U., Hapke, U., Gaebel, W., Maier, W., Wagner, M., Zielasek, J., & Wittchen, H.-U. (2014). Psychische Störungen in der Allgemeinbevölkerung: Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland und ihr Zusatzmodul Psychische Gesundheit (DEGS1-MH). *Der Nervenarzt*, 85(1), 77–87.
- Kanfer, F. H., Reinecker, H., & Schmelzer, D. (2012). *Selbstmanagement-Therapie: Ein Lehrbuch für die klinische Praxis* (5. Aufl.). Berlin. Springer Medizin.
- Kreher, S., Brockmann, S., Sielk, M., Wilm, S., & Wollny, A. (2009). *Hausärztliche Krankheitskonzepte: Analyse ärztlicher Vorstellungen zu Kopfschmerzen, akutem Husten, Ulcus cruris und Schizophrenie* (1. Aufl.). Bern. Huber.
- Langberg, E. M., Dyhr, L., & Davidsen, A. S. (2019). Development of the concept of patient-centredness – A systematic review. *Patient Education and Counseling*, 102(7), 1228–1236.
- Leucht, S., & Förstl, H. (Hrsg.). (2012). *Kurzlehrbuch Psychiatrie und Psychotherapie*. Stuttgart. Georg Thieme Verlag.
- Marion-Veyron, R., Saraga, M., & Stiefel, F. (2015). Depression?- Welche Depression? Unkenntnis der Allgemeinmediziner? *Revue Médicale Suisse*, 2015(11 (491)), 1949–1953.
- Marx, G., & Wollny, A. (2009). Qualitative Sozialforschung – Ausgangspunkte und Ansätze für eine forschende Allgemeinmedizin Teil 1: Theorie und Grundlagen der qualitativen Forschung. *Zeitschrift für Allgemeinmedizin Online*, 85(3), 105–113.
- Marx, G., & Wollny, A. (2010). Qualitative Sozialforschung – Ausgangspunkte und Ansätze für eine forschende Allgemeinmedizin Teil 2: Qualitative Inhaltsanalyse vs. Grounded Theory. *Zeitschrift für Allgemeinmedizin Online*, 85(11), 467–476.
- Mayring, P. (2019). Qualitative Inhaltsanalyse – Abgrenzungen, Spielarten, Weiterentwicklungen. *Forum Qualitative Sozialforschung*, 20(3), Art.16. [online]. Verfügbar unter <https://www.qualitative-research.net/index.php/fqs/article/view/3343/4445> [zuletzt abgerufen am 18.08.2020]
- McPherson, S., & Armstrong, D. (2012). General Practitioner Management of Depression: A Systematic Review. *Qualitative Health Research*, 22(8), 1150–1159.
- Mey, G., & Mruck, K. (Hrsg.). (2010). *Handbuch qualitative Forschung in der Psychologie* (1. Aufl.). Wiesbaden. Verlag für Sozialwissenschaften.
- Möller, H.-J., Laux, G., & Deister, A. (Hrsg.). (2015). *Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie* (6. Aufl.). Stuttgart. Georg Thieme Verlag.
- Oevermann, U., Allert, T., Konau, E., & Krambeck, J. (1979). Die Methodologie einer „objektiven Hermeneutik“ und ihre allgemeine forschungslogische Bedeutung in den Sozialwissenschaften. In H.-G. Soeffner (Hrsg.), *Interpretative Verfahren in den Sozial- und Textwissenschaften* (S. 352–434). Stuttgart. Metzler.

- Páez, G., Forte, D. N., & Gabeiras, M. del P. L. (2021). Exploring the Relationship between Shared Decision-Making, Patient-Centered Medicine, and Evidence-Based Medicine. *The Linacre Quarterly*, 88(3), 272–280.
- Pilars de Pilar, M., Abholz, H.-H., Becker, N., & Sielk, M. (2012). Was erzählen Hausärzte über ihre Patienten, bei denen sie eine vorliegende Depression nicht diagnostiziert haben? *Psychiatrische Praxis*, 39(02), 71–78.
- Rabe-Menssen, C. (2009). Zum Problem der niedrigen Erkennungsraten psychischer Erkrankungen in der hausärztlichen Versorgung. *Psychotherapie Aktuell*, 2, 16–19.
- Radisch, J., Büchtemann, D., Kästner, D., Kopke, K., Moock, J., Rössler, W., & Bramesfeld, A. (2013). Eine literatur- und expertengestützte Analyse der Versorgungspraxis von depressiv erkrankten Menschen in Deutschland. *Psychiatrische Praxis*, 40(05), 252–258.
- Röbken, H., & Wetzels, K. (2016). *Qualitative und quantitative Forschungsmethoden* (2. Aufl.). Oldenburg. Carl von Ossietzky Universität.
- Rosenthal, G. (2002). Biographisch-narrative Gesprächsführung: Zu den Bedingungen heilsamen Erzählens im Forschungs- und Beratungskontext. *Psychotherapie und Sozialwissenschaften*, 4(3), 204–227.
- Sackett, D. L., Rosenberg, W. M. C., Gray, J. A. M., Haynes, R. B., & Richardson, W. S. (1996). Evidence based medicine: What it is and what it isn't. *BMJ*, 312(7023), 71–72.
- Sacristán, J. A. (2013). Evidence based medicine and patient centered medicine: Some thoughts on their integration. *Revista Clínica Española (English Edition)*, 213(9), 460–464.
- Salis, L. (2008). *Die Behandlung depressiver Störungen durch den Allgemeinarzt im Unterschied zum Facharzt*. Tübingen. Eberhard-Karls-Universität.
- Schön, D. A. (1983). *The reflective practitioner: How professionals think in action*. New York. Basic Books.
- Schulz, S., & Wolf, F. (2022). Depressive Erkrankungen in der Hausarztpraxis. *Allgemeinmedizin up2date*, 03(01), 37–54.
- Schütz, A., & Luckmann, T. (2003). *Strukturen der Lebenswelt* (1. Aufl.). Stuttgart. UVK Verl.-Ges.
- Schütze, F. (1977). *Die Technik des narrativen Interviews in Interaktionsfeldstudien dargestellt an einem Projekt zur Erforschung von kommunalen Machtstrukturen*. Universität Bielefeld. Fakultät für Soziologie.
- Sielk, M., Altiner, A., Janssen, B., Becker, N., de Pilars, M., & Abholz, H.-H. (2009). Prävalenz und Diagnostik depressiver Störungen in der Allgemeinarztpraxis. *Psychiatrische Praxis*, 36(04), 169–174.
- Soeffner, H.-G. (2004). *Auslegung des Alltags - Der Alltag der Auslegung: Zur wissenssoziologischen Konzeption einer sozialwissenschaftlichen Hermeneutik* (2. durchgesehene und ergänzte Aufl.). UVK Verlagsgesellschaft.
- Strauss, A. (1998). *Grundlagen qualitativer Sozialforschung: Datenanalyse und Theoriebildung in der empirischen soziologischen Forschung* (2. Aufl.). Stuttgart. Fink.

- Strauß, B., & Taeger, D. (2021). Untersuchungen zur „Wirkung“ von Selbsterfahrung in der Psychotherapieausbildung – Ein systematisches Review. *Psychotherapie · Psychosomatik · Medizinische Psychologie*, 71(12), 489–498.
- Trautmann, S., & Beesdo-Baum, K. (2017). Behandlung depressiver Störungen in der primärärztlichen Versorgung - Eine epidemiologische Querschnittstudie. *Deutsches Ärzteblatt*, 177(43), 721–728.
- Veit, I. (2018). *Praxis der psychosomatischen Grundversorgung: Die Beziehung zwischen Arzt und Patient* (2. Aufl.). Stuttgart. Verlag W. Kohlhammer.
- Veit, I., Kamps, H., Huenges, B., & Schütte, T. (2021). *Die Hausarztpraxis von morgen: Anforderungen erfolgreich bewältigen - ein Handbuch* (1. Auflage). Stuttgart. Verlag W. Kohlhammer.
- Vilela da Silva, J. (2016). Physicians Experiencing Intense Emotions While Seeing Their Patients: What Happens? *The Permanente Journal*. 20(3), 31-37.
- von Gottenberg, C., Checchia, C., Hausen, A., Gulich, M., Becker, T., & Kilian, R. (2020). Depressionsbehandlung aus hausärztlicher Sicht - Eine qualitative Analyse von Experteninterviews. *Zeitschrift für Allgemeinmedizin*, 96(1), 12–17.
- Vos, T., Lim, S. S., Abbafati, C., Abbas, K. M., Abbasi, M., Abbasifard, M., Abbasi-Kangevari, M., Abbastabar, H., Abd-Allah, F., Abdelalim, A., Abdollahi, M., Abdollahpour, I., Abolhassani, H., Abo-yans, V., Abrams, E. M., Abreu, L. G., Abrigo, M. R. M., Abu-Raddad, L. J., Abushouk, A. I., ... Murray, C. J. L. (2020). Global burden of 369 diseases and injuries in 204 countries and territories, 1990–2019: A systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *The Lancet*, 396(10258), 1204–1222.
- Wilm, S. (2005). Mitten in der Wirklichkeit und reflektiert: Neues Potenzial und neuer Ort für die allgemeinmedizinische Forschung. *Zeitschrift für Allgemeinmedizin*, 81(6), 234–236.
- Witt, H. (2001). Forschungsstrategien bei quantitativer und qualitativer Sozialforschung. *Forum Qualitative Sozialforschung*, 2(1), Art. 8. [online]. Verfügbar unter <http://nbn-resolving.de/urn:nbn:de:0114-fqs010189> [zuletzt abgerufen am 18.08.2020]
- Wollny, A. (2012). *Hausärztliche Krankheitskonzepte in Biographie und Interaktion*. Kassel. Kassel University Press.

Anh. 2 Anschreiben am Beispiel der Spezialist*innen



Universitätsmedizin Rostock · PF 10 08 88 · 18055 Rostock

Institut für Allgemeinmedizin

«Vorname» «Nachname»
«Adresszeile_1»
«Postleitzahl» «LandRegion»



Promotionsprojekt: Expertenerfahrungen zur Depression – Interview-anfrage

Doberaner Str. 142 (Villa im Hof)
18057 Rostock
<http://allgemeinmedizin.med.uni-rostock.de>

«Titel» «Nachname»,

als Promovendin am Institut für Allgemeinmedizin der Universitätsmedizin Rostock interessiere ich mich für die Erfahrungen von Expertinnen und Experten im Umgang mit der unipolaren Depression. Die Dissertation wird von Prof. Dr. Attila Altiner betreut.

Direktor:
Prof. Dr. med. Attila Altiner
altiner@med.uni-rostock.de
Telefon: +49 381 494-2481

Projektkoordination:
Dr. rer. pol. Christin Löffler
christin.loeffler@med.uni-rostock.de
Telefon: +49 381 494-2481 bzw. -2485
Telefax: +49 381 494-2482

Um mehr über den Umgang im Alltag mit dieser Erkrankung zu erfahren, würde ich gern mit Ihnen ein Interview über Ihre Erfahrungen zu diesem Thema durchführen. Solch ein Gespräch dauert in der Regel zwischen 30 und 50 Minuten und könnte bei Ihnen stattfinden.

Sekretariat:
Beate Mohaupt
Stefan Hoffmann
Telefon: +49 381 494-2481
Telefax: +49 381 494-2482
ifa.sekretariat@med.uni-rostock.de

Wir freuen uns sehr, wenn Sie bei Interesse das beiliegende Faxformular zurücksenden.

Ihre Ansprechpartnerin:
Ann-Christine Geike
Institut für Allgemeinmedizin
ann-christin.geike@med.uni-rostock.de

Gern stehen wir Ihnen für Fragen persönlich zur Verfügung.

Mit freundlichen, kollegialen Grüßen aus Rostock,

Ann-Christine Geike
Ärztin / Promovendin

Prof. Dr. med. habil. Attila Altiner
Facharzt für Allgemeinmedizin

Anh. 3 Faxantwort



Antwortfax: +49 (0) 381 - 494 2482
(zu Hd. Ann-Christine Geike)

- Ich möchte an einem Interview im Rahmen des Dissertationsprojektes zu Erfahrungen von psychiatrisch-psychologischen Experten zur unipolaren Depression teilnehmen.
- Bitte kontaktieren Sie mich zur Vereinbarung eines Interview-Termins bzw. für weitere Informationen ...

- an folgendem Termin:

Datum: _____

Uhrzeit: _____

oder ...

- zu folgenden Zeiten:

Praxisstempel

.....
Vorname, Name (Bitte in Druckschrift)

.....
Ort / Datum Unterschrift

Anh. 4 Einwilligungserklärung am Beispiel der Spezialist*innen



Universitätsmedizin Rostock □ PF 10 08 88 □ 18055 Rostock

Institut für Allgemeinmedizin

Einwilligungserklärung zur Erhebung und Verarbeitung von Interviews

Forschungsprojekt: Erfahrungen von psychiatrisch-psychologischen Experten zur unipolaren Depression

Projektleitung: Prof. Attila Altiner, Dr. Anja Wollny
Institut für Allgemeinmedizin, Universität Rostock

Interviewerin: Ann-Christine Geike



Doberaner Str. 142 (Villa im Hof)
18057 Rostock
<http://allgemeinmedizin.med.uni-rostock.de>

Direktor:

Prof. Dr. med. Attila Altiner
altiner@med.uni-rostock.de
Telefon: +49 381 494-2481

Projektkoordination:

Dr. rer. pol. Christin Löffler
christin.loeffler@med.uni-rostock.de
Telefon: +49 381 494-2481 bzw. -2485
Telefax: +49 381 494-2482

Sekretariat:

Beate Mohaupt
Stefan Hoffmann
Telefon: +49 381 494-2481
Telefax: +49 381 494-2482
ifa.sekretariat@med.uni-rostock.de

Ihre Ansprechpartnerin:

Ann-Christine Geike
Institut für Allgemeinmedizin
ann-christin.geike@med.uni-rostock.de

Sehr geehrte/r Teilnehmer/in,

für die Durchführung und Verarbeitung von Gesprächsaufnahmen zu dem oben genannten Forschungsvorhaben bitten wir Sie um Ihre Einwilligung. Vorab möchten wir Ihnen im Folgenden einige Informationen zum Projekt geben.

Ziel dieser Studie ist es, Ihre Wahrnehmungen in Bezug auf das Krankheitsbild der unipolaren Depression zu erfassen. Hierzu möchten wir mit Ihnen Interviews führen, die per Tonaufnahmegerät aufgezeichnet werden. Zusätzlich bitten wir Sie, einen kurzen Fragebogen zu soziodemographischen Daten auszufüllen.

Die aufgezeichneten Interviews werden von einer begrenzten Anzahl an Projektmitarbeiter/innen verschriftlicht. Alle erhobenen Daten werden im Sinne guter wissenschaftlicher Praxis (GCP) auf elektronischen Datenträgern sowie ggf. in Papierform für Dritte unzugänglich archiviert. Angaben, die zu einer Identifizierung Ihrer Person führen könnten, werden für die Auswertung anonymisiert, um Rückschlüsse zu vermeiden. In wissenschaftlichen Veröffentlichungen werden aus den Interviews lediglich einzelne Passagen zitiert. Alle erfassten Daten werden gemäß den geltenden Datenschutzbestimmungen von allen Beteiligten vertraulich behandelt.

Die Teilnahme an den Interviews ist freiwillig. Sie haben zu jeder Zeit die Möglichkeit, ein Interview abzubrechen, ohne dass Ihnen dadurch irgendwelche Nachteile entstehen.

Universitätsmedizin Rostock □ PF 10 08 88 □ 18055 Rostock

Institut für Allgemeinmedizin

Einwilligungserklärung zur Erhebung und Verarbeitung von Interviews

Forschungsprojekt: Erfahrungen von psychiatrisch-psychologischen
Experten zur unipolaren Depression

Projektleitung: Prof. Attila Altiner, Dr. Anja Wollny
Institut für Allgemeinmedizin, Universität Rostock

Interviewerin: Ann-Christine Geike



Doberaner Str. 142 (Villa im Hof)
18057 Rostock
<http://allgemeinmedizin.med.uni-rostock.de>

Ich habe die oben stehenden Informationen gelesen und bin damit einverstanden, im Rahmen des genannten Forschungsprojektes an einem Interview teilzunehmen.

Ich bin damit einverstanden, dass das erfasste Interviewmaterial in anonymisierter Form für die genannten wissenschaftlichen Forschungszwecke und zugehörige Veröffentlichungen genutzt werden kann.

Direktor:

Prof. Dr. med. Attila Altiner
altiner@med.uni-rostock.de
Telefon: +49 381 494-2481

Projektkoordination:

Dr. rer. pol. Christin Löffler
christin.joeffler@med.uni-rostock.de
Telefon: +49 381 494-2481
bzw. -2485
Telefax: +49 381 494-2482

Sekretariat:

Beate Mohaupt
Stefan Hoffmann
Telefon: +49 381 494-2481
Telefax: +49 381 494-2482
ifa.sekretariat@med.uni-rostock.de

Ihre Ansprechpartnerin:

Ann-Christine Geike
Institut für Allgemeinmedizin
ann-christin.geike@med.uni-rostock.de

Vorname Nachname (Bitte in Druckbuchstaben)

Ort Datum Unterschrift

Anh. 5 Kurzfragebogen am Beispiel der Spezialist*innen



Universitätsmedizin Rostock □ PF 10 08 88 □ 18055 Rostock



Metadaten: Erfahrungen von psychiatrisch-psychologischen Experten zur unipolaren Depression

Datum:

Ort:

Interviewerin: AG

ID:

1) Geschlecht:

2) Alter:

3) Jahre in ärztlicher Tätigkeit (ggf.):

4) Jahre in fachärztlicher/ psychotherapeutischer Tätigkeit:

5) Jahre in niedergelassener ärztlicher/ psychotherapeutischer Tätigkeit:

6) Therapeutische Ausrichtung:

7) Patienten pro Quartal:

Erklärung I

Ich erkläre, dass ich die eingereichte Dissertation selbständig und ohne fremde Hilfe verfasst, keine anderen als die von mir angegebenen Quellen und Hilfsmittel verwendet und diesen Werken wörtlich oder inhaltlich entnommenen Stellen als solche kenntlich gemacht habe.

Ann-Christine Wilm

Berlin, Mai 2023

Erklärung II

Hiermit erkläre ich, dass ich mich bisher noch keinem Promotionsverfahren unterzogen oder um eine Zulassung zu solchem beworben habe. Die eingereichte Schrift wurde an keiner anderen Hochschule vorgelegt.

Ann-Christine Wilm

Berlin, Mai 2023

Danksagung

An vorrangiger Stelle möchte ich Herrn Prof. Dr. med. Attila Altiner für die Bereitstellung des Themas herzlich danken. Mit Hilfe seiner umfangreichen Erfahrung setzte er immer wieder methodische und inhaltliche Impulse, die diese Arbeit beförderten. Mein besonderer Dank gilt zudem Dr. phil. Anja Wollny für die hervorragende Betreuung der gesamten Arbeit insbesondere aber bezüglich der methodischen Umsetzung. Auch möchte ich Christian Helbig meinen Dank aussprechen, der sowohl zur inhaltlichen als auch sprachlichen Präzision meiner Dissertation beigetragen hat. Meine Dankbarkeit gilt den Generalistinnen und Spezialistinnen, die ihre Gedanken und Erfahrungen zur Verfügung gestellt haben. Außerdem möchte ich mich bei allen (ehemaligen) wissenschaftlichen und nicht-wissenschaftlichen Mitarbeiter*innen sowie Weiterbildungsassistent*innen des Instituts für Allgemein- und Familienmedizin bedanken, die mich auf meinem Weg mit Rat, Anregungen und produktiven Gesprächen begleitet haben. Dazu gehören insbesondere Dr. rer. pol. habil. Christin Löffler, Dr. med. Gregor Feldmeier, Dr. Annette Diener, Dr. rer. hum. Eva Drewelow, Manuela Ritzke, Dr. rer. nat. Liane Hasse und Clemens Langer. Für die organisatorische Unterstützung danke ich Stefan Hoffmann und Beate Schlegl. Für das Lektorat möchte ich Andrea Schauer-Wilm meinen großen Dank ausdrücken. Zudem bin ich der Stiftung Allgemeinmedizin für die finanzielle Unterstützung in Rahmen eines Stipendiums zu Dank verpflichtet. Zu guter Letzt möchte ich mich herzlich bei meinem Mann bedanken. Die Erarbeitung der Dissertation begleitete mich parallel zu meiner beruflichen und familiären Weiterentwicklung. Ohne seine kontinuierliche Begleitung und Unterstützung wäre die Erarbeitung dieser Schrift nicht möglich gewesen.

Thesen der Dissertation

„Krankheitskonzepte von Hausärzt*innen und Psycholog*innen zur unipolaren Depression – Einblicke in ein weites Feld“

1. Die unipolare Depression hat eine hohe Versorgungsbedeutung. Vor allem dem primärärztlichen Bereich werden dabei Versorgungslücken depressiver Patient*innen zugeschrieben.
2. Mit der Rekonstruktion von Krankheitskonzepten können alltägliche (unbewusste) Prozesse von Wahrnehmen, Deuten und Handeln in der medizinischen Begegnung nachvollzogen werden.
3. Diese Arbeit versuchte im Rahmen einer hypothesengenerierenden, qualitativen Datenerhebung und -analyse (bisher unentdeckte) Denk-, Deutungs- und Handlungsweisen der Behandler*innen in Bezug auf die unipolare Depression zu rekonstruieren.
4. Die Erhebung der Daten erfolgte mittels narrativer Interviews nach Schütze. Zunächst wurden fünf niedergelassene (ärztliche und psychologische) Psychotherapeutinnen interviewt. Im Sinne des Theoretical Samplings schlossen sich Interviews mit drei Hausärztinnen an. Insgesamt wurden sechs der Interviews auf Grundlage der Grounded-Theory-Methode nach Strauss in einer interdisziplinären Analysegruppe ausgewertet.
5. Die fallübergreifende Analyse machte deutlich, dass sich unabhängig von der Fachdisziplin sehr heterogene Krankheitskonzepte herausbilden. Die Heterogenität scheint mit der wahrgenommenen Komplexität der Erkrankung, der Spezifik der Patientenfälle, vor allem aber mit der Individualität der Behandelnden erklärbar.
6. Grundlage für die Krankheitskonzepte bilden offenbar die individuellen familien- vor allem aber berufsbiografischen Erfahrungen, aus denen individuelle Krankheitsvorstellungen, Orientierungs- und Handlungsmuster sowie eine (berufliche) Intuition erwachsen. Zudem färben anscheinend subjektive Aspekte wie persönliche Haltungen, persönliche Präferenzen, individuelle Verständnisse von den Rollen in der Arzt-Patienten-Beziehung und Persönlichkeitsmerkmale das klinische Vorgehen.
7. Die Daten weisen darauf hin, dass durch die Behandelnden als belastend wahrgenommene Erfahrungen im Umgang mit depressiven Patient*innen gemacht werden, die z. T. starke emotionale Reaktionen hervorrufen. Diese scheinen mitunter Einfluss auf Beurteilungs- und Entscheidungsprozesse sowie die Arzt-Patienten-Beziehung zu nehmen. Eine (selbst-) reflexive Arbeitsweise konnte für die Wahrnehmung und Bearbeitung von (emotionalen) Belastungen als hilfreich in der Behandlung herausgearbeitet werden.
8. Die bewusste Wahrnehmung von Übertragungs- und Gegenübertragungsgefühlen in der Arzt-Patienten-Beziehung scheint förderlich für die (frühzeitige) Detektion

depressiver Symptome, das Erkennen ursächlicher Faktoren und deren Bearbeitung zu sein.

9. Indem erfahrungsbasiertes intuitives Wissen in der aktuellen Handlungssituation vergegenwärtigt wird, scheint eine reflexive Praxis dabei hilfreich zu sein, depressive Muster bei den Patient*innen zu erkennen, Verläufe zu antizipieren und zu beurteilen, was in der jeweiligen Situation eine wirksame therapeutische Strategie sein kann.
10. Damit erscheint es sinnvoll, Behandelnde über die Konzepte einer reflexiven Praxis zu informieren und nachhaltig darin zu trainieren.
11. Die Subjektivität der Krankheitskonzepte scheint im professionellen Kontext nur teilweise von den Behandelnden reflektiert zu werden. Um ein Bewusstsein für den Einfluss persönlicher Aspekte der Krankheitskonzepte auf das klinische Vorgehen zu schaffen, könnten Selbsterfahrungsanteile in die Weiterbildung aufgenommen werden.
12. Darüber hinaus sollte die Bedeutung von Selbstfürsorge im ärztlichen Beruf verstärkt vermittelt werden.
13. Nicht zuletzt bedarf es mehr Forschung und qualitativer Studien, um das erfahrungsbasierte Wissen im klinischen Alltag weiter zu untersuchen.