





Gabriella Marx  
Bluthochdruck (er)leben

This work is licensed under the  
[Creative Commons](#) License 3.0 “by-sa”,  
allowing you to download,  
distribute and print the document



erschienen in der Reihe der Universitätsdrucke  
im Universitätsverlag Göttingen 2013

---

Gabriella Marx

# Bluthochdruck (er)leben

Patientenperspektiven und  
Interaktionspräferenzen  
in der hausärztlichen  
Bluthochdruckbehandlung



Universitätsverlag Göttingen  
2013

## Bibliographische Information der Deutschen Nationalbibliothek

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliographie; detaillierte bibliographische Daten sind im Internet über <http://dnb.ddb.de> abrufbar.

Die Durchführung dieser Untersuchung wurde gefördert durch das Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF). Die Drucklegung wurde gefördert durch die Klinik für Palliativmedizin der Universitätsmedizin Göttingen.

### *Autorenkontakt*

Gabriella Marx  
Klinik für Palliativmedizin  
Universitätsmedizin Göttingen  
Von-Siebold-Str. 3  
37075 Göttingen  
Email: [gabriella.marx@med.uni-goettingen.de](mailto:gabriella.marx@med.uni-goettingen.de)

Dieses Buch ist auch als freie Onlineversion über die Homepage des Verlags sowie über den OPAC der Niedersächsischen Staats- und Universitätsbibliothek (<http://www.sub.uni-goettingen.de>) erreichbar und darf gelesen, heruntergeladen sowie als Privatkopie ausgedruckt werden. Es gelten die Lizenzbestimmungen der Onlineversion.

Satz und Layout: Gabriella Marx, Annett Eichstaedt  
Korrektorat: Annett Eichstaedt  
Umschlaggestaltung: Franziska Lorenz  
Titelabbildung: Gabriella Marx unter Verwendung einer [www.wordle.net](http://www.wordle.net) Grafik

© 2013 Universitätsverlag Göttingen  
<http://univerlag.uni-goettingen.de>  
ISBN: 978-3-86395-117-7

## Danksagung

Mein größter Dank gilt den Teilnehmer/innen und Diskutant/innen dieser Studie, ohne deren Bereitschaft und Offenheit diese Arbeit nicht möglich gewesen wäre. Ebenso wichtig war auch die Zusammenarbeit mit den kooperierenden Hausarztpraxen, die die Kontaktaufnahme zu ihren Patient/innen ermöglicht und unterstützt haben.

Gleichermaßen möchte ich mich bei meinen Kolleg/innen des Instituts für Allgemeinmedizin und des Methodenzentrums Sozialwissenschaften der Georg-August-Universität Göttingen bedanken, die mich während des gesamten Forschungsprozesses durch kritische Fragen und viele Anregungen unterstützt haben. Hervorzuheben sind neben Steffen Kühnel und Wolfgang Himmel auch Anne Simmenroth-Nayda und insbesondere Janka Koschack und Nicole Witte, die mich durch inhaltliche und methodische Diskussionen begleitet und mir in schwierigen Phasen den Blick geschärft haben. Ebenfalls herzlich gedankt sei Hannelore Schneider-Rudt für ihre exzellente Organisation und Dokumentation, ihren Einsatz in den Praxen und für ihr Engagement, wenn Hilfe notwendig war. Ferner gilt mein Dank der unermüdlichen Mitarbeit der studentischen Hilfskräfte Samia Herchenhein, Svea Steckhan und Uli Albrecht.

Friedemann Nauck danke ich für seine Unterstützung in der Schlussphase der Arbeit sowie Maximiliane Jansky und Sonja Owusu Boakye für abschließende Korrekturen.

Mein ganz besonderer Dank gilt jedoch Sebastian Marx, der mir während der gesamten Zeit, vor allem aber im letzten Jahr, unterstützend zur Seite gestanden und mich durch Höhen und Tiefen begleitet hat.





# Inhaltsverzeichnis

<b>1</b>	<b>Einleitung</b> .....	<b>1</b>
1.1	Vorbemerkung .....	1
1.2	Forschungsinteresse .....	3
1.3	Ausgangspunkt: die Hypertonie .....	4
<b>2</b>	<b>Stand der Forschung</b> .....	<b>7</b>
2.1	Vorbemerkung .....	7
2.2	Paradigmenwechsel der Arzt-Patient-Beziehung .....	8
2.3	Von der Compliance zur Concordance .....	14
2.4	Die Patientenperspektive in der Versorgungsforschung .....	19
<b>3</b>	<b>Methodisches Vorgehen</b> .....	<b>25</b>
3.1	Vorbemerkung .....	25
3.2	Zugang zum Feld .....	28
3.2.1	Vorbemerkung .....	28
3.2.2	Einladung der teilnehmenden Praxen .....	28

3.2.3	Datenexport, Datenimport und Abfrage der BDT-Daten aus dem Praxiscomputer.....	29
3.2.4	Auswahl und Einladung der teilnehmenden Patient/innen.....	29
3.2.5	Fragebogen.....	31
3.2.6	Telefoninterview .....	33
3.3	Datenerhebung – Gruppendiskussionen .....	34
3.3.1	Vorbemerkung .....	34
3.3.2	Rahmung, Diskussionsablauf und Diskussionsleitung .....	36
3.3.3	Zusammensetzung der Gruppen und Auswahl der Diskussionsteilnehmerinnen und -teilnehmer.....	40
3.4	Datenauswertung – Dokumentarische Methode.....	40
3.5	Datenschutz und Ethik.....	45
<b>4</b>	<b>Empirische Untersuchung .....</b>	<b>47</b>
4.1	Vorbemerkung.....	47
4.2	Diskursbeschreibung Gruppe 1.....	49
4.3	Diskursbeschreibung Gruppe 3.....	72
4.4	Diskursbeschreibung Gruppe 6.....	91
4.5	Diskursbeschreibung Gruppe 7.....	120
<b>5</b>	<b>Ergebnisse .....</b>	<b>153</b>
5.1	Vorbemerkung.....	153
5.2	Relevante Phänomene innerhalb der Bluthochdruckbehandlung.....	154
5.2.1	Ängste und Verunsicherungen .....	154
5.2.1.1	Das Wissen um mögliche Folgeschäden durch den Bluthochdruck .....	155
5.2.1.2	Das Wissen um mögliche Folgeschäden durch die Medikamente – Der Beipackzettel .....	157
5.2.1.3	Die mangelnde Spürbarkeit des Bluthochdrucks.....	160
5.2.1.4	Die unklare Ursache im Kontext des Wissens um die ‚Lebenslänglichkeit‘ der essentiellen Hypertonie .....	165
5.2.2	Lückenhaftes krankheits- und behandlungsbezogenes Wissen.....	169
5.2.3	Hemmungen, mit dem Arzt zu sprechen.....	174

---

5.3	Typisierte Orientierungsschemata von Bluthochdruckpatient/innen unter Fokussierung der Arzt-Patient-Beziehung .....	188
5.3.1	Der fordernde Typ .....	190
5.3.2	Der autarke Typ .....	192
5.3.3	Der vermeidende Typ .....	193
<b>6</b>	<b>Diskussion .....</b>	<b>197</b>
6.1	Vorbemerkung .....	197
6.2	Hypertonie als zugeschriebenes Konstrukt .....	198
6.3	Anwendungsbezug der Typologie.....	205
6.3.1	Der fordernde Typ: Zwischen Paternalismus und Concordance ..	206
6.3.2	Der autarke Typ: Selbstbestimmtes Entscheiden .....	208
6.3.3	Der vermeidende Typ: Präferenz des Paternalismus .....	209
6.4	Reflexion der Methoden .....	212
<b>7</b>	<b>Fazit .....</b>	<b>219</b>
<b>8</b>	<b>Literaturverzeichnis .....</b>	<b>231</b>
<b>9</b>	<b>Anhang.....</b>	<b>245</b>
9.1	Verwendete Transkriptionszeichen.....	245
9.2	Fragebogen.....	246
9.3	Morisky Scale.....	253
9.4	Abbildungsverzeichnis .....	254
9.5	Tabellenverzeichnis .....	254



*Das, was das beste und natürlichste ist: einfach und aufrichtig sein wie er, ihn auf die Gefahren aufmerksam machen, denen er sich aussetzt, sie ihm deutlich und fühlbar, aber ohne Übertreibung, ohne Ärger, ohne pedantischen Aufwand zeigen, vor allem aber ohne ihm eure Ratschläge als Befehle zu geben [...]. Bleibt er aber trotzdem, wie so oft, hartnäckig, dann sagt ihm gar nichts mehr und laßt ihn gewähren. [...] Werden die Folgen zu bedenklich, so seid ihr ja da, um sie aufzubalten.*

*(Rousseau: Emile oder Über die Erziehung, 1762)*



# 1 Einleitung

## 1.1 Vorbemerkung

Seit den 1970er Jahren hat sich das Bild der Arzt-Patient-Beziehung<sup>1</sup> deutlich verändert. Gesellschaftliche Veränderungsprozesse, die mit Wertewandel, Pluralisierung und vermehrter Selbstbestimmung einhergehen, sind als Gründe hierfür ebenso zu nennen wie Veränderungen innerhalb und im Kontext der Medizin. Dazu gehören vor allem (1) der medizinische Fortschritt und der damit verbundene fachliche Wissenszuwachs durch die Forschung (u.a. in der Molekularbiologie, der Genetik und den Neurowissenschaften), (2) die fortschreitenden Technisierungs- und Ökonomisierungsprozesse (Kostendämmung, Qualitätsmanagement und Ressourcenorientierung) und (3) die Verlagerung des Morbiditätsspektrums (vor allem die zunehmende Verbreitung chronischer Erkrankungen und der altersbedingte Anstieg von Multimorbidität).

Im Zuge der Diskussion über die veränderte Arzt-Patient-Beziehung haben Schlagworte wie Selbstbestimmung, Autonomie und Patientenwille derzeit eine

---

<sup>1</sup> In der Literatur werden die Begriffe ‚Arzt-Patient-Beziehung‘, ‚Arzt-Patient-Interaktion‘ und ‚Arzt-Patient-Kommunikation‘ parallel und häufig ohne weitere Differenzierung verwendet. In der vorliegenden Arbeit wird immer allgemein der Begriff ‚Arzt-Patient-Beziehung‘ verwendet. Wenn jedoch auf die konkrete Handlungsebene zwischen Arzt und Patient Bezug genommen wird, so wird dem Begriff ‚Arzt-Patient-Interaktion‘ der Vorzug gegeben.

große Präsenz.<sup>2</sup> Richtlinien, Leitlinien und die Existenz von Ethikkommissionen und Ethikkomitees<sup>3</sup> können die Autonomie von Ärzt/innen zusätzlich einschränken. Damit im Gegenzug die Patientenautonomie qualifizierte Entscheidungen im Voraus oder während der Behandlung hervorbringen kann, wird gefordert, die Patient/innen<sup>4</sup> mit ausreichend Wissen über die Erkrankung auszustatten, damit sie in der Lage sind, Entscheidungen aufgrund individueller Wert- und Moralvorstellungen sowie nach Abwägungen von Handlungsalternativen (Risiken, Folgen etc.) treffen zu können und diese nicht hinsichtlich äußerer Bedingungen (Kosten etc.) zu fällen. Im hausärztlichen Setting kommt solchen Entscheidungsprozessen und der daraus resultierenden Kommunikation zwischen Arzt und Patient eine besondere Bedeutung zu, sobald die Erkrankungen eine medikamentöse Behandlung erfordern (Wolff 1989, Feuerstein u. Kuhlmann 1999).

Die Zunahme chronischer Erkrankungen sowie die technischen und ökonomischen Rahmenbedingungen stellen die Arzt-Patient-Beziehung vor neue Herausforderungen. Im Gegensatz zur Akutversorgung erfordert die Behandlung chronischer Erkrankungen gänzlich andere Maßstäbe; nicht nur ist der Leidensdruck häufig ein anderer, vor allem die Langfristigkeit der Behandlung führt dazu, dass die Mitarbeit der Patient/innen und ihre Bereitschaft zur Behandlung ein stärkeres Gewicht innerhalb des Behandlungsprozesses haben (Wolff 1989). Zugleich ist die Arzt-Patient-Beziehung auf Beständigkeit ausgelegt und muss somit anderen Kriterien gehorchen als bei der Akutversorgung (Barry et al. 2001).

Unter den chronischen Erkrankungen stehen Herz-/Kreislauferkrankungen und die arterielle Hypertonie als begünstigender Faktor besonders im Fokus der Forschung, da sie mit etwa 41 % den statistisch höchsten Anteil der Todesursachen einnehmen<sup>5</sup> und somit als gesellschaftlich und gesundheitspolitisch relevante Faktoren gelten.

---

<sup>2</sup> Die gesetzliche Verankerung der Patientenverfügungen im Betreuungsgesetz (BGB § 1901a-c, Bundesanzeiger DS 593/90, 18.06.2009), sowie das Urteil des BGH vom 25.06.2010 (2 StR 454/09) zur Stärkung des Patientenwillens unterstreichen dies.

<sup>3</sup> Während medizinische Ethikkommissionen in der Regel die Einhaltung ethischer Richtlinien von Forschungsvorhaben beurteilen, ist es die ausschließliche Aufgabe von Ethikkomitees, die an einer therapeutischen Entscheidung beteiligten Personen zu beraten und ihre Entscheidungsfindung zu unterstützen. Der technische Fortschritt und die damit verbundene Vielfalt medizinischer Handlungsoptionen sowie die wachsende Bedeutung des Selbstbestimmungsrechts und die Wertevorstellungen in unserer pluralistischen und multikulturellen Gesellschaft führten zu einer Zunahme moralischer Konfliktsituationen in Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen, die verbunden sind mit einem erhöhten Bedarf an ethischer Reflexion medizinischen Handelns (Simon u. Neitzke 2008). Für den ambulanten Bereich ist die Implementierung einer strukturierter Ethikberatung erst in den Anfängen.

<sup>4</sup> Für eine bessere Lesbarkeit bei gleichzeitiger Berücksichtigung der Geschlechterparität, wird im Plural der Zusatz der weiblichen Form verwendet (/innen), während im Singular das Maskulinum sowohl für das männliche als auch für beide Geschlechter steht.

<sup>5</sup> Pressemitteilung (Nr. 354) des Statistischen Bundesamtes 2011. Die Daten sind online einzusehen unter: <https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesellschaftStaat/Gesundheit/Todesursachen/Aktuell.html> (letzter Zugriff 02.04.2012).



## 1.2 Forschungsinteresse

In der hier vorgestellten Studie soll untersucht werden, wie Patient/innen die hausärztlich durchgeführte medikamentöse Bluthochdruckbehandlung erleben. Die Bluthochdruckbehandlung wurde aus drei Gründen gewählt: (1) Bluthochdruck gilt als eine eigene chronische Erkrankung, (2) er ist zugleich ein Risikofaktor für weitere Erkrankungen und (3) er ist in Deutschland (wie auch in anderen Industrienationen) weit verbreitet.<sup>6</sup> Das Ziel der Arbeit ist es, die verschiedenen Haltungen der Patient/innen während der Therapie zu rekonstruieren, wobei sowohl die subjektiven Perspektiven als auch die intersubjektiv geteilten Erfahrungen, die mit einer spezifischen Haltung verknüpft sind, berücksichtigt werden sollen. Die Perspektiven, die Aufschluss über den subjektiven Sinn des Handelns – verstanden als eine auf Zukünftiges ausgerichtete Orientierung – geben, sollen nicht unabhängig vom Rahmen der Behandlung als Entstehungskontext – dem hausärztlichen Setting – betrachtet werden. Dabei wird die Arzt-Patient-Beziehung, der die WHO (2003) einen besonderen Stellenwert innerhalb der Behandlung chronischer Erkrankungen zuschreibt, speziell für die Umsetzung therapeutischer Maßnahmen im Fokus stehen. Während das Postulat der WHO die Arzt-Patient-Beziehung pauschal und fast schon naturgesetzlich zu einer wesentlichen Bedingung erfolgreicher Behandlung erklärt, ist nur wenig darüber bekannt, welche Relevanz der Arzt und die Arzt-Patient-Beziehung für die Patient/innen haben und inwiefern ihr Relevanzsystem sich mit den Vorgaben und Behandlungsrichtlinien der Medizin verträgt. Dies zu untersuchen, ist besonders vor dem Hintergrund vielfältiger Beziehungsmodelle zwischen Arzt und Patient von Bedeutung.

Die Untersuchung soll ferner die medizinsoziologische Perspektive auf die Hypertoniebehandlung erweitern. Unter Berücksichtigung intersubjektiv geteilter Erfahrungen der Patient/innen und struktureller Bedingungen der Konsultationssituation wird der Erfahrungsraum der Patient/innen rekonstruktiv erschlossen und ihre Perspektiven und Handlungsmuster herausgearbeitet. Der Rekurs auf individuelle Orientierungen, die sich unter dem Eindruck geteilter Erfahrungen im Gesundheitssystem formiert haben, erfordert die Anwendung einer Methode der Datenerhebung und Auswertung, die beide Ebenen gleichermaßen in den Blick nimmt. Die Gruppendiskussion und die dokumentarische Methode nach Ralf Bohnsack (1989, 2007) sind hierfür besonders geeignet.<sup>7</sup>

In der Versorgungsforschung sind bisher hauptsächlich jene qualitativen Methoden der Datenerhebung und -auswertung verbreitet, die einen (meist) schnellen Überblick über den interessierenden Forschungsbereich ermöglichen. Dies sind vor allem inhaltsorientierte, teilweise am quantitativen Paradigma ausgerichtete Verfahren, die auf die Analyse reflektierter Einstellungen und Meinungen der Pro-

---

<sup>6</sup> Zu den Details der Erkrankung siehe auch Kapitel 1.3.

<sup>7</sup> Zur Wahl und Anwendung der Methoden vgl. ausführlich die Kapitel 3.3 und 3.4 der vorliegenden Arbeit.

band/innen abzielen. Dies ist aus zwei Gründen unzureichend: Zum einen werden bei einer direkten Konfrontation mit bestimmten Themen überwiegend argumentativ unterlegte und somit reflektierte Inhalte wiedergegeben, sodass die unbewussten und latent wirksamen Motive zur Herausbildung spezifischer Denk- und Handlungsmuster weitgehend unerkannt bleiben. Zum anderen führt eine zu stark fokussierende Fragetechnik zu sozial erwünschten Antworten, wodurch der Zugang zu der tatsächlichen Perspektive der Zielgruppe verschlossen bleibt.

Aber auch jene Studien, die das beschriebene Feld mit offeneren Methoden untersuchen, verfolgen häufig ein klares Ziel (beispielsweise die explizite Beantwortung der Frage nach Möglichkeiten zur besseren Umsetzung der Therapieziele) und lassen die Patientenperspektiven, die über das konkrete Versorgungsproblem hinausgehen, weitgehend unberücksichtigt.

Die vorliegende Arbeit hat, wie oben bereits ausgeführt, zudem zum Ziel, die Anwendbarkeit von Gruppendiskussionen als Methode der Datenerhebung – die ihren Ursprung in der Milieu- und Bildungsforschung hat – für Fragestellungen innerhalb der vorwiegend anwendungsbezogenen Versorgungsforschung zu beurteilen.<sup>8</sup>

### 1.3 Ausgangspunkt: die Hypertonie

Der Bluthochdruck, in der medizinischen Fachsprache arterielle Hypertonie (Hypertonus) genannt, ist eine Erkrankung, bei welcher der Druck auf das Gefäßsystem dauerhaft (chronisch) erhöht ist. Zugleich ist er auch einer der wichtigsten Risikofaktoren für schwere Erkrankungen des Gefäßsystems (Schlaganfall), des Herzens (Herzinsuffizienz) und der Nieren (Niereninsuffizienz). Der Blutdruck, gemessen als mm Hg<sup>9</sup>, gilt ab einem Wert von systolisch 140 und diastolisch 90 als ‚zu hoch‘ und wird insgesamt in sechs Stufen klassifiziert (s. Abbildung 1).

Kategorie		systolisch	und	diastolisch
Optimal		< 120		< 80
Normal		< 130		< 85
Hochnormal		130 - 139		85 - 89
Hypertonie	Grad 1	140 - 159		90 - 99
	Grad 2	160 - 179		100 - 109
	Grad 3	≥ 180		≥ 110

Abbildung 1: Blutdruckklassifikation nach WHO 1999

<sup>8</sup> Bisher wird der Fokusgruppe als Methode der Datenerhebung der Vorzug gegeben. Zur Differenz beider Verfahren vgl. u.a. Bohnsack 2007.

<sup>9</sup> Die Abkürzung mm Hg steht für Millimeter auf der Quecksilbersäule (Hg chem. für Quecksilber) und bezeichnet die Einheit, in der der Blutdruck gemessen wird.

In der überwiegenden Anzahl der Hypertoniediagnosen (ca. 80-90 %) gibt es keine eindeutige Ätiologie. In diesem Fall wird von einer primären oder essentiellen Hypertonie gesprochen, für welche die Ursachen weitgehend unbekannt sind. Neben der Möglichkeit der genetischen Disposition haben nach heutigem Erkenntnisstand vor allem Faktoren der Lebensführung (sog. Umweltfaktoren) einen Einfluss auf den Blutdruck. Dazu zählen beispielsweise Stress, Übergewicht, salzreiche Ernährung, wenig Bewegung, Rauchen und hoher Alkoholkonsum. In wenigen Fällen liegen der Entwicklung einer Hypertonie konkrete auslösende Faktoren zugrunde, in diesem Fall wird von sekundärer Hypertonie gesprochen. Zu den auslösenden Faktoren gehören die Erkrankung der Niere (durch Minderdurchblutung oder Übersalzung), die hormonell bedingte Hypertonie (bspw. während der Schwangerschaft), die kardiovaskuläre Hypertonie (durch Verengung herznaher Gefäße) oder der Sauerstoffmangel bei Schlafapnoe (Anstieg des Blutdrucks durch Hormonausschüttung). Die Prävalenz des Bluthochdrucks liegt in Deutschland im Altersdurchschnitt bei etwa 50 % und variiert von etwa 40 % bei den 35-40-jährigen bis etwa 80 % bei den 65-74-jährigen (Wolf-Maier 2004). In der hausärztlichen Praxis liegt der Anteil der Personen, die wegen eines Bluthochdrucks behandelt werden, insgesamt bei etwa 40 %, der Anteil der über 60-jährigen Personen bei 65 % (Pittrow et al. 2003). Auf dieser Grundlage gilt die Bluthochdruckbehandlung als wichtige und häufige Versorgungsaufgabe der Hausarztpraxis.

Im Rahmen der Versorgungs- und der pharmakologischen Forschung wurde aufgrund der hohen Prävalenz und der Schwere möglicher Folgeerkrankungen eine Vielzahl von Studien zur gesicherten Diagnosestellung und vor allem zur Therapie durchgeführt. Die Bündelung dieser Ergebnisse finden sich in den verschiedenen internationalen Leitlinien wieder, die eine evidenzbasierte Vorgehensweise sichern soll.<sup>10</sup> Zu der umfangreichen Basisdiagnostik gehören wiederholte Messungen an beiden Oberarmen an verschiedenen Tagen, eine körperliche Untersuchung, ein Elektrokardiogramm (EKG), die Feststellung des Body-Maß-Indexes (BMI), eine 24-Stunden-Messung zum Ausschluss einer ‚Weißkittelhypertonie‘ (erhöhte Blutdruckwerte durch Aufregung in der Arztpraxis), eine Laboruntersuchung des Natriumsgehaltes und des Urins, sowie eine umfangreiche Beurteilung des Gesamtrisikos einer Person bei vorhandenem Diabetes mellitus bei einer positiven Familienanamnese (genetische Disposition) und der Ko-Morbidität bei älte-

---

<sup>10</sup> Für die arterielle Hypertonie finden sich in Deutschland Leitlinien der Deutschen Hochdruckliga e.V. (<http://www.hochdruckliga.de/bluthochdruck-behandlung-leitlinien.html>; letzter Zugriff: 05.03.2012), der Leitliniengruppe Hessen ([http://www.pmvforschungsguppe.de/pdf/03\\_publicationen/hypertonie\\_ll.pdf](http://www.pmvforschungsguppe.de/pdf/03_publicationen/hypertonie_ll.pdf); letzter Zugriff: 04.03.2012) und des medizinischen Wissensnetzwerks der Universität Witten/Herdecke ([http://www.evidence.de/Leitlinien/leitlinien-intern/Hypertonie\\_Start/hypertonie\\_start.html](http://www.evidence.de/Leitlinien/leitlinien-intern/Hypertonie_Start/hypertonie_start.html); letzter Zugriff: 05.03.2012). Eine nationale Versorgungsleitlinie in Zusammenarbeit der Bundesärztekammer, der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften ist derzeit in Vorbereitung (<http://www.versorgungsleitlinien.de/themen>). Sofern nicht anders angegeben, sind die folgenden Daten zur Hypertonie diesen Leitlinien entnommen.

ren Personen. Zum Ausschluss einer sekundären Hypertonie werden ergänzende Untersuchungen durchgeführt: ein Belastungs-EKG, ein Ultraschall der Nieren, der Nebennieren, der Gefäße und der Leber, eine Augenuntersuchung und eine Untersuchung der Schlafapnoe, sofern Hinweise darauf gegeben sind.

Im Vergleich zu der aufwendigen Diagnostik erscheinen Möglichkeiten der Therapie recht übersichtlich. Die Forschung hat sich in den vergangenen Jahren erfolgreich darum bemüht, erfolgversprechende Therapien zu finden. Grundsätzlich stehen zwei Möglichkeiten zur Wahl: medikamentöse oder nichtmedikamentöse Therapien (letztere werden auch als Allgemeinmaßnahmen bezeichnet). In den Leitlinien werden Allgemeinmaßnahmen als mögliche alleinige erste Intervention oder als Begleitung zur medikamentösen Therapie empfohlen. Dazu gehören beispielsweise Gewichtsreduktion, sportliche Betätigung, kaliumreiche Ernährung, Stressreduktion, Einschränkung des Rauch- und Alkoholkonsums. Für eine Medikation stehen vor allem vier Wirkstoffklassen zur Auswahl und können als Mono- oder Kombinationstherapie durchgeführt werden: Diuretika (zur Steigerung der Natriumausscheidung über die Niere und damit zur Regulierung des Wasserhaushaltes und zur Reduktion des Drucks auf die Gefäße), ACE-Hemmer (zur Absenkung des Gefäßdrucks und Beeinflussung des Wasserhaushaltes), Betablocker (zur Absenkung der Schlagkraft und -frequenz des Herzens) und Calciumantagonisten (zur Absenkung der Schlagkraft und -frequenz des Herzens, sowie zur Erweiterung der Gefäße mit dem Ziel, das Herz zu entlasten und die Sauerstoffversorgung zu erhöhen).

Mit der Begründung, das Risiko möglicher schwerwiegender Folgeerkrankungen möglichst gering zu halten, wird eine Behandlung mit (medikamentösen) blutdrucksenkenden Maßnahmen in der internationalen medizinischen Fachliteratur einstimmig befürwortet (z.B. Chobanian et al. 2003, National Institute for Clinical Excellence 2006, Burnier 2006). Ärzt/innen sind daher nach den aktuellen Leitlinien aufgefordert, jeden Blutdruckwert, der anhaltend im erhöhten Bereich liegt, das heißt also über 140/90 mm Hg, durch medikamentöse und nicht-medikamentöse Intervention so zu behandeln, dass ein Zielwert unter dieser Grenze erreicht wird.<sup>11</sup> Obgleich die Wirksamkeit der gegenwärtigen medikamentösen Therapie nachgewiesen wurde, zeigen internationalen Studien, dass in Deutschland, wie auch in weiteren Europäischen Ländern, nur etwa 10 % der Bluthochdruckpatient/innen den definierten Zielwert erreichen (Gasse et al. 2001, Wolf-Maier et al. 2004). Angesichts der Charakteristik des Bluthochdrucks ein Risikofaktor für Herz-/Kreislaufkrankungen zu sein, wird dieser Prozentsatz aus der Perspektive der Medizin national und international als zu gering und mithin als problematisches Versorgungsdefizit angesehen.

---

<sup>11</sup> In der neueren Literatur finden sich Äußerungen, die den in den aktuellen Leitlinien zur Behandlung des Bluthochdrucks angegebene Zielwert von 140/90 mm Hg als zu niedrig einstufen und eine medikamentöse Behandlung ab einem Wert von 160/95 mm Hg befürworten (vgl. z.B. Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin – Leitliniengruppe Hessen, 2010).

## 2 Stand der Forschung

### 2.1 Vorbemerkung

Die Fülle der internationalen medizinischen und medizinsoziologischen Literatur sowohl zur Versorgung chronischer Erkrankungen als auch zur Arzt-Patient-Beziehung macht es fast unmöglich, einen umfassenden Überblick zu erlangen, sodass im Sinne des hier verfolgten Forschungsinteresses eine Einschränkung der Darstellung sinnvoll ist. Die Recherche zu den Themen Arzt-Patient-Beziehung und Hypertonie respektive chronische Erkrankung offenbart zwei scheinbar parallel verlaufende Forschungsstränge: (1) die Untersuchung und theoretische Differenzierung der Arzt-Patient-Beziehung beispielsweise durch Entwicklung verschiedener Modelle, wodurch der Fokus stark auf den interaktiven Aspekt der Versorgung und Berücksichtigung der Perspektiven der beteiligten Akteure gelegt wird; (2) die Überprüfung des Behandlungserfolges durch Parameter, die sich am Verhalten der Patient/innen während der Therapie (Compliance, Adhärenz) orientieren. Jens Lachmund (1987) spricht in diesem Zusammenhang von einem Spannungsverhältnis zwischen der Autonomie des Faches (und ihrer Akteure) gegenüber den Patient/innen, das sich vor allem in der Asymmetrie des medizinischen Wissens manifestiert. Gleichzeitig ist erfolgreiches ärztliches (Be-)Handeln von der Kooperation der Patient/innen abhängig, welches dadurch aufgelöst werden könnte, das medizinische Wissen in das alltägliche Handeln des Patienten zu übertragen. Die ärztlicherseits gewünschte und notwendige Auflösung der Wis-

senshierarchie spiegelt sich möglicherweise in der Entwicklung der genannten Forschungsrichtungen wieder.

Dass die o.g. Forschungsstränge sowohl in der Forschung als auch in der konkreten Versorgungssituation gleichwohl eng miteinander verwoben sind, liegt auf der Hand. Für einen besseren Überblick soll im Folgenden eine Trennung jedoch vorerst aufrechterhalten werden.

Zunächst erfolgt ein kurzer Überblick zur Entwicklung der Arzt-Patient-Beziehung seit Mitte des 19. Jahrhunderts bis zu ihrem Paradigmenwechsel in den 1970er Jahren. Die historische Einbettung dient der Illustration der Bedeutung dieser Entwicklung innerhalb der Medizin; die Darstellung gegenwärtiger Arzt-Patient-Modelle bezieht sich dabei auf den unten genannten ersten Forschungsstrang (Kapitel 2.2). Die daran anschließend vorgestellten Konzepte beschäftigen sich mit der Schnittstelle von ‚medizinischer Profession‘ und ‚Lebenswelt der Patient/innen‘, wobei zu sehen sein wird, dass die ärztliche Perspektive von vorrangigem Interesse ist (Kapitel 2.3). Abschließend werden aus einer wissenssoziologischen Perspektive heraus konkrete, sich auf einer mikrosoziologischen Ebene befindlichen Forschungsergebnisse vorgestellt, um die sich daraus aufgedeckten Forschungsdesiderata ableiten zu können (Kapitel 2.4).

## 2.2 Paradigmenwechsel der Arzt-Patient-Beziehung

### *Der ärztliche Paternalismus im historischen Kontext*

Bis in die Mitte des 19. Jahrhunderts zeichnete sich die Beziehung zwischen niedergelassenem Arzt und seinen (in der Regel wohlhabenden) Patient/innen durch Interaktionen auf der Basis ähnlicher sozialer Herkunft und Bildung aus und das medizinische Fachwissen war bis dahin für Laien nachvollziehbar. Der danach einsetzende Wandel der Arzt-Patient-Beziehung war vor allem durch vier Entwicklungen begründet<sup>12</sup>: (1) eine Ausdehnung der Nachfrage nach ärztlichen Dienstleistungen (vorangetrieben durch fortschreitende Medikalisierung der Bevölkerung), (2) die Entwicklung der medizinischen Wissenschaft (aufbauend auf den Fortschritten der Chemie und der Physik), (3) die Etablierung einer medizinischen Kultur (Aufbruch von Scham-Tabus durch Zuweisung einer von der Person getrennten Professionalität<sup>13</sup>) und (4) den Aufbau eines Autoritätsgefälles zwischen Arzt und Patient (durch Konstruktion der ärztlichen Autorität auf Grundlage der fachlichen Überlegenheit gegenüber den Patient/innen) (vgl. Boeker 2001).

Die moderne europäische Medizin hat ihren Ursprung in den Kliniken in der Zeit zwischen Ende des 18. (in Frankreich, vgl. Foucault 2008) und Mitte des 19. Jahrhunderts (in Preußen, vgl. Huerkamp 1985). Vor allem die Militärhospitäler

<sup>12</sup> Vgl. hierzu insbesondere die Arbeiten von Claudia Huerkamp 1985, Jost Bauch 1996. Für einen Überblick siehe auch Elvira Boeker 2001, Johannes Siegrist 1995.

<sup>13</sup> Vgl. hierzu weiter unten auch die *pattern variables* von Talcott Parsons.

boten geeignete Orte einer systematischen medizinischen und ärztlichen Kompetenzerweiterung (vgl. Siegrist 1995). Zugleich diente in Frankreich ein Militärhospital als Ort frühester Experimente zur Disziplinierung durch Ordnung mit dem Ergebnis einer engen Verknüpfung militärischer und kurativer Disziplinartechniken. Der streng geregelte Tagesablauf und die Praxis der ärztlichen Visite weisen noch heute darauf hin (vgl. Boeker 2001):

*„Die Ordnung des Spitals beruhte zunächst auf der Kontrolle durch Arzneien. Dann erweiterte sich der Raster auf die Identifizierung der Patienten, ihre analytische Beobachtung, ihre Sortierung nach Alter, Krankheit usw. [...] Aus der Disziplin erwuchs ein medizinisch nützlicher Raum“ (Dreyfus u. Rabinow 1994: 186).*

Die sich in den Kliniken herausbildende interpersonell ungleiche Beziehung zwischen Arzt und Patient war einerseits durch die hierarchische Struktur der Hospitäler und andererseits durch die überwiegende Versorgung ärmerer Bevölkerungsschichten in entsprechenden Einrichtungen, bei der das soziale Gefälle zwischen Arzt<sup>14</sup> und Patient deutlich hervortrat und die Patient/innen in eine Situation vollkommener Abhängigkeit versetzte, beeinflusst. Weder waren sie in der Lage, die medizinische Versorgung zu verstehen, noch konnten sie sich mit dem Arzt adäquat über die Behandlung auseinandersetzen.

Mit dem medizinischen Fortschritt wandelten sich die Kliniken von einem Ort des Sterbens und der Behandlung von Armen zu Zentren zunehmend qualifizierter Behandlungs- und Heilungsmöglichkeiten, die auch von wohlhabenden Personen in Anspruch genommen wurden. Während die Beziehung des Arztes zu den ärmeren, auf christliche Fürsorge angewiesenen Patient/innen unverändert hierarchisch blieb, bildete sich gegenüber der wohlhabenden Klientel eine medizinisch-fachliche Asymmetrie heraus, die jene auf der fachlichen Ebene ebenfalls in eine Situation der subjektiven Abhängigkeit versetzte, obwohl sie als zahlende Personen Teil einer Geschäftsbeziehung waren. Das Voranschreiten der medizinischen Profession (und damit auch einer ärztlichen Autonomie) durch die Vereinheitlichung der medizinischen Ausbildung und damit des medizinischen Wissens<sup>15</sup>

---

<sup>14</sup> Ärztinnen waren zu dieser Zeit deutlich in der Minderheit und durften nur eingeschränkt praktizieren.

<sup>15</sup> In diesem Zusammenhang ist vor allem die Arbeit von Abraham Flexner (1910) zu nennen, der zu Beginn des 20. Jahrhunderts die medizinische Ausbildung in den USA standardisierte. Die Zugangsbedingungen und die bis heute weit verbreitete Struktur des Medizinstudiums in einen zunächst vorwiegend naturwissenschaftlich-theoretischen Teil, in dem die notwendigen Grundlagen medizinischen Wissens gelehrt werden sollten, und einen darauf folgenden klinisch-praktischen Teil, in dem Theorie und Praxis verbunden werden sollten („Flexner medical curriculum“), ist im Wesentlichen auf ihn zurückzuführen (vgl. hierzu Halperin et al. 2010). Erste Standardisierungen der medizinischen Ausbildung und eine prozessual aufeinander aufbauende Verknüpfung von theoretischer und praktischer Ausbildung als Reformbewegung innerhalb der Medizin gab es jedoch bereits Ende des 19. Jahrhunderts in Frankreich (Foucault 2008). Seit einigen Jahren sind erneut erheblich Reformbestrebungen zu erkennen, die gerade die von Flexner beschriebene Trennung infrage stellen und neue Lehr- und Lerninhalte integrieren, indem

hatte zur Folge, dass ärztliches Handeln von Laien nicht nachvollziehbar und damit nicht zu kontrollieren war. Patient/innen wurden somit zunehmend abhängig von einem Wissen, das – unabhängig vom sozialen Status – fern von ihren lebensweltlichen Orientierungen war (Freidson 1979, Huerkamp 1985, Lachmund 1987).

Das staatliche Interesse an der Gesunderhaltung des Menschen (und der menschlichen Arbeitskraft) führte zur Institutionalisierung der Medizin mit dem Ziel der Herstellung und des Erhalts der Gesundheit der Bevölkerung durch Maßnahmen der öffentlichen Hygiene und der Medikalisierung der Gesellschaft (Foucault 1993).<sup>16</sup> Die in Deutschland staatlich unterstützte Krankenbehandlung durch die Etablierung der Krankenversicherung der Erwerbsbevölkerung förderte die „professionelle Monopolbildung“ von niedergelassenen (Haus-)Ärzt/innen insofern, als dass sie in die Lage versetzt wurden, nicht nur über Krankheit und Gesundheit des Patienten, sondern auch durch Krankschreibungen über dessen Erwerbsfähigkeit zu befinden (Siegrist 1995). Als Bindeglied zwischen Patient und Krankenkasse konnte er die für die Genesung notwendigen Mittel (beispielsweise das Krankengeld bei Arbeitsunfähigkeit) freisetzen. Die Patient/innen waren nun über die Asymmetrie des Wissens hinaus auch sozial von ihrem Arzt abhängig.<sup>17</sup>

Trotz – oder gerade wegen – dieser Abhängigkeit war ein kontinuierlicher Anstieg des Ansehens von Ärzt/innen in der Bevölkerung zu verzeichnen. Dies war entgegen landläufiger Meinungen nicht auf die Senkung der Mortalität zurückzuführen (wichtigere Einflussfaktoren waren hier Ernährung, öffentliche Hygiene und Bildung), sondern vor allem auf eine Verbesserung der Diagnostik, der Prävention und der Linderung von Schmerzen (Siegrist 1995).

Bis in die 1970er Jahre war das historisch geprägte paternalistische Modell der Arzt-Patient-Beziehung der gängige Interaktionsrahmen einer Konsultation. Die Rolle des Arztes (und damit auch die Rolle der Patient/innen) war klar definiert und wurde von Talcott Parsons unter Bezug auf die von ihm formulierten *pattern variables* beschrieben: 1) Universalismus: Einnahme einer wissenschaftlich objektiven Haltung, 2) funktionale Spezifität: klare Begrenzung der Arzt-Patient-Be-

---

das Studium beispielsweise stärker modularisiert und das Erlernen kommunikativer Kompetenzen berücksichtigt wird (vgl. u.a. Bloom 1995, Simmenroth-Nayda et al. 2007).

<sup>16</sup> Wie Thomas McKeown in der Mitte des letzten Jahrhunderts eindrucksvoll belegte, waren die medizinischen Errungenschaften (wie beispielsweise Impfungen und Antibiotika) allein nicht ausreichend, um die Sterberate zu senken und damit das Wachstum der Bevölkerung zu fördern. Seinen Analysen zufolge hatte hierauf neben hygienischen Maßnahmen auch die Verbesserung der Ernährung einen wesentlichen Einfluss (vgl. Bynum 2008).

<sup>17</sup> Diese scheinbar uneingeschränkte ärztliche Machtbefugnis wurde jedoch eingeschränkt durch ihre Rechenschaftspflicht gegenüber der Krankenkasse, die den ärztlichen Handlungsspielraum ab Ende des 19. Jahrhunderts, beispielsweise durch Kontrolle der Krankschreibungstätigkeit, beschränkte (Huerkamp 1985). Die Begrenzung der ärztlichen Autonomie ist bis heute aktuell und zeigt sich beispielsweise in der seit 1993 bestehenden Budgetierung von hausärztlichen Leistungen oder der Festsetzung von Fallpauschalen (seit 1996 mit verschiedenen Änderungen) zur ärztlichen Vergütung von Krankenhausleistungen; vgl. dazu die Internetseiten des Bundesministeriums für Gesundheit: <http://www.bmg.bund.de/service/suche.html>.



ziehung auf eine ärztlich-professionelle Ebene und Abgrenzung von einer persönlichen Beziehung, das heißt Fokussierung auf behandlungsrelevante Informationen und Interaktionen, 3) affektive Neutralität: Kontrolle eigener Emotionen zugunsten einer sachlich-rationalen Haltung, 4) Leistungsorientierung: Ausrichtung des Handelns am Erfolg der Therapie zur Wiederherstellung der Gesundheit, 5) Kollektivorientierung: Solidarität als Basis gegenseitigen Vertrauens bei der Erreichung des Therapieziels. Die Arzt-Patient-Beziehung wird vor diesem Hintergrund als „dyadisches Kollektiv“ verstanden, deren gegenseitiges Vertrauen sich auf der Basis von Solidarität gründet. Der Systemtheorie Parsons folgend, wird von einem Norm- und Wertekonsens der beteiligten Akteure ausgegangen, deren gemeinsames Ziel die Therapie des Patienten sein sollte. Allerdings weist Parsons auch auf einen „Machtunterschied“ zwischen Arzt und Patient hin, der beispielsweise die Gefahr der ärztlichen Verfolgung von Eigeninteressen ermöglichen könnte. Diesen Machtunterschied begründet er mit der fachlichen Hilflosigkeit der Patient/innen bei der Beurteilung der ärztlichen Kompetenz und damit des medizinisch Möglichen. Die *pattern variables* sollen in diesem Zusammenhang auch zum Schutz der erkrankten Personen dienen (Parsons 1951, 1977).

Das Kompetenzgefälle der Akteure (hinsichtlich des medizinischen Wissens) trägt nach Parsons jedoch wesentlich zum Erfolg der Interaktion bei, da die Therapie zwar als Prozess betrachtet, dieser Prozess jedoch durch den Arzt im Hinblick auf das (angenommene) Patientenwohl gelenkt wird.

### *Die patientenzentrierte Medizin – Neue Modelle einer Arzt-Patient-Beziehung*

Obwohl die strukturfunktionalistische Perspektive Parsons auf die Arzt-Patient-Beziehung über einen langen Zeitraum hinweg dominierte, wurde mit dem Wiederaufkeimen des interpretativen Paradigmas erste Kritik bereits in den 1960er Jahren laut. Seitens der Soziologie formulierte Eliot Freidson (1960) schließlich deutliche Einwände gegenüber der Vernachlässigung des situativen Moments und des Konfliktpotenzials der Arzt-Patient-Beziehung: In der Konsultation treffen demzufolge nicht nur die Repräsentanten zweier unterschiedlicher Systeme (Laiensystem vs. professionelles System) aufeinander, auch die normative und kulturelle Diversität des Patientenlientels hat einen Einfluss auf die jeweiligen Erwartungen und auf die Ausgestaltung der Arzt-Patient-Beziehung und verdient daher besondere Berücksichtigung. Aus den Reihen der Medizin wies Enid Balint (1969) darauf hin, dass zwischen einer krankheitszentrierten Medizin (*illness-oriented medicine*, auch *biomedizinisches Modell*) und einer patientenzentrierten Medizin (*patient-centered medicine*, auch *biosychosoziales Modell*) zu unterscheiden sei. Dem traditionellen Verständnis der Diagnosestellung, bei dem die Lokalisation einer bestimmten Krankheit im Vordergrund stand (*traditional diagnosis*), stellte Balint die umfassende Diagnose (*overall diagnosis*) gegenüber, deren Ziel es sei, so viel wie möglich über den Patienten zu erfahren, um die Individualität der oder des Einzelnen – und

damit die Subjektivität der Medizin – in den Vordergrund zu stellen (Balint 1969).<sup>18</sup>

Mit der Fokussierung des Subjektiven bei der ärztlichen Diagnosestellung wurden nicht nur seitens der Medizinsoziologie, sondern auch innerhalb der Medizin die Rollen der Akteure hinterfragt und entsprechend einer Demokratisierung der Beziehung neu definiert. Dem Patienten wurde in der Folge eine stärker aktive und zu autonomen Entscheidungen fähige Rolle und damit eine größere Teilhabe, Kontrolle und Entscheidungsfähigkeit innerhalb des Therapieverlaufs zugeschrieben, bei gleichzeitiger Reduktion der ärztlichen Dominanz.<sup>19</sup>

In der Folge etablierte sich in der englischsprachigen Forschung bereits in den 1970er Jahren der Begriff des *Shared Decision Making*<sup>20</sup> (SDM); erst in den 1990er Jahren erfolgte durch die kanadische Arbeitsgruppe um Cathy Charles (1997) die Definition des SDM (s.u.) und dessen theoretische Verortung als eines von nun vier möglichen Modellen der Arzt-Patient-Beziehung; die drei anderen sind das *paternalistic model*, das *physician as agent model* und das *informed decision making model*.<sup>21</sup> Sechs Dimensionen dienen der Differenzierung beziehungsweise Abgrenzung dieser Modelle: (1) das zentrale Ziel des Patienten (subjektiv oder objektiv festgelegte gesundheitliche Werte des Patienten), (2) das zentrale Ziel des Arztes innerhalb des therapeutischen Prozesses (Aufgabe des Arztes), (3) die Ausprägung und Berücksichtigung der Patientenautonomie (das Konzept der Patientenautonomie), (4) das Ausmaß der hierarchischen Ausprägung der Arzt-Patient-Beziehung (Konzept der Arztrolle), (5) die Kontrolle über Informationen und (6) die Kontrolle über Entscheidungen (vgl. ausführlich Scheibler et al. 2003).

Das *paternalistic model* stützt sich auch heute noch weitgehend auf die Arbeiten von Parsons; die Ausgestaltung der Interaktion und die Kontrolle der therapeutischen Entscheidung liegen folglich allein beim Arzt. Diese autoritativen therapeutischen Entscheidungen erfolgen im Rahmen aktueller medizinischer Standards sowie objektiver<sup>22</sup> und allgemeingültiger Gesundheitsziele zum Wohle des Patienten. Das Konzept der Arztrolle ist die des Beschützers (*guardian*) (Emanuel u.

<sup>18</sup> Die Kritik Freidsons am paternalistischen Modell Parsons bezieht sich auch auf die (scheinbare) Objektivität der traditionellen Arzt-Patient-Beziehung, die das subjektive Moment des Arztes (beispielsweise Unsicherheiten in der Entscheidung) unberücksichtigt lässt. Insofern bezieht sich die ‚neue‘ Subjektivität nicht nur auf die Wahrnehmung des Patienten als Subjekt, sondern auch auf die des Arztes (Freidson 1970, vgl. auch Mead u. Bower 2000, Witte 2010).

<sup>19</sup> Vgl. hierzu auch die Übersicht von Mead u. Bower 2000.

<sup>20</sup> Im deutschsprachigen Raum existiert zusätzlich der Begriff der *Partizipativen Entscheidungsfindung* (PEF), der sich in der Definition jedoch vom SDM nicht unterscheidet.

<sup>21</sup> Als Überblick über die Modelle der Arzt-Patient-Beziehung sowie die internationale Forschungsliteratur zum SDM vgl. z.B. Scheibler et al. 2003, Klemperer 2005.

<sup>22</sup> Der Begriff ‚objektiv‘ wird in der vorliegenden Arbeit vor allem verstanden als Gegensatz zu ‚subjektiv‘, d.h. zur individuellen Perspektive und zum individuellen Erleben von Patienten/innen, und bezieht sich auf allgemeine Standards, Definitionen und (Mess-)Werte innerhalb des medizinischen Wissenskanons.

Emanuel 1992, zit. in: Charles et al. 1997), die Verantwortung für die Entscheidung obliegt vollständig dem Arzt.

Das *physician as agent model* berücksichtigt das Patientenwohl nicht nur anhand objektiver Maßstäbe, sondern erkennt die Subjektivität von Wertvorstellungen und Bedürfnissen an, die vom Arzt bei der Therapiewahl berücksichtigt werden müssen. Auf dieser Grundlage werden entsprechend ausgewählte Informationen und Therapieempfehlungen an den Patienten weitergegeben verbunden mit der Ermutigung, der ärztlich präferierten Therapieentscheidung zuzustimmen. Während in diesem Modell die Akteure idealtypisch eine gemeinsame Informationsbasis teilen, verbleiben die Kontrolle und die Verantwortung für eine Entscheidung auf ärztlicher Seite. Der Handlungsspielraum der Patient/innen innerhalb dieser Beziehung beschränkt sich folglich darauf, die ärztliche Entscheidung zu unterstützen.

Das *shared decision making model (SDM)* bezeichnet eine partnerschaftliche Beziehung, in der alle therapeutisch relevanten Informationen und Entscheidungen gleichermaßen von beiden Akteuren erörtert und geteilt werden. Nach Charles et al. müssen hierzu folgende Bedingungen erfüllt sein: (1) „shared decision-making involves at least two participants – the physician and patient“, (2) „both parties (physicians and patients) take steps to participate in the process of treatment decision-making“, (3) „information sharing is a prerequisite to shared decision-making“ und (4) „a treatment decision is made and both parties agree to the decision“ (Charles et al. 1997: 684ff.). Vor allem der letzte Punkt gilt als entscheidendes Kriterium für das SDM. Bedeutet dies doch nicht zwangsläufig, dass die Wahl auf die (objektiv) beste Behandlungsmöglichkeit fällt, sondern dass die Entscheidung von beiden Akteuren akzeptiert und die Verantwortung gleichermaßen geteilt wird (Klemperer 2005).<sup>23</sup>

Das *informed decision making model* stellt das Gegenstück zum *physician as agent model* dar. Hierbei ist es die Aufgabe des Arztes, dem Patienten umfassende medizinisch-wissenschaftliche Informationen zur Verfügung zu stellen, auf deren

---

<sup>23</sup> Das patientenzentrierte Modell (*patient-centred medicine*) wird im Gegensatz zum SDM in der Literatur uneindeutig diskutiert. Mead u. Bower (2000) weisen in ihrer Übersichtsarbeit darauf hin. So besteht Uneinigkeit darüber, ob das Verstehen der Besonderheit des Einzelnen im Vordergrund stehen soll (Balint 1969), ob es stärker auf den Interaktionsstil ankommt, bei dem die Patientenperspektive in der ärztlichen Leitung der Konsultation berücksichtigt werden soll (Byrne u. Long 1976) oder ob es nicht im Wesentlichen darum geht, die Patientenperspektive insofern nachvollziehen zu können, als versucht werden sollte, die Krankheit mit den Augen des Patienten zu betrachten (McWhinney 1987). Mead u. Bower (2000) formulieren fünf Dimensionen, die im patientenzentrierten Modell im Vordergrund stehen: die biopsychosoziale Perspektive, die Wahrnehmung des Patienten als Individuum (*patient-as-person*), das Teilen von Macht und Verantwortung, eine therapeutische Allianz und die Subjektivität des Arztes (*doctor-as-person*). In den Ausführungen von Mead u. Bower wird an verschiedenen Stellen deutlich, dass nicht eindeutig ist, bis zu welchem Grad eine Symmetrie der Arzt-Patient-Beziehung tatsächlich erreicht werden kann. Daher verbleibt die letztendliche Verantwortung über den Verlauf der Konsultation und die therapeutische Entscheidung auf ärztlicher Seite. Aus diesem Grund erscheint das patientenzentrierte Modell am ehesten mit dem *physician as agent model* vergleichbar.

Grundlage dieser sich, nach einem Prozess des Abwägens medizinischer Möglichkeiten und individueller Bedürfnisse und Werte, autonom entscheidet. Zwar teilen beide Akteure noch die Informationsbasis; die Entscheidung für oder gegen eine Therapie wird dem Arzt ohne weitere Rücksprache mitgeteilt. Die Arztrolle beschränkt sich somit auf die Aufgabe des „information transfer“ (Charles et al. 1997). Während im *paternalistic model* der Patient vom Entscheidungsprozess ausgeschlossen ist, so ist es im *informed model* der Arzt. Letzteres entspricht am ehesten dem eines ‚ökonomischen Dienstleistungsverhältnisses‘ – dem sogenannten ‚Konsumenten-Modell‘ –, bei dem der Patient als Kunde auftritt und der Arzt die Rolle des Dienstleisters einnimmt, indem dieser ausführt, was der Patient entschieden hat (Scheibler et al. 2003, Klemperer 2005).

Das SDM kann als Mittelweg zwischen dem *physician as agent* und dem *informed decision making model* begriffen werden (Scheibler et al. 2003), da es die jeweiligen Kompetenzen der Interaktionspartner gleichermaßen berücksichtigt, denn

*„the crux of the information problem is that while the health care provider possesses better knowledge regarding the expected effectiveness of health care in improving health status, the individual knows best how improvements in health status affect his or her well-being“*  
(Hurley et al. 1992, zit. in: Charles et al. 1997: 683).

### 2.3 Von der Compliance zur Concordance

Trotz der historischen Verstärkung der medizinischen Profession und der damit einhergehenden Autonomie des Faches, der ‚Standardisierung professionellen Wissens‘ und der ‚professionellen Konstruktion von Krankheit‘ (Larson 1979), ist erfolgreiches ärztliches Handeln<sup>24</sup> auf die Mitwirkung und Kooperation der Patient/innen angewiesen. Letztlich sind sie es, die entscheiden, ob sie beispielsweise ein Medikament einnehmen oder ihren Lebensstil ändern.<sup>25</sup>

Mit dem Wechsel der Perspektive auf die Arzt-Patient-Beziehung und damit auch auf die Patientenrolle, wurden verschiedene Begriffe, Konzeptionen und Definitionen patientenseitigen Verhaltens innerhalb der Medizin geschaffen. Die am weitesten verbreiteten Begriffe sind *Compliance*, *Adherence* (deutsch ‚Adhärenz‘) und *Concordance*.<sup>26</sup> Die Anwendung und Definition dieser Begriffe ist in der Literatur

<sup>24</sup> Obwohl seit den 1970er Jahren nicht nur der klinische Erfolg, sondern auch die Patientenzufriedenheit als gleichwertig bei der Beurteilung des Behandlungserfolges angesehen wird, liegt der Fokus sowohl in der Forschung als auch in der Praxis häufig vor allem auf den klinischen Ergebnissen.

<sup>25</sup> Lachmund spricht in diesem Zusammenhang mit Bezug auf Fuchs (1986, vgl. Lachmund 1987: 357) von „personenbezogener Dienstleistung“ ärztlichen Handelns, da der Patient als Kooperationspartner in den Arbeitsprozess (die Wiederherstellung der Gesundheit) einbezogen wird und weist auf das Missverhältnis des „kooperativen Charakter(s) ärztlicher Dienstleistung“ und der „einseitigen professionellen Kontrolle“ hin.

<sup>26</sup> Die Definition dieser Begriffe kann jedoch zwischen den einzelnen Disziplinen (Medizin, Medizinsoziologie und Psychologie) differieren (vgl. hierzu u.a. Meißel 2005, Ingram 2009).

unterschiedlich: Zum Teil stehen sie ausschließlich für das Patientenverhalten, andere verbinden die Konzepte eng mit der Arzt-Patient-Beziehung. Vor allem die Compliance und Adhärenz werden oft synonym gebraucht.

### *Begriffliche Entwicklung und Definition*

Der zunächst verwendete Begriff *Compliance* wurde zuerst von R. Brian Haynes (1979, deutsch 1982) definiert als

*„The extent to which the patient’s behavior (in terms of taking medications, following diets, or executing other lifestyle changes) coincides with medical or health advice.“* (zit. nach: Trostle 1988: 1299).

Demzufolge ist Compliance das Ausmaß der ‚Folgsamkeit‘ des Patienten gegenüber dem ärztlichen Rat respektive dem aktuellen medizinischen Wissensstand. Vor dem Hintergrund der Wissens-Asymmetrie der Akteure ist zu hinterfragen, ob solch ein ärztlicher Rat nicht tatsächlich eine Anweisung ist. James A. Trostle sieht in dieser Definition die grundsätzliche Überzeugung der Medizin enthalten, dass medikamentöse oder andere Maßnahmen, die den klinischen Erfolg versprechen, nicht nur notwendig, sondern auch wirksam sind. Aufgrund der Normierung ärztlichen Wissens und Handelns schreibt er dieser Überzeugung – und damit der Definition von Compliance – eine ideologische Konnotation zu. Er bezieht sich auf eben jene Prozesse, die mit dem Fortschreiten der professionellen Autonomie des Faches einhergingen. Der medizinische Fortschritt in der Entwicklung von Wirkstoffen gab dieser Ideologie insofern Recht, als für den Heilungsprozess und die klinische Wirksamkeit bei bestimmten Indikationen ein unbedingtes Einhalten der (ärztlich verordneten) Medikation notwendig war und ist (beispielsweise bei der Einnahme von Antibiotika). Gerade darin liegen Trostle zufolge die Gründe für die Durchsetzung dieser Haltung sowohl in der Praxis als auch in der Forschung und folglich für den Erfolg des Compliance-Konzeptes (Trostle 1988).

Dass dies jedoch nicht der einzige Grund war, belegt Trostle mit dem Hinweis darauf, dass die Erklärung für die fehlende Wirksamkeit einer Therapie bereits zu einer Zeit mit dem Fehlverhalten der Patient/innen begründet wurde, als die klinische Wirksamkeit des überwiegenden Anteils der Medikamente noch nicht nachgewiesen war<sup>27</sup> (Trostle 1988: 1301) – zudem ein deutlicher Hinweis auf das grundlegende immanente Machtgefälle zwischen der Medizin als Profession (respektive den handelnden Ärzt/innen als deren Repräsentant/innen) und den Patient/innen als Vertreter/innen des Laiensystems. Diese Asymmetrie ist gleichwohl

---

<sup>27</sup> Noch Anfang der 1990er beklagt Richard Smith die unzureichende wissenschaftliche Grundlage vieler klinischer Studien und somit auch den fehlenden Nachweis der Wirksamkeit von Medikamenten. Zugleich wirft er Ärzt/innen Unwissenheit hinsichtlich der Notwendigkeit des Wirksamkeitsnachweises und Nachlässigkeit im Umgang mit entsprechenden Therapeutika vor (Smith 1991, 1992).

notwendig, um das Compliance-Konzept, in dem ein Akteur die Anweisungen erteilt und ein anderer diese ausführt, plausibel zu machen. Die Machtstellung, die historisch zunächst den Klinikärzten, später durch das Definitionsmonopol von Krankheit gerade auch den niedergelassenen Ärzt/innen zugeschrieben wurde (Huerkamp 1985, Siegrist 1995, s. auch Kapitel 2.2), ermöglichte die Etablierung dieser Ideologie zusätzlich.<sup>28</sup> Das Compliance-Konzept war somit wesentlicher Bestandteil der strukturfunktionalistischen Perspektive auf die am biomedizinischen Modell orientierte Arzt-Patient-Beziehung: Folgt ein Patient den ärztlichen Anweisungen nicht, so erhält dieser die Bezeichnung ‚non-compliant‘.

Im Zuge des Paradigmenwechsels in der Medizin, das heißt der Abkehr von einer rein biomedizinischen Perspektive und der damit einhergehenden Entwicklung verschiedener (stärker auf die psychosoziale Situation der Patient/innen ausgerichteten) Modelle der Arzt-Patient-Beziehung, wurde auch der Sprachgebrauch hinterfragt. Donald E. Morisky et al. (1986) kritisieren die im Compliance-Konzept enthaltene vorverurteilende Haltung der Ärzt/innen gegenüber den Patient/innen, da es zu stark auf die Arzt-Patient-Beziehung rekurriere, obwohl es eigentlich um das Verhalten des Patient/innen, das heißt die Umsetzung therapeutischer Maßnahmen, gehe:

*„The term ‚compliance‘ usually refers to the extent to which patients follow the instructions – proscriptions and prescriptions – of their physician or other health care provider. The concern is generally with nonadherence, but the use of the ‚noncompliance‘ implies a pejorative or negative affect toward patients, who are often presumed to be uncooperative“ (Morisky et al. 1986: 68).*

In der Literatur findet sich seither eine stärkere Verwendung des Begriffs *Adhärenz*, wobei international keine einheitliche sprachliche Regelung vorliegt.<sup>29</sup> Der 2003 erschienene Bericht der WHO „Adherence to long-term therapies“ zeigt hingegen nicht nur sprachlich, sondern auch inhaltlich eine deutliche Abkehr sowohl von der paternalistischen Arzt-Patient-Beziehung als auch vom Compliance-Konzept und der darin enthaltenen untergeordneten Patientenrolle des ‚abhängigen Weisungsempfängers‘. Vielmehr wird Adhärenz begrifflich eindeutig mit einer auf Partnerschaft ausgerichteten Arzt-Patient-Beziehung assoziiert und somit definiert als

*„The extent to which a person’s behaviour – taking medication, following a diet, and/or executing lifestyle changes – corresponds with agreed recommendations from a health care provider.“ (WHO 2003: 3)*

<sup>28</sup> Zum ökonomischen Interesse der Pharmaindustrie am Compliance-Konzept vgl. Trostle 1988.

<sup>29</sup> Die definitorische Unklarheit und Nähe beider Begriffe wird beispielsweise auch darin deutlich, dass neben Adhärenz auch von Medikamenten-Adhärenz gesprochen wird, womit offenbar verdeutlicht werden soll, dass es in dem konkreten Fall nicht um die Patientenrolle innerhalb der Arzt-Patient-Beziehung geht, sondern explizit um die Medikamenteneinnahme.

Die begriffliche Verlagerung beinhaltet demzufolge die Annahme und den Anspruch, dass therapeutische Maßnahmen zwischen Arzt und Patient in einem Prozess gemeinsamer Entscheidungsfindung festgelegt werden und beide Akteure dieser Entscheidung zustimmen – entsprechend den Kriterien des SDM. Dieser perspektivischen Öffnung folgend, weist die WHO auch auf die Notwendigkeit einer differenzierten Betrachtung der die Adhärenz prägenden Faktoren hin: (1) soziale und ökonomische Faktoren, (2) gesundheitssystem- und akteursbedingte Faktoren, (3) gesundheits- und krankheitsbezogene Faktoren, (4) therapiebedingte Faktoren und (5) patientenbezogene Faktoren (WHO 2003). Das Verhalten der Patient/innen wird demzufolge nicht mehr als ausschließliche Bedingung für Adhärenz angesehen.

Trotz des Anspruches eines konzeptuellen Umdenkens in der Arzt-Patient-Beziehung durch die Einführung des Begriffes Adhärenz findet sich in der Literatur oft keine klare Differenzierung zwischen Compliance und Adhärenz, sondern lediglich ein Wechsel des Terminus. Dies ist schon aus dem Grund nicht verwunderlich, als das Ziel beider Konzepte identisch ist, nämlich die Einhaltung der als zur Heilung oder Stabilisierung für notwendig erachteten (medikamentösen oder nichtmedikamentösen) Therapie. Lediglich der Weg, dies zu erreichen, ist ein anderer: Mit *Adhärenz* wird ein stärker auf Partizipation ausgerichtetes Modell der Arzt-Patient-Beziehung zugrunde gelegt und damit die Patientenrolle neu definiert.

Das 1997 von der Pharmaceutical Society of Great Britain entwickelte Konzept der *Concordance* wird hingegen als explizit von Compliance und Adhärenz zu unterscheidendes Konzept vorgestellt und fokussiert ausdrücklich auf den Prozesscharakter der Konsultation und nicht auf das Verhalten einzelner Patient/innen. Die Concordance Coordinating Group definiert Concordance als:

*„[...] new approach to the prescribing and taking of medicines. It is an agreement reached after negotiation between a patient and a healthcare professional that respects the beliefs and wishes of the patient in determining whether, when, and how medicines are to be taken.“ (Dickinson 1999: 787)*

Das Wesentliche der Concordance besteht darin, die Patient/innen als Expert/innen für ihren eigenen Körper anzuerkennen und daher im therapeutischen Entscheidungsprozess zu berücksichtigen, welche Erfahrungen sie mit Erkrankungen und der Wirkung und Verträglichkeit von Medikamenten gemacht haben. Der Arzt ist in diesem Modell Experte in Bezug auf verschiedene Behandlungsmöglichkeiten. Beide Sichtweisen fließen gleichermaßen in den gemeinsamen Entscheidungsprozess ein und die Verantwortung für die vereinbarte Behandlung liegt gleichermaßen beim Arzt *und* beim Patienten. Die Kommunikation verläuft somit nicht einseitig, das Macht- und Autoritätsgefälle ist (theoretisch) aufgehoben. Da das Ziel der Concordance nicht explizit Adhärenz oder Compliance ist, steht im Zentrum die Qualität der Interaktion der Akteure. Die Interaktion sollte hierbei auf das Verstehen der jeweils anderen Position ausgerichtet sein. Wird ein

solches Verständnis nicht erreicht, ist *non-concordance* – begrifflich als Diskordanz der Interaktion gefasst – die Folge, nicht aber die pejorativ geprägte Non-Compliance oder Non-Adhärenz (Elwyn et al. 2003, Weiss u. Britten 2003).

Kritiker werfen der Concordance eine ideologische Konzeption und Augenwischerei vor: Es sei eine schlechte medizinische Praxis und letztlich nicht umsetzbar, Patient/innen die alleinige Entscheidung für oder gegen ein Medikament zu überlassen. Um eine rational begründete therapeutische Entscheidung treffen zu können, müssen Nutzen und Risiken einer Behandlung abgewogen werden können. Zwar sei es möglich, diese in der Konsultation zu besprechen, da aber bis zu 80 % der Gesprächsinhalte vergessen werden und nur die Hälfte dessen, was erinnert wird, fachlich richtig ist, bleibe der Nutzen dieser Gespräche fraglich.<sup>30</sup> Die optimale Entscheidungsgrundlage sei zudem nicht eine Wiederholung immer derselben Informationen, sondern eine stärker differenzierte Wissensvermittlung, die auch die Grenzen des medizinisch Möglichen stärker fokussiere. Beim Concordance-Konzept gehe es letztlich nicht darum, Patient/innen im Rahmen ihres Verständnisses von Krankheit und Gesundheit respektvoll zu behandeln, sondern diese durch geschickte Interaktion davon zu überzeugen, den ärztlichen Empfehlungen zu folgen (Ferner 2003, Heath 2003, Segal 2007). Somit wäre auch die Concordance lediglich Compliance in einem neuen Gewand, also „a modernist wolf in post-modernist clothing“ (Heath 2003: 857).

Die bestehende inhaltliche Unschärfe von Compliance, Adhärenz und Concordance erschwert eine sprachlich eindeutige Positionierung ohne ergänzende Definition. Die Uneindeutigkeit in der Forschungsliteratur und die häufig im Rahmen von Studien festgelegte Begriffsbestimmung werden somit nachvollziehbar. Demzufolge wird auch für die hier vorgelegte Arbeit eine Bestimmung der verwendeten Begriffe notwendig, um Missverständnissen vorzubeugen. Sowohl der Compliance als auch der Concordance wurde der Vorwurf der ideologischen Ausrichtung des Konzeptes gemacht, wohingegen in Bezug auf die Adhärenz zumindest der Versuch einer umfassenden und differenzierten Definition (beispielsweise durch die WHO 2003) unternommen wurde und dieser bisher frei von entsprechender Kritik blieb.<sup>31</sup> Aus diesem Grund wird im Folgenden der Non-Adhärenz der begriffliche Vorzug gegeben, jedoch mit der Einschränkung, dass diese nicht (wie von der WHO vorgeschlagen) mit einem bestimmten Modell der Arzt-Patient-Beziehung assoziiert ist, sondern sich – im Sinne von Morisky et al. (1986) – auf die konkrete Umsetzung respektive Einhaltung der Therapie bezieht; unabhängig davon, ob diese das Ergebnis eines gemeinsamen Entscheidungsprozesses oder einer ärztlichen Verordnung ist.

---

<sup>30</sup> Im Zusammenhang mit der Wissensvermittlung ist eine breite und stark umstrittene Diskussion um Patienteninformationen und Entscheidungshilfen entstanden, deren Objektivität infrage gestellt wird (vgl. hierzu u.a. O'Connor et al. 2009, Nelson et al. 2007).

<sup>31</sup> Eine Beurteilung dessen, ob und inwiefern die Definition gelungen ist, soll an dieser Stelle nicht erfolgen.



## 2.4 Die Patientenperspektive in der Versorgungsforschung

Die theoretische soziologische und medizinische Auseinandersetzung mit der Struktur und den Zielen der Arzt-Patient-Beziehung hat zu einer stärkeren Reflexion der Prozesshaftigkeit der Arzt-Patient-Beziehung und einer Wahrnehmung der Relevanz der Patientenperspektive im Behandlungsprozess geführt. Trotz verschiedener kritischer Einwände lässt sich innerhalb der Konzepte Compliance, Adhärenz und Concordance eine Einigkeit darüber feststellen, dass der Erfolg einer Behandlung maßgeblich vom Patienten mitbestimmt ist. Daher wurde – und wird bis heute – in der medizinischen Forschung dem Handeln von Patient/innen (als Teil der Arzt-Patient-Beziehung) eine hohe Aufmerksamkeit gewidmet; die genannten Konzepte sind zu eigenen, wichtigen Forschungsschwerpunkten avanciert.<sup>32</sup>

Die Fülle der Forschungsliteratur zur Arzt-Patient-Beziehung einerseits und Compliance, Adhärenz, Concordance andererseits verdeutlicht jedoch, dass die Medizin von Beginn an vor allem ein normatives Ziel verfolgte: Gründe zu finden und Bedingungen zu schaffen, die es ermöglichen, die medizinisch-therapeutischen Zielvorgaben – oft in den entsprechenden Leitlinien verankert – möglichst effektiv umzusetzen. Im Kontext der Bluthochdruckbehandlung bedeutet dies beispielsweise für eine möglichst hohe Anzahl der Patient/innen den Blutdruck auf den Zielwert von höchstens 140/90 mm Hg einzustellen. Unter Handlungsdruck geraten das Gesundheitssystem und somit auch die Ärzt/innen als handelnde Akteure, da für die Hypertonie seit langem die *Rule of Halves* gilt, welche die (vermeintliche) Unzulänglichkeit der aktuellen medizinischen Versorgung des Bluthochdrucks anzeigt.<sup>33</sup>

Als einer der hauptsächlichen Gründe für die unzureichende Behandlung wird allgemein die ungenügende Einhaltung der Therapievorgaben (i.d.R. die Umsetzung der medikamentösen Therapie) durch die Patient/innen angenommen (Wahl et al. 2005, Glynn et al. 2010). Die Rate der Non-Adhärenz für kardiovaskuläre Erkrankungen einschließlich der Hypertonie liegt bei über 30 % (DiMatteo 2004), was aus medizinischer Perspektive als zu hoch eingeschätzt wird. Die traditionelle Compliance- oder Adhärenz-Forschung sucht daher nach Möglichkeiten, diese

---

<sup>32</sup> Die aktuelle Suche nach Veröffentlichungen in der medizinischen Literatur-Datenbank MEDLINE unter dem definierten Schlagwort (Mesh Term) *Physician-Patient-Relation* ergibt 55.359 Treffer, die Suche nach *Patient Compliance* (Mesh Term) 60.850, nach *Medication Adherence* (Mesh Term) 9.337 und nach *Concordance* (bislang kein Mesh Term vorhanden) 22.010 Treffer (zuletzt: 26.03.2012); 1979 lagen zum Forschungsgebiet der Compliance lediglich 537 Veröffentlichungen vor (Haynes et al. 1982).

<sup>33</sup> Der Begriff *Rule of Halves* wurde in den 1970er Jahren in den USA geprägt. Diese Regel besagt, dass nur die Hälfte aller Personen mit arterieller Hypertonie diagnostiziert werden, von diesen werden nur die Hälfte behandelt und bei jenen, die behandelt werden, ist nur bei der Hälfte der Blutdruck ausreichend eingestellt (vgl. Hooker et al. 1999, Mitchell et al. 2005, Scheltens et al. 2007).

durch Entwicklung geeigneter Instrumente zu messen und die Rate der Non-Adhärenz zu senken, um somit die Behandlungserfolge zu sichern.

Die Reduktion der Non-Adhärenz soll erreicht werden, indem auf Seiten der Patient/innen Gründe und Einflussfaktoren gefunden werden, die dieses (Fehl-) Verhalten stützen.<sup>34</sup> Immer stärker konzentriert die Forschung sich dabei auf die Herstellung von Korrelationen zwischen Patientencharakteristika wie Alter, Geschlecht oder Bildung einerseits und Adhärenz bzw. Non-Adhärenz andererseits (Vermeire et al. 2001). Über die rein quantitative Analyse verschiedener, vor allem soziodemographischer Parameter hinaus gab es Bemühungen, die subjektive Perspektive in Form von Verhalten, Wissen oder Einstellungen stärker einzubeziehen (z.B. Miller et al. 2010).

In der internationalen Forschung zur Medikamenten-Adhärenz der vergangenen Jahrzehnte wurde dieser Themenkomplex ausführlich beschrieben. Inzwischen ist bekannt, welche zentralen Ursachen der Non-Adhärenz zugrunde liegen. Als Gründe gelten vor allem Vergesslichkeit, das Feststellen unerwünschter Wirkungen, eine allgemeine Skepsis oder Unsicherheit gegenüber Medikamenten oder die Sorge vor einer lebenslangen Einnahme und Abhängigkeit von Medikamenten. Aber auch unzureichende ärztliche Aufklärung, Resignation oder fehlende Einsicht werden als Motive genannt. Manche Patient/innen variieren den Zeitpunkt der Einnahme oder das Einnahmeintervall, weil sie in bestimmten Situationen auf die unerwünschten Wirkungen verzichten wollen und sogenannte *Drug Holidays* einlegen. Auch jahreszeitlich bedingte Wechsel der Lebensgewohnheiten können offenbar zu einer Umstellung des Einnahmeverhaltens führen (z.B. Benson u. Britten 2002, Dowell u. Hudson 1997, Düsing et al. 1998, Johnson, M.J. et al. 1999).

Das Wissen um diese Fakten hat dazu geführt, dass in der hausärztlichen Praxis ein Bewusstsein dafür entstanden ist, der Non-Adhärenz entgegenwirken zu müssen. Jedoch bleiben die Interventionen auf der funktionellen Handlungsebene, da es vor allem darum geht, die Patient/innen darin zu unterstützen, die Tabletteneinnahme regelmäßig, das heißt entsprechend der ärztlichen Behandlungsempfehlung, fortzuführen. Zu den Maßnahmen gehören unter anderem die Reduktion der Tagesdosis, Aufkleber zur Erinnerung, der Appell an das Einbinden der Tabletteneinnahme in regelmäßige Tagesabläufe oder an die Mitverantwortung durch regelmäßige Selbstmessung sowie gesundheitliche Aufklärung. Diese Interventionen sind jedoch nicht immer von Erfolg gekrönt (u.a. Gupta et al. 2010).

International gibt es erste Studien zur Non-Adhärenz, die über das Erheben von Fakten – mit dem Ziel der Verhaltensvorhersage – hinausgehend eine differenziertere Sichtweise einnehmen. Non-Adhärenz kann demnach sowohl beiläufig, beispielsweise aufgrund von Vergesslichkeit oder ähnlichem entstehen oder aber Ausdruck eines bestimmten Standpunktes oder einer Haltung der Person gegenüber der Erkrankung oder deren Behandlung widerspiegeln. In jedem Fall

---

<sup>34</sup> Vgl. hierzu beispielsweise die Übersichtsarbeiten von Marston 1970, van Dulmen et al. 2007.

scheint Non-Adhärenz das Ergebnis eines bewussten oder unbewussten Entscheidungsprozesses<sup>35</sup> innerhalb der Therapie zu sein (z.B. Svensson et al. 2000, Johnson, M.J. et al. 1999, Lahdenperä u. Kyngäs 2001).

Untersuchungen zur Wirksamkeit anithypertensiver Medikamente zeigen, dass die Einhaltung von medikamentösen oder nicht-medikamentösen Maßnahmen einen deutlichen Einfluss auf das Ergebnis der Bluthochdruckbehandlung hat (z.B. Baune et al. 2005). Obgleich inzwischen viele Anstrengungen unternommen wurden, Instrumente zu entwickeln, mit denen die Compliance oder Adhärenz gemessen werden kann, sind diese Möglichkeiten zur Messung der Adhärenz in der ambulanten Versorgung nicht ohne weiteres durchführbar. Ärzt/innen sind daher darauf angewiesen, was die Patient/innen über die Behandlung erzählen (Osterberg u. Blaschke 2005). Die Bedeutsamkeit der Arzt-Patient-Interaktion im Prozess von Langzeittherapien wurde von der WHO aufgenommen. Allerdings wird diese in dem WHO-Bericht zur Adhärenz (2003) unter der Überschrift „health professionals need to be trained in adherence“ zum Instrument zur effektiven Erreichung der Medikamentenadhärenz degradiert:

*„Health providers can have a significant impact by assessing risk of nonadherence and delivering interventions to optimize adherence. To make this practice a reality, practitioners must have access to specific training in adherence management, and the systems in which they work must design and support delivery systems that respect this objective. For empowering health professionals an ‚adherence‘ counselling toolkit adaptable to different socioeconomic settings is urgently needed. Such training needs to simultaneously address three topics: knowledge (information on adherence), thinking (the clinical decision-making process) and action (behavioural tools for health professionals).“ (WHO 2003: 14)*

Der patientenzentrierte Anspruch des SDM wird durch diesen Passus ad absurdum geführt, da Patientenperspektive hier lediglich heißt, im Rahmen einer behaviouristischen Vorstellung menschlichen Handelns die klinischen Zielvorgaben durch vorhersagbare Verläufe der Arzt-Patient-Interaktion oder Kausalzusammenhänge der Wirksamkeit interner oder externer Einflussfaktoren zu erreichen. Auch die Ambition, die medizinische und die patientenseitige Perspektive in der Versorgungssituation gleichermaßen berücksichtigen zu wollen, kann nicht aufrechterhalten werden, wenn Leistungsorientierung, das heißt die Ausrichtung des

---

<sup>35</sup> Das ‚Vergessen‘ nimmt hierbei eine Sonderstellung ein, da es weder ein zu kontrollierender Vorgang noch ein Prozess im eigentlichen Sinne ist. Dennoch kann seit Sigmund Freud davon ausgegangen werden, dass dem Vergessen eine tiefere, dem Bewussten zunächst verschlossene, Bedeutung zuzuschreiben ist, als bloße Unachtsamkeit, die durch Maßnahmen auf der funktionellen Ebene (z.B. Möglichkeiten der Erinnerung) auszugleichen sind. Vielmehr ist inzwischen bekannt, dass Vergessen auch eine Form der Abwehr unangenehmer Gedanken sein kann und dass das Bewusstsein eine Hierarchisierung der Informationen vornimmt, wobei die als subjektiv ‚unwichtig‘ wahrgenommenen Dinge eher ‚vergessen‘ werden (u.a. Freud 1964). Insofern soll die zugrundeliegende Bedeutung, die zu einem Vergessen führt, hier als ‚unbewusster Entscheidungsprozess‘ bezeichnet werden.

ärztlichen Handelns am Erfolg der Therapie zur Wiederherstellung der medizinisch definierten Gesundheit<sup>36</sup> in der Arzt-Patient-Beziehung ein derartiges Gewicht zugeschrieben wird.

Auch wenn oben der Begriff Adhärenz positiv verhandelt wurde, soll hier schon kritisch angemerkt werden, dass Adhärenz lediglich auf das ‚Verhalten‘ und nicht auf das ‚Handeln‘ der Patient/innen abzielt. Es ist erstaunlich, dass in der medizinischen Forschung allenthalben von ‚Einnahmeverhalten‘ oder in der englischsprachigen Literatur von *behaviour* oder *medication intake behaviour* die Rede ist – ungeachtet der Tatsache, dass sowohl in den Sozialwissenschaften als auch in der Psychologie zwischen Verhalten und Handeln unterschieden wird. Während der Begriff Verhalten sich auf das reine ‚sich verhalten‘, also auf eine beobachtbare Abfolge motorischer Veränderungen bezieht, ist mit dem Handeln ein subjektiver Sinn verbunden:

*„»Handeln« soll dabei ein menschliches Verhalten (einerlei ob äußeres oder innerliches Tun, Unterlassen oder Dulden) heißen, wenn und insofern als der oder die Handelnden mit ihm einen subjektiven Sinn verbinden.“ (Weber 1984: 19; Hervorhebung im Original)*

Mit Max Weber ist unter ‚Sinn‘ der tatsächlich historische oder idealtypisch (re-)konstruierte subjektiv gemeinte Sinn zu verstehen.<sup>37</sup> Aus der soziologischen Perspektive in der Tradition der klassischen Wissenssoziologie Karl Mannheims und des phänomenologischen Konstruktivismus Alfred Schütz ist davon auszugehen, dass der subjektive Sinn und damit die subjektive Deutung der Dinge in der Welt Veränderungsprozessen unterliegen. Soziale Wirklichkeit ist demzufolge nicht statisch. Trotz der Annahme struktureller Regelmäßigkeiten wird den Akteuren als handelnden Subjekten ein gewisser Gestaltungsspielraum zugesprochen.<sup>38</sup> Mannheim legt einen besonderen Schwerpunkt auf den kollektiven (konjunktiven) Erfahrungsraum und dessen Prägekraft für die Denk- und Handlungsmuster. Die Berücksichtigung des Standortes eines Individuums oder einer Gruppe in der Welt erfordert die genaue Rekonstruktion eben jenes Raumes sowie der eingenommenen jeweiligen Perspektiven mit dem Ziel, die latent auf das Handeln und Denken wirkenden Strukturen zu verstehen (Mannheim 1980). Geht man davon aus, dass Gesellschaft eine durch handelnde Subjekte konstruierte Wirklichkeit ist, dann

<sup>36</sup> Hier kommt zum Tragen, dass die Medizin anhand objektiver und in Leitlinien verankerter Parameter vorgibt, was für den Patienten am besten ist; vgl. die *pattern variables* von Parsons, s. Kapitel 2.2.

<sup>37</sup> Sinn ist jedoch nicht – wie in der medizinischen Forschung offenkundig angenommen – ein „objektiv ‚richtiger‘ oder ein metaphysisch ergründeter ‚wahrer‘ Sinn“ (Weber 1984:19). Es geht nicht darum, objektive Wahrheiten hervorzubringen und daraus einen objektiv richtigen Sinn abzuleiten – dies ist nach Weber den normativen Fächern vorbehalten. Möglicherweise zählt die Medizin sich jedoch zu den normativen Fächern.

<sup>38</sup> Der symbolische Interaktionismus geht sogar noch weiter und beschreibt mit Bezugnahme auf die Emergenz die Einzigartigkeit sozialer Situationen, deren Ausgestaltung der situativen Deutung der beteiligten Akteure unterliegt (z.B. Blumer 1981). Zur Kritik Freidsons vgl. Kapitel 2.2.

kann erst dann von einer Erfassung dieser Wirklichkeit ausgegangen werden, wenn die Sinnsetzungsprozesse der Handelnden und der dafür relevante Bezugsrahmen rekonstruiert sind (Schröer 1997, Schütz u. Luckmann 2003).

Um die Perspektiven von Menschen, die Erfahrung mit der medikamentösen Bluthochdruckbehandlung haben, verstehen zu können, ist es demzufolge notwendig, ihren Erfahrungsraum nachzuzeichnen. Eine gemeinsame Erfahrung, begriffen als *konjunktiver Erfahrungsraum* (Mannheim 1980), ist nicht nur bei Mitgliedern natürlicher Gruppen (Realgruppe) zu finden, sondern auch bei Individuen, die nicht zu einer konkreten Gruppe gehören und durch Zugehörigkeit zu einer Generationseinheit, zu einem Milieu oder aufgrund gemeinsamer biographischer Erfahrungen miteinander verbunden sind, also an dem gleichen Schicksal partizipieren (Mannheim 2009a).

Die bisherige Compliance- oder Adhärenzforschung hingegen verfolgt eine eigene Agenda und übersieht – sowohl konzeptionell als auch methodisch – die Einbeziehung der subjektiven Wahrnehmung und Perspektive von Patient/innen. Selbst wenn Patient/innen in einzelnen Studien nach ihren Wünschen oder Einstellungen gefragt werden, so wird einerseits die subjektive Sinnhaftigkeit des Handelns und andererseits die Tatsache, dass viele Handlungsabläufe und Perspektiven sich der bewussten Reflexion verschließen und habitualisiert (vgl. Bourdieu 1987) oder routinisiert (vgl. Schütz 1971) sind, vernachlässigt. Hingegen ermöglicht die Rekonstruktion der Patientenperspektiven auf der Grundlage der im Krankheitsverlauf gemachten individuellen Erfahrungen und der Rückschlüsse auf die zugrundeliegenden Entstehungsbedingungen (vgl. Mannheim 1980) ein erklärendes Verstehen, aus dem Ableitungen für die Versorgungspraxis formuliert werden können.



## 3 Methodisches Vorgehen<sup>39</sup>

### 3.1 Vorbemerkung

Der Anspruch der hier vorgestellten Arbeit ist es, die Perspektive von Patient/innen, das heißt, ihre im Krankheitsverlauf gemachten Erfahrungen zu rekonstruieren, sodass ein qualitatives Studiendesign gewählt wurde; die zur Anwendung kommenden Methoden der Datenerhebung und -analyse sollten folglich in der oben skizzierten wissenssoziologischen Tradition stehen. Dafür eignen sich Verfahren, die offen genug sind, um eine Rekonstruktion generell zu ermöglichen, das heißt, durch sie sollten umfassende Erzählungen der Studienteilnehmer/innen evoziert werden können, sodass auf dieser Basis eine interpretative Analyse der geteilten Erfahrungen von Bluthochdruckpatient/innen (s. Kapitel 2.4) durchgeführt werden kann.

Im Fokus der Untersuchung stand nicht die individuelle Biographie oder das individuelle Erleben einzelner Patient/innen unter Einbezug biographisch relevanter Ereignisse, sondern die von ihnen während des Behandlungsverlaufes gemachten und geteilten Erfahrungen (vor allem in Bezug auf die medikamentöse Therapie). Da Patient/innen über kein gemeinsames gesellschaftliches Gruppenziel oder

---

<sup>39</sup> Die hier vorgestellte Arbeit war eingebunden in ein größeres vom BMBF gefördertes Forschungsprojekt zum Thema ‚Compliance bei der Behandlung des Bluthochdrucks‘ des Instituts für Allgemeinmedizin der Universitätsmedizin Göttingen (UMG).

ein gemeinschaftliches Normen- und Wertesystem verfügen, wie dies beispielsweise für Milieus gilt, können sie im soziologischen Sinne nicht als soziale Gruppe bezeichnet werden. Obschon sich in der Datenanalyse gezeigt hat, dass eine Erkrankung durchaus in der Lage ist, bei Patient/innen ein Wir-Gefühl – mit der Krankheit als sie verbindendes Element – entstehen zu lassen, soll mit Bezugnahme auf die kritische Auseinandersetzung Rogers Brubakers (2004) im Rahmen dieser Arbeit dem Begriff ‚Gruppierung‘ (*grouping*) der Vorzug gegeben werden. Die für die Gruppierung zugrunde gelegten Merkmale wurden in der Arbeitsgruppe diskutiert und festgelegt (s. die weiteren Ausführungen dieses Kapitels).

Die Entscheidung, Gruppendiskussionen – und nicht (narrative oder leitfadengestützte) Einzelinterviews – durchzuführen, lag vor allem in dem Vorteil begründet, durch die Auswertung mit der dokumentarischen Methode (vgl. Bohnsack 2007) die Relevanzstruktur, also das dem Handeln zugrundeliegende Orientierungsmuster von Patient/innen, rekonstruieren zu können.

*„Für die Analyse von Gruppendiskussionen bedeutet dies, dass erst eine genaue Rekonstruktion sowohl der Diskursorganisation (der Form der interaktiven Bezugnahme aufeinander) als auch der Dramaturgie des Diskurses es uns ermöglicht, jenes die subjektiv-intentionalen Sinngehalte der Einzeläußerungen transzendierende kollektive Bedeutungsmuster zu identifizieren.“ (Bohnsack 2007: 110)*

Obwohl die Diskussion nicht die Handlungspraxis von Patient/innen selbst abbildet (Loos u. Schäffer 2001),<sup>40</sup> erlaubt sie doch, die Handlungspraxis während der Diskussion, das heißt die verbale und nonverbale Ausdrucksgestalt (beispielsweise Art des Sprechens, Ausmaß der Beteiligung, Körperhaltung) in Bezug zu den inhaltlichen Äußerungen zu setzen, wodurch die formulierten Hypothesen hinsichtlich des Interaktionsverhaltens zusätzlich überprüft werden können.<sup>41</sup> Eine zurückhaltende Moderation – im Sinne von Anleitung und Unterstützung – begünstigt einen aktiven und selbstläufigen Diskurs der Teilnehmer/innen, bei dem die einzelnen Redebeiträge sich aufeinander beziehen, aufeinander aufbauen oder sich ergänzen und somit einen Zugang zu diesen Strukturen bieten. Hier liegt die Annahme zugrunde, dass sich der Sinngehalt einer Äußerung erst durch die Rekonstruktion nachfolgender Reaktionen anderer Redner/innen auf die betref-

<sup>40</sup> In der vorliegenden Arbeit ist damit die Handlungspraxis zwischen Arzt und Patient und deren Relevanz innerhalb der Hypertoniebehandlung gemeint.

<sup>41</sup> Lässt also eine Person in der Gruppe vermuten, dass er oder sie sich stets über die Behandlung mit dem Arzt auseinandersetzt und diesen Gesprächen mit dem Arzt eine hohe Bedeutung zukommt, kann das Interaktionsverhalten in der Gruppe Aufschluss darüber geben, was diese Person darunter versteht: So ist zu vermuten, dass eine Person, die in der Gruppe eher zurückhaltend ist, sich in der Interaktion während der Konsultation ähnlich verhält und Gespräche von sich aus nicht initiiert. Gleiches gilt beispielsweise für Personen, die sich in der Gruppe auf der verbalen Ebene als fordernd und selbstsicher präsentieren wollen, deren Interaktionsverhalten aber einen Widerspruch zur Handlungsebene offenbart. Nicht intendiert ist in diesem Zusammenhang ein Rückbezug von der Art des Sprechens auf die Stellung der Person im sozialen Feld, wie dies bei Bourdieu (1992) zu finden ist (vgl. Loos u. Schäffer 2001).



fende Äußerung erschließt (Bohnsack 2007).<sup>42</sup> Die Möglichkeit, dass der Diskurs unter den einzelnen Gruppenmitgliedern wesentlich direkter und gegebenenfalls kontroverser geführt werden kann als der Diskurs zwischen Moderatorin und einzelner Diskussionsteilnehmer/innen (oder als in der Einzelinterviewsituation), kommt der Offenlegung des Orientierungsmusters zusätzlich zugute. Gemäß dem Prinzip der Offenheit sollte eine hypothesengeleitete Datenerhebung vermieden werden, um der Präsentation des Relevanzsystems und der Erfahrungswelt der Erforschten so viel Raum wie möglich zu gewähren (Bohnsack 2007, Rosenthal 2005). Hinsichtlich forschungsökonomischer Erwägungen ist darüber hinaus nicht zu unterschätzen, dass das hier gewählte Gruppenverfahren auch einen relativ schnellen Zugang zum Relevanzspektrum der gesamten Stichprobe ermöglicht.

In der allgemeinmedizinischen und gesundheitswissenschaftlichen Versorgungsforschung werden seit den 1980er Jahren zunehmend Studien vorgelegt, in denen die Datenerhebung in Gruppen durchgeführt wird.<sup>43</sup> In der Regel erfolgen die Datenerhebung anhand eines Leitfadens und die Analyse durch Anwendung von Formen der *Grounded Theory* (beispielsweise nach Glaser u. Strauss 1967) oder inhaltsanalytischer Verfahren. Innerhalb der medizinsoziologischen und der Versorgungsforschung spielt die Untersuchung geteilter biographischer Krankheitserfahrungen eine untergeordnete Rolle,<sup>44</sup> findet die Durchführung von offenen, nondirektiv angeleiteten Gruppendiskussionen kaum Anwendung, sodass die hier vorgestellte Arbeit neben der Bearbeitung der inhaltlichen Fragestellung auf einer methodischen Ebene den Versuch darstellt, die Anwendbarkeit von Gruppendiskussionen für Fragestellungen der allgemeinmedizinischen Versorgungsforschung einzuschätzen.<sup>45</sup>

Die Datenerhebung und -auswertung in der hier vorliegenden Studie folgt im Wesentlichen den von Ralf Bohnsack (1998, 2007) vorgestellten Methoden der Gruppendiskussion und der dokumentarischen Methode, jedoch wurden im Forschungsverlauf als notwendig erachtete methodische Abweichungen vorgenommen (s. Kapitel 6.4). Wie in der qualitativen Forschung üblich, wurde die Trennung von Datenerhebung und -auswertung aufgehoben, die Merkmale der Diskutanten für die jeweils folgenden Diskussionen wurden gemäß dem *theoretical sampling* aus dem Analyseprozess abgeleitet (Glaser u. Strauss 1967, s. Kapitel 3.3.3).

---

<sup>42</sup> Bohnsack schließt mit dieser Annahme beispielsweise an Arbeiten zur Diskursorganisation von Erving Goffman (1981) an.

<sup>43</sup> Eine einfache Abfrage in den internetbasierten Datenbanken (MEDLINE und Web of Science) zu „focus group“ ergab etwa 5.000 Einträge. Noch 2002 ergab eine Abfrage von Ewers nur etwa 1.200 Einträge (Ewers 2002).

<sup>44</sup> Im Bereich medizinsoziologischer Fragestellungen wurden vor allem Strategien zur Bewältigung krankheitsbedingter biographischer Brüche untersucht (z.B. Corbin u. Strauss 2004, Ziegeler u. Friedrich 2002).

<sup>45</sup> Zur Differenzierung zwischen der Gruppendiskussion und der Focus Group (Fokusgruppe) als Verfahren zur Datenerhebung in Gruppen vgl. u.a. die Ausführungen von Bohnsack 2007.

## 3.2 Zugang zum Feld

### 3.2.1 Vorbemerkung

Anders als bei der Durchführung von Einzelinterviews, muss im Vorfeld von Gruppendiskussionen nicht nur über individuelle Ein- und Ausschlusskriterien, sondern auch über die Zusammensetzung der Gruppen nachgedacht werden.<sup>46</sup> Nach Ralf Bohnsack (2007) ist es für die Selbstläufigkeit der Diskussionen und das diskursive Vordringen in Inhalte, die über ein gegenseitiges Abstecken von Normen hinausgehen, sinnvoll und notwendig, die Gruppen hinsichtlich bestimmter Kriterien möglichst homogen zusammenzustellen. Während des Forschungsprozesses erwies sich insbesondere die Einteilung nach den Merkmalen Adhärenz, Altersvarianz innerhalb der Gruppe, Geschlechtshomogenität bei älteren Teilnehmerinnen sowie Dauer der medikamentösen Behandlung als diskussionsförderlich.<sup>47</sup>

Um gemäß diesen Vorgaben Gruppen zusammenstellen zu können, ist der Rückgriff auf eine möglichst große Ausgangsstichprobe notwendig. Üblicherweise würde dies bedeuten, eine große Anzahl von Personen nach ‚groben‘ Kriterien (beispielsweise im Vorfeld formulierte Ein- und Ausschlusskriterien) auszuwählen und ihnen detaillierte Fragebögen vorzulegen. Um diese aufwendige Befragung innerhalb einer Vorauswahl zu umgehen, erfolgte der Zugang zu den potentiellen Teilnehmer/innen zunächst über die elektronische Routedokumentation (BDT-Daten, s. Kapitel 3.1.3), die in den Hausarztpraxen zur Quartalsabrechnung verwendet wird.

### 3.2.2 Einladung der teilnehmenden Praxen

Zunächst wurden Hausarzt/innen schriftlich über Durchführung und Ziel der Studie informiert, zur Teilnahme eingeladen und im Falle der Teilnahme um Zustimmung zum Datenexport (s. Kapitel 3.1.3) gebeten. Die angeschriebenen Praxen befinden sich im KV-Bezirk Göttingen im Umkreis von 30 km ausgehend vom Göttinger Stadtkern. Diese räumliche Einschränkung erfolgte im Hinblick auf die Anreisemöglichkeiten der Probanden für die Teilnahme an den Gruppendiskussionen. Es war das Ziel, möglichst viele Praxen für die Teilnahme zu gewinnen, um im Hinblick auf denkbare sich aus der Analyse ergebende relevante Kontrastierungen eine große Varianz hinsichtlich der Praxisstandorte und damit der Wohnorte der Patient/innen zu gewährleisten.

---

<sup>46</sup> Dies gilt ebenso für eine mögliche Festlegung darauf, keine festen Kriterien zu bestimmen. Zu den Problemen des Samplings vgl. auch Kapitel 6.4.

<sup>47</sup> Dies lässt darauf schließen, dass die Gemeinsamkeiten im Sinner gemeinsamer Wissensbestände und Denkmuster sich stärker überschneiden, da sie auf denselben oder ähnlichen Erfahrungen gründen.

Einzelne Hausärzte schickten das Antwortschreiben ohne Rückfragen an das Institut für Allgemeinmedizin der Universitätsmedizin Göttingen zurück. Bei den Ärzt/innen, die sich nicht auf die Einladung gemeldet hatten, wurde bis zu zweimal versucht, eine telefonische Rückmeldung zu erhalten. In den daraus folgenden Telefonaten konnten Fragen zur Studie geklärt werden und dadurch weitere Ärzt/innen zur Teilnahme gewonnen werden. Die Anfrage zur Teilnahme führte mehrheitlich zu Absagen, wobei vor allem der Zeitmangel als Grund angegeben wurde.

### 3.2.3 Datenexport, Datenimport und Abfrage der BDT-Daten aus dem Praxiscomputer

Die Auswahl potentieller Teilnehmer/innen erfolgte auf der Basis der exportierten elektronischen Routinedokumentation.<sup>48</sup> Zur Gewährleistung des Datenschutzes wurden die personenbezogenen Daten (u.a. Namen, Adresse) durch ein vorgeschaltetes Programm direkt beim Export gelöscht. Lediglich die in der Praxis vergebene Patientennummer, das Geburtsdatum und das Geschlecht blieben zugänglich, um die Identifizierung ausgewählter Teilnehmer/innen zu ermöglichen.<sup>49</sup> Nach dem Import der BDT-Daten auf einen abgeschirmten Server des Instituts für Allgemeinmedizin wurde entsprechend ausgewählter Ein- und Ausschlusskriterien ein elektronischer Suchalgorithmus zur Reduktion der Daten entwickelt. Diese elektronische Vorauswahl erschien notwendig, da der Datensatz einer Praxis Informationen zu mehreren tausend Patient/innen enthalten kann.

Obwohl die BDT-Schnittstelle einen problemlosen Datentransfer gewährleisten sollte, kam es in einigen Fällen zu technischen Schwierigkeiten beim Export oder Import der Daten, sodass einige Praxen aus technischen Gründen von einer Studienteilnahme ausgeschlossen werden mussten. Die teilnehmenden Ärzt/innen, bei denen ein Datenexport erfolgreich durchgeführt werden konnte, erhielten eine Aufwandsentschädigung in Höhe von 100 €; die Praxismitarbeiterinnen erhielten für ihre Mitarbeit eine Aufwandsentschädigung in Höhe von jeweils 50 €.

### 3.2.4 Auswahl und Einladung der teilnehmenden Patient/innen

Die eindeutige Diagnose eines Bluthochdrucks bedarf eine gewisse Zeit, in der ärztlicherseits zunächst Verdachtsdiagnosen ausgesprochen und bis zur endgültigen Abklärung verschiedene Untersuchungen durchgeführt werden. Die gesicherte Diagnose einer essentiellen Hypertonie wurde daher als ein notwendiges Kriterium für die Studienteilnahme festgelegt. Im Hinblick auf die ethische Zumutbarkeit (beispielsweise bei schwerwiegenden Komorbiditäten), die individuelle Mobilität (beispielsweise auch die Fähigkeit, Treppen zu steigen, um die Räume des Instituts für Allgemeinmedizin zu erreichen) und die individuelle Möglichkeit, an

---

<sup>48</sup> Der Export der elektronischen Behandlungsdaten für wissenschaftliche Zwecke ist inzwischen ein etabliertes Verfahren (vgl. Himmel et al. 2006, Hummers-Pradier et al. 2003).

<sup>49</sup> Zur detaillierten Beschreibung der Vorgehensweise vgl. Wetzel 2003.

einer Gruppendiskussion interaktiv teilzunehmen (beispielsweise bei psychiatrischen Erkrankungen oder eingeschränkter Kommunikationsfähigkeit), wurden darüber hinaus im Vorfeld Kriterien formuliert, die den möglichen Teilnehmerkreis der Studie weiter eingrenzten (s. Tabelle 1).

Tabelle 1: Ein- und Ausschlusskriterien

<b>Einschlusskriterien</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Alter zwischen 18 und 80 Jahren</li> <li>• eindeutig dokumentierte ärztliche Diagnose ‚primäre arterielle Hypertonie‘ oder ‚Belastungshypertonie‘ (Kodierung mit I10.- gemäß ICD-10-GM)</li> <li>• medikamentöse Therapie des Bluthochdrucks</li> <li>• mindestens eine Konsultation innerhalb der letzten 12 Monate vor Datenexport</li> </ul>
<b>Ausschlusskriterien</b>
<p>Die Ausschlusskriterien orientierten sich unter anderem auch an der Durchführbarkeit der Anreise und Teilnahme an einer Gruppendiskussion. Ausgeschlossen wurden Patient/innen, bei denen mindestens eines der folgenden Kriterien* zutrif:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• keine oder keine eindeutig ärztlich dokumentierte Diagnose ‚primäre arterielle Hypertonie‘ (Eine Hypertonie galt als ‚nicht eindeutig‘, wenn eine der folgenden Eintragungen in den Daten vorlagen: ‚Verdacht auf Hypertonie‘; ‚Grenzwerthypertonie‘; ‚labile Hypertonie‘; sekundäre Hypertonie, auch medikamenteninduziert auf der Basis einer anderen Erkrankung, z.B. bei Cortisondauertherapie; muskulärer Hypertonus)</li> <li>• Notfall-, Vertreterpatient; kein Stammpatient</li> <li>• Wechsel des Hausarztes</li> <li>• eingeschränkte Kommunikationsfähigkeit (Analphabetismus, geringe Deutschkenntnisse, Aphasie, Alexie, Narkolepsie)</li> <li>• bestimmte psychiatrische Erkrankungen (Dazu gehörten: Demenz; Psychose; andere Verwirrheitszustände; geistige Behinderung; Alzheimer; schwerer Drogen-, Alkohol-, Medikamentenabusus – nach Rücksprache mit dem Arzt)</li> <li>• Pflegebedürftigkeit oder Immobilität (Dazu gehörten: gesetzliche Betreuung; Hausbesuche; Dekubitus; Stuhlinkontinenz; dokumentierte Verschreibung von Windelhosen, Liegeunterlagen, eines Toilettenstuhls; Rollstuhl)</li> <li>• Komorbiditäten (Metastasierte Krebserkrankungen)</li> <li>• Asthma bronchiale (Zeitgleich zu dieser Studie wurden Teilnehmer/innen für ein Projekt rekrutiert, in dem Asthmapatient/innen eingeschlossen wurden. Um eine Überschneidung und Doppelrekrutierung zu verhindern, wurden Patient/innen mit der gesicherten Diagnose oder dem Verdacht auf ‚Asthma bronchiale‘ ausgeschlossen.)</li> </ul>

\* Ein Zusammenhang zwischen den Ausschlusskriterien und der Non-Adhärenz eines Patienten wird nicht angenommen.

Die Auswahl möglicher Studienteilnehmer/innen aus dem Patientenkollektiv der teilnehmenden Praxen erfolgte auf der Basis des jeweils reduzierten Datensatzes (s. Kapitel 3.1.3). Die in den BDT-Daten vorliegenden pseudonymisierten Patientendaten wurden hinsichtlich aller Ein- und Ausschlusskriterien manuell durchgesehen, markiert und durch elektronische Zuweisung mit einem Code (studieninterne Teilnehmernummer) versehen.

Die auf dieser Grundlage angefertigte Liste möglicher Teilnehmer/innen wurde vor Ort in den jeweiligen Praxen mit der Praxismitarbeiterin erneut hinsichtlich der Ein- und Ausschlusskriterien überprüft. Es hatte sich gezeigt, dass die elektronische Routinedokumentation teilweise unvollständig oder uneindeutig und demzufolge die Ausschlusskriterien nicht immer klar ersichtlich waren. Die Praxismitarbeiterin schickte dann in Zusammenarbeit mit der Studienassistentin des Instituts für Allgemeinmedizin und im Namen des Hausarztes eine von der Studienleitung angefertigte Einladung zur Teilnahme sowie eine Beschreibung des Forschungsprojektes und einen Antwortbogen an die ausgewählten Personen. Erst durch die Rücksendung des Antwortbogens an die Studienleitung wurden die sensiblen Patientendaten (Name, Adresse) bekannt. Alle teilnehmenden Personen erhielten die Studienunterlagen (Fragebogen, Studienaufklärung und Einverständniserklärung).

### 3.2.5 Fragebogen

Der Fragebogen für die Patient/innen umfasste die Themen Medikation, Hypertonie, Einnahmeverhalten und Soziodemographie (s. Fragebogen im Anhang). Der Fragebogen diente als Informationsgrundlage für die Zusammenstellung der Diskussionsgruppen nach speziellen als relevant erachteten Kriterien. Im Gegensatz zu Einzelinterviews gestaltet sich ein *theoretical sampling* (Glaser u. Strauss 1967) für Gruppendiskussionen deutlich schwieriger, müssen doch hier zwei Aspekte berücksichtigt werden: Zum einen ist es nicht möglich, aufgrund einer groben ersten Sichtung der erhobenen Daten eine zweite theoretische Stichprobe – für die Durchführung einer Feinanalyse – auf der Grundlage analytischer Relevanzen zu erzeugen, da die kollektiven Sinnzuschreibungen und Deutungsmuster, die zur Klärung des Forschungsinteresses beitragen, erst durch die Analyse der Diskussionen sichtbar werden.<sup>50</sup> Zum anderen geht es bei dem Sampling für Gruppendiskussionen darum, das Gelingen der Datenerhebungssituation selber sicher zu stellen, indem der gemeinsame Erfahrungsraum der Beteiligten beachtet und dadurch die Selbstläufigkeit der Gruppe ermöglicht wird (s. Kapitel 3.2.2). Nach einer ausführlichen Literaturrecherche im Vorfeld der Untersuchung wurden vor allem folgende Faktoren als wichtig (entsprechend der oben genannten Aspekte) erachtet und in den Fragebogen aufgenommen: krankheitsbezogene Daten wie beispielsweise die individuellen Gewohnheiten bei der Blutdruckmessung, die

---

<sup>50</sup> Zur Begründung der ersten und zweiten theoretischen Stichprobe bei der Analyse von Einzelinterviews vgl. Rosenthal 2005.

Blutdruckhöhe zu Beginn der Behandlung, die aktuelle Medikation sowie die Adhärenz.

#### *Fragen zur Medikation*

Da es in der Studie darum ging, die Patientenperspektive im Kontext einer medikamentös behandelten essentiellen Hypertonie zu untersuchen, wurden in die Studie nur jene Personen eingeschlossen, die aktuell antihypertensive Medikamente einnahmen. Die genaue Aufschlüsselung der Medikamente sollte also zum einen Auskunft darüber geben, ob eine medikamentöse Therapie durchgeführt wurde und welche Medikamente eingenommen werden. Zum anderen sollte die Medikamentenanamnese auch auf eine mögliche sekundäre Hypertonie oder eine in der Praxisdokumentation bisher übersehene psychiatrische Erkrankung hinweisen mit der Folge des Studienausschlusses.

#### *Fragen zur Hypertonie*

Die Fragen zur Hypertonie dienten einem umfassenderen Einblick in die aktuelle Krankheitssituation. Aufgrund der vorherigen Literaturrecherche wurde angenommen, dass das Wissen um die Zeit der Diagnosestellung und der medikamentösen Behandlungsdauer sowie die Durchführung von Blutdruckselbstmessung und die Kenntnis der Blutdruckwerte möglicherweise relevant werden könnte. Daher wurde auch das Messverhalten ebenso wie der zuletzt gemessene Blutdruckwert (als ein Indiz für den klinischen Behandlungserfolg) erfragt. Dass Patient/innen ihren Blutdruck auch zwischen den Konsultationen überprüfen (lassen), ist nicht ungewöhnlich, denn gemäß aktuellen Leitlinien sollen sie durch ihren Arzt zur selbständigen Überprüfung ihres Blutdrucks motiviert werden. Die Gültigkeit selbständig gemessener Blutdruckwerte, die in dieser Untersuchung auch als Teildefinition für die Adhärenz zugrunde gelegt wurde, wird in verschiedenen Studien bestätigt (Rickerby 2002, Pickering et al. 2008). Ergänzend sollte in Erfahrung gebracht werden, ob die medikamentöse Therapie bei einem systolischen Blutdruckwert oberhalb von 160 mm Hg oder unterhalb von 160 mm Hg eingeleitet wurde. Dieser Frage liegt die Fachdiskussion um sich verändernde Grenzwerte zur Einleitung einer Therapie zugrunde. Während international Tendenzen deutlich werden, den Grenzwert für den Beginn einer Pharmakotherapie weiter zu senken, lautet in Deutschland die Empfehlung bis zu einem Blutdruck von 159/99 mm Hg zugunsten nichtmedikamentöser Maßnahmen die Pharmakotherapie zunächst nur zu erwägen, sofern das individuelle kardiovaskuläre Gesamtrisiko<sup>51</sup> bei unter 10 % liegt.<sup>52</sup>

---

<sup>51</sup> Das kardiovaskuläre Gesamtrisiko bezieht sich auf das individuelle Risiko für das Auftreten eines kardiovaskulären Ereignisses (Herzinfarkt oder Schlaganfall) innerhalb der nächsten 10 Jahre und wird auf der Grundlage verschiedener beeinflussender Parameter bestimmt. Hierzu gehören u. a. Alter, Blutdruck, Blutfettwerte, Blutzuckerwert, Raucherstatus und die familiäre Disposition. Die Berechnungsmöglichkeiten sind im Internet verfügbar, z. B. PROCAM

### *Fragen zur Adhärenz*

Die Teilnehmer/innen wurden auch gefragt, ob sie ihre Blutdruckmedikamente regelmäßig – also entsprechend der Vereinbarung mit dem behandelnden Arzt – einnehmen. Das hier verwendete Instrument ist die *Hill-Bone Compliance to High Blood Pressure Therapy Scale* (Hill-Bone Skala), die Miyong T. Kim et al. (2000) entwickelten und validierten. Diese Skala besteht aus jeweils einer Subskala zum Einnahmeverhalten (*medication compliance subscale*), zur Salzaufnahme (*salt intake subscale*) und zur Einhaltung von Arztterminen (*appointment keeping subscale*). Eine Überprüfung der Reliabilität der Subskalen durch Marie A. Krousel-Wood et al. (2005) ergab, dass nur die Subskala zum Einnahmeverhalten mit einem Korrelationskoeffizienten (Cronbach's Alpha) von  $\alpha=0,68$  als reliabel eingestuft werden konnte. Für die vorliegende Studie wurde daher entschieden, nur diese Subskala (Fragen 1, 2, 8-14 des Gesamtfragebogens) in die Einstufung der Adhärenz einfließen zu lassen und die anderen zu streichen (s. Fragebogen im Anhang). Entsprechend der Empfehlung von Krousel-Wood et al. liegt eine Adhärenz dann vor, wenn alle Fragen mit ‚gar nicht‘ beantwortet wurden, was einer Gesamtpunktzahl von neun (das heißt der niedrigsten Punktzahl) entspricht. Wurde eine Punktzahl über neun erreicht, galt die Person als ‚non-adhären‘.

Unter Berücksichtigung der Homogenität der Gruppen und der Offenheit der Diskussion sollte vermieden werden, dass ‚adhärente‘ und ‚non-adhären‘ Personen in einer Gruppe miteinander diskutieren. Anderenfalls, so die Vorüberlegung in der Arbeitsgruppe, blieben Diskussionsinhalte zu sehr an der Oberfläche oder sprächen einzelne Teilnehmer/innen unter dem Druck der sozialen Erwünschtheit nicht offen über eine mögliche unregelmäßige Tabletteneinnahme.

### *Fragen zur Person*

Im letzten Teil des Fragebogens wurden demographische Daten erfragt (Alter, Geschlecht, Bildung).

## 3.2.6 Telefoninterview

Mit den potentiellen Teilnehmer/innen der jeweils nächsten Gruppendiskussion wurde ein kurzes Telefoninterview geführt, das drei Aspekten diente: Zunächst wurde noch einmal die Adhärenz, diesmal durch Verwendung der *Morisky Self-reported Medication-taking Scale* (s. Anhang), erfragt. Die Skala wurde von Donald Morisky et al. (1986) entwickelt. Dieser Fragebogen wird als besonders geeignet für die mündliche Befragung beschrieben, da er nur aus vier Fragen besteht, die mit ‚ja‘ oder ‚nein‘ zu beantworten sind. Die befragte Person gilt demnach als

---

(<http://www.bnk.de/transfer/procam.htm>; letzter Zugriff am 05.03.2012) und arriba (<http://www.arriba-hausarzt.de>; letzter Zugriff am 05.03.2012).

<sup>52</sup> Leitlinie der Leitliniengruppe Hessen ([http://www.pmvforschungsguppe.de/pdf/03\\_publicationen/hypertonie\\_ll.pdf](http://www.pmvforschungsguppe.de/pdf/03_publicationen/hypertonie_ll.pdf); letzter Zugriff am 04.03.2012)

adhärent, wenn alle Fragen mit „ja“ beantwortet werden. Diese zweite Erhebung der Adhärenz diente der Absicherung des Ergebnisses aus der schriftlichen Befragung.<sup>53</sup> Das Telefoninterview wurde darüber hinaus dafür genutzt, um bei den Probanden die grundsätzliche Bereitschaft für die Teilnahme an einer Gruppendiskussion zu erfragen.

Sobald die Kriterien für die Zusammenstellung der nächsten Gruppe aufgrund der vorherigen Analyse festlagen, wurden aus der Gesamtzahl der Teilnehmer/innen Personen ausgewählt, die für eine Teilnahme infrage kamen. Für die erste Gruppe, bei der noch auf keine selbst erhobenen Daten zurückgegriffen werden konnte, wurde beispielsweise festgelegt, dass diese lediglich homogen hinsichtlich der Non-Adhärenz sein sollte. Diese geringe ‚Homogenisierung‘ sollte offenlegen, welche weiteren ‚Merkmale‘ der Teilnehmer/innen einen gemeinsamen Erfahrungsraum nahe legen und damit eine selbstläufige und gelingende Diskussion versprechen und somit Erkenntnisse über gruppenspezifische Sinnzuschreibungen ermöglichen.

Durch das persönliche Telefongespräch war es zudem möglich, einen umfassenderen persönlichen Eindruck von den Teilnehmer/innen zu erhalten, auf deren Grundlage die Interviewer/innen auch abschätzten, ob eine Diskussionsteilnahme für die entsprechende Person vorstellbar ist. Hier waren vor allem die Sprach- und Artikulationsfähigkeit ausschlaggebend, da die Teilnehmer/innen in der Lage sein sollten, sich an einer Diskussion zu beteiligen.

### 3.3 Datenerhebung – Gruppendiskussionen<sup>54</sup>

#### 3.3.1 Vorbemerkung

Die Methode der Gruppendiskussion geht in Deutschland in ihren Anfängen auf Friedrich Pollock zurück, der dieses Verfahren Anfang der 1950er Jahre vorstellte, wobei hier noch das Individuum im Mittelpunkt des Interesses stand. Werner Mangold (1960) kam in seinen Untersuchungen zu dem Schluss, dass innerhalb von Gruppendiskussionen eine bestehende kollektive Meinung („informelle Gruppenmeinung“) sichtbar wird, ein wesentlicher Aspekt, der in der bis dahin bestehenden Entwicklung der Methode nicht thematisiert wurde. Eine methodologische Fundierung der Ergebnisse von Mangold blieb zunächst aus. Erst durch die sich verstärkende Verbreitung des interpretativen Paradigmas und interpretati-

<sup>53</sup> Wie sich gezeigt hat, war diese Entscheidung begründet, denn es gab häufig Abweichungen zwischen den Ergebnissen der Adhärenz gemäß der *Hill-Bone Skala* und des *Morisky-Green Tests*. Zur kritischen Auseinandersetzung mit diesen Skalen zur Ermittlung der Adhärenz vgl. Koschack et al. 2010.

<sup>54</sup> Teile der hier (sowie auch in Kapitel 6.4) vorgestellten methodischen Überlegungen wurden als Buchbeitrag im Rahmen des 2. Nationalen Präventionskongresses und 6. Deutschen Kongresses für Versorgungsforschung veröffentlicht (s. Marx et al. 2008).



ver Forschungsansätze (beispielsweise Symbolischer Interaktionismus, Grounded Theory) wurde Ende der 1970er Jahre der methodisch-methodologische Diskurs zur Gruppendiskussion wieder aufgenommen.

Der Ausgangspunkt der erneuten Auseinandersetzung mit der Gruppendiskussion als Methode der Datenerhebung war die Annahme, dass alltägliches Handeln und individuelle Meinungen vor dem Hintergrund bestimmter Handlungs- und Interpretationsmuster situationsabhängig jeweils neu ausgehandelt – interpretiert – werden. Diese Annahme steht im Widerspruch zu dem Vorhandensein einer Gruppenstruktur und einer informellen Gruppenmeinung im Sinne Mangolds. Ute Volmerg (1977) stellte vor diesem Hintergrund die Reproduzierbarkeit der Ergebnisse von Gruppendiskussionen infrage. Den an dieser Stelle angedeuteten Gegensatz zwischen Objektivismus und Subjektivismus, der sich in der Gegenüberstellung von normativem Paradigma (Beschreiben objektiver Zusammenhänge) und interpretativem Paradigma (Verstehen subjektiver Sinnzusammenhänge) zeigt, versuchte Ralf Bohnsack (1989) mit der Präsentation seiner dokumentarischen Methode zu überwinden.<sup>55</sup> In der Ausarbeitung dieses Analyseverfahrens setzte Bohnsack – ausgehend von Mangold – die methodologische Fundierung der Gruppendiskussion fort, indem er vor allem auf die Arbeiten Karl Mannheims und hier schwerpunktmäßig auf die in den 1920er Jahren entwickelte Methode der dokumentarischen Interpretation (Mannheim 2009), Bezug nahm. Der zentrale Gedanke bei Bohnsack ist die Überwindung der Auffassung von vermeintlich strukturlosen Diskussionen, indem nicht nur die wörtliche Rede der Diskutanten auf der inhaltlichen Ebene berücksichtigt wird, sondern auch das zugrundeliegende kollektive Orientierungsmuster der Gruppe. Der Zugang dazu erfolgt über die Rekonstruktion von Handlungsabläufen. Die dem Handeln der Akteure habituell<sup>56</sup>

<sup>55</sup> Denk-, Wahrnehmungs- und Handlungsmuster bilden sich aus einem spezifischen historischen, kulturellen und sozialen Umfeld heraus, vor allem auch in dem Sinn, dass sozial geteilte Wissensbestände wie etwa (habitualisierte) Gewohnheiten oder Traditionen innerhalb ihrer Sozialisation von den Individuen inkorporiert werden. Zugleich wird das Individuum jedoch als gestaltendes Subjekt angesehen, welches situative Handlungsmöglichkeiten besitzt, die auch die Transformation tradierter Muster beinhalten. Damit hat das Subjekt Anteil an gesellschaftlichen Entwicklungsprozessen (vgl. z.B. Berger u. Luckmann 1972, Schütz 1974). Die Dialektik von Individuum und Gesellschaft wurde u.a. mit dem Konzept des *Habitus* bearbeitet (vgl. insbesondere Bourdieu 1987).

Auch in der methodischen Umsetzung wird in der interpretativen Sozialforschung die Verquickung von subjektiven Sinnzusammenhängen und sozial geteilten Strukturen systematisch berücksichtigt. Während beispielsweise die biographische Fallrekonstruktion (vgl. Rosenthal 1995) im Kontext der Analyse von biographisch-narrativen Einzelinterviews (vgl. Schütze 1977) entwickelt wurde, ist die dokumentarische Methode, die Bohnsack vorgestellt hat, speziell auf die Analyse von Gruppendiskussionen und die implizite Bezugnahme auf die dem Handeln von Gruppen zugrundeliegenden Strukturen ausgerichtet. Der methodische Zugang zu diesen sozial geteilten Strukturen erfolgt über das Individuum (s. dazu Kapitel 3.4).

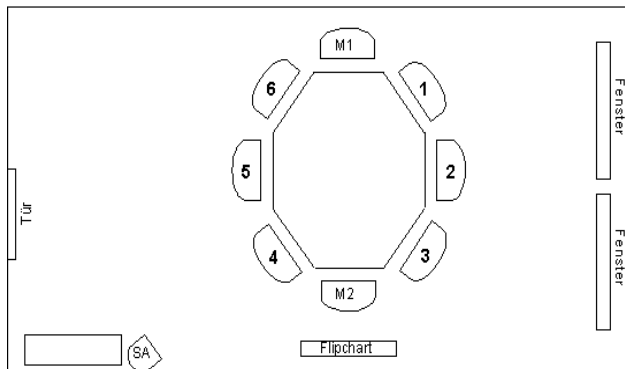
<sup>56</sup> Der von Bohnsack verwendete Begriff des *Habitus* beschreibt die Gemeinsamkeit der konjunkativen Erfahrung und bezieht sich nicht – wie beispielsweise das Habituskonzept von Pierre Bourdieu – auf soziale Ungleichheitsmerkmale.

zugrundeliegenden Orientierungsmuster werden nach Bohnsack innerhalb der Diskussion wiederkehrend reproduziert, wodurch eine Vergleichbarkeit der Gruppenergebnisse methodologisch begründbar wird (Bohnsack 1989, 2002, 2007).

### 3.3.2 Rahmung, Diskussionsablauf und Diskussionsleitung

#### *Rahmung*

Die Gruppendiskussionen waren jeweils auf eine Dauer von etwa 120 Minuten angelegt, wobei der tatsächliche Zeitrahmen den Bedürfnissen der jeweiligen Gruppe angepasst wurde. Alle Teilnehmer/innen wurden im Vorfeld gebeten, einige Minuten vor der vereinbarten Zeit einzutreffen, um Formalien (beispielsweise Datenerfassung für die Aufwandsentschädigung, Unterzeichnung des *Informed Consent*<sup>57</sup>) zu erledigen. Diese Zeit bis zum Eintreffen aller Teilnehmer/innen wurde darüber hinaus als ‚Small-Talk-Phase‘ genutzt, um vor Beginn der Diskussion eine zwanglose Atmosphäre herzustellen. Bei den Diskussionen waren zwei Moderatorinnen anwesend, wobei die Verfasserin der vorliegenden Arbeit die Diskussion leitete und die zweite die diskutierten Themen niederschrieb. Alle Diskussionen wurden in den Abendstunden in der Bibliothek des Instituts für Allgemeinmedizin der Universitätsmedizin Göttingen durchgeführt und videografiert.



SA = Studienassistentin; M = Moderatorin

Abbildung 2: Sitzplan der Gruppenteilnehmer/innen (eigene Abbildung)

<sup>57</sup> Die Versorgungsforschung folgt, soweit es für sie relevant ist, den Richtlinien der ‚Guten Klinischen Praxis‘ (Good Clinical Practice), die international vor allem für die Durchführung klinischer Studien vereinbart wurden. Darin enthalten ist die sprachlich angemessene Aufklärungspflicht der Studienleitung und Einwilligungspflicht der Studienteilnehmer/innen. Die Studienteilnahme erfolgt somit auf der Basis einer informierten Einwilligung (informed consent); vgl. European Medicines Agency 2002. In der vorliegenden Studie wurden die Teilnehmer/innen vor Durchführung der Gruppendiskussion schriftlich über die Durchführung der Diskussionen und den Datenschutz informiert und hatten Gelegenheit, Fragen zu stellen. Die Einwilligung zur Studienteilnahme erfolgte schriftlich, indem das unterschriebene Formular per Post zugesendet oder direkt vor Beginn der Diskussion persönlich übergeben wurde (s. auch Kapitel 3.5).

Die Teilnehmer/innen wurden vorab schriftlich und telefonisch über die Gruppengröße, die Videographie sowie die nachfolgende wissenschaftliche Auswertung der Diskussionen informiert.

Jedem der Teilnehmer/innen wurde im Hinblick auf die Datenauswertung entsprechend des Sitzplans (Platznummerierung von 1 bis 6, s. Abbildung 2) und des Geschlechts (m=männlich, w=weiblich) ein Pseudonym (z. B. 2m) zugewiesen.

### *Diskussionsablauf*

Gruppendiskussionen können mit Realgruppen oder mit künstlichen Gruppen durchgeführt werden. Die Grundlage bildet aber in beiden Fällen eine gemeinsame biographische Erfahrung, ein gemeinsamer Erfahrungsraum der Teilnehmenden (Bohnsack 2007). Der gemeinsame Erfahrungsraum der Teilnehmer/innen an der vorliegenden Studie besteht in ihren Krankheits- und Behandlungserfahrungen; die Beteiligten kannten sich vorher nicht. Da bisher zu wenig Forschungserfahrungen mit künstlichen Gruppen im medizinischen Kontext gemacht worden sind<sup>58</sup>, war im Vorfeld nicht einzuschätzen, wie die Diskussion verlaufen würde, das heißt, ob eine Selbstläufigkeit der Diskussion erreicht werden könnte. Zur Vermeidung einer schleppenden Diskussion, an der sich nur Einzelne beteiligen, wurde zur Fokussierung auf das Forschungsthema eine Fragestellung als angemessen angesehen, die auf eigene Erfahrungen zurückzuführenden Gründe für oder gegen die Einhaltung der Bluthochdrucktherapie abzielte. Die Diskussion erfolgte in fünf Schritten, wobei eine flexible Handhabung des Ablaufs (v.a. von Schritt 5) je nach Verlauf der Diskussion möglich war:

**Schritt 1:** Begrüßung: Die Teilnehmer/innen wurden unter Erwähnung der Rahmung durch die Moderatorin begrüßt und kurz in das Forschungsthema eingeführt. Weiterhin erfolgte eine Aufklärung über den technischen Aufbau (die Kameras und Mikrophone wurden gezeigt), um zu vermeiden, dass die Suche nach der unauffällig platzierten Technik zu einer Ablenkung führt. Wie sich gezeigt hat, bot das Thematisieren der Aufnahmetechnik ängstlichen Teilnehmer/innen die Möglichkeit, vor Beginn der Diskussion Fragen zu klären. Eine kurze persönliche Vorstellung der Teilnehmer/innen und der beiden Moderatorinnen sollte auch möglicherweise bestehende Hemmungen abbauen, sich vor der Gruppe zu artikulieren.

**Schritt 2:** Einleitung in die Diskussion: Die Teilnehmer/innen wurden gebeten, in Form eines Brainstormings die für sie relevanten Themen bezüglich der Motivation zur Einhaltung bzw. zur Nichteinhaltung der Pharmakotherapie zu diskutieren. Für die komparative Analyse von Gruppendiskussionen ist eine ge-

---

<sup>58</sup> In der nationalen und internationalen medizinsoziologischen Forschung werden überwiegend Fokusgruppen als Verfahren der Datenerhebung eingesetzt. Diese zeichnen sich vor allem durch eine starke Strukturierung (beispielsweise durch Verwendung eines Leitfadens) des Diskussionsverlaufs mit direkter Moderation aus (vgl. Kitzinger 1994).

wisse Standardisierung der Eingangsfrage und des strukturellen Ablaufs Voraussetzung (Bohnsack 2002). Für alle Gruppen wurde die folgende Eingangsfrage verwendet:

*Wie Sie ja bereits wissen, geht es um die erfolgreiche Behandlung des Bluthochdrucks. Es gibt gute Möglichkeiten, mit Medikamenten den Blutdruck so einzustellen, dass der angestrebte Zielwert, der als gesundheitlich unbedenklich gilt, erreicht wird. Wissenschaftliche Untersuchungen haben jedoch ergeben, dass die ärztlichen Therapieempfehlungen von den Patientinnen und Patienten oft nicht eingehalten werden. Wir sind nun an Ihrer Meinung dazu interessiert: Was glauben Sie, was hindert Menschen daran, die ärztlichen Therapieempfehlungen zur Behandlung des Bluthochdrucks zu befolgen, und was kann andererseits dazu führen, dass diese Empfehlungen eingehalten werden.*

Die Frage thematisierte mit Rekurs auf „ärztliche Therapieempfehlungen“ bewusst nicht nur die medikamentöse Therapie, sondern sollte auch die Allgemeinmaßnahmen als denkbare Diskussionsthema umfassen, um das Feld möglichst offen zu halten. Obwohl das vorrangige Ziel der Untersuchung auch die Rekonstruktion patientenseitiger Relevanzsetzungen bezüglich der Arzt-Patient-Beziehung war, wurde diese in der Eingangsfrage nicht erwähnt, um eine etwaige Beeinflussung der Diskutanten in Richtung eines bestimmten Forschungsinteresses und daraus folgende Beiträge im Sinne der sozialen Erwünschtheit zu vermeiden. Im Verlauf der Diskussion wurde demzufolge der Arzt als Teil der Behandlung von den Moderatorinnen erst dann (beispielsweise durch Nachfragen) thematisiert, wenn dies zuvor durch die Teilnehmer/innen selbst erfolgte. Eine Variierung der Formulierung der Eingangsfrage war von Anfang an möglich, erwies sich jedoch im Forschungsverlauf nicht als notwendig.

**Schritt 3:** Eröffnung des Brainstormings zum ersten Diskussionsschwerpunkt: Die Eingangsfrage strebte eine Pro- und eine Contra-Diskussion an. Die Teilnehmer/innen wurden zunächst gebeten, in Form eines Brainstormings mögliche Gründe zu sammeln, die ein Abweichen von der empfohlenen Medikation zur Folge haben könnten. Dieser Einstieg sollte allen die Beteiligung an der Diskussion erleichtern, was sich in der Durchführung dann auch bestätigte.<sup>59</sup> Die jeweils genannten Schlagworte oder angesprochenen Themen durch die Diskutanten wurden von der Co-Moderatorin für alle sichtbar auf einem Flip-Chart dokumentiert. Es bestand jederzeit die Möglichkeit, die Notizen zu korrigieren oder auf sie Bezug zu nehmen. Vereinzelt wurden bereits in der Diskussion zu Motiven gegen die Einhaltung der Therapie Themen genannt, die die Einnahme der Medikamente positiv beeinflussen können. Hierauf wurde insofern eingegangen, als alle genannten Themen sichtbar unter einer der beiden Überschriften notiert wurden.

<sup>59</sup> Die Themen, die für den Einzelnen im Rahmen der Bluthochdrucktherapie besonders relevant waren, deuteten sich bereits in den spontanen Äußerungen des Diskussionseinstieges an und verdichteten sich im weiteren Diskussionsverlauf. Siehe auch die Diskursbeschreibungen in Kapitel 4.

**Schritt 4:** Bewertung der gesammelten Diskussionsthemen: Nach Beendigung des Brainstormings baten die Moderatorinnen darum, die erstellte Liste auf Vollständigkeit und Genauigkeit zu überprüfen, gegebenenfalls Korrekturen vorzunehmen und durch Verteilung von insgesamt fünf Punkten eine persönliche Relevanz-Bewertung der gesammelten Äußerungen vorzunehmen. Es war möglich, sowohl einem Thema alle Punkte zuzuordnen als auch mehrere oder alle Punkte auf verschiedene Aspekte zu verteilen.

**Schritt 5:** Eröffnung der Diskussion eines ausgewählten Aspektes: Auf der Grundlage der Gesamtbewertung sollte die Moderatorin an dieser Stelle die Diskussion einleiten. Es war geplant, das Thema mit den wenigsten Punkten zur Debatte zu stellen, um eine Erörterung ausschließlich sozial akzeptierter Phänomene unter Verwendung sozial erwünschter Redebeiträge zu vermeiden. Die Aufforderung, das Thema weiter auszuführen, war vor allem als Vermeidung einer stockenden Diskussion geplant, indem bereits behandelte Inhalte als immanente Fragestellung an die Gruppe zurückgegeben werden konnte. In den meisten Gruppen waren die Diskussionen jedoch so rege und intensiv, dass das Aufgreifen einzelner Themen für die Initiierung einer vertiefenden Diskussion nicht notwendig wurde.

### *Diskussionsleitung*

Die Gesprächsführung der beiden Moderatorinnen war non-direktiv. Ihre Aufgabe lag vor allem in der äußeren Strukturierung des Diskussionsablaufes, wobei eine angeregte Diskussion jedoch nicht durch eine zu starre Einhaltung der strukturellen Vorgaben gestört werden sollte. Nachfragen sollten möglichst ans Ende der Diskussion gestellt werden und zu einem früheren Zeitpunkt nur dann erfolgen, wenn die Diskussion doch einmal länger aussetzte und von der Gruppe selbst nicht wieder aufgenommen wurde (Bohnsack 2002). Bei den meisten Gruppen hat sich gezeigt, dass der Diskussionsbedarf so hoch war, dass bereits während des Brainstormings angeregte Gespräche geführt wurden. Im Sinne der Aufdeckung des kollektiven Orientierungsmusters, das sich vor allem in Passagen angeregter Diskussionen zeigt, wurden diese intensiven Passagen nicht unterbrochen. Zwar erfolgte in allen Diskussionen eine Bewertung der gesammelten Themen, die Diskussion war jedoch in fast allen Gruppen bereits in Schritt 3 des Diskussionsablaufes erfolgt. Kam die Diskussion trotz Nachfragen mit dem Ziel der Generierung weiterer Erzählungen zum Erliegen, wurde die Contra-Diskussion beendet und zur Pro-Diskussion übergeleitet. Diese begann mit einem Brainstorming zu Aspekten, die helfen können, die ärztlichen Therapieempfehlungen umzusetzen.

### 3.3.3 Zusammensetzung der Gruppen und Auswahl der Diskussionsteilnehmerinnen und -teilnehmer

Die Diskussionsgruppen sollten möglichst klein sein, um die ‚Schweigerquote‘ gering zu halten, andererseits entsteht bei einer zu kleinen Gruppe oft keine echte Diskussion (Mangold 1960, Morgan 1997). In dem vorliegenden Projekt war die Teilnehmerzahl auf maximal sechs festgelegt worden. Diese Gruppengröße hat sich bei sozialwissenschaftlichen Projekten bewährt (vgl. Barbour u. Kitzinger 2001).

Als notwendiges Kriterium der Homogenität wurde, wie bereits vorher erörtert, die Übereinstimmung der Adhärenz bzw. Non-Adhärenz a priori festgelegt.<sup>60</sup> Im weiteren Verlauf der Studie kamen durch die Datenanalyse weitere Kriterien hinzu. Dazu gehörten beispielsweise das Alter und die Dauer der Erkrankung. Die Auswahl der Diskussionsteilnehmer erfolgte somit im Sinne des *theoretical samplings* nach Barney G. Glaser und Anselm L. Strauss (1967).<sup>61</sup> Nach den Prinzipien der von ihnen entwickelten *Grounded Theory* gelten Datenerhebung und -analyse nicht als voneinander unabhängige Forschungsschritte, sondern als parallel verlaufender Prozess, aus dem sich jeweils neue Fragen und Hypothesen ergeben, die leitend für die Zusammenstellung weiterer Gruppen sind. Im Forschungsverlauf verdichtete sich recht früh die Hypothese, dass die Gründe für oder gegen die Medikation sowie das Einnahmeverhalten selbst (Adhärenz) unabhängig von Kriterien wie Alter, Geschlecht oder Bildung sind und das Adhärenz oder Non-Adhärenz aus je individuellen Entscheidungsprozessen resultieren. Diese Hypothese bestärkte die Wahl einer interpretativen Auswertungsmethode (s. Kapitel 3.4) zur detaillierten Auswertung auch latenter Diskussionsinhalte.

## 3.4 Datenauswertung – Dokumentarische Methode

Im deutsch- und englischsprachigen Raum ist bisher nur von Bohnsack ein methodisch sowie methodologisch begründetes eigenständiges Auswertungsverfahren für Gruppendiskussionen systematisch vorangetrieben worden. Die in dem Zusammenhang erarbeitete dokumentarische Methode (Bohnsack 1989) wurde inzwischen weiterentwickelt und beispielsweise auch für die Analyse von Einzelinterviews etabliert (vgl. Nohl 2006).

Durch Bezugnahme auf die theoretischen Arbeiten von Mannheim und dessen Methode der dokumentarischen Interpretation (s.o.), ermöglicht die Anwendung

<sup>60</sup> Aufgrund der fehlerhaften Übereinstimmung der zur Ermittlung der Adhärenz verwendeten Skalen (s. Kapitel 3.2.5) wurde Adhärenz für die vorliegende Studie definiert als ‚adhärent gemäß beider Skalen und einem Blutdruck unter 140/90 mm Hg laut Selbstauskunft‘.

<sup>61</sup> Zur Einschränkung potentieller Diskussionsteilnehmer/-innen in der hier vorgestellten Untersuchung s. Tabelle 1, zur Reflexion des *theoretical samplings* bei Gruppendiskussionen generell s. Kapitel 6.4.

der dokumentarischen Methode von Bohnsack einen Zugang zu der Ebene des impliziten oder atheoretischen Wissens. Damit ist jenes Wissen gemeint, dass sich zwar der Explikationsmöglichkeit des Erzählenden verschließt, jedoch im Handeln des Einzelnen wirksam ist.<sup>62</sup> Bohnsack unterscheidet demzufolge in der Auswertung schrittweise zwischen der Interpretation des Expliziten (*was* wird gesprochen) und des Impliziten (*wie* wird gesprochen). Die interpretative Auswertung erfolgt in vier Schritten und soll im Folgenden anhand der Vorgehensweise in der hier vorgestellten Studie kurz dargestellt werden.<sup>63</sup>

*Formulierende Interpretation:* In diesem Schritt wurde anhand des Videos die gesamte Diskussion thematisch sequenziert. Das Ziel der formulierenden Interpretation ist es, den objektiven Sinngehalt der einzelnen Diskussionsphasen herauszuarbeiten. Dieser Schritt bezieht sich auf die erste der von Mannheim beschriebenen „Sinnschichten“ und dient der Vorbereitung zur Analyse des Dokumentsinns in der nachfolgenden reflektierenden Interpretation.<sup>64</sup> Obwohl dieser Schritt auf

<sup>62</sup> Das ‚atheoretische Wissen‘ zeigt deutliche Parallelen zu dem auf Edmund Husserl zurückgehenden Begriff der ‚Lebenswelt‘ und dessen phänomenologische Philosophie auf, der sich ebenfalls auf die vorwissenschaftliche Wahrnehmungswelt des Menschen bezieht: „Sie ist die raumzeitliche Welt der Dinge, so wie wir sie in unserem vor- und außerwissenschaftlichen Leben erfahren und über die erfahrenen hinaus als erfahrbar wissen“ (Husserl 1962, zit. in Treibel 1995: 117). Innerhalb der soziologischen Phänomenologie hat sich vor allem Alfred Schütz (später auch in der Zusammenarbeit mit Thomas Luckmann) mit dem Begriff der Lebenswelt auseinandergesetzt und bezieht diesen wie Husserl auf die selbstverständliche Wirklichkeit: „Die Wissenschaften, die menschliches Handeln und Denken deuten und erklären wollen, müssen mit einer Beschreibung der Grundstrukturen der vorwissenschaftlichen, für den – in der natürlichen Einstellung verharrenden – Menschen selbstverständlichen Wirklichkeit beginnen. Diese Wirklichkeit ist die alltägliche Lebenswelt. Sie ist der Wirklichkeitsbereich, an der der Mensch in unausweichlicher, regelmäßiger Wiederkehr teilnimmt“ (Schütz u. Luckmann 2003: 29).

<sup>63</sup> Für eine ausführliche Darstellung des methodischen Vorgehens vgl. u.a. Bohnsack 2007, Bohnsack et al. 2007.

<sup>64</sup> Mannheim unterscheidet drei „Sinnschichten“: den *objektiven Sinn*, den *intendierten Ausdruckssinn* und den *Dokumentsinn*. Für die Analyse sind bei Mannheim vor allem der objektive Sinn und das, was sich – für den Handelnden selbst verschlossen – in den einzelnen „Objektivationen“ dokumentiert (Dokumentsinn) relevant. Objektivationen sind in der Kunst (Mannheim illustriert seine Theorie der Weltanschauungsinterpretation häufig an Beispielen der Kunst) u.a. das verwendete Material, die Farben, dargestellte Szenen oder die Art der Pinselführung. Diese objektiven Gehalte lassen sowohl Rückschlüsse auf den gesellschaftlichen Wandel im historischen Kontext als auch auf den Künstler selbst zu – bspw. wenn dieser für die Zeit unübliche Darstellungen oder Farben verwendet. In einem von Mannheim angeführten Beispiel einer sozialen Situation wird die Unterscheidung der drei Sinnschichten gut verdeutlicht. Die beispielhafte Situation beschreibt, dass ein Freund einem Bettler ein Almosen gibt. Die Bewegung des Freundes wird nicht nur physikalisch als ‚Verhalten‘ gedeutet, sondern als soziale Interaktion, die als ‚Hilfe‘ bezeichnet werden kann. Zugleich ist eine Kenntnis der Kultur vorausgesetzt, damit die Gabe des Geldstücks als Almosen und nicht etwa als Bezahlung für eine Leistung betrachtet wird. Für das Verständnis des objektiven Sinnes (‚Hilfe‘) ist jedoch die Innenwelt der Interaktionspartner irrelevant.

Der intendierte Ausdruckssinn in diesem Beispiel bezieht sich auf das, was der Freund mit seinem Handeln auszudrücken beabsichtigt und ist somit direkt mit dem Individuum verbun-

der inhaltlich-beschreibenden Ebene verbleibt, muss doch von Interpretation gesprochen werden, da eine Kenntnis des kulturellen Hintergrundes des zu untersuchenden Feldes sowie der kontextuellen Bedingungen der beschriebenen Situationen notwendig ist. Der Inhalt aller Sequenzen wurde in Form von Paraphrasen schriftlich festgehalten, wobei markante Formulierungen wörtlich übernommen wurden und jede Sequenz mit einer Überschrift, Oberthemen und ggf. Unterthemen versehen wurde.<sup>65</sup> Das Abstraktionsniveau soll zu diesem Zeitpunkt der Analyse so gering wie möglich gehalten werden. Auf der Grundlage der formulierten Interpretation wurden dann jene Sequenzen ausgewählt, die detaillierter analysiert werden sollten. Dies waren vor allem jene Passagen, die thematisch im Hinblick auf die Forschungsfrage als besonders relevant angesehen wurden (vgl. Bohnsack 2002). Sequenzen mit hoher metaphorischer oder Interaktionsdichte, wie sie ebenfalls zur Analyse vorgeschlagen werden, konnten kaum ausgemacht werden.<sup>66</sup>

*Reflektierende Interpretation:* In diesem Schritt wurden die ausgewählten Passagen hinsichtlich der Ausgestaltung der Kommunikation anhand der Transkripte<sup>67</sup> interpretiert, das heißt, es ging darum, nachzuvollziehen und zu explizieren, *wie* die Themen interaktiv diskutiert werden, wie der Diskurs organisiert ist und welcher Sinn sich darin dokumentiert (vgl. Bohnsack 2002). Dieser Interpretationsschritt gibt Hinweise auf das Orientierungsmuster, welches der Handlungspraxis zugrunde liegt.<sup>68</sup> Die detaillierte Interpretation folgte dem abduktiven Verfahren nach

---

den. In diesem Fall könnte der Freund mit seiner Tat ausdrücken wollen, ein ‚mitfühlender Mensch‘ zu sein.

Mit dem Dokumentsinn hingegen geht die Analyse noch einen Schritt weiter, indem es nicht nur darauf ankommt, was der Handelnde tun wollte, sondern was sich in der Tat dokumentiert. Aus dieser Interpretation kann bspw. hervorgehen, dass die Tat als ‚Heuchelei‘ zu deuten ist. Hinweise für diese Interpretation erhält der Interpret aus einzelnen Objektivationen, die mit der Tat einhergehen. Dazu gehören bspw. die die Tat begleitende Mimik oder Gestik (Mannheim 2009).

<sup>65</sup> Während dieses ersten Teils der Analyse wurde deutlich – und bestätigte sich in der feinanalytischen Auseinandersetzung mit dem Material während der reflektierenden Interpretation –, dass innerhalb einer Sequenz häufig mehrere Diskurse parallel geführt wurden. Daher war es nicht immer möglich, nur eine Überschrift für jede Sequenz zu finden.

<sup>66</sup> Siehe hierzu auch die Ausführungen zur methodischen Reflexion in Kapitel 6.4.

<sup>67</sup> Alle Gruppendiskussionen wurden wörtlich transkribiert; zu den verwendeten Transkriptionszeichen siehe Anhang.

<sup>68</sup> Mit Bezugnahme auf Schütz differenziert Bohnsack zwischen Orientierungsrahmen (entsprechend dem Weil-Motiv) und dem Orientierungsschema (entsprechend dem Um-Zu-Motiv). Bohnsack kritisiert jedoch an Schütz, dass dieser dem Weil-Motiv zu wenig Bedeutung zumesen würde, und bezieht diesen (biographisch-strukturellen) Aspekt mit Bezugnahme auf Mannheim und dessen Bedeutsamkeit konjunktiver Erfahrungen systematisch in die Methode ein. Die homogene Zusammensetzung der Gruppen hinsichtlich des Erfahrungsraumes trägt dem Weil-Motiv oder dem Orientierungsrahmen Rechnung. Der Zugang zum Um-Zu-Motiv erfolgt über die Individuen als Teil des Erfahrungsraumes und beschreibt die mit Mannheim innerhalb des Erfahrungsraumes vorhanden verschiedenen Perspektiven (vgl. ausführlich Bohnsack 2007); zu



Charles S. Peirce (1933/1980, vgl. Rosenthal 2005).<sup>69</sup> Der innerhalb der rekonstruktiven Sozialforschung üblichen sequenziellen Abfolge der Analyse wurde insofern Rechnung getragen, als der zeitliche Ablauf des gesamten Diskurses der einzelnen Sequenzen berücksichtigt wurde. Die komparative Analyse der verschiedenen Gruppendiskussionen machte sichtbar, wie dasselbe Thema in unterschiedlicher oder übereinstimmender Weise, das heißt innerhalb unterschiedlicher oder konvergierender Orientierungsmuster, bewältigt wird.

*Diskursbeschreibung:* Die ausführliche Darstellung des Diskursverlaufs in Form einer Diskursbeschreibung ist in der Regel gegenüber der Präsentation der Typologie zu vernachlässigen und lediglich für die Datenanalyse von Bedeutung, da die einzelnen Gruppen jeweils als Repräsentanten eines Typs angesehen werden können (Bohnsack 2007). Während der Auseinandersetzung mit dem Material wurde in der vorliegenden Untersuchung indes deutlich, dass hier die einzelne Gruppe nicht als ‚Fall‘ fungierte, sondern die Gruppen als ein Zusammenschluss von Einzelfällen (Individuen) auftraten. Folglich konnte aus einer Gruppe auch nicht ein Typus generiert werden, sondern mehrere Typen, die sich in der komparativen gruppenübergreifenden Analyse dann verdichteten. Insofern war die Fallebene der Analyse nicht die Gruppe, sondern das Individuum,<sup>70</sup> wurde die Typologie also auf der Basis von Einzelfällen generiert. Ungeachtet dieser zuvor nicht absehbaren Entwicklung zeigte sich die Analyse insofern als ausgesprochen gehaltvoll, als sie

---

den Motiven des Handelns s. Schütz 1971. Zu den Begriffen Orientierungsrahmen und Orientierungsmuster siehe Bohnsack 1998.

<sup>69</sup> Grundsätzlich ist zwischen drei Schlussfolgerungsverfahren zu unterscheiden: Deduktion, Induktion und Abduktion. Bei deduktiven Verfahren (auch Subsumption oder subsumptionslogisches Vorgehen) werden aus bereits bekanntem wissenschaftlichen Wissen (Theorien) Hypothesen abgeleitet und diese anhand der Untersuchung überprüft. Es wird vom Allgemeinen auf das Besondere geschlossen. Im Gegensatz dazu werden bei der Induktion aus dem in der Untersuchung erhobenen Datenmaterial Kategorien oder Hypothesen formuliert, anhand des Falles überprüft und durch Verallgemeinerung bekannten Regeln oder Theorien untergeordnet. Es wird folglich vom Besonderen auf das Allgemeine geschlossen. Sowohl die Deduktion als auch die Induktion beziehen sich auf bekannte Wissensvorräte und bestätigen resp. verwerfen (Deduktion) oder differenzieren (Induktion) diese. Die Abduktion als Schlussfolgerungsverfahren ist hingegen geeignet, um neue Erkenntnisse, neues Wissen zu produzieren. Ebenso wie bei der Induktion werden Hypothesen aus dem Material formuliert, jedoch ist es das Ziel, durch Gedankenexperimente neue Deutungsprozesse zuzulassen. Diese sind zwar nicht vollständig aus dem begründeten Zusammenhang herausgenommen, erfordern jedoch bei der Formulierung eine gewisse Kreativität und die Einnahme eines fremden Blicks auf die Daten. Die Absicherung der auf diese Weise gewonnenen Hypothesen erfolgt durch fortwährende Überprüfung am Material unter Zuhilfenahme deduktiver und induktiver Schlüsse. Das heißt, zunächst werden anhand eines Textsegments (ein oder mehrere Sätze oder einzelne Worte) Hypothesen formuliert, aus ihnen dann Voraussagen des weiteren Verlaufs abgeleitet und im Folgenden an demselben Fall bestätigt oder verworfen. Somit schließt die Abduktion auch induktive und deduktive Prozesse ein, wobei jedoch „bei der Deduktion von einer Theorie und bei der Induktion von einer Hypothese ausgegangen wird“, während „die Abduktion mit der Betrachtung eines empirischen Phänomens“ beginnt (Rosenthal 2005: 58f.). Vgl. auch Reicherts 2003, Marx u. Wollny 2009.

<sup>70</sup> Siehe ausführlicher dazu Kapitel 6.4.

fallübergreifend (also auch gruppenübergreifend) verschiedene Phänomene aufdeckte, die übereinstimmend für alle Teilnehmer/innen und somit auch für die Bluthochdruckbehandlung bedeutsam sind. Um sowohl die herausgearbeiteten relevanten Phänomene innerhalb der Bluthochdruckbehandlung<sup>71</sup> als auch die aus den Daten entwickelte Typologie<sup>72</sup> nachvollziehen zu können, wird in diesem Fall eine ausführliche Darstellung des Diskursverlaufs beispielhafter Gruppendiskussionen<sup>73</sup> als notwendige Voraussetzung erachtet.

*Typenbildung:* Die Typenbildung ist der letzte Schritt der Auswertung und begründet sich auf der kontrastierenden Gegenüberstellung der in der reflektierenden Interpretation herausgearbeiteten Orientierungsmuster. Die Ausarbeitung der Typologie ist in Anlehnung an Max Weber die Ausformulierung von *Ideal*-Typen (vgl. Weber 1984), deren aspekthafte Ausprägungen das Ergebnis theoretischer Abstraktion auf der Grundlage der empirischen Ergebnisse darstellen (Bohnsack 2007: 183). Der Aspekt der Dimensionengebundenheit der Typenbildung bezieht sich auf die

*„einseitige Steigerung eines oder einiger Gesichtspunkte und durch den Zusammenschluß einer Fülle von diffus und diskret, hier mehr, dort weniger, stellenweise gar nicht vorhandenen Einzelercheinungen, die sich jenen einseitig herausgehobenen Gesichtspunkten fügen, zu einem in sich einheitlichen Gedankengebilde.“ (Weber 1968: 191, zit. n. Bohnsack 2007: 183)*

Bohnsack bezieht sich jedoch auch bei der Vorgehensweise der Typenbildung methodologisch stark auf Mannheim, sodass die forschungspraktische Verfahrensweise von Weber nicht vollständig übernommen wird. Während Weber die gegenseitige kausale Bedingtheit der Aspekte annimmt, das heißt die Erklärung eines Phänomens aus einem anderen, versteht Mannheim diese historisch-genetische Kausalerklärung als Deuten von Phänomenen (Dokumenten) vor dem Hintergrund des objektiven Sinns (dem ‚was‘), also der den Phänomenen zugrundeliegenden „Weltanschauungstotalitäten“. Die „Klärung geistiger Sachverhalte“ wird somit verstanden als Deutung des interessierenden Sachverhalts aus verschiedenen Perspektiven. Einzelne Aspekte können dieser Annahme zufolge nicht einen anderen Aspekt verursachen, vielmehr dokumentieren sie sich in dem objektiv erfassten Sinn und können jeweils auf diesen als Teil des Ganzen bezogen werden. Sinn kann daher allein kausalgenetisch nicht erklärt werden, sondern die „genetische Kausalerklärung gibt die Geschichte der Bedingungen der jeweiligen Sinnaktualisierung und Sinnrealisierung“ (Mannheim 2009: 77f.) wieder. Auf die hier vorgestellte Studie bezogen bedeutet dies, (1) die vorgestellten Phänomene, die sich für die Bluthochdruckbehandlung als relevant erweisen, haben sich in den Objek-

---

<sup>71</sup> Siehe Kapitel 5.2.

<sup>72</sup> Siehe Kapitel 5.3.

<sup>73</sup> Siehe Kapitel 4.

tivationen<sup>74</sup>, das heißt in den besprochenen Themen, der Art der gegenseitigen Bezugnahme der Diskussionsteilnehmer/innen aufeinander oder der gestischen Präsentation, dokumentiert; (2) diese Phänomene stehen als gleichberechtigte, nicht (kausalgenetisch) aufeinander aufbauende Sinngebilde nebeneinander (s. Kapitel 5). Mit Bezug auf die Differenzierung von Orientierungsrahmen und Orientierungsschema<sup>75</sup> kann angenommen werden, dass die Phänomene als Teile der impliziten Erfahrung der Bluthochdruckbehandlung als Entsprechung des Orientierungsrahmens gelten. Die Typologie hingegen beschreibt mit Bezugnahme auf die sich herauskristallisierten Perspektiven innerhalb des (Erfahrungs-)Raumes die Orientierungsschemata der Patient/innen. Die für die Typenbildung notwendigen Gegenhorizonte (Aspekte) generieren sich nicht aus dem Vorwissen der Interpretin, sondern aus der empirisch fundierten Analyse des sich dokumentierenden Sinns.

Die Teilergebnisse jeder analysierten Sequenz wurden jeweils zusammengefasst und bildeten die Grundlage für die Formulierung der zentralen Orientierungen innerhalb jeder Gruppe. Aus ihnen ist in einem Prozess der reziproken Kontrastierung und Abstraktion die gruppenübergreifende Typologie hervorgegangen.

### 3.5 Datenschutz und Ethik

Alle Studienteilnehmer/innen wurden im Vorfeld der Teilnahme schriftlich über die Details des Projektes sowie den Datenschutz aufgeklärt und um ihre Einwilligung (*Informed Consent*)<sup>76</sup> gebeten. Die Anonymität der Teilnehmer/innen blieb in den Fragebögen erhalten, eine Zusammenführung war nur über eine Kennnummer möglich. Für die Teilnahme an einer der Gruppendiskussionen erfolgten eine gesonderte Aufklärung und Einwilligung. In den Transkripten wurden für die einzelnen Diskutanten Pseudonyme verwendet (z. B. Gr 1/3w für Gruppe 1, Teilnehmerin 3, weiblich).<sup>77</sup>

Die Zustimmung der zuständigen Ethikkommission wurde vor Beginn der Untersuchung eingeholt (Antragsnummer 23/4/05).

---

<sup>74</sup> Siehe Fußnote 64.

<sup>75</sup> Siehe Fußnote 68.

<sup>76</sup> Siehe Fußnote 57.

<sup>77</sup> Siehe Kapitel 3.3.2, sowie Abbildung 2.



## 4 Empirische Untersuchung

### 4.1 Vorbemerkung

Zentrales Leitthema dieser Studie war die Arzt-Patient-Beziehung, sodass ausschließlich solche Sequenzen im Auswertungsschritt der reflektierenden Interpretation (s. Kapitel 3.3) einer detaillierten Analyse unterzogen wurden, die dieses zum Thema hatten. Dabei wurden nicht nur Sequenzen berücksichtigt, bei denen die Arzt-Patient-Beziehung das Oberthema war, sondern auch jene, in denen dieses als ein Unterthema in die Diskussion einging.

Für alle Gruppen wurde die Homogenität hinsichtlich der Adhärenz bzw. Non-Adhärenz der Teilnehmer/innen als wesentliches Kriterium der Gruppenzusammenstellung festgelegt, um sozial erwünschte Redebeiträge – im Gegensatz zur tatsächlichen Erfahrung – weitgehend zu vermeiden. Das Thema Adhärenz dringt unter Umständen tief in den persönlichen Erlebensbereich des Einzelnen ein und kann mit Scham oder Schuldbewusstsein besetzt sein, zeigt es doch im Falle der Non-Adhärenz eine Nichtbeachtung ärztlicher Empfehlungen, die vor anderen nicht offenbart werden möchte. Weitere Merkmale der Gruppenkomposition waren das Alter, das Geschlecht und die Bildung, die im Sinne der Kontrastierung jeweils differierten. Besonders relevant für das Erleben der Bluthochdruckbehandlung war die Dauer der Behandlung, die für die Gruppen 7 und 8 als ergänzendes Kriterium aufgenommen wurden (s. Tabelle 2 sowie ausführlich dazu Kapitel 6.4).

In der Ausgangsfragestellung ging es um die Identifikation möglicher Barrieren bei der Einnahme antihypertensiver Medikamente. Nach acht Gruppendiskussionen ergaben sich weder hinsichtlich der erörterten Motive für oder gegen die Einnahme der Medikamente neue Themen, noch wurden weitere, darüber hinausgehende neue Erkenntnisse sichtbar, sodass von einer theoretischen Sättigung (Strauss 1998) auszugehen war. Die Auswahl der Diskussionsteilnehmer/innen folgte dem Kriterium größtmöglicher Kontrastierung.

Tabelle 2: Zusammenstellung der Gruppen

	Anzahl der Tn	Alter	Geschlecht	Bildung	Adhärenz	Behandlungsdauer
<b>G1</b>	6	eher jünger (41-49 Jahre)	w/m	heterogen	nein	--
<b>G2</b>	4	eher älter (61-63 Jahre)	w/m	heterogen	nein	--
<b>G3</b>	5	heterogen (52-70 Jahre)	w	höhere Bildung	nein	--
<b>G4</b>	4	heterogen (50-79 Jahre)	w/m	höhere Bildung	nein	--
<b>G5</b>	6	eher älter (62-69 Jahre)	m	geringere Bildung	ja	--
<b>G6</b>	6	eher jünger (42-52 Jahre)	w/m	heterogen	ja	--
<b>G7</b>	6	eher jünger (47-57 Jahre)	w/m	heterogen	ja	bis 5 Jahre
<b>G8</b>	6	eher jünger (42-56 Jahre)	w/m	heterogen	nein	über 5 Jahre

G1-8: Nummerierung der Gruppen, Tn: Teilnehmer/innen

Im Folgenden werden die Ergebnisse der ausgewerteten Sequenzen ausgewählter Gruppen vorgestellt.<sup>78</sup> Eine ausführliche Darstellung der Diskurse und der Interpretationen aller acht Gruppen ist jedoch, auch bei einer Straffung der Ergebnisse, aus Gründen des Umfangs nicht möglich. Zudem führt die Vorgehensweise der abduktiven Analyse dazu, dass viele der umfangreich dokumentierten (über weite Strecken hypothetischen) Interpretationsschritte sich schließlich als nicht gesichert herausstellen und somit für die Darstellung unerheblich bleiben. Eine Präsentation in Form einer Zusammenfassung hingegen würde zu kurz greifen und die Inter-

<sup>78</sup> Die Gruppen 1, 3, 6 und 7 wurden gewählt, da mit ihnen alle Unterscheidungsmerkmale abgebildet werden. Darüber hinaus zeichnen sich diese Gruppen durch eine im Wesentlichen gelungene Selbstläufigkeit der Diskursorganisation aus, was die Darstellbarkeit erleichtert.

pretationen, die sich oft erst aus dem interaktiven Zusammenhang der Teilnehmer/innen erschließen, nicht nachvollziehbar machen. Aus diesem Grund werden hier die Diskurse von vier in der Zusammensetzung kontrastierenden Gruppen beispielhaft vorgestellt, wobei die wesentlichen Interpretationen – die gleichsam als die zentralen Orientierungen der Teilnehmer/innen gelten – transparent im Sinne der Nachvollziehbarkeit bleiben sollen.

Die Transkriptionsregeln zur besseren Lesbarkeit der Zitate befinden sich im Anhang.

## 4.2 Diskursbeschreibung Gruppe 1

Die erste Gruppe, die im Rahmen dieses Projektes durchgeführt wurde, diente neben der Datenerhebung auch der Pilotierung des Rahmenkonzeptes (Moderation und struktureller Ablauf der Diskussionen) zur Durchführbarkeit der weiteren geplanten Gruppendiskussionen. Die Gruppenzusammensetzung erfolgte gemäß der Maßnahme größtmöglicher Homogenität zunächst hinsichtlich des Alters. Aus der Generationsforschung (vor allem bezugnehmend auf Mannheim 2009a) ist bekannt, dass alltagsweltliche Deutungsmuster generationsübergreifend derart heterogen sein können, dass die Existenz eines gemeinsamen zugrundeliegenden Erfahrungsraumes – der für die Analyse von Gruppendiskussionen notwendige Voraussetzung ist – auszuschließen ist. Das Alter der Teilnehmer/innen dieser ersten Gruppe liegt zwischen 41 und 49 Jahren, sie gehören damit zur mittleren Gruppe des mittleren Erwachsenenalters.<sup>79</sup> Von den insgesamt sechs Teilnehmer/innen dieser Gruppe sind zwei weiblich (1w und 5w<sup>80</sup>) und vier männlich (2m, 3m, 4m und 6m). 1w und 3m haben Abitur und sind berufstätig; 4m und 5w haben einen Realschulabschluss, 4m ist berufstätig, 5w ist zum Zeitpunkt der Gruppendiskussion arbeitslos; 2m und 6m haben einen Hauptschulabschluss, beide sind nicht mehr berufstätig. Alle Teilnehmer/innen wurden als non-adhärenz entsprechend der verwendeten Skalen zur Bewertung der Adhärenz eingestuft. Auffällig ist, dass die zum Teil erhebliche Non-Adhärenz (gemäß der hier verwendeten Skalen) nicht mit einem schlecht eingestellten Blutdruck einhergeht. Darüber hinaus haben auch die Erzählungen der Teilnehmer/innen nicht bei allen eindeutig eine Non-Adhärenz vermuten lassen. Gründe hierfür können sowohl in der fehlenden Validität der verwendeten Skalen liegen (vgl. Koschack et al. 2010) als auch in der Ungenauigkeit der Auskunft über den aktuellen Blutdruck durch die Teilnehmer/innen. Ausgehend davon, dass eine fehlende Adhärenz ursächlich für eine

---

<sup>79</sup> In den Gesundheitswissenschaften und der Medizin erfolgt, entsprechend der Differenzierung in der Entwicklungspsychologie, eine Einteilung der erwachsenen Bevölkerung in ein frühes (18-34 Jahre), ein mittleres (35-64 Jahre), ein höheres (65-80 Jahre) und ein hohes Alter (ab 80 Jahre).

<sup>80</sup> Zur Pseudonymisierung der Teilnehmer/innen s. Kapitel 3.3.2.

unzureichende Einstellung des Blutdrucks ist (s. Kapitel 2.4), wurde für die nachfolgenden Gruppen die Definition der Adhärenz für diese Studie festgelegt.<sup>81</sup>

In Gruppe 1 war die Arzt-Patient-Beziehung in sechs Sequenzen Gegenstand der Diskussion. Das erste Mal wurde sie im Kontext einer subjektiv wahrgenommenen „mangelnden Aufklärung durch den Arzt“ durch 3m angesprochen. Dabei bezieht er sich zusammenfassend auf die vorherigen Wortbeiträge, die ihn offenbar darin ermutigen, seine Erfahrungen zu erzählen. Zunächst nimmt 3m noch einmal das zuvor in der Gruppe diskutierte Thema Diuretika auf. Hierbei wurde deutlich, dass die erwünschte Wirkung durch den Arzt nicht oder für die Patientin nicht ausreichend erläutert wurde. 3m knüpft daran an und verdeutlicht, dass nicht die Diuretika aufgrund ihrer harntreibenden Wirkung ein Hinderungsgrund für die Tabletteneinnahme sind, sondern vielmehr die fehlende Aufklärung über die Wirkweise dieses oder auch anderer Medikamente. Er berichtet von einem eigenen Erlebnis.

- 3m: ↑also ich denke n Aspekt für die Hintergründe wäre auch noch die mangelhafte ärztliche Aufklärung also wenn ich **hier** einerseits höre nech dass die ab- äh dass die **harntreibenden** Medikamente **abends** gegeben werden ohne dass du das **wusstest** äh dann ist das ja **schon so ein Aspekt** und bei **mir** war **ein** Aspekt dass
- 5w: ↑mhmh **genau**
- 3m: ich Medikamente verschrieben gekriegt habe (1) **Beloc-Zok** da hab ich erstmal bei
- M1: ↑mhmh
- 2m: ↑((nickend)) ja
- 3m: Bittere Pillen nachgelesen (1) beim **Absetzen** Möglichkeit der schweren **Herzschädigung**
- 6m: ↑ach **das** Ding ja
- 3m: ((schneller)) deswegen hab ich die gar nicht erst genommen ne?, ich war damals
- Anfang
- 6m: ↑mhmh versteh ich
- M1: ↑mhmh
- 3m: **vierzig** da hab ich gedacht also ((schneller)) ich hab doch keinen Knall und nehm die **n-n Leben lang** w-w-wenn ich denn **so was** befürchten muss ne? und denn hab ich
- M1: ↑mhmh
- 1w: ↑((zu M1)) ich hab das
- 3m: den Arzt gewechselt und der hat mir dann gesagt welche **Alternativen** es überhaupt
- 1w: nie so hinterfragt meine Medikamente
- M1: ↑mhmh
- 3m: gibt ne?
- 6m: ↑ja
- (Gr 1, S 32, Z 759-798)

Diese Proposition, die 3m zu Beginn dieser Sequenz einführt, deutet darauf hin, dass ihm das Vertrauen in die Verordnungspraxis des Arztes fehlt. Er erhält sein Wissen aus der Nutzung anderer Informationsquellen (zum Beispiel Literatur) und kontrolliert die Wirkweise des ihm verordneten Medikaments auf diese Weise, statt den Arzt zu fragen. Schriftliche, vermeintlich offizielle Informationen haben in diesem Fall für ihn vermutlich mehr Gewicht als das Erfahrungswissen des Arztes. Seine Handlungskonsequenz (der Arztwechsel) ist jedoch ein Hinweis auf eine Vermeidung der Auseinandersetzung mit dem Arzt. Den Arzt auf sein erworbenes Wissen über die Nebenwirkungen des Medikamentes anzusprechen,

<sup>81</sup> Siehe Fußnote 60.



stellt für ihn offenbar keine Option dar. Den neuen Arzt nimmt er hingegen als kompetenter wahr und begründet dieses mit dem Aufzeigen von „Alternativen“, also anderen Medikamenten als das ihm zuvor verschriebene. Es ist davon auszugehen, dass diese Aufklärung vom Arzt initiiert wurde. Dieses Verhalten des Arztes aber auch das Wissen um solche Alternativen deutet 3m offenbar als Kompetenz des Arztes und setzt beides als Qualitätsmerkmale voraus. Der Wunsch nach einer umfassenden Aufklärung durch den Arzt als notwendiger Teil der Behandlung ist ein Hinweis auf ein nicht erfolgtes Nachfragen über die Medikation beim Arzt. Die hier deutlich werdende Verunsicherung verbirgt sich in seiner Erzählung hinter der Beschwerde über die Unzulänglichkeit des ersten Arztes, der seinen Pflichten (Aufklärung und Aufzeigen von Alternativen) seiner Ansicht nach nicht nachgekommen ist. Mit dem fragenden „ne?“ fordert 3m Bestätigung durch die anderen Teilnehmer/innen oder die Moderatorinnen.

Über die Unsicherheit gegenüber dem Arzt hinaus, wird außerdem eine eingeschränkte oder fehlende Akzeptanz der Blutdruckbehandlung deutlich. Der Hinweis auf das aus seiner Perspektive für eine Bluthochdruckbehandlung noch sehr junge Alter von 40 Jahren deutet darauf hin. Diese fehlende Akzeptanz ist als verstärkender Faktor für das ebenfalls fehlende Vertrauen in die ärztliche Kompetenz des Arztes zu verstehen. Dass das Alter für ihn im Zusammenhang mit der Akzeptanz ein zentrales Problem darstellt, bestätigt sich durch die starke Formulierung „ich habe doch keinen Knall“.

Aus der Reaktion von 5w geht implizit hervor, dass sie sich scheut, für sich als Patientin Verantwortung zu übernehmen. Sie geht offenbar vielmehr davon aus, als Patientin die Kompetenz des Arztes nicht infrage stellen zu müssen. Somit übernimmt 5w nicht nur keine Eigenverantwortung für ihre Krankheit und deren Behandlung, sondern überträgt diese auf den Arzt. Insofern macht sie es zur Aufgabe des Arztes zu entscheiden, was sie als Patientin wissen sollte und was nicht. Die Notwendigkeit des Nachfragens erübrigt sich daher. Dem Arzt wird somit sowohl von 3m als auch von 5w eine traditionelle Rolle zugewiesen, die zudem als Qualitätsmerkmal gewertet wird.

Aus den Reaktionen von 6m wird deutlich, dass er eine grundsätzlich kritische Haltung einnimmt, sich mit gängigen Informationsquellen auseinandersetzt und sich hier auch gut auskennt. In diesem Punkt unterstützt er 3m und bildet einen negativen Gegenhorizont zu 5w. Er präsentiert sich in der Gruppe als kompetent genug, die von 3m genannte Informationsquelle zu bewerten. Vermutlich sieht er sich als ebenso kompetent an, ärztliche Entscheidungen infrage stellen zu können. Das eigene Handeln wäre dann auf dem Abgleich externer Informationen mit den Informationen des Arztes zu begründen. Mit der Proposition, die eigene Medikation „nie so hinterfragt“ zu haben, eröffnet 1w einen negativen Gegenhorizont zu der kritischen Haltung von 3m und 6m. Sie teilt das geschilderte Misstrauen von 3m offenbar nicht. Mit dem fehlenden Hinterfragen der eigenen Medikation gesteht sie – entsprechend der Orientierung von 5w – ihrem Arzt ausreichende Kompetenz für die richtige Verordnungspraxis zu und verdeutlicht gleichzeitig,

diese Praxis deshalb nicht hinterfragen zu müssen (oder zu wollen). Da 1w mit ihrer Proposition nicht in den Diskurs der Gruppe einsteigt, sondern sich an M1 wendet, kann dies als Hinweis darauf gewertet werden, dass sie ebenso wie 5w und 3m Hemmungen hat, beim Arzt nachzufragen. Diese Hemmungen wurden in der Gruppe bisher nicht offen thematisiert, sodass es 1w vermutlich schwerfällt, diese zu offenbaren.

Nach einigen Minuten wird die Arzt-Patient-Beziehung erneut thematisch. Mit seiner Frage knüpft 4m an das zuvor von 6m gesagte (zur ärztlichen Blutdruckmessung) an und suggeriert damit, sich für die Situation von 6m zu interessieren. Er erwartet offenbar keine Antwort und übertönt sogar den Versuch durch 6m, seine Frage zu beantworten. Ohne eine Sprechpause argumentiert 4m, warum er die Frage stellt.

4m: du denn immer die **Ärzte** ich frag jetz nur mal **weil-weil** dieses ich sach mal dieses  
 6m: <sup>↑((zu 6m))</sup> **wechselst**  
 verschie- ja ich <sup>↑nein=nein ich hab ich hab zwei</sup>  
 4m: äh **Kittelsyndrom** das kann ich mir sehr gut vorstellen wenn du irgendwo ins Krankenhaus gehst oder zu nem neuen Arzt gehst, aber also **ich** hab zu meinem Hausarzt zum Beispiel, ((klopfend auf dem Tisch)) so viel **Vertrauen** dass ich da wirklich **gelöst sitze** und eigentlich auch der **Wert** den ich da bei ihm gemessen kriege dann halt stimmt deshalb  
 (Gr 1, S 36-37, Z 964-974)

Für 4m ist das „Kittelsyndrom“ nur bei einem fremden Arzt im Krankenhaus und nach einem Arztwechsel vorstellbar. Daraus schließt 4m, dass 6m häufig den Arzt wechseln müsse. Eine über lange Zeit bestehende Arzt-Patient-Beziehung fördert nach Ansicht von 4m hingegen das Vertrauen und schafft somit die Basis für die Messung realer Blutdruckwerte beim Hausarzt (denn 4m ist bei der Messung „gelöst“). Das Klopfen auf den Tisch während seiner Rede unterstreicht seine Überzeugung, dass das Vertrauen in den Arzt eine große Bedeutung für die Behandlungsqualität hat. Offensichtlich sieht er bei 6m diesbezüglich ein Problem. Mit der vermutlich rhetorisch gestellten Frage versucht 4m sein Relevanzsystem auf ihn zu übertragen und mit seinem unterstreichenden Klopfen davon zu überzeugen, dem Arzt mehr zu vertrauen. Die engagierte Reaktion von 4m deutet darauf hin, dass er sich durch den vorherigen Redebeitrag durch 6m provoziert fühlt und nun seinerseits 6m angreift. Die Provokation ist darin zu sehen, dass 6m sich in der Gruppe als kritischer Patient darstellt, der das ärztliche Handeln hinterfragt und sich informiert (vgl. Sequenz 32), während 4m offenbar die Haltung eingenommen hat, seinem Arzt vertrauensvoll zu begegnen, sodass das Einholen externer Informationen ebenso wenig notwendig ist wie das kritische Hinterfragen.

In seiner unmittelbaren Reaktion geht 6m in Opposition zu 4m und widerspricht dessen Vorwurf heftig, indem er – ebenfalls untermauert durch ein Klopfen auf den Tisch – zu verstehen gibt, zu seinen Ärzt/innen, zu denen er „quasi fast n privates Verhältnis“ hat, ebenfalls Vertrauen zu haben.

- 6m: ↑((klopfend auf dem Tisch)) ich **kann-** ich geh zu dem Arzt seit anno **knips** ne? Also ich hab **zwei Ärzte** wo ich regelmäßig **auftauche** und es sind beides Ärzte mit denen ich auch quasi fast n **privates** Verhältnis habe und da gehts dann
- 4m: ↑mhmh
- 6m: auch mal um **andere** Dinge, außer umm Gesundheit, und **trotzdem** die **Erwartung** eigentlich müsste es ja jetzt **funktionieren** issa höher, komm ich nach Hause, dasselbe Gerät (1) weniger
- 4m: ↑also liecht das eher daran dass du **Angst** hast dass der Arzt irgendwas **feststellt** vielleicht, das
- 6m: ↑**ja genau** genau genau das ist dann son **Erwartung-** ((schneller)) du
- 2m: ↑wir ham ( )
- M1: ↑mhmh mhmh
- 6m: *möchtest dass es besser* ist im Grunde genommen so, und es **ach** schon wieder Mist ne?
- M1: ↑mhmh
- 4m: ↑mhmh
- 6m: und die **Tabletten** die **müssten** ja dann auch helfen  
(Gr 1, S 36-37, Z 975-1002)

Die Bezeichnung der Arzt-Patient-Beziehung als „fast privat“ ist ein Hinweis auf die aus der Patientenperspektive innewohnende Ambivalenz der Beziehung. Offenbar fällt es 6m schwer, die Beziehung zu seinem Arzt als ‚Geschäftsbeziehung‘ innerhalb eines Dienstleistungsverhältnisses zu begreifen. Demzufolge bedarf es der Initiierung einer scheinbar privaten Ebene, auf der es dem Patienten gelingen kann, Privates (die eigene Krankheit) zu besprechen. Wie bereits in Sequenz 32 angenommen, verdeutlicht sich hier die Wahrnehmung der Arzt-Patient-Beziehung als immanent ungleich.

Zwischen 4m und 6m besteht anscheinend Einigkeit darüber, dass das „Kittelsyndrom“ das Ergebnis eines hierarchischen Ungleichgewichts – zuungunsten des Patienten – ist. Während 4m die Ursache jedoch in einem fehlendem Vertrauen des Patienten zum Arzt sieht, verdeutlicht 6m ein der Arzt-Patient-Beziehung immanentes Abhängigkeitsverhältnis: Demnach ist die Konsultation zu vergleichen mit einer objektiven Überprüfung des Gesundheitsstatus, das dem subjektiven Gefühl und der häuslichen Beobachtung des Krankheitsverlaufs nicht immer entspricht.

Nach einem fehlgeschlagenen Versuch, seine eigenen Erfahrungen in die Diskussion einzubringen, ist dies für 2m an der Stelle der Übereinkunft zwischen 4m und 6m möglich. Inhaltlich geht er dabei jedoch nicht auf die bisher verhandelten Themen „Kittelsyndrom“, „Angst“ und „Vertrauen“ ein, sondern schließt an den zuvor geführten Diskurs über den Arztwechsel an. Anders als 3m definiert 2m die ärztliche Kompetenz über die diagnostischen Fähigkeiten des Arztes und die Zeit, die dieser für ihn als Patient aufwendet.

- 2m: wir haben durch n **Wechsel** des Hausarztes, beziehungsweise unser **Hausarzt** war im **Urlaub**, sind wir zu einem Hausarzt äh Arzt in unserer **Nähe** gegangen, und der hat das erstmal **festgestellt**
- M1: ↑mhmh
- 2m: der=der=der Arzt vorher, hat das **nie** gemerkt, da ham wa gesagt **schluss** wir wechseln
- M1: ↑mhmh, aha
- 6m: ↑**was** nich gemerkt?
- 2m: den Haus- Bluthochdruck, und bei meiner Frau **Diabetes** (1) wir ham gesagt **untersucht**
- 6m: ↑ja
- M1: ↑mhmh

1w: ↑mhmh  
 2m: es ist **nichts** passiert (1) und jetzt **bleiben** wir bei dem Arzt **selbstverständlich**  
 M1: ↑mhmh  
 6m: ↑mhmh mhmh  
 2m: manche Ärzte nehmen sich gar nicht die **Zeit** (2) nehmen sich gar nicht die **Zeit**  
 5w: ↑stimmt das stell ich auch immer  
 6m: ↑ja ja  
 2m: irgendwas zu machen  
 5w: ↑das↓ stell ich im Moment **auch** fest die sind **so** unter **Druck**, die- äh-  
 M1: ↑mhmh ↑mhmh  
 5w: die ham gar keine **Zeit** und äh- man möchte gern n bisschen **länger** von ihnen betüddelt werden, das sag ich jetzt mal aber- (1) er hat einfach keine **Zeit** das Wartezimmer  
 M1: ↑mhmh  
 5w: ist **voll** er muss sich um andere Sachen kümmern und das geht **wirklich**  
 6m: ↑und grade beim **Blutdruckabhören** brauch er **Ruhe**, weil ne das Gehör muss genau den Ton drauf achten  
 ne  
 5w: ↑ja und und und bei  
**mir** ist es nämlich **auch** sodass wenn mein Hausarzt äh nicht **immer** aber **manchmal** wenn  
 6m: ↑ja  
 5w: er mh ähm mir den äh Blutdruck misst dann ist er wie weiß wie hoch hundert- hundertvierzig zu zu **fünfundneunzig** und wenn dann äh die- seine Schwes- äh seine äh Sprechstundenhilfe äh-i-ihn misst dann is da hundertdreißig zu zu **achtzig** also  
 2m: ↑Sprechstundenhilfe↓  
 4m: ↑Arzthelferin  
 M1: ↑Arzthelferin ↑mhmh  
 5w: total **verrückt**  
 M1: ↑mhmh (1) weil der Arzt so **unruhig** ist (1) so- wenig Zeit hat mhmh mhmh  
 2m: ↑ja  
 5w: ↑ja  
 2m: ↑(wir messen)  
 was-was Vorname4m grade gesagt hat- wa- Vorname4m ((zu 6m)) **Du** warst das, wir ham **selber** Zuhause n Blutdruckmessgerät, mit Manschette hier, ((zeigt auf sein Handgelenk))  
 M1: ↑mhmh  
 6m: ↑mhmh  
 2m: fürn Arm=wir messen meist zu Hause, auch **selber**  
 (Gr 1, S 36-37, Z 1002-1085)

In seinem Vorwurf verdeutlicht sich die Erwartungs- und Anspruchshaltung von 2m an den Arzt. Nicht er als Patient sollte demnach die Verantwortung für die Überprüfung des Gesundheitszustandes übernehmen, sondern der Arzt. Hier zeigt sich der Wunsch nach Handlungsaktivität des Arztes, wobei es offenbar nicht darauf ankommt, *was* der Arzt macht, sondern dass er überhaupt handelt („irgendwas zu machen“). Zur Kompetenz und Qualität eines Arztes gehört es demnach, dass dieser unaufgefordert Zeit für umfangreiche Vorsorgeuntersuchungen aufwendet. Es ist für 2m „selbstverständlich“, bei einem Arzt zu bleiben, der diesen Kriterien entspricht.

Bei der Erwähnung des Stichwortes „Zeit“ durch 2m fühlt 5w sich an eigene Erfahrungen mit Konsultationen erinnert: „das stell ich auch immer“ fest. In ihrer Schilderung bringt sie ihre Enttäuschung über die unzureichende Zuwendung durch ihren Arzt zum Ausdruck, indem sie äußert, „man möchte gern n bisschen **länger** von ihnen betüddelt werden“. Im Gegensatz zu 2m beklagt sie damit nicht die unzureichende medizinisch-fachliche Kompetenz von Ärzt/innen, sondern die

ungenügende soziale Zuwendung („Betüddelung“). Ausgehend von der Arzt-Patient-Beziehung greift nun 6m seinerseits den Aspekt der Zeit auf und knüpft an die vorherige Diskussion zum „Kittelhochdruck“ an. Er vermutet die Ursache für die in der Praxis gemessenen zu hohen Blutdruckwerte in der Unruhe des Arztes. 5w und 6m sind offensichtlich froh, eine Erklärung gefunden zu haben und bestätigen sich gegenseitig. Auch 2m beteiligt sich an diesem Diskurs und gibt an, zur Überprüfung des Blutdrucks täglich mehrmals selbst zu messen. Er hält das Selbstmessen möglicherweise für zuverlässiger. Die Handlungsaktivität, die er dadurch hier präsentiert, steht jedoch im Gegensatz zu der zuvor verdeutlichten Übergabe von Verantwortung bei der Überprüfung der körperlichen Gesundheit an den Arzt. Vermutlich hat 2m auch die Erfahrung gemacht, dass er sich als Patient vor der Konsultation unter Druck setzt. Der Arzt scheint auch hier eine Kontrollfunktion zu haben. Eine Verschlechterung oder Verbesserung der Werte beim Arzt hat mehr Gewicht als die Messung zu Hause. Diese Erwartungshaltung führt offensichtlich zu Weißkittelhypertonie, die als messbares Zeichen für eine ungleiche Arzt-Patient-Beziehung zu deuten ist, und wofür häufiges Selbstmessen als Lösung angesehen wird. Das Selbstmessen wird somit als Teilaspekt der Arzt-Patient-Beziehung und als eine Möglichkeit, die Krankheit selbst zu kontrollieren, diskutiert.

Mit ihrer Nachfrage bringt 1w einen negativen Gegenhorizont zum Thema Behandlungskontrolle bzw. Übernahme von Verantwortung in die Diskussion ein. Aus ihrer Frage geht hervor, dass sie zwar über die Möglichkeit des Selbstmessens informiert ist, jedoch Unsicherheit über die Häufigkeit dieser Kontrollmessungen besteht. Offenbar sieht sie die Notwendigkeit einer Kontrolle der ärztlichen Messungen nicht, dieses Thema scheint sie auch nicht zu interessieren, denn an dem Teil der Diskussion hat sie sich nicht beteiligt. 2m hingegen verdeutlicht, dass eine häufige Überprüfung für ihn selbstverständlich ist. Offensichtlich erhält er – wie auch 6m – dadurch das Gefühl, die Krankheit kontrollieren zu können. Hinter diesem Kontrollmuster verbirgt sich anscheinend die Angst vor einer unentdeckten Verschlechterung des Bluthochdrucks. 2m und 6m haben also ähnliche Befürchtungen.

- 1w: ↑wie häufig? wie häufig (wenn ich  
 ma)?
- 2m: ↑also du kannst von ausgehen mindestens ((zu 1w)) **drei** mal am Tach
- 6m: ↑jo, aber zu  
 immer der gleichen **Zeit** wenn möglich
- (Gr 1, S 36-37, Z 1086-1092)

Wie zuvor 1w führt auch 5w einen negativen Gegenhorizont zu 6m und 2m ein, indem sie expliziert, sie sehe „das n bisschen anders“ und finde, „man sollte das nicht immerzu messen“. Häufiges Messen stellt sich für 5w als ein Stressfaktor dar, denn sie hat offensichtlich die Erfahrung gemacht, dass das Messen an sich zu einer Verschlechterung ihrer (psychischen) Befindlichkeit führt. Die häufige Mes-

sung führt demnach nicht dazu, als Patientin die Krankheit zu kontrollieren, sondern dass vielmehr die Krankheit den Patienten kontrolliert.

- 5m: <sup>↑also- also ich- ich seh das n bisschen anders ich</sup>  
finde man sollte das **nicht immerzu** messen weil ähm dann- dann äh dann sacht man **ah**  
jetzt wird er **zu hoch** jetzt muss muss **ruhig** bleiben
- 2m: <sup>↑ja zu ähim Prinzip hast ja **Recht** aber</sup>
- (1) äh
- 5w: <sup>↑man macht sich n bisschen **abhängig** von denen</sup>
- 2m: <sup>↑nein nein das machen wir **nich** aber (2)</sup>
- 6m: <sup>↑mh das mh</sup>
- 2m: **regelmäßig** sollte man das **schon** machen
- 6m: <sup>↑((zu 5w)) da haste nämlich den **Blutdruck**,</sup>
- 2m: <sup>↑((lauter erst zu 6m dann</sup>
- 6m: ((lauter)) *aus deinem **Leben** raus quasi ne?, du bist nicht erst zum ((leiser)) zum*
- 2m: zu M1)) wir messen ja nicht wir messen ja nicht **ständig**, nicht alle zehn **Minuten**
- 6m: *Arzt gefahren*
- 2m: oder alle viertel Stunde, also **vormittags nachmittags** und (1) dadurch dass meine
- M1: <sup>↑((zu 2m)) mhmh mhmh</sup>
- 2m: Frau hochgradig Diabetikerin ist auch **abends**
- (Gr 1, S 36-37, Z 1094-1123)

In diesem Beitrag wird deutlich, dass 5w – im Gegensatz zu 6m und 2m – eine intensive und regelmäßige Auseinandersetzung mit dem Bluthochdruck vermeiden möchte und diese Haltung mit der Gefahr der Abhängigkeit rechtfertigt. Offenbar vermeidet sie diese Auseinandersetzung, um die zuvor angedeutete Verunsicherung oder Beunruhigung bei möglichen zu hohen Werten („jetzt muss muss **ruhig** bleiben“) zu verhindern. Das umgeht sie, indem sie ihren Blutdruck nicht kontrolliert. 2m und 6m hingegen zählen sich augenscheinlich zu den Patienten, die ihren Bluthochdruck und die dazugehörige Kontrolle der Werte akzeptiert haben und sich durch das häufige Messen nicht verunsichern lassen. Vielmehr noch ist 6m im Gegensatz zu 5w der Ansicht, dass die Kontrolle nicht das Bewusstsein für die Erkrankung schärft, sondern diese gleichsam „aus dem Leben raus“ hält, da sich häufige Fahrten zum Arzt erübrigen (zumal dem vorherigen Redebeitrag folgend, die häuslichen Messungen die besseren Werte anzeigen). Diese Argumentation von 6m bringt die Gegensätzlichkeit der Orientierungsmuster dieses Diskurses noch einmal auf den Punkt: Während 5w tägliche Kontrollen für unnötig hält (Vermeidungshaltung), sind diese für 6m unabdingbar (Verantwortungsübernahme). Darüber hinaus stellt das Wissen um die aktuellen Werte für 6m und 2m offenbar einen Sicherheitsaspekt dar, während dies für 5w Unsicherheit bedeutet. Beiden Argumentationen folgend, ist das eine ebenso wie das andere Verhalten vermutlich Ausdruck eines unterschiedlichen Umgangs mit Unsicherheiten im Zusammenhang mit dem Bluthochdruck.

Nachdem die Teilnehmer/innen dann fast eine halbe Stunde über andere Themen gesprochen haben, kommen sie unter dem Oberthema „Ärztliche Kompetenz“ noch einmal auf die Arzt-Patient-Interaktion zu sprechen. 6m initiiert dieses Thema, indem er auf andere Informationsmöglichkeiten als durch den Hausarzt hinweist. Eingebettet ist dieser Themenwechsel in das fünf Minuten zuvor durch M1 eingeleitete Brainstorming zu Gründen für die Einhaltung der ärztlichen Me-

dikationsempfehlung. Das Einholen von externen Informationen, das heißt solchen, die er nicht aus dem Gespräch mit dem Hausarzt erhält, ist für 6m offenbar von großer Bedeutung.

6m: es gibt noch ne schöne **andere** Möglichkeit was die **Medikamente** angeht die Apotheken  
 1w: ↑ja ( )  
 6m: haben schon seit einiger Zeit **Computerprogramme** und die sind eigentlich sehr genau,  
 1w: ↑((räuspert sich))  
 6m: wo du jetzt zum Beispiel die Medikamente **angibst**, dann warteste n Augenblick und dann kriste das Ergebnis ob die zusammen **passen** oder **nich**, als Beispiel (2) das ist  
 1w: ↑mhmh  
 4m: ↑ja gut  
 6m: n- das kann der Arzt gar nicht im Kopfe haben ne? ne?  
 (Gr 1, S 56, Z 2371-2387)

6m lässt erkennen, dass er als Patient in diesem Bereich (Medikation) Informationsbedarf hat. Durch die Formulierung „andere Möglichkeiten“ gibt er an, dass ihm zur Deckung dieses Bedarfs verschiedene Informationsquellen zu pharmazeutischen Erzeugnissen zur Verfügung stehen. Die hier dargestellte ‚angenehme‘ Fragemöglichkeit für den Patienten legt die Vermutung nahe, dass 6m diese im Vergleich zu einer unangenehmeren oder schwierigeren Situation sieht. Der Verweis auf den Arzt im zweiten Teil seiner Rede kann diesbezüglich als Hinweis auf eine mögliche Nachfrage beim Arzt gedeutet werden, die er offenbar als weniger angenehmes Gegenbeispiel imaginiert. Entgegen der Annahme, dass Patient/innen sich in erster Linie durch ihren Arzt informieren würden, wird hier deutlich, dass dieser Weg von den Teilnehmer/innen als weniger „schön“, also weniger ‚angenehm‘, angesehen wird. 6m grenzt das Handeln der Apotheker/innen von dem der Ärzt/innen ab, die seiner Meinung nach ausschließlich aus ihrem Erfahrungswissen heraus Informationen über Medikamente an den Patienten weitergeben und stimmt damit mit der implizit thematisierten Annahme von 3m hinsichtlich des Erfahrungswissens überein. Mit der Formulierung „das kann der Arzt gar nicht im Kopf haben“ zeigt er jedoch, dass das bei der Behandlung notwendige umfangreiche Wissen durch den Arzt nicht immer vollständig handhabbar ist und ‚entschuldigt‘ damit die Ärzt/innen für mögliche Wissenslücken, unzureichende oder auch falsche Auskünfte. Das vorhandene Wissen stellt demnach für ihn – im Gegensatz zu 3m – kein Qualitätsmerkmal ärztlichen Handelns dar.

Mit seiner Reaktion geht 4m in deutliche Opposition zu 6m und kritisiert dessen Verhalten, indem er implizit das Thema Mitverantwortung des Patienten bei der Behandlung initiiert.

4m: da hast du dann aber- nein dann hast↓ du aber dann hast du aber deine Nebenwirkungen **auch** nicht **durchgelesen** sondern das Ding das ((gestikuliert))  
 6m: ↑na wenn  
 du jetzt ne **Frage** hast und du krist n **Medikament** verschrieben oder du hast ne **Untersuchung** vor dir, mit- wo ein Medikament **eingesetzt** wird, dann kannst du  
 4m: ↑ja  
 6m: jetzt ein- zur **Apotheke** gehen und kannst diese beiden Stoffe eingeben lassen und du krist das Ergebnis was der **Arzt** so im Kopf gar nicht **hat**  
 4m: ↑du würdest ↑du würdest du würdest dann  
 aber auch die **Nebenwirkungen** nich lesen darum **darum** geht es mir dass du nich  
 6m: ↑mhmh

4m: vorher **Panik** krist bevor du dieses Medikament überhaupt nimmst und siehst obs dir  
**hilft**

M1: ↑mhmh

M2: ↑mhmh

2m: also ich weiß bei unserer **Krankenkasse** (1) können wir **anrufen**, die haben ne  
spezielle **Servicenummer**, da können wir anrufen und fragen **passen** die Medikamente

6m: ↑ja-ja mh

2m: überhaupt zusammen, und wenn da der Arzt im Moment nicht da ist rufen die auch  
**zurück**

(Gr 1, S 56, Z 2391-2422)

6m reagiert nicht unmittelbar auf den Vorwurf von 4m und geht somit nicht auf das Thema Mitverantwortung ein, sondern wiederholt und detailliert die „schönen“ Möglichkeiten der Informationseinholung in der Apotheke. Mit seiner Äußerung „das Ergebnis was der Arzt so im Kopf gar nicht hat“ wird er deutlicher und spricht nicht nur mögliche Wissenslücken der Ärzt/innen an, sondern zweifelt global an deren pharmakologischem Wissen. Problematisch ist dieses mangelnde Wissen jedoch nur dann, wenn der Arzt diese Lücken nicht zugibt und keine technischen Hilfsmittel in Anspruch nimmt. Aus dieser Äußerung von 6m spricht sein grundlegendes Misstrauen gegen das Wissen und Handeln der Ärzt/innen. Damit wird das Erfahrungswissen der Ärzt/innen (aber auch der Apotheker) entwertet. Diese sind offenbar jederzeit durch einen ‚Rechner‘ zu ersetzen. Dann ist es aber nicht die Medizin als Disziplin, die sein Vertrauen nicht findet, sondern es sind die ausführenden fehlbaren Menschen, insbesondere die Ärzt/innen, denen er nicht vertraut.

Die weiteren Ausführungen von 4m in diesem Abschnitt verdeutlichen, dass 4m nicht, wie zunächst angenommen, der Meinung ist, der Patient müsse die Beipackzettel stets lesen, um seiner Mitverantwortung als Patient gerecht zu werden. Stattdessen liegt seiner Meinung nach die Verantwortung des Patienten augenscheinlich im Vertrauen in den Arzt. Er weist darauf hin, dass die Lektüre des Beipackzettels, aber auch die Nachfrage in der Apotheke zu „Panik“ führen könnte, die dann zur Folge habe, dass das verschriebene Medikament nicht eingenommen wird. Das legt zugrunde, dass er annimmt, zu viele Informationen belasten die Patient/innen eher, als dass sie helfen. Die Ärzt/innen wissen alles, was notwendig ist, der Patient muss nur aufmerksam werden, wenn er sich nach der Einnahme unwohl fühlt und dann sollte er zum Arzt gehen und nachfragen. Diese Haltung setzt großes Vertrauen zum Arzt voraus oder große Bequemlichkeit oder Angst sich mit der eigenen Erkrankung mehr als unbedingt notwendig zu beschäftigen. Darüber hinaus geht 4m offenbar davon aus, dass alle Wirkungen von Medikamenten, ob erwünscht oder unerwünscht, wahrnehmbar sind, ebenso wie auch die Auswirkungen der einer Medikamenteneinnahme vorausgehenden Erkrankung. Wenn 4m aber davon ausgeht, dann handelt es sich bei seinem Vertrauen in den Arzt nicht um ‚blindes‘ Vertrauen, weil seinen Maßstäben zufolge die Medikamente bei ihm offenbar helfen und er keine Nebenwirkungen bemerkt. Hier unterstützt die mangelnde Spürbarkeit der Hypertonie die fehlende Auseinandersetzung des Patienten mit der Erkrankung und der Behandlung.



2m kommt in seinem Redebeitrag nun nochmals auf die Ausgangsthematik dieser Sequenz zurück. Er berichtet den anderen Teilnehmer/innen über die Möglichkeit, bei der Krankenkasse nachzufragen, falls er Informationsbedarf zu Wechselwirkungen hat. Durch seine Anmerkung, die Krankenkasse hätte eine ‚Service-nummer‘, unter der man wegen solcher Fragen anrufen könne (institutionalisierte Fragemöglichkeit), ‚normalisiert‘ er den Informationsbedarf von Patient/innen. Er positioniert sich damit gegen die Meinung von 4m, der das Vertrauen zum Arzt und eine unkritische Medikamenteneinnahme quasi als erste Patientenpflicht ausgegeben hatte. Mit seinem Hinweis, bei der Krankenkasse würde man mit Ärzt/innen sprechen, unterstreicht 2m zusätzlich die Autorität und das Wissen von Ärzt/innen bezüglich medikamentöser Maßnahmen. Auffällig erscheint hier, dass 2m ebenfalls nicht seinen Arzt nach möglichen Wechselwirkungen fragt, obwohl er dessen fachliche Autorität offenbar keineswegs anzweifelt (er nutzt diese bei der Krankenkasse). Damit muss die Zurückhaltung bei der Befragung des eigenen Arztes in der Konsultationssituation auf andere Gründe zurückzuführen sein. Vertrauen in die Fachkompetenz reicht also offenbar nicht aus, um die Fragehemmung zu überwinden. Mit seiner Zustimmung erkennt 6m die Unterstützung seiner Position durch 2m hinsichtlich der ‚Legitimität eines Informationsbedarfes‘ gegen das Orientierungsmuster von 4m.

1w schaltet sich in den Disput zwischen 4m und 6m (unterstützt durch 2m) ein und deutet mit ihrer ersten Bemerkung „ich glaube das sind zwei verschiedene Sachen“ eine Synthese zwischen den konträren Positionen an.

- 1w: ja ich glaube das sind zwei **verschiedene** Sachen weil ähm, wenn man diesen  
 2m: ↑(also wir wenn man-)  
 1w: ((wendet sich 2m zu)) **Beipackzettel** liest dann kriegt man ((zu M1)) tschuldigung kriecht man äh einfach **krause** Haare, **kalte** Füße wegen **der** Latte von Nebenwirkungen  
 6m: ↑kalte Füße, ka- aber **wirklich** ↑jaha  
 5w: ↑((lacht))  
 1w: aufgrund der rechtlichen Situation in Deutschland dass also jeder Einzelne der eben  
 2m: ↑((nickend)) *richtig*  
 6m: ↑ja ↑mhmh  
 1w: mal wegen Nasenbluten dann **umgefallen** ist ähm dieser Fall aufgelistet werden muss, und äh **deswegen** dieses **genaue** Lesen dieses Beipackzettels äh dann eben dieses  
 4m: ↑ja  
 1w: Vertrauen zum Hausarzt der wird das schon, richtig **deuten** können **werten** können wie ähm wie **schlimm** diese Nebenwirkungen sind also äh ((zu 5w)) **Du** hattest ja vorhin was erzählt mit **Husten** zum Beispiel wenn sich sowas **zeigt** und dann- **das** wäre sone  
 5w: ↑mhmh ja  
 1w: Situation wo ich dann einfach mal wenn ich son komischen Husten hätte- ich **rauche** deswegen hab **ich** Husten, ähm, dass dass ich dann **nachgucken** würde, steht denn  
 6m: ↑mhmh  
 5w: ↑((lacht kurz)) mhmh  
 4m: ↑((lacht kurz, rutscht mit seinem Stuhl etwas zurück))  
 1w: sowas auf dem Beipackzettel **drauf**, also eben eben so- ja eher **rückwirkend** nich  
 5w: ↑steht glaub ich auch drauf, stand-  
 ((allgemeine Zustimmung))  
 1w: vorher ich hab- hab mir den auch noch nich- ich denke das ist fürn Blut- oder **gegen** Bluthochdruck und dann wird das schon **sein**  
 (Gr 1, S 56, Z 2429-2273)







Ärzt/innen und die daraus resultierende „mangelnde Erklärung der Medikamente“ hinweist. Während sie diesen zu einem früheren Zeitpunkt im Zusammenhang mit dem Wunsch nach mehr Aufmerksamkeit durch den Arzt („betüddelt“ werden, s. Sequenz 36-37) geäußert hat, beklagt sie nun die ihrer Ansicht nach unzureichende Aufklärung der Patient/innen über die Wirkungsweise der Medikamente durch den Arzt. Dadurch verdeutlicht sie einerseits, dass sie sich offenbar nicht ausreichend informiert fühlt, andererseits scheint sie dies aber als elementare Aufgabe des Arztes anzusehen, worauf sie als Patientin einen Anspruch hat. Ihre Rolle als Patientin beinhaltet demzufolge nicht, selbst beim Arzt nachzufragen oder sich anderweitig über die Medikamentenwirkung zu informieren. Auf dieser Grundlage entsteht im Verlauf dieser Sequenz ein zugespitzter Diskurs zwischen den Vertretern der in dieser Gruppe opponierenden Orientierungsmuster, der in der kontroversen Definition der Rollenzuschreibungen von Arzt und Patient mündet.

- 5w: ja aber ich äh finde ähm ähm das ist wieder dann ähm jetzt auch zurückzuführen auf den **Zeitmangel** der Ärzte die Ärzte sollten dann doch mal ähm ((schnell)) *na wie soll ich sagen* ähm erzählen was die genau **machen** wo die überhaupt **wirken**
- 6m: ↑das wissen  
die teilweise **selber** nicht
- 5w: ↑die Tabletten
- 4m: ↑doch, du hast doch aber die Möglichkeit zu deinem  
Arzt zu sagen also ich fühl mich hier jetzt nicht richtig **aufgeklärt mach** das doch
- 6m: ↑ja
- 4m: mal oder und-
- 5w: ↑jaa manchmal traut man sich aber nicht die **Schnauze** aufzumachen
- 6m: ↑er sacht jaaa  
Herr *Nachname*6m mhhhh
- 4m: ↑ja aber wenn ers dann **nicht** macht dann sachste es tut mir **leid** also dann muss ich irgendwo **anders** hingehen und mich da darüber aufklären lassen also das **Recht** hast du als Patient ob du nun
- 5w: ↑natürlich hast du das Recht
- 4m: **Privatpatient** bist oder **Kassenpatient** also da **muss** er sich die Zeit für nehmen (1)
- 6m: ich weiß noch- ja ja
- 5w: ↑ja **trotzdem** wärs mal interessant zu wissen **wo**, ne?
- 4m: ↑ja dann geh das nächste Mal zu deinem Arzt ((klopft auf den Tisch)) und sach also ich (auf den Tisch klopfend))
- 5w: ↑werd ich
- 4m: **möchte** jetzt mal darüber aufgeklärt werden was diese Tabletten die ich da die ganze Zeit nehme was die eigentlich jetzt für **Auswirkungen** haben was die **machen** also ich glaub das ist **legitim** was du da machen würdest (1)
- (Gr 1, S 86-87, Z 4834-4976)

4m widerspricht 6m, ohne jedoch weiter darauf einzugehen und schließt zunächst an die Vorrede von 5w an, wobei sich seine Vorstellung des Anspruchs von Patient/innen auf Aufklärung verdeutlicht. Patient/innen hätten demnach jederzeit das „Recht“ und auch die Pflicht, Informationen einzufordern – sofern Bedarf besteht. Diese Proposition unterstützt das bereits in Sequenz 56 herausgearbeitete Orientierungsmuster, wonach er zwar die Möglichkeit eröffnet hat, jederzeit beim Arzt nachfragen zu können, dass er selbst diese aber nur dann einfordert, sofern Probleme auftreten. In dieselbe Richtung geht auch die Opposition 4ms, die er mit seinem Widerspruch zu 6m („doch“) anzeigt. Dadurch bringt er zum Aus-

druck, dass er von einer ärztlichen Überlegenheit bezüglich des Wissens um eine angemessene Medikation ausgeht. Somit wird einerseits eine kritische Auseinandersetzung des Patienten mit der Medikation überflüssig, andererseits spart es dem Arzt Zeit, dessen ‚Behelligung‘ mit Nachfragen in der Regel theoretisch bleibt. Denn die Annahme des Vorhandenseins ärztlicher Kompetenz impliziert, dass die Behandlung optimal verläuft und Nachfragen sich erübrigen. 6m lässt sich insofern auf die Proposition von 4m ein, als er der Möglichkeit zustimmt, beim Arzt nachfragen zu können. Das wird 6m jedoch vermutlich nicht daran hindern, sich anderweitig zu informieren und diese Informationen in die Konsultation einzubringen. Eine Nachfrage ohne externe Absicherung hält der Argumentationslogik von 6m nicht stand, da er die fachliche Kompetenz von Ärzt/innen, oder zumindest die Informationsqualität an vielen Stellen anzweifelt – im Gegensatz zu 4m.

Durch die Aufforderung von 4m fühlt 5w sich genötigt, Stellung zu nehmen und unterbricht 4m. Sie expliziert, „manchmal“ Hemmungen zu haben, mit dem Arzt zu sprechen und zwar offenbar in jeglicher Hinsicht. Sie übernimmt damit die hauptsächliche Verantwortung für die mangelnde ärztliche Aufklärung, da sie nicht nachfragt. 4m bekräftigt seinen Vorschlag, den Arzt wechseln zu können, mit dem erneuten Hinweis auf die Patientenrechte, die er jetzt aber nicht im Rahmen der Konsultation ansiedelt, sondern auf die Konsequenz des Verlassens des Rahmens (Arztwechsel). 4m gibt vor, mit seinem Arzt keine Probleme zu haben, sodass er hier möglicherweise nicht an eigene Erfahrungen mit einem Arztwechsel anknüpft, sondern an die von 3m geschilderten (s. Sequenz 32). Das Orientierungsmuster, das sich hier dokumentiert, ist, dass mangelnde Aufklärung durch Ärzt/innen darin begründet sei, dass diese sich nicht genügend Zeit nehmen. Mangelnde Aufklärung hat demnach nichts mit mangelndem Fachwissen der Ärzt/innen zu tun, sondern mit deren ‚Bereitschaft‘, den Patient/innen Zeit einzuräumen; diese sieht er jedoch eher gegenüber Privatpatient/innen gegeben.

Durch das abschließende „wo“ ihres Beitrags macht 5w deutlich, worum es ihr in der Diskussion eigentlich geht: um die Wirkmechanismen der Tabletten. Das „wo“ bezieht sich also auf ihre ursprüngliche Frage „wo die überhaupt wirken“. Diese Frage hat sich in der bisherigen Diskussion für sie nicht klären können. 4m antwortet weiterhin engagiert auf die Frage von 5w, wobei er ihre eigentliche Frage nach der Wirkung der Medikamente entweder nicht versteht oder ihr ausweicht. Da er sich selbst nicht über Medikamente informiert, ist davon auszugehen, dass er die konkrete Beantwortung der Frage umgeht (weil er die Antwort nicht kennt und dies nicht zugeben mag) und stattdessen erneut darauf hinweist, dass 5w ihre Informationen ‚selbstverständlich‘ vom Hausarzt erhält. Die Aussage er „glaube“, es sei legitim, als Patient derartige Forderungen zu stellen, lässt seine Zweifel an der Legitimität und eine Unsicherheit über die eigene Rolle als Patient erkennen.

Die darauffolgende Proposition von 6m greift die Orientierungsmuster sowohl von 5w als auch von 4m auf, indem er betont, dass der Patient zwar Forderungen stellen darf, gleichzeitig aber die Experten-Laien-Interaktion durch den Patienten

nicht infrage gestellt werden soll. Hier werden die Bedenken deutlich, dass bereits das bloße Nachfragen mit einer Offenbarung von zu viel Wissen (also gleich viel oder mehr als der Arzt zu wissen) gleichgesetzt wird, die den Arzt provozieren und damit das Handeln des Arztes negativ beeinflussen könnte. 6m weist damit erneut auf das der Arzt-Patient-Beziehung immanente hierarchische Ungleichgewicht zu Ungunsten des Patienten hin. Arzt und Patient sind demnach keine gleichberechtigten Kommunikationspartner. Hier wird die von 6m in Sequenz 56 angedeutete weniger „schöne“ Erfahrung der Informationsbeschaffung explizit formuliert.

6m: ich meine man **will** ja natürlich auch nicht so sich quasi als **Besserwisser** da den Arzt quasi **provozieren** im Grunde genommen, weil ich kenne das nämlich auch ne? Das ne?

4m: ↑nein aber du kannst ja sagen-

5w: ↑das  
ist aber wieder beim Thema mündiger Bürger äh mündiger Patient

6m: ↑**eben eben** ne? ne?

4m: ↑ja  
gut aber dann macht der Arzt das vielleicht ein **Mal** und wenn er sagt du

6m: ↑jaja dann

4m: weißt sowieso alles besser joa dann ((M2+5m lachen)) da würde also **mein** Arzt würd

6m: ist er beleidigt und ist gut

4m: mich dann fragen warum hast du überhaupt **gefragt** wenn du der Meinung bist dass de alles ((lachend)) *besser weißt also*  
(Gr 1, S 86-87, Z 4878-4899)

Den Versuch eines Lösungsvorschlages von 4m an 6m übergeht 5w. Stattdessen knüpft sie mit dem Ende des Redebeitrages von 6m an ein zu einem früheren Zeitpunkt diskutiertes Thema wieder an und ordnet den aktuellen Diskurs in einen größeren Kontext ein: ‚mündiger Bürger‘ beziehungsweise ‚mündiger Patient‘. Der Versprecher ‚mündiger Bürger‘ deutet darauf hin, dass im gesamtgesellschaftlichen Zusammenhang die Menschen mündiger werden. Die Informationsgesellschaft ermöglicht einen leichteren Zugang zu bestehendem Wissen und ist auch im medizinischen Diskurs mit der Forderung nach dem ‚autonomen Patienten‘ präsent. Ausgehend von den durch 6m geschilderten Erfahrungen stellt 5w einen Bezug zwischen ‚Mündigkeit‘ und ‚Besserwisser‘ bzw. ‚Provokation‘ her, was die Vermutung zulässt, dass der mündige Bürger bzw. der mündige Patient in der Konsultation aus ihrer Sicht eine Provokation für den Arzt darstellt und von diesem nicht gewünscht wird. Das würde erklären, warum sie Hemmungen hat, sich beim Arzt zu äußern. Mündigkeit bedeutet hier folglich nicht nur, sich Fachwissen anzueignen und dieses mit dem Arzt zu diskutieren, sondern auch in der Interaktion abwägen zu können, wann die Präsentation welchen Wissens angemessen ist (wie viel darf ich wann sagen, damit ich den Arzt nicht verärgere). Die Mündigkeit des Patienten steht jedoch im Gegensatz zu dem Abhängigkeitsverhältnis, in dem die Patient/innen sich sehen. Sie haben Angst, den Arzt zu verärgern. Eine Interaktion auf gleicher Ebene erscheint demzufolge kaum möglich. 6m fühlt sich durch die Ergänzung von 5w in seiner Haltung bestätigt und verstanden.

Auf die Erweiterung des Diskurses durch den Hinweis von 5w auf den ‚mündigen Patienten‘ geht 4m nicht ein, sondern ist gedanklich noch mit dem Beispiel von 6m befasst. Er macht deutlich, dass Forderungen seitens des Patienten nur dann legitim sind, wenn die eigene Rolle als Patient nicht überschritten bzw. die des Arztes nicht infrage gestellt wird. Das Überschreiten der Rolle wird aus Sicht von 4m vom Arzt vermutlich nicht – oder höchstens einmal – akzeptiert. Diese Ausführungen veranschaulichen, dass das von 4m angezeigte Recht des Patienten aus seiner Perspektive theoretisch bleibt und offenbar praktisch nicht umzusetzen ist. Demnach hätte ein Patient auch nicht die Möglichkeit, sich dem Arzt gegenüber als ‚mündig‘ im Sinne von ‚selbständig‘ oder ‚selbstbestimmt‘ zu präsentieren und sich zu emanzipieren (wie etwa ein junger Mensch erwachsen, also ‚mündig‘ wird). Sowohl 4m als auch 5w und 6m stimmen in der Annahme eines der Arzt-Patient-Beziehung immanenten Ungleichgewichtes überein. Offenbar wird dieses aber von 4m nicht reflektiert.

Im Folgenden bestätigt 4m die Annahme der fehlenden Reflektion: Er vertritt die Haltung, dass das ärztliche Wissen nicht zu hinterfragen ist. Mehr noch hat er als Patient, sofern er dies tut, mit Konsequenzen zu rechnen. Er deutet an, dass sein Arzt ihm zu verstehen geben würde, keinen Arzt zu brauchen, wenn er alles besser wisse. 4m setzt folglich voraus, dass der Arzt über ein umfangreiches Fachwissen verfüge, sodass die Rollen klar hierarchisch verteilt sind. Das Fragenstellen an den Arzt wird hier demzufolge grundsätzlich als Provokation eingeordnet, was bedeutet, dass die Rolle des Patienten das Fragen ausschließt. Folglich darf der Patient weder sein medizinisches Wissen zeigen, noch sollte er aus Unwissenheit nachfragen. Arzt und Patient verbleiben damit in ihren traditionellen Rollen verhaftet. Eine vertrauensvolle Beziehung im Sinne gemeinsamen Erarbeitens von Behandlungszielen wird hier nicht deutlich. Der bisherigen Präsentationslogik von 4m folgend, sucht er vielmehr auf Basis der traditionellen Arzt-Patient-Beziehung die Rechtfertigung, sich weder mit seiner Erkrankung noch mit deren Behandlung auseinandersetzen zu müssen, indem er angibt, seinem Arzt zu vertrauen. Das Fragenstellen wird damit unnötig und die erwartete Reaktion durch den Arzt (auf diese Provokation) bleibt aus. Dem Arzt zu vertrauen (auch im Sinne einer Vermeidung der Auseinandersetzung), fällt folglich innerhalb einer eher paternalistisch orientierten Arzt-Patient-Beziehung leichter als in einer patientenzentrierten.

6m stimmt zwar mit 4m darin überein, dass der Arzt das Nachfragen als ein Anzweifeln der eigenen Kompetenz wahrnimmt und darauf „beleidigt“ reagiert. Anders als 4m nimmt er die angenommene Reaktion in Kauf und lässt sich dadurch in seinem Handeln offenbar nicht einschränken. Obwohl 6m zuvor implizit zu erkennen gegeben hat, dass er die Situation des Nachfragens beim Arzt als weniger ‚schön‘ wahrnimmt, weist seine Reaktion darauf hin, dass er sich nicht davon abhalten lässt und etwaige Verstimmungen des Arztes in Kauf nimmt: „ist er beleidigt und ist gut“.

Als würde er 4m von seiner Haltung überzeugen wollen, führt 6m im Folgenden ein Beispiel einer persönlichen Erfahrung ein, in der die Nachfrage vom Arzt



nicht nur positiv aufgenommen wurde, sondern auch zu einer Verbesserung seines Befindens geführt hat: 6m hat medizinische Fachinformationen, von denen er vermutet, dass sie zu einer Verbesserung seines Befindens führen könnten und möchte die „neuen Erkenntnisse“ mit dem Arzt besprechen. Gleichzeitig hat er die Sorge, dass der Arzt ihn als Besserwisser wahrnimmt und dass der Arzt auf sein Anliegen nicht eingeht, was er aber „Gottseidank“ tut. Die Verwendung der Floskel ‚Gottseidank‘ verweist darauf, dass der Verlauf und der Ausgang der Interaktion nicht voraussehbar und vom Patienten nicht beeinflussbar ist. Dies unterstreicht er durch die Formulierung „er hätte mich ja auch da stehen lassen können“. Er zielt mit diesem Erfahrungsbericht augenscheinlich erneut darauf ab, dass ‚Schlimmes‘ hätte passieren können, wenn er nicht die Eigeninitiative ergriffen und auf eine andere Möglichkeit als durch den Arzt Informationen eingeholt hätte.

6m: also ich kann dazu nur folgende kl- kleine Geschichte noch mal erzählen vor **vielen** vielen Jahren war der Helicobacter noch nicht so **aktuell** wie sagt man Darm- virus  
 5w: ↑ja  
 6m: ne? dieser Magen- äh **bakterie so** und ich hatte seit vielen Jahren ((1w steht auf))  
 5w: ↑Magendarm  
 6m: unter Beschwerden ge- äh gelitten, und **irgendwie** kam mir mal äh dies ähm dies ((schnipst)) **Ärztblatt** ausm **Klinikum** in die Finger und da ging es um **neue** Erkenntnisse dazu, und dann hab ich das Ganze ((auf den Tisch klopfend)) **kopiert** dem Arzt mal **vorgelegt** ne? also Gottseidank ist er darauf **eingegangen** weil **tatsächlich** hat die sogenannte neue **Dreierkombination** die damals rausgekommen ist hat er bei mir **angewandt** dadurch hats auch **geholfen** weil er probierte **immer** noch so mit **einem** Mittel aber durch dieses **Ärztblatt** da war klar es gibt ne **Dreierkombination** und **wie** gesagt mit dieser Erkenntnis bin ich zu ihm hin jetzt hätt der mich ja auch da stehen lassen können ne? also super **schlau** und **haste** nicht  
 1w: ↑(( stellt Glas auf den Tisch und setzt sich))  
 6m: gesehn, ich wollt damit nur **sagen** auch wie **vorhin** selber mal gucken und auch **Vorschläge** machen ((leise)) **ne?** (1) also wir **kommen** also das  
 4m: ↑jaaa  
 M1: ↑mhmh  
 6m: hat zwar jetzt mit dem **Hochdruck** nichts zu tun aber das **System** ist das Gleiche ((klopft auf den Tisch)) (4)  
 (Gr 1, S 86-87, Z 4912-4943)

In der Proposition von 6m wird die Notwendigkeit deutlich, gegenüber dem Arzt als ‚mündiger Patient‘ aufzutreten, auch auf die Gefahr hin, einmal kein Gehör zu finden. Unter ‚mündiger Patient‘ ist hier zu verstehen, als Patient aufmerksam gegenüber medizinischer Information zu sein und diese mit dem Arzt zu diskutieren oder sogar die Informationsbeschaffung zu neuen oder alternativen Methoden als notwendige Aufgabe des Patienten anzusehen: „selber mal gucken“.

Nach dem Exkurs von 6m entsteht eine Pause, die M2 nutzt, um die Teilnehmer/innen anzusprechen, die sich bisher nicht an der Diskussion beteiligt haben und diese zu fragen, ob sie sich auch nicht aufgeklärt fühlen. Damit wird das durch die Diskussionsleitung initiierte Einstiegsthema „Kenntnis der Tablettenwirkung“ dieser Sequenz wieder aufgenommen.

M2: kennen das denn andere **auch** sich nicht aus- sich nicht s- nicht aufgeklärt zu fühlen? oder  
 2m: ↑nöö an und für sich↓ nicht (1) wenn unser Arzt das nicht macht **gut** dann  
machts die Apotheke (2) ( ) Apotheker ( )



- 1w: dann äh ja dann ruf ich halt Jemanden an der davon Ahnung- aber ich würde nicht den **Arzt** anrufen nicht weil ich mich nicht nicht **blamieren** will sondern weil ich weiß dass der dann in dem Moment gar keine **Zeit** hat sondern da sucht man sich eben die Apotheke oder die **Freundin** oder sonstwas die n bisschen **Ahnung** hat und
- 6m: ↑jo joa
- 1w: fragt ((schnipst)) was **könnte** das denn fürn Wort **gewesen** sein was er mir da ins Ohr geflüstert hat, ähm also da muss man ich denke da ist man halt **mündig** genuch dann entweder den **Arzt** oder oder sich **andere** Wege zu suchen (ja)
- 5m: ↑ja aber mir gehts manchmal auch so, ähm da sitz ich vorm Doktor ((1w räuspert sich)) und **möcht** was wissen und dann **vergess** ichs und ja und dann zu Hause ach **das** wolltste ihn (auch) fragen ja
- 6m: dagegen hilft Zettel, kann ich nur sagen
- 1w: ↑ja genau
- 5w: ↑ja
- 1w: ↑das stimmt ((lacht))
- 6m: ↑eins zwei drei übrigens **Moment** ((guckt auf seine Hand)) **aha** ich hab da noch mal ne Frage ((lacht kurz))
- 5w: ↑((lacht))
- 1w: bei **mir** ist es auch so dass ähm also wen ich halt außer den Arzt noch fragen kann das ist eben ne ne **Vertrauensperson** und dann dann **merk** ich mir oder es ist meistens so dass ich dass ich den Arzt auch wirklich nicht **frage** weil dann denk ich mir ach ich setz mich lieber ans Telefon und und diskutier das mit mit **ihr** aus und hole mir
- 6m: ↑mhmh
- 1w: **da** meine Informationen weil das ist dann **schon** noch persönlicher ähm als als mitm
- M1: ↑mhmh
- M2: ↑mhmh
- 1w: Arzt den ich was weiß ich zwei Mal im halben **Jahr** sehe oder so das
- 4m: ↑also dann musst du aber auch ne Vertrauensperson haben die n gewisses **Hintergrundwissen** auch hat ne? gerade wenns um **so so** ausschlaggebende **Punkte** (1) geht
- 6m: ↑mhmh
- 1w: ↑jaja ja das **das** ist natürlich **wichtig** das ist wichtig genau ja (Gr 1, S 86-87, Z 4960-5058)

1w erklärt, wie es zu Situationen kommen kann, die eine nachträgliche Information notwendig machen. Dabei thematisiert sie Verständigungsprobleme auf der Grundlage einer unterschiedlichen „Sprachumgebung“ und differenziert damit die medizinisch-fachliche Sprache der Ärzt/innen und die Alltagssprache der Patient/innen. Die Verwendung der Fachsprache kann dazu führen, dass Gesprächsinhalte von den Patient/innen nicht immer verstanden werden. Gleichzeitig kann dadurch ein tatsächlich bestehendes oder durch den Patienten wahrgenommenes Ungleichgewicht in der Beziehung unterstützt werden (Distanz zwischen Arzt und Patient). Dieses Ungleichgewicht ist auf verschiedenen Ebenen denkbar: Wissensbestände, Relevanzen (das heißt, auf welche Wissensbestände beziehen sich die Beteiligten: Profession vs. Privat), Status/Milieu, Institution aber auch Alter, Geschlecht, Kultur etc. Der Arzt gibt den sprachlichen Rahmen innerhalb der Konsultation vor. Wählt er die Fachsprache, kommt es zu den oben genannten Effekten, weil der Patient sich nicht traut, den Rahmen in Richtung einer alltagsweltlichen Kommunikation über medizinische Inhalte zu verändern. Als mögliche Folge bleibt der Patient still, stellt keine Fragen, fügt sich „brav“ in den vorgegebenen Rahmen ein und akzeptiert die Vorgabe des Rahmens, der auch sprachlich das Machtungleichgewicht dokumentiert. 1w fragt beim Arzt nicht nach, da sie eine derartige Nachfrage für Zeitverschwendung des Arztes hält. Die Betonung dieser

Begründung kann ebenso die latente Bedeutung postulieren, dass sie nicht nachfragt, weil sie sich nicht „blamieren“ will. Auch dies wäre Ausdruck eines vorhandenen oder wahrgenommenen Ungleichgewichts zwischen Arzt und Patient, das fern jeglichen Vertrauens ist. Die Verwendung des Wortes ‚brav‘ ist ein Hinweis darauf, dass ein ‚nicht brav sein‘ negative Konsequenzen nach sich ziehen könnte. Es ist gleichzeitig ein Hinweis auf die in diesem Zusammenhang markierte wahrgenommene eigene Unterlegenheit als Patientin, denn ‚brav‘ sind in der Regel Kinder, die den Eltern gehorchen. Auch sie liefert mit ihrem Beitrag einen Hinweis auf das von 6m angesprochene „zweischneidige Schwert“. Die eigenen Bedürfnisse werden von 1w als nicht wichtig genug angesehen, als dass sie die „knappe“ Zeit des Arztes in Anspruch nehmen will. Hier stimmt sie mit der Proposition von 5w überein, die zuvor in der Diskussion die gleichen Ängste geäußert hat. Sie nimmt die vorherige Diskussion zur Mündigkeit erneut auf und erweitert die bisherige Mündigkeitsdefinition (den Arzt fragen zu können) um die Suche nach anderen Informationsquellen.

Ungeachtet des Redebeitrages von 1w setzt 2m parallel zu 1w seine Gedanken fort und verdeutlicht, dass er in der Apotheke auch aktiv nachfragt, sofern beim Arzt etwas nicht verstanden wird. Eine Nachfrage direkt beim Arzt zieht auch er offenbar nicht in Betracht.

5w hingegen hört 1w aufmerksam zu und gibt zu verstehen, dass sie die von 1w geschilderte Situation über die ungeteilte Sprachumgebung auch kennt; auch sie versteht beim Arzt nicht immer alles. Aus der bisherigen Diskussion geht allerdings hervor, dass sie sich im Gegensatz zu 1w nicht anderweitig informiert. Die Konsultation nimmt sie offenbar als Stresssituation wahr; im Sinne eines Black-outs vergisst sie ihre Fragen. Erst als sie wieder Zuhause ist, und der Stress von ihr genommen ist, fallen ihr die Fragen wieder ein. 5w und 1w sind sich in diesem Abschnitt der Diskussion einig, denn die von 5w geschilderten Erfahrungen kennt sie offenbar auch und fühlt sich von 5w verstanden: „ja genau“.

Der darauffolgende pragmatische Lösungsvorschlag von 6m, sich die Fragen auf einem Zettel zu notieren und mit in die Konsultation zu nehmen, damit diese nicht vergessen werden, wird von 1w und 5w als vorstellbar angenommen. 1w gibt durch ihr Lachen zu erkennen, dass sie an diese einfache aber vermutlich wirkungsvolle Lösung bisher nicht gedacht hat. Unter Einbezug der Vorrede von 6m ist davon auszugehen, dass 6m mit dem „Zettel“ gute Erfahrungen gemacht hat. Offenbar unterstützt ihn der Zettel trotz der geschilderten Ängste, den Arzt verärgern zu können, seine Fragen aktiv offen zu formulieren. Die Fragen auf einen Zettel zu schreiben bedeutet, sich aktiv auf den Arztbesuch vorzubereiten, sich also mit der Krankheit und der Behandlung auseinanderzusetzen. Der Zettel dient zudem der Möglichkeit, sich aktiv, nämlich durch Fragen, in die Interaktion einzubringen. Darüber hinaus ist er eine Unterstützung, die eigenen Fragen nicht zu vergessen und diese dann tatsächlich auch auszusprechen (zu formulieren). Auf diese Weise kann der Gesprächsverlauf mitbestimmt werden.

Obwohl 5w der Option, ihre Fragen auf einem Zettel zu notieren, grundsätzlich als Möglichkeit gegen das Vergessen zustimmt, zeigt ihr Lachen als Reaktion auf die Darstellung einer aktiven Interaktionsbeteiligung beim Arzt durch 6m an, dass sie sich diese Handlungsoption nicht vorstellen kann. Sie kann sich zwar vorstellen, ihre Fragen auf einem Zettel zu notieren, aber Forderungen an den Arzt zu stellen, indem dieser sich ihre Fragen anhört, lässt ihr Handlungsspielraum offenbar nicht zu. Das Notieren der Fragen ist demzufolge zwar ein ‚Mittel gegen das Vergessen‘, hilft aber nicht, vorhandene Interaktionshemmungen zu mindern.

1w geht nicht auf den Vorschlag von 6m ein, sondern bezieht sich mit dem Wort „auch“ auf das Lachen von 5w. Sie kann sich „auch“ nicht vorstellen, sich so aktiv in die Konsultation einzubringen wie 6m. Vielmehr betont sie, ihre Fragen eher mit einer „**Vertrauensperson**“, in ihrem Fall der Freundin, zu besprechen. Den Arzt definiert sie demnach nicht als Vertrauensperson. Wie in dieser Gruppe schon häufiger vorgekommen, rechtfertigt sie sich für ihr Verhalten, das der Definition eines angemessenen Patientenverhaltens im öffentlichen Diskurs nicht entspricht (weder vertraut sie dem Arzt derart, dass sie das Fragenstellen grundlegend als unnötig empfindet wie 4m, noch nimmt sie eine grundsätzlich kritische Haltung ein, die das Einholen von externem Fachwissen auf der Ebene professioneller Akteure bedingen wie 6m und 3m). Sie formuliert deutlich, dass die Gesprächssituation mit dem Arzt, den sie nur „zweimal im halben Jahr“ sieht, für sie zu unpersönlich ist. Der Aufbau eines Vertrauensverhältnisses steht folglich für sie im Zusammenhang mit der Quantität der Konsultation und weniger mit der Qualität. Gleichzeitig – und dies ist vermutlich der eigentliche Grund – benötigt sie, um Fragen offen zu klären, einen Interaktionspartner, der sich auf ihrer Kommunikationsebene befindet; und zwar sowohl bezüglich des sprachlichen Rahmens („Sprachumgebung“) als auch der Hierarchieebene. Beides findet sie beim Arzt nicht vor. Der von ihr angedeutete Wunsch nach einer Diskussion ihrer Fragen mit ihrer Vertrauensperson zeigt, dass sie nicht eine Antwort auf eine Frage möchte, sondern dass sie sich aufgrund einer Betrachtung des Für und Wider eine Meinung bilden möchte. Der Wunsch nach einer aktiven Auseinandersetzung besteht offenbar, wird aber als Möglichkeit in der Konsultation von ihr nicht in Betracht gezogen, da es ihr nicht praktikabel erscheint.

Die Reaktion von 4m auf die Proposition von 1w bezieht sich auf die, seiner Ansicht nach, Notwendigkeit qualifizierter Antworten auf Fragen, die sich im Rahmen der Bluthochdruckbehandlung ergeben. Die Kompetenz traut er offenbar nur Personen zu, die über ein ausreichendes „Hintergrundwissen“ verfügen. In diesem Orientierungsmuster stimmt er mit 6m überein, der ebenfalls die ausgewiesene Fachkompetenz schätzt. Während dies für 6m, 2m und 3m zum Beispiel auch der Apotheker sein kann, verfügt nach Ansicht von 4m der Arzt über die höchste Kompetenz. Gleichzeitig wählt er damit den für ihn einfachsten Weg, der ihm eine weitgehende Reduktion der Auseinandersetzung mit dem Bluthochdruck ermöglicht. Sein Hinweis auf die Fachkompetenz vor allem bei „ausschlaggebenden Punkten“, also Themen, die für den Behandlungsverlauf von besonde-

rer Relevanz sind, verdeutlicht seine Sorge, mögliche schwerwiegende Folgen der Behandlung zu übersehen. Verfolgt man diesen Gedanken weiter, so ist davon auszugehen, dass 4m im Zusammenhang mit der Krankheit und ihrer Behandlung insgesamt eher ängstlich ist.

Trotz vorheriger Diskrepanzen zwischen 4m und 6m zeigt 6m Verständnis für den Einwand von 4m. Dass er an dem Punkt zustimmt, an dem 4m auf die Notwendigkeit des Hintergrundwissens der Vertrauensperson hinweist, bestätigt das Bedürfnis von 6m nach professionellen Informationsquellen. Das Erfahrungswissen (sei es von Freund/innen oder von Ärzt/innen) reicht 6m als Absicherung nicht aus. Dahinter steht möglicherweise die Angst vor unsachgemäßer und unzureichend professioneller Versorgung. Professionalität wiederum macht er abhängig von (vermeintlich) objektiven Faktoren.

### 4.3 Diskursbeschreibung Gruppe 3

Für die Teilnahme an dieser Gruppe wurden ausschließlich Frauen mit höherer Bildung ausgewählt. Alle Teilnehmerinnen sind in derselben Altersgruppe zwischen 50 und 60 Jahren, nur eine (6w) ist mit 70 Jahren deutlich älter und bereits berentet. 1w ist 54 Jahre alt, 2w ist 52 Jahre alt und damit die jüngste in der Gruppe, 4w ist 57 Jahre alt und 5w ist 57 Jahre alt und ebenfalls berentet. Auch 4w ist nicht mehr berufstätig, hat jedoch keinen Rentenstatus. 1w und 2w sind voll berufstätig, 1w als Selbständige. Alle Teilnehmerinnen sind gemäß den Fragebögen non-adhären. Obwohl die Definition „non-adhären“ nach der *Hill-Bone Skala* bereits bei entsprechender Beantwortung einer Frage erfolgt, sei hier angemerkt, dass alle Teilnehmerinnen bei beiden Skalen Werte aufwiesen, die – bei differenzierter Unterscheidung – eine mittlere bis niedrige Compliance nach der *Morisky Scale* (1 bis 3 Punkte) und eine mittlere Non-Adhärenz nach der *Hill-Bone Skala* (11 bis 14 Punkte) aufwiesen.<sup>82</sup> Aufgrund einer kurzfristigen Absage nahmen an dieser Diskussion nur fünf Personen teil, was den Diskussionsfluss jedoch nicht beeinträchtigte.

Im Vorfeld des offiziellen Diskussionsbeginns waren zunächst M1 und später auch M2 anwesend. Die Atmosphäre war locker, alle Anwesenden beteiligten sich an den verschiedenen Smalltalk-Themen. Eine vorzeitige Initiierung des Diskussionsthemas durch die Teilnehmerinnen fand jedoch nicht statt. 5w äußerte, es angenehm zu finden, in einer Frauengruppe zu sein.

Zu Beginn der Diskussion gab es sofort einen regen Gedankenaustausch. Eine Koalition zwischen einzelnen Teilnehmerinnen konnte sich nicht etablieren, allerdings gab es wiederholte Blickkontakte zwischen 1w, 5w und 4w. Auffällig ist jedoch, dass 4w und 5w eine Dynamik entwickelten, sich von den angesprochenen Themen scherzhaft zu distanzieren, wobei ihre langjährige Krankheitsdauer eine

<sup>82</sup> Zur Bewertung der Skalen s. Kapitel 3.2.5 und die Morisky Skala im Anhang.

Rolle spielen könnte. Insbesondere 5w suchte in 4w eine Koalitionspartnerin und nahm durch ihre aktive Haltung die Rolle der Meinungsführerin in der Diskussion ein. 6w und 1w handelten vornehmlich ihre Ängste bezüglich der Tabletteneinnahme aus, wobei bei 1w die Angst durch die Sorge vor Tablettensucht motiviert ist. Die Redebeiträge von 6w waren stark durch die Trauer um ihren kürzlich verstorbenen Mann beeinflusst. Die Diskussionsleitung wirkte in dieser Gruppe insofern relativ stark auf den Diskussionsverlauf ein, als dass sie wiederholt Nachfragen zu jenen Themen stellte, die für die Forschungsfrage relevant sind und andere Themen nicht weiter verfolgt ließ (zum Beispiel die von 2w wiederholte Thematisierung ihrer esoterischen Sichtweise). Eine Beeinflussung der Diskussionsinhalte im Sinne der Produktion sozial erwünschter Beiträge kann jedoch ausgeschlossen werden. Die Thematisierung der Arzt-Patient-Beziehung ist in dieser Gruppe zentral.

Nach einer knappen halben Stunde nach Diskussionsbeginn entstand das erste Mal eine längere Pause. Durch die immanente Nachfrage der Diskussionsleitung zum Thema mangelnde ärztliche Aufklärung wurde die Diskussion wieder angeregt und das Thema vertieft.

- M1: ↑mhmh mhmh ähm vielleicht darf  
 ich an dem einen Punkt einmal nachfragen mh keine genügende Aufklärung durch  
**Ärzte** und **deswegen** ähm werden die Medikamente nicht so regelmäßig genommen  
 ((zu 1w)) können Sie mir das noch ein bisschen näher **erklären** was Sie damit  
 meinen?
- 1w: ↑ja also ich hab  
 ne gute Freundin die äh mehr oder weniger **Leistungssport** betreibt also auch  
**Marathon** läuft und die kriegt halt ab und zu mal so **Phasen** wo sie Bluthochdruck  
**hat** also nicht **regelmäßig** hat sie den sondern ab und zu und bei der ist das  
 halt so dass sie dann sagt joa ich geh dann da **hin** und dann sacht er ach **Sie**  
 schon wieder und dann kriegt sie da irgendwas und dann **nimmt** se das ein paar  
 Wochen und irgendwann wenn sie meint jetzt geht das wieder besser dann lässt  
 sie das von sich aus wieder weg weil- diese Erfahrung hatse halt so gemacht  
 und aber ((lauter)) *ich vermute dass das dadurch bei ihr immer schwankt ne?*  
 Weil wenn sie die dann ne zeitlang nimmt und es geht ihr **besser** und sie lässt
- M1: ↑mhmh  
 ↑mhmh
- 1w: es dann wieder **weg** und irgendwann kommt dann die **nächste** Phase wos wieder  
**schlimmer** wird also die is noch zehn Jahre jünger so sechsundvierzig jetzt
- 1w: ähm weiß ich nicht worans liegt also (2) von daher ((zuckt Achseln)) weiß
- M1: ↑mhmh
- 6w: ↑((flüsternd)) ja ((guckt an die Decke))  
 (Gr 3, S 14, Z 1338-1370)

Die Diskussionsleitung spricht 1w direkt, aber sehr vorsichtig an. Bei dem Sachverhalt, für den M1 um Erläuterung bittet, handelt es sich um den angedeuteten Zusammenhang zwischen der ärztlichen Aufklärung und dem Einnahmeverhalten. 1w beginnt mit der Darstellung des durch sie vorgebrachten Hinderungsgrundes „mangelnde ärztliche Aufklärung“ am Beispiel einer Leistungssport betreibenden Freundin, wodurch sie sich von der Annahme, dies könne für sie ein Hinderungsgrund sein, zu distanzieren versucht. Über die Freundin zu sprechen, erscheint hier zunächst sicherer, da nicht klar ist, wie die Gruppe reagieren wird. Aus ihrer Schilderung ergibt sich folgendes Deutungsmuster: 1w versteht den (Leistungs-) Sport vermutlich als ursächlich für die Erkrankung der Freundin. In jedem Fall

möchte sie aber zumindest verdeutlichen, dass Sport offenbar nicht vor Hypertonie schützt, was für sie auch als ‚Entschuldigung‘ für eine mögliche eigene mangelnde Bewegung gelten kann. Weiterhin verdeutlicht 1w, dass Bluthochdruck alle treffen kann, auch die, die sportlich sehr aktiv oder – wie sie erwähnt – deutlich jünger als sie selber sind. Hier liegt der Gedanke nahe, dass sie sich von der Verantwortung für ihre Erkrankung freizusprechen versucht, da sie offenbar ohnehin ‚nichts machen‘ und es ‚jeden treffen‘ kann. Bekannte Einflussfaktoren wie ‚Bewegungsmangel‘ und ‚Lebensalter‘ verlieren im geschilderten Fall an Bedeutung. Latent zeigt sich bei 1w dadurch eine tiefe Verunsicherung über die Frage nach den Ursachen und den Verlauf der Krankheit. Sie geht offenbar davon aus, beides nicht beeinflussen zu können.

Hinter der Darstellung über das sorglose Verhalten ihrer Freundin „joa ich geh dann da [zum Arzt]“ verbirgt sich möglicherweise der Wunsch von 1w, auch gerne mehr Gelassenheit im Umgang mit dem Bluthochdruck zu haben. Die Vermutung liegt nahe, dass sie hofft, durch einen sorglosen Umgang die subjektive Bedrohlichkeit des Bluthochdrucks zu reduzieren. Auch in der folgenden Erklärung des Verhaltens ihrer Freundin kommt eine zunächst ambivalente Haltung zum Vorschein. Der Wunsch nach einer durch Medikation heilbaren Krankheit steht dem Wissen um die Lebenslänglichkeit der Erkrankung entgegen. Indem sie versucht, beide Aspekte zu einer Synthese zu bringen, entwirft sie ein Modell, das den schwankenden Blutdruck der Freundin mit deren unregelmäßiger Tabletteneinnahme begründet: „Ich vermute, dass das dadurch bei ihr so schwankt ne?“. Damit gelingt es ihr gleichzeitig, die zuvor als vorteilhaft erachteten Faktoren eines sorglosen Umgangs der Freundin (Freundin muss die Tabletten nicht immer nehmen, kann die Krankheit als temporär und sich grundlegend als ‚gesund‘ betrachten) zu entwerten: Schließlich führt dieses Vorgehen zu den Blutdruckschwankungen. Diese Schwankungen lassen sich, nach Ansicht von 1w, mit regelmäßiger Tabletteneinnahme bei gleichzeitiger Akzeptanz der Krankheit vermeiden, wodurch sie ihre Haltung zum Bluthochdruck gegenüber der Haltung und dem Handeln der Freundin subjektiv aufwertet. 1w möchte für diese Annahme jedoch Zustimmung aus der Gruppe oder direkt durch die Diskussionsleitung, offenbar ist sie sich unsicher. Dieser Wunsch nach Zustimmung bezieht sich vermutlich auf das eigene Handeln im Umgang mit Krankheit und Medikation (im Sinne eines ‚Ich bin zwar nicht so locker, aber dafür deutlich vernünftiger als meine Freundin‘).

Ihr Zugeständnis am Ende der Sequenz, sie „weiß nicht worans liegt“, deutet abermals auf eine tiefe Verunsicherung bezüglich der Krankheitsursachen hin. Verknüpft man dies nun mit der Annahme, 1w würde gern etwas mehr Lockerheit im Umgang mit ihrer Erkrankung besitzen, dann kann behauptet werden, dass ihr eben das mangelnde Ursachenwissen die Gewinnung der Lockerheit erschwert oder gar verunmöglicht. Somit wird die Hypothese plausibilisiert, dass eine (fehlende) Aufklärung über Ursachen bzw. den chronischen Charakter des Bluthochdrucks einen Einfluss auf das Einnahmeverhalten haben kann. Im Verlauf der ge-



samten Sequenz erhält 1w nur ganz am Ende durch 6w Unterstützung von einer anderen Teilnehmerin. Möglicherweise halten sich die anderen Teilnehmerinnen, im Besonderen 4w und 5w, deshalb zurück, weil aufgrund ihrer langjährigen Erfahrung mit der Krankheit diese Fragen für sie keine Bedeutung (mehr) haben. Im weiteren Verlauf des Diskurses bestätigt sich diese Annahme (s.u.).

Es wird deutlich, dass die großen Unterschiede zwischen den Teilnehmerinnen hinsichtlich der Erfahrung im Umgang mit der Krankheit zu einer eigenen Dynamik führen und – wie sich später herausstellt – den Diskursverlauf mitbestimmen werden. Als die Diskussion ein weiteres Mal zum Erliegen kommt, bittet M1 um Durchsicht und ggf. Ergänzung der bisher genannten Hinderungsgründe. Daraufhin meldet 5w sich zu Wort und bringt den Arzt thematisch in die Diskussion ein.

- 5w: ja ich mein da kommts wahrscheinlich **viel** wenn man das so liest kommts  
wahrscheinlich wirklich auch viel auf den **Arzt** an, den man **hat**, dass man **dem**
- 6w: ↑ja
- 1w: ↑ja
- M1: ↑mhmh ↑mhmh
- 5w: auch wirklich vertraut und äh sich eben **aufgehoben** fühlt oder **ernst** genommen  
fühlt
- M1: ↑mhmh(10) weil Sies grad **ansprechen** würd ich doch gerne noch einmal in  
(?): ↑mhmh
- M1: die Runde fragen was für Erfahrungen Sie **gemacht** haben, **fühlen** Sie sich  
**aufgehoben** und **ernst** genommen? (3)
- 1w: das eigentlich **schon**, aber wie gesagt das ist halt einfach äh ja man weiß zu
- M1: ↑mhmh
- 1w: wenig was kann man sonst noch tun
- M1: ↑aha (2)
- 1w: weil man liest ja oft ah **ja** jetzt **Ernährung** oder so aber ich esse zum Beispiel  
auch sehr **salzarm** oder so weil ich eben einfach nix salziges **mag** und solche  
Dinge und ich **rauche** nicht also beim wenn man jetzt so **liest** wo das alles herrühren
- 5w: ↑mh jaja **Über-**  
**gewicht**
- 6w: ↑mhmh ja **ja** mh
- 1w: ((lauter)) **könnte** äh ((seufzt)) also ich wüsste eigentlich nich was
- 5w: und was weiß ich jaja das
- 1w: man sonst **machen** kann und fühl mich **insofern schon** aufgehoben also äh wenn ich  
zum Arzt **komme** der fragt natürlich **schon** als erstes **komm** lass uns erstmal  
**Blutdruck** messen und (1) ist ok, aber ich muss **dazu** sagen es ist jetzt auch
- 6w: ↑mhmh
- (Gr 3, S 30, Z 2492-2539)

Aufgrund der Durchsicht der bisher gesammelten Themen in der Gruppe kommt 5w zu dem Schluss, dass der Arzt einen wesentlichen Anteil an der Hinderung der Tabletteneinnahme hat. Das Vertrauen zum Arzt ist wichtig, jedoch geht es dabei nicht um das Vertrauen, das ein Patient generell zum Arzt in seiner professionellen Funktion hat, sondern um die Person des Arztes, „den man hat“. Nicht jeder Arzt kann also das Vertrauen von 5w wecken. Aber dem Arzt, „den man hat“, sollte man vertrauen. Die Kriterien hierfür sind subjektiv: „sich aufgehoben“ oder „ernst genommen“ „fühlen“. Die Formulierung „den man hat“ weist zudem darauf hin, dass sie als Patientin keine Möglichkeit sieht, den Arzt zu wechseln und sich folglich einen engen Handlungsspielraum einräumt. „Man“ hat einen Arzt, bleibt bei diesem und sollte versuchen, diesem auch zu vertrauen.







4w präsentiert sich somit als ‚moderne‘ (und in der Sprache von Gruppe 1 gesprochen: ‚mündige‘) Patientin, die sich selbstverantwortlich in die Konsultation einbringt. Erfahrungen mit Statusunterschieden oder Verständigungsproblemen (ausgelöst durch eine unterschiedliche Sprachebene zwischen Arzt und Patientin) hat sie augenscheinlich nicht gemacht. Die Mündigkeit bezieht sich in diesem Zusammenhang vor allem auf das Interaktionsverhalten in der Konsultation. Ein Arztwechsel als Folge von Unzufriedenheit stellt für 4w hingegen vermutlich keine Handlungsoption dar, da sie sich mit dem Arzt, ‚den sie hat‘, arrangiert und auseinandersetzt. Denkbar wäre jedoch auch, dass 4m zwar fordert, sich mit dem Arzt auseinanderzusetzen, da sie jedoch keine Probleme hat, wird auch das Hinterfragen nicht notwendig. Hier deutet sich eine Ähnlichkeit zu dem Orientierungsmuster von 4m aus Gruppe 1 an: Ich vertraue dem Arzt, den ich habe und wenn ich Fragen habe, dann richte ich sie an den Arzt. Aufgrund der Abwesenheit von Problemen bleibt das Nachfragen jedoch theoretisch.

1w stimmt der durch 4w formulierten Annahme einer gelungenen Arzt-Patient-Kommunikation zu: „sollte so sein“. Die Zustimmung verdeutlicht einerseits die Erwartung an eine solche Arzt-Patient-Kommunikation, andererseits aber auch, dass 1w nicht an eine Realisierung einer selbstverständlichen Arzt-Patient-Kommunikation glaubt oder entsprechende Erfahrungen bisher nicht gemacht hat. Die allgemeine Zustimmung weist darauf hin, dass die von 4w beschriebene Möglichkeit, Fragen zu stellen und Antworten zu bekommen, von allen Teilnehmer/innen als obligatorisch in der Arzt-Patient-Kommunikation angesehen wird. Eine passive Rolle im Sinne einer paternalistisch orientierten Interaktion wird nicht expliziert. Interessant ist jedoch, dass keine der Anwesenden offenbar davon ausgeht, dass außer dem Patienten auch der Arzt die Initiative ergreifen könnte. Somit wird die Verantwortung für das Gelingen der Interaktion ausschließlich der Patientin übertragen. Wesentlicher als die kommunikative Fertigkeit des Arztes erscheint das zuvor von 4w thematisierte ärztlich-praktische Handeln (Blutdruckmessen), das in einem angemessenen Zeitrahmen erfolgen sollte.

Durch die allgemeine Zustimmung ist 4w ermutigt, ihre Proposition weiter auszuführen. Sie gibt zu verstehen, dass es in ihrem Erfahrungs- und Vorstellungsraum keinen Arzt gibt, der nicht auf Fragen reagiert oder die Fragen des Patienten bewertet und kritisiert, räumt aber die Möglichkeit ein, dass es einen solchen Arzt geben könnte. Vermutlich möchte sie den anderen Teilnehmer/innen nicht das Gefühl geben, sie würde ihnen nicht glauben.

5w teilt 4ws Erfahrungsraum und kann sich nur schwer vorstellen, dass Ärzt/innen in der von 4w beschriebenen Weise negativ auf Patientenfragen reagieren, würde dies aber ebenfalls nicht ausschließen. Hier deutet sich vorsichtig eine Unsicherheit über den Verlauf der Arzt-Patient-Interaktion an. Die Konsultation ist demzufolge nicht selbstverständlich der Zeitpunkt, an dem Fragen gestellt und Unsicherheiten geklärt werden können. Da diese Befürchtung jedoch nicht weiter expliziert, sondern nur im Bereich des Möglichen angedeutet wird, ist davon auszugehen, dass die Schaffung einer Situation, in der dies real werden könnte, in der

Praxis vermieden wird; 5w also aus Angst vor Zurückweisung tatsächlich keine Fragen stellt. Sie gibt dennoch zu verstehen, bei ihrem Arzt Fragen stellen zu können, denn sie räumt die Möglichkeit ein, dass sie selbst und 4w mit ihren Ärzt/innen Glück gehabt haben, es aber durchaus Ärzt/innen geben könnte, die das Fragenstellen der Patient/innen erschweren. Die Verwendung des Wortes „wir“ deutet darauf hin, dass 5w glaubt, mit 4w den gleichen Erfahrungsraum zu teilen. 4w zieht jetzt auch in Betracht, dass sie selbst mit ihrem Arzt Glück gehabt haben könnte, es also nicht selbstverständlich ist, einen Arzt zu haben, bei dem nicht nur Fragen gestellt werden können, sondern der auch angemessen antwortet. Die Annahme, dass die Arztwahl etwas mit Glück zu tun hat, beschreibt erneut den von einigen Patient/innen wahrgenommenen engen eigenen Handlungsspielraum und das Ungleichgewicht der Interaktionspartner Arzt und Patient. In diesem Setting werden selbst übliche höfliche Umgangsformen, nämlich auf eine Antwort auch eine Frage zu bekommen, infrage gestellt. 6w bestätigt diese Proposition, indem sie durch ihre Zustimmung zu verstehen gibt, dass sie es ebenfalls nicht als selbstverständlich ansieht, einen Arzt zu haben, bei dem die Frage-Antwort-Interaktion problemlos möglich ist.

Dass das „Glück“ bei der Arztwahl hinsichtlich der „Möglichkeit, Fragen zu stellen“, eine Rolle spielt, erscheint offenbar auch für 1w vorstellbar zu sein. Wie schon in Sequenz 30 leitet sie aber zu einem Thema über, das sie offenbar stärker beschäftigt als die Gelegenheit, Fragen stellen zu können: die Tabletteneinnahme. In der vorherigen Sequenz hatte sie bereits angedeutet, die Medikation als alleinige therapeutische Maßnahme nicht zu akzeptieren. Das bestätigt zwar, dass das Arzt-Patient-Verhältnis für sie nur von untergeordneter Relevanz ist, da es von dem Thema Tabletteneinnahme überdeckt wird. Implizit wird aber ebenfalls deutlich, dass sie dieses Thema mit ihrem Arzt offenbar nicht zufriedenstellend klären konnte, da es sie weiterhin beschäftigt. Insofern wird die Arzt-Patient-Interaktion doch wieder bedeutsam. In ihrer Rede bezieht sich 1w auf 4w, die zuvor geäußert hat, sich „entschieden“ zu haben, die Hypertonie ausschließlich und *langfristig* mit Medikamenten zu behandeln: „okay ich **nehme** das jetzt immer“. Sie gibt vor, die Entscheidung von 4w akzeptieren zu können, denn sie kennt viele Personen, die auch so handeln. Im Folgenden widerspricht sich 1w allerdings, indem sie diese Personen damit zitiert, dass diese die Medikamente nur für einen *begrenzten Zeitraum* einnehmen wollen: „ich will das nur solange nehmen wie es irgend möglich oder **nötig** ist“. Der Wechsel in die Ich-Perspektive verdeutlicht eine Identifikation mit diesen Personen, sodass davon auszugehen ist, dass sie selbst auch ihre Medikamente nur für einen begrenzten Zeitraum einnehmen möchte und mit den Medikamenten experimentiert. Hierbei kommt ihre Angst vor Tablettenabhängigkeit vermutlich zum Tragen.

In diesen Sequenzen werden vor allem zwei gegensätzliche Orientierungen deutlich: die Akzeptanz der langfristigen Tabletteneinnahme (4w, 5w) vs. die Suche nach alternativen Behandlungsmöglichkeiten und der Wunsch nach einer nur vorübergehenden Medikation (1w, 6w). Dabei ist die Akzeptanz, dass es neben



für sie jetzt nicht mehr die gleiche Bedeutung wie zum Zeitpunkt der Diagnose. Dass sie im Verlauf der Krankheit Ängste hatte, bestätigen spätere Sequenzen. Einschränkend gibt 5w an, dass sie nicht 25 Jahre lang Gespräche führen kann. Der Gedanke ist für sie so anormal, dass sie lachen muss. Sie begründet ihre Proposition damit, dass der Arzt sich dann ja „an Kopp“ fassen würde. Vermutlich hält sie, wie 4w, einen sorgenfreien Patienten, der nach vielen Jahren der Behandlung keine Gespräche mehr führen will für sozial erwünscht. Demzufolge wäre das Unterlassen der Gespräche mit dem Arzt das Ergebnis einer bewussten Entscheidung, um ihrer angenommenen – und vermutlich durch die Interaktion mit ihrem Arzt unterstützen – Patientenrolle zu entsprechen. So möchte sie sich in der Gruppendiskussion auch präsentieren.

6w setzt daraufhin mit ihrer Proposition einen negativen Gegenhorizont, indem sie expliziert bei ihr habe „absolut kein Gespräch stattgefunden“. Der Bluthochdruck wurde bei 6w kurz nach einem Trauerfall in einer – wie sie es selbst nennt – „Akutphase“ diagnostiziert. Augenscheinlich hat sie erwartet, dass ihr Arzt initiativ auf ihre persönliche Situation eingeht und ein Gespräch anbietet. Sie zeigt sich unzufrieden damit, dass der Arzt die Interaktion auf die Diagnosestellung und Verschreibung von Medikamenten beschränkt hat. Sie betont wiederholt, dass sie unter diesen Umständen „natürlich“ nicht an Gespräche denken konnte, aber ihre Unzufriedenheit über die mangelnde Aufklärung wird in diesem Abschnitt deutlich. Sie fordert hier indirekt von dem Arzt, dass er daran hätte ‚denken‘ und die Initiative ergreifen müssen. Ist ein Patient aufgrund „ganz anderer Umstände“ nicht in der Lage für sich selbst Verantwortung zu übernehmen, sollte ihrer Ansicht nach der Arzt diese übernehmen. Dass sie ihre fehlende Initiative mit den Umständen rechtfertigt, ist ein Hinweis darauf, dass sie von einem Patienten erwartet ‚in der Regel‘ auf eigene Initiative Gespräche zu führen. Die Rollenvorstellungen, die 6w hier implizit eröffnet, erfordern folglich eine situativ flexible Anpassung vor allem des Arztes. Bleibt sie einerseits in der von 5w eröffneten Sichtweise zum ‚richtigen‘ Verhalten einer ‚modernen‘ Patientin, so sieht sie diese für sich als Patientin in bestimmten ‚akuten‘ Situationen nicht als verpflichtend an. Die Entscheidung eines angemessenen Handelns übergibt sie in die Verantwortung des Arztes.

Die Diskussionsleitung lenkt nach diesem Erfahrungsbericht das Gespräch auf die Nutzung von Informationsquellen außerhalb der Konsultation. Es ist möglich, dass den Teilnehmer/innen dadurch signalisiert wird, dass die Beschaffung von Informationen bei anderen Quellen als der des Arztes grundsätzlich gewünscht ist:

M2: haben sich denn andere von Ihnen **außerhalb** der des ärztlichen Gespräches  
 ((zu 2w)) *so wie Sie ja gesagt haben* auch selber **informiert** sozusagen, ein  
**Buch** gelesen oder mal im **Internet** recherchiert, oder ähm od-

5w: ↑Internet **gabs** damals  
 noch nich oder man hatte zumindest nur nich den **Zugriff** da drauf also ich ha=  
 ich hab mich auch erst mal mit **Zeitschriften** auseinandergesetzt und mit **Büchern**,  
 aber ja man ma- einem bleibt ja nichts anderes **übrich** und in der Zeit der

M2: ↑mhmm

5w: Schwangerschaft **sicher** da hat man **unheimliche** Ängste dann liest man **nochmal**



so viel, das dann aber- wenn einem dann der Frauenarzt und alle anderen Ärzte  
M2: ↑mhmm  
5w: **auch** sagen Sie **müssen** das weiter nehmen die Gefahr ist zu groß dass **dann** was passiert **wenn** Se damit aufhören ja dann nehmen Se das aber schön weiter=sicher man **hat** Angst, dann isse klar aber (1) **ohne** wärs wahrscheinlich ja **weiß** nich  
6w: ↑klar  
5w: hätt ich- wär die Angst noch **viel größer** gewesen nehm ich mal an (5)  
M2: ↑mhmm  
5w: nicht so gut wie **jetzt** ämm mit den **Internet**geschichten **da** hatten wa das nich ((M2+4w+5w lachen)) (1)  
M1: aber ist es denn **jetzt** noch 'n Thema obwohl Sie wv ja schon relativ lange so-  
5w: ↑nee eigentlich  
ist es überhaupt kein Thema mehr, nein das das is halt so das is- das is wies  
(Gr 3, S 36, Z 3016-3053)

5w unterbricht die Frage von M2, als diese vom Internet als Informationsmöglichkeit spricht. Sie gibt zu verstehen, dass heute durch das Internet bessere Informationsmöglichkeiten bestehen, als zu der Zeit, als ihr Bluthochdruck diagnostiziert wurde. Sie macht hier deutlich, dass sie von Patient/innen heute eher erwartet, sich tiefer gehend oder langfristig mit der Hypertonie zu befassen und rechtfertigt sich gleichzeitig dafür, dass sie sich offenbar nur eingeschränkt informiert hat. Sie versucht zu plausibilisieren, warum sie sich nicht mehr mit der Hypertonie beschäftigt: Früher hatte sie keine Möglichkeiten und heute kann sie ihrem Arzt nicht mehr zumuten, noch Fragen zu stellen. Es ist davon auszugehen, dass sie auch heute die Möglichkeit des Internets als Informationsquelle nicht nutzt.

Aus ihrer Schilderung der Erfahrung mit einer Schwangerschaftshypertonie verdichtet sich ihre Haltung, auf die Kompetenz der Ärzt/innen zu vertrauen. Zwar informiert sie sich auch aus anderen Quellen; jedoch können diese die ärztlich vertretene Meinung nicht zwangsläufig widerlegen: „wenn einem dann der Frauenarzt und alle anderen Ärzte **auch** sagen sie müssen das weiter nehmen [...] ja dann nehmen se das aber schön weiter“. Allerdings ist demzufolge auch die Aussage nur eines Arztes nicht ausreichend, um die anderen Quellen zu entkräften. Aus dieser Haltung ist zu schließen, dass sie der ärztlichen Erfahrung und dem damit verbundenen persönlichen Gespräch mehr Kompetenz zugesteht, wenn diese einer Überprüfung durch andere Ärzt/innen standhält. Eine ärztliche schriftliche Quelle kann ihr diese Kompetenz folglich vermutlich nicht vermitteln. Der weiter oben dargestellten Vermutung zufolge ist jedoch anzunehmen, dass sie sich mit schriftlichen Quellen nicht in einer Form auseinandersetzt, die für sie wissenserweiternd ist. Der bisherigen Lesart folgend ist dafür nicht die laienhafte Herangehensweise ursächlich, sondern ihr mangelndes Interesse an einer intensiveren Auseinandersetzung.

Sie expliziert ihre Ängste, die sich in der Schwangerschaft verstärkten oder manifestierten, und die offensichtlich im Zusammenhang mit den Folgen einer Tablettenaufnahme standen. Ihre Wortwahl „wahrscheinlich“, „weiß nich“, „nehm ich mal an“ deuten darauf hin, dass sie sich nicht sicher ist, ob sie die richtige Entscheidung getroffen hat, die Tabletten weiter zu nehmen. Gleichzeitig wird ihre Abhängigkeit von der Empfehlung, Medikamente zu nehmen, insofern deutlich, als sie sich (als Patientin) nicht befähigt fühlt, eine unabhängige Entscheidung zu

treffen. Ihre Ängste stehen den ärztlichen Empfehlungen gegenüber, sodass der einzig für sie gangbare Weg war (und auch jetzt noch ist), sich selbst von der Notwendigkeit der Medikation zu überzeugen, um sich die Angst zu nehmen. Nach einer langen Pause kommt sie auf die Frage von M2 zurück und betont erneut, dass sie sich nicht so gut informieren konnte wie heute mit den „Internetgeschichten“, damals hätten sie das noch nicht gehabt. Offensichtlich spricht sie in einer witzigen Art darüber, da 4w und 5w lachen. Es könnte sein, dass sie von ihrem Angstthema ablenken möchte und deswegen einen witzigen, auflockernden Ausgang sucht.

Auf die direkte Nachfrage der Diskussionsleitung, ob es für 5w jetzt noch ein Thema ist, verneint sie vehement. Ihre einschränkende Wortwahl „eigentlich“ zeigt jedoch an, dass es (die Angst oder die Bluthochdruckbehandlung) für 5w weiterhin ein großes Thema ist. Die Formulierung „überhaupt kein Thema“ ist folglich als starke Abwehr gegen die Auseinandersetzung mit dem „Thema“ zu deuten. Hier wird somit offensichtlich, dass sie die Ängste (vor den Folgen der Medikation) von damals zwar verdrängt hat, dass diese aber „eigentlich“ latent und diffus weiterhin wirksam sind. Eine Auseinandersetzung wehrt sie ab, indem sie entscheidet, ihre Situation „is halt so“ wie sie ist.

In dieser Sequenz zeigt sich mehrmals, wie 5w als Erste auf an die ganze Gruppe gestellte Fragen antwortet und damit das Gespräch als Meinungsführerin dominiert.

Nach gut 70 Minuten, als der erste Diskussionsteil schon fast beendet ist, führt 6w die Lektüre des Beipackzettels, den sie als „Waschzettel“ bezeichnet, als einen weiteren möglichen Hinderungsgrund bei der Medikamenteneinnahme an. Thematisch knüpft sie nicht an die vorherige Diskussion an, sodass davon auszugehen ist, dass sie hier auf eigene Erfahrungen zurückgreift, obwohl sie während ihrer Erzählung von „man“ spricht.

6w: **abgeschreckt** wird man ja auch sehr oft wenn man diese **Waschzettel** sich mal gründlich durchliest, also wenn Sie eine Überempfindlichkeit angeben gegen  
 5w: ↑((lacht)) ja  
 M2: ↑((lacht kurz))  
 1w: ↑(die liest man gar nicht mehr)  
 6w: das=und=das und das=und=das ((legt Hände auf Brustkorb)) das man gar nicht  
 5w: jaja ((lachend)) *das stimmt* ((dreht sich zu 4w))  
 6w: **kennt** keine Ahnung, ((zu M1)) eine chemische Formel und ein ( )  
 M1: ↑((zu 5w)) mhmh  
 4w: ↑ist manchmal wie n Krimi  
 5w: ↑((lachend)) ja ((4w+5w lachen)) ((zu 5w)) was man  
 6w: das ist doch also **dann** auf keinen Fall und ä- das ist auch eine **große**  
 5w: alles kriegen könnte, ja  
 4w: ↑ja mhmh  
 M1: ↑((zu 5w)) mhmh  
 6w: Verunsicherung, eine **sehr** große Verunsicherung, ((sehr leise) also dass hab  
 M1: ↑mhmh ↑ja mhmh  
 6w: ich schon öfter erlebt ( )  
 5w: ↑((zu 6w)) die sichern sich gegen alles **ab**  
 6w: ↑ja ja  
 ((hauchend)) ja nur der der **Patient** äh versteht vieles **nicht** möcht ich mal  
 5w: ↑( ) - ↓ ↑mhmh

6w: sagen, als Laie

5w: ↑das stimmt ja ja=da muss man sich halt ( )-  
(Gr 3, S 40, Z 3366-3411)

6w stellt in ihrem Redebeitrag eine mögliche abschreckende Wirkung der Beipackzettel von Bluthochdruckmedikamenten dar. Sie wird hierbei mehrfach durch (manchmal belustigte) zustimmende Äußerungen der anderen Teilnehmerinnen und der Diskussionsleitung unterstützt. Zur Bezeichnung der Packungsbeilage verwendet 6w den Begriff „Waschzettel“. Waschzettel sind ursprünglich die Pflegeetiketten, die in die Kleidungsstücke eingenäht und als Anleitung für einen angemessenen Umgang mit diesen Kleidern zu verstehen sind. Der Begriff verdeutlicht hier, dass der Beipackzettel für 6w als Anleitung für die Einnahme der Tabletten gesehen wird. Im Gegensatz zu dem in Gruppe 1 deutlich gewordenen Orientierungsmuster, den Beipackzettel aufgrund der abschreckenden Wirkung weitgehend zu ignorieren und sich auf die Fachkompetenz des Arztes zu verlassen oder nur bei Beschwerden darauf zurückzugreifen, wird die Notwendigkeit des gründlichen Lesens vor der Tabletteneinnahme in den Ausführungen von 6w deutlich. Auch sie sieht den Beipackzettel zwar als Abschreckung, kann oder möchte sich aber augenscheinlich auf den Arzt als einzige Informationsquelle nicht verlassen. Ihren vorherigen Ausführungen folgend kann auch angenommen werden, dass sie – zumindest in Bezug auf die Bluthochdruckbehandlung – auf den Beipackzettel als Informant angewiesen war, da ihr Arzt ihr keine weitergehenden Informationen hat zukommen lassen. Gleichzeitig präsentiert sich 6w als Person, die sorgfältig vorgeht und vor Einnahme der Tabletten sich die ‚Anleitung‘ „gründlich“ durchliest. Sie will auf der sicheren Seite sein, alles richtig zu machen.

5w und M2 beginnen gleichzeitig zu lachen und 5w schließt dieses Lachen mit einem „ja“ in Richtung von 6w ab. Die erheiterte Reaktion ist als Abwehrreaktion und Übereinkunft darüber zu verstehen, dass der Beipackzettel als unangenehm oder ‚abschreckend‘ wahrgenommen wird. Das Lachen ist demnach einerseits das Zeichen der Distanzierung von den negativen Gefühlen, die der Gedanke an die Lektüre mit sich bringt, andererseits dient es als Spannungsabbau von vermutlich vorhandener Angst, Bedrohung oder Hilflosigkeit. 1ws Äußerung „die liest man gar nicht mehr“, die mit dem Lachen der anderen Teilnehmer/innen zusammen fällt, lässt sich hinsichtlich des Umgang damit als Gegenhorizont einordnen. Demnach ist davon auszugehen, dass bei ihr eine sich nach und nach verstärkende Gewöhnung an die Beipackzettel eintritt, die als Hinweis auf eine (bewusste oder unbewusste) Entscheidung, sich nicht mit den möglichen ‚Gefahren‘ auseinanderzusetzen, anzusehen ist. Die Verunsicherung im Zusammenhang mit dem Beipackzettel besteht also gleichermaßen, jedoch ist die hier präsentierte Wahrnehmung dessen eine andere. Diese entspricht dem in Sequenz 14 angesprochenen tatsächlichen oder gewünschten lockeren Umgang mit dem Bluthochdruck: Sie sieht den Schrecken zwar auch, aber sie kann diesen – tatsächlich oder scheinbar – locker ignorieren. Als Informationsquelle ist der Beipackzettel folglich nicht ge-

eignet, wird er doch eher negativ (abschreckend, verunsichernd) konnotiert, was in diesem Fall Vermeidung mit sich bringt. Die Äußerung, die Beilage „nicht mehr“ zu lesen, deutet darauf hin, dass diese Orientierung in einem zeitlichen Zusammenhang und vermutlich auch im Zusammenhang mit einer regelmäßigen Tabletteneinnahme zu sehen ist. Es ist davon auszugehen, dass 1w sie zu Beginn der Behandlung noch gelesen hat.

In beiden hier deutlich werdenden Orientierungsmustern zeigt sich, dass Packungsbeilagen von den Patientinnen als potenziell bedrohlich angesehen werden (was sicher bei chronischen Erkrankungen mit der Notwendigkeit zur Dauermedikation noch relevanter ist), und diese einen Weg finden müssen, mit dieser Bedrohung reduzierend umzugehen (zum Beispiel indem sie die Beilage nicht mehr lesen). Auffällig ist, dass die Verunsicherung allein (ebenso wie in Gruppe 1) offenbar nicht ausreicht, diese mit dem Arzt zu kommunizieren. Eine grundsätzliche Vermeidung der Auseinandersetzung mit dem Bluthochdruck und der Medikation ist hier also wahrscheinlich.

6w fährt in ihrer Rede fort, in dem sie ausführt, das die ‚Waschzettel‘ viele Überempfindlichkeiten gegen „das=und=das und das=und=das“ ausweisen und das man die Wirkstoffe, die diese Überempfindlichkeiten hervorrufen, gar nicht kennt und davon „keine Ahnung“ hat. Es ist naheliegend, dass sich 6w durch die diversen Risiken der Medikamente bedroht fühlt, was noch dadurch unterstützt wird, dass sie trotz „gründlicher“ Lektüre des Beipackzettels diesen nicht versteht, weil sie viele Dinge, die dort stehen, nicht kennt. Zu der Bedrohung tritt somit eine Hilflosigkeit, die auch ihr Bemühen nicht mindern kann, was in dem Satz „das man gar nicht kennt keine Ahnung“ verdeutlicht wird. Die Anmutung von Bedrohung wird noch prägnanter, wenn man sich ihre Wortwahl und Gestik genau anschaut „das=und=das und das=und=das“ gefolgt von einem Ablegen beider Hände auf ihren Brustkorb. 6ws Geste erscheint, als würde sie sich vor den diversen „das“ mit den Händen zu schützen versuchen. Die „das“ verstärken nicht nur die Bedrohung, sondern auch das Unverständnis aufgrund der Vielzahl der aufeinanderfolgenden Informationen. Was als Anleitung – „Waschzettel“ – gedacht ist, führt folglich eher zu einer Verunsicherung. Diese Verunsicherung wird insofern bedeutsam, als sie keine Gelegenheit hat, diese mit ihrem Arzt zu klären, da entsprechende Gespräche offenbar nicht stattfinden und die Interaktion zwischen Arzt und Patientin auf der Handlungsebene (Verschreiben der Medikation) verbleibt. Gleichmaßen verstärkt sich die Annahme, dass sie trotz der obigen impliziten Darstellung, sie befürworte die aktive Beteiligung an der Arzt-Patient-Interaktion, ein klärendes Gespräch mit dem Arzt nicht initiiert. Folglich ist davon auszugehen, dass ihre vorherige Äußerung aus einer angenommenen sozialen Erwünschtheit durch die von 5w initiativ ausformulierte Patientenrolle entstanden ist. Die Rechtfertigung, dass es keine Gespräche mit dem Arzt gegeben habe, liege in der ‚Ausnahmesituation‘ begründet, ist somit entkräftet. Vielmehr ist davon auszugehen, dass sie sich als Patientin grundsätzlich in der Rolle der Passi-

ven sieht, die auf die Empathie des Arztes angewiesen ist und klärende Gespräche nicht einfordert.

Noch einmal wird 6w durch Lachen und Zustimmung von 5w unterbrochen, nun aber zumindest inhaltlich auch unterstützt. Erneut lacht sie an einer Stelle, die wenig Anlass zum Lachen bietet und konterkariert damit die offensichtliche Ernsthaftigkeit, mit der 6w zur Diskussion beiträgt. Die oben bereits ausgeführten Hypothesen zur Distanzierung 5ws von unangenehmen Gefühlen in Zusammenhang mit der Packungsbeilage (oder der Tabletteneinnahme) werden dadurch unterstützt. Auch an dieser Stelle sucht 5w in 4w eine Koalitionspartnerin. Mit der Äußerung „ist manchmal wie im Krimi“, knüpft 4w vermutlich thematisch an die letzte Aussage von 6w an, die leider nicht mehr verständlich war. Der Vergleich mit einem „Krimi“ impliziert zum einen, dass sie augenscheinlich das Gefühl hat, als Patientin manchmal wie ein ‚Detektiv‘ vorgehen zu müssen, um die verklausulierten Botschaften des Beipackzettels zu entschlüsseln und verweist zum anderen auf die Fiktionalität eines Krimis, womit sich 4w von der Möglichkeit einer realen Bedrohung in den Bereich des nur theoretisch Möglichen abgrenzt.

5w stimmt 4w belustigt zu und macht durch die Art der Zustimmung deutlich, dass auch sie die angegebenen Wechsel- und Nebenwirkungen von Medikamenten als nur theoretisch möglich erachtet oder erachten möchte, sodass ihre Haltung als Abwehrreaktion zu verstehen ist. Bestärkt durch die jeweils andere und das Lachen der anderen Teilnehmerinnen banalisieren sie nicht nur die Risiken einer Tabletteneinnahme, sondern auch die Ängste, die damit vermutlich einhergehen. Wie oben bereits mehrfach vermutet, ist davon auszugehen, dass diese Banalisierung sowohl 4w als auch 5w bei einer (regelmäßigen) Tabletteneinnahme hilft.

6w expliziert nun, was bisher nur hypothetisch war: Sie ist verunsichert und fühlt sich hilflos und ängstlich bezogen auf die Tabletteneinnahme. Die Packungsbeilage wirkt dabei für sie nicht hilfreich, sondern ganz im Gegenteil noch stärker verunsichernd. Dass sie sich durch die ‚lustigen‘ Bemerkungen der anderen Teilnehmer/innen nicht davon abbringen lässt, ihre Gedanken fortzuführen, lässt auf die Relevanz dieses Thema für 6w schließen. Einmal mehr ist es erstaunlich, dass sie offenbar dennoch keine Versuche unternimmt, ihre Unsicherheit und damit möglicherweise verbundene Fragen zu klären – weder mit dem Arzt, noch auf eine andere Weise (beispielsweise in der Apotheke oder bei der Krankenkasse). Auch einen Arztwechsel zieht sie, trotz der Unzufriedenheit über die fehlenden Gespräche, augenscheinlich nicht in Betracht. Naheliegende Erklärungen hierfür sind einerseits die Trauerphase, die ihre Handlungskompetenz noch immer einzuschränken scheint. Andererseits steht der fehlende Zugang zu modernen Informationsmöglichkeiten, sowie die Akzeptanz von Autoritäten vermutlich im Zusammenhang mit ihrem höheren Alter (71 Jahre) und zeigt ein generationsbedingtes Verharren in der traditionellen Patientenrolle, die ihr nicht erlaubt, den Arzt mit ihren Sorgen zu konfrontieren. Aufgrund der bisherigen Argumentationslogik ist eine Kombination aus beiden Bedingungen wahrscheinlich.

5w geht (jetzt doch ernsthafter) auf 6w ein und führt an, dass „die“ (gemeint ist hier vermutlich die Pharmaindustrie) sich „gegen alles“ absichern. Vermutlich möchte sie 6w nicht das Gefühl geben, sie nicht ernst zu nehmen und bietet ihr, wie zuvor 1w, eine Lösung für ihr Problem an. Trotz der nun weniger ‚lustigen‘ Behandlung des Themas, bleibt 5ws Argumentation doch gleich. Erneut hebt sie auf die nur theoretisch möglichen Risiken ab, in diesem Fall, weil das zur Rechtsicherheit der Hersteller im Beipackzettel niedergelegt werden muss. Erneut reduziert und banalisiert sie das Risiko, sodass hier die Nähe zu dem in Gruppe 1 deutlich gewordenen Orientierungsmuster (der Vermeidung einer Auseinandersetzung) deutlicher wird, wobei bei 5w davon auszugehen ist, dass dies wesentlich von der Dauer der Behandlung beeinflusst wird.

Die darauf folgende Reaktion 6ws „ja ja“ – die sowohl als Zustimmung als auch als Abwertung zu verstehen ist – verdeutlicht, dass sie sich darüber natürlich selbst im Klaren ist, aber dass es nicht das ist, was sie wirklich beschäftigt und es ihr nicht hilft, mit ihrer Verunsicherung umzugehen. Vielmehr definiert sie den Patienten explizit als „Laien“ und positioniert sich damit eindeutig gegenüber dem Arzt in einer schwächeren, abhängigen Rolle, womit die Annahme eines Verhandelns in einer traditionellen, hierarchischen Arzt-Patient-Beziehung Bestätigung findet. Hinzu kommt für 6w, dass der Patient vieles in der Packungsbeilage nicht verstehen kann, und (in Verbindung mit ihren vorherigen Äußerungen) hier auch kein Bemühen hilft, was ihr die Möglichkeit nimmt, diese Rolle irgendwann zu verlassen. Erneut wird deutlich, dass sie vermutlich keine Initiative für ein klärendes Gespräch mit dem Arzt ergreift, was der angenommenen Patientenrolle entspricht.

Auch 5w signalisiert durch ihre Zustimmung, dass sie offenbar der Meinung ist, Patient/innen würden ‚viele nicht verstehen‘. Vermutlich teilt sie diese Erfahrung mit 6w. Darüber hinaus definiert auch sie sich offenbar als Laie in Bezug auf ihre Erkrankung. Der Satzteil „ja ja=da muss man sich halt“ deutet aber darauf hin, dass sich 5w in dieser Rolle offenbar nicht so hilflos fühlt, wie 6w. Ihr fällt hier sofort etwas ein, was zu tun, zu sagen oder zu denken ist. 5w will wieder eine Lösung präsentieren, um ihrer vermeintlichen Rolle als aufgeklärte und fordernde Patientin gerecht zu werden, aber 6w unterbricht sie und führt ihre eigenen Gedanken weiter aus. Im Diskussionsverlauf ist sie demnach die einzige Teilnehmerin, die sich von der Dynamik zwischen 4w und 5w, beziehungsweise deren Meinungsführerschaft, nicht beeinflussen lässt.

6w: <sup>↑</sup>und der dem Arzt ist sicher  
 vieles nicht **bewusst** was da drin steht (1) weiß **nicht** ob der so auf Anhieb  
 diese chemische **Zusammensetzung**, versteht und **weiß** wie sie wirken ((leise))  
*können, was sie auch für negative (hinterlassen) (2) ((leise)) also meistens*

M1: <sup>↑</sup>mhm

6w: *is das ja so kleingedruckt das man nach der Hälfte des ((lauter)) Studiums*

?: <sup>↑</sup>((lachend)) (stimmt)

6w: ((5w+4w+M2+2w+1w lachen)) *aufhört* und sagt naja ((zu M1)) ( )

M1: <sup>↑</sup>((zu 6w)) mhmh

1w: <sup>↑</sup>ist auch viel zu lang

4w:

Arme zu kurz ((1w+4w+5w lachen))

↑tund die

6w: oder ich nehms (nun wirklich) nicht das ist mir **zu** unsympathisch also da sind  
so viele Risiken damit verbunden dasss das **will** ich nicht  
(Gr 3, S 40, Z 3412-3435)

6w kommt jetzt selber auf den Arzt als mögliche Hilfe zu sprechen und zweifelt unmissverständlich das Wissen des Arztes hinsichtlich der (erwünschten und unerwünschten) Wirkungen der Medikamente an. Die Formulierung „nicht bewusst“ deutet dabei nicht auf eine Anklage hin, hier wäre dem Arzt dann höchstens mangelnde Sorgfalt vorzuwerfen, weil er sich die Tatbestände nicht bewusst gemacht hat. Gleichzeitig gibt sie zu verstehen, dass sie sich nicht vorstellen kann, dass irgendjemand die Angaben des Beipackzettels verstehen kann, so auch nicht ihr Arzt. Augenscheinlich führt diese Annahme nicht dazu, die ärztliche Kompetenz grundsätzlich infrage zu stellen (im Gegensatz zu der Kritik in Gruppe 1). Vielmehr betrachtet sie das Wissen um chemische Zusammenhänge offenbar nicht als Grundlage ärztlichen Handelns. Diese Haltung gewinnt vor dem Hintergrund ihrer bisherigen Ausführungen insofern an Plausibilität, als das Anzweifeln der ärztlichen Fachkompetenz dazu führen würde, dass ihr die Medikamente ohne die Annahme einer fundierten Verordnungspraxis verschrieben würden. Zentral ist hier folglich nicht die Anklage an den Arzt, im Sinne eines ‚du erklärst mir nicht genug‘ oder ‚du weißt nicht genug‘. Vielmehr verstärkt sie die Annahme, sich auf diese Weise Entlastung zu verschaffen, in dem sie argumentiert, dass Nachfragen sowieso keinen Zweck habe. Weder steht ihr dies (aus ihrer Perspektive) in ihrer Rolle als Patientin zu, noch wäre der Arzt in der Lage, ihr eine Antwort zu geben oder sie befähigt, die Antwort zu verstehen. In dieser Haltung kann sie möglichst passiv bleiben und darauf vertrauen, dass der Arzt in seiner Funktion angemessen handelt. Das Lesen des Beipackzettels ist folglich eine Handlung ohne Konsequenz, da sie dies als zwecklos dargestellt hat. Nachfragen beim Arzt sind ebenfalls grundsätzlich nicht möglich. Nachdem sie den Arzt als mögliche Auskunftsstelle über Arzneimittelwirkungen abqualifiziert hat, erläutert sie weitere Gründe, die die Lektüre des Beipackzettels erschweren, wie etwa die Schriftgröße oder die Fülle an Informationen. Das unterstützt ihre eingeschränkte Rolle als passive Patientin, die trotz oder gerade wegen des Gefühls der Bedrohung nicht aktiv wird.

1w stimmt 6w in Bezug auf die Fülle der Informationen im Beipackzettel zu: „ist auch viel zu lang“. Hier bieten sich wiederum verschiedene Lesarten an, die für 1w offenbar die Kosten der Lektüre höher erscheinen lassen, als deren Nutzen. Sie ist zu bequem, sie möchte sich nicht mit der Krankheit, den Tabletten beschäftigen, und hat auch noch nie Nebenwirkungen gehabt. Sie nimmt seit Jahren Tabletten und ist an die Beilagen gewöhnt, es ist auch ohne Lektüre nie etwas passiert etc. Die lustige Bemerkung und die von 4w und 5w weitergeführte humorvolle Dynamik bestätigen ein weiteres Mal die ironische Distanz, die beide zu ihrer Erkrankung einnehmen, nach dem Motto: ‚lachen macht vieles leichter‘. Immer nur Trübsal blasen hilft auch nicht weiter, wie man bei 6w sieht. Sie haben

offenbar auch mit dem „Kleingedruckten“ Erfahrung gemacht, denn sie reagieren schon wieder mit Lachen.

6w zeigt sich hier erneut ängstlich und risikoavers. Sie gibt nun an, die Tabletten (manchmal) nicht einzunehmen. Es bietet sich aber die Lesart an, dass sie ihre Pillen insbesondere wegen dem Aufzeigen von zu vielen Risiken oder der „zu unsympathischen“ Information in der Packungsbeilage nicht nimmt. Als Gegenhypothese kann hier jedoch auch formuliert werden, dass sie diese „unsympathischen“ Informationen als Grund für die Non-Adhärenz nur vorschiebt. Mit der Einnahme seien „so viele Risiken“ verbunden. Die Risiken des Bluthochdrucks sind ihr demgegenüber entweder nicht bekannt oder aber sie kann sie leichter in den Hintergrund drängen.

- 5w: ↑((zu 6w)) ja aber **da**  
 könnense doch noch mal zu ihrem Arzt gehen und mit dem reden ne? dann-
- 6w: ↑ja natürlich, **klar** würd ich auch  
 machenjaja das hab äh das hab ich jetzt nicht äh praktisch selber **erlebt**
- 5w: ↑jaa das-
- 6w: aber ich könntts mir **vorstellen**
- M1: ↑mhmh (1)
- 5w: denn **der** muss ja als erstes entscheiden wenn der meine Krankengeschichte kennt muss der ja entscheiden was was er (dazu nimmt)
- 6w: ↑klar, ja ja ja mhmh  
 (Gr 3, S 40, Z 3439-3454)

5w versucht erneut, mit einem ‚vernünftigen‘ Vorschlag 6w zu helfen, ähnlich wie gegenüber 1w weiter oben. Sie geht damit auf die Schwierigkeiten von 6w ein und versucht dieser zu vermitteln, ihr Arzt sei ein geeigneter Ansprechpartner. 5w zeigt damit an, dass ihr erster Ansprechpartner in solchen Situationen immer der Arzt wäre und dass sie davon ausgeht, mit diesem tatsächlich auch reden zu können, er also Zeit hat und offen und auch Willens sei, sich auf seine Patient/innen einzulassen. Sie scheint damit Ärzt/innen im Allgemeinen oder auch nur einem speziellen Arzt zu vertrauen und wundert sich erneut über Patient/innen wie 6w, die Probleme damit haben, Fragen zu stellen.

In ihrer Antwort widerspricht 6w sich in mehrfacher Hinsicht: Sie sagt, sie würde zum Arzt gehen, zweifelte aber oben dessen Kompetenz an. In der Fortsetzung ihrer Rede bezieht sie sich wieder auf die Nichteinnahme der Tabletten und verdeutlicht, das bisher nicht selbst gemacht zu haben, es sich aber vorstellen könne. Alle Gründe, die sie bisher aufgeführt hat, dienen jedoch dem gerechtfertigten Weglassen der Medikamente und plausibilisieren hier die Non-Adhärenzhypothese.

5w versucht, ihren Vorschlag noch weiter auszubauen und für 6w zu verdeutlichen und gibt dabei zu erkennen, dass sie offenbar der Meinung ist, der Arzt würde allein über die Therapie entscheiden. Dies verstärkt noch einmal den Eindruck, der bisher über die Orientierung von 5w gewonnen wurde: Sie distanziert sich von einer zu intensiven Auseinandersetzung mit dem Bluthochdruck und kann vor allem deshalb unbefangen dafür plädieren, den Arzt jederzeit mit Fragen zu behelligen, weil sie selbst diese Möglichkeit nur theoretisch für sich in An-



spruch nimmt. Das eingangs erwähnte Vertrauen zum Arzt ist folglich (ebenso wie in Gruppe 1) als Platzhalter für die Vermeidung einer Auseinandersetzung mit der Hypertonie zu sehen.

6w bringt die Sequenz zum Abschluss: Zwar stimmt sie auf der manifesten Ebene 5ws Vorschlag zu, die Wortwahl lässt jedoch erneut darauf schließen, dass sie dieses Thema jetzt abschließen möchte. Denn andernfalls müsste sie jetzt vermutlich zugeben, dass sie eigentlich die Medikamente nicht nehmen will. Obwohl alle Teilnehmer/innen laut Fragebogen Unregelmäßigkeiten bei der Einnahme aufzeigen, wird dies in der Gruppe, in der es keine Kontrollinstanz gibt, nicht explizit thematisch. Das lässt darauf schließen, dass mögliche Gründe dafür auch beim Arzt nicht angesprochen werden.

Der Arzt wird in dieser Gruppe zwar als bedeutsam hinsichtlich der Tabletteneinnahme angesehen, als Gesprächspartner - im Sinne der Möglichkeit, Fragen zu klären - erhält er keine oder nur theoretische Relevanz. Der übereinstimmenden ‚Bedrohung‘ des Beipackzettels begegnen alle Teilnehmerinnen – außer 6w – mit Dissonanzreduktion. Das Wissen um die langfristige ‚Gefahr‘ des Bluthochdrucks wird in Relation zu der ‚Gefahr‘ der Medikamente gesetzt. Die Beweggründe hierfür sind jedoch individuelle und vermutlich detailliert in der Biographie zu finden, sodass diese an dieser Stelle nicht beantwortet werden können.

#### 4.4 Diskursbeschreibung Gruppe 6

Zur Teilnahme an dieser Gruppe wurden jüngere Männer und Frauen, das heißt Teilnehmer/innen unter 60 Jahren, eingeladen, die im Gegensatz zu Gruppe 1 als adhärent gemäß der zugrunde gelegten Definition angesehen werden konnten. Konkret liegt das Alter der Teilnehmer/innen zwischen 42 und 52 Jahren. Eine Altersspanne von bis zu 10 Jahren (sofern alle Teilnehmer/innen unter bzw. über 60 Jahre alt sind) hat sich in den vorherigen Gruppen als angemessen erwiesen. Eine Einschränkung des Diskussionsflusses aufgrund generationsspezifischer Diskrepanzen des Erfahrungsraumes ist unter dieser Voraussetzung nicht zu erwarten. Die jüngste Teilnehmerin mit 42 Jahren ist 5w; 3m, 4m und 1w sind 49, 2w ist 50 Jahre alt. 6m ist mit 52 der älteste Teilnehmer dieser Gruppe. Die Schulbildung der jeweils drei Männer und Frauen ist gleichmäßig heterogen verteilt. Zum Zeitpunkt der Diskussion sind bis auf 3m, der arbeitsuchend ist, alle Teilnehmer/innen berufstätig.

In der Gruppe zeigte sich insgesamt eine freundliche, teilweise diskrepante Diskussion, wobei es nur selten zu offenen Konfrontationen kam. Abschnitte mit besonders hoher interaktiver und metaphorischer Dichte gab es nicht. Die zu interpretierenden Sequenzen wurden daher themenbezogen hinsichtlich der Arzt-Patient-Interaktion ausgewählt.

Zu Beginn der Diskussion setzte auf die Frage nach den Hinderungsgründen für die Tabletteneinnahme noch keine dynamische Interaktion ein. Die Teilneh-

mer/innen reihten bei den Gesprächsthemen Erfahrungsberichte aneinander, ohne sich aufeinander zu beziehen. Themen wie Krankheitsempfinden, Komorbidität oder Stress im Beruf (als Ursache für Bluthochdruck) wurden angerissen. Im Verlauf der Diskussion zeichneten sich deutlich zwei Themen ab, die während des gesamten weiteren Diskurses immer wieder offenbar wurden: die Suche nach den Ursachen der Hypertonie und eine konkrete oder diffuse Angst, die offenbar in einem reziproken Zusammenhang zueinander stehen. Aus den Erzählungen lassen sich unterschiedliche Strategien zur Vermeidung oder zur Bewältigung dieser Unsicherheit ableiten, die sich übergeordnet in einer eher passiven und einer aktiven Haltung unterscheiden lässt. Diese Haltung wird sowohl für das Interaktionshandeln als auch für das Handeln außerhalb der Arztpraxis deutlich.

Die Themenfelder Unsicherheit über das Blutdruckmessen/die Messwerte und die Rolle des Arztes entwickelten sich zu einem Diskurs, der sich durch Selbstläufigkeit und verdichtende Interaktion auszeichnete. Der dramaturgische Höhepunkt der ersten Diskussionshälfte erfolgte dann auch im daran anschließenden Diskurs über das Auftreten des Arztes und die Rolle des Patienten in Sequenz 25.

Das erste Mal wird das Thema Arzt-Patient-Beziehung bereits kurz nach der Initiierung des Brainstormings zu möglichen Hinderungsgründen bei der Einhaltung ärztlicher Therapieempfehlungen eingeführt. 2w und 5w hatten zuvor ihre grundsätzliche Skepsis aber auch Unsicherheit hinsichtlich der Pharmakotherapie geäußert, woraufhin M1 nachfragt, wo der Hinderungsgrund in diesem Zusammenhang zu sehen wäre.

M1: mhhh und das heißt **was** wär dann so der Hinderungsgrund dafür das zu nehmen

5w: ↑und da kann ich mir vorstellen wenn irgendwie äh das Gespräch Arzt Patient wenn das gar nicht die Chemie da stimmt und jemand **verschreibt** dann einfach so dann nimmt derjenige das nicht ein

(Gr 6, S 10, Z 227-231)

Ausgehend von der zuvor angesprochenen Skepsis und Unsicherheit hinsichtlich der Medikamenteneinnahme, macht 5w in dieser kurzen Sequenz deutlich, dass für die Einnahme von Bluthochdruckmedikamenten für sie zwei Kriterien dafür verantwortlich sein können, die Blutdrucktabletten nicht zu nehmen. Zum einen muss bei dem Gespräch zwischen Arzt und Patient die „Chemie“ stimmen und zum anderen wünscht sie sich offenbar mehr vom Arzt, als dass er die Medikamente „einfach so“ verschreibt. Beide Aspekte zeigen, dass 5w sich eine Beziehung zu ihrem Arzt wünscht, bei der sie sich wohl fühlt, bei der die „Chemie“ stimmt. Auf dieser Basis können dann Gespräche geführt werden, die von der reinen Sachebene („jemand verschreibt einfach so“) auf eine persönliche Ebene wechseln. Vermutlich hat 5w den Wunsch nach einer ausführlicheren Beratung durch ihren Arzt, wobei statt der Krankheit vielmehr ihre Person im Fokus der Interaktion stehen sollte (hier zeigt sich eine inhaltliche Nähe zu dem Orientierungsmuster von 5w in Gruppe 1, die sich mehr ‚Betüddelung‘ durch den Arzt wünschte). Diese persönliche Beziehungsebene bildet gleichzeitig die Voraussetzung für die Tabletteneinnahmen, die ihrer Vorstellung nach nicht umgesetzt wer-

den würde, wenn die Beziehungsebene als disharmonisch wahrgenommen wird und ausführliche Gespräche (zum Beispiel über die Diagnose oder die Medikamente) nicht stattfinden. Gleichzeitig wird hier deutlich, dass sie sich als Patientin keinen Gestaltungsspielraum innerhalb dieser Beziehung zugesteht. Ihr Gelingen ist vielmehr vom Zufall (der Chemie) oder vom Arzt („jemand verschreibt dann einfach so“) abhängig. Die hier angedeutete ‚Verweigerung‘ der Medikation ist dieser Logik zufolge die passive Reaktion auf eine als ‚gestört‘ wahrgenommene Arzt-Patient-Beziehung, innerhalb derer es nicht möglich war, die Unsicherheiten hinsichtlich der Medikamente zu verringern. In dieser Logik verbleibend, hätte dann eine für die Patientin subjektiv zufriedenstellende Beziehung, in der der Arzt auch das Gespräch mit der Patientin sucht, einen positiven Einfluss auf die Medikamenteneinnahme. Die Bedeutsamkeit des Arztes in Bezug auf das Einnahmeverhalten wurde auch in Gruppe 1 deutlich.

Die anderen Teilnehmer/innen nehmen das von 5w angesprochene Thema nicht auf, sondern gingen dazu über, Themen oder Erfahrungsberichte aneinanderzureihen, ohne dass ein dichter Diskurs entstand. Vermutlich war es zu diesem Zeitpunkt der Diskussion für die Gruppe insgesamt noch zu früh, ‚sensible‘ Themen wie die Arzt-Patient-Beziehung zu vertiefen. Als das Thema Medikation erneut thematisiert wurde, kommt auch der Arzt in seiner Rolle als ‚Aufklärer‘ über Medikamente aber auch über Allgemeinmaßnahmen wieder ins Gespräch. Doch erst in Sequenz 25 entwickelt sich ein dichter Diskurs um die Arzt-Patient-Interaktion. Ein ebenso wichtiges Thema in dieser Sequenz ist die Forschung nach der Ursache des Bluthochdrucks. Bis auf 4m beschäftigt die Frage nach der Ursache alle Teilnehmer/innen dieser Gruppe. Die dominierende Meinung ist, dass der Arzt nicht über ausreichend Kompetenz bei der Ursachenfindung verfüge.

- 2w: also da wewe würd ich bei Ihnen- Sie haben doch äh=äh vorhin gesacht dass Sie noch gar nicht äh **durchgecheckt** worden sind so Nieren und=und=und **schilddrüsenmäßig**
- 5w: ↑Nieren hat man jetzt auf meinen Wunsch
- 2w: ↑mhmm da würd ich mich
- 5w: ne weil ich gesacht hab ich möchte jetzt die **Organe** äh abgecheckt haben ehe ich
- 2w: mal richtig
- 5w: jetzt irgendwelche Tabletten nehme, weil ich hab dann erst
- 2w: ↑mhmm
- 5w: äh ne **andere** Tablette genommen die hatte **gar nichts** gebracht goar nix
- 2w: mhmm
- 5w: also ich ((bewegt ihren linken Arm auf und ab)) hmm stand genauso bloß dass ich die Tablette genommen habe
- 2w: ↑mhmm
- 5w: so und jetzt hatte man n **anderes** n ACE-Hemmer n leichten mir gegeben und der **bringt** es
- 2w: mhmm
- 5w: erstmal aber das isses ja wo ich sage indirekt könnt ich vielleicht noch **Schilddrüse** ich weiß es nicht welche Organe da noch irgendwie vielleicht den Kick geben
- 2w: ↑ja
- 5w: dass dieser Blutdruck bei mir **sehr=sehr** schwankt oder vorher geschwankt **hat**
- 2w: ↑mhmm=mhmm

5w: und sehr hohe **Spitzen** hatte

2w: also ich bin da schon ziemlich gut durchgecheckt worden in allen Punkten Nieren  
und Schilddrüse und so weiter bei mir is es ein sogenannter essentieller Hypertonus also

5w:

(Gr 6, S 25, Z 1730-1770)

↑mhmm

Für 2w und 5w ist die Untersuchung der Organe („durchgecheckt“) ein für die diagnostische Abklärung des Bluthochdrucks sehr wichtiges Thema. 5w berichtet, dass erst auf ihren „Wunsch“ hin, eine Untersuchung der Organe erfolgte. Dadurch präsentiert sie sich (im Gegensatz zur vorherigen Sequenz) einerseits als aktive Patientin insofern, als sie nicht nur weiß, dass es organische Ursachen gibt, sondern dass sie ihren Wunsch nach dessen Abklärung offenbar beim Arzt auch formuliert. Implizit kritisiert sie jedoch, dass eine umfassende Abklärung aller möglichen Ursachen durch Ärzt/innen offenbar nicht routinemäßig durchgeführt wird, da sie diesen Wunsch erst äußern musste. Weiterhin kritisiert sie indirekt die Verordnungspraxis ihres Arztes, der ihr offenbar ohne vorherige organische Abklärung ihrer Erkrankung Medikamente verordnet hatte, die „**gar nichts** gebracht“ haben. Der Wunsch nach organischer Abklärung offenbart das starke Bedürfnis von 5w, die Ursache ihres Bluthochdrucks herauszufinden und eine adäquate Therapie zu erhalten. Das ärztlich empfohlene Ausprobieren führt bei ihr offenbar zu einer Unsicherheit, die sie kontrollieren möchte, indem sie sich umfassend informiert. Es ist davon auszugehen, dass sie ihre Informationen über die organische Untersuchung zur Abklärung einer sekundären Hypertonie nicht von ihrem Arzt erhalten hat. Es wird die latente Hoffnung auf die Diagnose einer sekundären und somit ‚heilbaren‘ Hypertonie deutlich. Denn im Gegensatz zu einer essentiellen Hypertonie – für welche die Ursachen noch immer weitgehend unbekannt sind – kann bei ersterer durch Behandlung des verursachenden Organs die Hypertonie (die in dem Fall als Symptom anzusehen wäre) vergehen. Neben dem Wunsch nach Gesundung (das Medikament soll helfen) zeigt sich auch ein Bedürfnis nach Kontrolle der Hypertonie, die sie aktiv herbeiführen möchte.

Obwohl 2w im Gegensatz zu 5w davon berichtet, „gut durchgecheckt worden“ zu sein und somit die Kritik an ihrem Arzt diesbezüglich nicht teilt, kann aufgrund ihrer zahlreichen Zustimmungen von einem Diskurs zwischen 2w und 5w ausgegangen werden, der seine Synthese darin findet, dass ein ‚Abchecken‘ der Organe im Vorfeld der Medikation generell wichtig ist („ehe ich jetzt irgendwelche Tabletten nehme“). Für 2w ist offensichtlich ihre organische Abklärung abgeschlossen, was auf die Langjährigkeit der Behandlung zurückzuführen ist. Zwar kann sie als medizinisch vorgebildete Patientin sachlich die Situation gut einordnen („bei mir ist es ein sogenannter essentieller Hypertonus“), im Folgenden wird aber deutlich, dass sie die Frage nach möglichen Ursachen für ihren Bluthochdruck dennoch beschäftigt.

- 2w: keiner weiß wo's herkommt  
 5w: ↑mhmm  
 2w: aber ich denke manchmal also ich habe kenne jetzt schon sehr viele Frauen die so-  
 ja ich sach mal- langsam aus dem gebärfähigen Alter rauskommen beziehungsweise auf  
 die Wechseljahre **zusteuern** bei denen das passiert ich könnte mir denken dass es  
 auch manchmal ne **hormonelle** Geschichte is, dann ja gut dann kommt vielleicht eben  
 noch der Stress dazu den man hat im Beruf, im Privatleben vielleicht **auch** mag ja  
 auch manchmal sein  
 1w: mmmh das is ja dann immer Standard von den Ärzten  
 2w: ↑aber  
 1w: wenn se nich mehr weiter wissen  
 2w: der Stress  
 3m: ↑ja  
 1w: haben Se Probleme zuhause oder aufer **Arbeit**  
 4m: ↑((nickend und leise)) *ja das is das ja* ((greift zur Tasse))  
 2w: ↑mhmm  
 1w: ich hatte jetzt zwei Bandscheibenvorfälle und bin konservativ äh behandelt worden  
 und äh hab (Blockade) gespritzt bekommen, **nichts** hat was gebracht und ich hab dann  
 'n Termin bei der **Schmerzambulanz** und der hat **immer wieder wollte** von mir hören ob  
 ich Probleme hab,  
 2w: mhmm  
 1w: ich sage es gibt privat es gibt auf der Arbeit **immer** irgendwo mal äh Probleme wo  
 man so'n bisschen aber ich **habe keine** Probleme aber das is es wenn die nich mehr  
 weiter wissen dann is das halt **so**  
 (Gr 6, S 25, Z 1772-1816)

2w hält altersbedingte, hormonelle Gründe als Auslöser ebenso für denkbar, wie beruflichen oder privaten Stress. Sowohl für 5w als auch für 2w ist es offenbar hilfreich, einen Grund für die Hypertonie zu kennen. Dabei ist es augenscheinlich nicht ausschlaggebend, ob die Behebung dieser Ursachen eine andere Therapie notwendig machen würde. Folglich kann die Unwissenheit über die Ursachen des Bluthochdrucks als belastend, möglicherweise auch als Unsicherheitsfaktor angesehen werden.

Das von 2w eingeführte Thema ‚Stress‘ nimmt 1w zum Anlass, die von 5w geäußerte Kritik an einer nicht ausreichend sorgfältigen Behandlung durch „die Ärzte“ fortzuführen und integriert diese in den Kontext der Suche nach möglichen Ursachen. Sie fügt hinzu, dass im Falle der Unwissenheit Stress als Ursache durch die Ärzt/innen vorgeschoben wird. Offenbar hat sie das Gefühl, dass Ärzt/innen mit der Frage nach Stress und Problemen die ‚Schuld‘ für Krankheiten übertragen wollen und möchte sich vehement von der Rolle der Schuldigen oder Verantwortlichen distanzieren. Dass der Arzt bei ihr die Ursache nicht findet, liegt für sie eher in dessen mangelnder Kompetenz. Latent wird ihre Befürchtung deutlich, dass, wenn Stress und Probleme den Krankheiten zugeordnet werden, die Forschung nach der für sie vermeintlich tatsächlichen Ursache – die augenscheinlich auch für sie bedeutsam ist – nicht mehr durchgeführt wird, „dann is das halt **so**“. Auch 3m und 4m stimmen der ärztlichen Haltung zu, Stress als Ursache für den Bluthochdruck lediglich vorzuschieben.

In der grundsätzlichen Kritik an der unsorgfältigen oder unzureichenden ärztlichen Behandlung in Bezug auf die Abklärung möglicher Ursachen des Bluthochdrucks stimmen 1w, 2w, 3m, 4m und 5w demnach überein, sodass hier einen pa-

rallel verlaufender Diskurs zwischen den genannten Teilnehmer/innen identifiziert werden kann.

3m nimmt das von 1w initiierte Thema über die angenommene ärztliche Rationalität auf und verlagert dabei den Schwerpunkt der Diskussion auf die bereits von 5w angesprochene Verordnungspraxis des Arztes.

- 3m: tja wenn se manchmal nich weiter wissen dann wird auch einfach gesacht ja dann  
wechseln wa jetzt halt mal das Medikament wir probieren jetzt halt mal was **anderes**
- 4m: ((nickt))
- 5w: mhmm
- 3m: und dann,
- 5w: na bei mir war das auch bis Stufe eins jetzt gehn wa in Stufe zwei
- 3m: ↑komm ich mir manchmal
- 5w: so jetzt probieren wa doch **das** mal
- 3m: ↑ja=ja jetzt komm ich- komm ich mir dann so vor wie es auf unsern Eingangszettel  
stand **Probant**
- 4m: ↑wie vo-  
((1w+3m+M2+5m+6w lachen))
- 4m: Versuchskaninchen ja
- 3m: dass äh die Ärzte dann versuchen das **auszuprobieren** ich meine wir wissen ja alle  
irgendwie die Ärzte kriegen ja auch manchmal so 'n paar Präparate **geschenkt** und  
die müssen ja auch mal **getestet** werden, ums ma soo bisschen in den **Raum** zu stel-  
len, und dann geben die einfach mal den Leuten das und sagen **probieren** Sies doch  
mal wies damit läuft
- M1: ↑mhmm
- 3m: und dann wirkt das halt auch nich und dann kommt man nach vierzehn Tagen wieder  
joa dann probieren wa jetzt **das** ma und dann nehmen wa **das** noch dazu oder **das** und  
dann machen wa so ne **Kombination** daraus
- (Gr 6, S 25, Z 1820-1852)

3m kritisiert insbesondere die Verordnung von Medikamenten vor Durchführung einer umfassenden Ursachenforschung. Er fühlt sich in der Beziehung zum Arzt als Hilfe benötigender Patient vom Arzt nicht ernst genommen, sondern sieht sich aufgrund des ärztlichen Handelns als Objekt („Probant“) medizinischer Willkür, da der Arzt im Zweifelsfall erst mal das Medikament wechselt. 5w kann dieser Kritik zustimmen und auch 4m teilt 3ms Orientierung und fühlt sich bei der Medikamentenverordnung ebenfalls als „Versuchskaninchen“. Bis hierher zeigt sich zwischen 3m, 5w und 4m eine Synthese im Diskurs ‚Patient als Testperson nicht fundierten medizinischen Handelns‘. Im Anschluss vermutet 3m dahinter sogar eine Zusammenarbeit mit der Pharmaindustrie, denn „die Ärzte kriegen ja auch manchmal so 'n paar Präparate **geschenkt** und die müssen ja auch mal **getestet** werden“. Offenbar hat er trotz seiner Betonungen Schwierigkeiten, seinen Vorwurf an die Ärzt/innen, mit der Pharmaindustrie zusammenzuarbeiten, klar zu benennen. Er kann es nur „soo bisschen in den **Raum** [...] stellen“, er verfügt offenbar über keine detaillierten Informationen, sondern verlässt sich auf ihm zur Verfügung stehendes Halbwissen. Außerdem fällt auf, dass er diesen Vorwurf nicht speziell gegen seinen eigenen Arzt richtet. Er spricht vielmehr von „Ärzte[n]“, die „einfach“ Medikamente vergeben und wechselt anschließend in die dritte Person Singular „man“. Diese Distanzierung verdeutlicht das Abhängigkeitsverhältnis in dem er sich als Patient zu einem Arzt befindet. Er kritisiert zwar die Verordnungspraxis seines Arztes, hat jedoch offenbar Hemmungen, den Arzt direkt zu

kritisieren. Dies ist als Selbstschutz zu interpretieren, ist er doch als Laie auf die Behandlung durch eine (formal) qualifizierte Person angewiesen. Würde er die hier eröffnete und überspitzt formulierte Überlegung „Versuchskaninchen“ für die Pharmaindustrie zu sein – mit dem Arzt als ‚Handlanger‘ – weiterdenken, wäre eine Fortsetzung der objektiv notwendigen Bluthochdruckbehandlung subjektiv nicht mehr durchführbar. Andererseits wäre auch ein Arztwechsel nicht möglich, da er die unterstellte Inkompetenz auf die gesamte Ärzteschaft überträgt. Die Zustimmungen zu dieser Proposition durch 5w und 4m, die bisher am Diskurs beteiligt waren, bleiben zunächst aus und es wird nicht deutlich, ob sie dieser Verknüpfung mit der Pharmaindustrie und der vermeintlichen Rollenzuschreibung als Versuchskaninchen zustimmen. An diesem Punkt bringt 6m sich zum ersten Mal mit einer Frage ein.

- 6m: und gibts dazu ne Alternative?  
 3m: ((hebt die Hand)) nein  
 5w:           ↑gibt es nich  
 3m: nee  
 6m: wenn wir uns drüber unterhalten und wir wissen letztlich nich so richtig wos  
**herkommt** ist der Arzt dann auch nicht so viel schlauer der kennt sich halt mit den  
**Medikamenten** aus er muss **probieren**  
 5w: na hat man denn bei Ihnen alle Organe abgecheckt? organisch?  
 6m:   ↑nein  
 5w: auch nich ne?  
 6m:           ↑**auch**↓probiert  
 3m: also auch dieses Prob-  
 6m:           ↑erst das Medikament↓ einmal erhöht zweites dazu, dann ging es  
 5w:           ↑ja das das↓  
 3m: mhmm  
 (Gr 6, S 25, Z 1854-1879)

6m deutet mit seiner an 3m gerichteten Frage an, dass er diesen für kompetent in behandlungsrelevanten Fragen hält. Zumindest gibt er aber zu verstehen, dass er sich nicht auskennt. Er hat die gleichen Erfahrungen bei der Medikation gemacht wie die anderen Teilnehmer/innen, eröffnet jedoch im Folgenden einen negativen Gegenhorizont zu dem bisherigen Orientierungsmuster. Ihn interessieren die Ursachen für den Bluthochdruck offenbar nicht. Möglicherweise weiß er, dass diese bei einer essentiellen Hypertonie nicht bekannt sind. Er akzeptiert diesen Zustand des Ungewissens und gesteht dem Arzt das Ausprobieren zu, womit er als einziger eine dem Arzt gegenüber verteidigende Haltung einnimmt. Er geht davon aus, dass der Arzt keine Alternative hat, als verschiedene Medikamente auszuprobieren – dies also die reguläre Praxis ist. Dabei nimmt er sich als Patient nicht als Versuchsperson wahr, sondern schreibt dem Arzt einen kompetenten Umgang mit Medikamenten zu. Die Ungewissheit der Ursachen zu hinterfragen oder gar zu klären, betrachtet er weder als seine noch als Aufgabe des Arztes. Die Kompetenz des Arztes liegt für ihn vielmehr in der Kenntnis der Medikamente. Damit nimmt 6m eine unbeteiligte Position ein; für eine Auseinandersetzung mit den Ursachen oder geeigneten Behandlungsmöglichkeiten sieht er folglich keine Notwendigkeit.

Obwohl 3m und 5w die Frage nach Verschreibungsalternativen verneinen, ignorieren sie die durch 6m initiierte Umorientierung im Diskurs. Beide kommen

wieder auf ihre Ursprungsthemen (Notwendigkeit des ‚Organchecks‘ und Patient als ‚Versuchskaninchen‘) zurück. Diese Reaktion deutet darauf hin, dass es beiden Teilnehmer/innen schwer fällt, den Bluthochdruck als langfristiges (chronisches) Ereignis mit unklaren Ursachen anzuerkennen. Auf dieser Grundlage suchen sie nach Fehlern im ärztlichen Handeln, mit dem Ziel, entweder die Diagnose korrigieren zu können (5w) oder die eigene Unsicherheit mit der (schwer zu (be-)greifenden) Hypertonie (3m) ebenso zu negieren wie die Notwendigkeit eine individuell angemessene Medikation zu finden. Dass bei 6m die Organe nicht untersucht wurden, bestätigt 5w darin, Ärzt/innen bezüglich ihrer Verordnungspraxis zu kritisieren. Auch 3m fühlt sich in seiner Kritik an der ‚Probierpraxis‘ der Ärzt/innen bestätigt.

4m nimmt im Folgenden das Thema ‚Organcheck‘ auf, hält sich aber wie 6m mit einer pauschalen Kritik an Ärzt/innen zurück.

- 4m: dann muss ich wohl sagen dass ich **Glück** gehabt habe denn wie das bei mir festgestellt worden is äh da is auch äh musst ich äh also Ultraschall machen lassen von den von den **Nieren** und so, ich weiß jetzt nich ob Sie auch äh Schilddrüse irgendwas äh was bei mir gemacht haben aber das is schon das is schon fünfzehn Jahre her,
- M1: ↑mhmm
- 4m: ↑das weiß ich halt nich mehr aber äh diese Ultraschall äh Untersuchung der Nieren hab ich also jetzt schon **‘ paar Mal** gehabt, nich nur äh zu Anfang sondern da hat man also weiter geguckt ob es äh auch durch die Medikamente mmh ob da irgendwelche **Schädigungen** aufgetreten sind und so, un das is also doch zwar unregelmäßig aber man hat das also mehrmals bei mir gemacht
- 3m: (hat man das) aber auch **vorher** gemacht **bevor** man die Medikamente gegeben hat
- 4m: äh also ich muss sagen wir haben erstmal mit den Medikamenten **angefangen**
- 3m: mhmm
- 4m: und ich habe sa- sozusagen gleichzeitig n Termin äh mir geholt beim beim Facharzt äh für die Ultraschalluntersuchung
- 3m: mhmm also hat man dann doch **‘ n** bisschen weitergeforscht hat gesacht **da** kann immer noch **gucken**
- 4m: ↑richtich ähm er wollte eben wissen wo es äh wo es also dran liegen kann
- 3m: ↑äh also nich einfach gesagt probieren wa das ma
- 4m: nee nee=nee nee
- 3m: also war das schon mal ein bisschen verantwortungsvoller Arzt
- 4m: ja
- (Gr 6, S 25, Z 1881-1918)

In diesem Abschnitt äußert 4m, mit seinem Arzt „Glück“ gehabt zu haben, denn dieser hat parallel zur Medikation eine Organuntersuchung bei einem Spezialisten veranlasst. Für 4m ist dies offensichtlich eine ‚Glückssache‘, nicht etwa medizinischer Standard. Eine umfassende Diagnostik erachtet er demnach als unvorhersehbares oder zufälliges Ereignis, das er als Patient nicht beeinflussen kann. Er nimmt damit einen positiven Gegenhorizont zu 5w, 2w und 3m ein, die zwar die Organuntersuchung auch als notwendig erachten, deren Unterlassung jedoch als ärztliches Fehlverhalten deuten. So scharf ist die Kritik, die eine reflektierte Positionierung vermuten lässt, von 4m nicht. Stattdessen weist der Hinweis auf das Glück bei der Arztwahl – ebenso wie in Gruppe 3 – auf die Abhängigkeit des Patienten vom Arzt und die Wahrnehmung eines engen eigenen Handlungsspiel-



raum hin. Weder nehmen die Patient/innen, die dieses Orientierungsmuster zeigen – an, dass sie einen Einfluss auf die Gestaltung der Kommunikation mit dem Arzt oder die Form der ärztlichen Diagnosestellung haben, noch gehen sie offenbar von einer Standardisierung kommunikativer und diagnostischer Fähigkeiten aus. Auch der Arztwechsel als aktive Einflussnahme wird in diesem Orientierungsmuster nicht mitgedacht.

Es ist anzunehmen, dass 4m sich über Diagnose- und Behandlungsmöglichkeiten nicht informiert hat, sodass ihm sein „Glück“ erst jetzt bewusst wird. Auch jetzt weiß er nicht genau, welche Untersuchungen bei ihm durchgeführt wurden und rechtfertigt seine Wissenslücke damit, dass dies schon „fünfzehn Jahre her“ sei. Eine Kritik an ärztlichem Verhalten wird demzufolge nicht notwendig und er lässt sich auf die Provokation durch 3m, trotz der Ultraschalluntersuchung ebenfalls ein „Versuchskaninchen“ gewesen zu sein, nicht ein. Offensichtlich nimmt er das Verhalten seines Arztes in Schutz, um die von ihm wahrgenommene gute Beziehung nicht zu gefährden. Hinsichtlich der Einleitung der Behandlung stimmt er mit 6m überein. Hier wird erneut die Fragilität der Beziehung und die Abhängigkeit des Patienten vom Arzt deutlich. Dass er die Diagnostik und in Folge dessen vermutlich auch die Behandlung nicht weiter hinterfragen möchte, zeigt sich in der sprachlichen Distanzierung, indem 4m von „man“ spricht.

Bei 4m offenbart sich jedoch die Angst, dass „irgendwelche **Schädigungen**“ durch die Medikation auftreten könnten. Es wird eine Ambivalenz bezüglich der Präsentation seines Hausarztes sichtbar. Einerseits stellt er ihn als sorgfältig dar, aber andererseits relativiert er diese Sorgfältigkeit, indem er angibt, die Untersuchungen seien zwar „mehrmals“ aber „unregelmäßig“ erfolgt. Möglicherweise ist die Präsentation des Arztes als gewissenhaft und damit der Schutz der Beziehung notwendig, weil das Vertrauen in den Arzt ihm hilft, mit der Angst umzugehen.

Abermals nutzt 3m diese Gelegenheit, seine konstante starke Kritik gegenüber Ärzt/innen aufrecht zu erhalten und nimmt seine Proposition „Medikamente ohne ausreichende Untersuchung“ erneut auf. Indem er bei 4m nachfragt, ob der Ultraschall vor der Medikamentenverordnung durchgeführt wurde, stellt er die Kompetenz von 4ms Arzt und damit auch 4ms „Glück“ infrage.

Auf der expliziten Ebene kommt es bei diesem antithetischen Diskurs zwischen 3m und 4m zu einer Synthese, da 3m dem Arzt von 4m eine gewisse Verantwortung zugesteht. Die latente Struktur lässt dabei aber die Frage aufkommen, ob es sich tatsächlich um eine Synthese handelt oder der Arzt von 4m für 3m lediglich ein Beleg ist für ‚verantwortungslose Ärzt/innen‘ im Sinne eines ‚Ausnahmen bestätigen die Regel‘. Damit würde 3m verdeutlichen, dass er Ärzt/innen generell für verantwortungslos hält. Verantwortungsvoll bedeutet dieser Logik folgend, dass ein Arzt vor der Verordnung von Medikamenten eine umfassende Ursachenforschung betreibt und diese findet, im Grunde also entsprechend gültiger Leitlinien handelt. Führt man diesen Gedanken fort, so ist davon auszugehen, dass ärztliches Handeln auf der Grundlage von Erfahrungswerten, das mit einem Abweichen von leitliniengerechtem Handeln einhergeht, hier mit ärztlicher Ver-

antwortungslosigkeit und Inkompetenz gleichgesetzt wird. Trifft dies zu, so ist davon auszugehen, dass 3m selbst sein Handeln normativ ausrichtet (gleiches erwartet er auch von anderen), was als Hinweis für zugrunde liegende Ängste zu deuten ist – denn der normative Rahmen gibt ihm Sicherheit.

2w versucht anschließend, die beiden Gegenhorizonte zu einer Synthese zu bringen und bezieht sich dabei auf ihre Proposition, die Relevanz organischer Diagnostik vor Therapiebeginn.

- 2w: ja wie gesacht so war es ja bei mir **auch** also bei mir is auch alles äh durchgecheckt worden und dann haben wir halt gesacht das is ein- keiner weiß wos  
(?): ↑mhmm
- 2w: **herkommt** ich meine wenn ich denke fürn Arzt is das auch irgendwo ganz schön schwierig zu sagen ja ääh ich weiß nich wo die Krankheit **herkommt** ne? (2) könnt ich mir vorstellen
- 3m: ja gut dann wenn er wenn es wirklich doch nn mit seinem- der eine Arzt mit seinem Latein am **Ende** ist dann kann er doch versuchen jemanden **weiter** zu leiten dass er also nicht nur auf ss- sich auf **sein** Wissen beschränkt sondern noch andere Meinungen dazu **einholt**
- 2w: ↑mhmm
- 1w: mhmm
- 2w: ja
- 5w: dafür gibts ja **Internisten** ne  
(Gr 6, S 25, Z 1922-1940)

2w betont hier, dass ihr Arzt, wie der von 4m, ebenfalls verantwortungsvoll ist, was – wie auch 4m – mit einer bei ihr durchgeführten umfangreichen Diagnostik begründete. Wie auch bei 4m spricht sie von sich und dem Arzt als „wir“, was daraufhin deutet, dass sie sich mit dem Arzt solidarisiert und sich deshalb mitverantwortlich für die Behandlung fühlt. Eine deutliche Kritik am Verhalten des Arztes wird dadurch schwieriger, da auch das eigene Handeln infrage gestellt wird. 2w geht mit ihrer Äußerung zwar nicht direkt auf die in der Rede von 3m enthaltene Abwertung ein, hat aber, nachdem bereits 6m und 4m eine eher verteidigende Position gegenüber dem Arzt eingenommen haben, offensichtlich das starke Bedürfnis, auch ihren Arzt als verantwortungsvoll zu präsentieren. Mit der Betonung des Wortes „**auch**“ räumt 2w zudem ein, dass 4ms Arzt tatsächlich verantwortungsvoll ist. Dies ist als Hinweis darauf zu sehen, dass sie die Meinung von 3m nicht teilt, es gebe mehrheitlich verantwortungslose Ärzt/innen.

Hinsichtlich der Klärung der Ursachen ihrer Hypertonie zeigt 5w sich ambivalent. Einerseits beschäftigt sie die Frage, andererseits räumt sie die Möglichkeit ein, dass trotz umfangreicher Ursachenforschung der Grund ihrer Erkrankung unbekannt bleibt. Sofern also eine umfangreiche Diagnostik durchgeführt wurde und die Ursachen dennoch unbekannt bleiben, ist eine empathische (personell vertrauensvolle) Haltung gegenüber dem Arzt für 5w möglich. Um ihre Beziehung zu ihrem Arzt nicht zu gefährden, erklärt sie, dass das Eingeständnis von ‚Wissenslücken‘ für Ärzt/innen nicht leicht ist. Nicht zu wissen oder nicht zu akzeptieren, dass die Wissenslücke nicht an ihrem Arzt, sondern in der Hypertonie selbst begründet liegt, scheint für sie jedoch von geringer Relevanz zu sein. Dieser bereits zuvor beschriebene Unsicherheitsfaktor und die Übertragung dessen auf den Arzt bestätigt sich hier erneut. Die Klärung dieser latenten Unsicherheit führt bei 5w zu

einer Handlungsaktivität (aktives Informationsverhalten und Einfordern von Untersuchungen beim Arzt), mit dem Ziel, die Ängste zu reduzieren. Die Einschränkung der kritischen Haltung dem Arzt gegenüber ist jedoch notwendig, da sie bei der Klärung ihrer Unsicherheiten (Ursachenforschung) auf dessen Unterstützung angewiesen ist.

3m stimmt zwar ausdrücklich zu, dass ein Arzt auch einmal Wissenslücken haben, „mit seinem Latein am **Ende**“ sein kann. Seine implizite Kritik am ärztlichen Handeln, der in einem solchen Fall einen Fachkollegen hinzuziehen sollte, bleibt erhalten. Hier offenbart sich eine Erwartung an die medizinische Omnipotenz, die auf jede Frage eine Antwort hat. Weder kann er sich augenscheinlich vorstellen, dass ein Arzt ‚wirklich‘ an seine Grenzen stößt, noch dass es innerhalb der medizinischen Disziplin offene Fragen gibt. Wenn ein Arzt eine Lösung nicht kennt, ist dies dieser Argumentationslogik zufolge auf persönliches ‚Versagen‘ zurückzuführen, sodass ein weiterer Arzt (mit mehr Fachkompetenz) hinzugezogen werden sollte. Offensichtlich kann er nur annehmen, dass ein einzelner Arzt nicht kompetent genug oder „**sein** Wissen beschränkt“ ist. Die Möglichkeit, dass die Ursache grundsätzlich nicht gefunden werden kann, kann 3m im Gegensatz zu 2w nicht akzeptieren und stimmt diesbezüglich mit 5w überein.

Obwohl 2w die ‚Wissenslücke‘ akzeptieren kann, stimmt sie der Möglichkeit einer Abklärung durch einen weiteren Arzt grundsätzlich zu, worin sich ihre ambivalente Haltung und der Wunsch nach Klärung abermals zeigt. Auch 1w stimmt dieser Möglichkeit zu. 5w bringt die Ausführung von 3m auf den Punkt und zeigt damit die von ihr erwarteten Handlungsgrenzen von Hausarzt/innen an, indem sie anmerkt, „dafür gibts ja Internisten“. Nicht zu wissen, woher der Blutdruck kommt, wird folglich nicht als grundlegendes Problem der Medizin, sondern des Hausarztes angesehen. Dass die genauen Ursachen einer essentiellen Hypertonie tatsächlich nicht bekannt sind, weiß offenbar nur 2w, aber auch bei ihr wird dieses Wissen durch den latenten Wunsch nach der Kenntnis der Ursachen überlagert.

Die Gruppe selbst nimmt das Thema Arzt-Patient-Interaktion nicht wieder in die Diskussion auf. Erst gegen Ende der Diskussion nach über eineinhalb Stunden initiiert M1 das Thema im Zusammenhang mit der Diskrepanz häuslicher und ärztlicher Messwerte. Diese führt offenbar zu Unsicherheiten, die nach Aussage der Teilnehmer/innen mit anderen Patient/innen besprochen wird. M1 stellt nun an die Gruppe die Frage, ob dieses Thema auch mit dem Arzt besprochen wird.

- M1: ↑mhmm  
jetzt haben Sie alle gesagt zuhause ist der Wert **niedriger** als beim **Arzt** und ich ich glaube **Sie** waren das ((schaut in Richtung 2w)) dass Sie gesagt haben man unterhält sich ja auch mit den **Patienten** im Wartezimmer und kriegt mit dass das so üblich is aber besprechen Sie das auch mit dem **Arzt**? dass die Sie das so **beschäftigt**?
- 3m: ↑((nickt)) ja  
4m: ↑ja jaa
- M1: das wird das schon thematisiert?  
4m: ↑ja  
2w: ja  
3m: ↑das sag ich ihm immer **wieder** ich sage warum is denn jetzt plötzlich

- 4m:     ↑ja  
M1:             ↑ja?   ↑mhmm  
3m: bei dir hier oben zehn mmh fünfzehn äh äh Einheiten **höher** als das was ich **Zuhause** me- ich also ich führe dann auch 'n Buch und dann da is das also der Wert dann von äh hundertdreißich zu fünfundsiebzig achtzig so und der zieht sich da durch komm ich zum Arzt hin isser hundertfünfundvierzig zu **neunzig** ne und dann sacht er immer ja **gut** dann haben wa das Problem mit diesem Aufgerechtsein wenn dieses s bald dieses Gerät von jemand **anders** drumgeleht wird  
(?) : mhmm  
3m: so dieses äh **Lehrersyndrom**  
2w: mhmm  
3m: ne was die Schüler ja auch haben wenn da vorne jemand anders **steht** und äh sagt mir irgendetwas werde ich **aufgerechter** ne und dann wenn es jemand anders macht is diese **Aufgeregtheit** da ne und (1) dadurch kommt das dann dass diese Werte sich unterschiedlich darstellen und deswegen geht er ja dann auch drauf ein sacht er ja ok wenn du das zuhause **so** gemessen hast dann muss ich das wohl so **annehmen** und er is ja auch nich in diesem äh Erhöhen äh **entfernt** von dem Wert sodass er sagen muss jetzt also er steht da nich bei **zweihundert** oder irgendwas in dem Moment  
M1:   ↑mhmm  
3m: sondern äh be-bewegt sich um die zehn fünfzehn Punkte und sacht er ok dann kann ich das jetzt so sehen dass du jetzt diese Aufgeregtheit hast ne?  
M1:             ↑mhmm  
3m: ((leise)) *das is also dann immer noch im Normalbereich aber die Medikamente schlagen **an** und das is ok (2)*  
(G6, S 49, Z 3879-3952)

3m und 4m stimmen der von M1 gestellten Frage spontan zu. Es ist davon auszugehen, dass hier im Sinne sozial erwünschten Verhaltens geantwortet wird, und M1s Frage gewissermaßen als Überprüfung des Patientenverhaltens aufgefasst wird. Die anschließende Detaillierung und ein erneutes Nachfragen deuten darauf hin, dass M1 von der kurzen, vorschnellen Bestätigung der Kommunikation nicht überzeugt ist.

2w war als ursprüngliche Initiatorin des von M1 aufgegriffenen Themas angesprochen worden. Obwohl sie angeführt hatte, dass sie die Diskrepanz der Messwerte mit anderen Patient/innen im Wartezimmer bespreche, was darauf hindeutet, dass dies nicht mit dem Arzt thematisiert wird, bestätigt sie nun, dass sie dies auch mit dem Arzt tue. Das heißt folglich, es besteht über die Kommunikation mit dem Arzt hinaus eine Verunsicherung, die entweder aus ihrer Perspektive nicht allein mit dem Arzt zu klären ist oder eine externe ‚Überprüfung‘ und Absicherung des ärztlichen Handelns durch Gespräche mit anderen notwendig macht. Da aufgrund der medizinischen Vorbildung von 2w davon auszugehen ist, dass die sprachliche Verständigung auf einer (annähernd) gleichen Ebene erfolgt (anders als von 1w in Gruppe 1 geschildert), müssen andere Gründe für die absichernden Gespräche vorliegen. Möglicherweise kann sie in der Situation als Patientin ihr objektives Urteilsvermögen hinsichtlich der fachlichen Kompetenz des Arztes nicht beibehalten, sodass sie diese auch aufgrund der Erfahrungen anderer Patient/innen bewertet, um zumindest diesen Faktor als ursächlich für diskrepante Messungen auszuschließen.

3m führt aus, inwiefern er die diskrepanten Messungen mit dem Arzt bespricht. Die erzählende Sprechweise deutet dabei darauf hin, dass ihn dieses Thema sehr beschäftigt und vermutlich auch verunsichert. Er scheut sich nicht, diese

offenbar wiederkehrenden Diskrepanzen erneut beim Arzt anzusprechen. Auffällig ist, dass er seine Messergebnisse nicht infrage stellt, sondern den Arzt zu einer Erklärung auffordert. Das impliziert, dass er dem Arzt so viel Kompetenz zuspricht, dass dieser darauf eine plausible Antwort hat. Wie bereits deutlich wurde, fordert 3m von einem Arzt sogar eine gewisse Allwissenheit. Die Begründung des Arztes, die Diskrepanz habe mit der Aufregung des Patienten bei der Fremdmessung zu tun (sei also ein durchaus häufig auftretendes Phänomen), das 3m als „Lehrersyndrom“ bezeichnet. Der Vergleich der Situation der Blutdruckkontrolle beim Arzt mit dem Lehrer-Schüler-Verhältnis und der Aufregung, die Schüler in der Gegenüberstellung mit dem Lehrer haben, deutet darauf hin, dass 3m das Verhältnis zu seinem Arzt als asymmetrisch und hierarchisch wahrnimmt. Dieser Wahrnehmung entspricht auch die Zuweisung von Allwissenheit an den Arzt.

3m beschreibt trotz seiner allgemeinen Kritik an Ärzt/innen die Reaktion seines Arztes bezüglich seiner Fragen als zugewandt und vermittelnd, dass er dem Patienten glaubt, wenn dieser sagt, dass die Werte Zuhause niedriger waren. Mehr noch: Er entschärft die Diskrepanz, indem er auch den erhöhten Wert (mit dem Hinweis auf die Wirkung der Medikamente) als nicht beunruhigend einstuft. Trotz der Hierarchie der Arzt-Patient-Beziehung nimmt 3m seinen Arzt als empathisch wahr, da dieser offenbar seine Aufregung nachvollziehen kann. 3m jedoch kann diese Empathie insofern nicht annehmen, als er die Messdiskrepanz als eigenes Versagen deutet und fortwährend zu begründen versucht.

An dieser Stelle verlässt 3m vollständig das Thema Arzt-Patienten-Interaktion und thematisiert weiter die Schwankungen seines Blutdrucks.

3m: und bei mir liecht der Wert immer so bei fünfundsiebzig darunter und das is halt  
 2w: is doch **ideal** aber mit Medikamenten ne  
 1w:                   ↑ja↓  
 3m: **mit** Medikamenten ja  
 1w:                   ↑mhmm↓  
 4m: ((nimmt seine Tasse und trinkt))  
 3m: oder er geht dann höhe- hoch je nachdem was ich dann immer **machen** muss ne?,  
       immer da das is bei **jedem** so  
 (Gr 6, S 49, Z 3956-3971)

Die Diskrepanzen seiner Messwerte sind offenbar Ursache, möglicherweise auch Ausdruck einer latent vorhandenen Unsicherheit. 2w und 1w nehmen diese Unsicherheit augenscheinlich wahr und gehen beruhigend auf ihn ein, indem sie seine Werte als „**ideal**“ einstufen. Durch diese Unterstützung präsentieren sie gleichzeitig ihr Wissen über Details im Zusammenhang mit der Hypertonie (angemessene Blutdruckwerte) und zeigen auf der manifesten Ebene, dass sie sich ebenso auskennen wie 3m. Zusätzlich zu den diskrepanten Messwerten wirken auch belastungsbedingte Blutdruckschwankungen verunsichernd auf 3m. Dabei ist ihm wichtig zu betonen, dass er dies durchaus als ‚normal‘ ansieht und dass das bei ‚jedem‘ so sei. Um seine ‚Normalität‘ zu bestätigen – was hier als Zeichen der ‚Selbstberuhigung‘ zu verstehen ist, aber auch, um den anderen sein vermeintlich besseres Wissen zu zeigen – betont 3m, dass der Blutdruck nach der Aktivität auch schnell wieder ‚runter‘ geht.

3m zeigt nun deutlich, was er weiß, und dass er glaubt, mehr zu wissen als „die meisten“. Gleichzeitig wird jedoch deutlich, dass die Auseinandersetzung mit der Krankheit und die Anhäufung von (Halb-)Wissen 3m nicht vor Verunsicherung schützt. Seine in der Gruppe präsentierte kritische Haltung wäre folglich ebenfalls als Ausdruck dieser Verunsicherung zu betrachten. Vielmehr ist diese Passage sogar als deutlicher Hinweis darauf zu sehen, dass 3m sich aus Angst intensiv mit der Krankheit auseinandersetzt. Durch seine Beiträge verdeutlicht er, wie sehr ihn die unterschiedlichen Messwerte verunsichern und wie sehr er an dem Erreichen der Zielwerte orientiert ist – ohne dass vom Arzt Druck ausgeübt wird.

Um die anderen Diskussionsteilnehmer mit einzubeziehen, weitet M1 die Frage nach den Interaktionsmöglichkeiten auf den Rest der Gruppe aus.

- M1: mmh ich hatte jetzt so mmh im Verlauf der Diskussion hier mmh das Gefühl hier dass so **viele** Fragen da waren Sie hatten gesacht Sie wissen gar nicht ob's vielleicht **organisch** is und es kam an der einen oder anderen Stelle auch mal äm, wie gehen Sie mit diesen Fragen um? ha- mit wem besprechen Sie solche Fragen die Sie offensichtlich **haben** im Zusammenhang mit der Erkrankung (2)
- 2w: also ich muss ganz ehrlich sagen ich hab jetzt äh da ich wirklich schon zehn **Jahre** lang diese Medikamente einnehme öh is das für mich eigentlich schon so'n bisschen zur **Routine** geworden
- 4m: ((leise)) *joa*
- 2w: nur wird halt wie gesacht zwischendurch
- M1:                   ↑mhm
- 2w: wurde dann eben mal son Langzeit RR **gemacht**=ich hab auch zwischendurch manchmal auf äh ähm auf eigenen Wunsch meine Medikamente **umstellen** lassen weil ich eben auch diese Beta-Blocker nich so gut **vertrage** und ich hatte immer das Gefühl mir wird da morgens **schwindelich** von und deswegen hab ich jetzt m- äh 'n anderes Medikament aber äh **gut** ich mein wenn ich jetzt bei meinem Arzt **bin** und äh der Blutdruck is hoch dann **sag** ich ihm das auch dann sag
- M1:                   ↑mhm
- 2w: ich naja gut ich bin jetzt auch hier be- wenn ich in der Arztpraxis bin bin ich immer aufgerechter is der Blutdruck **immer** ein bisschen höher und so, aber äh dass ich jetzt da noch mit meinem **Partner** abends drüber spreche oder mit meinen **Bekannten** oder **Freunden** das tu ich **nich** mehr, dazu is der **Bluthochdruck** diese Erkrankung eigentlich irgendwie zu sehr zu einem Teil meines **Lebens** geworden
- 4m:                   ↑((nickt und hustet))
- 2w: und ich hab mich jetzt erst ((lachend)) *wieder damit auseinandergesetzt* als wir hier äh als ich an *dieser Studie* teilgenommen habe und hab dann musste dann auch mal wieder son bisschen reflektieren wie das damals war was ich wie das **entdeckt** wurde und und ähm wie ich überhaupt zu mit dieser **Medikamenteneinnahme** umgehe und mit dieser ganzen Erkrankung es is wie gesacht man man gewöhnt sich an **alles** ((lacht)) *platt gesacht*
- (Gr 6, S 50, Z 3997-4055)

Zunächst geht nur 2w auf M1s Nachfrage ein und formuliert, dass die Langzeitbehandlung mit Medikamenten bei ihr zu einer routinierten Einnahme führt. 4m unterstützt diese Proposition, da er diese Erfahrung vermutlich auch gemacht hat. Sie greift das Thema Ursachen nicht auf, woraus geschlossen werden kann, dass sie nach einem so langen Zeitraum keine offenen Fragen (zu den Ursachen) mehr hat. Ihre Schilderung zur Umstellung der Medikamente auf eigenen Wunsch verdeutlicht, dass sie, wenn sie Probleme (Vertragen der Beta-Blocker) oder Fragen hat, diese mit dem Arzt klärt. Dabei kommt dem Arzt eine Rolle des Dienstleisters zu, der die Wünsche der Patientin umsetzt („Medikamente umstellen lassen“). Die Patientin übernimmt hier eine aktive Rolle, indem sie ihren Körper und ihre Be-



letztendlich **tatsächlich** wieder dran dass ich zu **hoch** dosiert war ne?  
M1: mhmm  
1w: und jetzt gehts mir wieder **besser**  
M1: mhmm  
1w: also jetzt isser **fast** schon n bisschen zu **niedrich** also da muss hab ich **auch** zu kämpfen weil so hundert zu **sechzich** wenn ma- wens immer **hoch** is und auch der **Puls** is jetzt sechzich also das is jetzt im Moment wie gesacht ich muss aber noch diese halbe Tablette **nehmen** aber ich find **schon** gut ich hab sonst Beta-Blocker genommen und nehme jetzt ne mmh halbe Blutdrucktablette in Kombination auch mit **Wasser** hatten wa eben glaub ich eben auch schon mal so  
M1: mhmm  
1w: und das geht jetzt aber auch **gut** und ich werd das jetzt noch so ´n bisschen beobachten und vielleicht reicht es ja auch mal aus dass ich nur jeden zweiten Tach ´ne halbe nehmen muss, aber soweit bin ich im Moment noch nicht so gut ich bin jetzt erst seit vierzehn Tagen hab ich jetzt diese anderen Schilddrüsentabletten aber das is so ja wo ich denke vielleicht **schaff** ich das damit  
M1: ↑((nickt)) mhmm  
1w: und ich war jetzt auch nich zum **Sport** ich fang jetzt nächsten also Monat wieder mit ähm Dezember wieder mitm Sport an, ich hatte mich abgemeldet und werde jetzt sehen vielleicht krieg ich das dann wieder n bisschen **besser** noch in Griff vielleicht  
M1: mhmm  
1w: schaff ichs **doch** mal ohne  
(Gr 6, S 50, Z 4057-4146)

1w vertraut sich bei Problemen oder Beschwerden augenscheinlich nicht dem Hausarzt an oder bittet diesen um Unterstützung bei der Abklärung. Sie expliziert zwar die Auseinandersetzung mit dem Arzt, verdeutlicht aber, dass keine Auseinandersetzung im Sinne einer gemeinsamen Entscheidungsfindung stattfindet. Sie zeigt beispielsweise an, die Zusammenhänge zwischen Bluthochdruck und Schilddrüsenerkrankungen gut genug zu kennen, um diese Diskrepanz der Messwerte zuordnen zu können. Anstatt diese aber mit dem Arzt zu besprechen, zieht sie zunächst ihren Mann zu Rate. Erst wenn sie zu einer begründeten Hypothese am Ende eigener Überlegungen gelangt ist, bespricht sie diese mit dem Arzt. Hier wird der Stellenwert, den der Hausarzt für 1w hat, sichtbar. Sie übernimmt einen Großteil der Verantwortung und der ärztlichen Arbeit. Die Reduktion der Tabletten betrachtet sie als eine Leistung, die sie erbringen muss (zu ‚schaffen‘), wobei ihr der Arzt und die Medizin übergangsweise eine Unterstützung bieten. Ihr Ziel ist es, die Leistung ‚Gesundheit‘ ohne Medikamente zum Beispiel durch Sport zu erreichen. Offenbar weil deutlich wird, dass 1w ihren Wunsch nach Tablettenreduktion beim Arzt nicht anspricht, greift M1 erneut mit einer Frage in die Diskussion ein und bittet um Erläuterung.

M1: mhmm, aber solche Gedanken die Se sich machen mmh besprechen Sie sowas dann auch mit mit dem **Arzt** oder is das was Sie so für sich überlegen  
1w: ↑joa ↑nee  
M1: schon da is der Arzt da schon ein Ansprechpartner  
1w: ↑nö ich **sag** ihm das  
ich ich bin **hin** und hab ihm das **gesagt** und  
M1: ↑mhmm  
1w: hab gesagt ich möchte gerne **Überweisung** und da stellt er sich überhaupt nicht quer, er kennt mich, wie gesacht schon fünfzehn Jahre und, er weiß dass ich nich unnötlich irgendne Überweisung fordere und das geht  
(Gr 6, S 50, Z 4148-4176)



Den Hausarzt sieht 1w offensichtlich nicht als Kompetenz an, die durch medizinisches Fachwissen und Erfahrungen dabei behilflich ist, Ursachen für Unwohlsein und Diskrepanzen zu finden, sondern er ist für sie medizinischer Dienstleister (Verordnung von Medikamenten) – damit zeigt sie einen positiven Gegenhorizont zu 2w an – und notwendiger Mittler, an den sie Forderungen stellen kann (Ausstellen von Überweisungen an Fachärzt/innen). Er unterstützt sie in ihren Entscheidungen und hinterfragt diese nicht – vermutlich, weil sie es nicht zulässt. Mit ihrem Hausarzt findet kein ‚echter‘ Austausch statt, den sie möglicherweise auch vermeidet. Den Arzt in die Verantwortung einzubeziehen oder ihm diese zu überlassen, könnte für sie bedeuten, die Krankheit zuzulassen. Diese hat bisher in ihrer Wahrnehmung nur einen Übergangstatus. Der stark vorhandene Wunsch nach einem Leben ohne Medikamente, also als gesunder Mensch, drückt sich in einer Handlungsaktivität und Übernahme der Verantwortung für den Behandlungsverlauf aus.

M1 erweitert abermals die Fragestellung, mit wem Fragen geklärt werden, auf die ganze Gruppe.

- M1: mhmm mh, und wie is das bei den anderen? haben Sie auch das Gefühl dass Sie mit dem Arzt auch **Fragen klären** können das war vorhin das Thema da is immer so viel **Eile** is da **Raum** für **Fragen**? oder mit wem besprechen Sie so Themen das was Sie so
- 6m: ↑(komm)
- M1: **beschäftigt** manchmal  
↑die kommen ja dann auch **oft** gar nich, also ich war erstaunt was es so alles gibt jetzt hier in der Runde ((lacht))
- 4m: ↑((lacht))
- 6m: und bin offensichtlich irgendwie dann etwas noch der **Neuling** da drin
- M1: mhmm
- 6m: und ja also ich kann meine Ärztin theoretisch **auch** alles fragen aber da war es wurde medikamentös **eingestellt** und ja und was grundsätzlich dass Bluthochdruck gefährlich is äh das hab ich dann n paar=paar Mal auch irgendwo nachgeschlagen ich bin auch ins Internet reingegangen und hab da mal kurz geguckt was es so **gibt** aber so auf dass das mit verschiedenen andern Organen zusammenhängt kann nur also ich hab das dann hab mir gesagt das is halt **stressbedingt** und da muss ich erstmal irgendwie **runter**
- M1: mhmm
- 6m: das ging mir dann auch auch sofort etwas besser obwohl das mit dem Blutdruck nich **sofort** geklappt hat das musste erst n paar Mal **nach** eingestellt werden
- M1: ↑mhmm
- 6m: Medikamente rauf und dann war das **ok** war ich zwei dreimal noch **da** und dann gings eben drum **ja** um diese Sachen ja wie is n der **Blutdruck** jetzt und is das dann schon Ordnung und dann kamen diese Probleme mit der **Messerei** dazwischen und jetzt seit nem halben Jahr bin ich froh dass das so **läuft** ((lacht)) und mich nich mehr drum **kümmern** muss also andere Sachen ja da war ich auch neugierich und hab mir denn gedacht heute Abend hier hörst du so das ein- oder andere
- M1: mhmm
- 6m: also **sprechen** theoretisch **ja** aber mm- man kommt auf manche Dinge so gar nicht
- M1: mhmm
- 1w: sind Männer da nich äh n bisschen also eh ich **meinen** Mann mal zum Arzt kriege sind Männer da vielleicht n bisschen ja Sie sind ja wahrscheinlich durch die **Diabetes** Sie **müssen** ((zu 4m))
- 4m: ↑((nickt)) ja **müssen** ja
- 1w: aber ich weiß ja nich wie oft gehen Sie regelmäßig ne?
- 6m: ↑ja stimmt so is das ↑möglichst nicht ((lacht))
- 1w: ja deswegen
- 5w: ↑mhmm
- 2w: ↑ja

1w: denk ich so vielleicht sind da Männer auch noch so n bisschen  
 6m: ja wenn die Sache scheinbar erledigt is isses **gut** und weg  
 (Gr 6, S 50, Z 4178-4255)

Auf die erneute Nachfrage antwortet nun 6m und stellt für sich fest, dass er „Neuling“ ist, (noch) keine Fragen hat. Er hat offenbar zum jetzigen Zeitpunkt keine Fragen, kann sich das Fragen-Stellen beim Arzt aber „theoretisch“ vorstellen. Im Folgenden zeigt sich bei 6m eine ambivalente Haltung. Bei ihm ist der Bluthochdruck erst kürzlich diagnostiziert und eingestellt worden. Die Einstellung erfolgte innerhalb eines hierarchischen Arzt-Patient-Modells, was von 6m nicht infrage gestellt wird. Er ist damit zufrieden, wenn er sich so wenig wie möglich in die Behandlung einbringen muss. Er überlässt die Verantwortung für die richtige Einstellung der Medikation seiner Ärztin. Und kann somit die Krankheit weitestgehend vergessen, „ja wenn die Sache scheinbar erledigt is isses gut und weg“. In der Konsultation nimmt er eine passive Haltung ein.

Gleichzeitig besteht bei ihm aber Informationsbedarf, den er jedoch nicht in der Interaktion mit der Ärztin stillt, sondern durch andere Möglichkeiten, wie das Internet oder andere Bluthochdruckpatient/innen. Das lässt den Schluss zu, dass die Auseinandersetzung mit anderen Patient/innen auf der gleichen Kommunikationsebene leichter fällt, also mit weniger Hemmungen verbunden ist und impliziert ein – zumindest aus der Perspektive der Patient/innen – hierarchisches Verhältnis zwischen Arzt und Patient, was das Fragen-Stellen per definitionem ausschließt<sup>83</sup> und somit im ‚theoretischen‘ Bereich verbleiben lässt. Im Gegensatz zur ärztlichen Verantwortung, die er im Bereich der Medikation ansiedelt, sieht er seinen Verantwortungsbereich in der Lebensstiländerung und präsentiert in dieser Hinsicht eine ähnliche Orientierung wie 1w. Diese Lebensstiländerung mit seiner Ärztin zu besprechen, denkt er augenscheinlich nicht mit. Der Arzt und damit auch die Medikation stellen für ihn folglich bis zur Regulierung des Blutdrucks (als Synonym der Gesundheit) dabei nur eine ‚Übergangslösung‘ dar.

Bei den Teilnehmer/innen, die sich in dieser Sequenz zu Wort melden (2w, 1w, 6m, 4m) zeigt sich eine übereinstimmende Orientierung bezüglich Häufigkeit der Notwendigkeit von Arztbesuchen, wenngleich aus unterschiedlichen Gründen. Bis auf 4m, der sich eher zurückhaltend präsentiert, bespricht sich keiner von ihnen mehr als notwendig mit dem Arzt. Während 1w und 6m die Verantwortung für den Bluthochdruck und dessen ‚Heilung‘ bei sich sehen und sich daher mit dem Arzt nicht über Details auseinandersetzen, überträgt 2w die Verantwortung für die Behandlung dem Arzt und lässt sich nur dann auf eine Auseinandersetzung ein, wenn sie Beschwerden hat. Trotz der unterschiedlichen Motive ist übereinstimmend davon auszugehen, dass die Vermeidung einer intensiven Auseinandersetzung mit dem Bluthochdruck ursächlich für die Passivität beim Arzt ist. Während 2w verdeutlicht, dass sie aufgrund der inzwischen zehn Jahre andauernden Behandlung entschieden hat, den Bluthochdruck als ‚Teil ihres Lebens‘ zu akzep-

<sup>83</sup> Siehe die Ausführungen zum *paternalistic model* und der Rolle des Patienten bei Parsons in Kapitel 2.2.

tieren, lassen sich 6m und 1w von der Hoffnung auf Gesundheit leiten. Eine zu intensive Beschäftigung und auch Gespräche mit dem Arzt über dieses Thema würden dann bedeuten, den chronischen Aspekt des Bluthochdrucks zu akzeptieren, was bei beiden zum Zeitpunkt der Diskussion augenscheinlich nicht gegeben ist. 3m und 5w bilden hierzu einen negativen Gegenhorizont. Sie sind offenbar an Einzelheiten ihrer Erkrankung interessiert und übernehmen Verantwortung, indem sie sich aktiv in die Konsultation und an der Lösung für sie wichtiger Fragen beteiligen. Während bei 5w jedoch ebenfalls der Wunsch nach Diagnostizierung einer ‚heilbaren‘ Grunderkrankung – also der Wunsch nach Gesundheit – deutlich wird, empfindet 3m den Bluthochdruck als permanente (Lebens-)Bedrohung, wie sich durch einzelne Äußerungen über die hier vorgestellten Sequenzen hinaus zeigt (zum Beispiel „Schwert des Bluthochdruck“ in Anlehnung an *Schwert des Damokles*, vgl. Zeile 2259f.).

In der darauffolgenden Sequenz ergreift 3m wieder das Wort und wird zum Hauptredner. Er verlässt die Unterhaltung über das unterschiedliche Verhalten von Männern und Frauen und nimmt stattdessen noch einmal die Frage von M1 auf. Darin untermauert er seine vorherige Proposition, indem er deutlich dafür plädiert, dass Patient/innen den Arzt „fordern“ sollten.

3m: man sollte ja den son- wenn man wirklich nn zum Arzt geht den Arzt auch mal n bisschen **fordern** äh in der Hinsicht dass man sich mit ihm über sowas **unterhält** und sich nich einfach in diese Schnellichkeit **reinpresse**n lässt, sondern ihn auch mal fracht hier wie is ((klatscht in die Hand)) **kann das sein** wo kommts her oder dafür is ja der Arzt **da** und nich einfach äh durch schnelle äh Ausstellung von Rezepten oder Messung von irgendwelchen Blutdrucken ((klatscht in die Hand)) äh ganz schnell wieder aus diesem Zimmer **raus** zu kommen man kann ja das von **sich** aus steuern man muss ihn halt **fragen** es gibt ja viele so die sitzen dann da is äh und sagen dann so nach dem Motto och joa dann erzähl mir doch mal was

1w: mhmm

3m: ((lauter)) was **ich** habe erzähl **Du** mir was **ich** habe

1w: ja Du bist der Arzt

3m: ((lauter)) **Du** bist der Arzt **Du** musst doch **wissen** was ich habe

1w: ↑ja=ja

3m: wie es mir geht

M1: ↑mhmm

3m: und das is ja nun ne **ganz** falsche Einstellung in dem Moment

2w: ↑ja

3m: also muss ich ihm doch sagen mir gehts **beschissen** ich habe in dem Moment **Schwindel** und ich habe das und **das das=das=das** was können wa dagegen **tun so** und dann wird er **sagen** ja EKG erstmal machen und wir gucken mal danach wir müssen mal die **Nieren** überprüfen und=und=und oder die **Schilddrüse** das wir da irgendwie ne umfangreiche Diagnose stellen, aber das muss der Patient **selber** machen, und das is nich immer der **Arzt**

1w: ja

(Gr 6, S 51, Z 4265-4310)

In seiner Rede verdeutlicht 3m die Orientierung, es gehöre zu den Aufgaben des Arztes, Fragen zu beantworten und damit zu dem Recht von Patient/innen, Fragen zu stellen und die Zeit des Arztes zu beanspruchen (dieses Recht wurde auch in Gruppe 1 diskutiert). Dabei sieht er es als Aufgabe des Patienten an, sich über die „Schnellichkeit“ des Praxisablaufs hinwegzusetzen, statt sich in das enge Zeitkorsett des Arztes „reinpresse“ zu lassen. Dies tatsächlich umzusetzen würde

von dem Patienten ein enormes Maß an Selbstsicherheit voraussetzen, da sie in die Handlungshoheit des Arztes eindringen. Die zuvor bei 3m sichtbar gewordene Annahme, eines hierarchisch geprägten Arzt-Patient-Verhältnisses, das bei 3m offenbar auch im Zusammenhang mit Angst auslösenden Situationen zu sehen ist, stellt dabei augenscheinlich kein Hindernis dar. Vielmehr ist anzunehmen, dass diese Angst als treibender Faktor für die Überwindung enger zeitlicher Vorgaben – und somit als handlungsrelevantes Motiv – anzusehen ist.

Aus der Rede der anderen Teilnehmer/innen oder auch aufgrund seiner eigenen Erfahrungen schließt er, dass Ärzt/innen ihre Patient/innen schnell ‚abfertigen‘ (wollen) und in seinem Verständnis keine ‚echte‘ Behandlung, im Sinne seiner Vorstellung von ärztlichem Handeln, durchführen („das schnelle [...] Ausstellen von Rezepten oder Messung von irgendwelchen Blutdrucken“). Er fordert ausdrücklich eine Haltung der Patient/innen, die dazu führt, eine ausreichend lange Behandlungszeit aktiv einzufordern. Unzufriedenheit mit der Konsultation, das heißt mit dem Zeitmangel oder einer unzureichenden Aufklärung, lastet er folglich den Patient/innen an, die die Verantwortung für die Qualität der Konsultation übernehmen sollen – so, wie er es vermutlich auch tut.

Zur Veranschaulichung seiner Orientierung nimmt 3m die Beispiele von 2w (Schwindel) und 1w (Schilddrüse) noch einmal auf, die ihm einerseits als Untermauerung seiner Proposition dienen, andererseits aber auch als ‚missionarischer Eifer‘ im Sinne verantwortlichen Patientenhandelns zu interpretieren ist. In seinem Beispiel unterstreicht er, dass die Qualität der Behandlung, also auch das Finden einer angemessenen Behandlung auf der Grundlage einer umfassenden Diagnostik davon abhängt, dass die Patient/innen ihre Probleme auf eigener („selber“) Initiative umfangreich schildern („und das das=das=das“) und gleichzeitig die gemeinsame Suche nach der Lösung fordern („was können wa dagegen tun“). Als selbstverständlichen Teil ärztlichen Handelns sieht er dies offenbar nicht an. Allerdings setzt er, vermutlich aufgrund eigener Erfahrungen, selbstverständlich voraus, dass der Arzt auf etwaige Forderungen zugewandt reagiert (die Empathie seines Arztes wurde in Sequenz 49 deutlich) und eine „umfangreiche Diagnose“ stellt. Somit sieht er die Lösungsfindung als gemeinsame Aufgabe von Arzt und Patient an („wir“) und entlastet damit die Ärzt/innen, indem er sie von der Verantwortung, mögliche Beschwerden (im Sinne einer Allwissenheit) gleichsam zur ‚erraten‘, entbindet. Zwar wurde weiter oben deutlich, dass auch 3m seinem Arzt eine gewisse ‚Allwissenheit‘ bei der Ursachenfindung für seinen Bluthochdruck unterstellt. Diese erfordert aber die aktive Mitarbeit des Patienten. Es ist ihm offenbar wichtig als Patient an der Entscheidungsfindung des Arztes und am Behandlungsverlauf teilzuhaben vielleicht auch, um dessen Arbeit – und damit seine Angst – zu kontrollieren. Dieses Orientierungsmuster steht im Gegensatz zu den in Gruppe 1 identifizierten Haltungen von 1w und 2m. 1w ist zwar auch der Ansicht, dass sie als Patientin eine Auskunftspflicht hat und somit eine Teilverantwortung an der Behandlung übernimmt, jedoch geht sie davon aus, dass der Arzt sie nach ihren Beschwerden, Medikamenten etc. fragt. Demzufolge wird die

Grundlage zur Übernahme dieser Teilverantwortung allerdings dem Arzt überlassen und geht nicht initiativ von der Patientin aus. 2m hingegen zeigt sich weitaus passiver, indem er von dem Arzt eben diese Fähigkeit der ‚Allwissenheit‘ erwartet, die eine Bandbreite an Vorsorgeuntersuchungen beinhaltet (vgl. 5.1, Gruppe 1).

Hinsichtlich seiner aktiven Patientenhaltung erhält 3m von 1w und 2w zwar zustimmende Unterstützung, es ist aber fraglich, ob 1w und 2w den Arzt in gleicher Weise fordern und selbst eine ähnliche Verantwortung übernehmen (vgl. Sequenz 50). Die Zustimmung ist daher an dieser Stelle als Befürwortung idealen Patientenverhaltens zu interpretieren, das impliziert, auch die Beschwerden zu offenbaren, deren Ursachen nicht eindeutig zuzuordnen sind. Sowohl 1w als auch 2w, geben aber beim Arzt augenscheinlich nur Auszüge ihres Befindens preis und ziehen auch ihre eigenen Schlüsse, die sie dem Arzt präsentieren. Dieses Verhalten ist ebenfalls als Mittel der Kontrolle latenter Verunsicherung einzuordnen, jedoch wird dies eher als Abwehr von Unkontrollierbarem präsentiert.

Die darauf folgende Proposition von 6m bildet einen negativen Gegenhorizont zu dem bisher Geäußerten und präsentiert demzufolge eine gegensätzliche Haltung seiner eigenen Rolle als Patient.

- 6m: naja öh also ich hab dann eher 'n schlechtes **Gewissen** äh  
 3m: warum?  
 6m: ↑ich geh dahin und **ruinier** meinen Körper praktisch geh dahin und sage so jetzt sieh mal zu und bring das wieder in **Ordnung** letztlich isses ja auch so **gelaufen** aber es is es is ja so man hört ja we- wenn man des etwas anders **angeht** und etwas  
 4m: ↑((nickt)) *zumindest*  
 6m: **zurückschraubt** regelmäßig **Sport** macht wird es ja schon **besser**  
 3m: mhmm  
 6m: und äh wenn man das vorher schon gesagt kriegt und dann anschließend kommt und man sacht so **so** und jetzt hab ich, oh Gott mir gehts nich so **gut** und dann wird festgestellt **Bluthochdruck** ne? oder was ((nickt)) ja bisschen anders leben vielleicht, na **ja** dann dann is der Punkt erreicht (4)  
 M1: ((leise)) *mhmm*  
 6m: also wenns dann weiter geht muss man sich natürlich **erkundigen** oder wenn man  
 3m: mhmm  
 6m: äh wenn man jetzt selbst noch wenn einem jetzt Fragen aufgehen muss man halt beim nächsten Mal dran **denken** aber da wars jetzt eben **auch** so ich war dann froh dass es erstmal wieder so **is**  
 1w: ((lacht))  
 6m: ((lacht)) und jetzt is erstmal wieder in **Ordnung**  
 (Gr 6, S 51, Z 4311-4344)

6m ist der Ansicht – und bildet diesbezüglich einen positiven Gegenhorizont zu 1w –, dass er als Patient für seine gesundheitliche Situation selbst verantwortlich ist. Im Gegensatz zu 3m ist er daher nicht der Ansicht, dass er grundsätzlich das Recht hat, vom Arzt Hilfestellung ein- und zu einer qualifizierten Problemlösung aufzufordern. Er hat „dann eher ein schlechtes **Gewissen**“, dass es überhaupt zu einem Bluthochdruck kommen konnte, was die Übernahme der Verantwortung repräsentiert. Das schlechte Gewissen entsteht durch seine Haltung, die Ursache für seine körperliche Verheertheit (Bluthochdruck) in dem leichtsinnigen Umgang mit seinem Körper zu sehen („ich geh dahin und **ruinier** meinen Körper“). Er legt deshalb auch die Verantwortung für die Heilung, für das „in Ordnung“-Bringen in die Hände des Patienten. Die medikamentöse Behandlung stellt damit eine

Übergangslösung dar, bis er durch Veränderung des Lebensstils – Sport oder Stressreduktion (vgl. Sequenz 50) – die Blutdruckwerte selbst verbessern könnte. 3m kann nicht nachvollziehen, warum 6m ein schlechtes Gewissen hat („warum?“). Der Argumentation von 6m zufolge ist die Aufgabe des Arztes die eines unterstützenden Helfers, dessen Zeit er nicht überstrapazieren und schon gar nicht einfordern darf, zumal wenn er selbst Verursacher seines Leidens ist. Diese Proposition deutet auf eine Rechtfertigung dafür hin, dass er sich mit seiner Krankheit nicht weiter auseinandersetzen muss. 6m hat in Sequenz 50 geäußert, er gehe ungern zum Arzt, was als Unwohlsein im Zusammenhang mit Ärzt/innen zu interpretieren ist. Wenn er die Ärzt/innen aus der Verantwortung für sein Wohlbefinden entlässt, muss er auch nur sich selbst gegenüber Rechenschaft ablegen. Wenn die Beschwerden weg sind und die Blutdruckwerte durch Medikamente reduziert sind (er sich gleichsam als ‚gesund‘ definiert), gibt es keinen Grund mehr, sich weiter mit der Krankheit auseinanderzusetzen (vgl. Sequenz 50, Zeile 4255). Die Umsetzung von Allgemeinmaßnahmen (im Sinne eines ‚ich mache was notwendig ist‘) wären dann gewissermaßen ein ‚Alibi‘ für eine Reduktion von Arztbesuchen und das Nicht-Ansprechen von Fragen. In dieser Argumentationslogik wird nachvollziehbar, warum für 6m das Frage-Stellen „theoretisch“ (vgl. Sequenz 50) möglich ist. Die Notwendigkeit für eine praktische Umsetzung ist bei ihm aufgrund des bisher Dargelegten nicht gegeben.

Sollte die Therapie durch Allgemeinmaßnahmen (s. Kapitel 1.3) nicht ausreichen, liegt es nach 6m in der Verantwortung des Patienten, sich über weitere Maßnahmen zu „**erkundigen**“. Der vorherigen Argumentation von 6m folgend, holt er diese Informationen eher nicht beim Arzt ein (im Gegensatz zu 3m). Sollten darüber hinaus noch Fragen bestehen, muss der Patient selbst daran denken, diese beim Arzt anzusprechen, was 6m allerdings offenbar nicht tut. Den Arzt nimmt 6m bezüglich der Aufklärung völlig aus der Verantwortung, da er vermutlich latent vermeiden möchte, sich zu intensiv mit der Hypertonie auseinanderzusetzen. Er verfügt offenbar über so viel Wissen, das ihm reicht, die ‚Bedrohlichkeit‘ von Bluthochdruck – zum Beispiel mögliche Folgeerkrankungen, die er gar nicht anspricht – zu relativieren.

3m widerspricht 6m („nein“) und stellt der von 6m dargelegten Favorisierung einer eher passiven Haltung dem Arzt gegenüber seine Erfahrungen mit dem Diabetes entgegen, bei der die zuvor präsentierte Orientierung anscheinend nicht möglich ist. Gleichzeitig versucht er, seine Haltung zu rechtfertigen.

3m: nein bei der Diabetes bei uns is das immer n bisschen wenn man das zum ersten Mal **die** Diagnose gestellt bekommt äh Diabetes und dann gehts ja **los** dann müssen ja die Fragen schon mal zwangsläufig **kommen** dann ne wie geh ich damit um was mach ich damit was muss ich tun

4m:

↑((nickend)) ja

3m: wie muss ich die Tabletten nehmen und=und=und welche Wirkungen haben die das muss man sollte man möglichst **wissen** aber fragen Se mal meinen ( ) Diabetiker der weiß überhaupt nich was mit ihm **geschieht**

6m: ((nickt))

3m: aber wenn man nich **fragt** kriecht man keine Antwort

M1: is das anders beim Diabetes als beim Bluthochdruck?

- 3m: ja beim-  
 M1: ↑mit dem Fragen was man so **wissen** muss?  
 4m: ↑((leise)) ja ((stöhnt))  
 3m: Diabetes is **umfangreicher** in diesem Moment  
 4m: ↑ja, richtig  
 3m: so also man stellt die Diabetes immer in den Vordergrund rein weil ((lachend)) sie den ja wieder zwangsläufig den **Blutdruck** mit sich zieht, das is ja wieder diese die weil beide Komponenten spielen ja zusammen und daraus entstehen ja die Folgekrankheiten und wenn man das **eine** in den Griff bekommt kriecht man **automatisch** auch  
 4m: ↑das andere ja  
 3m: das andere wieder in diese ander **Bahn** mit rein  
 M1: mhmm  
 2w: mhmm  
 3m: ↑dass man wenn man den mit den Tabletten **so** umgeht dass der Diabetes sich auf dem unteren Level beweicht und äh man nimmt dementsprechend die korrespondierenden Tabletten vom **Blutdruck** dazu **dann** kriecht man auch den Blutdruck genau in die **Richtung** und dann läuft beides **normal** dann is auch der **Diabetes** in der richtigen Richtung und der **Blutdruck** in der richtigen Richtung aber **das** bedarf vieler **Fragen**  
 (Gr 6, S 51, Z 4346-4400)

Die Diagnose Diabetes stellt für 3m einen ‚Startschuss‘ dar, der ihm zufolge zwangsläufig eine Reihe von Fragen gewissermaßen ‚automatisch‘ mit sich bringt. Zur Untermauerung seiner Ausführungen holt er sich Verstärkung von 4m, der auch an Diabetes erkrankt ist („bei uns is das“). Dabei setzt er offenbar voraus, dass sein Verhalten stellvertretend für alle Diabetespatienten steht. Dass 3m sich Verstärkung holt, ist als Zeichen für seine latente Unsicherheit zu sehen, die zunächst in seinem vermeintlich selbstsicheren Auftreten nicht deutlich wird. Es ist anzunehmen, dass sich diese Diskrepanz auch im Rahmen der Konsultationen nicht zeigt und daher auch nicht thematisch wird.

In der Wahrnehmung von 3m, wobei er Unterstützung von 4m erhält, ist der Diabetes – im Gegensatz zum Bluthochdruck – mit einer akuten (Lebens-)Bedrohung verbunden, die sofort eine Vielzahl von Fragen aufwirft und sofortige Maßnahmen erfordert. 4m geht auf die von 3m eingeforderte Unterstützung ein, indem er den Unterschied zwischen Diabetes und Bluthochdruck mehrfach bestätigt. Sein Stöhnen, als M1 das notwendige Wissen im Zusammenhang mit dem Diabetes anspricht, ist als Hinweis darauf anzusehen, dass das notwendige Wissen von 4m als Belastung wahrgenommen wird.

3m weist darauf hin, dass die Behandlung des Diabetes umfangreicher ist als der Bluthochdruck und wird darin von 4m ebenfalls bestätigt. 3m stellt die Behandlung des Diabetes zudem als wichtiger dar als die des Bluthochdrucks, da das eine aus dem anderen resultiert. Demzufolge ist es wichtiger, ein umfangreiches Wissen über den Diabetes zu haben. Damit setzt er aber nur die Krankheiten in Beziehung zueinander und bestätigt nicht, dass für den Diabetes grundsätzlich mehr Informationsbedarf besteht als für den Bluthochdruck. Es ist also einerseits davon auszugehen, dass er persönlich mehr Wissensbedarf bezüglich des Diabetes hat, andererseits zeigt dies auch, dass eine Erkrankung, dessen akute körperliche Bedrohung deutlicher wahrnehmbar ist, subjektiv als ‚ernster‘ oder ‚bedrohlicher‘ erfahren wird. Dass er, obwohl er sich in der Gruppe als wissend präsentiert, nur über ‚Halbwissen‘ verfügt, zeigt sich darin, dass er nicht darauf eingeht, dass zwi-

schen Diabetes und Bluthochdruck kein Kausalzusammenhang besteht (seine Erzählung lässt anderes vermuten), sondern dass aufgrund der gemeinsamen Risikofaktoren von Diabetes und Bluthochdruck (zum Beispiel Bewegungsmangel, Übergewicht, ungesunde Ernährung), eine überzufällige Häufung für das Auftreten beider Erkrankungen festzustellen ist. Werden also die Risikofaktoren des Diabetes behandelt, wird vermutlich auch der Blutdruck sinken. Weiterhin wäre denkbar, dass bei ihm die Ausgangswerte sowohl für den Diabetes als auch für den Blutdruck in keinem akut lebensbedrohlichen Bereich lagen, sodass von ärztlicher Seite die Medikation für den Bluthochdruck gering gehalten wurde mit dem Ziel, über die medikamentösen und nichtmedikamentösen Maßnahmen bei der Diabetesbehandlung auch den Blutdruck zu reduzieren. Der von 3m hier dargestellte Kausalzusammenhang ist aus der medizinischen Perspektive nicht gegeben, sodass 3m die Ausführungen seines Arztes (oder anderer Informationsquellen) möglicherweise missverstanden hat.

- 3m: ((klatscht in die Hand)) und die sollte man dem Arzt **stellen** ruhig, und wenn das so schön geklappt hat bei Ihnen ((lacht)) *dass das nach 'n paar Tagen* dann wieder in der richtigen Richtung war is das natürlich klasse
- 6m: nein=nein das hat das hat n halbes Jahr gedauert
- 3m: ach so
- 6m: eben mit=mit den verschiedenen **Einnahmen**
- 3m: mhmm
- 6m: aber ich habe damit eigentlich weiter nichts zu **tun**
- 3m: mhmm
- 6m: ich habe diese Tabletten **morgens regelmäßig genommen** hab dann Blutdruck immer wieder gemessen und bin wieder zur Ärztin **hin** und die ersten Male wars eben **noch nicht** so also es ging eben **nicht nicht** wie gewünscht ((macht eine auf- und abwippende Bewegung mit der Hand)) nach unten,
- 3m: mhmm
- 6m: und ähm dann hat das ja ne Weile gedauert dann zweite und dritte Medikation und **dann** hats **funktioniert** und das is jetzt seit nem halben Jahr so und aber eben **nur** mit den Tabletten sicher
- 3m: ja bei=bei Diabe- ich weiß Sie haben auch nur Tabletten ne?
- 4m: ((nickt))
- 3m: da muss ja dann auch erstmal die Abwägung der Tabletten erscheint äh=äh=äh erforscht werden das heißt also welche **nimmt** man nun nn sei es die Metformin
- 4m: ↑Met- ja
- 3m: oder (Bi)mhexal oder **diese** ganzen Sachen die es da auf dem Markt gibt und welche Abstimmung nimmt man die wie **hoch** is der Blutzucker in welchen Spitzen beweicht er sich und dann is daneben dann der Blutdruck auch dementsprechend höher
- 4m: ↑((hustet))
- 3m: und das muss alles wieder dann in den Level reingebracht werden wenn man das hat
- 4m: ↑((nickt)) *das*
- 3m: ((haut leicht auf den Tisch mit der flachen Hand)) dann **geht** es  
(Gr 6, S 51, Z 4403-4451)

Vermeintlich freut 3m sich für 6m, weil die Behandlung bei ihm innerhalb kurzer Zeit so „schön geklappt“ hat. Er stellt damit einen Zusammenhang zwischen der Notwendigkeit des Nachfragens und dem Behandlungserfolg her, womit er diesen in die Verantwortung des Patienten legt. Das heißt, wenn der Patient nicht fragt und sich nicht engagiert, ist der Erfolg nicht garantiert. Umgekehrt baut er dabei aber bei den Patienten (also auch bei sich) den Druck auf, bei ausreichender Information über die Erkrankung und deren Umsetzung, erfolgreich in der Behandlung zu sein. Es ist anzunehmen, dass 3m diesen Druck auf die gesamte Behand-



lung ausweitet. Dann wird auch die zuvor geschilderte Angst im Zusammenhang mit der Kontrollmessung beim Arzt plausibel. Hier wird demzufolge aus 3ms Perspektive nicht nur dessen (objektiver) Gesundheitszustand (durch das Messen des Blutdrucks) untersucht, sondern auch sein Verhalten als Patient überprüft.

6m korrigiert 3m und weist darauf hin, dass die Regulierung seines Bluthochdrucks nicht so ohne Weiteres von statten ging. Damit weist er 3m indirekt in seine Grenzen und verdeutlicht, dass dieser sich nicht so gut auskennt wie dieser vorgibt. 6m betont jedoch auch, dass er an dem bisherigen Erfolg keinen Anteil hatte, außer regelmäßig die Tabletten zu nehmen. Die Ärztin hat die Einstellung der Medikation übernommen und er hat die Anweisungen zu deren Einnahme sowie die Kontrollmessungen in der Praxis eingehalten. Mit dieser Vorgehensweise ist er offenbar zufrieden, denn der Erfolg – und damit auch die Verantwortung – liegt demnach nicht im Einflussbereich des Patienten. Er ist hinsichtlich der medikamentösen Therapie nur der Ausführende in der Behandlung durch die Ärztin. Die Ärztin hat solange die Medikation verändert, bis es „funktioniert“ hat. Diese Wortwahl unterstreicht seine bisher deutlich gewordene Haltung, wonach er den Bluthochdruck als eine vorübergehende (Funktions-)Störung ansieht, deren volle ‚Funktion‘ – die Reduktion des Blutdrucks – wieder hergestellt werden kann. Sobald der Blutdruck mit oder ohne Medikamente reduziert ist, betrachtet er das Problem als beseitigt; als langfristiges Ziel soll die Lebensumstellung die Medikamente ersetzen.

Ein Engagement, eine aktive Beteiligung der Patient/innen an der medikamentösen Behandlung ist zur Reduktion des Blutdrucks nicht notwendig. Das kommt jenen zugute, die sich so wenig wie möglich mit ihrer Erkrankung auseinandersetzen wollen. Demzufolge ist eine paternalistisch geprägte Arzt-Patient-Beziehung nicht nur vollkommen ausreichend, sondern möglicherweise sogar latent gewünscht (vgl. zum Beispiel 4m in Gruppe 1).

6ms Formulierung: „aber **nur** mit den Tabletten sicher“, könnte ein weiterer Hinweis darauf sein, dass er ein schlechtes Gewissen hat, da er offenbar bisher nicht mit der geplanten Lebensstiländerung zum Behandlungserfolg beiträgt. Die Medikation wird damit abermals zur ‚Notlösung‘, die im Aufgaben und Verantwortungsbereich der Ärztin liegen.

3m geht auf den Widerspruch von 6m nicht ein, vielleicht, weil dies sein bisheriges Handlungs-Konzept infrage stellen würde. Stattdessen lenkt er ab, indem er sich erneut in den Vordergrund stellt und sein Wissen abermals präsentiert. Zur Unterstützung wendet er sich wieder an 4m. Er gibt vor, sich mit der Medikation des Diabetes (Metformin) auszukennen. Bisohexal ist allerdings kein Antidiabetikum, sondern ein Antihypertonikum, was vermutlich aber keiner der Gruppenteilnehmer bemerkt. Auch den vermeintlichen Kausalzusammenhang zwischen Diabetes und Bluthochdruck stellt er erneut heraus. 4m stimmt unreflektiert den Phrasen von 3m zu. Er kennt sich vermutlich ebenso wenig aus wie 3m.

M1 initiiert in Sequenz 53 das Thema Arzt-Patient-Beziehung, indem sie aus der vorherigen Diskussion die geschilderten Erfahrungen der Teilnehmer/innen

mit ärztlicher Unsicherheit bei der Medikation aufgreift und die Gruppe um Vertiefung bittet.

- M1: mhmm, ich würd gern nochmal eine andere Frage stellen vorhin war hier das Thema ähm manchmal wissen die Ärzte nicht **weiter**, ähm ich weiß jetzt nicht mehr genau wer das gesagt hatte (2) ((zu 2w)) *waren Sie das?* äh als es um die **Medikamente** ging ähm dass zu viel **ausprobiert** und manchmal wissen die Ärzte nicht **weiter** und ähm
- 2w: ((laut)) *nein das-*
- M1: ((etwas leiser)) *ich würd gern von Ihnen wissen ww wie=wie das für Sie **is** wenn Sie das Gefühl haben die Ärzte wissen da nicht **weiter***
- 2w: *nein äh ich hab einfach so'n ((stockt)) am Anfang so'n unsicheres Gefühl gehabt ja **meine Güte** es gibt nun wie gesacht **tausende** von Medikamenten gegen Bluthochdruck es gibt aus **der** Wirkstoffserie welche aus **der** Wirkstoff solche die **einen** wirken **so** die andern **so** **woher** weiß ich dass das jetzt für mich die optimale **Blutdrucktablette** is woher weiß der Arzt **das** und ähm (3) ja das hab ich eigentlich ich hab das jetzt nicht so dire- äh zu meinem Arzt **gesagt**, ich war halt auch bei **verschiedenen** Ärzten in Behandlung, ich bin dann ähm ich hab mir dann irgendwann einfach mal ne Überweisung von n **Internisten** beziehungsweise von **Kardiologen** geben lassen und äh der hat mich dann auf 'n anderes Medikament umgestellt und er sacht das wäre jetzt was ganz **neues** weil=weil ich hatte halt wie gesacht das Gefühl von diesen Beta-Blockern hab ich **Nebenwirkungen** also mm wenn ich die morgens genommen habe hatte ich immer das Gefühl ich stehe **neben** mir und dann ja vielleicht war ich da wirklich auch nur n **Proband** oder ne Probandin er hat dann gesacht das is jetzt n relativ **neues** Präparat*
- 1w: ((lacht)) *joa*
- 2w: äh versuchen ses **damit** mal
- 3m: ((lacht))
- 2w: ja und mit dem Präparat komm ich aber gut **zurecht**
- M1: mhmm
- 3m: das is auch wieder son schöner Satz das is ein **neues** Präparat **versuchen** ses
- 2m: ↑ja ich weiß nich
- 1w: ↑ja
- 3m: damit mal
- 2w: ↑ob er gesacht hat versuchen ses damit mal  
(Gr 6, S 53, Z 4683-4751)

M1 wendet sich 2w zu, in der Annahme, dass diese das Thema „manchmal wissen die Ärzte nicht **weiter**“ angesprochen hatte. M1 wiederholt noch einmal, dass gesagt wurde, die Ärzt/innen würden „zu viel ausprobieren“, also nicht immer fundiert handeln und dabei irgendwann an die Grenzen möglicher ärztlicher Handlungsoptionen stoßen.

2w fühlt sich von M1 falsch verstanden und beginnt nun, sich zu rechtfertigen und ihre Aussage richtig zu stellen. Im weiteren Verlauf begründet sie ihre Unsicherheit mit der Vielzahl von Blutdruckmedikamenten, aus denen der Arzt die richtigen auswählen muss. Die Verunsicherung basiert zum einen in der eigenen fehlenden Kompetenz, die Verschreibung des Arztes zu kontrollieren („woher weiß ich dass das jetzt für mich die optimale Blutdrucktablette ist“), zum anderen deutet sie einen Zweifel an der Kompetenz des Arztes an, ob dieser in Lage sein würde, aus der Vielzahl der Medikamente das für sie passende auszuwählen. 2w deutet hier an, dass sie sich als Patientin ganz in die Entscheidungs- und Handlungskompetenz des Arztes geben muss. Sie muss Kontrolle abgeben können und letztlich dem Arzt vertrauen, dass er weiß, was er tut. Dabei hatte sie anfangs ein unsicheres Gefühl und hat der Erfahrung des Arztes nicht vertraut. Entscheidend



- 6m: ↑guter **Arzt** der is wenigstens **ehrlich** also ich hätte eher beim andern Arzt Probleme, der also tut als wenn er das **wüsste** also bei allem was ich jetzt hier so
- 2w: ↑mhmm
- 6m: gehört hab über den Bluthochdruck is das ja auch nich so einfach die Ursachen zu **kennen** also da steckt man ja nich im anderen drin
- 3m: ↑ja wenn n Arzt so
- 6m: und öh wenn der Arzt dann öh offen sacht es gibt meinetwegen die und die **Möglichkeiten** oder versuchen ses öh und dann nur es muss muss dann auch **weitergehen** nachher die Unterhaltung vielleicht
- 2w: ja
- 6m: die sind dann wichtiger als am Anfang wenn dann jemand so tut als wenn er wüsste genau und gibt einem eine Sache oder sacht ja wir **versuchens** jetzt damit gucken se wie es **geht**
- 3m: mhmm
- 6m: und dann kommt=kommt die nächste Phase
- 2w: mhmm ((greift zum Glas))
- 6m: also das das **andere** würde ich würd ich ablehnen
- M1: mhmm
- 6m: das-
- 3m: ↑ja der schon gleich die Diagnose stellt ja, äh ich sehe Sie haben bestimmt was an den Nieren oder Ihre Schilddrüse is nich in Ordnung wir nehmen jetzt gleich mal **dafür** sowas ne? dass der gleich so diese Augendiagnose stellt
- (Gr 6, S 53, Z 4767-4801)

6m definiert die Kompetenz und damit die Qualität ärztlichen Handelns als „guter Arzt“ auf der Grundlage von Ehrlichkeit, die er in der Andeutung des Arztes sieht, nicht alles zu wissen. Das impliziert, dass er im Gegensatz zu 3m den Ärzt/innen zugesteht, nicht alles wissen zu müssen, ohne dass er auf dieser Grundlage an der Qualität ärztlichen Handelns zweifeln würde. Damit entlastet er die Ärzt/innen. Dass der Arzt von 2w nicht alles weiß, leitet er offenbar aus der Aussage „versuchen“ ab. 6m möchte wissen, woran er bei einem Arzt ist, möchte also offen in die ärztliche Entscheidungsfindung einbezogen werden – ohne dass er aktiv daran beteiligt wird.

Grundsätzlich ist es seines Erachtens für den Arzt schwierig, die Ursachen des Bluthochdrucks zu finden, denn der steckt „nich im anderen drin“. Denkt man diese Äußerung weiter, würde es bedeuten, dass nur jeder selbst am besten wissen kann, woran es liegt und würde die Orientierung von 1w unterstützen. Er verdeutlicht, dass er offenbar (wie 1w) das Gefühl hat, dass nur er wissen kann, wo die Ursachen liegen, was auf der expliziten Ebene ein Erklärung dafür wäre, warum er sich nicht weiter mit seiner Ärztin auseinandersetzt. Zugleich begründet 6m hier seine Passivität und das Nicht-Nachfragen beim Arzt. 6m schlägt vor, dass die „Unterhaltung“ mit dem Arzt nach einer gewissen Zeit „weitergehen“ müsste. Nach anfänglichem Testen geeigneter Medikamente sollen weitere Gespräche folgen. Hier zeigt sich der Wunsch nach diskursiver Konsultation in Abgrenzung zu statischer Verschreibung deutlich, was jedoch seiner bisher deutlich gewordenen Orientierung widerspricht. Demnach ist davon auszugehen, dass dieser Entwurf einer optimalen Interaktion sich eher im theoretischen Bereich bewegt oder aber nicht für die Bluthochdruckbehandlung gilt. Denn darüber – das ist bisher sowohl explizit als auch implizit deutlich geworden – möchte er sich so wenig wie möglich mit seiner Ärztin auseinandersetzen. 2w und 3m stimmen der Proposition von 6m zu. Sie befürworten offenbar auch eine Offenheit in der Kommunikation und

Transparenz bei der Auswahl der geeigneten Medikation. Sogar 2w stimmt zu, obwohl sie zuvor mit der Intransparenz ihres Spezialisten zufrieden war, sodass hier eine Synthese im Diskussionsverlauf über eine ideale Konsultation auszumachen ist, die offen und reziprok verläuft. So wird diese Orientierung möglicherweise von 2w, 3m und 6m als Konsultations-Ideal angesehen.

3m schließt an den letzten Satz von 6m an und nimmt dabei noch einmal das Thema der Suche nach den Ursachen auf. Er betont seinen Wunsch nach einer fundierten Diagnostik vor der Verschreibung. Damit formuliert 3m aus, was 6m in seiner Vorstellung mit „das andere“ angedeutet hat und schließt sich somit der Proposition seiner Vorredner (6m und 2w) an.

1w versteht die gerade geführte Diskussion wieder im Rahmen medikamentöser Verordnung vor der Untersuchung und verteidigt die Vorgehensweise ihres Arztes.

1w: nö da also nich äh so mein Arzt gib mir jetzt nich dann der macht halt schon auch die **Blutuntersuchung** dafür  
 3m: ↑nein=nein is ja  
 1w: denn sagt er wir nehmen erstmal **Blut** ab  
 M1: ((nickt)) *mhmm*  
 1w: und wir **gucken** und **danach** gibt er das Medikament also das muss ich **schon** sagen (2)  
 (Gr 6, S 53, Z 4803-4813)

1ws verteidigende Haltung weist trotz der geäußerten Kritik auf eine Loyalität zu ihrem Arzt hin. Zwar kann er ihr nach ihrem Empfinden therapeutisch, in Hinblick auf eine Gesundung, nicht weiterhelfen, mit seiner Diagnostik ist sie dennoch zufrieden. Hier wird deutlich, dass die Patientin auf ihren Arzt angewiesen ist und demzufolge auch ein Arztwechsel für sie offenbar keine Lösung ist. Sie ist mit der Arbeit des Arztes zufrieden. Die Kritik an der fehlenden Hilfe wäre somit nicht dem Arzt anzulasten, sondern der Medizin allgemein, die es nicht schafft, eine Lösung oder Abhilfe ihres Leidens zu finden. Somit könnte auch ein anderer Arzt – in speziellen Fällen vielleicht mit Ausnahme eines Facharztes – ihr nicht weiterhelfen. Da der Arzt als Vertreter der Medizin es nicht schafft, versucht sie es selbst, so gut sie kann. Erst wenn sie nicht weiter weiß, wendet sie sich wieder Hilfe suchend an ihn; im Gegensatz zu 3m, der es nicht schafft, die unerklärbaren Ursachen für den Bluthochdruck zu akzeptieren und seine Ansprüche an Ärzt/innen dementsprechend anzupassen und konstruktiv andere Lösungen zu finden. Mit der Vorgehensweise ihres Arztes ist 1w sehr zufrieden und verdeutlicht noch einmal, dass sie die kritische Haltung von 3m gegenüber den Ärzt/innen insgesamt nicht teilt. 3m bemerkt offenbar, dass 1w sich angegriffen fühlt und ihren Arzt verteidigt. Er fällt ihr ins Wort, versucht zu revidieren und seine Darstellung abzuschwächen. Da 1w unbeirrt weiter spricht, bricht er seine Rede ab.

In dieser Gruppe werden drei zentrale Mechanismen zum Umgang mit der Unsicherheit deutlich: (1) Die *Verteidigung des Arztes*, dessen Handeln nicht infrage gestellt wird, dient dazu, die eigene Angst oder Unsicherheit sowie die Frage nach den Ursachen zu überdecken (4m, 6m). Dieser Mechanismus ist mit dem pauschalen Vertrauen sowie der Übergabe von Verantwortung und Kontrolle an den Arzt,

wie es in Gruppe 1 und 2 deutlich wurde, zu vergleichen. Das Vertrauen in den Arzt wird hier gleichsam als Schutzmechanismus und der Vermeidung der Auseinandersetzung mit der eigenen Angst eingesetzt. Als Variante dieses Vertrauens zeigt jedoch 6m, dass er langfristig die Verantwortung nicht dem Arzt, sondern sich selbst übertragen möchte. (2) Die *Kritik am ärztlichen Handeln* ist Teil des Versuchs, die *Kontrolle* über die eigene *Gesundheit* und die Behandlung zu erlangen. Auch hier wird versucht, die latente Unsicherheit zu minimieren, wobei die Patient/innen versuchen, bestimmte Zusammenhänge zu verstehen und aktiv auf den Behandlungsverlauf einzuwirken (1w, 3m, 5w). Vor allem die Klärung der Ursachen kann im Zusammenhang mit der Hoffnung auf ‚Heilung‘ gesehen werden. Diese expliziert sich zum Beispiel in dem Wunsch nach einer Reduktion der Medikation. (3) Eine eher *distanzierte Haltung*, wie sie bei 2w deutlich wird, zeigt eine gewisse ‚Abgeklärtheit‘ dem Arzt und der Behandlung gegenüber, die mit einer Verteidigung ärztlichen Handelns einhergehen. Weiterhin bestehende Unsicherheiten sowie die Suche nach den Ursachen bleiben aber nicht handlungsleitend, sondern werden offenbar als Teil der (bereits über viele Jahre bestehenden) Behandlung akzeptiert. Hier wurde die Entscheidung getroffen, sich nicht (mehr) mit der Hypertonie oder dessen Behandlung auseinanderzusetzen. Eine Distanzierung kann sich aber auch zu Beginn der Behandlung zeigen, indem die Hypertonie als vorübergehender Zustand angesehen wird, zu deren Überbrückung eine ärztlich-fachliche Unterstützung notwendig, jedoch ein aktives Einbringen in die Behandlung vermieden wird. Das Ziel ist in beiden Fällen, dem Arzt die Verantwortung für die Behandlung zu übergeben und sich nicht mehr als notwendig einzubringen.

#### 4.5 Diskursbeschreibung Gruppe 7

In der Analyse der bisherigen Gruppen wurde deutlich, dass Patient/innen, die schon viele Jahre ihren Bluthochdruck medikamentös behandeln, auf einen anderen Erfahrungshintergrund rekurren als jene, die erst seit wenigen Jahren in Behandlung sind. Diese Erfahrungen beziehen sich nicht nur auf die jeweils längere Biographie, sondern auch auf die medizinische Weiterentwicklung hinsichtlich diagnostischer Verfahren oder Medikamente. Hinzu kommt die aus den bisher durchgeführten und ausgewerteten Gruppendiskussionen abgeleitete Annahme, dass sich bei den Patient/innen nach vielen Jahren (oder mehreren Jahrzehnten) der Behandlung eine stabile Haltung innerhalb und gegenüber der Bluthochdruckbehandlung entwickelt hat, sodass Patient/innen, deren Unsicherheiten über den weiteren Verlauf der Behandlung im Kontext der Diagnosestellung ihnen noch deutlicher präsent sind, dieser Orientierung gegenüberstehen.

Aus diesem Grund wurde Gruppe 7 nach denselben Kriterien zusammengestellt wie Gruppe 6, jedoch unter zusätzlicher Berücksichtigung der Behandlungsdauer. Aus der bisherigen Analyse liegt die Vermutung nahe, dass die Anfangsphase der Neuorientierung der Patient/innen bis zu fünf Jahre dauern kann, sodass

Teilnehmer/innen mit einer Behandlungsdauer von bis zu fünf Jahren eingeladen wurden.<sup>84</sup> Die Teilnehmer/innen dieser Gruppe sind ebenfalls adhärent gemäß der hier zugrunde gelegten Definition. Das Alter der unter 60-jährigen Teilnehmer/innen liegt zwischen 47 und 57 Jahren. Auch hier wurde die Altersspanne von bis zu 10 Jahren berücksichtigt. Das Bildungsniveau ist ebenso wie das Geschlecht gleichmäßig verteilt (s. Tabelle 2).

1w ist mit 47 Jahren die jüngste Teilnehmerin. 4w und 6m sind 51, 2w und 3m 53 Jahre alt. 5m ist mit 57 Jahren der älteste Teilnehmer dieser Gruppe. Zum Zeitpunkt der Diskussion sind alle Teilnehmer/innen, außer 4w, die berentet ist, berufstätig.

In Gruppe 7 führen die Teilnehmer/innen gerade zu Beginn eine freundliche, vorsichtige Diskussion, die nach einiger Zeit eine humorvolle Dynamik entwickelt. Meinungen und Themen werden zunächst eher behutsam eingeführt, vermutlich um unerwünschte Gegenreaktionen zu vermeiden. Sobald aber auf Redebeiträge positive Erwiderungen folgen, werden die Diskurse reger fortgeführt, sodass sich insgesamt eine aktive Diskussion entwickelt, in deren Verlauf die Teilnehmer/innen von sich aus viele Themen zur Sprache bringen. Es finden sich allerdings kaum antithetische Wortbeiträge oder kritische Bezugnahme der Teilnehmer untereinander. Demgegenüber steht ein offenbar starkes Interesse einiger Teilnehmer/innen, sich als ‚besonders‘ (beispielsweise besonders informiert im Zusammenhang mit dem Bluthochdruck) zu präsentieren. In einigen Sequenzen erfährt die Diskussion dadurch eine stärkere Dynamisierung und darüber hinaus werden Selbstpräsentationen im gesamten Verlauf durch die anderen Gruppenmitglieder der Diskussion auch weiter verstärkt. Immer wiederkehrende Punkte sind die Frage nach dem Einfluss und Umgang mit Stress in Verbindung mit Bluthochdruck sowie die Auseinandersetzung mit der ‚Lebenslänglichkeit‘ der Erkrankung. Zentral für den Diskurs ist vor allem die ambivalente Haltung der meisten Teilnehmer/innen gegenüber der Tabletteneinnahme, die sich in einem Wunsch nach Allgemeinmaßnahmen (s. Kapitel 1.3) mit Beendigung der Medikation und in der Angst vor Folgeschäden des Bluthochdruck sowie dem Unwillen eine Reduzierung der Lebensqualität in Kauf zu nehmen äußert.

Der Fokus dieser Untersuchung, die Arzt-Patienten-Beziehung, wird in dieser Gruppe zunächst nur vereinzelt thematisiert. Die Teilnehmer/innen reihen meist ihre Erfahrungen aus der eigenen Krankheitsgeschichte und die Kritik an ihren Ärzt/innen aneinander, ohne dass, wie oben angedeutet, eine (kritische) Bezugnahme untereinander zustande kommt. Erst nach etwa 40 Minuten lässt sich dann ein aktiver Diskurs über Arzt-Patienten-Beziehung identifizieren, der sich über

---

<sup>84</sup> In der medizinischen Literatur wird der Behandlungsdauer von fünf Jahren für die Adhärenz eine Relevanz zugewiesen. Demnach wird eine Behandlungsdauer von mehr als fünf Jahren als Faktor zur Stärkung der Adhärenz angesehen (Sharkness 1992, Kjellgren 1995). Dies deckt sich mit dem in der vorliegenden Arbeit erzielten Ergebnis, dass der Beginn der Behandlung mit starken Verunsicherungen verbunden ist, die sich im Laufe der Zeit auflösen und in eine relativ stabile – jedoch nicht zwangsläufig statische – Haltung mündet.





Nach etwa 40 Minuten initiiert 1w das Thema Arzt-Patient-Beziehung erneut, indem sie diese als Faktor im Behandlungsprozess beschreibt.

- 1w: ((auf Flipchart zeigend)) *also ist ein Hinterungs-Hinderungsgrund ja im Grunde auch ein Arzt ne? (1) den wievie- ja*
- 4w: ↑ja ja jaja ein Arzt↓ entscheidet ob es einem wirklich ein bisschen **besser** geht oder ob es einem **ganz** schlecht dann im Endeffekt geht, mit der- (1) mit den **Medikamenten** äh äh es gibt ja nun viele joa ich möchte nicht alle über einen Kamm scheren, kann ich auch nicht mein **jetziger** Hausarzt also der ist **super** wenn ich sage ne Überweisung **dafür** ich muss zum **Augenarzt** oder ich muss zum Internisten **anstandslos** ne? der andere hat immer erst nachgefragt **warum** denn? **weshalb** denn, **wieso?** ich sach ja sach ich das **kannst** du ja nicht da muss ich (halt) ja woanders hin, also **daa** ((lachend)) *hat er (mal) zu mir gesagt wenn wenn ich komme das können die gleich vorne ((lachend)) machen ja der der hat mich gar nicht mehr unt- gefragt ne? wenn ich sage Überweisung das können die gleich vorne machen ((lacht))* nein das ist auch immer n bisschen das **Auftreten** von den Patienten, **denk** ich mir, ne?
- 5m: ↑hmhm ↑aber es liegt auch viel am Arzt s- dass man- vor **allen** Dingen ähm dasse noch ein bisschen Zeit für einen haben, man kanns ja manchmal auch erleben gehste rein ratzfatz wird mit dir gesprochen dann gehste wieder raus da aber das ist bei dem ich jetzt habe eigentlich auch nicht so mit dem kann man sich eigentlich auch noch eben top unterhalten (1) und über auch mal über **andere** Dinge und
- 4w: ↑hmm ↑ja
- 5m: das is auch das is auch sehr sehr sehr wichtig häng ich mein wir haben auch immer so
- 4w: ↑also unser
- ??: ↑njaa
- 5m: das Thema mit mein Gewicht ich weiss es ja, dann sag ich auch immer nur zu ihm ich sagen se hier Doktor sag ich denn immer denken se sach ich immer **abends** ich hab eine Gene zuviel sacht er wieso das ich sache und das ist zum=Kühlschrank=gen(2) ne und **lachen** ((lachend)) *wir beide nochmal*
- alle: ↑((Lachen))
- 3m: das Kühlschrankgen sehr gut das ke-
- 5m: *und denn und denn lachen wir beide noch einmal* und dann sacht er ja bis in n viertel Jahr machs gut und denn is denn is das okay ja ne (2) und ich find das is das is
- 4w: ↑jaja
- 5m: genauso mit den Tabletten er hat ja auch gesagt also das hat er dann auch zu mir gesagt wenn du noch mehr abnehmen würdest es könnte **es könnte** passieren, das man die
- 4w: ↑hmm
- 5m: Tabletten absetzen kann (1) **könnte**, also nich (2) das das nu hundertprozentig wird nich dass is also
- 3m: ↑aber will er die Verantwortung übernehmen dann das is eben  
(Gr 7, S 27, Z 1228-1284)

1w schlussfolgert aus der bisherigen Diskussion, dass der Arzt gleichwertig neben anderen „auch“ einen Hinderungsgrund für die Tabletteneinnahme darstellt und demzufolge einen wesentlichen Aspekt der Behandlung darstellt. Diese Schlussfolgerung ist als Hinweis darauf zu verstehen, dass dies ihre eigene Haltung und Erfahrung widerspiegelt. 4w beiligt sich, an die Aussage von 1w anzuknüpfen. Sie verdeutlicht mit der Verwendung des Wortes „entscheidet“, dass die Bewertung ihres gesundheitlichen Befindens mit der Medikation in der Verantwortung des Arztes liegt. Somit hat der Arzt nicht nur einen Anteil an der Behandlung, sondern stellt einen zentralen Faktor dar. Sie eröffnet dann einen Raum möglicher Befindlichkeiten, die zwischen den Extremen „ein bisschen besser“ und „ganz schlecht“ liegen. Offenbar liegt es nicht im Rahmen der ärztlichen oder medikamentöser Möglichkeiten, dass es ihr ‚sehr gut‘ gehen kann.

4w hat offenbar schlechte Erfahrungen mit Ärzt/innen gemacht und verdeutlicht, dass sie der Ansicht ist, dass es viele schlechte Ärzt/innen gibt, womit deren negativer Einfluss auf den Behandlungsverlauf unterstützt wird. Mit ihrem jetzigen Arzt ist sie aber sehr zufrieden („der ist **super**“). Ihr Bewertungskriterium für die Güte eines Arztes ist dessen Überweisungsverhalten, bei dem er ihren Wünschen „anstandslos“ entgegenkommt. In ihrer Rede präsentiert sie sich so, als stünde sie in der Kommunikation mit dem Arzt auf einer Hierarchieebene oder sogar darüber – in der Gruppe gibt sie vor, den Arzt zu duzen und besser als der Hausarzt zu wissen, welchen Facharzt sie wann zu konsultieren hat, indem sie dessen Kompetenzrahmen begrenzt („das **kannst** du ja nicht“). Sie verdeutlicht hier, dass das „Auftreten“ des Patienten einen Einfluss auf das ärztliche Handeln haben kann, und sie den Arzt gewissermaßen entsprechend ihrer Bedürfnisse ‚erziehen‘ kann. 4w eröffnet mit dieser Proposition einen negativen Gegenhorizont zu 3m, der seine Handlungsaktivität als Patient bewusst oder unbewusst als stark eingeschränkt dargestellt hat. 4m unterstreicht hingegen die vermeintliche ärztliche Unterstützung ihres fordernden Auftretens, indem sie vorgibt, er würde ihre Entscheidungskompetenz für notwendige Überweisungen unterstützen.

5ms darauf folgender Beitrag ist als Fortsetzung der Rede von 1w zu lesen, die den Arzt als einen möglichen Hinderungsgrund bei der Behandlung betrachtet. Durch das Wort „auch“ räumt 5m ein, dass das Auftreten der Patient/innen gemäß 4ws Meinung eine wichtige Rolle spielt, möchte die Diskussion aber wieder auf die Bedeutung des Arztes lenken. Sein wichtigstes Kriterium für einen guten Arzt ist hauptsächlich die Zeit, die der Arzt für ihn als Patienten aufwendet. Darüber hinaus findet er es auch „sehr sehr sehr wichtig“, dass er sich zufriedenstellend („top“) mit seinem Arzt über verschiedene Themen „unterhalten“ kann. Offensichtlich legt er großen Wert auf ein Verhältnis zum Arzt, das Gespräche über die medizinische Konsultation hinaus erlaubt und fördert. Das Bedürfnis, auch über „**andere** Dinge“ zu sprechen, kann auch als Hinweis für die Vermeidung ernster, das heißt primär gesundheitsrelevanter Themen gelesen werden. 4w stimmt seiner Proposition zur Notwendigkeit von Gesprächen, die über die Krankheit hinausgehen, zu. In der Folge versuchen sowohl 5m als auch 4m das Wort zu ergreifen und eine Erzählung über eigene Erfahrungen mit ihrem Arzt einzuschieben, wobei 5m sich durchsetzt.

5m wertschätzt das Verhältnis zu seinem Arzt, das es zulässt, gemeinsam zu lachen. Diese Art der Arzt-Patienten-Beziehung ermöglicht ihm offenbar, die Therapieempfehlungen der Gewichtsreduktion nicht ernst zu nehmen und sich nicht mit den Risikofaktoren auseinandersetzen zu müssen, womit die oben eröffnete Vermutung, die Auseinandersetzung mit krankheitsrelevanten Themen zu vermeiden, sich bestätigt. Somit wird plausibel, warum er das offenbar wiederholt durch den Arzt angesprochene Problem der Gewichtsreduktion relativiert und scherzhaft anmerkt, ein „zum=Kühlschrank=gen“ zu haben. Mit dieser Bemerkung greift er einerseits die Möglichkeit einer genetischen Prädisposition auf – davon hat er offenbar gehört – gleichzeitig distanziert sich 5m aber von der Ernsthaft-

tigkeit seiner Krankheit. Der für ihn augenscheinlich gewohnte scherzhafte Umgang mit dem Bluthochdruck wird durch Lachen von der restlichen Gruppe unterstützt und bestätigt. 5m verdeutlicht erneut, dass er die Beziehung zu seinem Arzt als egalitär empfindet, indem er andeutet, sich mit dem Arzt zu duzen („mach's gut“) und gemeinsamen mit ihm über seine Scherze zu lachen. Die Ablehnung der institutionellen Ungleichheit zwischen Arzt und Patient ist hier als ein Hinweis auf die Abwehr des der Hypertonie innewohnenden möglichen Risikos und eine Vermeidung der ernststen Auseinandersetzung zu interpretieren.

Die von 5m zitierte Aussage des Arztes, die Tabletten möglicherweise langfristig absetzen zu können, sofern er sein Gewicht reduziert, stehen die Schwierigkeiten einer Gewichtsreduktion gegenüber. Die vermutlich vom Arzt als Motivation gemachte Aussage verliert aufgrund ihrer von 5m wahrgenommenen deutlichen Vagheit („es könnte“) und der schwierigen Umsetzbarkeit an Bedeutung.

3m nutzt eine kleine Gesprächspause, um auf 4m zu reagieren, was die Dringlichkeit seines Beitrages kennzeichnet. Er stellt die rhetorische Frage, ob der Arzt die Verantwortung für das Absetzen der Tabletten übernehmen will. Vermutlich hat 3m ähnliche Gespräche über die Medikation mit seinem Arzt auch schon geführt. Hier stehen sich der Wunsch des Patienten nach einem Absetzen der Medikation und die Übernahme der Verantwortung für die Behandlung gegenüber. Aus der Rede von 3m wird deutlich, dass er die Behandlungsverantwortung beim Arzt sieht. Er selbst zieht dies für sich offenbar nicht in Betracht und kann sich dies anscheinend auch bei anderen Patient/innen (hier 5m) nicht vorstellen. Für 5m ist die Aussicht auf ein eventuelles Absetzen der Medikamente offenbar nicht Anreiz genug, um sein Gewicht zu reduzieren. Trotz der dargestellten egalitären Beziehung zu seinem Arzt, übernimmt er keine gleichberechtigte Verantwortung für die Behandlung. Daher müsste er sich bei einer konsequenten Umsetzung von Allgemeinmaßnahmen – viel mehr als bei der Tabletteneinnahme – mit dem Bluthochdruck auseinandersetzen, was seiner bisher deutlich gewordenen Vermeidungsstrategie widerspricht.

4w übernimmt nun die Rolle der Sprecherin, geht aber nicht auf die letzten Beiträge von 5m und 3m ein, sondern bezieht sich auf die Themen, die auch für sie eine besondere Relevanz haben: Zeit und Spaß. Diese sind anscheinend maßgebliche Gütekriterien für einen Arzt.

- 4w: also ich finde ein Arzt der Zeit hat ist noch wichtig und das hat mein jetziger Hausarzt, der hat Zeit (2) er is natürlich dem- ((schmunzelnd)) weil er dementsprechend weil er jetzt besser ist wie der Vorgänger, dementsprechend **sehr** belastet aber er nimmt sich **trotzdem** die Zeit für die Patienten und sitzt dann anstatt zwölf Uhr die Tür wird dicht gemacht sitzt er manchmal um zwei halb drei dann noch und hat den letzten Patienten nach mittags und macht aber um 16 Uhr schon wieder auf ne alle: ↑((Nicken, zustimmendes Murmeln))
- 4w: also da äh (2) und er versteht auch Spaß wenn man mal was also (3) ((zuckt mit den Achseln, seufzt)) das is das is was ganz anderes ne? und der guckt dann un=und Mensch das sieht man auch richtig es läuft und ich hab sechszehn Kilo abgenommen sacht er Donnerwetter, ((mit erhobener Stimme)) **der hat mich zwei Monate nicht gesehen drei Monate** (2) ich glaub nach Weihachten war ich da dann nicht wieder und dann war ich letztes Jahr, und dann sacht er Donnerwetter, ich sach ja sach ich hab doch gesagt

das mach ich von alleine da brauch ich niemanden zu ich fahr mal Fahrrad, ich laufe mit dem **Hund** jetzt muss meine Tochter selber laufen, ich hab die zwei Enkelkinder geh mit den Ältesten zum Sport hin weil die Eltern das nicht gerafft kriegen ((lacht)) (4) dann mach ich morgens schon meinen Rundgang **geh** noch zu meinen alten

3m: ↑((lacht))

4w: Leuten hin die beiden die ich da noch ein bisschen mitbetreue die machen auch noch alles selber aber das Größte können sie halt nicht mehr (2) und so bin **ausgelastet** und mein Haushalt hab ich ja schließlich auch noch'n bisschen ((leise)) *an ner Haken* (2) und (1) ja ich denke mal ich brauch meinen **Rhythmus** ich muss auch ein bisschen gefordert werden so träge in der Ecke hängen das ist für mich nichts **ich** muss gefordert werden (3) und wenn nicht dann mach ich mir selbst irgendeine Arbeit (1) dann is der Keller dran dann(3) fahr ich (halt) ne ne längere Strecke Fahrrad ne? das **geht** also Langeweile wer Langeweile hat ich hab keine

(Gr 7, S 27, Z 1284-1315)

Ihr Kriterium für einen guten Hausarzt ist, dass er sich trotz hoher Arbeitsbelastung, die offenbar ebenfalls als ein Gütekriterium gilt, Zeit für die Patient/innen nimmt. Dazu gehört bei ihrem Arzt auch ein flexibler Umgang mit den Sprechzeiten zugunsten der Patient/innen. Auch für sie ist der ‚Spaß‘ in der Konsultation offenbar von Bedeutung, worin sich die Relevanz einer persönlichen Beziehung zum Arzt, die über die reine medizinische Konsultation hinausgeht, bestätigt. Der Faktor Zeit bei der Konsultation und insbesondere die Bereitschaft des Arztes, über die festen Praxiszeiten hinaus eine ausreichende Betreuung der Patient/innen zu gewährleisten, scheint bei allen Teilnehmer/innen ein Thema zu sein, denn alle stimmen zu und beginnen zu murmeln. Ob sie diesbezüglich schlechte Erfahrungen gemacht haben oder ob sie sich lediglich mehr Zeit wünschen, wird nicht deutlich.

4w bewertet an ihrem Arzt positiv, dass dieser ihre eigenständige Gewichtsreduktion bemerkt und lobt („Donnerwetter“). Offenbar freut sie sich über dieses Maß an persönlicher Aufmerksamkeit von ihrem Arzt. Augenscheinlich stellt es für sie eine Ausnahme dar, wenn ein Arzt sich soweit auf den Patienten individuell einstellen kann und über einen längeren Zeitraum Veränderungen bemerkt („der hat mich zwei Monate nicht gesehen“). Im Gegensatz zu 5m, der eine Gewichtsreduktion vermeidet oder sie nicht schafft, ist die eigenständige Gewichtsreduktion („da brauch ich niemanden zu“) für 4w eine wichtige Möglichkeit, selbstständig etwas gegen den Bluthochdruck zu unternehmen. Die vielen Beispiele, wie sie die Gewichtsreduktion erreicht hat, sollen das belegen. Die Meinung des Arztes spielt dabei für sie dennoch eine Rolle, sein Lob ist für sie folglich ein motivierender Faktor. Ihre zuvor explizierte Autonomie als Patientin wird dadurch relativiert. Ob ihre offensichtliche Abwehr dagegen, zu viel Zeit zu haben und zur Ruhe zu kommen, ein Hinweis darauf ist, dass sie sich mit ihrer Krankheit nicht auseinandersetzen möchte, bleibt offen.

Dann meldet sich zum ersten Mal 6m zu Wort und präsentiert seine Sichtweise über die vermeintliche Qualität der Aufklärung durch Ärzt/innen.

6m: ((auf Flipchart deutend)) *ich muss allerdings zum letzten Punkt*, äh juckt mich so ein bisschen da muss (2)

M2: ↑ich wollte auch noch mal das ansprechen ((lachend)) *aber ich wollte Sie nicht unterbrechen*

6m: genau aber **da** muss ich **entschieden** widersprechen ähäh also ich kann ja nur, also





gemacht hat. Er betont seine Dankbarkeit dem deutschen Gesundheitssystem gegenüber, von dem er die Möglichkeit der Medikation und damit „Hilfe“ erhält. Damit nimmt er als erste Person ausdrücklich Bezug auf die gesellschaftlichen Determinanten der medizinischen Versorgung. Er sieht sich zwar als Person, die Hilfe benötigt, Hilfe ‚suchend‘ ist er jedoch augenscheinlich nicht. Vielmehr sieht er es als Vorteil an, auf ein Gesundheitssystem zurückgreifen zu können, dass ihm ohne Umwege Hilfe (Behandlungsmöglichkeiten) gewährt. Der Arzt wird dabei zum ‚Handlanger‘ dieses Systems degradiert, denn er ist nicht seinem Arzt „**dankbar**“, sondern dem System. Die Lebensqualität, die ihm die Medikamente bescheren, beruhen demnach auf der Grundlage, ohne eigenes aktives Engagement den subjektiv empfundenen Gesundheitszustand wiederherstellen zu können. Die Möglichkeit, auch nichtmedikamentöse Behandlungen durchführen zu können, lässt er dabei außer Acht, vermutlich, weil er sich dabei zu sehr in die Behandlung einbringen müsste. Die uneingeschränkte Akzeptanz des deutschen Gesundheitssystems hat sich in 6m manifestiert. Er kritisiert die Gruppe und deren ‚Suche‘ nach ‚negativen‘ Aspekten, wobei er vermutlich die Teilnehmer/innen als Stellvertreter der gesamten Gesellschaft betrachtet („man“). Seine Dankbarkeit und Akzeptanz in diesem Sinne könnte ein Hinweis auf eine passive Patientenrolle sein, die 6m einnimmt. Dankbarkeit impliziert auch stets Abhängigkeit und Hilflosigkeit. Das Lachen könnte ein Hinweis darauf sein, dass er sich über seine ungewöhnliche Meinung bewusst ist und dadurch seine Unsicherheit überspielt.

1w versucht nun erneut mit einem „aber“ ihren negativen Gegenhorizont zu verdeutlichen. Vermutlich möchte sie 6m ein Gegenargument liefern, indem sie darauf hinweist, dass die Situation so ist, wie sie bisher in der Gruppe beschrieben wurde. Sie belässt es bei dieser Bemerkung und lässt sich von 6m unterbrechen. 6m wahrt die Höflichkeit und stimmt 1w mit einem kurzen „ja“ zu, das von „und und und“ gefolgt ist. Die vielen ‚unds‘ sprechen dafür, dass er zwar unsicher ist, aber es sich anscheinend zur Aufgabe gemacht, hat seine Position (auch gegen die Gruppe) deutlich zu vertreten.

6m glaubt augenscheinlich, dass 1w und eventuell die anderen Teilnehmer/innen seine Position noch nicht verstanden haben. 6m geht offenbar davon aus, dass die anderen Teilnehmer/innen einem derzeit ‚modernen‘ gesellschaftlichem ärztekritischem Diskurs folgen und von diesem in ihrer Haltung beeinflusst sind. Er hingegen gibt vor, diesen durchschaut und seine eigene Meinung gebildet zu haben. Er versucht nun die Teilnehmer/innen zu überzeugen, und seine Ansicht sozial verträglicher darzustellen, indem er nicht kritisiert, dass diese zum Beispiel nur das „Negative“ suchen, sondern indem er das Positive seiner Sichtweise hervorhebt. In seiner positiven Haltung zum Gesundheitssystem, das er für ausreichend hält, degradiert er den Patienten als handlungsunfähig. Wieder bestätigt sich die Lesart, dass er sich in eine passive Patientenrolle begibt, die weder das System noch das ärztliche Handeln hinterfragt. Die Möglichkeit, zu einem Arzt gehen zu können und eine Krankenversicherung zu haben, sind für ihn ausreichende Quali-

tätsmerkmale eines Systems, wobei er eine unzureichende oder fehlerhafte Umsetzung der Krankenversorgung in der Praxis offenbar nicht mitdenkt.

5m hört der Rede von 6m aufmerksam und positiv unterstützend zu („nein nein“), obwohl er inhaltlich Einwände hat und diese vorsichtig einzubringen versucht, als 6m über seine Medikation spricht („aber“). Anstatt 5m sprechen zu lassen, zieht 6m es vor, seine Rede über seine Freude („dass das so ist“) fortzusetzen.

Während seiner Rede bewegt 6m sich auf einer Metaebene. Die Determinanten der Bluthochdruckbehandlung innerhalb des Deutschen Gesundheitssystems bewertet er positiv. Auf eine persönliche Erzählung seiner Erfahrungen mit seinem Arzt lässt er sich nicht ein – will es vermutlich nicht, weil er sich grundsätzlich nicht mit deren Implikation beschäftigen möchte. In logischer Konsequenz muss er dem Gesundheitssystem dankbar sein, das es ihm ermöglicht, sich behandeln zu lassen, ohne einen aktiven eigenen Beitrag zu leisten.

Erst nachdem 6m seine positive Haltung erneut zum Ausdruck gebracht hat, lässt er sich von 1w unterbrechen:

- 1w: find ich **auch** aber ich denke wie in jedem **Beruf** gibt es, **Gute** und **Schlechte** und es gibt den **super** Lehrer ↑das das
- 4w: ↑ja ja
- 6m: ↑natürlich
- 1w: es gibt schlechte Lehrer es gibt super Heimleiterinnen es gibt welche die sind ne
- 6m: ↑sehr gute richtig
- 4w: ↑schlechte↓
- 1w: Katastrophe und ääh (1) ich s- ich hab also jetzt **gerade** den Arzt gewechselt mit das
- 6m: ↑ja richtig
- 1w: meinem ersten der diagnostiziert hat und so, ach eigentlich fand ich das gar nicht
- 6m: ↑hmm
- 1w: sooo schlecht und dann hab ich als ich nen Unfall hatte mit dem Auto bin ich zu einem
- 6m: ↑hmm
- 1w: gegangen der hatte **Notdienst** um die **Ecke** (5) ((schwärmend)) und dann hab ich gedacht so **kann ein Arzt sein** so was hab ich **noch nie** erlebt wie der also mich behandelt
- alle: ↑((lachen, Zustimmung))
- 6m: ↑hmm ja klar natürlich
- 1w: hatte am nächsten Tag na ich hatte Auffahrunfall Schleudertrauma und so ne und dann hab ich gedacht so und jetzt komm ich wieder (2) und dann schon bei der **Anmeldung** hat die Frau mich gefragt ja brauchen se einen längeren Termin oder nen kürzeren Sache
- 4w: ↑hmm
- 1w: längeren, ja dann gebe ich Ihnen ne **dreiviertel Stunde** (2) und dann habe ich zum ersten
- 4w: ↑hmm
- 6m: ↑hmm, oh
- 1w: Mal in meinem Leben ich bin jetzt 46 einen Arzt erlebt der sich **alles** angehört hat
- alle: ↑((Zustimmung))
- 1w: vom kleinsten ((einzeln betont)) *wie war das als Sie klein waren* (2) fragen se mal ihre Mutter (4) und de- der dann auch irgendwann mal gesagt hat also Menschenskin- der(2) Sie haben ja ganz schön was mitgemacht (2) zu meinem Blutdruck(hoch)druck kommt ein Puls=Ruhepuls von 100 (1)
- 4w: ↑hmm
- 5m: ↑hmm
- 1w: den ich hatte auch als ich **niedrigen** Blutdruck hatte, weiss auch keiner warum (4) und es **gibt**
- 4w: ↑hmm
- (Gr 7, S 30, Z 1512-1564)



1w stimmt also zunächst mit 6m darin überein, dass man über die Gesundheitsversorgung in Deutschland erfreut sein sollte. Trotz der offenbaren Kritik 6ms auch an den Teilnehmer/innen bleibt sie freundlich sachlich, sodass davon auszugehen ist, dass nicht nur die Wortwahl sondern auch der Tonfall 6ms für die Gruppe angemessen war. Dennoch teilt sie die passive Haltung 6ms als Patient und die pauschal positive Einschätzung ärztlichen Handelns nicht. Anhand von Beispielen versucht sie dies zu verdeutlichen und impliziert damit die Wahlmöglichkeit des Patienten, die ihrer Ansicht nach auch eine gewisse aktive Handlungsentscheidung mit sich bringt. Das Qualitätsmerkmal liegt demnach für 1w darin, sich zwischen Ärzt/innen entscheiden zu können, wobei sie auf eigenen Erfahrungen zurückgreift.

6m stimmt 1w in der Spannweite ärztlicher Qualität zu, hebt jedoch auch hier das positive, „sehr gute“ hervor. Auch 4w kann mit der Darstellung des Vergleichs etwas anfangen, stimmt der Darstellung von guten und schlechten Lehrer/innen (also auch Ärzt/innen) grundsätzlich zu, hebt jedoch im Gegensatz zu 6m die negative Komponente hervor. Möglicherweise liegt dies in ihren vorwiegend schlechten Erfahrungen mit Ärzt/innen begründet (vgl. Sequenz 27). Es ist anzunehmen, dass die subjektiven Erfahrungen in einem reziproken Verhältnis zu der eingenommenen Haltung stehen.

In ihrem Erfahrungsbericht über den (zufälligen) Arztwechsel verdeutlicht sie ihre Kriterien eines guten Arztes. Auch für sie sind die Zeit und die Bereitschaft, ihr als Patientin Raum für ihre Erzählung zu geben, von Bedeutung, wobei sie betont, dass dieser Arzt ihrer Erfahrung nach eine Ausnahme darstellt, da sie entsprechendes bisher „noch nie erlebt“ hat. Diese neue und subjektiv positive Erfahrung hat bei ihr offenbar zu einer veränderten, kritischeren Sicht auf ärztliches Handeln geführt. 1w verdeutlicht hier den Wunsch, als Person mit Vergangenheit wahrgenommen zu werden, bei der nicht nur das isolierte Krankheitsbild im Fokus steht. Ärztliche Empathie („sie haben ja ganz schön was mitgemacht“) verstärkt bei ihr das Gefühl, ernst genommen zu werden. Von den anderen Teilnehmer/innen wird sie positiv unterstützt, was darauf hinweist, dass ihre Wünsche und Erfahrungen auch für die anderen gelten. Lediglich 6m ist überrascht, dass ein Arzt sich für eine Patientin eine dreiviertel Stunde Zeit nimmt („oh“), was ihm augenscheinlich innerhalb der Struktur des Gesundheitssystems ungewöhnlich, vielleicht auch unnötig, erscheint.

1w betont schließlich – und kommt dabei auf die Rede von 6m zurück –, dass sie den Vorteil des Gesundheitssystems darin sieht, sich den Arzt frei wählen zu können und erhält darin von allen Zustimmung. Dass die allgemeine Zustimmung an der Stelle kommt, als sie sagt, zu einem Arzt „**nicht mehr**“ gehen zu wollen, verstärkt noch einmal eine grundlegende unzufriedene Haltung der Teilnehmer/innen den Ärzt/innen gegenüber, denn sie können die Ausführungen von 1w augenscheinlich gut nachvollziehen.

- 1w: es gibt da ich bin auch glücklich in diesem Land zu leben hau-ich auch glücklich das ich sagen kann zu dem geh ich **nicht mehr** sondern ich geh zu dem **andern** (2) ne  
 alle: ↑((Zustimmung))  
 6m: ↑genau das kann  
 ja das kann ( ) sagen nee Sie müssen jetzt zu dem ((lachend)) *gehen hm später*  
 3m: ((lachend)) *jahaha das kommt nochmal irgendwann*  
 1w: ↑ge- ä kau kann es ja kom-kommt nochma hoffentlich **nicht** ne (2) ne  
 6m: ↑((lachend)) *kommt noch*  
 5m: ↑ess es is  
 1w: und **trotzdem** gibt es auch da welche wenn wenn ich einfach gesagt kriege müssen se **nehmen**, ein **lebenlang** schluss aus ende finito brauchen wer net we-als ein anderer der  
 2w: ↑(basta)  
 1w: sagt ja (2) erstmal vielleicht jetzt und dann können wir dann ja mal machen ( ) ja  
 2w: was gibts für **Alternativen** und was kann (man da) machen genau ich bin **auch** froh dass es diese Tabletten gibt um Gottes Willen verstehen Sie mich da nicht **falsch**, äh aber  
 6m: ↑ne ne  
 (wollt ich nicht)  
 2w: es gibt halt auch andere Sachen **dazu** und wenn man wie Sie das eben fand ich ganz anschaulich gesagt haben Sie haben erst durch diesen **Zufall** gemerkt was was wie kann  
 1w: ↑ja  
 2w: ein Arzt **sein** Sie haben es ja vorher wahrscheinlich akzeptiert ihren Arzt und und  
 1w: ↑ja war zufrieden  
 alle: ↑((Zustimmung))  
 2w: waren auch so genau, ne? aber man muss ja dann erstmal durch **sowas** dahinter kommen ah es kann ja auch ganz **anders** gehen und das find ich schon ganz spannend was Sie da gesagt haben ne also am liebsten würd ich ja jetzt fragen wer ist er denn aber tu ich natürlich nicht  
 alle: ((Lachen))  
 1w: kanns Ihnen ja nachher auf dem Parkplatz erzählen  
 3m: ↑(die) weiss es  
 2w: ((lachend)) *jaa okay*  
 6m: oder ein Zettel  
 M2: ich würds auch gern wissen ((lacht))  
 3m: (weil wer) ↑ja ich auch ich ich ((lacht))  
 (Gr 7, S 30, Z 1566-1620)

1w stellt klar, dass sie keine grundsätzlich oppositionelle Orientierung zu 6m hat, sie ist „auch glücklich in diesem Land zu leben“. Sie setzt dabei jedoch andere Schwerpunkte und betont, die Möglichkeit des Arztwechsels als Gütekriterium des deutschen Gesundheitssystems und die Chance, die Qualität ärztlicher Leistungen nach subjektiven Kriterien beurteilen und ihren Arzt danach auswählen zu können. Im Gegensatz zu 6m differenziert sie so die Qualität ärztlicher Leistungen.

Die Zustimmung der anderen Teilnehmer/innen deutet darauf hin, dass die Freiheit der Arztwahl als wichtiger Aspekt und großer Vorteil des Deutschen Gesundheitssystems angesehen wird. Diese Haltung offenbart aber zwei Dinge: Zum einen die von 6m zuvor beanstandete, anscheinend (zu) kritische Haltung der Teilnehmer/innen als Patient/innen, die nicht dankbar für die Möglichkeit der Versorgung sind, sondern deren Unzufriedenheit mit dem Arzt in einem Arztwechsel zu münden scheint. Zum anderen wird hier auch ein von der Patientenseite wahrgenommenes statisches Bild der Arzt-Patient-Beziehung deutlich, innerhalb der sich der Handlungsspielraum des Patienten bei Unzufriedenheit auf einen Arztwechsel beschränkt. Ein aktives Herbeiführen einer zufriedenstellenden Beziehung zum Arzt wird offenbar von keinem der Teilnehmer/innen mitgedacht. In Gruppe 3 wurde dies durch eine Teilnehmerin auf den Punkt gebracht, indem

sie betonte, sie habe mit ihrem Arzt „Glück“ gehabt. In Gruppe 6 wurde das Glück im Zusammenhang mit einer ‚guten‘ Diagnostik thematisiert.

6ms „genau“ deutet daraufhin, dass er dem von 1w Gesagten zustimmen kann. Im Folgenden unterstreicht er diese ‚Freiheit‘, indem er scherzhaft auf die mögliche Entwicklung des Gesundheitssystems mit der Abschaffung der freien Arztwahl hindeutet („sie müssen jetzt zu dem ((lachend)) *gehen hm später*“). Seine lachende Rede und die empathische Handlung, sich in ihre Erzählung zu begeben, könnte ein Hinweis darauf sein, dass er nach seiner ‚provokanten‘ Aussage scherzhaft Sympathien in der Gruppe sucht. Inhaltlich wird jedoch auch bei 6m die Sorge deutlich, dass die bisher als Vorteil gesehene freie Arztwahl abgeschafft werden könnte. Dass dies auch bei den anderen ein kritischer und mit Sorge behafteter Punkt ist, zeigt sich in den ebenfalls durch Lachen begleiteten Beiträgen durch 3m und 1w, denen diese mögliche Entwicklung bewusst zu sein scheint. Augenscheinlich ist die Qualität der Arzt-Patient-Beziehung für die Teilnehmer/innen als Patient/innen in der Relevanz der Qualität der medizinischen Versorgung überlegen. Möglicherweise sind sie als Patient/innen nicht in der Lage, die medizinische Versorgungsqualität angemessen beurteilen zu können. Dies würde auch die diskrepante Wahrnehmung zwischen 6m (der über einen medizinischen Hintergrund verfügt) und den anderen Teilnehmer/innen der Gruppe erklären. Setzt man diesen Gedanken fort, so liegt für die Patient/innen vor allem die subjektiv wahrgenommene Qualität der Arzt-Patient-Beziehung (unabhängig von fachlich-medizinischen oder normativ-interaktionistischen Kriterien<sup>85</sup>) im Vordergrund der Behandlung.

1w unterstreicht diesen Aspekt in der Fortsetzung ihrer Rede, in der sie den Kommunikationsstil ihres Arztes kritisiert. Offenbar wünscht sie sich statt einer ärztlichen Mitteilung, die sie als nicht diskutierbar wahrnimmt („schluss aus ende finito“), eine Kommunikationsbasis, die Inhalte nicht als endgültig sondern als verhandelbar vermittelt. Die von ihr wahrgenommene Hierarchie in der ärztlichen Kommunikation führt bei 1w offenbar zu einer Einschränkung der eigenen wahrgenommenen Handlungsoptionen und Gesprächsmöglichkeiten. Die Anweisung des Arztes wird als Anordnung im Sinne einer ‚Instruktion‘ empfunden („einfach gesagt kriege“). Als institutionalisierter Vertreter der Medizin und Hierarchiehöherem obliegt es folglich dem Arzt, die Rahmenbedingungen für die Interaktion festzulegen. Sie als Patientin sieht für sich nicht die Möglichkeit, diesen Rahmen zu

---

<sup>85</sup> In der medizinischen Ausbildung werden seit den 1990er Jahren klare Vorgaben für eine ‚gute‘ Arzt-Patient-Interaktion definiert, gelehrt und geprüft. Anhand dieser Kriterien sind Fragebögen entwickelt worden, die die Qualität einer Konsultation objektiv beurteilen soll. Dazu gehören beispielsweise Formen der Begrüßung, Blickkontakte, die Führung des Gesprächs etc. Vgl. hierzu u.a. die Consultation Map von Pendleton et al. (1984), das Leicester *Assessment Package* von Fraser et al. (1994), das *Assessment of General Practice Consultations* von Hays (1990), der *Calgary-Cambridge-Observation Guide* von Kurtz et al. (2005), der *MAAS-Global* von van Thiel et al. (2000) und das *MRCGP Video Assessment* des Royal College of General Practitioners (2007). Siehe auch Kapitel 7.

verändern sondern als Handlungskonsequenz bei Unzufriedenheit den Arzt zu wechseln, in der Hoffnung, dass der ‚Neue‘ ihren Bedürfnissen entspricht. Diese Bedürfnisse sind sicherlich nicht vollständig zu verallgemeinern und entspringen der Biographie des einzelnen Patienten. In Gruppe 6 sprach 5w in diesem Zusammenhang von der ‚Chemie zwischen Arzt und Patient‘, die stimmen müsse. 2w fühlt sich vermutlich an eigene Erfahrungen im Zusammenhang mit der Initiierung der medikamentösen Therapie erinnert und fügt als Ausdruck einer von ihr empfundenen Endgültigkeit der ärztlichen Anweisung ein „Basta“ hinzu. Auch dies ist ein Hinweis auf eine Unzufriedenheit mit der erlebten Arzt-Patient-Kommunikation, aus der 2w keinen anderen Ausweg sieht, als sich damit abzufinden. Hätte sie ihre Situation geändert und in dem Zusammenhang andere Erfahrungen gemacht, wäre ihre Reaktion auf die Ausführungen von 1w höchstwahrscheinlich deutlich positiver ausgefallen.

Aus der Rede von 1w geht latent hervor, dass sie nicht nur mit dem vorherigen Arzt, sondern außerdem mit der lebenslangen Tabletteneinnahme unzufrieden ist. Die Formulierung, „erstmal vielleicht jetzt und dann können wir ja mal machen“, könnte ein Hinweis darauf sein, dass sie sich im Prinzip generell mehr Handlungsmöglichkeiten in Bezug auf die Krankheit wünscht. Diese Unzufriedenheit könnte sie auf den Arzt übertragen. Sie wünscht sich offenbar, Alternativen vom Arzt zu hören. Auch 2w kann sich mit dieser Orientierung identifizieren. Sie hat selbst den Wunsch, vom Arzt alternative Behandlungsmöglichkeiten zu erfahren. An dieser Stelle möchte sie sich offenbar außerdem von 6ms Vorwurf der Suche nach Negativem distanzieren. Sie betont formal, ebenfalls froh darüber zu sein, auf die medikamentöse Versorgung zurückgreifen zu können, wobei zuvor deutlich wurde, dass sie Alternativen zur Medikation – ebenso wie 1w – favorisieren würde. Zudem stimmt sie auch 1w in ihrer Aussage über Qualitätsunterschiede bei Ärzt/innen zu. Ein ‚guter‘ Arzt stellt anscheinend für sie ebenfalls eine Ausnahme dar. Ihr auffälliges Interesse am Arzt von 1w weist erneut auf die Unzufriedenheit mit der Interaktion mit ihrem derzeitigen Arzt hin. Vermutlich hat dieser ihr keine ausreichenden Alternativen bereitgestellt und – ebenso ‚hierarchisch‘ wie der Arzt von 1w – die lebenslange Medikamenteneinnahme als alternativlos in Aussicht gestellt, mit der sie nicht einverstanden ist. Das Interesse von 3m für den Namen des Arztes von 1w lässt auch bei ihm auf Unzufriedenheit mit dem Ordnungsverhalten seines Arztes und der diesbezüglichen Kommunikation schließen. Möglicherweise interessiert sich auch 3m für Alternativen zur Medikation.

Das rege Interesse sowohl der Diskussionsleitung als auch der Teilnehmer/innen an ihrem Arzt nimmt 1w offensichtlich zum Anlass, einen Erfahrungsbericht über ihren Unfall und das anschließende Gespräche mit dem Arzt zu präsentieren, wobei ihre Gütekriterien für ärztliches Handeln nochmals deutlich werden:

1w: ngeh d- das das war es war so verrückt ne ich bin da also am am Freitag war der Unfall, auf dem Autobahzubringer also wie man sich das klassisch vorstellt mein Auto war **Schrott** (3) ich merkte schon sofort ah jetzt krieg- hast du ein Schleudertrauma ne wumbwumbumb und wir waren eingeladen und wir sind da **hingegangen** zu dieser

4w:

↑hmm

- 1w: **Einladung** wir sind nicht nach Hause gegangen sondern zu der Einladung ((betont))  
und mir war so schlecht ne und ich hab gesagt ich brauche jetzt n`Schnaps kriegst
- 4w: ↑hmm
- 1w: hier deinen Schnaps ne (2) und dann hat der Arzt mich am nächsten Tag gefragt oder  
uns gefragt was ham Sie`n gemacht und dann haben wer erzählt ja ((eindringlich)) sind  
se zur Einladung gegangen? Ja sind wer hin **das** war super und dann habe ich gesagt und  
ich hatte so Magenschmerzen ((schnell)) ja nennt man Stressgastrithis was haben Sie`n
- 3m: ↑((lacht))
- 1w: gemacht? ich sach ich hab n`Schnaps getrunken ((mit erhobener Stimme)) hoffentlich  
nicht nur einen (3) ich hatte nicht nur einen getrunken sacht er rauskommen aus dieser
- alle: ↑((Lachen))
- 1w: **Situation** es ist eine absolute Stressitu- rauskommen was ganz anderes Sie haben das
- 4w: ↑Situation
- 1w: vollkommen **richtig** gemacht (4) **super**
- alle: ((Zustimmung))
- (Gr 7, S 30, Z 1623-1649)

In ihrer Detaillierung betont 1w vor allem die Empathie ihres Arztes, indem sie dessen Verständnis für ihre „Stresssituation“ und sein Lob für ihr Verhalten in dieser Situation herausstellt. Noch einmal wird deutlich, dass ein wesentliches Kriterium für die Güte eines Arztes in dessen Bestätigung der Richtigkeit ihres Handelns als Patientin („sie haben das vollkommen richtig gemacht“) und ein weiteres in der Bestätigung ihres Leidens („nennt man Stressgastrithis“) liegt. Auch die Relevanz des Interesses des Arztes für ihre Person über die Krankheit hinaus betont sie erneut („was haben Sie`n gemacht“). Die zitierte Anmerkung des Arztes („hoffentlich nicht nur einen“ Schnaps getrunken zu haben) findet offenbar Anklang, da alle Teilnehmer/innen lachen. Ein humoristischer Umgangston eines Arztes ist anscheinend erwünscht, da dieser offenbar auf der verbalen Ebene das institutionelle und fachliche Ungleichgewicht der Interaktionspartner relativieren kann.

Im Folgenden meldet sich 5m zum Thema ‚guter Hausarzt‘ ebenfalls zu Wort.

- 5m: es es es es is halt so es sind man kann irgendwo hinkommen manche Praxis die sind  
sowas von voll, und die haben keine Zeit für dich, du gehst aber in manchen hin  
(2) kommt drauf an wo ma dann in dem Moment hin muss da ist **nicht** so viel und der **hat**  
dann wieder mehr Zeit das is ja wirklich so (1) man hört ja von nh- von Mundpropaganda  
auch da geh mal hin der is gut da gehst du hin da is die Bude voll ja ja ja und der
- alle: ↑((Zustimmung))
- 2w: ↑weil so viele das
- gehört haben das der gut ist, und nachm halben Jahr is
- 5m: **andere** sacht dann wieder um Gottes Willen da war ich da geh **bloß** nicht hin nich und  
dann geh da hin und dann gehst du da hin da is- also wichtig ist ja wirklich, es
- 1w: ↑ja genau
- alle: ↑((Lachen, Zustimmung))
- 5m: spricht denen jaaa da kein- weshalb das diieeee daaa ((lachend)) **keine Ahnung** von  
**ihrem Beruf** haben das sagt auch keiner es is halt so die **Zeit** ist wirklich nicht mehr  
da manchmal wenn ich das seh wo, äh wo ich jetzt bin am ((Ort)) der ist eigentlich
- alle: ↑((Zustimmung))
- 5m: Assistenzarzt in in Klinikum gewesen (2) un, und und (2) und **wie** fing er an? so ganz  
langsam (3)
- (Gr 7, S 31, Z 1657-1681)

In dieser Sequenz wird „Mundpropaganda“ als Informationsquelle zur Bewertung von Ärzt/innen thematisiert und als problematisch diskutiert. Zwar spielt diese eine Rolle bei der Auswahl des Arztes, aber aufgrund der jeweils individuellen Erfahrungen und der je spezifischen Bedürfnisse der Patient/innen könne es zu un-

terschiedlichen und auch widersprüchlichen Bewertungen kommen. Als problematisch wird zudem angesehen, dass durch Mundpropaganda empfohlene Ärzt/innen häufig sehr volle Wartezimmer haben, was wiederum als Nachteil für die Behandlungsqualität angesehen wird, da es die Zeit des Arztes für den Einzelnen einschränkt. Es besteht offenbar eine Ambivalenz zwischen dem Wunsch nach Zeit für die Konsultation aber auch nach einem kompetenten Arzt, der sich in dieser Logik wiederum durch volle Praxen auszeichnet. 5m weist explizit darauf hin, dass er die Kompetenz eines Arztes nicht infrage stellt – es ist jedoch davon auszugehen, dass er diese als Laie nicht ausreichend beurteilen kann und darauf angewiesen ist, die Kompetenz vorauszusetzen. Wesentliches Qualitätsmerkmal scheint für ihn die Zeit zu sein, die sein Arzt für ihn zur Verfügung hat. Bis zu diesem Zeitpunkt stimmen alle Diskussionsteilnehmer den Ausführungen von 5m immer wieder zu. Das lässt einerseits vermuten, dass das Problem der Zeit für alle besteht und für die Bewertung der Behandlungsqualität relevant ist. Nicht deutlich wird jedoch, ob tatsächlich die Dauer der Konsultationen gemeint ist, oder die (in Gruppe 1 angesprochene) Hektik und Unruhe des Arztes als problematisch angesehen wird, die in einem Zusammenhang mit der von den Patient/innen wahrgenommenen Wertschätzung der eigenen Person steht. Andererseits könnten diese Zustimmungen aller Teilnehmer/innen auch durch die humorvolle Dynamik in der Gruppe und die Art der Präsentation durch 5m hervorgerufen werden.

Im weiteren Verlauf entwickelt sich immer mehr ein Dialog zwischen 4w und 5m, die vermuten, denselben Arzt zu haben, von dem beide gleichermaßen begeistert sind:

4w: ↑noch da haben wir den gleichen ↑aber das is  
 alle: ↑((Lachen))  
 2w: ↑(hätten wir das ja auch geklärt)  
 4w: ein **toller** Arzt für mich das isss also  
 5m: ↑dat is **so** ein toller Arzt aber **jetzt** sind das schon vier Sprechstunden  
 helfen und die Praxis ist schon viel zu **klein** die rotieren jetzt schon **jetzt** wird das  
 langsam eng jetzt kriegt er auch langsam nicht mehr so viel Zeit für uns weil sich das  
 aber natürlich auch auch  
 4w: ↑und er macht  
 noch **Hausbesuche**, alles also  
 2w: ↑ja?  
 5m: rumgespochen hat weil er wirklich so toll ist ne aber jetzt sind das schon vier Stück  
 und die Praxis wird immer kleiner und nja  
 4w: ↑der unten ( ) hat schon nichts mehr zu  
 tun  
 3m: jaja das (geht) schon  
 5m: ay- der ist auch **toll**, der ist auch wirklich toll  
 4w: ↑das ist ein Arzt also↓ wenn Sie da was haben was jetzt von der  
 Krankenkasse kommt und da brauch er läng- da sacht er gleich vorne nen Termin machen  
 da brauchen wir länger für und das machen die **wenigsten** Ärzte und das können die da  
 vorne ausfüllen heißt es sonst **nein** das nimmt er mit einem durch und dann wird das  
 richtig gemacht oder so ähwf mein Mann ist seit längerer Zeit krank er hat einen  
 dreifachen Bandscheibenvorfall, war damit zur Kur hat nichts geholfen operieren können  
 sie es nicht und äh äh er sacht wenn was von der Krankenkasse kommt sie wissen nicht  
 genau Bescheid kommen Sie hoch wir machen das zusammen (3) so ein Arzt findet man  
 selten also die **gibt** es, aber nicht wie gesät also die sind wirklich rauszupicken (2)  
 5m: ↑ja  
 4w: das ist genauso mit Tabletten äh äh so wie meine Blutdrucktabletten ich musste sonst

- musst ich äh morgens **eine** nehmen und abends ne **halbe** zur Nacht (4) och sach ich zu ihm, nach ner Zeit bin ich dann (nu) hoch können wir nicht mal anfangen abends die halbe weglassen nur morgens?, weil ich nehme morgens meine **Augentropfen** ich nehme morgens meine Schilddrüsentabletten meine Rheumatabletten und dann (2) das ich sache ich mach immer alles in einem Wisch und dann komm ich erst gar nicht in die Verlegenheit das abends zu vergessen (1) und dann ja (2) können wir ja mal versuchen aber nach zwei Tagen hochkommen kontrollieren is besser (1) un hab ich dann gemacht sacht er ist in Ordnung wie gehts Ihnen? ich sache **sehr gut** ich sache ich merk nichts schlimmeres ich sach ich hab abends auch immer **gemessen** war in **Ordnung** (2) ja sacht er dann behalten wir das so bei also hab ich ne halbe Tablette **gespart** (2) ne und ich komm, prima
- M1: ↑hm
- 4w: zurecht also ich hab da (2) bis jetzt kann ich über meinen Arzt nichts ( )
- 5m: ↑na er gibt  
einem ja auch das Gefühl **du** hast das ja geschafft, dass du dass du das **selber** im
- 4w: ↑ja ja
- 5m: Griff gekriegt hast mit dem Blut- er sacht ja nicht naja **dat** ham wa aber gut
- 4w: ↑ja
- 5m: hingekriegt was? ((allgemeines leises Lachen)) ( ) ne? (das ) er
- 4w: ↑jaja jaja nee
- 5m: **er** gibt einem wirklich das Gefühl der sacht **super** machense **weiter** so **dat** is **toll**
- 4w: ↑jaja ↑ja ↑jaja
- 3m: ↑mhmh mhmh
- 5m: ne? dat is wirklich noch einer und sacht **dat** hamse aber gut hingekriegt, gibt ja
- 3m: ↑mhmh
- 5m: auch genug davon, ((2w+5m lachen))
- 4w: ↑ja ↑nee nee also da is er ((nickt))
- 5m: ↑ja ↑nein das is wirklich wahr↓  
(Gr 7, S 31, Z 1682-1760)

5m, der in der vorherigen Sequenz noch die Zeit als für ihn bedeutsam herausgestellt hat, merkt nun an, dass auch bei seinem Arzt die Zeit, die dieser für ihn hat, weniger wird. Erneut wird die Ambivalenz zwischen Zeitmangel und damit vermeintlich einhergehender fachlicher Qualität eines Arztes deutlich. Gleichzeitig betont 5m aber seine außerordentliche Zufriedenheit mit diesem Arzt („weil er wirklich so toll ist“). Aufgrund des bisher Gesagten ist davon auszugehen, dass diese Zufriedenheit nicht aufgrund der fachlichen Qualität erfolgt, sondern dem Gefühl, als Person mit seinen Fehlern wahr- und angenommen zu werden und einen lockeren, fast freundschaftlichen Umgangston zu pflegen, geschuldet ist.

4w ist sich zwar ebenfalls der Tatsache bewusst, dass der Arzt ein volle Praxis hat, nimmt aber im Gegensatz zu 5m dadurch keine Einschränkungen für sich als Patientin wahr, sondern betont sogar noch die umfassende Betreuung durch ihren Hausarzt auch bei bürokratischen Sachverhalten. Im weiteren Verlauf der Sequenz bestätigen sich die Diskussionsteilnehmer 4w und 5m immer wieder gegenseitig in der positiven Bewertung über ihren Arzt. Beide sind sich einig, dass „so ein Arzt“ selten zu finden sei. Damit schließen sie an die Proposition durch 1w und 2w an, wonach es mit Glück zu tun hat, einen Arzt zu finden, der den eigenen Bedürfnissen entspricht. Besonders positiv wird von beiden Teilnehmer/innen festgestellt, dass ihr Arzt es schafft, sie zu motivieren, indem er ihnen das Gefühl gibt, ihre Behandlungsziele selbst erreicht zu haben. Wichtiger als die Zeit ist folglich für beide, als Patient/innen das Gefühl zu haben, an ihrem Behandlungserfolg „**selber**“ beteiligt zu sein (5m) bzw. selbst Einfluss auf die Medikation und/oder die

Behandlung nehmen zu können (4w). Als hätte 5m plötzlich das Gefühl, zu deutliche Kritik geübt zu haben, schließt er seine Rede mit der versöhnlichen Bemerkung, dass es doch „genug“ Ärzt/innen gebe, die ihre Patient/innen unterstützen. Dies ist als erneuter Hinweis auf das der Arzt-Patient-Beziehung inhärente Abhängigkeitsverhältnis des Patienten vom Arzt zu verstehen, das es dem Patienten erschwert, seinem Arzt gegenüber vermeintlich illoyal – beispielsweise durch kritische Äußerungen – zu sein. 2w scheint dies Gefühl zu kennen und stimmt 5m zu. 4w und 5m bestätigen sich abschließend wiederholt darin, wie zufrieden sie mit ihrem Arzt sind.

Bereits zum Ende von Sequenz 31 schaltet 3m sich durch wiederholtes zustimmendes „hmm“ ein, was darauf hinweist, dass auch er sich zu Wort melden möchte. Höflich, und damit im freundlichen Tenor der bisherigen Diskussion verbleibend, stimmt er den abschließenden Äußerungen von 4m und 5m knapp zu, wengleich er nicht weiter darauf eingeht, sondern ein neues Thema initiiert, welches ihn augenscheinlich mehr interessiert: die Übertragung des zahnärztlichen Recallsystems auf Hausärzt/innen, bei denen er eine für ihn nötige Initiative vermisst:

5m: ↑ja ↑nein das is wirklich wahr  
 3m: ↑ja- was ich  
 so bei Ärzten vermisse ich mein ich komm ja auch so ausa- ausa- auser medizinischen  
 Branche mit mit Zahnärzten hab ich ja zu tun, da isses äh hal- halt so dass der der  
 4w: ↑mhmh  
 5m: ↑mhmh  
 3m: Zahnarzt nach ner gewissen Zeit äh mal dem Patienten in diesem Recallsystem anschreibt  
 ne? waren schon **lange** nicht mehr bei **mir** kommse doch mal wieder **vorbei** (1) es es  
 5m: ↑ja ja ja ↑ja  
 M2: ↑((lacht))  
 4w: ↑mhmh  
 3m: hört sich natürlich **zuerst** erstmal so an naja also der hat sein Kontostand  
 angeguckt ne? ((alle Lachen))  
 4w: ↑jaja  
 5m: ↑ja  
 M2: das war **mein** ((lachend)) **zweiter** *Gedanke* ((lacht))  
 3m: ↑ja es is aber es is aber totaler Quatsch  
 ((lacht)) ((allg. Lachen)) denn wenn zum zum Beispiel wenn ich mir meinen Hausarzt  
 M2: ↑ja ((lacht))  
 3m: angucke und ich da immer hingehe und sage hier äh Medikamente sind alle ja komm her  
 Rezept zack zack, aber dass er vielleicht mal äh mal überlegt und mal mal sagt also  
 4w: ↑mhmh ((schüttelt Kopf))  
 5m: ↑((nickt))  
 3m: wir sollten vielleicht noch mal wieder n **EKG** machen oder ich schick dich mal wieder  
 aufs **Rad** zum Internisten und so **nix** also ich könnte mei- mein ganzes äh nächstes  
 Leben mit immer hingehen mein Rezept auch abholen und gut is ne? (1) ne? und das  
 4w: ↑((Kopf schüttelnd))  
 5m: ↑ja  
 4w: *nee nee das nich Gott sei Dank*  
 3m: is halt äh so dass=dass dass zum Beispiel son son **behandelnder Arzt** vielleicht n  
 Internist auch mal vielleicht nach sonem **Jahr** einmal **anschreibt** und mal sagt also  
 hallo Herr so und so ((lauter)) *kommense doch mal wieder zu mir*, mal gucken wies  
 5m: ↑ja ja ↑ja  
 3m: wies was **los** ist ne? ne?, und das=das das passiert also in in der in der Zahnarzt  
 5m: ↑jaja  
 3m: branche **passiert** es, **weil** eben halt der Zahnarzt **sehr** äh **ungern** sagt also wärnse



mal n bisschen früher gekommen, **jetzt** ist es leider zu **spät**, ne? und wenn der Internist einem sagt jetzt ist es zu spät ((lacht))

2w: ↑dann ist es aber wirklich zu spät

4w: ↑dann

ist es **wirklich** zu spät ((2w+4w lachen))

5m: ↑ja↓ ↑ja

3m: ↑nee **das** ist irgendwo ne ne Sache die die ich im Moment **vermisse** da muss ich selber äh äh Initiative ergreifen mit Überweisung holen und dann schau dass ich da n Termin kriege, und wenn ich keine guten Beziehungen habe

4w: ↑mhmh ↑mhmh

3m: dann wart ich **auch** noch n halbes Jahr drauf,

4w: ↑ja, das stimmt

5m: ↑mhmh

3m: ↑also man muss also **Freunde** haben man muss n **Zahnarzt** als Freund ein **Internisten Orthopäden** ((1w lacht))

5m: ↑ja

3m: hab ich glücklicherweise alles ((1w lacht lauter)) (kommen bei mir durch die) ((lachend)) **Hintertür** ((5m lacht))

4w: ↑jaja

2w: ↑(vor allen) ((lacht))

3m: ↑aber das is das is dann dann so dass also es gibt Ärzte wie=wie=wie=wie gesagt dann sagen das ist jetzt dein **Leben** komm regelmäßig wenn die **Pillen alle** sind dann kriegste dein Rezept und gut is (Gr 7, S 32, Z 1762-1857)

In einem solchen Recallsystem sieht 3m den Vorteil routinemäßiger Kontrollen und Untersuchungen, die vom Arzt eingeleitet werden. Er wünscht sich, von seinem Arzt zu einer erneuten Konsultation aufgefordert zu werden. Ein solches System bedingt damit für ihn, dass eine reine Rezeptausstellung verhindert wird und gibt ihm das Gefühl, der Arzt habe ein reales Interesse an ihm als Person mit einer Krankheit. In diesen Arztbesuchen sollte dann nicht einfach nur, wie er es offenbar bisher erfahren hat, Medikamente verschrieben werden, sondern Raum und Zeit vorhanden sein, in aller Ruhe seine gesundheitliche Situation zu besprechen. 3m kritisiert im Folgenden weiterhin das subjektiv wahrgenommene mangelnde Interesse seines Hausarztes an seinem Krankheitsverlauf und seinem Wunsch nach einer, aus seiner Perspektive notwendigen jährlichen Untersuchung. Er verdeutlicht seine Forderung an seinen Arzt, indem er betont, weder zu einem Ruhe- noch zu einem Belastungs-EKG gebeten zu werden („nix“).

Die Zustimmungen für den Redebeitrag von 3m, vor allem durch 4w und 5m, zeigt, dass die Gruppe (außer 1w und 6m, die sich in der gesamten Sequenz abgesehen vom gemeinsamen Lachen überhaupt nicht äußern) sowohl die Vorstellung einer ‚ideale‘ Behandlung als auch die Kritik an den Ärzt/innen teilen. Der Eindruck entsteht, dass sich die Teilnehmer/innen dieser Diskussion wünschen, im Verlauf einer Behandlung nicht zu ‚Rezeptempfängern‘ degradiert zu werden, sondern vom Arzt ausgehende Einladungen zu Gesprächen und Untersuchungen erwarten. Ausgelöst sind diese Wünsche womöglich durch die Angst, dass durch zu wenig Kontakte mit dem Arzt dieser dem Patienten mitteilt, „**jetzt** ist es leider zu **spät**“. Abermals herrscht eine allgemeine Zustimmung der Teilnehmer/innen zu dieser Aussage. Die Befürchtung, dass bei Konsultationen, die sich auf die reine Rezeptausstellung beziehen, eine Veränderung oder das Neuauftreten von

vor allem schwerwiegenden Erkrankungen übersehen wird, spielt offenbar bei einigen Teilnehmer/innen eine zentrale Rolle. Es geht also um die Angst vor schwerwiegenden Erkrankungen, die nicht frühzeitig erkannt werden und deren Folgen nicht mehr zu therapieren sind. In 3ms Wunsch nach einem Recallsystem zeigt sich ebenfalls, dass er dadurch einen Teil seiner Verantwortung für seine Gesundheit bzw. seinen Krankheitsverlauf auf den Arzt übertragen möchte. Dieser soll in der Folge dafür Sorge tragen, dass sein Gesundheitszustand erhalten bleibt. Durch das Erinnerungssystem müsste er sich weder intensiver mit der Bluthochdruckbehandlung auseinandersetzen, noch seinen Gesundheitszustand und sein Wohlbefinden beobachten und beurteilen. Diese Orientierung – die Abgabe der Beurteilungsfähigkeit über die eigene Gesundheit an den Arzt – wurde auch schon bei 2m in Gruppe 1 deutlich und zeigt eine traditionalistische Prägung im Sinne eines ‚lieber Arzt, sage mir, wie es mir geht‘.

Als zusätzliches Problem bei dem Wunsch nach gründlichen Untersuchungen bzw. intensiver Betreuung durch seine jeweiligen Ärzt/innen, spricht 3m die dafür nötige eigene Initiative sowie die langen Wartezeiten auf Termine und vor den Konsultationen an, die selbstverantwortliches Handeln verhindern. Obwohl er über die vermeintlich notwendigen ärztlichen Kontakte („Freunde“) verfügt, um schneller Termine zu erhalten, nutzt er diese nicht. Dies ist ein weiterer Hinweis auf latent vorhandene Vermeidungsstrategien, sich mit der eigenen Gesundheit intensiv auseinandersetzen zu müssen. Gleichzeitig präsentiert 3m sich weiterhin als Person, die sich in medizinischen Dingen gut auskennt und die durch persönliche Beziehungen zu Ärzt/innen vor formalen, möglicherweise aber auch gesundheitlichen Schwierigkeiten bewahrt wird.

Einzig 4w zeigte während der Rede von 3m, dass sie mit dessen Kritik am ärztlichen Verhalten die Terminierung betreffend nicht vollständig übereinstimmt. Bei ihrem Hausarzt läuft dies anders. Sie fühlt sich jedoch motiviert, von ihren Erfahrungen mit der Augenärztin zu berichten, in der sie nicht nur ihre Unzufriedenheit, sondern auch erneut ihr engagiertes Auftreten zum Ausdruck bringt.

- 4w: ↑ja ja das ist doch  
**so** geht mir ((1w schenkt sich Apfelsaft ein)) bei meiner **Augenärztin** **so**, ich geh **hin** und dann sacht sie in- ja wir sehn uns dann im viertel Jahr wieder, das mach ich jetzt schon jahrelang mit, ich **warte** zwei Stunden ((M2 schnauft lachend)) manchmal sogar **drei** weil sie ja auch so überlaufen ist dann äh ruft sie mich auf dann geh ich rein dann guckt sie alles in Ordnung ((1w schenkt sich Wasser ein)) **Tropfen** weiter nehmen **raus** krieg ich mein Rezept in die Hand raus, und
- 3m: ↑ja
- 4w: jetzt das **letzte** Mal hab ich gesacht (1) sachte sie **auch** alles in Ordnung nächstes Mal machen wir dann äh äh ((1w bietet 2w nonverbal Wasser an, 2w nickt, 1w schenkt 2w Wasser ein)) weiten wir die **Augen** **mhmh** wir sehn uns im viertel Jahr wieder, ich sach nee Frau Doktor wissense was? ((1w+2w flüstern miteinander)) ich sach ich geh zu meinem **Hausarzt** nur alle halb- also zwei Mal im Jahr- und ich sach und hier komm ich nicht alle viertel Jahr her und schmeiß zehnn Euro raus (1) ich sach
- 3m+5m: ↑mhmh
- 4w: meine Krankenkasse muss sie ja auch bezahlen, ich sach es ändert sich nichts ich komme zwei Mal im Jahr, da hat die mich gleich **ganz** anders behandelt, da war ich abgefertigt, naja wenn Sie **meinen** ich sage **das mein** ich= is ja- und weil sie dann ((lachend)) **son bisschen** **gemein** war hab ich gesagt naja es gibt ja noch ein paar **mehr** Augenärzte in x-Stadt (2) ne? **das** muss man sich dann **erlauben** können (1)





impliziert, dass er Kompetenzen in der Gesprächsführung bei Hausarzt/innen nicht voraussetzt. Von ihnen erwartet er nicht, sich im Gespräch wie Psychologen, also vermutlich vor allem empathisch (verglichen mit dem üblichen Zeitvolumen von (Haus-)Ärzt/innen<sup>86</sup>) bei hohem Zeitaufwand zu verhalten. 5m teilt offensichtlich die Erfahrungen von 3m bezüglich psychologischer Gesprächskompetenzen bei Hausarzt/innen, was in seiner bisherigen Argumentation konsequent erscheint. Vermutlich ist ihm bewusst, dass er mit einem psychologisch geschulten Hausarzt die von ihm bevorzugte humoristische Kommunikationsebene verlassen und ins Detail gehen müsste. Dies möchte er aber, wie sich gezeigt hat, vermeiden.

Zwar betont 3m, dass man mit einigen Ärzt/innen über „alles“ reden könne (wie mit einem Psychologen), dass dies aber zu keiner weiteren Behandlungskonsequenz führt, nämlich dem bei ihm latent vorhandenen Wunsch nach einem Absetzen der Tabletten bei ‚Heilung‘ der Hypertonie („dann die **Tablette** in der Hand ja? und man kommt dann nicht weiter ne?“). Diese Proposition bildet einen positiven Gegenhorizont zu 1w, die nicht auf diese intensiven Gespräche verzichten möchte (s. Sequenz 30). Die Vermutung liegt nahe, dass 3ms Problem nicht die Hausarzt/innen und ihre jeweiligen Kompetenzen bzw. Schwerpunkte (Apparate vs. Gespräche) sind, sondern die Hypertoniebehandlung selbst. Um das Gespräch geht es 3m augenscheinlich nicht und Geräte helfen auch nicht weiter; erst am Ende dieser und in der folgenden Sequenz zeigt sich sein eigentliches Problem, das Gefühl mit der alleinigen medikamentösen Therapie nicht ausreichend versorgt zu sein.

- 3m: n bisschen n bisschen **mehr** passieren das- ä- ich fand das damals n- echt **gut** als er das hier von von Ihnen auf äh auf mir vorgelegt hat dass es da irgendwo noch ne **Möglichkeit** gibt, dass man sich mal **schlau** macht inner inner äh jö wie groß auch immer
- M2: ↑mhmh
- 3m: gestalteten **Runde**, wies dann vielleicht weiter gehen kann ne? (1) das man
- M2: ↑mhmh
- 3m: alsooo äh diese Medikamente wohl immer ähh noch äh im Hinterkopf **behalten** muss oder auch ne Zeit weiternehmen muss ist **klar** (1) aber es muss irgend noch n **ändern** Wech geben ne? (1) ((sich zu M2 wendend)) und das hat eben er als Hausarzt mir eigentlich
- 5m: ↑((nickend)) *mja*
- M2: ↑mhmh
- 3m: **nicht** (1) ähh ((leise, guckt auf den Tisch)) *vorgeführt ne?* also **da** hat er dann wie der gesagt ja da geh mal zu **dem** und zu **dem** und zu **dem** (1) dann kann ich auch **gleich** versuchen mir ((lacht)) wenns auch nur n Zufall ist n an- ändern Hausarzt zu **suchen** aber wie mach ich mich da **schlau** (1) geh ich ins **Internet** oder was?
- M1: ↑mhmh
- 3m: x-Stadt **Hausärzte** (1) ne? ((lacht))
- (Gr 7, S 34, Z 1956-1981)

<sup>86</sup> Eine europäische Vergleichsstudie zur hausärztlichen Kommunikation (EUROCOM) zeigte, dass die durchschnittliche Länge einer hausärztlichen Konsultation in Deutschland knapp 8 Minuten dauert. Damit liegt sie deutlich unter dem europäischen Durchschnitt von etwa 11 Minuten (Bahrs 2003).

Den Schwerpunkt dieser Sequenz bildet der latente Wunsch nach Alternativen zur Tabletteneinnahme. Diese bedeutet für 3m zwar Sicherheit, er hat sie im „Hinterkopf“, gleichzeitig werden die Medikamente aber als notwendiges ‚Übel‘ angesehen. Aus dieser Perspektive sind sie lediglich als ‚Übergangslösung‘ bis zur gewünschten ‚langfristigen‘ Behandlungsmethode akzeptiert. Ein ähnliches Orientierungsmuster hat sich auch bei 6m in Gruppe 6 gezeigt, für den die Medikation ebenfalls als erste Maßnahme der Überbrückung diente. Das selbstdefinierte Ziel von 6/6m und der Wunsch, der sich dahinter verbarg, war auf die Annahme der Gesundung gerichtet, die mit der beruflichen Stressreduktion erreicht werden sollte. Der Wunsch nach Alternativmaßnahmen, oder zumindest Informationen darüber, ist in dieser Gruppe bei allen Teilnehmer/innen (außer 6m) vorhanden. Wie zuvor 6m in Gruppe 6, sieht auch 3m in dieser Gruppe die Diskussionsrunde als „**Möglichkeit**“, sich „**schlau**“ zu machen. Offensichtlich ist er auf der Suche nach Wegen, sich über Alternativen zur Medikation zu informieren, dies lässt sich auch aus der vorherigen Sequenz schlussfolgern. Dass er die Teilnahme an dieser Diskussion nutzt, um sich zu informieren, könnte ein Hinweis darauf sein, dass er sich von seinem Arzt nicht seinen Bedürfnissen entsprechend informiert fühlt. Eine deutliche Nachfrage und Bitte um Information fordert er entweder nicht ein oder sie wird ihm verwehrt. Aus der Diskussion erhofft er sich nun Informationen darüber, „wies dann vielleicht weiter gehen kann“ mit der Behandlung. Sein Arzt konnte ihm diesbezüglich nicht weiterhelfen. Zustimmung erhält er hier von 5m, der die Situation, „nicht weiter“ zu kommen, ebenfalls zu kennen scheint. Hier wird deutlich, dass es für 3m und 5m offensichtlich schwer auszuhalten ist, sich mit einer dauerhaften Medikation abzufinden. Eine Akzeptanz des Chronischen (Lebenslänglichen) bei der Hypertonie ist demzufolge vermutlich nicht vorhanden oder nicht möglich. Allgemeinmaßnahmen können sie entweder nicht umsetzen oder vermeiden diese, um eine Auseinandersetzung mit der Hypertonie zu umgehen. Latent wird bei ihnen (ebenfalls) der Wunsch nach Gesundung deutlich.

Von seinem Hausarzt fühlt sich 3m bei der Frage nach Alternativen zur Tabletteneinnahme offenbar wiederholt abgeschoben („ja da geh mal zu **dem**“). Die Möglichkeit, sich einen anderen Hausarzt zu suchen, präsentiert er dann aber – wahrscheinlich weil er sich dadurch keine Veränderung erhofft – als lächerliche Alternative. Diese Aussichtslosigkeit könnte ihm unterschwellig als Rechtfertigung dienen, sich gar nicht erst auf die Suche nach einem anderen Arzt zu machen. Ein Wechsel des Hausarztes scheint für die Patient/innen nicht leicht zu sein, denn auch 1w hatte zuvor dargestellt, bei ihrem jetzigen Hausarzt nur durch Zufall in Behandlung zu sein. Aus eigener Initiative heraus hätte sie folglich einen Arztwechsel nicht vorgenommen.

M1 greift das von 3m initiierte Thema ‚Hinzuziehen anderer Informationsquellen‘ auf und leitet die Frage an die Gruppe weiter.

- M1: also einige von Ihnen **hatten** ja durchaus  
andere Informationen, w- wie **kommt** es denn dazu, woher haben Sie ihre
- 4w: ↑ja
- M1: Informationen (1)
- 4w: also ich hab mir was übers **Internet** runtergeholt, da kann man über Bluthochdruck-
- M1: ↑((nickend)) ( ) ↓mhmh
- 4w: sehr viel erfahren also ich denke mal s Internet bietet schon sehr viele Möglichkeit  
um sich schlaue zu machen, über jede Krankheit, über **jede** Krankheit (1) und dasss iss
- 1w: ↑mhmh
- 5m: ↑mhmh
- 4w: mir **schon** wichtig, also i- **wir** selber besitzen kein Internet aber dann fahr ich nach  
meiner **Tochter extra** hin die sach- so sach ich nu lass Mama ((lachend)) **mal da**  
((3m+4w lachen)) **und dann drück ich mir das un-** lass ich mir das ausdrücken
- M1: ↑mhmh
- 5m: ↑ja
- und **ich** kriege das- und ich **krieg** die Informationen alle ich bin oben in den  
**Naturfreundehaus** da und wenn wir so **wandern** gehen dann sind wir so **eintausend**  
fünfhundert Jahre **unterwegs** ne?((3m+M2+4w+5m lachen)) ((lachend)) **und denn** kriegt  
man die Erfahrung ja, einer hat **diesen** mit dem Herz der andere hat **das** dem Blutdruck
- 4w: ↑ja
- 5m: und sagt dann geht **da** hin und- es wird es **wird** da ja auch rüber **gesprochen** wenn
- 4w: ↑mhmh
- 5m: man wirklich son paar Kilometer wandert es werden ja ne es bleibt ja nicht aus
- 4w: ↑ja
- 3m: ↑nja
- 5m: oder besonders ist ja schön, wenn so **Geburtstag** ist so ne bisschen (ältere)
- 4w: ↑((stöhnt genervt))
- 5m: **Generation** zusammen kommt ne wenn de gesund bist gehts du ja humpelnd wieder raus
- 3m: ↑hmm ja klar
- 5m: weil die ja alle krank sind nech ((3m lacht)) das **is** so aber man man sperrt
- 4w: ↑ja
- 5m: **trotzdem** die Ohren auf man wird ja denn trotzdem **hellhörig** und so wei- was is ne ja
- 4w: ↑ja
- 3m: ↑ja ↑man man kriegt erstmal  
ein paar **Tips** was einem fehlen könnte
- 4w: ↑ne ((lacht))
- 5m: ne ja (1) ja aber wenn da einer anfängt und kommt dann und sacht Mensch wo warste  
und da geh mal **hin** und wenn man da denn da ein bisschen zuhört also man **bekommt**
- M1: ↑hm
- 4w: ↑hmm
- 5m: schon ein paar gute Tipps
- M1: also sind so **Internet Freunde Bekannte** ((1w+4w+5m nicken, stimmen zu)) welche Rolle  
spielt der Arzt dabei? (1) ((leiser werdend)) **(wo) es um Informationen geht**  
da-äh
- 4w: ↑ich finde ne sehr große
- 1w: ja er sollte eigentlich die tragende Rolle **spielen** aber scheinbar spielt er die
- 5m: ↑ja
- 4w: ↑ja
- 1w: (hier) nicht bei mir f-fängt er an sie jetzt zu **spielen** aber vorher, ja meine
- 5m: ↑ja
- 1w: Tabletten und **is** halt so hamse halt (2) punkt  
(Gr 7, S 34, Z 1983-2082)

Noch bevor M1 ihre Frage ausformuliert hat, bestätigt 4w, dass sie andere Informationsquellen gefunden hat, was darauf hinweist, dass sie sich als informierte Patientin präsentieren möchte, die auch Eigeninitiative ergreift. Ihr Präsentationsinteresse verstärkt sie durch den Hinweis, dass das Internet nicht nur Informationen über den Bluthochdruck, sondern über jede Krankheit bietet. Die Zustimmung von 1w und 5m lassen auf ähnliche Erfahrungen schließen.

5m erhält seine Informationen unter anderem aus dem Erfahrungsaustausch mit gleichaltrigen Personen innerhalb eines ungezwungen, nichtmedizinischen Kontextes (beim Wandern). Die Wanderungen sieht er als gute Möglichkeit der Informationseinholung, da die Gespräche sich oft fast zwangsläufig ergeben („es bleibt ja nicht aus“). Seine Wortwahl weist aber gleichzeitig darauf hin, dass er diese Gespräche nicht aktiv zu suchen scheint. Offensichtlich ist das Zusammenreffen ‚älterer‘ Menschen insgesamt begleitet von Gesprächen über Krankheiten. 4w und 3m signalisieren durch ihre Zustimmung, dass sie damit auch Erfahrungen gemacht haben. Die weitere Rede von 5m verdeutlicht, dass er bei der Informationsbeschaffung eine inaktive Rolle bevorzugt, wenn in seinem Umfeld darüber gesprochen wird, denn er betont, „**hellhörig**“ zu werden. Inhaltlich geht es dabei offenbar nicht nur direkt um Informationen bezüglich seiner Krankheit, sondern auch um einen Austausch über und Empfehlungen bezüglich der Ärzt/innen („mensch wo warste und da geh mal **hin**“). Der Einwurf von 3m („man kriegt ein paar **Tipps** was einem fehlen könnte“) deutet auf eine latente Angst vor möglichen Krankheiten hin. In diesem Abschnitt stimmt 4w wiederholt den Aussagen von 5m zu, was einerseits aufgrund ähnlicher Erfahrungen geschehen könnte oder aber aufgrund der durchgehend starken Dynamik des Diskurses in diesen Sequenzen. 5m schließt seine Rede, indem er den Einwurf von 3m aufnimmt und zustimmt, dass diese Gespräche ihn auf Informationen hinweisen, die er offenkundig aus anderen Quellen – also auch vom Arzt – nicht erhält. Möglicherweise möchte er seinen Arzt nicht bei jedem Problem befragen oder müsste bei diesem aktiv werden, was er vermeidet.

Gegen Ende dieser Sequenz wiederholt M1 die genannten Informationsquellen „**Internet Freunde Bekannte**“ und lenkt dann die Aufmerksamkeit direkt auf die Rolle des Arztes, wenn „es um Informationen geht“, da dieser bisher nicht erwähnt wurde. Zunächst gibt 4w zwar an, dass ihr Arzt dabei eine „sehr große“ Rolle spielt. Demgegenüber räumt 1w aber ein, der Arzt „sollte die tragende Rolle **spielen**“, was er ihrer Erfahrung nach aber augenscheinlich nicht immer tut. 1w bestätigt explizit, dass sie dieses Verhalten von ihrem Arzt erwartet und selbst vermutlich ebenfalls eine eher passive Rolle einnimmt. Mit der Rollenverteilung bei ihrem jetzigen Arzt, der die einseitige und hierarchisch geprägte Kommunikation, wie sie diese bei ihrem vorherigen Arzt erfahren hatte, offenbar aufbricht, zeigt sie sich zufrieden.

Die Diskussionsleitung versucht nun auch jene Teilnehmer/innen, die sich bisher nicht an der Diskussion beteiligt haben, anzuregen, über die Gründe zu diskutieren, warum der Arzt nicht primär angesprochen wird.

M1: also das sind ja schon so **Fragen** da ((zu 2w)) Sie erzählten das ein bisschen es hat ein bisschen **gedauert** bei Ihnen bis Sie sich damit anfreunden konnten Sie sind waren

2w: ↑(ziemlich lange)

M1: auch nicht so **zufrieden** woran äh liegt das dass der Arzt da mm nicht so angesprochen wird? das Sie ins Internet gehen mit **Freunden** reden Sie

4w: ↑**doch** (er)sachte

M1: irgendwie der Arzt ist da nicht so

4w: doch er hat ja zu mir auch gesacht ein bisschen die Ernährung **umstellen** und das habe



- M1: ↑hmm  
 4w: ich ja auch **gemacht**, aber nicht so **komplett** dass fang ich erst gar nicht an aber  
 äh äh **pflanzliche** ähgg (1) **pflanzliche** Fette nehmen, anstatt jetzt die die ja ich  
 mach jetzt viel mehr mit Olivenöl jetzt ich mach äh äh **Margarine pflanzliche**  
 Margarine ich äh ähmm nicht mehr so viel **Salz** ich nehme schon äh eähm fff ja-a  
 mehr **Salate** mehr Obst wird bei uns gegessen, was für meinen Mann auch sehr wichtig  
 ist er muss (purin)arme Kost essen es ist äh ähm ja s- man bekommt es hin **dunkles**  
 Brot anstatt helles Brot **dunkle** Brötchen anstatt helle Brötchen ich meine mir  
 schmeckt die Marmelade auch lieber auf nem hellen Brötchen ((schnauft)) aber auf nem  
 dunklen kann man sich **auch** dran gewöhnen, ne oder ne Scheibe Schwarzbrot mit Quark
- 5m: ↑jo  
 4w: drauf und und ein paar Kräuter drüber ((2w reibt sich die Augen)) schmeckt **genauso**  
 gut, ne oder halt ebend anstatt gut n`Stück **Fleisch** ess ich ess ich wirklich sehr
- M1: ↑hm  
 4w: gerne, sage ich auch nicht **nein** ich esse auch gern also bevor ich ein Stück  
 Schokolade esse ich lieber ein Stück **Fleisch** ((1w+2w lachen sich zu))
- M1: ↑hm  
 6m: Eisbein mit Sauerkraut ((alle lachen))  
 5m: (auch da- ja ja)  
 (Gr 7, S 35, Z 2084-2138)

M1 wendet sich mit ihrer Frage direkt an 2w und greift deren Schwierigkeiten auf, sich an die Situation, einen Bluthochdruck zu haben, zu gewöhnen, und nimmt auch Bezug auf die Unzufriedenheit von 2w mit dem Arzt. Die spontane Bestätigung durch 2w noch während M1 ihre Frage formuliert, deutet darauf hin, dass die Akzeptanz des Bluthochdrucks problematisch war und möglicherweise noch ist. Auf die Frage von M1 nach Gründen, warum der Arzt nicht angesprochen wird, gehen weder 2w noch die anderen Teilnehmer/innen direkt ein. Lediglich 4w ist es wichtig zu betonen, dass sie, im Gegensatz zu der Zusammenfassung von M1, ihren Arzt „**doch**“ anspricht. Es ist ihr augenscheinlich wichtig, ihre aktive Position in der Arzt-Patient-Interaktion erneut herauszustellen, denn nachdem M1 ihre Frage beendet hat, führt sie ihren zuvor begonnen Satz fort („**doch**“). Dabei schildert sie jedoch nicht, inwiefern sie aktiv Themen an ihren Arzt heranträgt, sondern dass ihr Arzt ihr Tipps für die Durchführung von Allgemeinmaßnahmen (Ernährungsumstellung) gibt. Bei ihren Ausführungen konzentriert sie sich weniger auf das Gespräch selbst, als auf ihre Einstellung zum Thema Ernährungsumstellung und deren Umsetzung, wobei sie dabei gewonnenes Wissen der Gruppe präsentiert. Es wird deutlich, dass sie den Anweisungen des Arztes diesbezüglich folgt. Den Erfolg, den die Ernährungsumstellung hatte, hat sie zuvor bereits geschildert. Aus den Reaktionen der Teilnehmer/innen geht hervor, dass das Thema Ernährung nicht ernst genommen wird oder sie diese für sich selbst als problematisch ansehen: 1w und 2w lachen sich zu und 6m führt den Beitrag von 4m ad absurdum („Eisbein mit Sauerkraut“).

Ein weiteres Mal versucht M1 daraufhin die Rolle des Hausarztes bei der Informationsbeschaffung durch Nachfragen in den Fokus zu bringen. In der folgenden Sequenz entwickelt sich dann auch ein Diskurs mit anschließender Synthese unter den Teilnehmer/innen. 4ws Redeanteil dominiert zwar auch in dieser Sequenz, wird aber durch zustimmende Kommentare von 1w, 2w, 5m und 6m unterstützt.





resse. Sie selber würde gern aktiv sein und gibt an, „auf der Suche“ zu sein. Es reicht ihr offenbar nicht aus, dass der Arzt ihre Vorschläge lediglich hinnimmt, jedoch nicht in ihrem Sinne deutlich Stellung bezieht. In diesem Zusammenhang fällt ihr das autogene Training als alternative Behandlungsmethode ein, das sie mit ihrem Arzt „gerne“ einmal „konkreter“ besprochen hätte. Sie nutzt an dieser Stelle die Gelegenheit und bringt die Frage nach Entspannungstechniken und autogenem Training in die Gruppe ein. Bevor andere Teilnehmer/innen darauf antworten können, fährt sie aber mit ihrem Bericht über ihre Erfahrungen fort. 2w betont, dass auch ihr Hausarzt ihr alternative Therapiemöglichkeiten zwar nicht ausgedrückt habe, hinsichtlich der Medikation aber nicht von der bisherigen Vorgehensweise abgewichen sei, woraufhin 4w, 5m und 6m zustimmend lachen. Die Verwendung und starke Betonung des Wortes „trotzdem“ deutet auf einen von den Patient/innen erlebten Widerspruch oder Gegensatz zwischen schulmedizinischen- und Naturheil- sowie alternativen Behandlungsmöglichkeiten hin. Die Aussagen der Ärzt/innen werden von den Teilnehmer/innen nicht als ‚echte‘ Möglichkeit alternativer Behandlungsverfahren gedeutet, sondern als eine Maßnahme, die zwar hingenommen wird, aber keinen Einfluss auf die ‚eigentliche‘ (vom Arzt initiierte schulmedizinische) Behandlung hat. Die Erfahrung, dass Ärzt/innen neben Naturheilverfahren und Entspannungstechniken auf die Einnahme der Tabletten bestehen, scheint in der Gruppe folglich sehr präsent zu sein. In diesem Zusammenhang wird eine latente Unzufriedenheit mit der Arzt-Patient-Interaktion deutlich. Auch als 2w die Diskussion auf das Thema Sport lenkt („bin auch nicht die Sportskanone“), findet sie Unterstützung von 1w, 6m und 5m. Sport ist folglich eine Maßnahme, deren Umsetzung den Patient/innen schwer fällt. In diesem Sinne werden alternative Behandlungsmöglichkeiten nicht zwangsläufig als ‚Ersatz‘ für die Medikation angesehen, sondern vielmehr als Teil von Allgemeinmaßnahmen. In logischer Konsequenz wäre dann davon auszugehen, dass ein ausführliches, vom Arzt auch empathisch begleitetes Gespräch dazu führen könnte, dass auch die Patient/innen diese Verfahren als ergänzende Möglichkeit (zur Medikation) betrachten, sofern es als alleinige Intervention nicht ausreicht, den Blutdruck zu senken. Der Hausarzt von 2w hat ihr jedoch weder die alternative Behandlung ausgedrückt, noch sie darin unterstützt und lässt sie somit in Unsicherheit. Sie fühlt sich offenbar mit ihrem Wunsch nach Alternativen vom Arzt nicht ernst genommen („ja is schön machen sie mal aber die Tabletten nehmen sie trotzdem“) und ist diesbezüglich von ihm enttäuscht worden. Sie führt den Diskurs zu einer Synthese, als sie (wie 3m) die Ursache in der Angst des Arztes vor den Folgen nicht-medikamentös behandelter Hypertonie verortet.

In dieser Gruppe wird die Relevanz der Beurteilung ärztlichen Handelns aufgrund individueller Bedürfnisse deutlich. Diese Wünsche sind jedoch im Detail sehr unterschiedlich und vermutlich einerseits durch je unterschiedliche biographische Erfahrungen, auch unabhängig von der bisherigen Behandlung, begründet, andererseits dienen sie jedoch auch unterschiedlichen Strategien im Umgang mit der Bluthochdruckbehandlung. Während 1w sich wünscht, von ihrem Arzt auch

über ihre Krankheit hinaus als Person wahrgenommen zu werden, erhoffen sich 2w und 3m Alternativen zur medikamentösen Standardtherapie, die perspektivisch mit dem Wunsch verbunden ist, langfristig keine Medikamente einzunehmen und somit subjektiv als ‚gesund‘ zu gelten. 5m und 1w heben hervor, in ihrem Handeln bestätigt werden zu wollen. Während dies zwar auch für 4m relevant ist, möchte sie darüber hinaus auch Einfluss auf die Behandlung nehmen können. Der Erfahrungsaustausch mit Freunden bzw. der Familie wird anscheinend, sowohl in Bezug auf alternative Behandlungsmethoden als auch bei der Suche nach guten Ärzt/innen, als geeignete Informationsquelle angesehen. Unterschwellig wird deutlich, dass die Diskussionsteilnehmer/innen das Finden eines geeigneten Arztes als schwierig bis aussichtslos bewerten. Außer 6m gehen alle Teilnehmer/innen davon aus, dass die Qualität der Behandlung und die angemessene Berücksichtigung eigener Wünsche kein ärztlicher Standard ist, sondern zwischen den Ärzt/innen variiert. Die subjektive Abhängigkeit des Patienten vom Arzt erweitert sich somit von der Position des Hilfesuchenden, der sich an eine Fachperson wendet, hin zu einer interpersonellen Abhängigkeit zwischen Individuen, die nicht institutionell abgedeckt wird. Das heißt, in der Konsultation treffen nicht nur Arzt und Patient in den ihnen zugeschriebenen Rollen aufeinander, sondern ebenfalls Individuen, sodass eine zufriedenstellende Kommunikation auf zwei Ebenen hergestellt werden muss.<sup>87</sup>

---

<sup>87</sup> Vgl. hierzu Freidson (1960), s. auch Kapitel 2.2.



## 5 Ergebnisse

### 5.1 Vorbemerkung

Die im vorherigen Kapitel dargestellten Diskursbeschreibungen sind bereits ein Ergebnis der Analyse. Da sich jedoch während des Analyseprozesses herausgestellt hat, dass die Fallebene nicht die Gruppe, sondern das Individuum ist (vgl. Kapitel 6.4), erfolgte auch die Erarbeitung der Typologie gruppenübergreifend auf Basis individueller Denk- und Handlungsmuster. Die Diskursbeschreibungen sind jedoch notwendige Grundlage, um die nun folgende, vom Fall abstrahierte, Darstellung der Ergebnisse verstehend nachvollziehen zu können.

Zunächst werden in Kapitel 5.2 einige zentrale Phänomene vorgestellt, die sich als relevant für die Bluthochdruckbehandlung dokumentiert haben: *Ängste und Verunsicherungen* auf Seiten der Patient/innen, ihre *lückenhafte krankheits- und behandlungsbezogene Information* und ihre *Hemmungen, mit dem Arzt zu sprechen* (Marx 2011). Relevanz besitzen diese vor allem deshalb, weil sie in ihrer Gültigkeit gruppenübergreifend bei allen Teilnehmer/innen – wenngleich in unterschiedlicher Intensität und Ausprägung – offensichtlich wurden. Ihnen muss der Stellenwert zentraler, kollektiver Phänomene innerhalb der Bluthochdruckbehandlung zugesprochen werden, da sie vielfach die Grundlage für darauf aufbauendes unterschiedliches

habitualisiertes<sup>88</sup> Handeln im Rahmen der Behandlung, vor allem aber in der Interaktion mit dem Arzt bilden. Auf dieser Basis wird die in Kapitel 5.3 vorgestellte Typologie der Orientierungsschemata von Patient/innen entwickelt.

Die getrennte Präsentation alltagsrelevanter und auf das Handeln einwirkender Phänomene ist künstlich und erfolgt nur der besseren Darstellung wegen. Deshalb soll an dieser Stelle ausdrücklich darauf hingewiesen werden, dass diese Phänomene im Individuum sich wechselseitig aufeinander beziehen und in je unterschiedlicher Ausprägung vorzufinden sind. Obgleich im Folgenden an geeigneter Stelle auch auf die jeweils anderen Phänomene eingegangen wird, ist es das vorrangige Ziel dieses Kapitels, diese zentralen Aspekte in ihrer Differenziertheit darzustellen.

## 5.2 Relevante Phänomene innerhalb der Bluthochdruckbehandlung

### 5.2.1 Ängste und Verunsicherungen

Gruppenübergreifend und somit unabhängig von der Gruppenzusammensetzung (das heißt unabhängig von Alter, Geschlecht, Bildung, Dauer der Behandlung oder vermuteter Adhärenz) zeigten sich Ängste und Verunsicherungen als grundlegend relevant für das Handeln von Patient/innen innerhalb der Bluthochdruckbehandlung. Diese Ängste wurden überwiegend implizit, seltener explizit zum Ausdruck gebracht und unterschiedlich stark reflektiert. In vielen Fällen verdeutlichte sich ihre Präsenz und Wirksamkeit in den Erzählungen verschiedener Kontexte (beispielsweise in der Schilderung ihres Messverhaltens, dem Umgang mit Wissen zur Erkrankung und Behandlung sowie in Erzählungen über das eigene Handeln im Zusammenhang mit dem Bluthochdruck und über die Wahrnehmung der Konsultation).

Die Diagnose und Behandlung des essentiellen Bluthochdrucks stellt für die Patient/innen eine tiefe Verunsicherung der eigenen Lebenssituation dar. Die Formen der Verunsicherung lassen sich als konkrete oder diffuse Ängste beschreiben und beziehen sich vor allem auf das Wissen um mögliche *Folgeschäden* durch den Bluthochdruck selbst (beispielsweise Schlaganfall oder Herzinfarkt), aber auch durch die Medikamenteneinnahme, hier werden vor allem die Angst vor Medikamentenabhängigkeit, aber auch vor organischen Schäden durch die Medikamente deutlich. Weitere die Teilnehmer/innen beschäftigende und Angst auslösende Momente sind die *mangelnde Spürbarkeit* und die bei der essentiellen Hypertonie *unklaren Ursachen* des zu hohen Blutdrucks. Vor allem in der Verbindung mit dem

---

<sup>88</sup> Habitualisiertes Handeln wird hier nicht im Sinne des *Habitus* von Bourdieu als Mittel der Distinktion verstanden. Mit Bezug auf Mannheim und die darauf gründende Methodologie der dokumentarischen Methode ist darunter die konjunktive Herstellung von Handlungsmustern gemeint.



nicht eindeutigen Ursache-Wirkungs-Zusammenhang kann diese fehlende körperliche Wahrnehmung die Akzeptanz der Hypertonie als medikamentös zu behandelnde körperliche Veränderung hemmen. Vor diesem Hintergrund wird das Wissen um die *Lebenslänglichkeit* dieser Veränderung zu einer permanenten – latent oder manifest wirksamen – diffusen Bedrohung, die ein Teilnehmer in Analogie zur Legende des Damoklesschwertes als „Schwert des Bluthochdrucks“ (Gr 6/3m, Z 2259) beschreibt. In ihrer Wirkmacht auf das Handeln der Patient/innen ist Angst als ein zentrales Phänomen innerhalb der Hypertoniebehandlung anzusehen.

#### 5.2.1.1 *Das Wissen um mögliche Folgeschäden durch den Bluthochdruck*

Die Analyse der Gruppendiskussionen zeigte, dass alle Teilnehmer/innen über den Schlaganfall oder den Herzinfarkt als mögliche Folgeerkrankung des Bluthochdrucks informiert waren. Die Quellen des Wissens (beispielsweise über Risikofaktoren, Behandlungsmöglichkeiten, diagnostische Verfahren, Bedeutung von Blutdruckwerten) sind elektronische und gedruckte Medien, Freunde und Bekannte sowie der Arzt. Wenngleich der Informationsstand der Teilnehmer/innen sich im Detail als heterogen erwies (s. Kapitel 5.2.2), zeigte sich demgegenüber hinsichtlich möglicher Folgen ein einheitlicher Informationsstand. Es ist anzunehmen, dass die möglichen Risiken von ärztlicher Seite ausnahmslos vermittelt werden, was vor dem Hintergrund der derzeitigen Forderung und Förderung umfassender Risikoaufklärung gerade bei Herz-Kreislaufkrankungen durch die Gesundheitspolitik und die gesetzlichen Krankenkassen nicht verwunderlich ist.<sup>89</sup> Ob aber eine gezielte, das individuelle Risiko umfassende Aufklärung auf der Grundlage geeigneter Parameter (Alter, Raucherstatus, Geschlecht, Blutdruckwerte, Blutfettwerte etc.) oder lediglich der Hinweis auf ein grundsätzlich erhöhtes Risiko erfolgte, konnte aufgrund des Designs der vorliegenden Studie nicht abschließend ermittelt werden und war auch nicht vorrangiges Ziel.

Deutlich wurde jedoch, dass Patient/innen, auch wenn sie um das mögliche Risiko eines erhöhten Blutdrucks wissen, nicht unbedingt eine Änderung ihres Lebensstils überlegen. Die Reduktion des Gewichts oder des Alkoholkonsums sowie der Verzicht auf das Rauchen waren nicht durchgängig als Handlungskonsequenzen erkennbar, auch dann nicht, wenn dieser (vermeintliche) Zusammenhang von den Teilnehmer/innen expliziert wurde.<sup>90</sup> Als regelmäßige Folge des

---

<sup>89</sup> Das in Deutschland bekannteste Programm zur ärztlichen Unterstützung der Erstellung und Kommunikation individueller Risikoprognosen ‚arriba‘ (vgl. <http://www.arriba-hausarzt.de>) wurde durch das Bundesministerium für Bildung und Forschung gefördert und mit dem Deutschen Gesundheitspreis, vergeben durch die AOK und das Bundesgesundheitsministerium, ausgezeichnet.

<sup>90</sup> Entsprechend der Leitlinienempfehlung gehören die genannten Faktoren zu den grundlegenden Allgemeinmaßnahmen bei der Bluthochdruckbehandlung. Die Gewichtsreduktion führt beispielsweise zu einer „Blutdrucksenkung von 2,5/1,5 mm Hg pro abgenommenem Kilogramm“ (Leitlinie Hypertonie der Universität Witten/Herdecke, Version 1/2003,

Wissens um mögliche Folgeschäden ist jedoch die Angst der Patient/innen zu erkennen. Deren Handlungskonsequenzen resultieren nicht notwendigerweise aus dem faktischen Wissen um Folgeerkrankungen (im Sinne der Einhaltung präventiver Maßnahmen), sondern aus den damit verbundenen Ängsten und Unsicherheiten und sind individuell verschieden. Diese Schlussfolgerung der untergeordneten Einflussnahme des Wissens auf das Handeln deckt sich mit den Ergebnissen von Studien, die auf der Basis von Verhaltensänderungen durch Schulungen (*patient education*) und als Teil dessen durch Wissensvermittlung (*providing knowledge*) den Effekt auf die Medikamenteneinnahme (*adherence*) der Patient/innen untersucht haben. Hier zeigte sich, dass das Wissen lediglich einen kurzzeitigen Effekt auf die Adhärenz hat, der bereits nach wenigen Wochen wieder rückläufig ist.<sup>91</sup>

Anders ist es in diesem Zusammenhang mit der Erfahrung von Schlaganfällen oder Herzinfarkten als häufigste Folge der Hypertonie. Hier zeigt sich, dass je näher entsprechende Erlebnisse mit der eigenen Person verbunden sind oder je jünger die betreffende Person ist, umso eindringlicher ist die Auswirkung auf das eigene Verhalten. Vor dem Hintergrund einer familiären Disposition, wenn also einzelne Familienmitglieder an einer der genannten Folgen erkrankt waren oder daran verstorben sind, können Ängste leicht zu einer manifesten Größe werden. Wenngleich dies nicht über alle Fälle beobachtet werden konnte, so ist doch von einem regelmäßigen Zusammenhang auszugehen. Auch unabhängig von der familiären Disposition internalisieren Patient/innen die möglichen Folgeschäden in Form von mehr oder weniger ausgeprägter Angst. Somit können auch Fälle von Erkrankung oder Tod im Kollegen-, Bekannten- oder Freundeskreis eine Sensibilisierung für die eigenen körperlichen Veränderungen und die Angst vor dem eigenen Tod schüren oder verstärken. Am stärksten ist der Eindruck, wenn die Personen selbst bereits einen Herzinfarkt oder eine Operation am Herzen (beispielsweise den Einsatz eines Stents<sup>92</sup>) erlebt haben.

In der Folge richten einige von ihnen ihr Verhalten insofern darauf aus, als sie den direkten Wirkungszusammenhang zwischen Medikamenteneinnahme und Blutdrucksenkung mit der Folge der Risikoreduktion ebenso akzeptieren wie die Notwendigkeit der medikamentösen Therapie. Insofern kann ‚Angst vor Folgeerkrankungen‘ in Einzelfällen als relevant hinsichtlich der Steigerung der Medikamenten-Adhärenz angesehen werden und wird als entsprechender Motivator von einigen Teilnehmer/innen explizit genannt. Eine Regelmäßigkeit im Sinne eines Kausalzusammenhangs wird jedoch nicht deutlich. Es zeigte sich vielmehr, dass die durch das Wissen um Folgeerkrankungen verursachte Verunsicherung auch zu

---

[http://www.evidence.de/Leitlinien/leitlinien-intern/Hypertonie\\_Start/hypertonie\\_start.html](http://www.evidence.de/Leitlinien/leitlinien-intern/Hypertonie_Start/hypertonie_start.html). Zudem sind sie relevant für die Senkung des kardiovaskulären Gesamtrisikos (Chobanian 2003). Geleijnse et al. (2004) identifizierten vor allem Übergewicht, Bewegungsmangel und salzhaltige Ernährung als relevante, den Bluthochdruck begünstigende Faktoren in westlichen Ländern Europas und den USA.

<sup>91</sup> Vgl. hierzu u.a. die Übersichtsarbeiten von Devine u. Reifschneider 1995, Dulmen et al. 2007.

<sup>92</sup> Ein Stent ist ein Implantat, das verschlossene oder stark verengte Gefäße offen halten soll.

einer Vermeidung und Abwehr des Risikos führen kann. Es wird gleichwohl deutlich, dass die Adhärenz umso wahrscheinlicher wird, je eindringlicher, das heißt je näher an der eigenen Person die Erfahrung mit entsprechenden Erkrankungen ist.

Die abstrakte Vermittlung von Wissen hat zur Folge, dass Folgeerkrankungen bei diesen Patient/innen im eigenen Erleben lediglich eine abstrakte, nicht sie selbst betreffende Größe darstellen, jedoch latent handlungsrelevant bleiben – allerdings nicht mit dem aus der Perspektive der Versorgungsforschung gewünschten Ergebnis, der Adhärenz.

#### *5.2.1.2 Das Wissen um mögliche Folgeschäden durch die Medikamente – Der Beipackzettel*

Die Teilnehmer/innen berichteten verschiedentlich davon, sie seien ärztlicherseits aufgefordert worden, den Beipackzettel zu den jeweiligen Bluthochdruckmedikamenten nicht zu lesen. Offenbar ist deren Brisanz auf ärztlicher Seite bekannt und es soll eine daraus folgende mögliche Verunsicherung (und damit einhergehende etwaige Entscheidung gegen eine Medikamenteneinnahme) vermieden werden.<sup>93</sup> Tatsächlich zeigte die Analyse, dass das Wissen um eventuelle Folgeschäden durch die Hypertonie ebenso wie durch die Medikamente bei Patient/innen eine starke Verunsicherung auslöst. Abgesehen davon, dass bei einer Teilnehmerin auch eine Angst vor Medikamentenabhängigkeit (im Sinne einer Substanzabhängigkeit) deutlich wurde, ist der Beipackzettel daher als ein wesentlicher Unsicherheitsfaktor innerhalb der Bluthochdruckbehandlung anzusehen.<sup>94</sup> Die Diskussion um den Beipackzettel als Informationsquelle verlief in den Gruppen verschiedentlich sehr emotional, aber auch kontrovers. Meinungsverschiedenheiten gab es hinsichtlich des Zwecks des Beipackzettels (erforderliche rechtliche Absicherung der pharmazeutischen Industrie bei auftretenden unerwünschten Wirkungen versus erforderliche Aufklärung über Wechselwirkungen als Ergänzung des ärztlichen Wissens) und der Notwendigkeit, ihn zu lesen (patientenseitige Sorgfaltspflicht versus zu vernachlässigende Information bei gleichzeitigem Vertrauen<sup>95</sup> in die ärztliche Verschreibungskompetenz).

Ängste nach der Lektüre des Beipackzettels können aus verschiedenen Gründen entstehen: inhaltliche Komplexität, Verwendung von Fachsprache, Fülle der Informationen oder genaue Darstellung möglicher Neben- und Wechselwirkungen. Die Annahme, Patient/innen könnten in der Folge die Medikation infrage stellen, hat sich in der Analyse teilweise bestätigt. Dementsprechend ist das Absetzen der Tabletten (oder der ausbleibende Beginn der Medikamenteneinnahme) –

---

<sup>93</sup> Janet Grime et al. (2007) kommen in ihrer Übersichtsarbeit zur Bewertung und Funktion von schriftlicher medikamentenbezogener Patienteninformation zu dem Schluss, dass ärztlicherseits oft die Compliance der Patient/innen im Vordergrund der Behandlung steht und diese mit der Annahme verbunden ist, dass zu viel Wissen über die Medikation das Einnahmeverhalten negativ beeinflussen kann, obwohl ein eindeutiger Zusammenhang nicht belegt ist.

<sup>94</sup> Die durch die Lektüre des Beipackzettels entstehende Angst, die Medikamente einzunehmen, zeigt auch die Studie von Stichele et al. (1991).

<sup>95</sup> Zur Bedeutung des Vertrauens s. Kapitel 5.2.3.

wodurch unerwünschte Wirkungen vermieden werden sollen – eine mögliche Folge. Nicht immer wird diese Reaktion mit dem Arzt kommuniziert, ebenfalls aus Angst, die eigene Sorge hinsichtlich der Medikamenteneinnahme anzusprechen und damit gleichzeitig die ärztliche Behandlungs- und Verschreibungspraxis zu kritisieren (vgl. Kapitel 5.2.2). Während einige Patient/innen die Konsultationen wie gewohnt fortsetzen, sind für andere die Herabsetzung der ärztlichen Kompetenz und ein plötzlicher Arztwechsel eine plausible Konsequenz. Die kommunikative Diskrepanz zwischen dem Beipackzettel (respektive der verfassenden Person oder der Herstellerfirma) und den Leser/innen spiegelt sich auch in der Kommunikation der jeweiligen Arzt-Patient-Beziehung wider. Die als abschreckend wahrgenommene medizinische Fachsprache sowie die mangelnde Fähigkeit, die Informationen adäquat auf die eigenen Person und die eigene gesundheitliche Situation zu übertragen, deutet ein hierarchisches Gefälle an, das nicht hinterfragt wird und vielfach zur Einschüchterung der Patient/innen führt. In ihrer Wahrnehmung richtet sich die sprachliche Form der Beipackzettel (von Bluthochdruckmedikamenten) regelmäßig nicht nach den Bedürfnissen der Rezipienten (und damit derer, die das jeweilige Medikament einnehmen sollen) und vermittelt ihnen das Gefühl, eine umfangreiche medizinische Vorbildung haben zu müssen. Insofern kann seitens der Herstellerfirma der Wille zur Information infrage gestellt und jener (Patienten-)Meinung zugestimmt werden, wonach der Beipackzettel lediglich der rechtlichen Absicherung dient.<sup>96</sup> Diese Informationspraxis wäre aus der Perspektive einer patientenorientierten Versorgung dann akzeptabel, wenn diese Informationsleistung konsequent von ärztlicher Seite (oder zumindest durch die Apotheken) übernommen würde.<sup>97</sup> Dass ein entsprechendes kommunikatives Vertrauensverhältnis zum Arzt, in dem die Fragen von Patient/innen ausreichend Raum finden, nicht immer besteht, zeigt die beschriebene mögliche ausweichende Reaktion der Patient/innen, indem sie so tun, als wäre nichts gewesen oder den Arzt wechseln.

Ob die Medikamente eingenommen werden und welche Hemmnisse bei der Einnahme bestehen – dies bleibt unausgesprochen, wenn von ärztlicher Seite die Gesprächsmöglichkeit nicht eröffnet wird, also Unsicherheiten und Sorgen nicht empathisch aufgegriffen und besprochen werden. Ein solches Angebot kann dazu führen, dass Zweifel oder Unsicherheiten ausgeräumt werden und die Medikamenteneinnahme fortgesetzt wird, wie andere Teilnehmer/innen verdeutlichen.

---

<sup>96</sup> Wie auch Grime et al. (2007) u.a. herausarbeiten, entspricht von der pharmazeutischen Industrie herausgegebenes Informationsmaterial nicht der Perspektive der Patient/innen, integriert ihre lebensweltlichen Erfahrungen unzureichend und dient damit stärker der rechtlichen Absicherung der Herstellerfirmen als den Bedürfnissen der Patient/innen.

<sup>97</sup> Stichele et al. (1991) kommen zu dem Schluss, dass es eine optimale, das heißt ausreichend informative und nicht zu ausführliche Medikamenteninformation nicht geben könne. Diese Schlussfolgerung unterstreicht die Ergebnisse der hier vorgestellten Untersuchung, dass der Beipackzettel das Gespräch zwischen Arzt und Patient nicht ersetzen kann, da aufkommende Unsicherheiten, Fragen oder Missverständnisse nicht unmittelbar geklärt werden können.

Die Schwierigkeit, durch Gespräche Zweifel an der medikamentösen Therapie klärend zu besprechen, zeigt die Unzufriedenheit einiger Teilnehmer/innen mit dem Arztgespräch. Diese wird oft nicht an die Ärztin oder den Arzt zurückgemeldet, sondern führt dazu, dass entweder – wie oben bereits angedeutet – ein Arztwechsel erfolgt oder aber in der Konsultation dieses Thema ausgespart wird. Aus ärztlicher Perspektive muss dann der Eindruck entstehen, es gebe keine Probleme mit/in der Behandlung. Bei einem Abbruch oder dem ausbleibenden Beginn der Medikamenteneinnahme aufgrund der Lektüre des Beipackzettels ist davon auszugehen, dass das Gespräch mit dem Arzt aus der Patientenperspektive nicht zufriedenstellend – im Sinne einer Abschwächung der Verunsicherung – war.

Obwohl der Beipackzettel als generell verunsichernd eingeordnet werden kann, hat dies nicht immer einen Einfluss auf das Einnahmeverhalten der Patient/innen. Eine Strategie, mit dieser Beunruhigung umzugehen und die Medikamente trotzdem einzunehmen, ist es, den Beipackzettel nicht mehr zu lesen oder trotz des Lesens seinen Inhalt gleichsam zu ignorieren. Dies ist nur dann möglich, wenn der Abgleich mit der individuell wahrgenommenen Medikamentenwirkung zugunsten des Medikaments ausfällt, das heißt, ist keine körperliche Verschlechterung des Zustandes spürbar, kann der Inhalt des Beipackzettels rationalisiert und banalisiert werden.<sup>98</sup> Die Rationalisierung erfolgt insofern, als den aufgeführten möglichen Neben- und Wechselwirkungen lediglich eine theoretische Gefahr zugewiesen wird, die als Absicherung der Herstellerfirma deklariert werden. Der Beipackzettel erhält somit den Status eines rechtlichen Instruments.

Es gibt jedoch auch Patient/innen, die es als ihre Sorgfaltspflicht ansehen, den Beipackzettel zu lesen, obwohl er enorme Gefühle von Angst freisetzt, die bis zur Wahrnehmung einer körperlichen Bedrohung gehen können. Aufmerksamkeit verdient die Tatsache, dass die eigene Verunsicherung durch die Lektüre auch in diesem Fall mit dem Arzt häufig nicht kommuniziert wird. Patientenseitig wird dies offenbar als Teil der Behandlung wahrgenommen, über den in der Konsultation nicht gesprochen werden darf oder sollte.

---

<sup>98</sup> Das Besondere am Bluthochdruck ist, dass er in der Regel keinen körperlichen Leidensdruck verursacht. Aus diesem Grund kommt die Diagnosestellung für die Patient/innen häufig überraschend (s. Kapitel 6.2). Werden dann Medikamente zur Blutdrucksenkung eingenommen, können erstmals Beschwerden im Zusammenhang mit der Hypertonie wahrgenommen werden. Zu den bekanntesten unerwünschten Wirkungen gehören beispielsweise Husten bei der Einnahme von ACE-Hemmern; langsamer Herzschlag, Müdigkeit oder Erektionsstörungen bei der Einnahme von Beta-Blockern; verstärkter Harndrang nach der Einnahme von Diuretika oder auch periphere Ödeme unter Calciumkanalblockern. Vgl. dazu u.a. Medizinisches Wissensnetzwerk evidence.de der Universität Witten/Herdecke, Patientenleitlinie Hypertonie, 2008 (Online unter: <http://www.patientenleitlinien.de/Bluthochdruck/bluthochdruck.html>; letzter Zugriff: 05.03.2012).

### 5.2.1.3 Die mangelnde Spürbarkeit des Bluthochdrucks

#### *Die Diagnose des Bluthochdrucks*

In vielen Gruppendiskussionen wurde darüber gesprochen, dass der Bluthochdruck im Rahmen eines Konsultationsanlasses festgestellt wurde, der nicht in einem direkten Zusammenhang mit Herz-Kreislauf-Beschwerden stand, und ohne dass die Patient/innen zuvor Beschwerden verspürten. Die Diagnosestellung bedeutet folglich, dass eine Person, die sich gesund fühlt und keine Beschwerden hat, von einem Moment auf den anderen mit einer Diagnose konfrontiert wird – in der Regel mit der lebenslangen Konsequenz einer meist medikamentösen Behandlung. Da der Bluthochdruck zumeist weder sicht- noch spürbar ist, bleibt die Diagnose abstrakt und für das Individuum folglich schwer nachvollziehbar. Vereinzelt wird von den mit der Bluthochdruckdiagnose konfrontierten Personen die Messgenauigkeit der Geräte zur Ermittlung der Blutdruckwerte und damit die Diagnose selbst infrage gestellt, vor allem dann, wenn zwischen den (höheren) Messungen in der Praxis und den (niedrigeren) Messungen zu Hause Differenzen bestehen. Hier kann es sein, dass Einzelne sich auf das Vorhandensein einer sogenannten ‚Weißkittelhypertonie‘<sup>99</sup> zurückziehen und damit die fehlende Akzeptanz der Diagnose zu begründen versuchen.

Erst wiederholte Einzelmessungen, Langzeitmessungen oder die Messung erhöhter Werte auch zu Hause können beispielsweise die erste ärztliche Beurteilung unterstützen. So wie die Diagnose, führt auch die Notwendigkeit einer (nicht-)medikamentösen Therapie nicht immer uneingeschränkt zu einer unmittelbaren Akzeptanz. Vor diesem Hintergrund ist es nicht verwunderlich, wenn innerhalb des ersten Jahres nicht nur die Bereitschaft zur Medikamenteneinnahme (Compliance) sinkt, sondern nach einer Phase des Ausprobierens die Therapie gänzlich abgebrochen wird (vgl. Dowell u. Hudson 1997).

#### *Die Behandlung des Bluthochdrucks und das Krankheitsempfinden*

Die Teilnehmer/innen der Gruppendiskussionen zeigten sich über die ärztliche Diagnosestellung teilweise erheblich verunsichert und stellten den vom Arzt gemessenen ‚zu hohen‘ Blutdruckwert infrage. Dies ist auf die nicht selten auftretende und im Zusammenhang mit der oben beschriebenen ‚Weißkittelhypertonie‘ bereits bekannte Differenz zwischen häuslicher und (‚höherer‘) ärztlicher Messung

---

<sup>99</sup> Unter Weißkittelhypertonie ist ein im ärztlichen Setting gemessener erhöhter Blutdruck zu verstehen, der sich im häuslichen Umfeld wieder normalisiert. Es ist davon auszugehen, dass dieser Effekt aufgrund einer Blutdruckerhöhung durch Aufregung, die im Zusammenhang mit der ärztlichen Untersuchung (im weißen Kittel) steht, verursacht wird. Häusliche Selbstmessungen durch die Patient/innen oder Langzeitmessungen über 24 Stunden sind dafür geeignet zu erkennen, ob der Blutdruck andauernd erhöht ist oder ob die in der Praxis gemessenen höheren Werte lediglich auf die Aufregung zurückzuführen sind (Mancia et al. 1983, Mancia 1990, Pickering 1999).

zurückzuführen. Es bedarf daher im Einzelfall möglicherweise wiederholter, auch verschiedener Messungen oder zusätzlicher häuslicher Messungen, bevor das Vorhandensein des Bluthochdrucks akzeptiert wird (s.o.). Die Akzeptanz der Diagnose ist jedoch zu unterscheiden von der Akzeptanz der Notwendigkeit einer Behandlung. Viele der Teilnehmer/innen berichten von der Erfahrung, dass die medikamentöse Behandlung direkt nach der Diagnosestellung erfolgte, häufig mit dem Hinweis, dass die Medikamente nun ein Leben lang einzunehmen seien. Entgegen der Vorgabe aktueller Leitlinien wurde vorab die Umsetzung von Lebensstiländerungen<sup>100</sup> als alleinige erste Maßnahme zur Beobachtung der Entwicklung des Blutdrucks durch den Arzt nicht vorgeschlagen. Vielmehr wurden diese offenbar in Form von Ratschlägen und Empfehlungen als begleitende Therapie zur Medikation kommuniziert. Die Vorstellung einer lebenslangen Medikation bei einem Krankheitsbild, das in der Regel nicht spürbar, nicht visualisierbar und daher subjektiv schwer nachvollziehbar ist, führt zu einem permanenten – jedoch nicht immer bewussten – Gefühl der Verunsicherung und der fehlenden Kontrolle. Die Abhängigkeitssituation von der fachlich-ärztlichen Kompetenz hinsichtlich der Diagnosestellung und der Therapie oder von der Aussagekraft von Messinstrumenten wird daher zu einem wichtigen Merkmal der Behandlung und der Arzt-Patient-Beziehung – im Gegensatz zur Behandlung akuter als individuell belastend oder störend empfundenen körperlichen Einschränkungen oder Erkrankungen.

Einige Teilnehmerinnen betonten allerdings, Schwankungen der Blutdruckwerte spüren zu können, was trotz der als unangenehm wahrgenommenen Situation womöglich ein Gefühl von Autonomie oder Souveränität vermitteln kann und den Wunsch nach Nachvollziehbarkeit und körperlicher Selbstbestimmung verdeutlicht.<sup>101</sup> Die Spürbarkeit vor allem des Anstiegs des Bluthochdrucks kann jedoch mit massiven Ängsten einhergehen, vor allem dann, wenn bereits negative Erfahrungen, beispielsweise mit einer hypertensiven Krise, gemacht wurden. Die subjektiv wahrgenommene Veränderung des Blutdrucks hat dessen ungeachtet keine regelmäßige Auswirkung auf die Einnahme der Medikamente oder die Entscheidung für oder gegen eine Therapie. Ein Verlassen auf das eigene körperliche Empfinden ist nicht immer möglich und eine Entscheidung gegen eine Behandlung bedeutet – aus der Perspektive von Patient/innen – immer auch das einkalkulierte Risiko für das Eintreten schwerer kardiovaskulärer Ereignisse.

---

<sup>100</sup> Dazu gehören beispielsweise Gewichtsreduktion, körperliche Betätigung und salzarme Ernährung. Vor allem der Gewichtsreduktion wird ein recht hoher therapeutischer Erfolg beigemessen (Leitliniengruppe Hessen). Mit dem Rauchen aufzuhören gilt als grundsätzliche Maßnahme zur Reduktion des kardiovaskulären Gesamtrisikos und wird daher oft ebenfalls empfohlen (s. auch Kapitel 1.3). Wie die Ergebnisse einer kanadischen Studie jedoch vermuten lassen, werden Allgemeinmaßnahmen trotz erwiesener Wirksamkeit nicht nur von den Patient/innen, sondern auch von ärztlicher Seite als Therapeutikum zu wenig berücksichtigt (Neutel et al. 2008).

<sup>101</sup> Dass in dieser Stichprobe nur Frauen von der Spürbarkeit berichteten, lässt nicht den eindeutigen Umkehrschluss zu, dass Männer entsprechende Veränderungen nicht wahrnehmen können.

Es zeigt sich, dass die Teilnehmer/innen unterschiedliche Zugänge zu den bei ihnen diagnostizierten körperlichen Veränderungen haben und dass die (fehlende) Spürbarkeit des Bluthochdrucks definitorisch von dem je individuellen ‚Krankheitsempfinden‘ abzugrenzen ist. Während das ‚Spüren‘ als etwas konkret körperlich Wahrzunehmendes beschrieben wird, ist das Gefühl des ‚Krank-Seins‘ (vgl. dazu Gadamer 1996) ein wenig konkretes, subjektives und somit individuell verschiedenes Erleben des Gesundheitszustandes. Aus der Perspektive der Teilnehmer/innen stellt das *Spüren* des Bluthochdrucks demnach eine Komponente des ‚Krankheitsempfindens‘ dar, die vom *affektiven* Bezug zur Diagnose zu unterscheiden ist. Das *Wissen* über den Bluthochdruck, über das die Teilnehmer/innen in unterschiedlichem Umfang und aus verschiedenen Quellen verfügen und das einen Einfluss auf die Wahrnehmung der eigenen gesundheitlichen Situation hat, ist als kognitive Ebene eine dritte Komponente des Krankheitsempfindens. Das Krankheitsempfinden besteht folglich aus drei Komponenten: 1) die sinnliche Komponente als Wahrnehmung von Symptomen beispielsweise eines Schmerzes (Spürbarkeit), 2) die affektive Komponente (Krankheitsgefühl), die den emotionalen Bezug zu Krankheit und Körper betrifft und 3) die kognitive Komponente (das Wissen über die Erkrankung) (s. Abbildung 3).

Das Krankheitsempfinden im Zusammenhang mit der Hypertonie setzt sich aus der Kombination verschiedener Faktoren zusammen, die als je individuell betrachtet werden müssen. Vorhersagen über das Krankheitsempfinden sind folglich schwer möglich. Dennoch ist es für das Verstehen der Patientenperspektive und des patientenseitigen Handelns wichtig, auch das Krankheitsempfinden in den Fokus zu nehmen.<sup>102</sup> Die Relevanz der affektiven Ebene für die Entwicklung eines Krankheitsempfindens ist offensichtlich, wohingegen die sinnliche Wahrnehmung sowie die kognitive Komponente eine eher untergeordnete Rolle einnehmen. Das heißt, so lange eine Person nicht das Gefühl des ‚Krank-Seins‘ entwickelt, sich also emotional nicht auf die Diagnose einlässt, wird die Hypertonie nicht als Krankheit ‚empfunden‘, bleibt infolgedessen also abstrakt. Inwiefern das Wissen über die Krankheit die affektive Komponente beeinflussen kann, bleibt zu diesem Zeitpunkt unklar.<sup>103</sup> Hingegen ist zu erwarten, dass die Spürbarkeit des

---

<sup>102</sup> Ergänzend zu Weber (1984) ist es für das sinnhafte Verstehen des Handelns von Bluthochdruckpatient/innen nicht ausreichend, nur die kognitiven (rationalen) und/oder die affektiven (emotionalen) Motive des Handelns zu berücksichtigen. Vielmehr verdeutlicht die hier vorgestellte Untersuchung, dass auch die sinnlich-körperlichen Ebene für das Handeln eine nicht zu unterschätzende Relevanz besitzt.

<sup>103</sup> In der bisherigen medizinischen (Adhärenz-)Forschung gilt das ‚(Krankheits-)Wissen‘ als ein wesentlicher patientenbezogener Einflussfaktor (*patient-related factor*) auf die Akzeptanz der Erkrankung und die Adhärenz (Krousel-Wood 2005, WHO 2003, Haynes 2002). Der zugrundeliegende Gedanke ist die Annahme des Vorhandenseins eines Zusammenhangs zwischen dem Wissen über die Krankheit und der Adhärenz, das heißt der konsequenten Umsetzung und Einhaltung der medikamentösen Therapie. Neben patientenbezogenen gelten auch soziale und ökonomische (*social/economic factors*), therapiebezogene (*therapy-related factors*), den gesundheitlichen Gesamtzustand betreffende (*condition-related factors*) und das Gesundheitssystem sowie das



Bluthochdrucks (vor allem im höheren Messbereich) einen Einfluss darauf haben kann. Zum Teil ist die Erfahrung mit einem stark erhöhten – und somit spürbaren – Blutdruck (beispielsweise einer hypertensiven Krise) sehr tiefgreifend, sodass die Nachhaltigkeit dieses Erlebnisses im Rahmen des Krankheitsempfindens wirksam werden kann, obwohl wiederholte weniger ausgeprägte Schwankungen des Blutdrucks nicht verspürt werden (nur wenige Teilnehmerinnen berichteten, dies zu spüren).

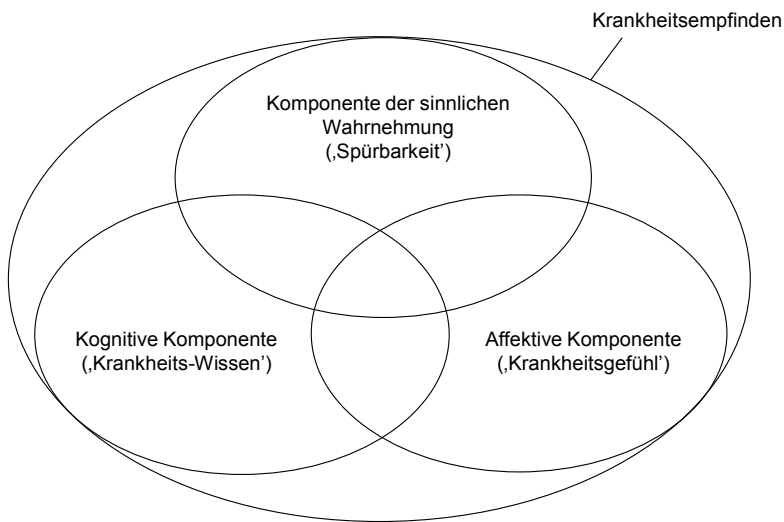


Abbildung 3: Modell des subjektiven Krankheitsempfindens (eigene Abbildung)

Es ist zu vermuten, dass subjektive Krankheits- und Lebenskonzepte, wie das des ‚autarken Typs‘ (*independent actor*, s. Kapitel 5.3) oder Begründungen von Handlungskonzepten, die auf ‚Vermeidung‘ beruhen, wie des unkritisch-angepassten Typs (*uncritical conformed*, s. Kapitel 5.3) der affektiven Ebene zugeordnet werden müssen. Folglich werden Interventionen, die auf eine Intensivierung des Wissens (durch Intensivierung der Wissensvermittlung oder Schulungen) oder die Selbstverantwortung der Patient/innen durch selbständig durchgeführte häusliche Blutdruckmessungen abzielen, auf das Krankheitsempfinden – und damit schließlich auf die Akzeptanz der Erkrankung und der damit einhergehenden therapeutischen Maßnahmen – vermutlich nur eine geringe Wirksamkeit zeigen können. Diese Annahme lässt sich bereits zu diesem Zeitpunkt durch verschiedene Publikationen

---

Praxisteam betreffende Bedingungen (*health system/HCT-factors*) zu den die Adhärenz beeinflussenden Faktoren. Dass der Akzeptanz der Erkrankung nicht immer auch die Einsicht in die Notwendigkeit der medikamentösen Behandlung (Compliance) folgt, zeigen die Ergebnisse der hier vorgestellten Studie (s. Kapitel 5.3).

im Zusammenhang mit der Verbesserung der Adhärenz stützen: Sandra van Dulmen et al. (2007) werteten 38 systematische Übersichtsarbeiten (*systematic reviews*) aus den Jahren 1990 bis 2005 aus und fanden bei keiner Intervention eine eindeutige Wirkung. Wenngleich die Wissensvermittlung einen kurzzeitigen Effekt auf das Einnahmeverhalten habe, so sei dieser vier Wochen nach der Intervention nicht mehr messbar. Vergleichbar mit den Komponenten des obigen Modells zum Krankheitsempfinden, differenzieren Debra L. Roter et al. (1998) die patientenbezogenen Interventionsebenen *educational*, *behavioural* und *affective*. Hierin wird deutlich, dass die affektive Ebene als ebenfalls bedeutsame Komponente anzusehen ist. In ihrer Analyse stellen sie jedoch heraus, dass singuläre Interventionen (auch auf der affektiven Ebene) insgesamt wenig erfolgversprechend hinsichtlich der Steigerung der Adhärenz seien. Wenn überhaupt, so führe lediglich die Kombination unterschiedlicher Interventionsebenen zu signifikanten Veränderungen.<sup>104</sup>

Wenn also der Bereich, der möglicherweise einen entscheidenden Einfluss auf die je individuelle Krankheitseinsicht und damit auf die bewusst oder unbewusst getroffene Entscheidung für oder gegen die Durchführung einer antihypertensiven Therapie hat, sich nicht nur den Möglichkeiten der Intervention entzieht, sondern auch ethisch kritisch zu hinterfragen ist und andere Interventionen nicht den gewünschten Effekt erzielen, bleibt nur eine ethisch vertretbare Variante der oben beschriebenen Strategie: die Patient/innen als Individuen mit ihren bei Diagnosestellung aufkommenden Emotionen, das heißt auch mit ihren konkreten oder diffusen Ängsten, wahrzunehmen und zu verstehen und sensibel in die Therapie einzubeziehen.

Die Relevanz des Verstehens der alltagsweltlichen – aus medizinischer Sicht oft als inkompetent, irrational oder widersprüchlich angesehenen – Laienperspektive wird in einem Punkt besonders offensichtlich: Wenn die Patient/innen verdeutlichen, den Bezug zu dem, was als ‚gesund‘ oder als ‚krank‘ definiert wird, verloren zu haben. Selbst wenn Individuen sich mit der medikamentösen Therapie einverstanden zeigen, bleiben die Ungewissheit über den weiteren Verlauf und der latente Wunsch nach ‚Heilung‘ und ‚Gesundheit‘ vielfach bestehen. Die emotional nur schwer nachzuvollziehende (da schwer zu ‚be-greifende‘) Diagnose, im Sinne der Objektivierung allein bestätigt durch das Blutdruckmessgerät, wird zu einem Unsicherheitsfaktor, wenn über einen längeren Zeitraum Kontrollwerte gemessen werden, die laut Definition als ‚normal‘ (also ‚gesund‘) gelten (das heißt Werte unter 140/90 mm Hg). In dieser Situation entsteht in den Individuen die Unge-

---

<sup>104</sup> Seit einiger Zeit wird der Zusammenhang zwischen Informed Consent oder Entscheidungsfindung und Empathie und Emotionen diskutiert (Supday et al. 2011). Unter Berücksichtigung ethischer Gesichtspunkte ist eine (systematische) Beeinflussung des individuellen affektiven Zustandes (sowohl in der täglichen klinischen Praxis als auch im Rahmen von medizinischen Studien) jedoch nicht mit den Standards autonomen Handelns nach Faden und Beauchamp (1986) zu vereinen. Autonomes Handeln ist demzufolge „that actions are free of controls on the person, especially those that may ‘rob the person of self-directedness’“ (Braude u. Kimmelman 2010: 2).

wissheit darüber, ob sie nicht ‚eigentlich gesund‘ seien und die Medikamente in der Folge abgesetzt werden könnten.<sup>105</sup>

#### *5.2.1.4 Die unklare Ursache im Kontext des Wissens um die ‚Lebenslänglichkeit‘ der essentiellen Hypertonie*

Zusätzlich zu der oft fehlenden Spürbarkeit des Bluthochdrucks können auch dessen unklare Ursachen die Akzeptanz der Diagnose (und damit der Therapie) erschweren. Die Gruppendiskussionen haben gezeigt, dass das Wissen um die Ursachen einer behandlungsbedürftigen, körperlichen Veränderung (hier Bluthochdruck) für viele Menschen zu Beginn und im weiteren Verlauf des Behandlungsprozesses von großer Bedeutung ist. Die Aussage des Arztes, die Ursachen einer essentiellen Hypertonie seien nicht eindeutig bekannt, hinterlässt das Individuum in Unklarheit und Abstraktion.

Um die Perspektive der Teilnehmer/innen verstehen zu können, mag folgendes Szenario hilfreich sein, das sich aus den verschiedenen Erzählungen übereinstimmend ableiten lässt: Eine Person geht mit dem Wunsch nach einer Check-up-Untersuchung (oder wegen eines akuten Anlasses, beispielsweise einer Erkältung) zu ihrem Arzt. Die Person ist zwischen 45 und 55 Jahren alt. Sie fühlt sich gesund und möchte einen Check-up (beziehungsweise den akuten Anlass abklären lassen), weil sie auf ihre Gesundheit achtet. Das Gewicht der Person ist vielleicht etwas zu hoch; sie treibt keinen Sport, raucht gar nicht oder wenig und fühlt sich insgesamt wohl. Das immanente Ziel dieser Person ist es, sich das subjektive Gefühl des ‚Gesund-Seins‘ von ärztlicher Seite bestätigen (beziehungsweise den akuten Anlass behandeln) zu lassen. Der Begriff ‚Vor-Sorge‘ impliziert, einer Krankheit vorzuzorgen, sie also gar nicht erst entstehen zu lassen (beziehungsweise kleine akute Anlässe zeitnah zu behandeln). In diesem Zusammenhang wird auch der Blutdruck gemessen. Von ärztlicher Seite wird der Person daraufhin mitgeteilt, dass der Blutdruck zu hoch sei – die (vorläufige) Diagnose wird gestellt. Eine Person, die auf die Erhaltung ihrer Gesundheit bedacht ist, wird nunmehr zur Patientin mit der Perspektive der lebenslangen medikamentösen oder zumindest nichtmedikamentösen Therapie.

Obwohl das weitere Vorgehen nach einer (Verdachts-)Diagnose gemäß aktueller Leitlinien klar vorgegeben ist, werden in der Folge unterschiedliche Erfahrungen gemacht. Vielfach – so berichten die Teilnehmer/innen – wird ohne weitere Diagnostik oder erläuternde Gespräche zeitnah eine medikamentöse Behandlung eingeleitet. Bei einigen von ihnen erfolgt im Vorfeld eine Langzeitblutdruckmessung, nur manchmal wird eine sekundäre Hypertonie systematisch (durch entsprechende Untersuchungen) ausgeschlossen. Allgemeinmaßnahmen (s. Kapitel 1.3) werden meist als Begleitung zur Medikation empfohlen. Es ist anzunehmen, dass die hier dargestellte Wahrnehmung der Einleitung der Behandlung vielen der Pati-

---

<sup>105</sup> Bei einigen Patient/innen kommt es vor, dass sich der Blutdruck von selbst wieder ‚normalisiert‘.

ent/innen entgegenkommt, da die dauerhafte Umsetzung von Lebensstiländerungen mit der Konsequenz einer langfristigen Blutdrucksenkung oft als schwierig empfunden und nicht eingehalten wird. Gleichzeitig kann aber auch die Medikation auf Ablehnung oder zumindest Unbehagen seitens der Patient/innen stoßen. In diesem Zusammenhang entsteht vereinzelt das Gefühl von ‚lebenslanger Abhängigkeit‘, wobei die Trennung zwischen tatsächlicher Substanzabhängigkeit und Abhängigkeit im Sinne einer (lebenslangen) ‚medizinischen Notwendigkeit‘ nicht immer klar gezogen wird oder gezogen werden kann. Auf der Basis einer auch seitens der Medizin unklaren Entstehung eines Bluthochdrucks erscheint auch dessen Therapie für die Patient/innen nicht immer eindeutig nachvollziehbar.

Haben einige der Teilnehmer/innen das Gefühl, nicht ausreichend über die Ursachen oder verschiedene Behandlungsmöglichkeiten aufgeklärt worden zu sein, so fällt auf, dass das Wissen über die möglichen Folgen durch den Bluthochdruck weit verbreitet ist (s. Kapitel 5.2.2). Aus den Diskussionen konnte aufgrund des methodischen Zugangs nicht abschließend geklärt werden, ob ärztlicherseits eine umfassende Aufklärung über mögliche Ursachen und den Blutdruck beeinflussende Bedingungen (wie beispielsweise Ernährung, Bewegung oder familiäre Disposition) erfolgte oder ob das Wissen um Folgeerkrankungen als Alltagswissen inzwischen weite Verbreitung gefunden hat. Offensichtlich ist jedoch, dass dieses Wissen wie das *Schwert des Damokles* (s.o.) über den Menschen schwebt und seine Wirksamkeit in Form von Ängsten zeigt, die allerdings je unterschiedlich reflektiert sind und folglich nicht immer artikuliert werden können – nicht in der Gruppe und vermutlich auch nicht in der Konsultation.

Die Annahme, Menschen weisen eine Tendenz zur Reduktion von Unsicherheiten auf (vgl. Case et al. 2005), geht auch aus den vorliegenden Daten hervor. Zur Bewältigung<sup>106</sup> der unklaren Ursachenzuschreibung konnten in der hier vorliegenden Untersuchung im Wesentlichen vier Strategietypen herausgearbeitet werden:

*Pragmatismus:* Zunächst gibt es jene Patient/innen, für die das Fehlen einer eindeutigen Ursache keine Relevanz hat. Über die Risikofaktoren als beeinflussende Ursachen für Bluthochdruck sind sie informiert, ziehen aus diesem Wissen aber keinerlei Handlungskonsequenz. Dazu gehören beispielsweise jene Personen, die wissen, dass sie aus medizinischer Sicht ihr Gewicht reduzieren, das Rauchen aufgeben, sich mehr bewegen oder versuchen sollten, den beruflichen oder privaten Stress zu reduzieren. Sie weichen diesen Empfehlungen aus, indem sie beispielsweise eine ironische Distanz zu ihrem Körpergewicht, Alkoholkonsum etc. ein-

<sup>106</sup> Bewältigung wird hier verstanden als Reaktion auf einen subjektiv wahrgenommenen Stressauslöser und der je individuellen Gestaltung von Lösungsmöglichkeiten (vgl. zum Stressmodell und zum Coping z.B. Lazarus u. Launier 1981, Lazarus u. Folkmann 1984), die während des Prozesses der vergleichenden Datenanalyse abstrahiert wurden. Eine Bewertung der Strategien hinsichtlich der Beurteilung des Erfolges kann an dieser Stelle ebenso wenig vorgenommen werden wie die Klärung, inwiefern diese Strategien der Bewältigung im Sinne einer Verarbeitung sind oder lediglich der Abwehr möglicher Gefahren durch Verdrängung dienen.

nehmen und mögliche gesundheitliche Folgen verleugnen, um die Dissonanz zu reduzieren. Gleichzeitig schaffen sie sich dadurch eine Basis, von der aus sie nicht nur mögliche Folgen des Bluthochdrucks oder der eigenen Lebensweise vernachlässigen können, sondern der Bluthochdruck selbst entweicht dadurch weitgehend aus der aktiven Wahrnehmung und reduziert sich auf die Einnahme einer Tablette ein- oder zweimal am Tag. Die von diesen Personen verwendete Strategie ist als pragmatisch zu bezeichnen, da sie dem Ziel dient, sich nicht täglich intensiv mit der Erkrankung auseinandersetzen zu müssen, ohne sie jedoch vollständig zu verleugnen. Das Vorhandensein guter medikamentöser Behandlungsmöglichkeiten macht die abschließende Ursachenklärung weitgehend entbehrlich, sodass Detailwissen nicht erforderlich ist. Die Umsetzung von Allgemeinmaßnahmen hingegen würde diese Personen täglich daran erinnern, eine Krankheit zu haben, was sie umgehen wollen. Die Vermeidung der täglichen Auseinandersetzung mit dem Bluthochdruck bedeutet jedoch nicht, dass diese Personen jeglicher Auseinandersetzung aus dem Weg gehen; Gespräche mit dem Arzt oder mit Personen aus dem Bekanntenkreis sind möglich. In sich konsequent ist, dass diese Beschäftigung mit dem Thema ohne Handlungsfolge bleibt.

*Übernahme von Verantwortung:* Eine weitere Strategie, mit der Ungewissheit der Entstehung eines Bluthochdrucks umzugehen, ist es, den lebensstilbedingten Risikofaktoren einen maßgeblichen Anteil zuzuschreiben und somit subjektive Eindeutigkeit zu schaffen. In der Folge machen beispielsweise berufstätige Personen den Stress im Arbeitsalltag für den Bluthochdruck verantwortlich. Diese Konzeption eines Ursache-Wirkungs-Zusammenhangs vermittelt das Gefühl der Kontrolle sowohl über die Ursache als auch den weiteren Verlauf des Bluthochdrucks, bei dem die ‚Heilung‘ den Endpunkt bildet, denn innerhalb ihres Krankheitskonzeptes haben die Personen die Entstehung des Bluthochdrucks (Stress im Beruf) selbst verursacht und sehen sich durch Reduktion des Auslösers (Stress) in der Lage, ihren Blutdruck normalisieren also gleichsam ‚heilen‘ zu können. Mögliche Maßnahmen sind hierbei beispielsweise die aktive Veränderung der Arbeitsstruktur oder des Arbeitsplatzes, aber auch das passive Abwarten des Endes eines Projektes oder der Berufstätigkeit insgesamt. Die Medikation nimmt innerhalb dieser Argumentationslogik eine Übergangslösung ein, die angenommen wird, um die Gesundheit (im Sinne der Entstehung von Folgeerkrankungen) bis zur eigenverantwortlichen Beendigung des ‚Problems‘ nicht weiter zu gefährden. Menschen mit grundsätzlichen Bedenken gegenüber Medikamenten sind zudem auf der Suche nach alternativen Behandlungsmethoden, die beispielsweise helfen können, den Stress durch Maßnahmen der Entspannung zu mindern. Diese Strategie der Konstruktion eines Ursache-Wirkungs-Zusammenhangs ermöglicht die Übernahme von Verantwortung und kann für den Einzelnen entlastend wirken, indem das Gefühl der Bedrohung, das im Zusammenhang mit dem chronischen Charakter des Bluthochdrucks steht, reduziert wird. Dieses Konzept ist mit der Hoffnung verbunden, den Blutdruck langfristig zu normalisieren und gesund zu werden. Hier wird zudem deutlich, wie schwierig es sein kann, eine chronische Er-

krankung zu akzeptieren, zumal dann, wenn sie für das Individuum aufgrund der fehlenden Spür- und Sichtbarkeit nur schwer nachvollziehbar und im Bereich des medizinisch Abstrakten bleibt.

*Aktive Suche nach Ursachen:* Die Abstraktion, also die Diskrepanz zwischen objektivem Gesundheits- respektive Krankheitszustand und subjektiv wahrgenommener Gesundheit, kann zu einem großen Problem für den Einzelnen werden. In der Folge treiben diese Personen die Suche nach einer Ursache aktiv voran, indem sie sich beispielsweise über mögliche Gründe für die Entstehung einer Hypertonie informieren und dieses Wissen insofern in die Behandlung einbringen, als sie u.a. die Ausdehnung der Diagnostik einfordern. Die Ursache wird dadurch zu einem elementaren Faktor der Akzeptanz ärztlicher Diagnosefähigkeit. Die Abwesenheit einer Ursache kann dazu führen, dass die ärztliche Kompetenz infrage gestellt und dadurch die Diagnose (hier der ‚essentiellen Hypertonie‘) selbst angezweifelt wird. Das Fehlen eindeutiger – im Sinne medizinisch zu eliminierender – Ursachen wird nicht oder nur schwer akzeptiert. Als eindeutige Ursache gilt beispielsweise die Diagnose einer Grunderkrankung, die zu einer sekundären Hypertonie führt und deren Therapieziel die Heilung – und nicht die Linderung – ist. Fragen des Lebensstils (beispielsweise Stress) gelten innerhalb dieser Strategie konsequenterweise nicht als eindeutige Ursache; entsprechende Behauptungen oder Andeutungen werden ebenfalls als ärztliche Inkompetenz gewertet. Ein Gefühl, es liege ärztliche Willkür vor, kann sich vor allem dann einstellen, wenn ohne die Kenntnis und Vermittlung einer eindeutigen Ursache mit der medikamentösen Behandlung begonnen wird. Dieses Gefühl kann sich noch verstärken, wenn – was in der Praxis durchaus üblich ist – verschiedene Medikamente ‚ausprobiert‘ werden, bevor das individuell angemessene oder eine geeignete Kombination verschiedener Medikamente gefunden wird.

*Abgabe von Verantwortung durch genetische Begründung:* Gibt es innerhalb der Familie Personen in der direkten Erbfolge (beispielsweise die Eltern), bei denen ebenfalls Herz-Kreislauf-Erkrankungen festgestellt wurden, so ist dieses als Erklärungsmodell für die Entstehung von Bluthochdruck individuell oft ausreichend. Mehr noch kann dieser Zusammenhang auf den Einzelnen zu einer Entlastung der Verantwortung für die Entstehung des Bluthochdrucks führen – im Gegensatz zum Lebensstil als möglicher Ursache, bei dem ein individuelles ‚Fehlverhalten‘ und somit eine ‚Schuld‘ – zumindest aber die Verantwortung – impliziert ist. Die Genetik kann nicht beeinflusst werden, sodass weder Vorwürfe einer eigenen ‚ungesunden‘ Lebensführung angemessen oder hilfreich sind, noch kann zukünftiges Verhalten etwas an der Beschaffenheit verändern. Die Notwendigkeit der Medikation wird eher als unvermeidbar angesehen und muss nicht hinterfragt werden, zumal dann, wenn ein oder mehrere Familienmitglieder einen Herzinfarkt oder Schlaganfall hatten. Innerhalb dieser Strategie werden die aktive Auseinandersetzung mit dem Bluthochdruck, die Suche nach weiteren Ursachen oder die Übernahme von Verantwortung als nicht notwendig angesehen. Trotz des Gefühls der Entlastung ist jedoch die Angst vor Folgeerkrankungen vorhanden.

Zusammenfassend bleibt festzustellen, dass aus der Perspektive der Patient/innen das Vorhandensein erkennbarer Ursachen zu dem Gefühl führt, diese entweder aktiv ‚bekämpfen‘ zu können und damit Verantwortung zu übernehmen oder – beispielsweise bei Annahme einer genetischen Prädisposition – aus der Verantwortung entlassen zu werden. Unklare Ursachen hingegen führen eher dazu, dass ein Unsicherheitsfaktor nicht nur hinsichtlich der Diagnose selbst, sondern auch in Bezug auf die ärztlichen Kompetenz sowie die adäquate Behandlung besteht. Das Fehlen eines eindeutigen Ursache-Wirkungs-Zusammenhangs kann insofern die Akzeptanz des Bluthochdrucks als zu therapierende Krankheit sowie den Verlauf der Behandlung beeinflussen, als damit die Hoffnung auf einen medizinischen Irrtum und Wiederherstellung der Gesundheit (als Negierung des chronischen Charakters) verbunden wird. Das Bewusstsein, den aktuellen körperlichen Zustand selbst verursacht zu haben, beinhaltet die Chance der Verantwortungsübernahme und der Veränderungsmöglichkeit, wohingegen bei einer genetischen Prädisposition die Verantwortlichkeit für die Entstehung des Bluthochdrucks keine Rolle spielt. Beide Strategien können jedoch subjektiv entlastend sein.

### 5.2.2 Lückenhaftes krankheits- und behandlungsbezogenes Wissen

Obwohl es in der vorliegenden Studie nicht darum gehen sollte nachzuvollziehen, über welches Wissen über Hypertonie die Teilnehmer/innen verfügen, so ließ sich bereits während der Diskussionen vermuten – und dies bestätigte sich in der Datenauswertung –, dass ihr Wissen bezüglich Entstehung und Therapie deutlich von professionellen Wissensbeständen abweicht. Dies ist zunächst nicht erstaunlich, dennoch stellt sich gleichzeitig die Frage, über wie viel Wissen Patient/innen in Zusammenhang mit der eigenen Krankheit verfügen soll(t)en und welchen Stellenwert das medizinisch-fachliche Wissen im Rahmen der Behandlung hat.

Der detaillierte physiologische Wirkmechanismus verschiedener Medikamente zur Senkung des Bluthochdrucks ist komplex und es ist nicht zu erwarten, dass ein Laie diesen versteht. Jedoch sind sich Patient/innen selbst vielfach nicht einmal über die generelle therapeutische Wirkung der von ihnen eingenommenen antihypertensiven Medikamente (beispielsweise Steigerung der Wasserausscheidung bei Diuretika oder Senkung der Herzfrequenz bei Betablockern) im Klaren. Der Kenntnisstand differierte zwischen den Teilnehmer/innen der Gruppendiskussionen zum Teil erheblich. Auch mögliche Nebenwirkungen der eigenen Medikation sind nicht immer bekannt und können daher beim Eintreten etwaiger körperlicher Veränderungen zu Verunsicherung führen. Hinsichtlich der Haltung gegenüber der Therapie und der Motivation, diese fortzusetzen, erscheint vor allem der Faktor, dass die Behandlung nicht mit einer spürbaren Verbesserung einhergeht, relevant – auch über diese Information verfügten viele der Teilnehmer/innen nicht. Vor dem Hintergrund des emotionalen Involviert-Seins ist es offenbar häufig nicht möglich, eine sachlich distanzierte Perspektive zu krankheitsbezogenen Fakten einzunehmen. Zugleich besteht ein hoher Bedarf vor allem danach zu verste-

hen, welche Gründe zur Entwicklung eines Bluthochdrucks führen. Während die Wirkungen und Nebenwirkungen der Medikation nur vereinzelt zur Sprache kamen, war der Versuch, Ursachen zu finden und zu erklären, ein zentrales Thema in den Diskussionen und folglich die fehlende Klärung der Ursachen ein manifestes Problem für Patient/innen (s. Kap. 5.2.1.4). Die individuellen Erklärungsversuche enthalten in den meisten Fällen nur wenig medizinische Details und Hinweise auf exakte physiologische Vorgänge, sondern sind vornehmlich lebensweltlich<sup>107</sup> orientiert.<sup>108</sup>

Wie wenig die medizinische Perspektive in den individuellen Erklärungsmodellen nachvollzogen wird – oder nachvollzogen werden kann<sup>109</sup> –, veranschaulicht beispielsweise das fehlende Verständnis dafür, dass es auch innerhalb der Medizin (derzeit) keine eindeutige Ursachenzuschreibung für die Entstehung einer essentiellen Hypertonie gibt, sondern lediglich beeinflussende Risikofaktoren bekannt sind. Dass Ärzt/innen daher letztlich keine zufriedenstellende Erklärung geben können, wird von den Patient/innen nicht immer verstanden. Dieses fehlende Verständnis weist darauf hin, dass das Wissensdefizit innerhalb der Medizin zwischen Arzt und Patient nicht ausreichend verständlich kommuniziert wird. Das Verschweigen von Unsicherheiten, sowohl von ärztlicher als auch von Patienten-seite, ist offenbar kein seltenes Phänomen (vgl. Tai-Seale et al. 2012). Dies ist umso erstaunlicher, als das Zugeständnis von ärztlicher Unsicherheit ihre Glaubhaftigkeit erhöhen kann (ebd.). Für die Bluthochdruckbehandlung ist nicht auszuschließen, dass zudem die Diskrepanz zwischen fehlenden medizinischen Erklärungsmodellen und guten medikamentösen Behandlungsmöglichkeiten zur Unsicherheit der Patient/innen beiträgt.

Aspekte der Lebensführung, die als Risikofaktoren gelten und häufig die einzig mögliche (medizinische) Erklärung darstellen, werden als fachliche Gründe nicht immer akzeptiert oder nicht ausreichend ernst genommen. Ärztliche Empfehlungen, beispielsweise das Gewicht zu reduzieren, das Rauchen aufzugeben oder den beruflichen oder familiären Stress zu reduzieren, sind offenbar häufig. In ihrer Profanität werden diese Ratschläge teilweise als Ausflüchte wahrgenommen – im Sinne eines ärztlichen ‚Nicht-mehr-Weiter-Wissens‘. Ähnliches gilt auch für die Vielfalt der Behandlungsmöglichkeiten: Die offenbar ebenfalls häufige Äußerung zu Beginn der Behandlung, ein Medikament erst einmal ‚auszuprobieren‘, mit der zusätzlichen Empfehlung, einige Lebensstiländerungen umzusetzen, wird vielfach ebenfalls als medizinische ‚Unwissenheit‘ oder ‚Inkompetenz‘ eingeschätzt und

---

<sup>107</sup> Zum Begriff der Lebenswelt s. Fußnote 62.

<sup>108</sup> In Ermangelung medizinischen Wissens greifen die Patient/innen auf sogenannte Laienätiologien zurück (vgl. Siegrist 2005).

<sup>109</sup> Das fehlende ‚Können‘ kann sich sowohl auf die möglichen unzureichenden intellektuellen Fähigkeiten, komplexe medizinische Vorgänge verstehen zu können, beziehen als auch auf die fehlende Möglichkeit der Distanzierung von der eigenen gesundheitlichen Situation. Die Suche nach Ursachen und die Entwicklung von Erklärungsmodellen sind eingebettet in den je individuellen lebensweltlichen Kontext.



kann zu dem Gefühl führen, nicht Patient zu sein, sondern „Proband“ (Gr 6/3m, Z 1835) oder „Versuchskaninchen“ (Gr 6/4m, Z 1841). Offenbar wird auch das prozessorientierte Finden einer individuell als optimal erachteten Therapie zwischen Arzt und Patient – zumindest aus der Perspektive des Patienten – nicht immer ausreichend (verständlich) kommuniziert. Zudem ist der Bedarf nach medizinischer – und damit ärztlicher – Eindeutigkeit und Regelgeleitetheit sowohl bei der Diagnostik als auch bei der Behandlung in vielen Fällen sehr hoch. Uneindeutigkeit und die Individualität<sup>110</sup> der Bluthochdruckbehandlung werden folglich von den Patient/innen nicht immer verstanden und können ebenfalls verunsichernd wirken.

Die medizinische Adhärenz-Forschung beschäftigt sich zwar seit langem mit der Frage, über welches Wissen ein Patient verfügen sollte und welchen Einfluss dieses Wissen auf den Behandlungsverlauf hat, ohne jedoch bisher zu einer einheitlichen Antwort gelangt zu sein. Während einige Untersuchungen zu dem Schluss kommen, dass eine geringe Kenntnis über die Hypertonie als Risikofaktor mit einer niedrigen Medikamenten-Adhärenz assoziiert ist (z.B. Oliveria et al. 2005), zeigen andere Studien, dass die patientenorientierte Aufklärung zur Steigerung des individuellen Wissens nicht notwendigerweise einen Einfluss auf die Adhärenz hat (Dulmen 2007). Interessanterweise war die Frage nach der subjektiven Bedeutung dieses Wissens im Kontext der Behandlung oder des Lebens mit der Erkrankung in diesem Zusammenhang jedoch nachrangig; augenscheinlich wurde von der kausalgenetischen Annahme ausgegangen, das Handeln würde ausschließlich über den Weg der kognitiven Anreicherung mit medizinischen Fakten beeinflusst werden. Dies ist umso erstaunlicher, als bereits seit den 1970er Jahren angenommen wird, dass die ärztliche Kenntnis des Laiensystems, das heißt, die subjektive Vorstellung von Krankheit und Gesundheit des Patienten einer der wichtigsten Faktoren für das Gesundheitsverhalten ist (Pflanz 1984) und dass diese Kenntnis sowie die Auseinandersetzung damit, also das Sich-Einlassen auf das patientenseitige Erleben und das Einbeziehen der *voice of the lifeworld* (Mishler 1984,

---

<sup>110</sup> Die Hypertoniebehandlung ist zunächst insofern individuell, als angestrebt wird, für jeden Patienten eine, entsprechend des Grades der Hypertonie und unter Berücksichtigung weiterer bestehender Erkrankungen, geeignete Behandlung mit dem Ziel der größtmöglichen Wirksamkeit zu finden. Neben der stufenweisen Anpassung der Medikamente nicht nur hinsichtlich der Wirkstoffklassen (Diuretikum, Betablocker, Kalziumantagonist), sondern auch bezüglich der verabreichten Menge (Tagesdosen) oder der Kombination mehrerer Wirkstoffklassen wurde 1990 auch die Forderung nach einer Individualisierung der Bluthochdruckbehandlung laut (Taylor 1990), indem propagiert wurde, das „Profil“ der Patientin oder des Patienten bei der Wahl, ob und, wenn ja, welches Medikament eingenommen werden sollte, zu berücksichtigen. Zu den als relevant erachteten Kriterien gehören nach Taylor u.a. das Alter, das Geschlecht oder der Grad der körperlichen Betätigung. Aus der medizinischen Perspektive erscheint die Berücksichtigung zwar objektivierbarer aber dennoch personenbezogener Charakteristika als ein großer Schritt. Eine Individualisierung im Sinne des Einbeziehens des je unterschiedlichen alltagsweltlichen Erlebens der Patient/innen wurde weder von Taylor gefordert noch ist dies bis heute in den Leitlinien festgeschrieben.

siehe Barry et al. 2001), einen positiven Einfluss auf die Compliance haben kann (Becker 1984). Folglich kann, wenn überhaupt, nur der dialogische Weg zwischen medizinischem und Laiensystem beziehungsweise Lebenswelt erfolgversprechend im Sinne einer Änderung des Handelns (oder gar der dem Handeln zugrundeliegenden Haltung) sein.

### *Die Bedeutung des Wissens bei Patientinnen und Patienten*

Die aktive Suche nach Informationen zur Medikation oder zum Bluthochdruck beginnt in der Regel, nachdem die Diagnose gestellt wurde. Da die Bluthochdruckpatient/innen sich somit bereits im professionellen Versorgungssystem bewegen, dient die Informationssuche weniger der Suche nach medizinischer Hilfe, sondern ist vielmehr eine individuelle Strategie zur Reduktion der durch die Diagnosestellung ausgelösten krankheits- und behandlungsbezogenen Ängste (s.o.). Die Suche nach Wissen vermittelt folglich vermeintlich Sicherheit. Vermeintlich deshalb, weil in den Gruppendiskussionen deutlich wurde, dass auch bei jenen Personen latente oder manifeste Ängste vorhanden sind, die sich als aufgeklärt-informiert präsentieren und glauben, medizinische Zusammenhänge verstanden zu haben. Als Quelle zur Steigerung des eigenen Wissens werden (populär-)wissenschaftliche Zeitschriften, Bücher oder Fernsehsendungen hinzugezogen. Neben dem Arzt gelten auch Apotheker/innen oder Mitarbeiter/innen der Krankenkassen als professionelle Beratungspersonen. Freunde und Bekannte, die als kompetent angesehen werden – weil angenommen wird, dass sie über medizinisches (Allgemein-)Wissen verfügen oder selbst einen zu hohen Blutdruck haben – werden ebenfalls um Rat gefragt.<sup>111</sup> Die medizinische Ausbildung und das ärztliche Erfahrungswissen wird von den Patient/innen somit nicht immer als ausreichend angesehen, um alle offenen Fragen klären zu können. Die über die Konsultation hinausgehende Suche nach Informationen ist zudem als Überprüfung des ärztlichen Handelns anzusehen, was zum einen zeigt, dass das unhinterfragte Anerkennen ärztlicher Entscheidungen nicht zwangsläufig ist, die ärztliche Kompetenz oder Handlungsfähigkeit also von Einzelnen infrage gestellt wird. Zum anderen bleiben in der Arzt-Patient-Kommunikation für Patient/innen relevante Fragen unausgesprochen oder ungeklärt; die Konsultation schafft offenbar nicht den Rahmen, in dem sie ihre Fragen und Zweifel gleich welcher Art ungehemmt thematisieren können oder wollen (s. Kapitel 5.2.3).

Zwar wurde bei allen Teilnehmer/innen eine gewisse krankheits- und behandlungsbezogene medizinische Unwissenheit deutlich, aus der Patientenperspektive ist diese jedoch nicht zwangsläufig mit einem subjektiven Informationsbedarf verbunden, da krankheits- oder medikamentenbezogenes Wissen zur Generierung weiterer Ängsten und Unsicherheiten führen kann. Dies zeigte vor allem der Umgang mit dem Beipackzettel (s.o.), dessen Lektüre aufgrund der aufgeführten Ne-

<sup>111</sup> Zur Laienkonstruktion von Krankheit und zum Rückgriff auf das Laiensystem vgl. Freidson 1979, Siegrist 2005. Siehe auch Kapitel 6.2.

benwirkungen „Panik“ (Gr 1/4m, Z 2402) oder „**krause** Haare, **kalte** Füße“ (Gr 1/1m, Z 2432) verursachen kann. Während einige Personen es als ihre Pflicht als Patientin oder Patient ansehen, ausführliche Informationen einzuholen, geben andere diese Verantwortung an den Arzt ab und weisen damit jenen die Aufgabe zu, zu entscheiden, über welches Wissen sie verfügen soll(t)en, und sprechen somit dem Arzt gleichzeitig höchste Fachkompetenz zu. Die Übersichtsarbeit von Grime et al. (2007) bestätigt, dass dieselbe Information bei Patient/innen zu unterschiedlichen Reaktionen führen und gerade bei jenen, die therapiebezogene Entscheidung an den Arzt abgeben wollen, zu Ängsten führen kann. Der berichtete ärztliche Ratschlag, den Beipackzettel nicht zu lesen (s. Kapitel 5.2.1.2), ist jedoch nicht für jeden Patienten angemessen (und sowohl rechtlich als auch ethisch fragwürdig), da der Informationsbedarf und der Wunsch nach Wissen und somit auch nach Auseinandersetzung und Beteiligung an der ärztlichen Entscheidungsfindung individuell zum Teil deutlich variiert.

#### *Die Bedeutung des ärztlichen Wissens*

Der Wunsch, das eigene Wissen zu erweitern, ist nicht immer nur individuell, sondern auch in Abhängigkeit von der erlebten Interaktionsgeschichte<sup>112</sup> mit dem Arzt und den individuellen Bedürfnissen an die Arzt-Patient-Interaktion motiviert. So wurde bereits deutlich, dass einige Personen (oft unreflektiert) die ärztlich kommunizierte Information als Maßstab für das ansetzen, was sie zu wissen brauchen, eine weitergehende Information über die Konsultation hinaus also nicht notwendig erscheint. Andere nehmen eine grundsätzlich kritischere Haltung ein und gehen davon aus, dass jede Information hinterfragt werden kann und muss. Das Hinterfragen des ärztlich vermittelten Wissens sowie die Erweiterung des eigenen Wissens kann sowohl während der Konsultation als aktive Auseinandersetzung als auch unabhängig von einer konkreten Interaktion mit dem Arzt erfolgen; letzteres beispielsweise, indem andere Quellen hinzugezogen werden (s.o.).

Patientenseitig empfundene oder ausdrücklich kommunizierte Grenzen ärztlichen Wissens – beispielsweise hinsichtlich der Ursachen der essentiellen Hypertonie in der Medizin insgesamt oder in der Konsultationssituation nicht unmittelbar abrufbares Wissen über Wechselwirkungen (sodass der Arzt sich seinerseits zunächst informieren muss) – können von den Patient/innen unterschiedlich wahrgenommen werden. Während einzelne die Wissenslücken (beispielsweise zu Wechselwirkungen) entschuldigen, um die Beziehung zum Arzt nicht zu stören, setzen andere diese mit Inkompetenz gleich, mit der Konsequenz eines Arztwech-

---

<sup>112</sup> In der hier vorgestellten Untersuchung bleiben die einzelnen Interaktionsgeschichten vage, da weder die Diskussionen ausreichend tief waren, um die einzelnen Interaktionen umfassend zu rekonstruieren, noch wurde die Perspektive der Ärzt/innen einbezogen. Dennoch ließ sich auf der Grundlage des vorliegenden Datenmaterials gut nachvollziehen, welchen Stellenwert der Arzt-Patient-Interaktion beigemessen wird oder welche Erwartungen, an die Ärztin oder den Arzt gestellt werden, sowie deren je spezifische Bedeutung für das patientenseitige Handeln.

sels. Die Beurteilung des ärztlichen Wissens und Handelns erfolgt häufig auf der Grundlage außerhalb des Versorgungssystems erworbenen Wissens und ist beeinflusst von den individuellen behandlungsbezogenen Bedürfnissen, bisherigen Erfahrungen mit Ärzt/innen, Erwartungen an ärztliches Handeln und der Relevanz der Arzt-Patient-Beziehung für den spezifischen Patienten.<sup>113</sup>

Die selbständige Informationssuche ist jedoch nicht nur Zeichen einer grundsätzlich kritischen Haltung bei gleichzeitigem Hinterfragen des ärztlichen Wissens und Handelns, sondern kann auch das Ziel haben, den eigenen Wissensstand mit dem medizinischen Wissen in Übereinstimmung zu bringen (Überwindung der fachlichen Asymmetrie der Akteure) und eigene (Laien-)Theorien oder Konzepte über die Ursachen und Behandlung der Hypertonie zu bestätigen.<sup>114</sup> Vor allem im Zusammenhang mit der Entstehung der Hypertonie, aber auch bezüglich der Medikation wird das ärztlich vermittelte Wissen durch andere Quellen erweitert.

Trotz unterschiedlicher und teilweise konträrer Strategien im Umgang mit Wissen und Informationen, ist davon auszugehen, dass sie demselben Ziel dienen, nämlich der Reduktion eigener, mit der Hypertonie in Zusammenhang stehender Ängste und Unsicherheiten.

### 5.2.3 Hemmungen, mit dem Arzt zu sprechen

Gruppenübergreifend haben die Diskussionen gezeigt, dass die Konsultation im Rahmen der Bluthochdruckbehandlung eine unbehagliche Situation sein kann. Vor allem das ‚Fragen-Stellen‘ an den Arzt wird oft als unangenehm wahrgenommen und ist mit Hemmungen verbunden. Nicht selten werden daher andere Möglichkeiten gesucht, die persönlichen Fragen (beispielsweise zur Medikation) zu klären. Als ‚angenehmere‘ Alternative werden bspw. Mitarbeiter/innen in Apotheken oder Krankenkassen angesehen. Auch individuelle Unzufriedenheit hinsichtlich des Diagnostik- oder Behandlungsverlaufs werden in der Regel nicht mit dem Arzt kommuniziert. Letzteres ist vor allem dann problematisch, wenn eine aktive Teilhabe zu Beginn und im weiteren Verlauf der Behandlung, im Sinne einer partizipativen Entscheidungsfindung, von den Patient/innen zwar gewünscht, jedoch nicht aktiv eingefordert wird oder (aufgrund von Hemmungen) nicht eingefordert werden kann.

---

<sup>113</sup> Zur Fragilität der Arzt-Patient-Beziehung siehe ausführlicher Kapitel 5.2.3.

<sup>114</sup> Zu den Hemmungen, den Arzt um weitergehende Informationen zu bitten, siehe ebenfalls Kapitel 5.2.3.

*Die immanente Ungleichheit in der Arzt-Patient-Beziehung*

Für die Patient/innen kann die regelmäßige Konsultation zur ärztlichen Kontrolle des Bluthochdrucks mit erheblicher Aufregung oder Unruhe einhergehen. Auch nach mehrjähriger Behandlung wird diese nicht zwangsläufig zur Routine, findet nicht immer eine Gewöhnung statt. Vielmehr wird diese Kontrolle im Einzelfall als externe Überprüfung nicht nur des eigenen ‚Gesundheitszustandes‘<sup>115</sup>, sondern auch des eigenen ‚Gesundheitsverhaltens‘<sup>116</sup> wahrgenommen. Vor allem jene Personen, die sich aktiv um eine gesunde Lebensführung und die Einhaltung der Medikation bemühen, die sich mit medizinischen Details auseinandersetzen und sich durch Fragen an den Arzt aktiv in die Konsultation und die Behandlung einbringen, haben oft eine höhere Erwartung an die Kontrolluntersuchungen, sehen sich stärker mit Enttäuschung konfrontiert als jene, die sich in der Konsultation eher zurückhaltend präsentieren.

Die ärztliche Überprüfung der Blutdruckwerte wird als Objektivierung des eigenen Gesundheitszustandes wahrgenommen, wobei niedrige Werte (das heißt definierte ‚Normwerte‘ unter 140/90 mm Hg) nicht nur eine ‚Belohnung‘ für vorherige Bemühungen sind, sondern auch Aufschluss über das eigenen Befinden geben, das nicht unmittelbar spürbar ist. Das subjektive Gefühl, sich gut zu fühlen, reicht als Indikator nicht aus und selbst regelmäßige häusliche Blutdruckmessungen können trügen, wenn die in der Praxis gemessenen Werte höher oder sogar ‚zu hoch‘ sind. Auf das eigene Gefühl und das eigene Handeln ist somit kein Verlass, und manch ein Patient fühlt sich bei den Kontrollmessungen in eine Prüfungssituation versetzt, wie sie der zwischen ‚Lehrer und Schüler‘ gleichzusetzen ist – ein Hinweis auf die (noch immer) bestehende Überlegenheit des Arztes.

Die Erwartungen an die Kontrolltermine sind bei diesen Patient/innen hoch und mit der Erwartung steigt auch die Angst, bei der Therapie zu ‚versagen‘. Die wahrgenommene Hierarchie in der Arzt-Patient-Beziehung kann zu Aufregung und damit auch zur ‚Weißkittelhypertonie‘ führen. Werden dann tatsächlich zu hohe Werte gemessen, so sind Enttäuschungen hinsichtlich des eigenen Verhaltens und der Wirksamkeit der Therapie sowie die Sorge um die eigene Gesundheit eine mögliche Folge:

---

<sup>115</sup> Der abstrakte Charakter der Hypertonie macht die externe Überprüfung durch medizinisches Personal, zumindest aber durch die Verwendung technischer Hilfsmittel (Blutdruckmessgeräte) notwendig. Siehe auch Kapitel 5.2.1.3.

<sup>116</sup> Aus den gemessenen Werten werden seitens der Medizin Rückschlüsse nicht nur auf die Wirksamkeit des gewählten Medikaments, sondern auch auf die Adhärenz (Einhaltung der Therapieempfehlungen) oder die Compliance (grundsätzliche Therapiebereitschaft) einer Patientin oder eines Patienten gezogen. Während die Wahl des geeigneten Medikaments (nach Abwägen der erwünschten und unerwünschten Wirkung) nach einem gewissen Zeitraum als abgeschlossen angesehen werden kann, bleibt die Überprüfung des patientenseitigen Verhaltens und der Bereitschaft zur Therapie implizit bestehen.

4m: ↑also liecht das eher daran dass Duu **Angst** hast dass der Arzt irgendwas **feststellt**  
vielleicht, das

6m: ↑**ja genau** genau genau das ist dann son **Erwartung-** ((schnel-  
ler)) du

[...]

6m: *möchtest dass es besser* ist im Grunde genommen so, und es **ach** schon wieder Mist ne?

[...]

4m: ↑mhmh

[...]

6m: und die **Tabletten** die **müssten** ja dann auch helfen  
(Gr 1, S 36-37, Z 993-1001)

Gerade bei jenen, die sich im Sinne der Partizipation aktiv und selbstverantwortlich an der Behandlung beteiligen, das heißt mitarbeiten und klärende Fragen an den Arzt stellen wollen, wird die Abhängigkeit von der ärztlichen ‚Absegnung‘ (alles ist in Ordnung) deutlich, zugleich haben sie Bedenken, dass der Arzt verärgert sein könnte, wenn sie sich zu sehr in die Interaktion einbringen, beispielsweise zu viele Fragen stellen. Diese Bedenken führen dazu, dass in der Konsultation oft kein Informationsaustausch auf der rein sachlichen Ebene möglich ist (anders als beispielsweise in Apotheken oder bei der Krankenkasse), da eine Abhängigkeit des Patienten auch vom ärztlichen Wohlwollen besteht (man will als ‚guter‘ Patient auftreten). Zudem haben Patient/innen die Sorge, dass ‚zu viel Mündigkeit‘ vom Arzt als ‚Provokation‘ verstanden werden könnte (gleichermaßen bei eher passiven und eher aktiven Patient/innen). Fragen sind demzufolge, wenn überhaupt, in der Patientenwahrnehmung allenfalls zu Beginn der Behandlung angemessen (im Sinne des Klärens von Fragen auf der sachlich-informativen Ebene) und sollten sich vorzugsweise auf die im Rahmen schulmedizinischer Behandlung übliche Therapie beziehen.

Die Erfahrung der Teilnehmer/innen hat gezeigt, dass ein Interesse außerhalb dieses schulmedizinischen Rahmens nur selten auf Verständnis und Akzeptanz der Ärzt/innen trifft. Die Bedenken, den Arzt durch ‚falsche‘ oder zu viele Fragen zu verärgern (‚irgendwann, fasst **der** sich wahrscheinlich dann **auch** an Kopp‘; Gr 3/5w; Z 3007) oder die Fragen zu einem unpassenden Zeitpunkt zu stellen, führen tendenziell dazu, dass diese vermieden werden und somit während der Therapie ungeklärt bleiben. Bereits die Sorge, eine ‚falsche‘ Frage stellen zu können, verweist auf die vielfache Unsicherheit und hierarchische Unterlegenheit des Patienten und das Fehlen einer gemeinsamen, offenen Gesprächsbasis.<sup>117</sup> Die implizite Abhängigkeit eines Patienten vom Arzt steht der gesellschaftlichen Forderung nach dem ‚mündigen‘ Patienten und dem Wunsch einiger Teilnehmer/innen, sich mit ihrem Arzt intensiv(er) auseinanderzusetzen, entgegen.<sup>118</sup>

<sup>117</sup> Über die in der Praxis vorzufindende Beschaffenheit der Gesprächsbasis kann in dieser Arbeit nicht abschließend befunden werden. Jedoch reicht es an dieser Stelle aus festzustellen, dass die Arzt-Patient-Beziehung in der Wahrnehmung von Patient/innen offenbar eine vertrauensvolle Interaktion (frei von Hemmungen) nicht selten ausschließt.

<sup>118</sup> Die seit den 1970er Jahren geführte Debatte über die Stärkung der patientenseitigen Position innerhalb der Arzt-Patient-Beziehung in Richtung einer Stärkung ihrer Autonomie erlebte 2009 mit der gesetzlichen Verankerung der Patientenverfügungen im Betreuungsgesetz (BGB § 1901

Ein Zugeständnis an die hierarchische Diskrepanz innerhalb der Arzt-Patient-Beziehung bei der Bluthochdruckbehandlung ist das seitens der Medizin wahrgenommene Phänomen der sogenannten ‚Weißkittelhypertonie‘, wonach die in der Arztpraxis ermittelten Blutdruckwerte (aufgrund des ‚Aufgeregt-Seins‘) oft höher sind als jene, die in der häuslichen Umgebung gemessen werden.

Dies wird inzwischen insofern berücksichtigt, als beispielsweise 24-Stunden-Messungen und regelmäßige Selbstmessungen durch die Patient/innen sowohl in die Diagnostik als auch in die Behandlung einbezogen werden (McManus et al. 2005). Hinsichtlich einer naheliegenden Präferenz von ausschließlichen Selbstmessungen, die dieses Problem eliminieren würde, zeigt sich die Studienlage jedoch uneinheitlich. Zwar besteht inzwischen in der Forschungslandschaft ein Bewusstsein dafür, dass Fremdmessungen in der Regel höher ausfallen als Selbstmessungen (Schettini et al. 1999), jedoch gibt es Studien, die differenzierte Ergebnisse hervorgebracht haben, sodass die naheliegende Konsequenz der ausschließlichen Selbstmessung fraglich wird: Eine Übersichtsarbeit von John Rickerby (2002) zeigt, dass die Unterschiede zwischen häuslicher und Praxismessung lediglich gering ausfallen, sodass sie zu vernachlässigen sind. Dies würde dafür sprechen, die Patient/innen die unangenehme Situation der Kontrollmessungen zu erlassen. Aus derselben Studie geht jedoch auch hervor, dass häusliche und Praxismesswerte durchschnittlich niedriger sind – im Sinne ‚zu niedriger‘ Normwerte – als Werte, die im Krankenhaus ermittelt werden. Ausschließliche Selbstmessungen als Grundlage der Entscheidung des weiteren Therapieverlaufs zu machen, wäre somit aus der ärztlichen Perspektive vermutlich nicht vertretbar. Hinzu kommt, dass es offenbar vor allem bei jenen Patient/innen, deren Blutdruckwerte nicht dem Therapieziel entsprechen, Differenzen in der Auskunft über eigene Messwerte und den tatsächlich gemessenen Werten gibt (Johnson, K.A. 1999). Die wissenschaftliche Empfehlung, für eine bessere (validere) ärztliche Übersicht Messgeräte mit Datenspeicherung und Ausdruckmöglichkeit zu bevorzugen (Verberk et al. 2007, Celis et al. 2005), hätte jedoch für die Patient/innen möglicherweise densel-

---

a-c, Bundesanzeiger DS 593/90, 18.06.2009) ihren vorläufigen Höhepunkt. Inwieweit jedoch Menschen in der Lage sind, unter Abwägung aller medizinischen Möglichkeiten und persönlichen Bedürfnisse zu verschiedenen Zeitpunkten des Lebens und hinsichtlich qualitativ divergierender Fragestellungen antizipatorisch Entscheidungen zu treffen, bleibt fraglich. Selbst wenn theoretisch als relevant erachtete Grundlagen geschaffen wurden – dazu gehören beispielsweise die Bereitstellung eines Versorgungssystems, das die Patient/innen aktiv bei der Verfolgung eigener gesundheitlicher Ziele unterstützt oder eine umfassende Gesundheitserziehung zur Förderung des Empowerments (vgl. hierzu verschiedene Konzepte zur Realisierung des ‚mündigen Patienten‘ in Reibnitz et al. 2001) – darf nicht vernachlässigt werden, dass ein Patient nicht immer ein rational handelndes Subjekt ist. Vielmehr haben Ärzt/innen es hier mit Individuen zu tun, deren Relevanzsetzungen nicht immer mit den sachlichen Annahmen der medizinischen Versorgung übereinstimmen. Fragen der Identität, der Alltagsbedingungen oder des sozialen Lebens sind oft die entscheidenden Handlungskriterien, sodass „Versorgungs- und Patientenwirklichkeit [...] deshalb oft in Dissonanz zueinander“ geraten (Schaeffer 2001: 59). Hinzu kommt, dass in der konkreten Versorgungssituation auch der Arzt nicht immer als rational, entlang medizinischer Vorgaben handelnder Interaktionspartner auftritt (vgl. Witte 2010).

ben Effekt wie die Messung in der Praxis: Das Messgerät würde dann gewissermaßen stellvertretend die ärztliche Überprüfung der Blutdruckwerte im häuslichen Umfeld vornehmen.

Gleichwohl ist aufgrund der umfangreichen Forschung der vergangenen Jahrzehnte, die mehrere Leitlinien und eine umfangreiche Auswahl an Therapiemöglichkeiten hervorbrachte, die Diagnose und Versorgung eines Bluthochdrucks aus der medizinischen Perspektive als Routinebehandlung einzustufen. Für den einzelnen Patienten sind die Diagnosestellung und die nachfolgende Medikation sowie Lebensstiländerungen jedoch mit einem Einschnitt in die aktuelle Lebenssituation verbunden, der zwar subjektiv nur geringe Auswirkungen auf das alltägliche Handeln, die soziale Einbindung oder die Berufstätigkeit hat, der jedoch aufgrund der engen Verbindung zu der bereits erwähnten Entwicklung von Ängsten steht – somit das Gegenteil von Routine darstellt. Während die Bluthochdruckbehandlung daher innerhalb der Medizin nicht nur ‚beiläufig‘ diagnostiziert, sondern mit derselben ‚Gelassenheit‘ auch behandelt werden kann, profitieren die Patient/innen zwar von der gestiegenen Quantität und Qualität der Medikamente; die Gewissheit, dass der Bluthochdruck einer lebenslangen (meist medikamentösen) Behandlung bedarf und mögliche schwere Erkrankungen zur Folge hat, ist hingegen geblieben. Dieses Ungleichgewicht zwischen der laienhaften bzw. hilfeschekenden und der professionellen Wahrnehmung des Bluthochdrucks kann die Hierarchie der Beziehung weiter verstärken, wenn die Perspektive und die Rolle der Patient/innen nicht empathisch in die Therapie einbezogen werden.

Die Notwendigkeit der Auflösung dieser der Arzt-Patient-Beziehung immanenten Hierarchie zeigt sich darin, dass die Patient/innen zu Mitteln greifen, diese zu überbrücken, indem sie entweder die Beziehung verbal privatisieren (Berichte von einer quasi freundschaftlichen Beziehung oder Vorgabe, sich mit dem Arzt zu duzen und Gespräche auf einer freundschaftlichen Ebene zu führen) oder die fachliche Kompetenz des Arztes entwerten und damit ihre eigene (durch externe Informationen angereicherte) Kompetenz gleichzeitig aufwerten.

Mit Pierre Bourdieu ist die Arztpraxis und somit auch die Konsultation als ‚ärztlich-professionelles Feld‘<sup>119</sup> zu bezeichnen, in das die Patient/innen sich mit dem Arztbesuch begeben. Der Interaktionsrahmen und die ‚Spielregeln‘ innerhalb dieses Feldes werden von der jeweiligen Ärztin oder dem Arzt vorgegeben und von dem Patienten akzeptiert (Witte 2010). Trotz der Bemühungen, bereits in der medizinischen Ausbildung das ärztliche Interaktionsverhalten in Richtung einer zunehmenden Egalisierung der Beziehung zu verändern, ist die hierarchische Machtstruktur<sup>120</sup> der Arzt-Patient-Beziehung, die sich während des 19. Jahrhunderts zugunsten der Ärzt/innen formiert hat (vgl. Huerkamp 1985), zumindest in der Wahrnehmung der Patient/innen innerhalb der hausärztlichen Versorgung

---

<sup>119</sup> Zu der Beschreibung des Feldes bei Bourdieu vgl. Rehbein 2006.

<sup>120</sup> Zum ärztlichen Interaktionshandeln in Konsultationen unter den Bedingungen von Machtungleichgewicht vgl. die Untersuchung von Nicole Witte 2010.



offenbar weiterhin vorhanden und wirksam. Wie stark die hierarchische Interaktionsstruktur habituell gefestigt ist, verdeutlichen beispielsweise die Ergebnisse der Studie von Jeffrey Robinson (2001), wonach Ärzt/innen den verbalen und nonverbalen Interaktionsprozess (bewusst oder unbewusst) vorzugsweise so organisieren, dass Patient/innen – trotz der formalen Aufforderung, weitere Fragen zu stellen – keine neuen Themen einbringen, mit der häufigen Folge von Missverständnissen, Fehlinformationen (Britten et al. 2000) und Unzufriedenheit beider Interaktionspartner mit dem Ausgang der Konsultation (Barry et al. 2000).<sup>121</sup> Schafft es der Arzt nicht, sich sprachlich oder inhaltlich an die Möglichkeiten und Bedürfnisse des Patienten anzupassen oder sich auf diese einzustellen, wird die Kommunikation unproduktiv oder findet nicht statt (der Patient bleibt still).<sup>122</sup> Dieses Ungleichgewicht in der Kommunikation kann dazu führen, dass Patient/innen es vorziehen, sich anderweitig zu informieren, oder aber sie unterlassen es vollständig, sodass ihre Fragen ungeklärt bleiben. In der medizinischen Versorgungsforschung ist dieses Phänomen kein ganz unbekanntes Thema: So teilen Patient/innen aus ärztlicher Sicht wichtige Informationen nicht mit oder sprechen selbst für sie wichtige Themen nicht an (Benson u. Britten 2006, Britten et al. 2000, Dowell u. Hudson 1997). Gründe dafür sind nicht nur im individuellen ärztlichen Interaktionsverhalten, sondern auch in der hierarchischen Struktur der Arzt-Patient-Beziehung zu sehen (Witte 2010). Diese kann dazu führen, dass das Setting auf die Patient/innen – unabhängig von der ärztlichen Haltung – als Stressor wirkt und Hemmungen hervorruft, die unterschiedlich bewältigt werden. Während Einzelne es schaffen, ihre Hemmungen zu überwinden und Themen, die ihnen wichtig sind, dennoch anzusprechen (dies sind vor allem jene Personen, die ein deutliches Interesse an der Partizipation haben), verbleiben andere in einer Sprachlosigkeit oder vergessen die ihnen wichtigen Themen vollständig – unabhängig von Faktoren wie Bildungsstand oder Geschlecht. Erst nach der Konsultation, wenn die Entspannung einsetzt, fallen ihnen ihre Fragen wieder ein.

---

<sup>121</sup> Die Berücksichtigung bestimmter verbaler Interaktionsanteile führt nicht zwangsläufig dazu, dass auch die nonverbale Kommunikation den Anforderungen einer partnerschaftlichen, die Bedürfnisse der Patient/innen berücksichtigenden Interaktion entspricht. Die Anwendung zeitgemäßer kommunikativer Fertigkeiten, lässt das traditionelle, das heißt paternalistisch geprägte ärztlich-habituelle Interagieren und Handeln nicht quasi ‚automatisch‘ in den Hintergrund treten, sondern behält seine latente Wirksamkeit auf den Interaktionsverlauf. Selbst wenn Ärztinnen und Ärzte sowohl nonverbal als auch verbal ein auf Partizipation ausgerichtetes Interaktionsverhalten zeigen, so ist aus den genannten Gründen nicht gleichzeitig anzunehmen, dass die Patient/innen dies akzeptieren und entsprechend der ihnen zgedachten Rolle darauf reagieren (s.u.).

<sup>122</sup> Die Hierarchie der Arzt-Patient-Beziehung wird noch immer durch die Verwendung von Fachsprache aufrechterhalten, die selbst auf jene Personen verunsichernd wirken kann, die über einen hohen Bildungsstand verfügen. Dies verdeutlicht noch einmal, wie stark Menschen sich in der Rolle als Patientinnen oder Patienten als in einer Abhängigkeitssituation befindlich wahrnehmen. Zur Dominanz der medizinischen Sprache in der Konsultation vgl. auch die Studie von Elliot G. Mishler 1984.

In den für die vorliegende Arbeit geführten Gruppendiskussionen betonen die Teilnehmer/innen mehrfach, dass sie in der Patientenrolle das Gefühl des ‚Privaten‘ – verstanden als familiärer, fürsorglicher Bezug – in dieser Beziehung brauchen. Ein Wunsch, der mit dem subjektiv wahrgenommenen Abhängigkeitsverhältnis, mit dem Gefühl der objektiven Überprüfung durch den Arzt, nicht ohne weiteres vereinbar ist. Die Arzt-Patient-Beziehung kann somit nicht als ‚geschäftliches‘ Setting (‚Patienten als Kunde‘ oder ‚souveräner Verbraucher im Gesundheitssystem‘, Reibnitz et al. 2001) verstanden werden,<sup>123</sup> sondern ist im höchsten Maße privat, da es um die eigene Gesundheit und das eigenen Wohlbefinden geht. Patient/innen befinden sich demnach in einer doppelten Abhängigkeit: als Laien und als Hilfesuchende. Eine Beziehung, die eine Interaktion ‚auf Augenhöhe‘ einschließt, ist daher strukturell schwer umsetzbar. Somit erscheint fraglich, ob die partizipative Entscheidungsfindung, bei der die Akteure per Definition als gleichberechtigte Interaktionspartner auftreten sollen (s. Kapitel 2.2), in der Praxis tatsächlich in dieser Form realisierbar ist. Nicht nur muss der Arzt bereit sein, sich auf die je individuelle Patientenperspektive einzulassen, sondern auch der Patient muss in der Lage sein, die antizipierte Hierarchie der Beziehung zu überwinden – denn auch jene Patient/innen, die in der Konsultation als aktiv an der Interaktion beteiligte und teilweise auch fordernde Personen auftreten, haben Hemmungen, die sie im Gespräch mit dem Arzt überwinden müssen.

#### *Definition der eigenen Rolle als Patientin oder Patient*

In den Gruppendiskussionen zeigte sich wiederholt ein hoher Rechtfertigungsdruck für das eigene Interaktionsverhalten innerhalb der Arzt-Patient-Beziehung, aber auch für den Wunsch nach Informationen über Medikamente. Offenbar gibt es keinen allgemeingültigen Standard dafür, was ein Patient wissen sollte oder wissen darf, fragen sollte oder fragen darf. Zugleich finden sich Rechtfertigungen dahingehend, sich nicht mit dem Bluthochdruck auseinandersetzen zu wollen oder zu können. Die Patient/innen geraten zunehmend in das Spannungsfeld zwischen dem eigenen Bedürfnis, etwas über die Krankheit und deren Behandlung zu erfahren bzw. dieses Wissen und die Beschäftigung mit der Krankheit zu vermeiden und den impliziten – zudem uneindeutigen – Anforderungen innerhalb ihrer ‚Patientenrolle‘.

So erachten einige Personen kritisches Hinterfragen als nicht notwendig, da sie beispielsweise ihre bisherige eher passive Rolle als zufriedenstellend ansehen. Die theoretisch vorhandene Möglichkeit, Fragen stellen zu können, ist somit ausreichend und wird erst dann bedeutsam, wenn Probleme auftreten. Demgegenüber wird die Rolle des ‚kritischen Patienten‘ als ‚richtig‘ und ‚zeitgemäß‘ verhandelt.

---

<sup>123</sup> Vor allem im Rahmen von sogenannten ‚individuellen Gesundheitsleistungen‘ (IGeL) wird die Patientin oder der Patient als umfassend informierte, rational urteilende und rational handelnde Person angesprochen, die in der Lage ist, auch aus der Laienperspektive heraus beurteilen zu können, welche Leistungen individuell angemessen sind.

Die Forderung der Wissensgesellschaft nach dem ‚mündigen Bürger‘ beeinflusst folglich auch die Wahrnehmung der eigenen Rolle als Patientin oder Patient, indem sie den partizipativen, kritisch-hinterfragenden und zu autonomer Entscheidung fähigen Patienten verlangt (vgl. Hurrelmann 2001)<sup>124</sup>.

Die Teilnehmer/innen sind sich uneinig über die Definition der eigenen Patientenrolle. Die Anforderungen sind nicht mehr konsistent, wie sie es in der traditionellen paternalistischen Arzt-Patient-Beziehung über einen langen Zeitraum waren. Heute sind sie aufgespalten in die eigene (sozial zunehmend unterstützte) Erwartung an sich als ‚mündiger‘ (interessierter, informierter und der ärztlichen Seite gegenüber couragierter) Patient und den weiterhin traditionellen Rollenanforderungen in der Interaktion mit dem Arzt (nicht nachfragen müssen oder dürfen, Medikamente nach Vorgabe einnehmen, fachlich-ärztliche Kompetenz vorbehaltlos anerkennen, nicht widersprechen). In diesem Spannungsfeld des Aufbrechens einstmals klar definierter Arzt- und Patientenrollen sind einige Personen unsicher, wo sie sich innerhalb dieser Beziehung verorten sollen und was als angemessene Interaktion hinsichtlich der nicht mehr einzuschätzenden Reaktion des Arztes gilt. Somit wird das Fragen-Stellen an den Arzt, als wesentliches Merkmal eines ‚zeitgemäßen‘ Patienten, schwer vorhersagbar und die Angemessenheit dieses Handelns trotz der sozialen Forderung fraglich („wenn ich frage krieg ich doch ne Antwort oder nich“ (Gr 3/4w, Z 2756-2760)).

Das Aufbrechen bisheriger Rollenzuschreibungen führt zu einer für die Patient/innen unklaren Neudefinition dessen, wie sie sich in der Interaktion verhalten dürfen, sollen oder müssen, und was sie von ihrem Gegenüber zu erwarten haben: So erhoffen sich einige Patient/innen von ihrem Arzt, dass er mit dem Gesprächsangebot an sie herantritt, während andere es innerhalb ihres Rollenverständnisses als selbstverständlich erachten, Fragen stellen zu können (wenngleich dies nicht immer als angenehm empfunden wird, s.o.). Unabhängig davon, wo sich eine Person in diesem Spannungsfeld aufgrund bewusst oder unbewusst getroffener Entscheidungen verortet, so finden sich laufend selbst erdachte oder von anderen geäußerte Gegenargumente, gegen welche die oder der Einzelne sich zweifelnd zur Wehr zu setzen hat. Interessanterweise unterliegt demgegenüber die ärztliche

---

<sup>124</sup> Klaus Hurrelmann (2001) übersieht in seinem Aufsatz zur Stärkung der Rolle des Patienten jedoch, dass auch das gut gemeinte „partizipative Konzept der ‚Kompetenzförderung‘“ und die „Übernahme von Selbstverantwortung für die Krankheit“ letztlich aufgrund des aktuellen Standes der Medizin vorgegebenes und als angemessen erachtetes Gesundheitsverhalten repräsentiert. Zwar wird in diesem Ansatz die Verantwortung zwischen Arzt und Patient geteilt resp. auf die Bürger/innen bzw. Patient/innen übertragen. Das Ziel bleibt jedoch das gleiche: die staatlich verordnete Gesunderhaltung der Bevölkerung, die Pflicht des Einzelnen, diese zu erhalten und im Falle der Krankheit zu gewährleisten, dass diese durch (patientenseitige) Umsetzung und Einhaltung angemessener Therapien wieder hergestellt wird. So spricht sich Hurrelmann grundsätzlich gegen eine autoritative (resp. paternalistische) Arzt-Patient-Beziehung mit deutlicher Präferenz zur Partizipation und Verantwortungsübernahme der Patient/innen aus; deren individuellen Präferenzen, Wünsche und Bedürfnisse als Teil und Zielgruppe des Gesundheitssystems bleiben jedoch unberücksichtigt.

Rolle aus der Patientenperspektive nicht automatisch einer ausdrücklichen Neudefinition. So kann eine Person an sich selbst als Patientin oder Patient den Anspruch erheben, sich stärker und kritischer hinterfragend in die Konsultation einzubringen; ein (im Sinne des SDM) empathisches von umfassender Aufklärung über Krankheit und Behandlung geprägtes Handeln des Arztes wird dabei nicht zwangsläufig mitgedacht.

### *Der normative Druck zur Partizipation*

Dass die Verschiebung der traditionellen Patientenrolle nicht notwendigerweise zu einem sich im Gesundheitssystem selbstsicher bewegenden Menschen führt, lässt sich beispielsweise im Umgang mit Patienteninformationen feststellen: So kommt es vor, dass Einzelne einen ausdrücklichen Wunsch nach dem Verstehen der Medikation formulieren, jedoch an der Umsetzung dieses Plans scheitern. Dies erfahren offenbar vor allem jene, denen nicht an der Kontrolle des Therapieverlaufs und des ärztlichen Handelns gelegen ist, die also einen eher geringen Aufwand betreiben, um subjektiv geeignete Informationen zu beschaffen. Diese Personen nehmen in der Regel den Beipackzettel zur Hand mit der Folge, dass sie sich nach der Lektüre eher verunsichert als informiert fühlen. Dass Patient/innen trotz dieser Negativerfahrung, die darüber hinaus keinerlei Handlungskonsequenz hat, weiterhin den Beipackzettel als autorisierte Informationsquelle nutzen, zeigt, dass sie der Erfüllung sozial erwünschten Patientenverhaltens folgen, ohne jedoch eine intrinsische Handlungsmotivation zu offenbaren.

Personen spüren folglich einen öffentlichen Druck, sich als Patientin oder Patient mündig, im Sinne eines aufgeklärten und selbständig entscheidenden Bürgers, zu verhalten. Mündigkeit beschränkt sich dabei jedoch nicht nur auf das sich Aneignen angemessener Fachkenntnisse oder das auf dieser (informierten) Basis folgende autonome Entscheiden. Mündigkeit beinhaltet in der Wahrnehmung von Patient/innen auch, sich in der Konsultation als gleichberechtigte Interaktionspartner präsentieren zu müssen. Diese ‚Forderung‘ steht jedoch in einem deutlichen Widerspruch zu der immanenten Hierarchie der Arzt-Patient-Beziehung, ihrem inhärenten Abhängigkeitsverhältnis und der Tatsache, dass nicht alle Patient/innen diese Rolle eines ‚mündigen Patienten‘ einnehmen wollen. So entsteht ein Konflikt zwischen dem Bewusstsein, als ‚mündiger Bürger‘ bzw. ‚mündiger Patient‘ agieren zu sollen, und dem Wunsch, die Behandlungsentscheidung und mit ihr die Verantwortung an den Arzt abzugeben oder diese zumindest zu teilen. So zeigt sich verschiedentlich der Wunsch, dass der Arzt gleichsam ‚hellseherisch‘ die patientenseitigen Bedürfnisse und Präferenzen in das ärztliche Handeln einbezieht. Das Aufbrechen der traditionellen paternalistisch geprägten Arzt-Patient-Beziehung wird demzufolge nicht von allen Patient/innen gewünscht oder akzeptiert.

Zugleich wird die praktische Umsetzbarkeit des gesellschaftlich und seitens der Medizin präferierten Modells angezweifelt: Die immanente Hierarchie der Arzt-

Patient-Beziehung hat zur Folge, dass ‚Mündigkeit‘ – von den Teilnehmern verstanden als gleichberechtigte Interaktion – die Sorge hervorruft, den Arzt mit den eigenen Fragen und Argumenten unnötig zu behelligen oder gar zu provozieren. Die Forderung und Förderung autonomer patientenseitiger Entscheidungsmöglichkeiten nimmt der bis in die 1970er klar definierten und mit eindeutigen Rollenzuweisungen belegten Beziehung (s. Kapitel 2.2) ihre Struktur und ihren normativen Interaktionsrahmen. Das Aufbrechen der alten Strukturen führt nun dazu, dass Patient/innen eine Verunsicherung über die eigene Rolle verspüren, sie sich also im Unklaren darüber befinden, was sie dürfen und was von ihnen erwartet wird. Jedwedes Handeln in der Konsultation, das reziprok mit dem individuellen gesundheits- bzw. krankheitsbezogenen Handeln innerhalb der Bluthochdruckbehandlung verbunden ist, wird somit von einem Rechtfertigungs- und Begründungsdruck begleitet.

Gleichzeitig verdeutlicht sich bei allen Teilnehmer/innen unabhängig von ihrem Handeln eine hohe Loyalität dem Arzt gegenüber.<sup>125</sup> Dies unterstreicht den Bedarf von Patient/innen, die als fragil wahrgenommene Beziehung zu schützen. Für jene, die sich aktiv in die Behandlung einbringen möchten (oder glauben, dass dies von ihnen erwartet wird) und somit eine hinterfragende – also auch kritische – Haltung einnehmen müssten, entsteht ein Widerspruch zwischen dem Gefühl von Loyalität und der impliziten Notwendigkeit, das ärztliche Handeln zu hinterfragen; beispielsweise durch dezidierte Nachfrage in der Konsultation oder durch das Einholen von Informationen aus anderen Quellen. Die Reduktion dieser Dissonanz wird beispielsweise dadurch erreicht, dass – im Sinne eines vorausseilenden Gehorsams – der Zeitmangel des Arztes als Rechtfertigung dafür herangezogen wird, nicht nachfragen zu müssen. Das voll besetzte Wartezimmer oder ein kurz angebundenes und eilig wirkendes ärztliches Auftreten wird zum Synonym für eine hohe Arbeitsbelastung, welche die Patient/innen nicht zu verstärken wagen. Entwirft man diesen Gedanken weiter, so wird ärztliches Handeln gleichgesetzt mit körperlicher Tätigkeit, also dem Ausüben konkreter Handlungen (u.a. Blutdruckmessen, körperliche Untersuchungen, Ultraschalluntersuchungen, Verschreiben von Medikamenten), die im Kontext von objektiver Medizin (*evidence based medicine*, vgl. Sackett et al. 1996) zu verstehen sind. Das Gespräch zwischen Arzt und Patient im Sinne einer ‚sprechenden Medizin‘ (*narrative based medicine*, vgl. Greenhalgh u. Hurwitz 2005), welche die je individuelle Erfahrung des Einzelnen

---

<sup>125</sup> Loyalität findet sich nicht nur im Zusammenhang mit dem hier erwähnten Zeitfaktor, sondern dient auch dann dem Schutz der Beziehung, wenn beispielsweise nicht auf Anhieb eine geeignete Medikation gefunden wird. Die ‚Suche‘ nach den bestmöglichen Medikamenten wird von den Teilnehmer/innen sowohl als ‚Schwäche‘ der ärztlichen Kompetenz als auch als Sorgfalt ärztlichen Handelns ausgelegt. Um eine möglicherweise empfundene Schwäche ärztlicher Kompetenz nicht zulassen zu müssen (da dies die Beziehung stören würde), kann der Fokus beispielsweise auf andere, je individuell bedeutsame Bereiche der Beziehung gelegt werden, die zur subjektiven Zufriedenheit beigetragen haben; dies kann die Frage nach biographischen Details o.ä. sein.

berücksichtigt, gehört folglich – zumindest für die Patient/innen – nicht grundsätzlich zur hausärztlichen Basisversorgung, sondern kann nur dann wahrgenommen werden, wenn die Anforderungen der alltäglichen ärztlichen Praxis dies erlauben. Die sprechende Medizin wird vorrangig der Psychotherapie zugeordnet und positiv herausgestellt, wenn Hausärztinnen oder Hausarzt/innen ein Interesse am Individuum (nicht nur an der Krankheit) offenbaren. In einer Beziehung, in der das (offene) Gespräch nicht zur Grundlage der Interaktion gehört, wird es augenscheinlich zu einer besonderen Hürde, Fragen zur Behandlung zu stellen, diese also gleichsam zu kritisieren, und somit das ärztliche Handeln zu hinterfragen. Dies gilt auch für jene Patient/innen, die den Informationsbedarf (und damit auch das Hinterfragen ärztlichen Handelns) als legitim ansehen. In der konkreten Situation wenden auch sie sich vorzugsweise an andere als ärztliche Quellen, um ihre Fragen zu stellen.

Im Zusammenhang mit der oben dargestellten immanenten Hierarchie der Arzt-Patient-Beziehung kann dies einerseits als Bestätigung der wahrgenommenen untergeordneten Rolle als Patientin oder Patient gegenüber einer vermuteten oder tatsächlich vorhandenen (ärztlichen) Autorität gedeutet werden. Andererseits ist dies auch eine mögliche Strategie, um dem Druck der öffentlichen Diskussion hinsichtlich der Einnahme einer aktiven Rolle und der Umsetzung partizipativer Entscheidungsfindung zu entgehen, damit im Rahmen einer paternalistischen Arzt-Patient-Beziehung die Entscheidungs- und Behandlungsverantwortung der Ärztin oder dem Arzt überlassen werden kann. Vor dem Hintergrund des öffentlichen Diskurses über Patientenautonomie und die deutliche Präferenz des SDM – im Sinne einer Normierung dieser Arzt-Patient-Beziehung (s. Kapitel 2.2) – können Hemmungen seitens des Patienten zu einem größeren Problem werden, da von ihnen erwartet wird, sich nicht nur zu informieren, sondern sich auch ‚auf Augenhöhe‘ mit dem Arzt auseinanderzusetzen und an der Entscheidungsfindung zu partizipieren.

Medizinsoziologische Studien haben zwar gezeigt, dass unter den Patient/innen eine hohe Anzahl die geteilte Entscheidungsfindung, also die aktive Teilhabe am Behandlungsprozess, präferiert. Zugleich jedoch variieren die Zahlen über den Anteil der Patient/innen, die eine passive Rolle in der Arzt-Patient-Beziehung bevorzugen, zwischen 69 % (Arora u. McHorney 2000) und 20 % (Raisa et al. 2007); und auch unter denen, die partizipieren wollen, tendieren viele zur Passivität. Vor allem Personen mit einer chronischen Erkrankung wollen oft nicht in den Behandlungsprozess oder das Finden einer geeigneten (medikamentösen) Therapie einbezogen werden (Schneider 2006). Der Wunsch nach Information hingegen ist auch bei geringer Partizipationspräferenz bei vielen Patient/innen dennoch vorhanden (Ende 1989).

*Die Bedeutung des Vertrauens in der Arzt-Patient-Beziehung*

Die Notwendigkeit des Vertrauens in die Person des Arztes, die ärztliche Kompetenz, die medizinische Profession oder das Gesundheitssystem insgesamt wird in den Gruppen verschiedentlich diskutiert. ‚Vertrauen‘ wird dabei einer ‚kritisch hinterfragenden Haltung‘ (wie dies beispielsweise Zusammenhang mit der Diskussion um den ‚mündigen Patienten‘ und der Präferenz des SDM implizit gefordert ist, s.o.) gegenübergestellt und offenbar im Sinne eines Dualismus begriffen. Erstaunlicherweise wird auch das verständnisbezogene ‚Nachfragen‘ in der Konsultation häufig mit dem ‚Hinterfragen‘ des ärztlichen Handelns gleichgesetzt. Ein Nachfragen innerhalb einer Vertrauensbeziehung, verstanden als ein offener Austausch über die Diagnose, die Erkrankung oder die Behandlung und ein gemeinsames, diskursives Abwägen von Vor- und Nachteilen bestimmter Vorgehensweisen, ohne zu einem endgültigen Abschluss, einer Entscheidung gelangen zu müssen, halten Patient/innen augenscheinlich kaum für möglich. Sich dem Arzt auf der persönlichen Ebene ‚anvertrauen‘ zu können, wird folglich nicht als Teil des ärztlichen Profils wahrgenommen. Das Gefühl, ernst genommen zu werden oder sich aufgehoben zu fühlen, ist demnach unabdingbar, damit Vertrauen möglich werden kann. In der hier vorgestellten Untersuchung wurde jedoch deutlich, dass dieses Gefühl subjektiv verschieden und in erster Linie abhängig von der Wahrnehmung der ‚menschlichen‘ Qualitäten des Arztes ist.

Es hat den Anschein, als befänden sich die Patient/innen in einem Dilemma zwischen Vertrauen und Partizipation. Dies kann gleichgesetzt werden mit der Diskrepanz zwischen dem Anspruch aktiver Interaktionsteilnahme und der Passivität eines Vertrauen-Müssens, wenn Behandlungsdetails nicht verstanden werden. Allerdings ist Vertrauen offenbar auch einer gewissen Dynamik unterworfen, sodass Patient/innen nicht grundsätzlich die eine oder andere Haltung einnehmen, sich prinzipiell für oder gegen eine Rolle bzw. ein Interaktionsmodell ‚entscheiden‘. Vielmehr ist anzunehmen, dass Schwere und Dauer der Erkrankung als moderierender Faktor wirksam werden. Vor allem zu Beginn der Hypertoniebehandlung bestehen bei den Patient/innen viele (kritische) Fragen und Unsicherheiten, die auf die eine oder andere Weise der Klärung bedürfen. Zur Klärung dieser Fragen wird dann nicht immer das ärztliche Gespräch gesucht. Vielmehr vollzieht sich nicht selten zu diesem Zeitpunkt zunächst ein Rückzug in das Laiensystem oder werden andere Repräsentant/innen des Gesundheitssystems hinzugezogen. Im Verlauf einer mehrjährigen Therapie nehmen Patient/innen eine zunehmend passive Haltung ein, oft als Ergebnis einer bewussten Entscheidung.

Eine Möglichkeit, dieses Dilemma des wahrgenommenen Dualismus zu umgehen, wird beispielsweise durch ein grundsätzliches Vertrauen in die Medizin und das Gesundheitssystem (Systemvertrauen) möglich. Dem Arzt wird dann die Rolle des kompetenten Repräsentanten dieses Systems zugewiesen, sodass durch den Weg über das System ‚Medizin‘ ein Vertrauen in das ärztliche Handeln auch auf der persönlichen Ebene möglich wird (dies entspricht in etwa der *Routine* als Teil-

aspekt zur Herstellung des Vertrauens bei Guido Möllering 2006).<sup>126</sup> Diese Haltung ist in der Folge oft mit einer eher passiven Patientenrolle verbunden. Der Wunsch nach einer aktiven Gestaltung an der Behandlung und der Bewahrung eines kritischen Blicks, ohne die fragile – und von den Patient/innen als schützenswert angesehene – Beziehung zum Arzt zu stören, ist allerdings ebenfalls über das Systemvertrauen möglich. In diesem Fall setzt die Kritik nicht am ärztlichen Handeln sondern auf der Ebene des Systems an. Die auf diese Weise subjektiv wahrgenommene Vertrauensbeziehung zum Arzt kann eine Hilfe sein, um den im Zusammenhang mit der Hypertonie aufkommenden Unsicherheiten und Ängste zu begegnen. Angreifbar ist dieses Vertrauen jedoch, wenn die ärztliche Handlungssicherheit – begründet durch die eigenen Ängste – infrage gestellt wird. Die Konsequenz eines so eingebetteten Vertrauensverlustes ist dann ein Arztwechsel.

Mit Luhmann ist davon auszugehen, dass Vertrauen gewinnt, wer authentisch bleibt, „wer bei dem bleibt, was er bewußt oder unbewußt [sic!] über sich selbst mitgeteilt hat“ (Luhmann 1968: 39). Übertragen auf die Arzt-Patient-Interaktion würde dies bedeuten, dass eine offene – ärztlicherseits initiierte – Kommunikation über das verfügbare gegenwärtige medizinische Wissen (also auch das Eingeständnis von Wissenslücken) oder eine nicht von vornherein festzulegende und somit individuell anzupassende Therapie notwendig für eine Vertrauensbeziehung ist. Das patientenseitig wahrgenommene Gefühl, ernst genommen zu werden, begründet sich in der damit für die Patient/innen sichtbar gewordenen Motivation des ärztlichen Handelns, der zu behandelnden Person eine individuell bestmögliche (das heißt, nicht ausschließlich auf rein medizinisch-wissenschaftlichen Erwägungen begründete<sup>127</sup>) Therapie zukommen zu lassen. Ein ‚Sich-Einlassen‘ auf die je individuellen Bedürfnisse, Erwartungen und Wertvorstellungen, aber auch die Wahrnehmung und interaktive Berücksichtigung möglicher Sorgen, Bedenken und Ängste eröffnen die Basis für eine mögliche vertrauensvolle Beziehung. Die Möglichkeit, sich gegenüber einer anderen Person (der Ärztin oder dem Arzt) zu offenbaren, d. h. „im großen und ganzen angenommen zu werden, wie man sich zu zeigen wünscht“ und „nicht fehlgedeutet zu werden“, setzt bereits „ein Mindestmaß an Vertrauen voraus“ (Luhmann 1968: 38). Die zuvor beschriebenen patientenseitigen Hemmungen, in der Konsultation Fragen zu stellen, wären folglich nicht nur durch die Hierarchie der Arzt-Patient-Beziehung begründet, sondern ebenso auf einen Mangel an Vertrauen in den Arzt, verstanden als ein Mangel an ärztlicher Empathie, zurückzuführen. Dieses schrittweise Vorgehen eines langsam

<sup>126</sup> Zu den verschiedenen Arten des Vertrauens vgl. ebenfalls Möllering 2006.

<sup>127</sup> Die wissenschaftlich abgesicherte Basis der medizinischen Versorgung ist nur ein Aspekt der sogenannten Evidenzbasierten Medizin (EbM). David Sackett et al. (1996) definieren Evidenzbasierte Medizin daher als „the conscientious, explicit, and judicious use of current best evidence in making decisions about the care of individual patients“ und grenzen sich deutlich von einer „cookbook“ *medicine* ab, die sich nur auf die wissenschaftliche Evidenz bezieht. Stattdessen fordern sie, dass die EbM in einen bottom-up Ansatz verfolgen sollte, „that integrates the best external evidence with individual clinical expertise and patients‘ choice“ (ebd.: 71).



voranschreitenden Prozesses der Interaktion, in dem sich Vertrauen nach und nach einstellen kann, entspricht der *reflexivity* als einem Aspekt zur Herstellung von Vertrauen (Möllering 2006). Vertrauen bezeichnet Möllering zufolge

*„[...] einen fortlaufenden Prozess, im Zuge dessen – aufbauend auf Vernunft, Routinen und Reflexivität – die nicht reduzierbare Verwundbarkeit und Ungewissheit gegenüber anderen aufgehoben wird, als ob sie zum Guten gelöst worden sei, wodurch eine positive Erwartung gegenüber den Handlungen und Intentionen mehr oder weniger spezifischer anderer reicht und aufrechterhalten werden kann“ (Möllering 2006: 111; im Rahmen eines Vortrags aus dem Englischen übersetzt von Möllering).*

Eine bewusste Entscheidung, dem Arzt zu vertrauen, ist insofern nicht möglich. Vertrauen wird vielmehr immer dann bedeutsam, wenn rationales Entscheiden nicht möglich ist (*Reason*, Möllering 2006). Insofern ist fraglich, ob Patient/innen, die im Laufe der Behandlung ihre kritische Haltung aufgegeben haben, der Übergang in eine vertrauensvolle Beziehung gelungen ist oder ob sich ein gewisses Maß an Desinteresse mit Abgabe von Verantwortung an den Arzt eingestellt hat. Die im Rahmen dieser Untersuchung erhobenen Daten lassen letzteres vermuten.

Eine maßgebliche Basis zur Herstellung einer Vertrauensbeziehung entsprechend der Definition von Möllering wäre mit der Umsetzung einer patientenorientierten Arzt-Patient-Beziehung im Sinne des SDM geschaffen. Die darin enthaltene Forderung nach einer offenen Kommunikationsstruktur und einer wechselseitigen Verständigung mit abschließender Zustimmung zu einer geeigneten Therapie bedeutet in der Wahrnehmung von Patient/innen jedoch auch, Fragen – und hier vor allem kritische Fragen eines ‚mündigen Patienten‘ – zu stellen. Mündigkeit steht hier also in enger Verbindung mit der Übernahme von Verantwortung.

Personen jedoch, die im Rahmen der Bluthochdruckbehandlung keine Verantwortung übernehmen, sich nicht mit der Diagnose, der Behandlung oder den möglichen Folgeerkrankungen auseinandersetzen möchten, entscheiden sich folgerichtig gegen eine partizipative Entscheidungsfindung und gegen die Erfüllung der geforderten Mündigkeit. In der von den Patient/innen betonten Notwendigkeit, der Medizin als Profession, dem Arzt als Mensch oder als Vertreter dieser Profession oder dem Gesundheitssystem insgesamt zu vertrauen dokumentiert sich die Orientierung, sich im Sinne des *paternalistic model* einer passiven Rolle sowohl innerhalb der Arzt-Patient-Beziehung als auch in der Auseinandersetzung mit der Hypertonie insgesamt zuzuwenden und die Verantwortung und Entscheidungskompetenz der ärztlichen Rolle zu übertragen. Diese Haltung ist offenbar vor allem durch Ängste und Unsicherheiten motiviert und somit als Schutzmechanismus gegen jene Ängste und zur Vermeidung der Auseinandersetzung damit zu verstehen. Das so definierte vermeintliche Vertrauen ist jedoch nur so lange aufrechtzuerhalten, wie die Behandlung problemlos (d.h. ohne eine Verschlechterung des subjektiven Gesundheitszustandes und ohne das Auftreten von Nebenwirkungen) verläuft.

Sowohl der Rückgriff auf die traditionelle Vertrauensbeziehung des *paternalistic model* als auch die Einnahme einer kritisch hinterfragenden Haltung im Rahmen des SDM sind auch als Strategien zum Umgang mit den im Zusammenhang mit der Hypertonie bestehenden oder aufkommenden Ängsten und Unsicherheiten zu verstehen.

### 5.3 Typisierte Orientierungsschemata von Bluthochdruckpatient/innen unter Fokussierung der Arzt-Patient-Beziehung

Bei der Explikation manifester Gründe für oder gegen die Einnahme von Antihypertensiva werden auch latente Einflüsse wirksam. Vor allem die Verunsicherung von Patient/innen als ihre konkrete oder diffuse Begleiterin der Bluthochdruckbehandlung zieht sich durch alle Diskussionen.

Die Interpretation ausgewählter Sequenzen erfolgte mit dem Ziel, die Bedeutung der Arzt-Patient-Beziehung innerhalb der Bluthochdruckbehandlung zu analysieren und damit im Zusammenhang stehende typische Denk-, Wahrnehmungs- und Handlungsmuster von Patient/innen zu rekonstruieren. In der kontrastierenden Analyse der Gruppen zeigt sich, dass Patient/innen unterschiedliche Orientierungsschemata entwickeln, welche im Zusammenhang mit der individuellen Perspektive stehen, die sie innerhalb des Behandlungsverlaufs einnehmen. Diese Perspektive steht wiederum in einer engen Beziehung zu der Verunsicherung in Diagnosestellung und Therapie und ist, wie oben bereits gezeigt werden konnte, im Sinne einer Strategie zur Bewältigung dieser Verunsicherung zu verstehen. Von besonderem Interesse im Rahmen dieser Arbeit ist, inwiefern sich diese Orientierungsschemata in der Arzt-Patient-Interaktion wiederfinden.

Um eine Typologie zu entwerfen, die ihre Gültigkeit innerhalb des untersuchten Erfahrungsraumes hat, ist eine Abstraktion vom Einzelfall notwendig. Die hier vorgestellte Typologie beschreibt somit (Ideal-)Typen, die in der Realität in dieser (rationalen) Reinheit nicht vorkommen (Weber 1984), die jedoch den Anspruch erheben, den Postulaten der „logischen Konsistenz“, der „subjektiven Interpretation“ und der „Adäquanz“ (Schütz 1971) zu entsprechen. Der reale Patient als Akteur innerhalb je individueller biographischer und kontextueller Zusammenhänge kann daher immer auch Anteile verschiedener Typen in sich vereinen. Ebenso ist eine Veränderung individueller Orientierungen und Handlungsstrategien in Abhängigkeit von biographischen oder kontextuellen und lebensweltlichen Veränderungen nicht auszuschließen.

Die im Folgenden vorgestellte Typologie begründet sich vor allem in der Rekonstruktion sinngenetischer Aspekte der Orientierungsmuster, die besonders im Zusammenhang mit den sichtbar gewordenen Unsicherheiten stehen. Der gesellschaftliche und feldspezifische Rahmen (verstanden als soziale Dimension) dieser

Typologie ist durch den Paradigmenwechsel der normativen Neuorientierung der Arzt-Patient-Beziehung gegeben. Obgleich die Anfänge der Kritik am ärztlichen Paternalismus bereits auf die 1970er Jahren zurückgehen, stiftet die damit verbundene Auflösung typischer institutionalisierter Rollenzuschreibungen in der Praxis bei Patient/innen noch heute ‚Verwirrung‘. Die Vielfalt der Handlungsmöglichkeiten in der Konsultation bietet jedoch auch die Chance, unterschiedliche Orientierungen mit der Wahl eines bevorzugten Arzt-Patient-Modells in Verbindung zu bringen. Eine kausalgenetische Zuschreibung im Sinne eines eindeutigen Rückschlusses von sichtbaren Handlungen (in der Konsultation) auf ein zugrundeliegendes typisches Motiv ist allerdings nicht möglich (und war auch nicht das Ziel dieser Analyse). Dennoch schärft es das Bewusstsein für die Vielfalt möglicher Orientierungen und damit verbundener Konflikte auf der Grundlage nur weniger Phänotypen der Interaktion.

In den Kapiteln 5.1 und 5.2 wurden die im Kontext der Bluthochdruckbehandlung relevanten Phänomene sowie die damit verbundenen Perspektiven ausführlich vorgestellt. Die Typologie ist somit aufgrund der Abstraktion und Anonymisierung dessen als Verdichtung zentraler Aspekte zu verstehen.

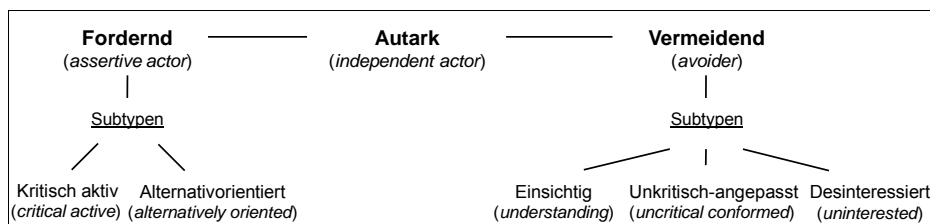


Abbildung 4: Typologie der Orientierungsschemata (eigene Abbildung)

Abbildung 4 zeigt die drei herausgearbeiteten Typen von Orientierungsschemata mit den jeweiligen Subtypen: (1) der fordernde Typ mit den Subtypen ‚kritisch aktiv‘ und ‚alternativorientiert‘, (2) der autarke Typ und (3) der vermeidende Typ mit den Subtypen ‚einsichtig‘, ‚unkritisch-angepasst‘ und ‚desinteressiert‘ (Marx 2011). Diese Typologie wurde für Bluthochdruckpatient/innen entwickelt und besitzt innerhalb dieser Diagnose ihre Gültigkeit.<sup>128</sup> Wenngleich davon auszugehen ist, dass diese Ergebnisse theoretisch gesättigt sind<sup>129</sup> und über eine ausreichende Abstraktion verfügen, soll hier kein Anspruch auf Vollständigkeit erhoben werden. Es ist vorstellbar, dass bei weiteren Untersuchungen Modifikationen oder Erweiterun-

<sup>128</sup> Mannheim geht davon aus, dass bei der Analyse der Perspektiven eines Erfahrungsraumes lediglich Stereotypen entwickelt werden können, da die jeweiligen Orientierungen sich einzig auf die spezifischen Erfahrungen richten: „Die uns beschäftigende Art der Stereotypisierung aber ist dadurch ausgezeichnet, daß sie nicht generalisiert, [...] sondern die Bezogenheit auf einen spezifischen Erfahrungsraum und die Perspektivität auf ihn beläßt (Mannheim 1980: 223). Eine Generalisierung im Sinne einer allgemeingültigen Aussage (verschiedene Erfahrungsräume betreffend) ist somit nicht das Ziel der Analyse.

<sup>129</sup> Vgl. Glaser u. Strauss 1969.

gen der Typologie notwendig werden. Die Übertragbarkeit der Ergebnisse auf andere chronische Erkrankungen ist zwar wahrscheinlich, bedarf aber vor allem hinsichtlich der Besonderheit, dass Patient/innen bei Hypertonie oft keinen Leidensdruck verspüren und die Diagnosestellung meist per Zufallsbefund erfolgt, einer gesonderten Überprüfung.

### 5.3.1 Der fordernde Typ

Der fordernde Typ wünscht den kommunikativen Austausch mit dem Arzt und setzt sich aktiv mit der Diagnosestellung, der Erkrankung und der Behandlung auseinander: Er sucht darüber hinaus nach Gründen für die Entstehung der Hypertonie, will die physiologischen Zusammenhänge verstehen und achtet auf eine individuell bestmögliche Behandlung. Das ‚Wissen‘ hat in diesem Kontext einen hohen Stellenwert. Daher informieren sich die Patient/innen sowohl im Laiensystem als auch im semiprofessionellen Bereich über die Ursachen des Bluthochdrucks oder aktuelle Behandlungsmöglichkeiten und bringen diese Erkenntnisse in die Konsultation ein. Diese Patient/innen suchen aktiv das Gespräch mit dem Arzt und stellen Fragen.

Obwohl der Ausdruckssinn des fordernden Typs der eines sein Informationsrecht einfordernden ‚Bürgers‘ ist, so steht das Bewusstsein um dieses Recht im Widerspruch zu der implizit wahrgenommenen Asymmetrie der Arzt-Patient-Beziehung. Die direkte Auseinandersetzung mit dem Arzt ist verbunden mit einem Gefühl der Abhängigkeit von einer ärztlichen Autorität, die über das eigene Wohl zu befinden hat. Das Betreten des Interaktionsfeldes ‚Arztpraxis‘ respektive ‚Sprechzimmer‘ wirkt als Störfaktor rationalen Handelns. Das Ausformulieren zuvor verfasster Fragen und Wünsche ist somit immer auch mit der Überwindung von Hemmungen verbunden.

Die Analyse zeigte, dass dem fordernden Typ auf der Haltungsebene zwei grundsätzlich sich unterscheidende Orientierungsschemata zugrunde liegen: der *kritisch-aktive Typ* und der *alternativorientierte Typ*.

#### *Der kritisch-aktive Typ*

Der kritisch-aktive Typ zeichnet sich durch eine ausgeprägte Auseinandersetzung sowohl mit der Erkrankung als auch mit der schulmedizinischen Standardbehandlung bei Bluthochdruck aus. Auf der Grundlage einer vollständigen Akzeptanz nicht nur der Erkrankung, sondern auch der Notwendigkeit der medikamentösen und nichtmedikamentösen Blutdruckstandardtherapie übernimmt dieser Typ einen Großteil der Verantwortung innerhalb der Behandlung und Kontrolle, indem er mitdenkt und sich aktiv beteiligt. Der Arzt wird somit in der Entscheidungsfindung entlastet, gleichzeitig erfolgen aber seitens des Patienten wiederholt die Anforderung, Fragen zu beantworten und Stellung zu beziehen. Zuvor Besprochenes wird ebenso hinterfragt wie die ärztliche Handlungs- und Verordnungspraxis.

Die Konsultation wird für diesen Typ zu einer objektiven Überprüfungsinstanz und bildet den Gradmesser für bereits erzielte Erfolge und den weiteren Verlauf der Behandlung. Das eigene Wohlbefinden ist abhängig von der objektiven Bewertung durch den Arzt. Aufgrund dieser stark asymmetrischen Perspektive und der deutlichen Wahrnehmung der eigenen untergeordneten Rolle, verbirgt sich hinter diesem selbstbewusst auftretenden Typ nicht selten eine starke Verunsicherung, die von diesem Typ mittels einer intensiven Auseinandersetzung auf der kognitiven Ebene bearbeitet wird.

#### *Der alternativorientierte Typ*

Der alternativorientierte Typ akzeptiert zwar – ebenso wie der kritisch-aktive Typ – die Erkrankung und damit auch deren Behandlungsnotwendigkeit, jedoch wird die bestmögliche Behandlung nicht im schulmedizinischen System gesehen. Der ebenfalls vorhandene Wunsch nach Kontrolle der Erkrankung soll durch Anwendung alternativer Therapiemaßnahmen erzielt werden. Etablierte Methoden wie beispielsweise Entspannungstherapien, aber auch aus dem esoterischen Bereich entlehene Behandlungsmethoden, die keinerlei medizinisch-wissenschaftliche Basis haben, werden zu möglichen Therapeutika. Bemerkenswert bei diesem Typ ist, dass die Verantwortung für die Behandlung – im Gegensatz zum kritisch-aktiven Typ – vollständig in die Hände des Arztes gelegt wird. Hieraus ergeben sich einige Widersprüche: Zwar wird beispielsweise die schulmedizinische medikamentöse Therapie umgesetzt, jedoch deren Notwendigkeit bezweifelt; obwohl der Einsatz einer ‚sanfteren Therapie‘ deutlich befürwortet wird, erfolgt eine Beendigung der Medikation nicht ohne ärztliche Rücksprache. Trotz des hohen Informationsgrades vor allem im Bereich der Komplementärmedizin, wünschen Patient/innen dieses Typs eine explizite ärztliche Unterstützung bei der Anwendung der von ihnen bevorzugten Therapie als alleinige Maßnahme. Die zugrundeliegende Haltung ist der starke Wunsch danach, wieder gesund zu werden, wodurch die Hypertonie zwar als Erkrankung akzeptiert, ihre Chronizität – die Lebenslänglichkeit der Erkrankung als dauerhafte körperliche Veränderung – jedoch weitgehend negiert wird.

Dem Arzt wird die Aufgabe zugeschrieben, die eigenen komplementärmedizinisch ausgerichteten Wünsche in die Behandlung zu integrieren. Die Erfahrung, dass der Arzt sich in der Regel gegen eine Behandlungsmethode aus dem Bereich der Komplementärmedizin entscheidet, stößt bei den Patient/innen dieses Typs auf Unverständnis und führt zu Unzufriedenheit mit der ärztlichen Aufklärungspraxis und Behandlung. Da jedoch die Verantwortung für die Behandlung nicht selbst übernommen wird, erfolgt die alternative Behandlungsmethode entweder nicht oder parallel zur Standardtherapie.

### 5.3.2 Der autarke Typ

Der autarke Typ zeichnet sich durch eine ausgeprägte Selbstverantwortung aus und hat im Gegensatz zum fordernden Typ kein Interesse an einer Auseinandersetzung mit dem Arzt. Die ärztliche Diagnosestellung wird zwar akzeptiert, deren Langfristigkeit jedoch ebenso wie beim alternativorientierten Subtyp gelehnt. Der autarke Typ ist getrieben von einem starken Wunsch nach Gesundung und sieht die Verantwortung für die Entstehung des Bluthochdrucks im eigenen Handeln, der eigenen Lebenssituation (vor allem zu viel Stress – beispielsweise verursacht durch falsches Zeitmanagement – im Beruf). Insofern ist es nicht die Aufgabe der Medizin, diese zu ‚heilen‘, dies liegt aus der Perspektive des Patienten ebenfalls in der eigenen Verantwortung. Aufgrund des Bewusstseins möglicher Folgeerkrankungen und um die damit verbundenen Ängste zu reduzieren, wird die Notwendigkeit der Behandlung in der Regel nur so lange akzeptiert, bis die eigenen Lebensumstände es erlauben, diese abzusetzen. Welche Therapie dabei zur Anwendung kommt, ist aufgrund ihres Übergangstatus weitgehend unerheblich. Es wird als ärztliche Aufgabe angesehen, eine geeignete Medikation zu finden, sodass das ärztliche Handeln auch nicht hinterfragt wird. Hier liegt ein zentraler Unterschied zur Perspektive des alternativorientierten Subtyps, der zwar ebenfalls eine Behandlung jenseits der Schulmedizin wünscht, dies jedoch häufig auf der Grundlage einer skeptischen Grundhaltung gegenüber Medikamenten (und damit verbunden beispielsweise der Angst vor Substanzabhängigkeit). Die Verantwortung für die medizinische Versorgung wird jedoch dessen ungeachtet der ärztlichen Seite zugewiesen.

Das langfristige Therapieziel dieses Typus ist die Heilung durch Veränderungen des eigenen Lebensstils. Innerhalb dieses Orientierungsschemas ist es schlüssig, dass Informationen außerhalb der Konsultation gesucht werden und das Gespräch mit dem Arzt zu detaillierten Fragen der Behandlung als nicht notwendig erachtet wird.

Die Konsultation hat in der Logik dieses Typus keine entscheidende Bedeutung für den Behandlungsverlauf, da die Zielsetzung im Sinne rationalen Entscheidens mit Rekurs auf die Selbstverantwortung unabhängig von der Rücksprache mit dem Arzt vorgenommen wird. Die Auseinandersetzung mit der Hypertonie erfolgt daher nur insofern, als die weitere Beschäftigung mit dem Thema gut begründet unterlassen wird und eine von der Erkrankung distanzierte, passive Haltung eingenommen werden kann. Dieses selbstbestimmte Entscheiden über den ‚richtigen‘ Umgang mit der Hypertonie beinhaltet keine explizite Einforderung des Rechts auf Selbstbestimmung und Autonomie. Das Gefühl, Verantwortung übernehmen zu wollen oder zu müssen, wird daher ebenfalls in der Konsultation nicht kommuniziert.

### 5.3.3 Der vermeidende Typ

Der vermeidende Typ scheut eine intensive Auseinandersetzung mit Details seiner Krankheit, mit der Diagnosestellung oder mit möglichen Therapien. Im Gegensatz zu dem fordernden Typ strebt er eine Partizipation an der Behandlung nicht an. Er fühlt sich im medizinischen System gut aufgehoben – zeichnet sich also durch ein hohes System-Vertrauen aus, spricht dem Arzt Fachkompetenz zu und gibt in diesem Zusammenhang vor, dem ärztlichen Handeln und der ärztlichen Entscheidung zu vertrauen. Dieses Vertrauen entspricht jedoch nicht ohne weiteres dem Vertrauen, wie es innerhalb des traditionell-paternalistischen Arzt-Patient-Modells verstanden wird – wenngleich dieses das bevorzugte Modell des vermeidenden Typus ist.

Die zugrundeliegende Haltung baut nicht allein auf dem Bewusstsein einer Wissensasymmetrie<sup>130</sup> zwischen den Akteuren auf und ist auch nicht nur durch ein emotionales Sich-Angenommen-Fühlen sowie bedingungsloses Sich-Offenbaren zu begründen. Vielmehr bietet die eingenommene Haltung die Möglichkeit, sich nicht mit Details der Erkrankung oder der Behandlung beschäftigen zu müssen und somit die Entscheidung und Verantwortung an den Arzt übergeben zu können. Dass diese Haltung der Vermeidung als subjektive Notwendigkeit und nicht so sehr als ein zu korrigierendes ‚Fehlverhalten‘ zu verstehen ist, zeigt sich darin, dass auch dieser Typus Hemmungen offenbart, vorhandene Sorgen oder Probleme in der Konsultation anzusprechen. Die Bereitschaft, die schulmedizinische Behandlung nach ärztlicher Empfehlung durchzuführen, ist aufgrund der hohen Akzeptanz der Diagnose und der aus ärztlicher Sicht bestehenden Behandlungsnotwendigkeit bei diesem Typus als hoch einzuschätzen. Jedoch ist diese Bereitwilligkeit kein Garant dafür, dass die Umsetzung therapeutischer Maßnahmen entsprechend eingehalten wird.

Dem vermeidenden Typus ist bewusst, dass bei ihm ein zu hoher Blutdruck diagnostiziert wurde und dass dieser aus der ärztlichen Perspektive medikamentös behandelt werden soll(te) und aktuell behandelt wird. Die empfohlene Dosierung ist zwar bekannt, jedoch bereits bei der Frage nach der Art des Medikaments und dessen Wirkweise, das heißt hinsichtlich des Wissens über die Medikation, zeigen sich innerhalb dieses Typus große Unterschiede. Diese Differenzen sind sicherlich auch durch die je individuellen Erfahrungen, die psychische Verfassung und die kognitiven Möglichkeiten bedingt, dennoch ist zwischen den drei folgenden Subtypen zu differenzieren, da ihre jeweiligen grundlegenden Haltungen auf unterschiedliche Ziele hin ausgerichtet sind.

---

<sup>130</sup> Zwar besteht zwischen Arzt und Patient eine Wissensasymmetrie, die nicht aufzuheben ist, jedoch verfügen die Menschen aufgrund des heutigen sehr leichten Zugangs zu Wissen (vor allem durch das Internet), der hohen Präsenz gerade des Bluthochdrucks in den Medien (beispielsweise Gesundheitssendungen im Fernsehen) und der staatlich geförderten Stärkung der Patientenkompetenz über ein deutlich umfangreicheres medizinisches Wissen als in der Vergangenheit.

*Der einsichtige Typ*

Die vermeidende Haltung des einsichtigen Typs ist Folge einer aktiv getroffenen und begründeten Entscheidung. Er nimmt die Diagnose und die ärztlicherseits als notwendig erachtete schulmedizinische Behandlung bedingungslos an, mit der Begründung, das medizinische System und die darin handelnden Akteure hätten eine ausreichend hohe Kompetenz zur Beurteilung seiner Gesundheit und zur Einleitung entsprechender Maßnahmen. Da die eigene Kompetenz als nicht ausreichend und die Schulmedizin als bestmögliches Versorgungssystem angesehen wird, legt er die Verantwortung und Kontrolle für das eigene Befinden in ärztliche Hände. Unterstützt wird diese Haltung durch die Annahme, dass der Lebensstil keinen Einfluss auf die Entstehung oder den Verlauf des Bluthochdrucks habe, die Akzeptanz des Bluthochdrucks als (lebenslänglicher) Krankheit und die Zuversicht, dass medizinische Maßnahmen bei der Erhaltung oder Wiederherstellung des Wohlbefindens erfolgreich seien.

Aufgrund der zentralen Stellung des Arztes und der Anerkennung der Asymmetrie des Wissens ist der Wunsch nach Detailwissen eher gering und das Einholen von Informationen beschränkt sich auf die Konsultation oder das Lesen des Beipackzettels. Die Hierarchie der Arzt-Patient-Beziehung wird als gegeben akzeptiert und nicht hinterfragt. Zugleich besteht aber auch eine deutliche Abhängigkeit von der Kompetenz des Arztes, denn dieser Typus fügt sich in das medizinische System, weil er sich nicht auseinandersetzen will und die Medikation als gute Möglichkeit sieht, mit geringem Aufwand die Gesundheit zu erhalten, oder weil er – aufgrund schwerer persönlicher Krankheitserfahrung – dies als einzige Möglichkeit betrachtet, das Sterben hinauszuzögern.

*Der unkritisch-angepasste Typ*

Der zentrale Unterschied des unkritisch-angepassten zum einsichtigen Typus besteht im fehlenden Bewusstsein über die Abgabe der Verantwortung und Kontrolle an den Arzt. Die Akzeptanz der Behandlung erfolgt folglich ohne Reflexion der Diagnose oder der empfohlenen Behandlung. Die bereits erwähnten grundsätzlichen Hemmungen, in der Konsultation Fragen zu stellen, werden bei diesem Typus besonders relevant, da er in der Arzt-Patient-Interaktion eher zurückhaltend, ruhig oder sogar sicher auftritt und vermeintlich keine Fragen hat. Die hier gesetzte Einschränkung des Informationsbedarfs bezieht sich darauf, dass Informationsdefizite und offene Fragen zwar möglich sind, diese jedoch in der Konsultation aufgrund jener Hemmungen nicht geklärt werden können. Sofern Fragen vorhanden sind, sieht dieser Patient sich nicht in der Rolle einer Person, die sich aktiv in die Behandlung einbringt oder offene Fragen außerhalb der Konsultation klärt; dies wird der ärztlichen Rolle zugeschrieben. Alles, was diese Patient/innen wissen, haben sie von ihrer Ärztin oder ihrem Arzt erfahren, manches vielleicht auch



zufällig gehört oder gelesen.<sup>131</sup> Es besteht uneingeschränktes Vertrauen in die Kompetenz der Schulmedizin, die sie zweifelsfrei voraussetzen.

Innerhalb dieses Typus gibt es jedoch einen Unterschied hinsichtlich der Zufriedenheit mit der Arzt-Patient-Kommunikation. So gibt es zufriedene Patient/innen, die keinen Bedarf an weitergehender krankheits- oder behandlungsbezogener Information haben. Die Auseinandersetzung mit der Erkrankung und die Reflexion der eigenen Rolle werden vollständig vermieden. Andere Patient/innen dieses Typs haben demgegenüber expliziten Informationsbedarf, kommunizieren diesen in der Konsultation jedoch nicht, was zu einer latenten Unzufriedenheit mit der Konsultation führt. Auf der Handlungsebene werden diese Unterschiede für den Arzt nicht sichtbar.

#### *Der desinteressierte Typ*

Es ist anzunehmen, dass eine desinteressierte Haltung vor allem nach langjähriger Behandlung eingenommen wird. Auch hier erfolgt eine bewusste Abgabe der Verantwortung und Kontrolle an den Arzt, jedoch wird diese nicht argumentativ begründet und folgt keiner impliziten Rechtfertigung der eigenen Passivität. Die Dauer der Behandlung führt vielmehr dazu, dass Diagnose und Behandlung akzeptiert werden und eine (weitere) Auseinandersetzung abgelehnt wird. Das bedeutet nicht, dass dieser Typus über ein umfassendes Wissen verfügt und aufgrund einer selbstwahrgenommenen Semiprofessionalität die Haltung einnimmt, keine Informationen (mehr) zu brauchen. Es ist eher so, dass eine gewisse Ermüdung eingetreten ist und mögliche offene Fragen ausgeblendet und somit nicht geklärt werden. Folglich werden auch krankheitsbezogene Gesprächsangebote seitens des Arztes vermieden oder abgeblockt. Die Medikation und die Konsultationen erfolgen routiniert, die Qualität der Arzt-Patient-Interaktion wird im Zusammenhang mit der Hypertonie nicht (mehr) hinterfragt.

---

<sup>131</sup> Ein vollständiges sich Abschotten gegenüber Informationen gelingt in der heutigen Informationsgesellschaft kaum. Dennoch ist es beispielsweise möglich, dass diesem Typus die erwünschte oder unerwünschte Wirkung des eingenommenen Medikaments nicht immer bekannt ist.



## 6 Diskussion

### 6.1 Vorbemerkung

In Kapitel 5 wurden die Ergebnisse der hier vorgestellten Untersuchung bereits diskursiv in Bezug zur Literatur präsentiert. Im Folgenden werden daher ausgewählte Aspekte noch einmal genauer erörtert. In Kapitel 6.2 wird zunächst auch ein breiterer, über die Arzt-Patient-Beziehung hinausgehender, gesundheitspolitischer Kontext soweit in den Blick genommen, als er für die Bluthochdruckbehandlung und das Verstehen der Patientenperspektive als bedeutsam angesehen wird. Dies gibt Anlass dazu, die bisher etablierte Sichtweise auf die Modalitäten des Zugangs zum medizinisch-professionellen System für die Bluthochdruckerkrankung zu hinterfragen. In Kapitel 6.3 erfolgt dann mit dem Anwendungsbezug der Typologie eine Zusammenführung mit den eingangs vorgestellten Arzt-Patient-Modellen. Schließlich wird in Kapitel 6.4 vor dem Hintergrund der in der Durchführung der Studie gemachten Erfahrungen eine Einschätzung für die Nutzbarkeit von Gruppendiskussion und dokumentarischer Methode für die medizinsoziologisch orientierte Versorgungsforschung vorgenommen.

## 6.2 Hypertonie als zugeschriebenes Konstrukt

Die primäre arterielle Hypertonie zeichnet sich – wie bereits genannt<sup>132</sup> – durch zwei Besonderheiten aus: Einerseits gilt sie als ein wichtiger Risikofaktor für die Entwicklung schwerwiegender Herz-/Kreislauferkrankungen wie Schlaganfall oder Herzinfarkt (vgl. Chobanian 2003); andererseits ist die Entwicklung dieser Form der Hypertonie ihrerseits abhängig von bestimmten Risikofaktoren (dazu gehören neben einer genetischen Disposition vor allem Bereiche des Lebensstils, u.a. Ernährungsgewohnheiten, Rauchverhalten, sportliche Betätigung), weshalb sie als Erkrankung einzustufen ist, die medikamentös behandelt jedoch auch nicht geheilt werden kann.

Obleich die Hypertonie innerhalb der Medizin als bedeutsam angesehen wird, gilt dies – bedingt durch die meist fehlenden Symptome – nicht für die subjektive Wahrnehmung der Patient/innen. Die Diagnosestellung erfolgt nicht selten im Rahmen von Routineuntersuchungen, sodass Patient/innen eine kognitive Anpassungsleistung erbringen müssen, damit die Diagnose akzeptiert wird. Ein Leidensdruck besteht bei Diagnosestellung in der Regel nicht.

Die medizinische Forschung hat einen Einfluss der Hypertonie auf schwere Ereignisse des Herz-/Kreislaufsystems festgestellt. Diese Zusammenhänge gehören inzwischen zum Alltagswissen und sind somit auch jenen Personen bekannt, bei denen eine Hypertonie diagnostiziert wird. Zusätzlich werden sie offenbar auch ärztlicherseits betont, um nachdrücklich auf die Notwendigkeit der (dann oft medikamentösen) Behandlung hinzuweisen. Das Wissen um diese möglichen Folgen, das also spätestens bei Diagnosestellung vermittelt wird, führt bei den Patient/innen zu latent oder manifest wirksamen diffusen oder konkreten Ängsten (s. Kapitel 5.2.1). Unsicherheiten und Ängste sind eine zentrale Besonderheit im Krankheitserleben und in der Krankheitsvorsorge (vgl. z.B. Tai-Seale et al. 2012, Babrow u. Kline 2000); im Zusammenhang mit der Bluthochdruckdiagnose und -behandlung finden sie jedoch bisher zu wenig Beachtung.

Wenn im Rahmen der hier vorgestellten Untersuchung als sozialer Entstehungskontext der patientenseitigen Orientierungsschemata vornehmlich auf die Arzt-Patient-Beziehung und den vollzogenen und sich nach wie vor vollziehenden Paradigmenwechsel eingegangen wurde, so soll an dieser Stelle auch der kontextuelle Erfahrungsraum von Bluthochdruckpatient/innen mit einem stärker makrosoziologisch ausgerichteten Fokus berücksichtigt werden. Um die im Zusammenhang mit der Hypertonie bestehenden Ängste und Verunsicherungen als Erfahrung dieses Patientenkollektivs in ihrem Entstehungskontext besser verstehen zu können (vgl. Mannheim 1980) und der Relevanz des Phänomens mehr Nachdruck zu verleihen, wird im Folgenden der Rahmen der Diagnosestellung, als möglichem zentralem Ausgangspunkt von Ängsten, Aufmerksamkeit zuteil.

---

<sup>132</sup> Viele der hier angeführten Faktoren sind bereits an anderer Stelle innerhalb der vorliegenden Untersuchung behandelt worden. Trotzdem erscheint eine zusammenfassende Darstellung für eine stichhaltige Diskussion hier nochmals angeraten.

Häufiger Auslöser für die ärztliche Äußerung einer Verdachtsdiagnose ‚Bluthochdruck‘ waren aufgrund der Schilderungen der Teilnehmer/innen routinemäßig durchgeführte Blutdruckmessungen oder die Durchführung einer sogenannten Vorsorgeuntersuchung ‚Check-up 35‘<sup>133</sup>, welche die Prüfung des Blutdrucks beinhaltet. Die gesetzliche Krankenversicherung übernimmt für Personen ab 35 Jahre alle zwei Jahre die Kosten für diese Untersuchung und gewährt den Versicherten eine Prämie, wenn dieses Angebot angenommen wird. Für Ärzt/innen ist die Durchführung dieser Untersuchung insofern attraktiv, als sie außerhalb des Regelleistungsvolumens gesondert vergütet wird und somit das Budget der Praxis nicht belastet. Das Bundesministerium unterstützt den Check-up 35 im Sinne des Erhalts der Bevölkerungsgesundheit. Die Trias aus Kostenübernahme durch die gesetzlichen Krankenkassen, finanziellem Anreiz sowie staatlicher Befürwortung zur Durchführung dieser Untersuchung gibt Grund zur Annahme, dass diese Untersuchung nicht immer aufgrund medizinisch relevanter Anhaltspunkte, sondern (auch) aufgrund sekundärer Motive und in dem patientenseitigen Gefühl, sich ‚etwas Gutes zu tun‘ – nämlich vorzusorgen –, durchgeführt wird. Hier wird ein Mechanismus sichtbar, den Michel Foucault in seinen Ausführungen zur Biopolitik beschreibt (vgl. Foucault 1993).<sup>134</sup>

Der im alltäglichen Sprachgebrauch, aber beispielsweise auch auf den Internetseiten des Bundesministeriums für Gesundheit oder einzelner Krankenkassen, verwendete Begriff der ‚Vorsorge‘ ist im Kontext der Check-up-Untersuchung jedoch irreführend. Bei dieser Untersuchung handelt es sich nicht um eine Vorsorge im Sinne einer präventiven Maßnahme zur Verhinderung von Krankheiten, sondern vielmehr um eine explizite Früherkennungsuntersuchung, bei der ausgewählte Erkrankungen oder Risikofaktoren festgestellt werden sollen; dazu gehören vor allem „chronische Erkrankungen wie z.B. Diabetes mellitus Typ II oder Herz-

---

<sup>133</sup> Wenngleich das Thema ‚Vorsorgeuntersuchungen‘ nicht explizit zum Untersuchungsgegenstand der hier vorgestellten Studie gehörte, so soll doch an dieser Stelle etwas ausführlicher darauf eingegangen werden. Der gesundheitspolitische Rahmen, in den die Bluthochdruckbehandlung eingebettet ist, verdeutlicht das Spannungsverhältnis zwischen gesellschaftlichen Forderungen der Gesunderhaltung und der lebensweltlichen Konsequenz für den einzelnen Menschen, der mit dieser Diagnose konfrontiert wird. Um die Patientenperspektive unter Berücksichtigung möglichst vieler Facetten zu verstehen, sollte der breitere Entstehungskontext zumindest vorgestellt werden.

Nach der Übernahme des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) durch Philipp Rösler Ende 2009 wurde der ‚Check-up‘ in „Gesundheits-Check-up“ umbenannt.

<sup>134</sup> Foucault beschreibt Biopolitik als nicht-disziplinäre Machttechnik zur Regulierung von Endemien (als Gegenentwurf zu Epidemien). Dabei geht es nicht um die Regulierung häufig vorkommender Todesursachen, sondern von Faktoren, die u.a. ökonomische Kosten betreffen; nicht nur im Sinne des Produktionsausfalls, sondern auch hinsichtlich der daraus entstehenden möglichen Pflegekosten. Das Ziel der Biopolitik ist die Reduktion oder Modifikation der Mortalität und der Verlängerung des Lebens, wobei dies nicht auf individueller Ebene, sondern auf der Ebene der Gesamtbevölkerung erreicht werden soll (Foucault 1993: 30ff).

Kreislauf-Erkrankungen“ (Bundesministerium für Gesundheit 2012).<sup>135</sup> Durch die Empfehlung der Bundesregierung, diese Früherkennungsuntersuchungen regelmäßig durchführen zu lassen, erhalten diese Maßnahmen den Stellenwert von Screenings mit dem erklärten Ziel, „den aktuellen Gesundheitszustand möglichst genau [zu] erfassen“ (Bundesministerium für Gesundheit 2012). In diesem Zusammenhang werden verschiedene Problembereiche (auch für Bluthochdruckdiagnose und -behandlung) deutlich, die im Folgenden kurz zusammengefasst werden:

1) *Arzt-Patient-Kommunikation im Vorfeld des Check-up*: Die Ergebnisse der vorliegenden Studie legen nahe, dass im Vorfeld der Untersuchung mögliche Konsequenzen (das Aufdecken von Erkrankungen oder Risikofaktoren mit ggf. notwendiger (nicht-)medikamentöser Therapie) entweder nicht oder für den Patienten nicht deutlich genug besprochen wurden. Die oben genannte Trias suggeriert jedoch, dass das Angebot einer Check-up Untersuchung auch ohne Vorgespräch durchgeführt werden kann. Es bleibt daher darauf hinzuweisen, dass ärztlicherseits eine vorherige umfassende Aufklärung, vor allem im Hinblick auf (Behandlungs-)Konsequenzen, dringend notwendig wäre. Erst dann ist die Grundlage dafür geschaffen, dass Patient/innen abwägen und sich – wenn sie dies wollen – aktiv und bewusst dafür oder dagegen entscheiden können. Gerade die Bewusstmachung etwaiger Konsequenzen patientenseitiger Forderungen unterscheidet den ‚Patienten‘ vom ‚Kunden‘. Die Patientenautonomie erlaubt und fordert zwar die Möglichkeit der letztendlichen Entscheidung durch den Patienten, sollte aber gerade dann den Arzt nicht von einem ausführlichen, informativen und aufklärenden Gespräch entbinden.

2) *Motivation des Check-up*: Mit Foucault (1993) kann angenommen werden, dass die Durchführung des Screenings nicht zuerst zum Wohle des einzelnen Menschen erfolgt, sondern im Sinne der Gesunderhaltung der Gesamtbevölkerung (s. Fußnote 127) und aufgrund gesundheitsökonomischer Aspekte. Diese Annahme plausibilisiert sich darin, dass die Check-up-Untersuchung nicht ausdrücklich jenen Patient/innen empfohlen wird, die gesundheitliche Risikofaktoren aufweisen oder gesundheitsbeeinträchtigend handeln (beispielsweise Rauchen, übermäßiger Alkoholenuss, Übergewicht, Stress im Beruf, bekannte familiäre Belastung), sondern als ‚Reihenuntersuchung‘ für alle Versicherten ab 35 Jahren angelegt ist, mit dem impliziten Ziel, die Rate von Herz-Kreislauf-Erkrankungen in der Gesamtbevölkerung langfristig zu senken. Damit wird jede Person über 35 als mögliches finanzielles Risiko für die Sozialsysteme angesehen. Die Ärzt/innen werden in diesem Kontext insofern instrumentalisiert, als sie eine gesonderte finanzielle Vergütung für die Durchführung dieser Untersuchung erhalten. Im Gegensatz zu der begründeten staatlichen Überwachung bei der Einführung von Hygienemaßnahmen zur Verringerung infektiöser Erkrankungen, ist der gesamtgesellschaftliche Vorteil einer solchen Reihenuntersuchung (mit nachfolgender lebenslänglicher

---

<sup>135</sup> Zu den durchgeführten Untersuchungen gehören u.a. die Überprüfung des Blutdrucks, der Blutfettwerte und der Blutzuckerwerte.

Medikation) auch aus dem Blickwinkel biopolitischer Erwägungen zumindest fraglich. Dies vor allem vor dem Hintergrund einer seit Einführung der Check-up Untersuchung in Deutschland im Jahre 1989 (auch im internationalen Vergleich) weiterhin hohen Morbiditäts- und Mortalitätsrate im Zusammenhang mit Herz-Kreislaufkrankungen (vgl. Statistisches Bundesamt 2010).<sup>136</sup>

3) *Unstimmigkeit des Check-up*: Durch Früherkennungsuntersuchungen wie dem Check-up 35 wird die Verantwortung für die Gesundheit einer Person strukturell in die Hand von Ärzt/innen gelegt. Nicht das innere Bedürfnis eines Menschen nach einer Untersuchung, aktuelles Unwohlsein oder konkrete Beschwerden sind vorrangig handlungsleitend für die Durchführung dieser Untersuchung, sondern offenbar gesundheitsökonomische Interessen. Widersprüchlich ist dabei, dass die „Gesundheitsuntersuchung“ dazu dient, „Erkrankungen“ festzustellen und nicht das subjektive Gefühl des ‚Gesund-Seins‘ zu bestätigen. Der Druck der Notwendigkeit zur Durchführung dieser Untersuchungen wird durch den Hinweis erhöht, dass „bei etwa jedem zweiten Teilnehmer an dieser Früherkennungsuntersuchung“ bis dahin unbekannte Erkrankungen oder Risikofaktoren festgestellt werden (Bundesministerium für Gesundheit 2012). Dies zeigt die implizite Annahme, dass es zur Feststellung der Gesundheit (oder Krankheit) einer ärztlichen Untersuchung – also einer Überprüfung durch eine übergeordnete, gleichsam ‚objektive‘ Instanz – bedarf, wohingegen die Behandlung auf diese Weise diagnostizierter und als behandlungswürdig definierter Risikofaktoren und Abweichungen von Normwerten in die Verantwortung des zu behandelnden Individuums gelegt wird.<sup>137</sup> Das Ziel der Überprüfung der Gesundheit eröffnet hier einen Gegensatz zu der von Hans-Georg Gadamer beschriebenen *Verborgenheit der Gesundheit*, deren Messbarkeit – und somit deren Objektivierbarkeit – er grundsätzlich verneint, indem er formuliert

---

<sup>136</sup> Uta Gerhard (1997) gibt diesbezüglich zu bedenken, dass die Ursachen einer hohen Morbiditäts- und Mortalitätsrate im Zusammenhang mit Herz-Kreislaufkrankungen trotz intensiver medizinischer Bemühungen und Vermittlung medikamentöser wie nichtmedikamentöser Behandlungsmöglichkeiten darin zu sehen sind, dass diese in der Vergangenheit nicht tatsächlich angestiegen sei, sondern vielmehr durch statistische Ungenauigkeit (fehlende Zahlen zur Sterblichkeitsentwicklung nach Altersgruppen oder Inkongruenz zwischen absoluten und relativen Zahlen) oder die Praktik der Dokumentation von Todesursachen (außer bei Infektionen, Suiziden oder Unfällen wird jedem Todesfall eine Grunderkrankung entsprechend des ICD zugewiesen) konstruiert wurde. Dennoch sind auch nach Gerhardt die Raten über die tatsächliche Zunahme chronischer Erkrankungen hinaus vor allem deshalb so hoch, weil im gleichen Zeitraum die Sterblichkeitsrate für Infektionskrankheiten abgenommen und die Lebenserwartung insgesamt zugenommen hat (vgl. Gerhardt 1997).

In der Logik der Gesundheitspolitik, deren Handlungsentscheidungen u.a. auf diesen Statistiken beruhen, bleibt deshalb die Annahme der Notwendigkeit solcher Check-up Untersuchungen weiter bestehen.

<sup>137</sup> Die Behandlung chronischer Erkrankungen beinhaltet eine aktive Beteiligung der Patient/innen über einen Zeitraum, der i.d.R. den Rest des Lebens betrifft insofern, als beispielsweise grundlegende Veränderungen des Lebensstils umgesetzt oder Medikamente in einem vorgegebenen Rhythmus eingenommen werden sollen.

*„daß [sic!] das eigentliche Geheimnis in der Verborgenheit der Gesundheit liegt. Sie bietet sich nicht selbst an. Natürlich kann man auch Standardwerte für die Gesundheit festlegen. Wenn man aber etwa einem gesunden Menschen diese Standardwerte aufzwingen wollte, würde man ihn eher krank machen. Es liegt eben im Wesen der Gesundheit, daß [sic!] sie sich in ihren eigenen Maßen selbst erhält. Die Gesundheit läßt [sic!] sich Standardwerte, die man auf Grund von Durchschnittserfahrungen an den Einzelfall heranträgt, als etwas Ungemäßes nicht aufzwingen [...] Wenn man Gesundheit in Wahrheit nicht messen kann, so eben deswegen, weil sie ein Zustand der inneren Angemessenheit und der Übereinstimmung mit sich selbst ist, die man nicht durch eine andere Kontrolle überbieten kann. Deshalb bleibt die Frage an den Patienten sinnvoll, ob er sich krank fühlt.“ (Gadamer 1996: 138)*

Zwar ist einschränkend anzumerken, dass Gadamer es sich mit seiner pauschalen Äußerung etwas zu einfach macht, indem er etwa die feine Differenzierung verschiedenartiger Erkrankungen mit ihren Prognosen und Verläufen außer Acht lässt; dies gilt beispielsweise für Erkrankungen, die zwar mit einem subjektiven Gefühl des Gesund-Seins verbunden sind, jedoch bei ausbleibender Therapie kurz- oder mittelfristig einen lebensgefährlichen Verlauf haben (dazu gehören u.a. Tumorerkrankungen). Die Ergebnisse der vorliegenden Studie verweisen dennoch auf die Relevanz seiner Aussage innerhalb der alltäglichen Praxis der Bluthochdruckdiagnostik und -behandlung.

Wenn man somit davon ausgeht, dass das Gefühl von Gesundheit subjektiv ist, so ist auch der Umkehrschluss gültig, dass die objektive Herstellung von Krankheit, wie sie im Fall der Bluthochdruckdiagnose im Rahmen von Routineuntersuchungen als Ermittlung eines Risikos stattfindet, mit dem subjektiven Gefühl von Gesundheit kollidiert. Vor diesem Hintergrund erscheint es inkonsistent (und wenig zielführend), die oder den Einzelnen in die Verantwortung für die Behandlung zu nehmen. Dies gilt insbesondere, wenn eine objektive Abweichung vom subjektiv als ‚gut‘ empfundenen Gesundheitszustand nicht spürbar ist – wie beim Bluthochdruck. Angesichts wechselnder respektive sinkender Grenzwerte für die Notwendigkeit der Initiierung einer antihypertensiven Therapie ist anzunehmen, dass die Diskrepanz zwischen (vermeintlich) objektiven Zuschreibungen und subjektivem Empfinden künftig ansteigen wird, die Diagnose Bluthochdruck zu akzeptieren folglich schwerer wird.

Es ist keine neue Erkenntnis, dass es keinen eindeutigen Zusammenhang zwischen der subjektiven Wahrnehmung der eigenen Gesundheit und der (vermeintlich) objektiven Messung des Vorhandenseins oder der Abwesenheit einer Krankheit besteht, wie Mildred Blaxter (1990) in einer Untersuchung feststellte (vgl. Gerhardt 1997). Auf dieser Basis wird dann auch nachvollziehbar, dass einzelne Personen das Vorhandensein einer (lebenslang) behandlungswürdigen Erkrankung beziehungsweise eines Risikofaktors, wie Bluthochdruck oder die Notwendigkeit einer (medikamentösen) Therapie nur schwer akzeptieren. Obwohl Gadamer die Frage nach dem subjektiven Gefühl der Gesundheit als nicht zu



beantworten bewertet, da es in der Medizin bei Fragen der Gesundheit nicht eigentlich um ein „Fühlen“, sondern vielmehr um ein „Da-Sein“ (also einen Zustand) handele (Gadamer 1996: 144), erhält die Frage der Diskrepanz zwischen ‚Fühlen‘ und ‚Sein‘ dann eine Bedeutung, wenn es darum geht, zwischen dem (vermeintlich) objektiven Zustand des ‚Krank-Seins‘ und dem subjektiven Gefühl des ‚Nicht-Krank-Seins‘ (wobei vom Fühlen auf das Sein geschlossen wird) zu vermitteln.

Vor diesem Hintergrund verdienen die von Siegrist beschriebenen vier idealtypischen Entscheidungsstufen des Hilfesuchens mit (1) Selbstbehandlung (Selbstmedikation), (2) Mitteilung an signifikante andere (beispielsweise Familie, Freunde), (3) Zuweisung zu Laiensystem und (4) Zuweisung zu professionellem System, wobei letzteres differenziert wird in (a) das nicht-ärztliche (Heilpraktiker/innen, Apotheker/innen) und (b) das ärztliche professionelle System (Siegrist 2005: 34ff), eine genauere Betrachtung. Der Ausgangspunkt des Hilfesuchens ist die Symptomwahrnehmung, die als „Störung der normalen Befindlichkeit oder des gewohnten körperlichen Funktionierens“ (ebd.: 34) wahrgenommen wird. Das Ergebnis der je individuellen Symptomwahrnehmung und -bewertung läutet die Entscheidungsstufen des Hilfesuchens ein. Wie die Ergebnisse der vorliegenden Studie verdeutlichen, ist das Problem bei der Hypertonie nun aber, dass die Wahrnehmung einer Hypertonie nicht mit einem Gefühl des Unwohl-Seins (auf der Ebene der sinnlichen – körperlichen – Wahrnehmung oder durch die affektive Komponente des sich Krank-Fühlens; s. Kapitel 5.2.1.3) beginnt, sondern ärztlich diagnostiziert wird und zunächst die kognitive Ebene anspricht. Damit wird der oben vorgestellte Prozess des Hilfesuchens außer Kraft gesetzt, findet sich der Patient doch für ihn plötzlich und unvorbereitet in Stufe 4 wieder.

Diese in der Folge überwiegend rein kognitive Wahrnehmung und Bewertung der Hypertonie erfordert somit von den Personen, die mit dieser Diagnose konfrontiert werden, die (bewusste) Entwicklung einer Haltung ihr gegenüber. Der Einstieg in den Behandlungsverlauf entspringt demnach nicht dem subjektiven Bedürfnis nach Wiederherstellung des Wohlfühlens durch Selbsthilfe, sondern erfordert eine intellektuelle Auseinandersetzung mit einer abstrakten Diagnose und dem Szenario der Lebensbedrohlichkeit, das heißt, letztendlich mit dem Tod, sofern keine Behandlung durchgeführt wird. Die Reaktionen des Rückzugs, der Bagatellisierung oder Verleugnung sind vor diesem Hintergrund nachvollziehbar und ebenso möglich, wie die intensive Auseinandersetzung mit Details der Erkrankung mit dem Ziel, dieses angstauslösende ‚Schreckensszenario‘ medizinisch-wissenschaftlich zu überprüfen und sich der ärztlichen Kompetenz zu vergewissern. Da der Arzt nicht als geeignete/r Ansprechpartner/in für die aufkommenden Fragen angesehen wird oder die Hemmungen, Fragen zu stellen, zu groß sind, ist der Austausch mit Freunden oder der Familie sowie die Informationssuche in verschiedenen Medien (Fernsehen, Internet, Zeitschriften etc.) naheliegend. Es erfolgt somit ein Rückzug ins Laien- oder nicht-ärztlich-professionelle System, nachdem der Kontakt zum ärztlich-professionellen Versorgungssystem bereits

besteht. Wie bereits gesagt, erfolgt der Einstieg in die Bluthochdruckbehandlung infolgedessen dort, wo der Prozess des Hilfesuchens idealtypisch endet und wird darüber hinaus zu Teilen in umgekehrter Reihenfolge durchlaufen.

Die Konfrontation mit dem Risiko möglicherweise tödlicher Folgeerkrankungen löst bei sich gesund fühlenden und nun als Patient/innen bezeichneten Menschen tief sitzende, wenngleich nicht immer bewusste und daher nicht immer verbalisierbare (Todes-)Ängste aus und führt dazu, dass der Beginn der ärztlich initiierten Pharmakotherapie – zumindest vordergründig – sofort angenommen wird. Dies schließt jedoch nicht aus, dass parallel dazu auch eine Phase der Selbstbehandlung (hier jedoch stärker die Suche nach alternativen nichtmedikamentösen Behandlungsmethoden als die Selbstmedikation) oder gegebenenfalls der Verleugnung sowie eine Phase der Auseinandersetzung mit signifikanten anderen eingeleitet wird. Körperlich wahrzunehmende Veränderungen (beispielsweise durch die unerwünschten Wirkungen der Medikation) und psychische Reaktionen der Angstabwehr treten somit erst ein, wenn die Therapie bereits begonnen hat und werden dadurch zu einem Teil der Behandlung, das heißt zu einem Teil der Arzt-Patient-Interaktion. Um einen Patienten im ärztlich-professionellen Versorgungssystem zu halten, sollte das Laienzuweisungssystem in die Behandlung integriert werden, statt Laientheorien als zusätzliche Belastung anzusehen und abzuwerten. Wie auch bei selbst erfahrenen Symptomen und dem Gefühl, dass etwas nicht in Ordnung ist, brauchen Patient/innen Zeit, um die ärztlich-professionelle Hilfe in Anspruch nehmen zu können.<sup>138</sup>

Die ärztliche (leitliniengerechte) Empfehlung von Lebensstiländerungen ist oft schwer umzusetzen und wird von Patient/innen als zu große Übereinstimmung zwischen ärztlichen Therapieoptionen und alltäglichem Handeln wahrgenommen. Dies kann zu einer Entwertung der ärztlichen Kompetenz – und somit möglicherweise zu einer Gleichsetzung mit Maßnahmen innerhalb des Laiensystems – sowie zu einer subjektiven Bagatellisierung der Diagnose führen. Die Ergebnisse dieser Studie zeigen, dass Medizin spezialisiert und in gewisser Weise alltagsfremd sein muss, um von den Patient/innen akzeptiert zu werden. Gleichzeitig wird aber erwartet, dass dieses spezialisierte Wissen adäquat kommuniziert wird und die je-

---

<sup>138</sup> Die ‚Dauer der Behandlung‘ ist ein relevanter Aspekt in der Bluthochdruckbehandlung. Dass in den ersten Jahren der Behandlung entscheidende Prozesse der Auseinandersetzung und Bewusstwerdung ablaufen, zeigt sich in der hier vorgestellten Studie in den unterschiedlichen Erlebniszusammenhängen von Personen, die erst wenige Jahre und jenen, die bereits seit mehr als fünf Jahren eine medikamentöse Therapie durchführen. Kjellgren et al. (1995) zeigen in einer ihrer Übersichtsstudien, dass eine Behandlungsdauer von mehr als fünf Jahren sich positiv auf die Adhärenz auszuwirken scheint (Kjellgren 1995). Hieraus lässt sich schließen, dass Adhärenz auch – das heißt als *eine* Möglichkeit, der jedoch keine nachgewiesene Regelmäßigkeit unterliegt – als Ergebnis eines Entscheidungsprozesses angesehen werden kann, an dessen Ende eine Akzeptanz der Notwendigkeit zur medikamentösen Behandlung entsprechend der Vereinbarungen mit dem Arzt vorliegt. Das würde bedeuten, dass sich Orientierungen von Patient/innen im Verlauf der Behandlung verändern; dies umso stärker, je kürzer der Behandlungsprozess andauert (s. Kapitel 5.3).

weilige Lebenssituation sowie die individuellen Bedürfnisse der/des Einzelnen angemessen berücksichtigt werden. Die bedrohliche Perspektive und der abstrakte Charakter der Hypertonie unterstützen den Rückzug aus dem professionellen System. Andererseits macht die Umsetzung von Lebensstiländerungen eine tägliche Auseinandersetzung mit einem unsichtbaren ‚Gegner‘ notwendig, die gern vernachlässigt wird. Sich nicht mit der Erkrankung auseinandersetzen zu müssen, vermittelt das Gefühl, gesund zu sein. Die Diskrepanz zwischen subjektiver Wahrnehmung der eigenen Gesundheit, möglicher Folgen der Erkrankung und möglicher (kurzfristiger oder langfristiger) Folgen der Medikation, führt zu verschiedenen Perspektiven auf die Hypertonie und damit verbundener Handlungs- und Interaktionsmuster im Kontext der Behandlung. Ein regelmäßiger Zusammenhang mit den Faktoren Alter, Bildungsgrad oder Geschlecht der Patient/innen konnte hier nicht festgestellt werden, sodass diese Perspektiven und die sich daraus ergebenden Handlungsoptionen in der Arzt-Patient-Interaktion je individuell erkannt und in den Behandlungsprozess integriert werden müssen.

### 6.3 Anwendungsbezug der Typologie

Obleich die hier entwickelte Typologie (s. Kapitel 5.3) eine idealtypische Konstruktion darstellt, kann und soll die Einbettung in die hausärztliche Praxis hier gleichwohl nicht unterbleiben. Vor dem Hintergrund der Annahme der Hypertonie als zugeschriebenes Konstrukt kommt dem Arzt – und somit auch der Arzt-Patient-Beziehung – eine besondere Bedeutung in der Bluthochdruckbehandlung zu. Das Ideal der modernen Arzt-Patient-Beziehung, in der Arzt und Patient als gleichberechtigte Interaktionspartner angesehen werden, hochzuhalten, würde dem Bedarf der Patient/innen nicht gerecht werden. Ebenso würde eine zu vorschnelle Kategorisierung von Patient/innen allein entlang der Typologie bedeuten, die Komplexität verschiedener Lebenssituationen und Handlungsoptionen sowie der Arzt-Patient-Beziehung zu ignorieren. Die Übertragung der Typologie auf die hausärztliche Praxis zeigt ein differenzierteres Bild.

Aufgrund des qualitativen Designs und der daher relativ kleinen, nicht repräsentativen Stichprobe dieser Studie, wurde keine Häufigkeitsanalyse durchgeführt, sodass keine Aussage darüber gemacht werden kann, welcher Patiententyp in der Praxis wie oft vorkommt. Dies wird nicht als Schwäche angesehen, ist es doch grundsätzlich nicht das Ziel rekonstruktiver Studien, da es vielmehr darum geht, verschiedene Perspektiven – hier: Patientenperspektiven innerhalb der Arzt-Patient-Beziehung – darzustellen. Quantifizierungen kausaler Zusammenhänge, wie sie häufig in Studien der Versorgungsforschung durchgeführt werden, können zudem nur einen orientierenden Charakter haben, da in der Konsultationssituation die individuellen Bedingungen der Lebenssituation, des bisherigen Krankheitsverlaufs sowie die jeweiligen Wünsche und Möglichkeiten immer wieder neu eruiert und besprochen werden müssen. Ob und inwiefern die subjektive Sichtweise auf

die Diagnose oder die Behandlung sich im weiteren Verlauf der Erkrankung und der Behandlung verändern wird, konnte nicht abschließend geklärt werden. Es ist naheliegend, dass Orientierungsschemata nicht statisch sind, sondern sich beispielsweise in Verbindung mit dem fortschreitenden Alter oder der Dauer der Erkrankung verändern können.<sup>139</sup> Die in dem Modell von Dowell u. Hudson beschriebene Phase des Ausprobierens im Vorfeld einer Entscheidung für oder gegen eine Therapie würde diese Annahme stützen (s. auch Kap. 6.1).<sup>140</sup> Aus diesem Grund ist auch der Anwendungsbezug der Typologie nur als Richtungsanzeige auf mögliche Patientenpräferenzen der Arzt-Patient-Beziehung zu verstehen.

Erstaunlicherweise finden sich in der Literatur kaum Typologien, die auf die Arzt-Patient-Beziehung abzielen oder Aussagen zur Interaktionspräferenz (s.o.) beinhalten. Im Bereich der Coping-Forschung gibt es hingegen beispielsweise die auf Richard S. Lazarus und Susan Folkman (1980)<sup>141</sup> zurückgehende, und noch immer zitierte, Differenzierung des Informationsverhaltens (*information-seeking style*) in „*monitoring*“ oder „*blunting*“ im Zusammenhang mit als bedrohlich eingeschätzten Inhalten; während die „*monitors*“ hellhörig für beunruhigende Informationen sind, werden diese von den „*blunters*“ vermieden oder umgangen (vgl. z.B. Case et al. 2005). Angesichts der Bewältigung eines Risikos, das beispielsweise auch mit der Hypertonie in Verbindung gebracht wird, unterscheiden Nicola Weaver et al. (2006) bei kürzlich diagnostizierten Patient/innen zwischen „*risk deniers*“, also jene, die ein mögliches Risiko von sich weisen, und „*risk acceptors*“, die das Risiko als unvermeidbaren Bestandteil des täglichen Lebens ansehen. Eine direkte Vergleichbarkeit bietet sich hingegen mit den von Charles Morecroft et al. (2006) entwickelten typisierten Patientenpräferenzen innerhalb der Bluthochdruckbehandlung: (1) „*trusting and unquestioning*“, (2) „*autonomy and information seeker*“, (3) „*sceptical and questioning*“, (4) „*no involvement*“ und (5) „*unrealistic*“.

### 6.3.1 Der fordernde Typ: Zwischen Paternalismus und Concordance

Die Differenzierung des fordernden Typus (s. Abbildung 4, Kapitel 5.3) in zwei Orientierungsschemata erfordert Arzt-Patient-Interaktionen, die differenten Modellvorstellungen folgen.

Für das seitens der Medizin präferierte Shared-Decision-Making (SDM) zeigt der *kritisch-aktive Subtyp* eine hohe Affinität, da der Bedarf nach aktiver Beteiligung und Teilhabe am Entscheidungsprozess groß ist. Um aber die Wertvorstellungen des Patienten ermitteln zu können und diese in die Entscheidung einfließen zu lassen, muss aufgrund der erwähnten Hemmungen in der konkreten Gesprächssituation die Initiierung des Dialogs vom Arzt ausgehen. Ist einmal eine gemeinsa-

<sup>139</sup> Der Einfluss der Dauer der Erkrankung auf die subjektive Krankheitstheorie wurde beispielsweise von Becker (1984) beschrieben.

<sup>140</sup> Die Erfassung der Statusdynamik im Sinne einer ‚Patientenkarriere‘, war nicht Teil der vorliegenden Untersuchung (vgl. hierzu z.B. Gerhardt 1997).

<sup>141</sup> Siehe auch Fokman u. Lazarus 1980.

me Entscheidung getroffen, wird dieser Typ verantwortungsvoll den Krankheitsverlauf beobachten; dazu gehört beispielsweise auch die regelmäßige Blutdruckselbstmessung. Obgleich diese Patient/innen ein selbstsicheres Auftreten haben, dokumentiert sich darin eine tiefe Verunsicherung, die auch in der Konsultation interaktiv berücksichtigt werden muss. Das Einholen umfangreicher Informationen dient der Reduktion eigener Ängste und dem Versuch, den Verlauf der Erkrankung kontrollieren zu können. Gleichwohl verfügen sie als Laien in der Regel lediglich über medizinisches Halbwissen, das der regelmäßigen ärztlichen Rücksprache bedarf. Es ist nicht auszuschließen, dass das Überangebot an Informationen und der Austausch mit anderen Laien neue Unsicherheiten herbeiführen. Die kritische Haltung, die mit einem hohen Informationsbedarf zu einzelnen Facetten der Therapie (u.a. Langzeitwirkung, Notwendigkeit einer Langzeittherapie, Eignung der Therapie), dem Wunsch nach Kontrolle der Blutdruckwerte sowie der Möglichkeit mit dem Arzt Rücksprache zu halten verknüpft ist, beschreiben Mocreft et al. in Faktor 3 (*sceptical and questioning*) seiner Typologie. Er differenziert noch weiter, dass der Informationsbedarf auf einer sachlichen Ebene zu bleiben scheint, denn die Wirkung der Medikamente oder die Bedeutung des Blutdruckwertes zu verstehen, ist für diese Patient/innen offenbar nicht wichtig. Im Gegensatz zu den in der hier vorgestellten Typologie wünschen diese Patient/innen die Selbstmessung nicht (ebd.).

Die Interaktion mit dem *alternativorientierten Subtyp* kann zu einer interaktiven Herausforderung für Ärzt/innen werden, da keines der gängigen Arzt-Patient-Modelle hier angemessen erscheint. Wollte man mit Patient/innen dieses Typs eine gemeinsame Entscheidungsfindung im Sinne des SDM durchführen, wird dies höchstwahrscheinlich scheitern, da keine der schulmedizinischen Behandlungen auf Akzeptanz stoßen würden. Allenfalls wäre die Fokussierung auf Allgemeinmaßnahmen denkbar. Obgleich eine Tendenz zur Präferenz des *paternalistic model* insofern anzunehmen ist, als die Verantwortung auf ärztlicher Seite liegen soll, erscheint dies nur im komplementärmedizinischen Bereich erfolgversprechend. Aus der medizinischen Perspektive sind diese Forderungen aufgrund der fehlenden Evidenz der Therapien jedoch nicht indiziert und werden daher in den Bereich der sogenannten wunscherfüllenden Medizin eingeordnet.<sup>142</sup> Die Interaktion im Rahmen der *Concordance*, verstanden als Austausch über medizinische Indikatio-

---

<sup>142</sup> Im Zuge der Stärkung der Patientenautonomie und des Mitbestimmungsrechtes von Patient/innen während der vergangenen Jahre, zuletzt maßgeblich durch die Erweiterung des Betreuungsgesetzes (s. Fußnote 2), wurden seitens der Ärzteschaft immer wieder auch kritische Stimmen laut, die befürchten, zum ‚Handlanger‘ aus der medizinischen Perspektive nicht angemessener Patientenwünsche zu werden. Damit wird der Begriff der wunscherfüllenden Medizin, der vor allem im Zusammenhang mit in der plastischen Chirurgie auf Wunsch der Klienten durchgeführten Operationen zu erheblichen Auseinandersetzungen führte, auch auf den hausärztlichen Bereich ausgeweitet. Unklarheit darüber, was medizinisch indiziert und was dem Bereich unerfüllbarer Heilsversprechen zuzuordnen ist, entsteht vor allem im komplementärmedizinischen Bereich dadurch, dass einige Krankenkassen inzwischen die Kosten einzelner Maßnahmen übernehmen (vgl. Kettner 2006).

nen, das jeweilige alltagsweltliche Relevanz- und Wertesystem und das ärztliche Verstehen der patientenseitigen Bedenken gegen schulmedizinische Maßnahmen, wäre eine mögliche Gesprächsbasis und würde ein Entgegenkommen im Sinne eines Verstehens der Patientenperspektive und des Wunsches nach ‚sanften‘ Methoden signalisieren. Wird dieses Modell der Arzt-Patient-Beziehung jedoch, wie eingangs erwähnt, nur als ein Mittel zur Erreichung ärztlicher Behandlungsvorstellungen angewendet (s. Kapitel 2.2), so wird dies nicht zielführend sein. Die Abneigung gegenüber antihypertensiven Medikamenten kann allenfalls durch die zeitliche Perspektive gemindert werden, nicht jedoch durch kognitive Überzeugungsarbeit. Somit wäre zu überlegen, inwieweit, mit Rekurs auf jene alternativmedizinische Maßnahmen, die im Katalog der Krankenkassen festgelegt sind, Ärzt/innen auch gegen ihre Überzeugung diesem patientenseitigen Wunsch entgegenkommen könnten. Nicht zuletzt auch aus dem Grund, dass Allgemeinmaßnahmen als Therapie der ersten Wahl innerhalb bestimmter individueller gesundheitlicher Rahmenbedingungen mit den Leitlinien – und somit der EbM – vereinbar sind. Hier geht es darum, die Wertvorstellungen der Patient/innen ernst zu nehmen und die Perspektiven der Medizin (*voice of medicine*) und der individuellen lebensweltlichen Aspekte (*voice of the lifeworld*) interaktiv zusammenzubringen (vgl. Barry et al. 2001). Ärztliches Handeln, das mit einer pauschalen Ablehnung alternativer (naturheilkundlicher) Therapeutika als alleinige Maßnahme orientiert ist, widerspricht diesem Ansatz und ist weder (schul-)medizinisch noch moralisch zu rechtfertigen.

### 6.3.2 Der autarke Typ: Selbstbestimmtes Entscheiden

Es ist anzunehmen, dass dieser Typus in der Konsultation als ‚unauffällig‘ und folglich ‚angenehmer‘ Interaktionspartner wahrgenommen wird, da die Interaktion sich auf konkrete Fragen zur Therapie beschränkt; Rückfragen oder eine kritische Auseinandersetzung werden nicht erfolgen. Da der autarke Typ jedoch weitgehend unabhängig von der Konsultation rationale Entscheidungen trifft, wird dem Arzt hier die Rolle des Dienstleisters übertragen. Jedoch nicht im Sinne, dass mit dieser Orientierung eine Anspruchshaltung verbunden wäre oder dass im Sinne der wunscherfüllenden Medizin Forderungen nach spezifischen Therapien geäußert würden. Die der Arzt-Patient-Beziehung inhärente Asymmetrie des Wissens und die damit vorausgesetzte ärztliche Handlungskompetenz wird vielmehr respektvoll anerkannt und nicht hinterfragt. Jedoch besteht patientenseitig kein Interesse, an diesem Wissen zu partizipieren oder gar die Entscheidung für eine Therapie gemeinsam zu treffen – dies wird innerhalb der Kompetenzzuweisung als ärztliche Aufgabe angesehen.

Das Modell der Arzt-Patient-Interaktion, das dem Orientierungsschema dieses Typus am ehesten entspricht ist das des *informed decision making*, also autonomes Fällen von Entscheidungen auf der Grundlage einer umfassenden Informationsbasis ohne weitere Rücksprache mit dem Arzt; jedoch mit dem Hinweis darauf, dass das Wissen nicht zwangsläufig ärztlich vermittelt sein muss. Die Präferenz

der Autonomie in der Arzt-Patient-Beziehung geht bei Morecroft et al. (2006) ebenfalls mit einem hohen Informationsbedarf u.a. zu Konsequenzen der Unterlassung einer Behandlung, zur Bedeutung der Blutdruckwerte oder zu möglichen Entstehungsursachen und daran anschließenden Lebensstiländerungen einher und werden in Faktor 2 *autonomy and information seeker* beschrieben.

Obgleich dieser Typus als aktiv engagiert anzusehen ist und der Kontakt zum Arzt in regelmäßigen Abständen (bei Morecroft et al. wird eine jährliche Konsultation genannt) gesucht wird, besteht langfristig die Möglichkeit, dass diese Patient/innen dem medizinischen System – und damit der ärztlichen Kontrolle und medizinischen ‚Überwachung‘ – entgleiten. Grund hierfür könnte die Diskrepanz zwischen der ärztlichen und der Patientenperspektive im Hinblick auf die Beurteilung rational begründeten Entscheidens sein.

### 6.3.3 Der vermeidende Typ: Präferenz des Paternalismus

Der vermeidende Typus wird als ruhig und angenehm in der Konsultation wahrgenommen werden, da er sich selbst in die passive Patientenrolle innerhalb des traditionell-paternalistischen Arzt-Patient-Modells einpasst. Dazu gehört es, dass die ärztliche Fachkompetenz anerkannt und nicht hinterfragt wird. Dem Arzt wird die Aufgabe übertragen, über das eigenen Befinden und die schulmedizinisch notwendige Behandlung zu entscheiden. Diese Haltung findet sich in Faktor 1 *trusting and unquestioning* bei Morecroft et al., wobei die Abgabe der Verantwortung an den Arzt, im Gegensatz zur hier vorgestellten Typologie (s.u.), nicht weiter differenziert wird. Hingegen wird dem Faktor 1 eine gewisse Sorge über mögliche Folgen der medikamentösen Langzeitbehandlung zugeschrieben, wie sie in der hier vorgestellten Typologie bei dem alternativorientierten Typ zu finden ist.

Eine patientenzentrierte Interaktion im Sinne des SDM wird nur insofern möglich sein, als der Arzt durch eine aktive Gesprächsführung einen Eindruck über die Wertvorstellungen und Wünsche der Patient/innen erhalten kann. Die Entscheidung wird dann allenfalls innerhalb des *physician as agent model* von ärztlicher Seite getroffen werden müssen. Die Interaktion mit diesem Typus wird überwiegend monologisch geprägt sein – beispielsweise bei der Informationsweitergabe<sup>143</sup> über krankheitsbezogene Sachverhalte – und nicht von einer dialogischen Auseinandersetzung, wie dies mit dem fordernden Typus möglich und notwendig ist. Da der vermeidende Typus grundsätzlich in der Auseinandersetzung mit dem Bluthochdruck eine eher passive Haltung einnimmt und die Gesprächs- und

---

<sup>143</sup> Die Studie von Antonius Schneider et al. (2006) zeigt, dass Patient/innen mit einer chronischen Erkrankung häufig nicht den Wunsch haben, in die Behandlungsentscheidung aktiv involviert zu werden; der Bedarf an Information ist demgegenüber aber ungebrochen hoch. Die Ergebnisse der Untersuchung von Jack Ende et al. (1989) unterstützen diese Resultate insofern, als kein statistischer Zusammenhang zwischen Informations- und Partizipationspräferenz von Patient/innen festgestellt werden konnte. Zwar hatten viele Patienten einen hohen Bedarf an Information, nicht unbedingt aber an Beteiligung.

Handlungsaktivität generell als Teil des ärztlich-professionellen Arbeitsbereiches versteht, wird mögliche Unzufriedenheit mit der Arzt-Patient-Beziehung, mit dem ärztlichen Handeln oder mit der Behandlung nicht aktiv kommuniziert werden. Phänotypisch bestehen hier viele Ähnlichkeiten mit dem auf der Verhaltensebene ebenfalls passiven autarken Typus, jedoch sind die jeweiligen handlungsorientierten Motivationen zwischen beiden Typen grundlegend zu unterscheiden.

Die weitere Differenzierung des vermeidenden Typus in drei Untertypen ist zwar fein, jedoch insofern begründet, als damit unterschiedliche (An-)Forderungen an das ärztliche Handeln verbunden sind.

Eine Auseinandersetzung innerhalb des *physician as agent model* wird mit dem einsichtigen Typus gut gelingen. Die Abgabe der Verantwortung an die Akteure des Gesundheitssystems ist reflektiert und daher gut kommunizierbar. Die nach eigener Auskunft ‚regelmäßige‘ Tabletteneinnahme<sup>144</sup> ist für diese Patient/innen sehr wichtig und durch eine Einsicht in die Notwendigkeit der Medikation gekennzeichnet. Mit einem Begriff der Medizin gesprochen, zeichnet sich dieser Patiententyp durch eine hohe Compliance – im Sinne einer Bereitschaft – aus; ob diese jedoch gleichzusetzen ist mit einer hohen Adhärenz – verstanden als Tabletteneinnahme entsprechend der ärztlichen Empfehlung – bleibt unklar.<sup>145</sup>

Obleich auch der desinteressierte Typus die Behandlungsnotwendigkeit akzeptiert, wünscht er – anders als der einsichtige Typus – Gespräche über die Behandlung nur dann, wenn es hierfür medizinisch notwendige Gründe gibt, beispielsweise eine Verschlechterung der Blutdruckwerte o.ä. Während der mehrjährigen Behandlung haben Patient/innen dieses Typus eine Routine der Medikation entwickelt, die notwendig ist, um die Therapie über den langen Zeitraum weiterführen zu können (auch hier kann also von einer Behandlungsbereitschaft gesprochen werden, s.o.). Sie haben entschieden, nicht mehr über den Blutdruck zu sprechen, kommunizieren dies mit dem Arzt aber nicht, sodass dieser gefordert ist, den Gesprächsbedarf des Patienten zu erkennen und wiederholt Gesprächsangebote zu machen. Eine pauschale und kausal begründete Annahme, Patient/innen, die bereits seit vielen Jahren antihypertensive Medikamenten einnehmen, hätten die Haltung eines desinteressierten Typus, greift jedoch zu kurz und ist nicht zu belegen. Eine Unzufriedenheit mit der Arzt-Patient-Beziehung würde nicht kommuniziert werden, sondern zu einem Arztwechsel führen.

Der unkritisch-angepasste Typus ist zu einem behandlungsbezogenen Gespräch nur unter den Bedingungen einer ruhigen Gesprächsatmosphäre in der Lage, die notwendig ist, damit diese Patient/innen sich öffnen können und ein ärztliches Gesprächsangebot ernst nehmen. Diese Patient/innen sind sehr loyal ihrem Arzt gegenüber und haben ein feines Gespür für den Arbeitsaufwand und den

<sup>144</sup> Die Frage ‚Regelmäßigkeit‘ ist nicht nur in Bezug auf die tatsächliche Einnahme der Dosis zu verstehen, da auch bei ‚regelmäßigem Vergessen‘ das Einnahmeverhalten als regelmäßig bezeichnet werden kann. Das ‚regelmäßige‘ Handeln der Patient/innen muss daher nicht mit der Regelmäßigkeit gemäß der Behandlungsempfehlung übereinstimmen.

<sup>145</sup> Siehe hierzu Kapitel 7.



Zeitdruck in einer Hausarztpraxis. Ein Gesprächsangebot in hektischer Atmosphäre würde folglich als floskelhafte Formalität (im Sinne einer erlernten Fertigkeit ohne ernsthafte Absicht) wahrgenommen und nicht angenommen werden. Das eher passive und schweigsame Auftreten dieses Typus gibt keine Auskunft über die zugrundeliegende Zufriedenheit mit dem Arzt oder der Konsultation. So ist es möglich, dass ein schweigender Patient keine offenen Fragen hat und mit der Arzt-Patient-Beziehung vollkommen zufrieden ist. Macht er sich darüber hinaus auch keine Sorgen bezüglich der (Langzeit-)Wirkung der Medikation, so wäre eine Parallele zu Faktor 4 *no involvement* bei Morecroft et al. zu ziehen. Ebenso kann es sein, dass eine in der Konsultation schweigende Patientin nicht nur viele offene Fragen hat, sondern diese auch nicht anzusprechen wagt, weil ihre selbst zugeschriebene Rolle innerhalb eines paternalistischen Modells dies nicht zulässt. Diese Patientin würde die empathische ärztliche Ansprache erwarten und sich unzufrieden mit der Arzt-Patient-Beziehung zeigen, wenn diese ausbliebe. Dies zu klären obliegt jedoch in jedem Fall dem Arzt.

Das moderne Ideal der Arzt-Patient-Beziehung ist das einer gleichberechtigten Partnerschaft und eines reflektiert handelnden ‚mündigen‘ Patienten (vgl. Reibnitz et al. 2001). Konzepte des Patienten-Empowerments, der informierten Entscheidungsfindung und -zustimmung, des SDM und der Sicht auf die Patientenklintel als Kunden, markieren diesen Wechsel vom (althergebrachten) Paternalismus hin zu einem modernen Ideal des Concordance-Konzeptes. Diese gleichberechtigte Partnerschaft erfordert einen Patienten, der eine aktive Teilhabe am Prozess der Entscheidungsfindung einerseits möchte und andererseits (kognitiv oder emotional) in der Lage ist, diese umzusetzen. Die hier vorgestellte – wie auch einige andere – Untersuchungen zeigen jedoch nicht nur ein weniger fortschrittliches, sondern auch ein heterogenes Bild, in dem die ärztlichen und die patientenseitigen Interessen innerhalb der Konsultation kaum übereinstimmen. Während die Ärzt/innen – vermutlich verleitet durch die gute Evidenz der Bluthochdruckbehandlung – vor allem medizinisch-sachbezogen kommunizieren, verbleiben die Patient/innen oft passiv, sprechen weniger und stellen kaum physiologisch relevante Fragen (vgl. die Übersichtsarbeit von Bensing et al. 2006). Selbst wenn das Wissen eine notwendige Basis für eine echte partizipative Entscheidungsfindung ist (Charles et al. 1997), die auch beinhalten kann, dass eine Person sich gegen eine Behandlung entscheidet, so ist es ebenso notwendig – und als selbstbestimmte Entscheidung zu betrachten – wenn eine Person nicht in den Entscheidungsprozess involviert und trotz offensichtlich vorhandener Wissenslücken nicht informiert werden möchte, sondern die Entscheidung dem Arzt überlässt. Auch ein aktives Sich-Auseinandersetzen mit der Erkrankung ist nicht unbedingt gleichzusetzen mit dem Wunsch der Teilhabe an einer partizipativen Entscheidungsfin-

derung, sondern spiegelt eher den Wunsch wider, über die Schritte der Behandlung informiert und einbezogen zu werden (Strull et al. 1984).<sup>146</sup>

## 6.4 Reflexion der Methoden

Gruppendiskussionen sind ein inzwischen etabliertes Verfahren, deren Anwendung sich für die Rekonstruktion kollektiver Orientierungen natürlicher (im Alltag bereits bestehender) wie auch künstlicher (für den Forschungszweck zusammengestellter) Gruppen eignet (u.a. Bohnsack 2007, Bohnsack et al. 2006, Loos u. Schäffer 2001). Wesentliches Kriterium für die Zusammensetzung von Gruppen ist, dass die Teilnehmer/innen „Gemeinsamkeiten der Sozialisationsgeschichte aufweisen oder andere partielle Gemeinsamkeiten teilen“ (Loos u. Schäffer 2001: 45). Ob eine Gruppendiskussion als ‚gelingen‘ betrachtet werden kann, ist erst während des Analyseprozesses zu entscheiden (ebd.), wobei die Selbstläufigkeit oder die Interaktionsdichte das hauptsächliche Kriterium sein kann:

Ist die Selbstläufigkeit wesentlich für die Beurteilung des Gelingens, so können die meisten der hier durchgeführten Gruppendiskussionen als gelungen angesehen werden. Gab es Probleme mit der Selbstläufigkeit, lassen sich vor allem drei Gründe finden: (1) *Altersunterschiede* der Teilnehmer/innen von mehr als zehn Jahren führten dazu, dass die Weltbilder innerhalb der Gruppe zu stark differierten.<sup>147</sup> Die generationenspezifischen Differenzen wirkten sich insofern auf die Interaktion aus, als dass außer auf die Erkrankung auf keinerlei gemeinsamen Erfahrungshintergrund zurückgegriffen werden konnte.<sup>148</sup> Besonders zum Tragen kam dies, wenn sich – trotz formal gleicher oder ähnlicher Bildungsabschlüsse – Bildungsunterschiede bemerkbar machten. (2) Große Abstände der bisherigen *Behandlungsdauer* wirkten sich ebenfalls hemmend auf den Diskussionsfluss aus, da in dem Zusammenhang u.a. auch die behandlungsbezogenen Erlebnisse aufgrund der Weiterentwicklung von Therapiemöglichkeiten teilweise sehr stark voneinander abwichen. Die Analyse zeigte, dass die jeweiligen Erzählungen der Diskussionspartner/innen von den anderen Teilnehmer/innen nicht immer nachzuvollziehen waren. Aufgrund des fehlenden gemeinsamen Erlebniszusammenhanges – dem konjunktiven Erfahrungsraum –, der sich in diskursiven Höhepunkten hätte offenbaren können, war eine gemeinsame Kommunikationsebene hier nicht vor-

<sup>146</sup> Zu den allgemeinen Aushandlungsprozessen zwischen Arzt und Patient auf ‚Spielregeln‘ der Interaktion siehe erneut Witte 2010.

<sup>147</sup> Dies entspricht auch der von Mannheim (2009a) beschriebenen „Kontinuitätlichkeit der Generationswechsel“, bei dem er vor allem den Zwischengenerationen, also jenen, die zwischen den allgemein zugrundegelegten Abstand von etwa 30 Jahren fallen und sich stärker gegenüberstellen.

<sup>148</sup> Mannheim (2009a) unterscheidet zwischen Generationslagerung (als Zugehörigkeit zu ähnlichen Geburtsjahrgängen), Generationszusammenhang (als spezifischer Unterform der Generationslagerung) und der Generationseinheit (als verschiedener Gruppierungen, d.h. Erfahrungsgemeinschaften, innerhalb einer Generationslagerung).

handen und eine Selbstorganisation der Gruppe daher nicht gegeben.<sup>149</sup> (3) Auch eine zu geringe *Gruppengröße* (mit weniger als vier Diskutanten)<sup>150</sup> wirkte sich hinderlich auf die Selbstläufigkeit der Diskussion aus. Individuelle Unterschiede und persönliche Abneigungen zwischen Einzelnen konnten dabei insofern die Stimmung der gesamten Gruppe beeinflussen, als die Gespräche ins Stocken gerieten oder ganz zum Erliegen kamen.<sup>151</sup>

Während des Studienverlaufs wurde darüber hinaus deutlich, dass die Selbstläufigkeit nicht unmittelbar mit einer hohen metaphorischen oder Interaktionsdichte einhergeht. So wurden für die reflektierende Interpretation auch vor allem solche Passagen ausgewählt, die eine für die Forschungsfrage thematische Relevanz aufzeigten. Da jedoch einzelne Passagen, in denen die Interaktion ein verstärktes Engagement zeigte, vor allem die Arzt-Patient-Beziehung zum Thema hatten, ist davon auszugehen, dass das weitgehende Fehlen von Passagen mit besonders hoher Interaktionsdichte und der Verwendung von Fokussierungsmetaphern die weitere Analyse nicht nennenswert beeinflusst hat. Die Interpretation offenbarte vielmehr, dass Patient/innen, die aufgrund eines Bluthochdrucks behandelt werden, zum Teil einen hohen Gesprächsbedarf haben und die Gelegenheit gern nutzten, um in der Gruppe über ihre Erfahrungen mit der Behandlung oder den Arzt zu sprechen. Die Beiträge waren demzufolge über weite Strecken individuelle Erfahrungsberichte und Meinungsäußerungen, denen die anderen Diskutanten mit jeweils eigenen Schilderungen ihrer Erfahrungen begegneten.

Diesem Ergebnis könnte methodisch entgegengesetzt werden, dass die Zusammenstellung der Gruppen nicht ausreichend durchdacht war, hier also Verbesserungsbedarf bestanden hätte, beispielsweise durch strengere Ausrichtung an den Kriterien des *theoretical sampling* (vgl. Glaser u. Strauss 1967), um auf diese Weise empirisch generierte relevante Kriterien zu formulieren. Die Schwierigkeit bei der Zusammenstellung von Gruppen ist jedoch, dass entsprechende Kriterien, sofern sie über demographische oder objektive Daten hinausgehen, vor Zusammenstellung der Gruppen nicht individuell nachzuvollziehen sind. Im Gegensatz zu Ein-

---

<sup>149</sup> Mit Bohnsack (1997) lässt sich daraus folgern, dass Personen, die weniger als fünf Jahre und solche, die länger als fünf Jahre Medikamente einnehmen, zwar ein ‚strukturidentisches‘ jedoch kein ‚gemeinsames‘ Erleben eint, die einen Hinweis auf kollektive Orientierungen erlauben. Zudem kommt auch an dieser Stelle der Generationenaspekt wieder zum Tragen.

<sup>150</sup> Das angestrebte Ziel war eine Gruppengröße von sechs Personen, die den Empfehlungen der Literatur entspricht (vgl. Mangold 1960, Barbour u. Kitzinger 2001). Hin und wieder kam es vor, dass Personen so kurzfristig ihre Teilnahme an der Diskussion absagten, dass der freie Platz nicht wieder besetzt werden konnte. Gründe für die kurzfristige Absage war i.d.R. das Auftreten von Erkältungskrankheiten. Mit fünf Teilnehmer/innen waren selbstläufige und empirisch ertragreiche Diskussionen möglich, erst ab einer Anzahl von weniger als fünf Personen ist die Durchführung einer Diskussion nicht zu empfehlen.

<sup>151</sup> In größeren Gruppen kam es zwar vereinzelt zu persönlichen oder inhaltlichen (unauflösbaren) Missstimmungen zwischen einzelnen Diskutanten, diese haben aber die Diskussion entweder belebt oder die Parteien haben die Möglichkeit genutzt, sich schwerpunktmäßig anderen Personen zuzuwenden.

zelfallstudien kann hier also nicht in Form einer ersten Samplebildung zunächst eine Anzahl von Interviews (beziehungsweise Gruppen) geführt werden und im Anschluss an eine erste Globalanalyse eine zweite, theoretische Stichprobe für die Feinanalyse kontrastierender Fälle ausgewählt werden (vgl. u.a. Rosenthal 2005). So war im Vorfeld unter anderem nicht erkennbar, welche Bedeutung das Wissen über die Erkrankung für eine Person hat oder welche Rollenerwartungen sie an sich als Patient/in oder an den Arzt stellt, das heißt, welches Interaktionsmodell sie präferiert – denn dies waren Ergebnisse der rekonstruktiven Analyse.

Vor dem Hintergrund des methodologischen und forschungsbezogenen Entwicklungskontextes und der Etablierung von Gruppendiskussionen und dokumentarischer Methode im Rahmen erziehungswissenschaftlicher Untersuchungen, sind die in der vorliegenden Studie aufgetretenen Hindernisse nachvollziehbar. Die Untersuchung milieu- oder bildungsspezifischer Orientierungen legt es nahe, bereits existierende Jugendgruppen oder Mitglieder aus Klassenverbänden miteinander diskutieren zu lassen.<sup>152</sup> Die Übertragung entsprechender Gruppen für Fragestellungen der Medizinsoziologie oder der Versorgungsforschung erfordert weitere grundlegende Überlegungen zur ertragreichen Zusammenstellung von Gruppen. Die dokumentarische Methode ist im Forschungsbereich der Medizin oder Medizinsoziologie inzwischen etabliert. Hier sind vor allem die Arbeiten von Werner Vogd zu nennen, wobei dessen Untersuchungen auf die Organisationsstruktur des Krankenhauses und ärztlich-professionelles Handeln im Krankenhaus fokussieren (vgl. u.a. Vogd 2004a, 2004b, 2006). Die Orientierungen und Entscheidungen von Patient/innen im Kontext der Behandlung chronischer Erkrankungen waren bisher nicht Gegenstand entsprechender Untersuchungen. Gruppendiskussionen mit dem Ziel, einen Zugang zu Strukturen und atheoretischem Wissen mit dem Rekurs auf den konjunktiven Erfahrungsraum nach Mannheim<sup>153</sup> methodologisch schlüssig und nachvollziehbar zu machen, wurden im medizinischen Forschungsfeld weder mit Ärzt/innen noch mit Patient/innen durchgeführt.<sup>154</sup>

In der rekonstruktiven Auswertung der Gruppendiskussionen, war es nicht möglich, die Gruppe als Fall zu deklarieren und einen nur für diese Gruppe spezifischen konjunktiven Erfahrungsraum, also den Sinnzusammenhang innerhalb der Gruppe, herauszuarbeiten.<sup>155</sup> Dies liegt vermutlich vor allem darin begründet, dass

---

<sup>152</sup> In neueren Untersuchungen wurde das Anwendungsfeld von Gruppendiskussionen und der dokumentarischen Methode innerhalb der Sozial- und Erziehungswissenschaften deutlich erweitert (vgl. Bohnsack 2007).

<sup>153</sup> Siehe hierzu Kapitel 2.4.

<sup>154</sup> Im Gegensatz dazu findet die Anwendung von Fokusgruppen in Versorgungs- und Pflegeforschung zunehmend Verbreitung. Sowohl die Datenerhebung als auch die -analyse sind jedoch vorwiegend im Bereich deskriptiver und inhaltsanalytischer Verfahren anzusetzen.

<sup>155</sup> Somit umfasste die der Analyse zugrundeliegende Stichprobe insgesamt 42 Einzelfälle, die, obwohl dies für eine interpretative Studie eine sehr hohe Anzahl ist, umfassend interpretativ analysiert werden konnten. Obgleich im Gegensatz zum Einzelinterview die Datenerhebung in der Gruppendiskussion neue Aspekte offengelegt hat, blieben vor allem individuell-biographische

hier nicht milieu- oder kulturspezifische Fragestellungen im eigentlichen Sinne untersucht wurden, worin die Methode ihre eigentliche Stärke besitzt (vgl. Bohnsack et al. 2006). Ob bei der Zusammenstellung der Gruppen eine milieu- oder altersspezifische Homogenität möglich und dem Erkenntnisgewinnung dienlich gewesen wäre, ist eine andere Frage.

In der internationalen Literatur der Versorgungsforschung wird wiederkehrend auf einen Wirkungszusammenhang zwischen Medikamentenadhärenz und verschiedenen Charakteristika von Patient/innen sowie verschiedene die Adhärenz (vermeintlich) beeinflussende Faktoren – wie beispielsweise Alter, Geschlecht oder Bildung – hingewiesen (vgl. hierzu die Übersichtsarbeit von Vermeire et al. 2001). Dennoch hat die Arbeitsgruppe sich entschieden, diese Determinanten nicht als unumstößliche (kausalgenetische) Einflussfaktoren zu betrachten und als Grundlage für eine homogene Zusammenstellung der Gruppen heranzuziehen. Dies nicht zuletzt deshalb, weil viele der Studien entweder auf einen quantitativen Forschungsansatz zurückgreifen und daher die Generierung von Kategorien und Perspektiven aus dem einzelnen Fall heraus nicht möglich war oder – im Falle qualitativer Ansätze – sich die Studien vor allem auf der inhaltsanalytisch-deskriptiven Ebene bewegen. Auf den Rückgriff auf bereits bekannte Klassifizierungen zur Rekonstruktion kollektiver Orientierungen wurde in der hier vorgestellten Untersuchung verzichtet, um somit die Möglichkeit zur Identifizierung neuer Dimensionen und Typisierungen zuzulassen. Im Gegensatz zur Dauer der Behandlung zeigten sich denn auch Alter, Bildung oder Geschlecht hinsichtlich der Erfahrungen mit der Bluthochdruckbehandlung als nicht relevant. Bezüglich des Alters wurde vielmehr vereinzelt die Generationenspezifik im Sinne einer mit dem zunehmenden Alter verbundene Wahrnehmung und Bewältigung fortschreitender körperlicher Einschränkungen deutlich.

Trotz der aufgetretenen Probleme bei der Analyse wird die Methode der Gruppendiskussionen im Kontext der Versorgungsforschung als angemessen erachtet. Die häufig sehr offen geführten Diskussionen, das Interaktionsverhalten und die (verbalen und nonverbalen) Reaktionen der Diskutanten auf einzelne Redebeiträge ermöglichen einen deutlich kontrastreicherem Einblick in das unreflektierte Erleben und Handeln der Individuen, als dies in fokussierten Einzelinterviews möglich ist.<sup>156</sup> Der deutliche Vorteil von Gruppendiskussionen gegenüber Fokusgruppen ist auch vor dem Hintergrund der hier vorgestellten Studie die Selbstorganisation und Selbstläufigkeit der Gruppe ohne inhaltliche Schwerpunkt-

---

Sinnstrukturen der Analyse weitgehend verschlossen. Dies war jedoch auch nicht Ziel der Untersuchung, s. Fußnote 113.

<sup>156</sup> Biographische Interviews und deren Analyse kann die Gruppendiskussion jedoch nicht ersetzen und dies ist auch nicht das methodische Ziel. Die theoretische Konzeption von Gruppendiskussion und dokumentarischer Methode berücksichtigt jedoch auch die Verknüpfung von Individuellem und Strukturellem, da der Zugang zum Orientierungsrahmen über das Individuum erfolgt und die je individuellen Perspektiven durch die Erfahrungshorizonte innerhalb des Orientierungsmusters abgebildet werden (Bohnsack 2007).

setzung durch eine thematische Vorgabe der Moderatorinnen. Die notwendige flexible Anpassung an den Diskussionsverlauf bedeutet jedoch eine hohe Anforderung an die Moderatorinnen. Als Einstieg in eine angeregte Diskussion hat sich in diesem Projekt das Brainstorming bewährt.

Kollektive Erfahrungen des Lebens mit einer chronischen Erkrankung, das heißt auch Erfahrung mit regelmäßigen monatlichen oder quartalsgebundenen Arztbesuchen, mit der Medikation oder mit Therapieentscheidungen, die im Laufe der Erkrankung gegebenenfalls mehrmals getroffen werden müssen, sowie das Wissen darum, dass die körperliche Veränderung für den Rest des Lebens erhalten bleiben wird, bilden eine Erfahrungsebene, die mit dem konjunktiven Erfahrungsraum gleichzusetzen ist. Dies vor allem deshalb, weil dieser Zustand sich dem unmittelbaren Erleben und der Nachvollziehbarkeit des Außenstehenden entzieht. Einschränkend bleibt jedoch anzumerken, dass die Möglichkeit der Entwicklung einer mehrdimensionalen Typologie wie sie von Bohnsack (2007) mit Verweis auf die soziogenetische und sinngenetische Rekonstruktion von Orientierungsmustern beschrieben wird, im Rahmen der vorliegenden Studie nicht möglich war. Eben diese soziogenetische Rekonstruktion wird dadurch vernachlässigt, dass die determinierende Wirkung einer Milieu-, Geschlechts- oder Generationsspezifität nicht mitgedacht wurde. Vielmehr wurde daher gruppenübergreifend – im Sinne einer Kontrastierung individueller Handlungsmuster und Motive des Handelns – eine Typologie entwickelt, welche zwar den gesellschaftlichen und feldspezifischen Rahmen zu den jeweiligen Erfahrungen in „Funktionalitätsbezug“ (Mannheim 1980, zit. n. Bohnsack 2007: 153) setzt; eine mehrdimensionale Typologie mit sich überschneidenden Erfahrungsräumen, wie Bohnsack sie für die soziogenetische Interpretation beschreibt und die von Mannheim die Entwicklung „sozialer Gruppentypen“ (ebd.) genannt wird, konnte in der vorliegenden Untersuchung nicht realisiert werden.

Es bleibt zu diskutieren, inwiefern entsprechende Zuordnungen ohne empirische Relevanzerkennung im Forschungsfeld der medizinischen und hier besonders der Versorgungsforschung für die Untersuchung von Patientenperspektiven zulässig und zielführend sind.<sup>157</sup> Potenzial bieten die hier angewendeten Verfahren jedoch hinsichtlich der Rekonstruktion sinngenetischer Deutungs- und Handlungsmuster sowie der Offenlegung grundlegender Phänomene des Krankheitserlebens. Sie erlauben vor allem die Rekonstruktion zukunftsorientierter Motive patientenseitigen Handelns im Sinne des ‚Um-Zu-Motivs‘ bei Schütz (1971)<sup>158</sup>. Die milieubedingte Genese der Orientierungen, die vermutlich individuell-biographisch, möglicherweise aber auch kollektiv verankert sind, bleibt im Zusammenhang mit Fragestellungen im Bereich der Versorgungsforschung im Verborgenen.

<sup>157</sup> Dies verhält sich jedoch anders, wenn ausdrücklich Beziehungs- oder Interaktionsstrukturen zwischen Arzt und Patient rekonstruiert werden sollen.

<sup>158</sup> S. Fußnote 68.

*Grenzen der Studie*

Ein bereits während der Konzeptionsphase dieser Studie diskutiertes, jedoch nicht zu lösendes Dilemma war der im Grunde nicht mögliche Zugang zu jenen Personen, bei denen zwar eine essentielle Hypertonie gesichert diagnostiziert wurde, die jedoch den weiteren Arztkontakt abgebrochen hatten und somit für eine Anfrage zur Studienteilnahme nicht erreichbar waren. Untersuchungen haben gezeigt, dass dies etwa die Hälfte der entsprechenden Patientenklientel betrifft (*rule of halves*, s. Kapitel 2.4).<sup>159</sup> Das Sample der Studie hat somit einen positiven Bias, da nur die Patient/innen eingeschlossen werden konnten, die sich der medikamentösen Behandlung nicht grundsätzlich verschlossen haben.<sup>160</sup>

Weiterhin blieben Migrationsaspekte unberücksichtigt. Dies war nicht die Intention dieser Untersuchung, sondern liegt in der geringen Bereitschaft von Personen mit Migrationshintergrund zur Studienteilnahme begründet. Somit war es nicht möglich, eine Gruppe mit einer notwendigen Anzahl entsprechender Studienteilnehmer/innen zusammenzustellen, die zudem über ausreichende Deutschkenntnisse verfügen. Eine Diskussion in der jeweiligen Muttersprache zu führen, wäre nicht möglich gewesen und hätte zudem den Fokus in Richtung eines kulturellen Vergleichs verschoben, was nicht das Ziel der Untersuchung war.<sup>161</sup>

Schließlich sind die Studienteilnehmer/innen im Durchschnitt eher jung, obgleich Hypertonie vor allem ein Behandlungsanlass älterer und alter Personen ist. Aus diesem Grund blieb auch der in der hausärztlichen Praxis häufige und oft problematische Aspekt der Multimorbidität weitgehend unberührt. Gleichwohl kann hier entgegengesetzt werden, dass gerade für jüngere, ansonsten objektiv gesunde Personen der Beginn einer (lebenslangen) medikamentösen Therapie vermutlich einen größeren Einschnitt darstellt als für ältere Personen, die zudem möglicherweise bereits wegen eines anderen Anlasses Medikamente einnehmen.

---

<sup>159</sup> Die hier vorgestellten Ergebnisse können jedoch einen Betrag dazu leisten, diese Personen künftig, beispielsweise durch empathische ärztliche Begleitung einer fehlenden Therapiebereitschaft, besser zu erreichen (s. Kapitel 7).

<sup>160</sup> Da als ein grundlegendes Phänomen die Angst vor möglichen Folgeerkrankungen offengelegt wurde (s. Kapitel 5.2.1.1), ist zu vermuten, dass ein Großteil der Personen mit Angstabwehr in Form von Bagatellisierung oder Verleugnung reagieren und den Arztkontakt vollständig meiden.

<sup>161</sup> Gerade vor dem Hintergrund der Ergebnisse dieser Studie ist dies jedoch eine interessante Fragestellung, denn sowohl Krankheitskonzepte als auch die Arzt-Patient-Beziehung sind kulturell sehr verschieden und müssen in der täglichen Praxis berücksichtigt werden (vgl. z.B. Rosenberg et al. 2006).





## 7 Fazit

Die in der hier vorgestellten Untersuchung zugrunde gelegte Fragestellung nach dem Krankheitserleben der Patient/innen im Kontext der bisherigen – zugegebenermaßen weit fortgeschrittenen – Adhärenzforschung mag zunächst als ‚Rückschritt‘ erscheinen. Dennoch zeigen die Ergebnisse, dass eben jener *Rückblick* erlaubt, bisherige medizinische Handlungsrouninen, Blickwinkel innerhalb und auf die Medizin sowie soziologisch orientierte Ansätze der Versorgungsforschung zu hinterfragen und aus einer anderen, stärker am einzelnen Patienten orientierten Perspektive zu betrachten. Somit konnten nicht nur Erkenntnisse über die Patientenperspektive gewonnen werden, sondern auch Folgerungen für die praktische Allgemeinmedizin sowie den wissenschaftlichen Blick auf die Adhärenzforschung und die damit in engem Zusammenhang stehende Arzt-Patient-Beziehung abgeleitet werden.

### *Handlungskonsequenzen für die (haus-)ärztliche Praxis*

Die ärztliche Erkenntnis, dass die Diagnosestellung ‚Hypertonie‘ bedeutet, einen Menschen mit einer langfristigen oder sogar lebenslangen körperlichen Veränderung zu konfrontieren, ist notwendige Voraussetzung für den gelingenden Verlauf der Arzt-Patient-Beziehung: Obwohl Hypertonie zunächst ‚nur‘ ein Risikofaktor ist, ist sie, vor allem auch mit Blick auf die Arzt-Patient-Beziehung, letztlich vergleichbar mit einer chronischen Erkrankung. Während die Behandlung eines aku-

ten Anlasses unabhängig von der Arzt-Patient-Beziehung in der Regel zur Zufriedenheit der Patient/innen verläuft, da meist der akute Leidensdruck gelindert werden kann, kommt der Ausgestaltung dieser Beziehung, das heißt der Fokussierung der Gesprächsinhalte sowie der damit verbundenen ärztlichen Haltung bei einer langfristigen Therapie eine besondere Bedeutung zu. Ist es bei einem akuten Anlass ausreichend, symptomorientiert mit der Sprache und Perspektive der Medizin zu sprechen, so kommt der lebensweltlichen Perspektive bei der Behandlung chronischer Erkrankungen – und somit auch des Bluthochdrucks – eine weitaus größere Bedeutung zu (Barry et al. 2001). Dazu gehören neben der Anerkennung des je individuellen Krankheitsempfindens auch die Berücksichtigung und das Eingehen auf Möglichkeiten der Umsetzung der Therapie ebenso wie die Bezugnahme auf das von dem einzelnen Patienten präferierte Arzt-Patient-Modell. In der Praxis finden jedoch Gespräche, die ein gemeinsames (therapeutisches) Ziel verfolgen, häufig erst im letzten Viertel der ohnehin kurzen Konsultationszeit statt (Bahrs 2011).

Gerade bei Erkrankungen wie der Hypertonie, die seitens der Medizin routiniert diagnostiziert und behandelt werden können, besteht eine deutliche Diskrepanz zum Erleben der Situation aus der Patientenperspektive. Für jene stellt die Diagnose einer körperlich nicht immer spürbaren, in der Regel nicht heilbaren somatischen Veränderung einen enormen Einschnitt dar. So ist es nicht verwunderlich, dass Patient/innen zu Beginn der Therapie eine Zeit des Ausprobierens benötigen (s. das Modell von Dowell u. Hudson 1997) oder eigene Krankheitskonzepte entwickeln; beispielsweise solche, wonach sie selbst die Verursachenden der Erkrankung sind und es daher in ihrer Verantwortung liegt, diese zu behandeln. Die erste Zeit nach der Diagnosestellung wird folglich oft benötigt, um diese sinnlich, kognitiv und affektiv annehmen zu können, sodass dem subjektiven Krankheitsempfinden – und damit der individuellen Perspektive – eine hohe Bedeutung innerhalb der Behandlung zukommt (s. Kapitel 5.1.1.3), derer sich der Arzt bewusst sein sollte und die in der Konsultation durch wiederholte, empathisch geführte Gespräche herausgearbeitet werden kann.

Mit der medikamentösen Bluthochdruckbehandlung wurde eine wirksame Therapie gefunden. So verwundert es nicht, dass die ärztliche Fokussierung auf die Medikation – so wird es von den Patient/innen wahrgenommen – recht schnell innerhalb des Krankheits- und Therapieverlaufes thematisiert wird. Da dies mit dem subjektiven Krankheitserleben, der subjektiven Krankheitstheorie (vgl. Becker 1984) und der Laienperspektive kollidiert, sollten die Bluthochdruckpatient/innen, wie beispielsweise in der Psychotherapie üblich, dort ‚abgeholt‘ werden, wo sie stehen (s. Kapitel 6.2). Das gilt insbesondere dann, wenn kein Leidensdruck besteht. Die Folge daraus ist nicht notwendigerweise, dass die Konsultationen zu Beginn einer Bluthochdruckbehandlung länger ausfallen müssen als gewöhnlich – Zeitdruck ist ein häufig geäußertes Problem in der Primärvorsorge – sie brauchen auch nicht die Form einer Psychotherapie annehmen. Weit- aus wichtiger ist für die Patient/innen das Gefühl, dass sie für die Dauer der Kon-

sultation im Mittelpunkt stehen und uneingeschränkt ihre Fragen äußern können, sofern sie dies möchten. Wiederholte Gespräche sind daher für ein gegenseitiges Verstehen der Perspektiven und Handlungsoptionen vermutlich weitaus wichtiger als die Länge einzelner Gespräche. Wesentliche Merkmale der ärztlichen Kommunikation sind dabei offene Fragen zu stellen, der Erzählung des Patienten zuzuhören und zu versuchen, seine Perspektive zu verstehen und empathisch auf die Wünsche und Bedürfnisse einzugehen (vgl. dazu auch Arborelius u. Bremberg 1992), sich also auf die patientenseitige Lebenswelt einzulassen und nicht auf der medizinischen Perspektive und den medizinischen Krankheitskonzepten zu beharren. Weiteres Ziel der ersten Gespräche sollte es zudem sein, gemeinsam zu klären, inwieweit ein Patient in die Therapieentscheidungen einbezogen werden möchte und ob sie oder er zum Zeitpunkt des Gespräches schon bereit ist, mit einer Therapie zu beginnen. Werden diese Aspekte einer optimalen Einleitung der Bluthochdrucktherapie nicht berücksichtigt, erscheint es plausibel, warum sich ein Großteil der Personen, bei denen Bluthochdruck diagnostiziert wurde, einer Behandlung entziehen und aus dem ärztlich-professionellen Gesundheitssystem herausfallen. Die hohe Rate der Non-Adhärenz auf der Grundlage fehlender Akzeptanz von Diagnose und medizinischer Notwendigkeit zur Durchführung einer medikamentösen oder nicht-medikamentösen Therapie wäre dadurch zu erklären.

Für den Erfolg einer Behandlung ist es jedoch erforderlich, zwischen der Bereitschaft zur Durchführung einer Therapie und der genauen Umsetzung der Behandlung entsprechend der Vorgabe oder der Vereinbarung zu unterscheiden. In diesem Prozess der Begleitung ist es die schwierige Aufgabe von Ärzt/innen, gemeinsam mit dem Patienten zu erarbeiten, welche Ängste vorhanden sind. Die individuelle Relevanz dieser Ängste und die Rolle bisheriger Erfahrungen (selbst- oder fremderlebt) mit schwerwiegenden Krankheiten sind dabei zu berücksichtigen. Ferner ist es wichtig herauszufinden, welche Form der Kommunikation oder welche Form der Partizipation seitens des Patienten gewünscht ist – wohl wissend, dass das Interaktionsverhalten der Patient/innen in der Konsultation nicht immer ihre tatsächliche Interaktionspräferenz präsentiert, sodass eine empathische und dennoch explizite Klärung hier hilfreich sein kann. Dazu gehört auch die Berücksichtigung des aktuellen Wissensstandes des Patienten und – im Sinne der Anerkennung von Autonomie und Selbstbestimmung – auch des Wissensbedarfs. Unabhängig von dem medizinisch als angemessen angesehenen Wissensstand bedeutet dies, offen zu sein gegenüber den Wünschen und Fragen der Patient/innen. Darüber hinaus bedeutet es aber auch, dass denjenigen Patient/innen, die sich nicht mit der Erkrankung auseinandersetzen wollen, dies zugestanden wird und ihr Nicht-Wissen-Wollen (nach einem gemeinsamen Gespräch) akzeptiert wird.

Die ärztliche Unterstützung auch (anscheinend) wirkungsloser Therapien aus dem Bereich der Naturheilkunde könnte dazu beitragen, das Vertrauen – im Sinne eines Sich-Anvertrauen-Könnens und Ernst-Genommen-Werdens – von Patient/innen zu fördern, ohne Ängste zu schüren oder zu verstärken. Es könnte dazu beitragen, auch mit jenen in Kontakt zu bleiben, die trotz der Diagnosestellung

aus dem Gesundheitssystem herausfallen (weil sie sich gegen eine Therapie entscheiden) oder es nicht schaffen, ihre Medikation so umzusetzen, dass die Blutdruckwerte den Richtlinien entsprechen. Eine Toleranz diesen Werten und somit auch den Menschen gegenüber würde sicherlich zu einer Entlastung des (Erfolgs-)Drucks auf beiden Seiten führen. Das hieße, die Patientenautonomie zu wahren, Therapien nicht zu erzwingen, mit den Patient/innen in Kontakt zu bleiben, um ihre Perspektive zu verstehen und es auszuhalten, dass ein Patient (vorübergehend) nicht wiederkommt. Die differenzierte Wahrnehmung von patientenseitigen Möglichkeiten, behandlungsbezogenen Problemen (beispielsweise bei der Umsetzung der Medikation) und Interaktionspräferenzen kann und sollte durch wiederholte Gesprächsangebote offen kommuniziert werden. Zweifel an der Behandlung sind nicht durch äußeren Druck und auch nicht verlässlich durch Angst zu revidieren.

### *Individualität in der allgemeinmedizinischen Versorgung*

Der mittlerweile hohe Evidenzgrad allgemeinmedizinischer Versorgungsroutinen, so auch der Bluthochdruckbehandlung, der sich in der Vielzahl entsprechender Leitlinien widerspiegelt, ist ein bemerkenswerter Fortschritt in Richtung Versorgungssicherheit und aus dem klinisch-praktischen Alltag nicht mehr wegzudenken. Zweifelhaft wird die Anwendung dieser Leitlinien jedoch, wenn die Individualität des einzelnen Patienten (das heißt, seine lebensweltlichen Erfahrungen sowie seine Wünsche und Möglichkeiten hinsichtlich der Erkrankung und ihrer Therapie) unberücksichtigt bleibt. Die hier angesprochene Individualität bezieht sich jedoch nicht auf die gerade im Zusammenhang mit der Evidenzbasierten Medizin (EbM) diskutierten individualisierten (oder auch personalisierten) Medizin, die dem Vorwurf Rechnung tragen will, Behandlungsfehler zu vermeiden, die sich auf zugrunde gelegten medizinisch ermittelten Werten für eine optimale Behandlung beziehen und den Einzelfall somit nicht exakt abbilden (können) (vgl. z.B. Kravitz et al. 2004). Sie bezieht sich ebenfalls nicht auf die – gerade auch in der Allgemeinmedizin – favorisierten Ermittlung des individuellen Risikos, beispielsweise des kardiovaskulären Gesamtrisikos mittels Arriba<sup>162</sup>, für bestimmte Erkrankungen. Zugegebenermaßen werden für die Bewertung dieses Risikos neben persönlichen Merkmalen wie Alter, Geschlecht oder Raucherstatus auch Biomarker wie der Blutzucker- oder Blutfettwerte einbezogen. Zu Recht wird jedoch inzwischen kritisiert, dass es sich bei dieser Vorgehensweise nicht um eine individualisierte Medizin, sondern um eine „Subgruppenmedizin“ handelt (Windeler 2012: 8). Dieser Blickwinkel lenkt den Fokus ausschließlich auf die rein klinische Perspektive, das heißt auf das Hinterfragen und die Verbesserung konkreter Therapien mit dem Ziel der Reduktion unerwünschter Wirkungen oder schwerer Krankheitsverläufe.

---

<sup>162</sup> Siehe Fußnoten 46 und 89.

Individualität beschränkt sich folglich nicht auf die Erstellung individueller (physischer) Risikoprofile und Präventionsmaßnahmen oder die individuelle Wirksamkeit von Medikamenten. Obgleich der Diskussion um die individualisierte Medizin inhaltlich nichts entgegenzusetzen ist, bleibt doch hervorzuheben, dass sie zwar eine Verbesserung der ‚Volksgesundheit‘ anstrebt, nicht jedoch die Lebenswelten von Patient/innen als Akteure – nicht nur im Sprechzimmer, sondern auch in ihrem privaten Umfeld – in die Therapie integriert. Mit der offenkundigen Fokussierung auf die klinische Perspektive und dem Ziel der Verbesserung des klinischen Behandlungsergebnisses ergibt oder verfestigt sich eine erheblich Diskrepanz der Relevanzsysteme der Medizin einerseits und der Patient/innen andererseits. Während aus der medizinischen Perspektive aufgrund der Evidenz und der einfachen Anwendbarkeit der Therapie keine Gründe gegen eine Medikation sprechen, trifft der damit verbundene Kausalzusammenhang (Diagnose – Therapie – Risikoreduktion für kardiovaskuläre Ereignisse) nicht immer die lebensweltliche Wahrnehmung der Patient/innen. Für letztere wird die Diagnose oft unvermittelt, ohne vorherige Beschwerden gestellt, geht die Therapie aufgrund erwünschter Wirkungen mit einer subjektiven Verschlechterung des Befindens einher und ist die Risikoreduktion abstrakt, sofern nicht bereits Erfahrungen mit schwerwiegenden Ereignissen (beispielsweise ein Herzinfarkt) gemacht wurden. Somit zeigt sich ein Widerspruch zwischen der medizinischen Evidenz von Diagnostik und Behandlung und der Patientenperspektive im Sinne der Rekonstruktion des patientenseitigen Erlebens und Wahrnehmens. Trotz aller Bekundungen der Allgemeinmedizin – patientenzentriertes Handeln im Sinne des hier verstandenen Individualitätsbegriffes bereits jetzt schon ausreichend anzuwenden (dies manifestiert sich beispielsweise in der durch den Einsatz von Schauspielpatient/innen recht aufwendigen Ausbildung kommunikativer Kompetenzen im Studium) – zeigen die Ergebnisse der vorgelegten Untersuchung, dass die partizipative Entscheidungsfindung als Gradmesser der Patientenzentrierung nicht für jeden Patienten geeignet ist.

Individualisierte Medizin sollte demzufolge auch heißen, offen zu sein für die Bedürfnisse, Wünsche und Möglichkeiten von Patient/innen. Damit ist nicht gemeint, lediglich – im Sinne der Adhärenz – Wege zu finden, wie die (nicht)medikamentöse Therapie besonders effektiv umgesetzt werden kann, denn das würde bedeuten, die Arzt-Patient-Beziehung zu instrumentalisieren. Eine individualisierte Medizin könnte vielmehr anstreben, die in dieser Untersuchung herausgearbeiteten zentralen Phänomene der Bluthochdruckbehandlung (Ängste und Verunsicherungen, lückenhafte krankheits- und behandlungsbezogene Information, Hemmungen, mit dem Arzt zu sprechen) bei jeder Konsultation, vor allem jedoch zu Beginn einer Therapie, je individuell zu berücksichtigen und nicht nur die spezifisch am besten geeignete Medikation zu finden, sondern auch die im Rahmen dieser Krankheit beste Form der Arzt-Patient-Beziehung – auch dann, wenn dies bedeuten würde, entgegen den Prinzipien des SDM zu handeln. Dieser Anspruch geht über die differenzierte Definition einer Evidenzbasierten Medizin von Sa-

ckett et al. (1996) hinaus, die die individuelle Versorgung unter Einbeziehung der Patientenperspektive lediglich im Sinne des SDM als Wahlmöglichkeit einer aus ärztlicher Perspektive als angemessen angesehene Therapie mitdenken.<sup>163</sup>

Es kann nicht Aufgabe der praktizierenden Ärzt/innen sein, die Verantwortung für die Gesundheit der Gesellschaft zu übernehmen. Vielmehr sind sie gefordert, wenn ihre Hilfe gewünscht ist, diesem Wunsch nach dem neuesten Stand der wissenschaftlichen Kenntnis nachzukommen und die Patient/innen zu unterstützen, jedoch ohne zu belehren oder einzuschüchtern. Erst wenn die Patientenperspektiven jenseits des Anspruchs der Offenlegung vermeintlich kausaler Zusammenhänge im Sinne der Leistungsmaximierung der Medizin sowohl in die klinische Praxis als auch in die Forschung einbezogen werden, kann von individueller, das heißt einer auf den einzelnen Menschen ausgerichteten, Medizin gesprochen werden.

### *Konsequenzen für die Forschung*

Die Kritik an der paternalistischen Ausrichtung der Arzt-Patient-Beziehung seitens der Soziologie war dem Anspruch geschuldet, die individuelle Ausgestaltung dieser Figuration in jeder Konsultation berücksichtigen zu können. Während Parsons den Machtunterschied zwischen Arzt und Patient, im Hinblick auf den Therapieerfolg, noch als positiv bewertete, sollte durch den Entwurf neuer Modelle der Arzt-Patient-Beziehung diese Hierarchie aufgelöst und der Patient als gleichwertiger Interaktionspartner angesehen werden. Der zeitgleiche Wechsel der Perspektive vom biomedizinischen zum biopsychosozialen Modell innerhalb der medizinischen Praxis führte schließlich zu der Installation des SDM als zeitgemäßes und zu bevorzugendes Modell der Arzt-Patient-Beziehung (s. Kapitel 2.2).

Die Konsultation wurde daraufhin nicht mehr als verborgene ärztliche Praxis angesehen, sondern erhielt den Status einer prozesshaften und differenziert zu betrachtenden Begegnung zweier Akteure, die zu erforschen und zu objektivieren war (vgl. Elwyn 2005). In der Folge analysierten Patrick S. Byrne und Barrie E. L. Long (1976) in den 1970er Jahren typische Abläufe in Konsultationen und entwickelten daraus ein differenziertes Instrument zur Bewertung von ärztlichen Kommunikationsstilen (vgl. Buijs et al. 1984). Um die Konsultationen auf der Grundlage weitgehend objektiver Kriterien bewerten zu können (z.B. Ermutigung des Patienten, Fragen zu stellen, Erfragen der Patientenperspektive, überleitender Gesprächsaufbau; Erklären der Diagnose und des weiteren Vorgehens; Erörtern von Therapieoptionen mit dem Patienten (vgl. Kurtz et al. 2005, Pendleton et al. 2003), wurden – ausgehend von theoretisch begründeten und normierten Ansprüchen – Instrumente zu deren Beobachtung und Bewertung konstruiert und standardisiert.<sup>164</sup> Parallel dazu wurden auch Instrumente entwickelt, die nicht theoretisch begründet wurden, sondern aus der Befragung von Patient/innen und Ärzt/

<sup>163</sup> Siehe Fußnote 128.

<sup>164</sup> Für die verschiedenen Instrumente s. Fußnote 85.

innen (*face validity*) nach Items zur Bewertung der Konsultationsqualität hervorgegangen sind und auf diesem Wege zur Normierung von Kriterien beigetragen haben.<sup>165</sup> Diese Instrumente dienen ebenfalls der objektiven Überprüfung der Konsultationsqualität und der kommunikativen Fähigkeiten eines Arztes.

Im Zuge des Paradigmenwechsels wurde nicht nur das ärztliche, sondern auch das patientenseitige Handeln neuen Normen – jenen der aktiven Mitarbeit – unterworfen. Schon Parsons (1951) verwies auf die Notwendigkeit der Kooperation als wesentlichen Aspekt der Patientenrolle, wenn eine Heilung oder Stabilisierung erreicht werden soll. Jedoch muss aus der heutigen Perspektive, stärker als es in den 1950er und 1960er Jahren möglich und nötig war, unterschieden werden, ob es sich bei der Kooperation um die ‚Mitarbeit‘ des Patienten innerhalb eines biomedizinischen Modells handelt – also um das Befolgen ärztlicher Anweisungen – oder um die Kooperation aus der Perspektive des biopsychosozialen Ansatzes, der das Einbeziehen der lebensweltlichen Perspektive des Patienten in den therapeutischen Prozess anstrebt. Vor diesem Hintergrund ist es konsequent, den als offenbar vorurteilfrei verstandenen Begriff und das damit verbundene Konzept der „Adhärenz“ zu verwenden, wenn das patientenseitige Handeln – die Umsetzung der *gemeinsam* mit dem Arzt vereinbarten Therapie – beschrieben und bewertet werden soll.

Sowohl in der Praxis als auch in der Versorgungsforschung wird jedoch zu wenig berücksichtigt, dass die partizipative Entscheidungsfindung nur dann möglich ist, wenn ein Patient bereit ist, sich an der Entscheidungsfindung und am Behandlungsprozess zu beteiligen, indem er Informationen über sich preisgibt. Selbst dann bleibt die Entscheidung zur Umsetzung therapeutischer Maßnahmen auf Seiten der Patient/innen. Die Ergebnisse der hier vorgestellten Untersuchung geben deutliche Hinweise darauf, dass nicht nur die Definitionen der Konzepte von Compliance und Adhärenz, sondern auch die darin enthaltene Kopplung an verschiedene Modelle der Arzt-Patient-Beziehung zu einfach sind und weder der Komplexität alltäglichen ärztlichen Handelns entspricht noch die Patientenperspektive – trotz aller Bemühungen – ausreichend berücksichtigt.<sup>166</sup>

Die Verbindung des Compliance-Konzeptes mit dem *paternalistic model* erscheint inhaltlich nachvollziehbar: Dem Arzt obliegt die Wahl der aus der medizinischen Perspektive bestmöglichen Therapie, wobei die Asymmetrie zwischen den

---

<sup>165</sup> Dazu gehören u.a. das *Instrument for Assessment of Videotapes of General Practitioners' Performance* von Cox und Mullholland (1993) und der *TIMER* von Pringle (1986).

<sup>166</sup> Während vor allem das Konzept von Compliance verschiedentlich kritisiert wurde (u.a. Morisky et al. 1986, Trostle 1988, Wright 1993, Weiss u. Britten 2002, Aronson 2007), so scheint in der Literatur doch Einigkeit darüber zu bestehen, dass das Konzept von Adhärenz (in seiner Verbindung mit dem SDM) der richtige Weg zu einer Verbesserung der Versorgungssituation unter Berücksichtigung der Patienten als gleichberechtigte Partner in der Konsultation sei. Ob dieser Ansatz jedoch wirklich die lebensweltlich begründeten Möglichkeiten und Bedürfnisse der Patient/innen ausreichend berücksichtigt oder vielleicht – wie auch in der einhelligen Definition von Compliance – nur die (ideologisch geprägten) Interessen der Medizin, muss aufgrund der Ergebnisse dieser Untersuchung infrage gestellt werden.

Akteuren toleriert wird, wenn sie nicht sogar notwendige Voraussetzung ist, um diese einseitige Form der Interaktion (Arzt als Helfer, Patient als Hilfeempfänger) umsetzen zu können. Dem Patienten wird eine passive Rolle zugeschrieben, so dass deren einzige Handlungsoptionen die bereitwillige Zustimmung und Umsetzung der Therapie (*compliance*) oder deren Ablehnung (*non-compliance*) ist. Zu Recht hat Morisky bereits 1986 den damit verbundenen vorverurteilenden Blick auf die Patient/innen kritisiert. Mit dem Paradigmenwechsel schien das Compliance-Konzept insgesamt nicht mehr passend, da die Asymmetrie durch die stärker patientenorientierte Ausrichtung bei der Wahl einer geeigneten Therapie aufgehoben sein sollte. Folglich ging es nicht mehr darum, die patientenseitige *Bereitschaft* zu beurteilen, denn diese wird durch die gemeinsame Entscheidungsfindung implizit vorausgesetzt. Vielmehr sollte das Ausmaß, mit dem die Patient/innen die gemeinsame Therapieentscheidung *umsetzen* (Ausmaß der Adhärenz), beurteilt werden.

Betrachtet man jedoch den genauen Wortlaut der WHO-Definition, so ist die Asymmetrie der Interaktionspartner weiterhin impliziert, denn es heißt in der Definition „corresponds with agreed recommendations“ (s. Kapitel 2.3). Diese Formulierung verdeutlicht, dass die Patient/innen zwar an der Wahl der Therapie beteiligt sind, jedoch wählen sie aus einer Anzahl ärztlich empfohlener Möglichkeiten, was genau genommen dem *physician as agent model* entspricht. Weder das Einbringen eigener Therapievorschlüsse (beispielsweise aus dem komplementärmedizinischen Bereich) noch die Möglichkeit zur generellen Ablehnung der Therapie werden in dieser Definition mitgedacht. Die Perspektive der (Schul-)Medizin und die ärztlich-fachliche Überlegenheit geben den Verlauf ärztlichen Handelns vor. Die bestimmende Richtlinie ist somit nicht die Patientenperspektive oder ein Abwägen des medizinisch Notwendigen mit dem lebensweltlich Möglichen, sondern allenfalls die ebenfalls medizinische (evidenzbasierte) Leitlinie.

Es stellt sich nun einerseits die Frage, worin tatsächlich der Unterschied zwischen Compliance und Adhärenz liegt, und andererseits, warum die fehlende Bereitschaft zur Durchführung einer Therapie im Adhärenz-Konzept – zumindest theoretisch – ausgeblendet wird. Denn wenn die neuere (auch soziologische) Adhärenzforschung nun fokussiert versucht, Ursachen zu finden, die verantwortlich sind für die ‚fehlerhafte‘ oder gänzlich ausbleibende ‚Umsetzung‘ der Therapie, so bleibt der gesamte Bereich der ‚Bereitschaft‘ zur Therapie und damit des subjektiven Krankheitsempfindens wie auch des subjektiven Sinns des Handelns andererseits weitgehend außen vor.

Der theoretische Wechsel von der Compliance zur Adhärenz erfolgte somit ohne Berücksichtigung der Patientenperspektive und daher jenseits der Denk- und Wahrnehmungsmuster, also jenseits des Relevanzsystems der Patient/innen. Wurde mit der Kritik am Compliance-Konzept der Versuch unternommen, die Asymmetrie der Beziehung und den ‚abwertenden‘ Blick auf die Patient/innen und deren fehlender Nachvollzug medizinisch notwendiger (Be-)Handlungsmaßnahmen zu vermeiden, so lässt das Adhärenz-Konzept mit ihrem Rekurs auf die (scheinba-



re) Gleichberechtigung der Interaktionspartner Arzt und Patient diesen Aspekt der Akzeptanz der Diagnose und Bereitschaft zur Therapie unberührt.

Im Verlauf der Behandlung einer chronischen Erkrankung kann es sowohl Phasen fehlender oder wechselnder Bereitschaft zur Behandlung, als auch Phasen abweichender Umsetzung der Therapie aus unterschiedlichen Gründen geben. Es ist keine neue Erkenntnis mehr, dass Patient/innen, welche bereit sind, ihre Medikamente einzunehmen, nicht selten an der verordneten oder vereinbarten Umsetzung und Einhaltung der Medikation scheitern (Ferner 2003)<sup>167</sup>. Dieser Umstand erfordert jedoch eine stärkere Differenzierung der Begriffe Compliance und Adhärenz, aber auch des neueren Konzeptes Concordance, sowie eine Loslösung von dem jeweils zugrunde gelegten Modell der Arzt-Patient-Beziehung. So könnte aus der traditionell paternalistischen Vorstellung der patientenseitigen Bereitschaft der Begriff Compliance übernommen werden; nicht als Beschreibung der Bereitschaft, den ärztlichen Anweisungen zu folgen, sondern als grundlegender Wille, für die Aufnahme einer Therapie bereit zu sein. Die Möglichkeit der fehlenden Bereitschaft – beispielsweise aufgrund eines fehlenden Krankheitsempfindens – kann und sollte somit auch im Rahmen partizipativer Arzt-Patient-Modelle (wertfrei) mitgedacht werden. Die zunächst vorhandene Ablehnung einer lebenslangen Therapie oder Risikoprävention, könnte somit wiederholt in der Konsultation angesprochen werden – jedoch nicht in dem Sinne, dass mit der Sprache der (Evidenzbasierten) Medizin auf die möglichen Folgen einer unterlassenen Behandlung insistiert wird – mit dem Ergebnis der Produktion patientenseitiger Ängste. Inhalte entsprechender Gespräche könnten vielmehr die Berücksichtigung und Zusammenführung der medizinischen und der lebensweltlichen Perspektive sein. Wird eine Konsultation in dieser Logik durchgeführt, so stellen die Ablehnung einer Therapie, der Wunsch, zunächst Alternativen zu den schulmedizinischen Behandlungsstandards zu wählen oder der Aufschub des Therapiebeginns gleichberechtigte, ärztlich unterstützte Optionen des weiteren Vorgehens dar. Dies würde bedeuten, die Verantwortung zu teilen und auf die Perspektive des Patienten einzugehen, so wie es das Konzept der Concordance – zumindest theoretisch – fordert.

Compliance und Adhärenz können wichtige (diagnostische) Anhaltspunkte zur Gestaltung des Verlaufs der Therapie unter Berücksichtigung der Patientenperspektive sein. Entsprechende Instrumente zur Erhebung von Compliance und Adhärenz wären folglich nicht Gradmesser eines zu korrigierenden patientenseitigen Fehlverhaltens, sondern könnten wiederholt im Therapieverlauf eingesetzt werden und Anlass sein, mit den Patient/innen ins Gespräch zu kommen und sie in ihrem Sinne zu unterstützen. Ärztliche Versorgung heißt aus dieser Perspektive nicht, Menschen – im Glauben besseren Wissens – zur Durchführung einer Therapie zu ‚zwingen‘ und zugleich dafür die Verantwortung zu übernehmen. Es sollte vielmehr die ärztliche Aufgabe sein, über medizinische Möglichkeiten umfas-

---

<sup>167</sup> Siehe auch Kapitel 2.3.

send und wertneutral zu informieren und – sofern dies gewünscht wird – die Entscheidungsphasen unterstützend zu begleiten und gegebenenfalls auch den Aufschub oder die Ablehnung eines Therapiebeginns zu akzeptieren. Die Medizin liefert therapeutische Möglichkeiten, der einzelne Mensch trifft die Entscheidungen.

Wie diese Untersuchung zeigt, ist es ein Fehler, eine Therapiebereitschaft der Patient/innen vorauszusetzen, nur weil ein Interaktionsmodell aufgrund theoretischer Erwägungen präferiert wird, das die Patientenperspektive scheinbar oder tatsächlich einbezieht. Ebenso ist es nicht anzuraten, Adhärenz dort zu vermuten, wo Paternalismus gewünscht und die Verantwortung an den Arzt übergeben wird.

Die bisherige Compliance- bzw. Adhärenzforschung – auch der soziologischen Versorgungsforschung – verfolgt eine zu einseitige Perspektive, wenn sie das SDM zum einzig richtigen Interaktionsmodell erklärt und die Non-Adhärenz vor allem auf die funktionale Ebene reduziert. Es stellt sich die Frage, ob es das Ziel von Forschung sein sollte, zu versuchen, das individuelle gesundheitsbezogene Handeln zu normieren; müsste dies konsequent weitergedacht doch auch bedeuten, davon abweichendes Handeln als ‚Fehlverhalten‘ zu sanktionieren. Berücksichtigt man zudem die ethische Dimension dieser Entwicklung der Adhärenzforschung, so steht der Versuch der Normierung in deutlichem Widerspruch zur Autonomie des Patienten in gesundheitlichen Fragen, also der freien Entscheidung auch gegen eine Therapie. Während diese Möglichkeit beispielsweise bei einer medizinisch indizierten Operation gesetzlich verankert ist, scheint sie in Fragen der Hypertoniebehandlung kaum akzeptiert zu sein. Autonomie besagt nicht, den Patienten bei seinem eigenen Weg hin zur Compliance oder beim Erwerb der Fähigkeit zur aktiven Mitwirkung (Empowerment) zu unterstützen, dies würde bedeuten, im traditionellen – normativen – Denken der Medizin verhaftet zu bleiben.

Der Versuch, Patient/innen von ihrem (vermeintlichen) ‚Glück‘ überzeugen zu wollen, kann in der Regel nur scheitern. Medizinische Therapie, zumal die Bluthochdrucktherapie, ist ein Angebot für Menschen, das keiner Disziplinierung oder des Einsatzes von Mechanismen der Macht, verstanden als Regulierung der gesellschaftlichen Ordnung im Foucaultschen Sinne, bedarf.<sup>168</sup> Von der Hypertonie geht keine gesellschaftliche Gefahr aus, die es zu kontrollieren gilt – gleichwohl kann der gegenteilige Eindruck entstehen. Zukünftige (Adhärenz-)Forschung könnte daher stärker darauf ausgerichtet sein, die Patientenperspektive im Sinne der Rekonstruktion von Handlungs-, Wahrnehmungs- und Deutungsmustern zu untersuchen. Nicht mit dem Ziel, das Handeln von Patient/innen im Sinne der auf Therapieumsetzung ausgerichteten Funktionalität zu manipulieren, sondern die Patient/innen und das (Er-)Leben einer Krankheit verstehen zu können. Erst in einem zweiten Schritt könnten daraus angemessene (Be-)Handlungsmöglich-

---

<sup>168</sup> Maßnahmen der Hygiene oder der Eindämmung schwerwiegender und hochinfektöser Krankheiten sind gesondert zu diskutieren.

keiten abgeleitet werden. Es stellt sich gleichwohl die Frage, ob die weitere Adhärenzforschung aktuell einen Status erreicht hat, indem die Forschungsaktivität eine Richtung jenseits der immer wieder (so auch in dieser Untersuchung) genannten Begriffen, Kategorien und Modelle einschlagen sollte. Ist das Ziel der patientenzentrierten medizinischen und medizinsoziologischen Versorgungsforschung die Verbesserung der (hausärztlichen) (Patienten-)Versorgung, so muss sie an den Hauptakteuren der Versorgungssituation ansetzen: bei den Patient/innen und den Ärzt/innen. Der Bilanzierungsdialog von Ottomar Bahrs (2011)<sup>169</sup> könnte ein Weg in diese Richtung sein, sofern auch hier der zeitliche Aspekt der Akzeptanz einer Diagnose und die Möglichkeit, die Behandlungsentscheidungen dem Arzt überlassen zu können, mitgedacht werden.

Eine begriffliche Schwerpunktverlagerung von der Adhärenz-Debatte hin zu einer Auseinandersetzung mit der Definition und der Bedeutung des patientenseitigen Vertrauens erscheint auf der Grundlage der Ergebnisse der hier vorgestellten Untersuchung ratsam; nicht nur im Kontext der hausärztlichen Versorgung. Dies ist insofern relevant, als Vertrauen aus der Patientenperspektive als Abgabe von Verantwortung innerhalb einer paternalistischen Arzt-Patient-Beziehung verhandelt und somit als Gegensatz zur gesellschaftlich geforderten, von den Patient/innen jedoch als unangemessene kritische Haltung in Entscheidungssituationen wahrgenommene ‚Mündigkeit‘ verstanden wird (s. Kapitel 5.2.3). In engem Zusammenhang mit der Mündigkeit der Patient/innen steht auch die ebenfalls gesellschaftlich unterstützte Autonomie (oder Selbstbestimmung) von Patient/innen. Hier besteht ebenfalls weiterer Forschungsbedarf, da dessen Umsetzbarkeit in einer von Abhängigkeit und Asymmetrie geprägten Arzt-Patient-Beziehung fraglich ist. Auch ist die Einbindung autonomen Entscheidens in die einhellig präferierte partizipative Entscheidungsfindung bisher nicht eindeutig.

Gleich der Pluralisierung unserer Gesellschaft sollten Hausärzt/innen von wissenschaftlicher aber sicherlich auch von gesundheitspolitischer Seite unterstützt werden, ihren Patient/innen mit vielfältigen Interaktionsmöglichkeiten zu begegnen, das heißt, mit ihnen ins Gespräch zu kommen, die Gelegenheit zu haben, ihre Wertvorstellungen, Ängste, Wünsche und Möglichkeiten zu erkennen und die Therapie entsprechend darauf auszurichten. Das könnte in der Folge auch bedeuten, dass Autonomie beinhaltet, den dem Handeln innewohnenden subjektiven Sinn wahrzunehmen und anzuerkennen und dem Patienten ein aus der medizinischen Perspektive möglicherweise ‚unvernünftiges‘ oder ‚irrrationales‘ Handeln zuzugestehen.

---

<sup>169</sup> Vgl. ausführlich hierzu Bahrs u. Matthiessen (2007).



## 8 Literaturverzeichnis

- Arborelius, E., Bremberg, S. (1992): What does a human relationship with the doctor mean? *Scandinavian Journal of Primary Healthcare*; 10: 163-169.
- Aronson, J.K. (2007): Editors' view: Compliance, concordance, adherence. *British Journal of Clinical Pharmacology*; 63: 383-384.
- Arora, N.K., McHorney, C.A. (2000): Patient preferences for medical decision making. Who really wants to participate? *Medical Care*; 38: 335-341.
- Babrow, A.S., Kline, K.N. (2000): From „reducing“ to „coping with“ uncertainty: reconceptualizing the central challenge in breast self-exams. *Social Science and Medicine*; 51: 1805-1816.
- Bahrs, O. (2003): Mein Hausarzt hat Zeit für mich – Wunsch und Wirklichkeit Ergebnisse einer europäischen Gemeinschaftsstudie. *Gesundheit und Gesellschaft Wissenschaft*; 1: 17-23.
- Bahrs, O. (2011): Bilanzierungsdialo g – Eine Chance zur Förderung von Ressourcenorientierung in der Langzeitversorgung von Patienten mit chronischen Krankheiten. *Gesundheit und Gesellschaft Wissenschaft*; 4: 7-15.
- Bahrs, O., Matthiessen, P.F. (Hrsg.) (2007): *Gesundheitsfördernde Praxen – Die Chancen einer salutogenetischen Orientierung in der hausärztlichen Praxis*. Bern: Huber.
- Balint, E. (1969): Possibilities of patient-centered medicine. *Journal of the Royal College of General Practice*; 17: 269-276.

- Barbour, R.S., Kitzinger, J. (2001): Developing focus group research: politics, theory and practice. London, Thousand Oaks, New Delhi: Sage.
- Barry, C.A., Bradley, C.P., Britten, N., Stevenson, F.A., Barber, N. (2000): Patients' unvoiced agendas in general practice consultations: qualitative study. *British Medical Journal*; 320: 1246-1250.
- Barry, C.A., Stevenson, F.A., Britten, N., Barber, N., Bradley, C.P. (2001): Giving voice to the lifeworld. More humane, more effective medical care? A qualitative study of doctor-patient communication in general practice. *Social Science & Medicine*; 53: 487-505.
- Bauch, J. (1996): Gesundheit als sozialer Code. Von der Vergesellschaftung des Gesundheitswesens zur Medikalisierung der Gesellschaft. Weinheim, München: Juventa.
- Baune, B.Th., Aljeesh, Y., Bender, R. (2005): Factors of non-compliance with the therapeutic regimen among hypertensive men and women: A case-control study to investigate risk factors of stroke. *European Journal of Epidemiology*; 20: 411-419.
- Becker, H. (1984): Die Bedeutung der subjektiven Krankheitstheorie des Patienten für die Arzt-Patienten-Beziehung. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*; 34: 313-321.
- Benson, J., Britten, N. (2002): Patients' decisions about whether or not to take antihypertensive drugs: qualitative study. *British Medical Journal*; 325: 873.
- Benson, J., Britten N. (2006): What effects do patients feel from their antihypertensive tablets and how do they react to them? Qualitative analysis of interviews with patients. *Family Practice*; 23: 80-87.
- Bensing, J.M., Tromp, F., van Dulmen, S., van den Brink-Muinen, A., Verheul, W., Schellevis, F.G. (2006): Shifts in doctor-patient communication between 1986 and 2002: a study of videotaped general practice consultations with hypertensive patients. *BMC Family Practice*; 7: 62.
- Berger, P.L., Luckmann, T. (1972): Die gesellschaftliche Konstruktion der Wirklichkeit. Frankfurt/Main: Fischer.
- Bloom, S. W. (1995): Reform without change? *American Journal of Public Health*; 85: 907-908.
- Blumer, H. (1981): Der methodologische Standort des symbolischen Interaktionismus. In: Arbeitsgruppe Bielefelder Soziologen (Hrsg.): *Alltagswissen, Interaktion und gesellschaftliche Wirklichkeit*, Bd. 1, 5. Auflage, Opladen: Rowohlt: 80-146.
- Boeker, E. (2001): Der ärztliche Habitus in Venezuela. Interkulturelle Einblicke in die medizinische Professionskultur am Beispiel ärztlicher Deutungsmuster über Aids in Caracas. Dissertation. Hamburg.
- Bohnsack, R. (1989): Generation, Milieu und Geschlecht: Ergebnisse aus Gruppendiskussionen mit Jugendlichen. Opladen: Leske + Budrich.

- Bohnsack, R. (1997): Dokumentarische Methode. In: Hitzler, R., Honer, A. (Hrsg.): Sozialwissenschaftliche Hermeneutik. Opladen: Leske + Budrich: 191-212.
- Bohnsack, R. (1998): Rekonstruktive Sozialforschung und der Grundbegriff des Orientierungsmusters. In: Siefkes, D., Eulenhöfer, P., Stach, H., Städtler, K. (Hrsg.): Sozialgeschichte der Informatik. Wiesbaden: DUV: 105-121.
- Bohnsack, R. (2002): Gruppendiskussionsverfahren und dokumentarische Methode. In: Schaeffer, D., Müller-Mundt, G. (Hrsg.): Qualitative Gesundheits- und Pflegeforschung. Bern, Göttingen, Toronto: 305-325.
- Bohnsack, R. (2007): Rekonstruktive Sozialforschung. 6., durchgesehene und aktualisierte Auflage. Opladen, Farmington Hills: Barbara Budrich.
- Bohnsack, R., Przyborsky, A., Schäffer, B. (2006): Einleitung: Gruppendiskussionen als Methode rekonstruktiver Sozialforschung. In: Bohnsack, R., Przyborsky, A., Schäffer, B. (Hrsg.): Das Gruppendiskussionsverfahren in der Forschungspraxis. Opladen: Barbara Budrich: 7-24.
- Bohnsack, R., Nentwig-Gesemann, I., Nohl, A.M. (Hrsg.) (2007): Dokumentarische Methode und ihre Forschungspraxis. 2. erw. u. akt. Aufl. Wiesbaden: VS Verlag.
- Bourdieu, P. (1987): Die feinen Unterschiede. Kritik der gesellschaftlichen Urteilskraft. 1. Aufl. Frankfurt/Main: Suhrkamp (frz. 1979).
- Bourdieu, P. (1992): Homo academicus. 5. Aufl., Frankfurt/Main: Suhrkamp (zuerst 1988; frz. 1984).
- Braude, H., Kimmelman, J. (2010): The ethics of managing affective and emotional states to improve informed consent: autonomy, comprehension, and voluntariness. *Bioethics*; 26: 149-156.
- Britten, N., Stevenson, F.A., Barry, C., Barber, N., Bradley, C.P. (2000): Misunderstandings in prescribing decisions in general practice: qualitative study. *British Medical Journal*; 320: 484-488.
- Brubaker, R. (2004): *Ethnicity without groups*. Cambridge, Mass.: Harvard Univ. Press.
- Buijs, R., Sluijs, E.M., Verhaak, P.F.M. (1984): Byrne and Long: a classification for rating the interview style of doctors. *Social Science & Medicine*; 19: 683-690.
- Bundesministerium für Gesundheit (2012): Früherkennung & Vorsorge: Gesundheits-Check-up, online: <http://www.bmg.bund.de> <25.03.2012>.
- Burnier, M. (2006): Medication adherence and persistence as the cornerstone of effective antihypertensive therapy. *American Journal of Hypertension*; 19: 1190-1196.
- Byrne, P.S., Long, B.E.L. (1976): *Doctors talking to patients*. London: HMSO.
- Bynum, B. (2008): The art of medicine. *The Lancet*; 371: 644-645.
- Case, D.O., Andrews, J.E., Johnson, J.D., Allard, S.L. (2005): Avoiding versus seeking: the relationship of information seeking to avoidance, blunting, co-

- ping, dissonance, and related concepts. *Journal of the Medical Library Association*; 93: 353-362.
- Celis, H., Den Hond, E., Staessen, J.A. (2005): Self-Measurement of blood pressure at home in the management of hypertension. *Clinical Medicine & Research*; 3: 19-26.
- Charles, C., Gafni, A., Whelan, T. (1997): Shared decision-making in the medical encounter: What does it mean? (Or it takes at least two to tango). *Social Science and Medicine*; 44: 681-692.
- Chobanian, A.V., Bakris, G.L., Black, H.R. et al. (2003): Seventh report of the joint national committee on prevention, detection, evaluation, and treatment of high blood pressure. *Hypertension*; 42: 1206-1252.
- Corbin, J.M., Strauss, A.L. (2004): *Weiterleben lernen. Verlauf und Bewältigung chronischer Krankheit. 2. vollst. überarb. und erw. Aufl.* Bern: Huber.
- Cox, J., Mulholland, H. (1993): An instrument for assessment of videotapes of general practitioners' performance. *British Medical Journal*; 306: 1043-1046.
- Devine, E.C., Reifschneider, E. (1995): A meta-analysis of the effects of psychoeducational care in adults with hypertension. *Nursing Research*; 44: 237-245.
- Dickinson, D., Wilkie, P., Harris, M. (1999): Taking medicines: concordance is not compliance. *British Medical Journal*; 319: 787.
- DiMatteo, M.R. (2004): Variations in patients' adherence to medical recommendations: A quantitative review of 50 years of research. *Medical Care*; 42: 200-209.
- Dowell, J., Hudson, H. (1997): A qualitative study of medication-taking behaviour in primary care. *Family Practice*; 14: 369-375.
- Dreyfus, H.L., Rabinow, P. (1994): *Michel Foucault: Jenseits von Strukturalismus und Hermeneutik. 2. Aufl.* Weinheim: Beltz Athenäum.
- Düsing, R., Weisser, B., Mengden, T., Vetter, H. (1998): Changes in antihypertensive therapy – the role of adverse effects and compliance. *Blood Pressure*; 7: 313-315.
- Dulmen, S. van, Sluijs, E., Dijk, L. van, Ridder, D. de, Heerding, R., Bensing, J. (2007): Patient adherence to medical treatment: a review of reviews. *BMC Health Services Research*; 7: 55.
- Elwyn, G. (2005): Arriving at the postmodern medical consultation. *Primary Care*; 5: 287-291.
- Elwyn, G., Edwards, A., Britten, N. (2003): „Doing prescribing“: how doctors can be more effective. *British Medical Journal*; 327: 864-867.
- Ende, J., Kazis, L., Ash, A., Moskowitz, M.A. (1989): Measuring patients' desire for autonomy: decision making and information-seeking preferences among medical patients. *Journal of General Internal Medicine*; 4: 23-30.
- European Medicines Agency (2002): ICH Topic E 6 (R1). Guideline for good clinical practice, step 5, online: <http://www.ema.europa.eu> <05.03.2013>.
- Ewers, M. (2002): „Stationär läuft vieles anders...“ – Focus Groups mit Pflegenden in der technikintensiven häuslichen Versorgung. In: Schaeffer, D., Müller-



- Mundt, G. (Hrsg.): Qualitative Gesundheits- und Pflegeforschung. Bern: Huber: 327-350.
- Faden, R.R., Beauchamp, T.L. (1986): A History and Theory of Informed Consent. Oxford: Oxford University Press.
- Ferner, R.E. (2003): Is concordance the primrose path to health?" *British Medical Journal*; 327: 821-822.
- Feuerstein, G., Kuhlmann, E. (Hrsg.) (1999): Neopaternalistische Medizin: der Mythos der Selbstbestimmung im Arzt-Patient-Verhältnis. Bern, Göttingen: Huber.
- Flexner, A. (1910): Medical education in the United States and Canada. A report to the Carnegie Foundation for the advancement of teaching. New York.
- Folkman, S., Lazarus, R.S. (1980): An analysis of coping in a middle-aged community sample. *Journal of Health and Social Behaviour*; 2: 219-239.
- Foucault, M. (1993): Leben machen und sterben lassen: Die Geburt des Rassismus. In: *Bio-Macht. DISS-Texte*, 2. Aufl., Duisburg.
- Foucault, M. (2008): Die Geburt der Klinik. Eine Archäologie des ärztlichen Blicks. 8. Aufl., ungekürzte Ausgabe, Frankfurt/Main: Fischer (zuerst Hanser Verlag 1973).
- Fraser, R.C., McKinley, R.K., Mulholland, H. (1994): Consultation competence in general practice: testing the reliability of the Leicester assessment package. *British Journal of General Practice*; 44: 293-296.
- Freidson, E. (1960): Client control and medical practice. *The American Journal of Sociology*; 65: 374-382.
- Freidson, E. (1979): Der Ärztestand: berufs- und wissenschaftssoziologische Durchleuchtung einer Profession. Stuttgart: Enke (engl. 1970).
- Freud, S. (1964): Zur Psychopathologie des Alltagslebens. Frankfurt/Main: Fischer.
- Fuchs, V. (1986): The service economy. New York: Columbia University Press.
- Gadamer, H.G. (1996): Über die Verborgenheit der Gesundheit. 4. Aufl. Frankfurt/Main: Suhrkamp.
- Gasse, C., Hense, H.-W., Stieber, J., Döring, A., Liese, A.D., Keil, U. (2001): Assessing hypertension management in the community : trends of prevalence, detection, treatment, and control of hypertension in the MONICA Project, Augsburg 1984-1995. *Journal of the Human Hypertension*; 15: 27-36.
- Geleijnse, J.M., Kok, F.J., Grobbee, D.E. (2004): Impact of dietary and lifestyle factors on the prevalence of hypertension in Western populations. *European Journal of Public Health*; 14: 235-239.
- Gerhardt, U. (1997): Chronische Krankheiten im gesellschaftlichen Kontext. In: *Moderne Medizin – Wunsch und Wirklichkeit. Vorträge im Wintersemester der Ruprecht-Karls-Universität Heidelberg. Programm Heidelberger Verlagsanstalt*: 113-132.

- Glaser, B.G., Strauss, A.L. (1967): The discovery of grounded theory – strategies for qualitative research. New York: de Gruyter (Deutsch: Huber 1988).
- Glynn, L.G., Murphy, A.W., Smith, S.M., Schroeder, K., Fahey, T. (2010): Interventions used to improve control of blood pressure in patients with hypertension. Cochrane Database of Systematic Reviews, Issue 3. Art. No.: CD005182. DOI: 10.1002/14651858.CD005182.pub4, online: <http://onlinelibrary.wiley.com> <03.05.2013>.
- Goffman, I. (1981): Forms of talk. Philadelphia: Plymbridge Distributors Ltd.
- Greenhalgh, T., Hurwitz, B. (2005) (Hrsg.): Narrative-based Medicine – Sprechende Medizin. Dialog und Diskurs im klinischen Alltag. Bern, Göttingen, Toronto: Huber.
- Grime, J., Blenkinsopp, A., Raynor, D.K., Pollock, K., Knapp, P. (2007): The role and value of written information for patients about individual medicines: a systematic review. *Health Expectations*; 10: 286-298.
- Gupta, A.K., Arshad, S., Poulter, N.R. (2010): Compliance, safety, and effectiveness of fixed-dose combinations of antihypertensive agents. A meta-analysis. *Hypertension*; 55: 399-407.
- Halperin, E.C., Jay, A.P., Wilson, E.A. (2010): Abraham Flexner of Kentucky, his report, medical education in the United States and Canada, and the historical questions raised by the report. *Academic Medicine*; 85: 203-210.
- Haynes, R.B., Taylor, D.W., Sackett, D.L. (Hrsg.) (1982): Compliance Handbuch. München: Oldenbourg (Original: John Hopkins University Press 1979).
- Haynes, R.B., McDonald, H.P., Garg, A.X. (2002): Helping patients follow prescribed treatment: clinical applications. *Journal of the American Medical Association*; 288: 2880-2883.
- Hays, R.B. (1990): Assessment of general practice consultations: content validity of a rating scale. *Medical Education*; 24: 110-116.
- Heath, I. (2003): A wolf in sheep's clothing: a critical look at the ethics of drug taking. *British Medical Journal*; 327: 856-858.
- Himmel, W., Hummers-Pradier, E., Kochen, M.M. und die MedViP-Gruppe (2006): Medizinische Versorgung in der hausärztlichen Praxis – Ein neuer Forschungsansatz. *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz*; 49: 151-159.
- Hooker, R.C., Cowap, N., Newson, R., Freeman, G.K. (1999): Better by half: hypertension in the elderly and the 'rule of halves': a primary care audit of the clinical computer record as a springboard to improving care. *Family Practice*; 16: 123-128.
- Hummers-Pradier, E., Simmenroth-Nayda, A., Scheidt-Nave, C., Scheer, N., Fischer, T., Niebling, W., Kochen, M.M. (2003): Versorgungsforschung mit hausärztlichen Routinedaten. Sind Behandlungsdatenträger-(BDT-)Exporte geeignet? *Gesundheitswesen*; 65: 109-114.

- Huerkamp, C. (1985): Der Aufstieg der Ärzte im 19. Jahrhundert: vom gelehrten Stand zum professionellen Experten: das Beispiel Preußens. Kritische Studien zur Geschichtswissenschaft; Bd. 68. Göttingen: Vandenhoeck und Ruprecht.
- Hurrelmann, K. (2001): Wie lässt sich die Rolle der Patienten stärken? In: Reibnitz, C. von, Schnabel, P.-E., Hurrelmann, K. (Hrsg.): Der mündige Patient. Weinheim, München: Juventa.
- Ingram, T.L. (2009): Compliance: a concept analysis. *Nursing Forum*; 44: 189-194.
- Johnson, K.A., Partsch, D.J., Rippole, L.L., McVey, C.M. (1999): Reliability of Self-reported Blood Pressure Measurements. *Archives of Internal Medicine*; 159: 2689-2693.
- Johnson, M.J., Williams, M., Marshall, E.S. (1999): Adherent and nonadherent medication-taking in elderly hypertensive patients. *Clinical Nursing Research*; 8: 318-335.
- Kettner, M. (2006): Wunscherfüllende Medizin. *Gesundheit und Gesellschaft Wissenschaft*; 6: 7-16.
- Kim, M.T., Hill, M.N., Bone, L.R., Levine, D.M. (2000): Development and testing of the Hill-Bone compliance to high blood pressure therapy scale. *Progress in Cardiovascular Nursing*; 15: 90-96.
- Kitzinger, J. (1994): The methodology of focus groups: the importance of interaction between research participants. *Sociology of Health & Illness*; 16: 103-121.
- Kjellgren, K.I., Ahlner, J., Säljö, R. (1995): Taking antihypertensive medication – controlling or co-operation with patients? *Internal Journal of Cardiology*; 47: 257-268.
- Klemperer, D. (2005): Shared Decision Making und Patientenzentrierung – vom Paternalismus zur Partnerschaft in der Medizin. *Balint*; 6: 71-79.
- Koschack, J., Marx, G., Schnakenberg, J., Kochen, M.M., Himmel, W. (2010): Comparison of two self-rating instruments for medication adherence assessment in hypertension revealed insufficient psychometric properties. *Journal of Clinical Epidemiology*; 63: 299-306.
- Kravitz, R.L., Duan, N., Braslow, J. (2004): Evidence-based medicine, heterogeneity of treatment, and the trouble with averages. *Milbank Quarterly*; 82: 661-687.
- Krousel-Wood, M., Hyreb, A., Muntner, P., Morisky, D. (2005): Methods to improve medication adherence in patients with hypertension: current status and future directions. *Current Opinion in Cardiology*; 20: 296-300.
- Kurtz, S., Silverman, J., Draper, J. (2005): Teaching and learning communication skills in Medicine. Second Edition, Oxford: Redcliffe Publishing.
- Lahdenperä, T.S., Kygäs, H.A. (2001): Levels of compliance shown by hypertensive patients and their attitude towards their illness. *Journal of Advanced Nursing*; 34: 189-195.

- Lazarus, R.S., Launier, R. (1981): Streßbezogene Transaktion zwischen Person und Umwelt, in: Nitsch, J.R., Stress – Theorien, Untersuchungen, Maßnahmen, Bern: 213-260.
- Lazarus, R.S., Folkman, S. (1984): Coping and adaptation. In: Gentry WD (Hrsg.): The handbook of behavioral medicine. New York, NY: Guilford: 282-325.
- Lachmund, J. (1987): Die Profession, der Patient und das medizinische Wissen. Von der kurativen Medizin zur Risikoprävention. Zeitschrift für Soziologie; 16: 353-366.
- Larson, M. S. (1979): The rise of professionalism: A sociological analysis. Berkeley: University of California Press.
- Loos, P., Schäffer, B. (2001): Das Gruppendiskussionsverfahren: Theoretische Grundlagen und empirische Anwendung. Opladen: Leske + Budrich.
- Luhmann, N. (1968): Vertrauen. Ein Mechanismus der Reduktion sozialer Komplexität. Stuttgart: Ferdinand Enke Verlag.
- Mancia, G., Grassi, G., Pomidossi, G., Gregorini, L., Bertinieri, G., Parati, G. et al. (1983): Effects of blood-pressure measurement by the doctors on patient's blood pressure and heart rate. The Lancet; 24: 695-698.
- Mancia, G., Parati, G. (1990): Clinical significance of „white coat“ hypertension. Hypertension; 16: 624-626.
- Mangold, W. (1960): Gegenstand und Methode des Gruppendiskussionsverfahrens. Aus der Arbeit des Instituts für Sozialforschung. Frankfurt/Main: Europ. Verl.-Anstalt.
- Mannheim, K. (1980): Strukturen des Denkens, hrsg. von Kettler, D.; Meja, V.; Stehr, N. Frankfurt/Main: Suhrkamp.
- Mannheim, K. (2009): Beiträge zur Theorie der Weltanschauungsinterpretation (zuerst 1921-22). In: Barboza, A., Lichtblau, K. (Hrsg.): Schriften zur Wirtschafts- und Kultursoziologie. Wiesbaden: VS Verlag: 31-80.
- Mannheim, K. (2009a): Das Problem der Generationen. In: Barboza, A., Lichtblau, K. (Hrsg.): Schriften zur Wirtschafts- und Kultursoziologie. Wiesbaden: VS Verlag: 121-166.
- Marston, M.V. (1970): Compliance with medical regimens: a review of the literature. Nursing Research; 19: 312-323.
- Marx, G., Witte, N., Koschack, J. (2008): Gruppendiskussionen mit Patientinnen und Patienten: eine Methode in der Versorgungsforschung. In: Kirch, W., Badura, B., Pfaff, H. (Hrsg.): Prävention und Versorgungsforschung. Ausgewählte Beiträge des 2. Nationalen Präventionskongresses und 6. Deutschen Kongresses für Versorgungsforschung Dresden, 24. bis 27. Oktober 2007. Berlin Heidelberg: Springer: 63-80.
- 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; 85: 105-113.

- Marx, G., Witte, N., Himmel, W., Kühnel, S., Simmenroth-Nayda, A., Koschack, J. (2011): Accepting the unacceptable: Medication adherence and different types of action patterns among patients with high blood pressure. *Patient Education and Counseling*; 85: 468-474.
- McManus, R.J., Mant, J., Roalfe, A., Oakes, R.A., Bryan, S., Pattison, H.M. et al. (2005): Targets and self-monitoring in hypertension: randomized controlled trial and cost effectiveness analysis. *British Medical Journal*; 331: 493-498.
- McWhinney, I.R. (1987): Health and disease: problems of definition. *Canadian Medical Association Journal*; 136: 815.
- Mead, N., Bower, P. (2000): Patient-centeredness: a conceptual framework and review of the empirical literature. *Social Science & Medicine*; 51: 1087-1110.
- Meißel, T. (2005): Compliance – Zur Funktion eines Begriffes der medizinischen Alltagspraxis. *Balint*; 6: 55-60.
- Merton, R.K., Kendall P.L. (1946) : The focused interview. *American Journal of Sociology*; 51: 541-557.
- Miller, N.H., Berra, K., Long, J. (2010): Hypertension 2008 – awareness, understanding, and treatment of previously diagnosed hypertension in baby boomers and seniors: a survey conducted by Harris Interactive on behalf of the Preventive Cardiovascular Nurses Association. *The Journal of Clinical Hypertension*; 12: 328-334.
- Mishler, E.G. (1984): The discourse of medicine. The dialectics of medical interviews. Norwood, NJ: Ablex.
- Mitchell, E., Sullivan, F., Grimshaw, J.M., Donnan, P.T., Watt, G. (2005): Improving management of hypertension in general practice: a randomized controlled trial of feedback derived from electronic patient data. *British Journal of General Practice*; 55: 94-101.
- Morecroft, C., Cantrill, J., Tully, M.P. (2006): Individual patient's preferences for hypertension management: A Q-methodological approach. *Patient Education and Counseling*; 61: 354-362.
- Morgan, D.L. (1997): Focus groups as qualitative research. 2. Aufl. London: Sage.
- Morisky, D.E., Green, L.W., Levine, D.M. (1986): Concurrent and predictive validity of a self-reported measure of medication adherence. *Medical Care*; 24: 67-74.
- Möllering, G. (2006): Trust: Reason, Routine, Reflexivity. Oxford: Elsevier.
- National Institute for Health and Clinical Excellence (2006): CG 34 Hypertension NICE guideline: Management of hypertension in adults in primary care, online: <http://guidance.nice.org.uk <24.04.2013>>.
- Nelson, W.L., Han, P.K.J., Fagerlin, A., Stefanek, M., Ubel, P.A. (2007): Rethinking the objectives of decision aids: a call for conceptual clarity. *Medical Decision Making*; 27: 609-618.
- Neutel C.I., Campbell, N.R. (2008): Changes in lifestyle after hypertension diagnosis in Canada. *Canadian Journal of Cardiology*; 24: 199-204.

- Nohl, A.M. (2006): Interview und dokumentarische Methode. Wiesbaden: VS Verlag.
- O'Connor, A.M., Bennett, C.L., Stacey, D., Barry, M., Col, N.F., Eden, K.B. et al. (2009): Decision aids for people facing health treatment or screening decisions. *Cochrane Database of Systematic Reviews*; Issue 3, CD001431, doi: 10.1002/14651858.CD001431.pub2, online: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD001431.pub2>, <06.04.2011>.
- Oliveria, S.A., Chen, R.S., McCarthy, B.D., Davis, C.C., Hill, M.N. (2005): Hypertension knowledge, awareness, and attitudes in a hypertensive population. *Journal of General Internal Medicine*; 20: 219-25.
- Osterberg, L., Blaschke, T. (2005): Adherence to Medication. *New England Journal of Medicine*; 353: 487-497.
- Parsons, T. (1951): *The social system*. Glencoe: The Free Press.
- Parsons, T. (1977): Einige theoretische Betrachtungen zum Bereich der Medizinsoziologie. In: Ders.: *Sozialstruktur und Persönlichkeit*, 2. unveränd. Aufl., FFM: Fachbuchhandlung für Psychologie, Verl.-Abt.: 408-450.
- Peirce, C.S. (1933/1980): *Collected Papers*. Hartshorne, Ch., Weiss, P. (eds.): Cambridge: Belknap.
- Pendleton, D., Schofield, T., Tate, P. (1984): A method for giving feedback. In: Pendleton, D. (ed.): *The consultation: an approach to learning and teaching*. Oxford University Press, Oxford: 68-77.
- Pendleton, D., Schofield T., Tate, P., Havelock, P. (2003): *The new consultation. Developing doctor-patient communication*. Second Edition, New York: Oxford University Press.
- Pflanz, M. (1984): Gesundheitsverhalten. In: Mitscherlich, A., Brocher, T., von Merin, O., Horn, K. (Hrsg.): *Der Kranke in der modernen Gesellschaft*. Frankfurt/Main: Syndikat.
- Pickering, T.G., Coats, A., Mallion, J.M., Mancina, G., Verdecchia, P. (1999): Task force V: white-coat hypertension. *Blood Pressure Monitoring*; 4: 333-341.
- Pickering, T.G., Miller, N.H., Ogedegbe, G., Krakoff, L.R., Artinian, N.T., Goff, D. et al. (2008): Call to action on use and reimbursement for home blood pressure monitoring: a joint scientific statement from the American Heart Association, American Society of Hypertension, and Preventive Cardiovascular Nurses Association. *Journal of Cardiovascular Nursing*; 23: 299-323.
- Pittrow, D., Bramlage, P., Höfler, M., Kirch, W., Krause, P., Küpper, B. et al. (2003): Prävalenz und Schweregrad von arterieller Hypertonie und Diabetes mellitus in der hausärztlichen Praxis – ein unterschätztes Problem. *Journal für Hypertonie*; 7: 7-11.
- Pringle, M., Robins, S., Brown, G. (1986): Timer: a new objective measure of consultation content and its application to computer assisted consultations. *British Medical Journal*; 293: 20-22.

- Raisa, B.D., Kraetschmer, N., Urowitz, S., Sharpe, N. (2007): Do people want to be autonomous patients? Preferred roles in treatment decision-making in several patient populations. *Health Expectations*; 10: 248-258.
- Rehbein, B. (2006): *Die Soziologie Pierre Bourdieus*. Konstanz: UTB.
- Reibnitz, C. von, Schnabel, P.-E., Hurrelmann, K. (Hrsg.) (2001): *Der mündige Patient*. Weinheim, München: Juventa.
- Reichert, J. (2003): Abduktion. In: Bohnsack, R., Marotzki, W., Meuser, M. (Hrsg.): *Hauptbegriffe Qualitativer Sozialforschung*. Opladen: Leske + Budrich.
- Rickerby, J. (2002): The role of home blood pressure measurement in managing hypertension: an evidence-based review. *Journal of Human Hypertension*; 16: 469-472.
- Robinson, J.D. (2001): Closing medical encounters: two physician practices and their implications for the expression of patients' unstated concerns. *Social Science & Medicine*; 53: 639-656.
- Rosenberg, E., Richard, C., Lussier, M.T., Abdool, S.N. (2006): Intercultural communication competence in family medicine: lesson from the field. *Patient Education and Counseling*; 61: 236-245.
- Rosenthal, G. (1995): *Erlebte und erzählte Lebensgeschichte. Gestalt und Struktur biographischer Selbstbeschreibungen*. Frankfurt/Main: Campus.
- Rosenthal, G. (2005): *Interpretative Sozialforschung*. Weinheim: Juventa.
- Roter, D., Hall, J.A., Merisca, R., Nordstrom, B., Cretin, D., Svarstad, B. (1998): Effectiveness of Interventions to Improve Patient Compliance: A Meta-Analysis. *Medical Care*; 36: 1138-1161.
- Rousseau, J.-J. (1998): *Emil oder über die Erziehung*. In neuer dt. Fassung besorgt von Ludwig Schmidts. Vollst. Ausg. 13., unveränd. Aufl. Paderborn, München, Wien: Schöningh (frz. Orig. 1762).
- Royal College of General Practitioners (2007): *Video assessment of consulting skills in 2007*. Workbook and instructions, online: [www.bradfordvts.co.uk](http://www.bradfordvts.co.uk) <22.03.2013>.
- Sackett, D.L., Rosenberg, W.M.C., Muir Gray, J. A., Haynes, R.B., Scott Richardson, W.S. (1996): Evidence based medicine: what it is and what it isn't. *British Medical Journal*; 312: 70-72.
- Schaeffer, D. (2001): *Patientenorientierung und -beteiligung in der pflegerischen Versorgung*. In: Reibnitz, C. von, Schnabel, P.-E., Hurrelmann, K. (Hrsg.): *Der mündige Patient*. Weinheim, München: Juventa: 49-59.
- Scheibler, F., Janssen, C., Pfaff, H. (2003): Shared decision making: ein Überblicksartikel über die internationale Forschungsliteratur. *Sozial- und Präventivmedizin*; 48: 11-24.
- Scheltens, T., Bots, M.L., Numans, M.E., Grobbee, D.E., Hoes, A.W. (2007): Awareness, treatment and control of hypertension: the 'rule of halves' in an

- era of risk-based treatment of hypertension. *Journal of Human Hypertension*; 21: 99-106.
- Schettini, C., Bianchi, M., Nieto, F., Sandoya, E., Senra, H. (1999): Ambulatory blood pressure: normality and comparison with other measurements. *Hypertension*; 34: 818-825.
- Schneider, A., Körner, T., Mehring, M., Wensing, M., Elwyn, G., Szecsenyi, J. (2006): Impact of age, health locus of control and psychological co-morbidity on patients' preferences for shared decision making in general practice. *Patient Education and Counseling*; 61: 292-298.
- Schröer, N. (1997): Wissenssoziologische Hermeneutik. In: Hitzler, R., Honer, A. (Hrsg.): *Sozialwissenschaftliche Hermeneutik*. Opladen: Leske + Budrich: 109-132.
- Schütz, A. (1971): *Das Problem der sozialen Wirklichkeit, Gesammelte Aufsätze Bd. 1*, Den Haag 1971.
- Schütz, A. (1974): *Der sinnhafte Aufbau der sozialen Welt*. Wien: Springer.
- Schütz, A., Luckmann, T. (2003): *Strukturen der Lebenswelt*. Konstanz: UVK (zuerst 1975).
- Schütze, F. (1977): Die Technik des narrativen Interviews in Interaktionsfeldstudien – dargestellt an einem Projekt zur Erforschung von kommunalen Machtstrukturen. *Arbeitsberichte und Forschungsmaterialien Nr. 1 der Universität Bielefeld: Fakultät für Soziologie*.
- Segal, J.Z. (2007): „Compliance“ to „Concordance“: A critical view. *Journal of Medical Humanities*; 28: 81-96.
- Sharkness, C.M., Snow, D.A. (1992): The patient's view of hypertension and compliance. *American Journal of Preventive Medicine*; 8: 141-146.
- Siegrist, J. (1995): *Medizinische Soziologie*. 5. Aufl. München, Wien, Baltimore: Urban & Schwarzenberg
- Siegrist, J. (2005): *Medizinische Soziologie*. 6., neu bearb. und erw. Aufl. München, Jena: Urban & Fischer.
- Simmenroth-Nayda, A., Chenot, J.F., Fischer, Th., Scherer, M., Stanske, B., Kochen, M.M. (2007): Mit Laienschauspielern das ärztliche Gespräch trainieren. *Deutsches Ärzteblatt*; 104: 847-52.
- Simon, A., Neitzke, G. (2008): Medizinethische Aspekte der Klinischen Ethikberatung. In: Dörries, A., Neitzke, G., Simon, A., Vollmann, J. (Hrsg.): *Klinische Ethikberatung*. Stuttgart: Kohlhammer: 24-40.
- Smith, R. (1991): Where is the wisdom...? The poverty of medical evidence. *British Medical Journal*; 202: 798-99.
- Smith, R. (1992): The ethics of ignorance. *Journal of Medical Ethics*; 18: 117-134.
- Statistisches Bundesamt (2010): *Das Informationssystem der Gesundheitsberichterstattung des Bundes: Sterbefälle für die häufigsten Todesursachen*, online: [www.gbe-bund.de](http://www.gbe-bund.de) <05.03.2012>.



- Stichele, R.H. van der, Haecht, C.H. van, Braem, M.D., Bogaert, M.G. (1991): Attitude of the public toward technical package inserts for medication information in Belgium. *DICP, The Annals of Pharmacotherapy*; 25: 1002-1006.
- Strauss, A.L. (1998): *Grundlagen qualitativer Sozialforschung: Datenanalyse und Theoriebildung in der empirischen und soziologischen Forschung*. 2. Aufl. München: Fink.
- Strauß, B., Berger, U., Troschke, J., Brähler, E. (2004): *Lehrbuch medizinische Psychologie und medizinische Soziologie*. Göttingen: Hogrefe.
- Strull, W.M., Lo, B., Charles, G. (1984): Do patients want to participate in medical decision making. *Journal of the American Medical Association*; 252: 2990-2994.
- Supday, A., Voelkel, A., Witzel, J., Gubka, U., Northoff, G. (2011): How is informed consent related to emotions and empathy? An exploratory neuroethical investigation. *Journal of Medical Ethics*; 37: 311-317.
- Svensson, S., Kjellgren, K.I., Ahlner, J., Säljö, R. (2000): Reasons for adherence with antihypertensive medication. *International Journal of Cardiology*; 76: 157-163.
- Tai-Seale, M., Stults, C., Zhang, W., Shumway, M. (2012): Expressing uncertainty in clinical interactions between physicians and older patients: What matters? *Patient Education and Counseling*; 86: 322-328.
- Taylor, R.B. (1990): Patient Profiling: Individualisation of Hypertension Therapy. *American family physician*; 42 (5 Suppl): 29S-31S.
- Thiel, J. van, Ram, P., Dalen, J. van (2000): MAAS-Global Manual 2000. Guidelines to the rating of communication skills and clinical skills of doctors with the MAAS-Global, online: [www.hag.unimaas.nl/Maas-Global\\_2000/index.htm](http://www.hag.unimaas.nl/Maas-Global_2000/index.htm) <19.03.2012>.
- Treibel, A. (1995): *Einführung in soziologische Theorien der Gegenwart*. 3. Aufl., Opladen: Leske + Budrich.
- Trostle, J.A. (1988): Medical compliance as an ideology. *Social Science and Medicine*; 27: 1299-1308.
- Verberk, W.J., Kroon, A.A., Jongen-Vancraybex, H.A., de Leeuw, P.W. (2007): The applicability of home blood pressure measurement in clinical practice: A review of literature. *Vascular Health and Risk Management*; 3: 959-966.
- Vermeire, E., Hearnshaw, H., Van Royen, P., Denekens, J. (2001): Patient adherence to treatment: three decades of research. A comprehensive review. *Journal of Clinical Pharmacy and Therapeutics*; 26: 331-342.
- Vogd, W. (2004a): Ärztliche Entscheidungsfindung im Krankenhaus bei komplexer Fallproblematik im Spannungsfeld von Patienteninteressen und administrativ organisatorischen Bedingungen. *Zeitschrift für Soziologie*; 33: 26-47.
- Vogd, W. (2004b): Ärztliche Entscheidungsprozesse des Krankenhauses im Spannungsfeld von System- und Zweckrationalität: Eine qualitativ rekonstruktive Studie. Berlin: VWF.

- Vogd, W. (2006): Die Organisation Krankenhaus im Wandel. Eine dokumentarische Evaluation aus Perspektive der ärztlichen Akteure. Bern: Huber.
- Volmerg, U. (1977): Kritik und Perspektiven des Gruppendiskussionsverfahrens in der Forschungspraxis. In Leithäuser, T., Volmerg, B., Salje, G., Volmerg, U., Wutka, B. (Hrsg.): Entwurf zu einer Empirie des Alltagsbewusstseins. Frankfurt/Main: Suhrkamp: 184-217.
- Wahl, C., Gregoire, J.-P., Teo, K., Beaulieu, M., Labelle, S., Leduc, B. et al. (2005): Concordance, compliance and adherence in healthcare: closing gaps and improving outcomes. *Healthcare Quarterly*; 8: 65-70.
- Weaver, N.F., Murtagh, M.J., Thomson, T.G. (2006): How do newly diagnosed hypertensives understand 'risk'? Narratives used in coping with risk. *Family Practice*; 23: 637-643.
- Weber, M. (1984): *Soziologische Grundbegriffe*. 6., erneut durchges. Aufl., Tübingen: Mohr. Sonderausgabe aus: Ders.: *Wirtschaft und Gesellschaft, Grundriss der verstehenden Soziologie*, 1. Halbband, Tübingen (zuerst 1921).
- Weiss, M., Britten, N. (2003): What is concordance? *The Pharmaceutical Journal*; 271: 493.
- Wetzel, D., Scheidt-Nave, C., Rogausch, A., Heidenreich, R., Sigle, J., Himmel, W. et al. (2003): „Medizinische Versorgung in der Praxis“ – eine Modellstudie zur Verbesserung der hausärztlichen Versorgungsforschung in Deutschland. *Zeitschrift für Allgemeinmedizin*; 79: 394-398.
- WHO (2003): Adherence to long-term therapies: evidence for action. World Health Organisation, online: [www.who.int](http://www.who.int) <05.03.2013>.
- Windeler, J. (2012): Individualisierte Medizin – unser (Un)Verständnis. *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen*; 106: 5-10.
- Witte, N. (2010): *Ärztliches Handeln im Praxisalltag: Eine interaktions- und biographieanalytische Studie*. Frankfurt/Main: Campus.
- Wolff, H.P. (1989): *Arzt und Patient*. In: Sass, H.-M. (Hrsg.): *Medizin und Ethik*. Reclam, Stuttgart: 184-211.
- Wolf-Maier, K., Cooper, R.S., Kramer, H., Banegas, J.R., Giampaoli, S., Joffres, M.R. et al. (2004): Hypertension treatment and control in five European countries, Canada, and the United States. *Hypertension*; 43: 10-17.
- Wright, E.C. (1993): Non-compliance – or how many aunts has Matilda? *The Lancet*; 342: 909-913.
- Ziegeler, G., Friedrich, H., Poser, S. (2002): *Multiple Sklerose – das einzig sichere an ihr ist ihre Unzuverlässigkeit*. Bad Homburg: VAS-Verlag.

## 9 Anhang

### 9.1 Verwendete Transkriptionszeichen

,	kurzes Absetzen, kurze Pause (nicht länger als eine Sekunde)
(4)	Pause, Dauer in Sekunden
?	Kennzeichnung einer deutlichen Anhebung der Stimme am Satzende
Nein=nein	schneller Anschluss; Zusammenziehung
jaaa	Dehnung; je mehr Vokale aneinandergereiht werden, desto länger ist die Dehnung
viellei-	Abbruch (nach dem abgebrochenen Wort Freizeichen setzen)
((lachend))	Kommentar der Transkribierenden zu nicht verbalen Ereignissen, z.B. auch: ((lauter werdend)), ((leise))
<i>waren gestern</i>	hält das kommentierte Phänomen über einen längeren Zeitraum an, wird der Text kursiv geschrieben
(doch)	Unsicherheit bei der Transkription, z.B. aufgrund schwer verständlicher Äußerungen
( )	Äußerung ist unverständlich; die Länge der Klammer zeigt in etwa die Dauer der unverständlichen Äußerung an
<b>nein</b>	Betont
↑	Beginn einer Überlappung, d.h. gleichzeitiges Sprechen von zwei oder mehreren Diskussionsteilnehmer/innen; auch Markierung eines direkten Anschlusses beim Sprecherwechsel

## 9.2 Fragebogen

**Auf den folgenden zwei Seiten geht es um die Einnahme von Medikamenten.**

Haben Sie innerhalb der letzten 7 Tage Medikamente eingenommen?

1 Ja     2 Nein



Wenn ja, welche Medikamente waren das? Machen Sie bitte Ihre Angaben auf der nächsten Seite entsprechend der unten geschilderten Vorgehensweise! Bitte tragen Sie auch Medikamente ein, die Sie nicht auf Rezept von der Ärztin/vom Arzt verordnet bekommen haben (z.B. frei verkäufliche Schmerzmittel).

Gehen Sie bitte folgendermaßen vor:



Geben Sie den **genauen und vollständigen Namen** des Medikamentes an.

**Wenn vorhanden:** Tragen Sie die **PZN-Nummer** ein. Sie finden Sie meist unter dem **Strichcode** auf einer der sechs Seiten der Medikamentenschachtel. Die Buchstabenfolge „PZN“ steht immer vor der Nummer; die Nummer ist immer 7-stellig.

**Wenn vorhanden:** Kreuzen Sie die **Normpackungsgröße** an. Die Normpackungsgröße ist meistens vor oder hinter den Angaben zur Packungsgröße als **N1**, **N2** oder **N3** angegeben.

Tragen Sie bitte für jedes Medikament auch noch Folgendes ein:

- die Darreichungsform (z.B. Dragees, Tabletten, Kapseln, Tropfen, Hübe)
- die empfohlene **Dosis** zur **regelmäßigen Einnahme** (z.B. 3x täglich 1 Tabl., darzustellen als 1-1-1) oder zur **Einnahme nach Bedarf** (z.B. bei akuten Beschwerden)
- ob es Ihnen vom Arzt auf Rezept **verordnet** wurde oder nicht.

Für das zuvor abgebildete Medikament zeigen wir Ihnen, wie Sie die Einträge für Ihre eigenen Medikamente vornehmen sollten:	Packungsgröße	Verordnung der Einnahme		vom Arzt verordnet	
		Regelmäßig	Nach Bedarf	Ja	Nein
<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block; margin-bottom: 5px;">                     A C C    A K U T    6 0 0                 </div> PZN: 6 1 9 7 4 8 1    Form: Brausetabl.    Dosis: 1 Tabl. Grund für Einnahme: zum Schleimlösen _____	<input checked="" type="checkbox"/> N1 <input type="checkbox"/> N2 <input type="checkbox"/> N3	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

Bitte fahren Sie fort:	Packungsgröße	Verordnung der Einnahme		vom Arzt verordnet	
		Regelmäßig	Nach Bedarf	Ja	Nein
1. <input type="text"/> PZN: <input type="text"/> Form: <input type="text"/> Dosis: <input type="text"/> Grund für Einnahme: <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> N1 <input type="checkbox"/> N2 <input type="checkbox"/> N3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. <input type="text"/> PZN: <input type="text"/> Form: <input type="text"/> Dosis: <input type="text"/> Grund für Einnahme: <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> N1 <input type="checkbox"/> N2 <input type="checkbox"/> N3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. <input type="text"/> PZN: <input type="text"/> Form: <input type="text"/> Dosis: <input type="text"/> Grund für Einnahme: <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> N1 <input type="checkbox"/> N2 <input type="checkbox"/> N3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. <input type="text"/> PZN: <input type="text"/> Form: <input type="text"/> Dosis: <input type="text"/> Grund für Einnahme: <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> N1 <input type="checkbox"/> N2 <input type="checkbox"/> N3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. <input type="text"/> PZN: <input type="text"/> Form: <input type="text"/> Dosis: <input type="text"/> Grund für Einnahme: <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> N1 <input type="checkbox"/> N2 <input type="checkbox"/> N3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. <input type="text"/> PZN: <input type="text"/> Form: <input type="text"/> Dosis: <input type="text"/> Grund für Einnahme: <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> N1 <input type="checkbox"/> N2 <input type="checkbox"/> N3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. <input type="text"/> PZN: <input type="text"/> Form: <input type="text"/> Dosis: <input type="text"/> Grund der Einnahme: <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> N1 <input type="checkbox"/> N2 <input type="checkbox"/> N3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. <input type="text"/> PZN: <input type="text"/> Form: <input type="text"/> Dosis: <input type="text"/> Grund der Einnahme: <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> N1 <input type="checkbox"/> N2 <input type="checkbox"/> N3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



**Die folgenden Fragen beziehen sich auf Ihren Blutdruck.**

**1. Seit wann wissen Sie, dass Ihr Blutdruck zu hoch ist?**

- <sub>1</sub> Seit weniger als 6 Monaten.
- <sub>2</sub> Seit 6-12 Monaten.
- <sub>3</sub> Seit 1-2 Jahren.
- <sub>4</sub> Seit 2-5 Jahren.
- <sub>5</sub> Seit 5-10 Jahren.
- <sub>6</sub> Seit mehr als 10 Jahren.
- <sub>7</sub> Ich bin mir nicht sicher.

**2. Seit wann erhalten Sie Medikamente gegen den hohen Blutdruck?**

- <sub>1</sub> Seit weniger als 6 Monaten.
- <sub>2</sub> Seit 6-12 Monaten.
- <sub>3</sub> Seit 1-2 Jahren.
- <sub>4</sub> Seit 2-5 Jahren.
- <sub>5</sub> Seit 5-10 Jahren.
- <sub>6</sub> Seit mehr als 10 Jahren.
- <sub>7</sub> Ich erhalte keine Medikamente gegen hohen Blutdruck.

**3. Wer hat Ihren Blutdruck zuletzt gemessen?**

- <sub>1</sub> Meine Hausärztin/mein Hausarzt.
- <sub>2</sub> Die Apothekerin/der Apotheker.
- <sub>3</sub> Ich messe meinen Blutdruck selbst.
- <sub>4</sub> Eine andere Person, und zwar \_\_\_\_\_.
- <sub>5</sub> Ich kann mich nicht erinnern.

**4. Wann wurde Ihr Blutdruck das letzte Mal gemessen?**

- <sub>1</sub> Innerhalb der letzten 7 Tage.
- <sub>2</sub> Vor 1-4 Wochen.
- <sub>3</sub> Vor 1-3 Monaten.
- <sub>4</sub> Vor mehr als 3 Monaten.
- <sub>5</sub> Ich kann mich nicht erinnern.

**5. Wie hoch war Ihr Blutdruck bei der letzten Messung?**

- \_\_\_ \_\_\_ / \_\_\_ \_\_\_ mm Hg (z.B. 150/90).
- Ich kann mich nicht erinnern.

**6. Erinnern Sie sich noch, ob Ihr oberer Blutdruckwert in der Zeit vor der Einnahme von Blutdruckmedikamenten über oder unter 160 mm Hg betrug?**

- <sub>1</sub> Ja, ich kann mich erinnern:
  - <sub>11</sub> Der obere Wert betrug über 160 mm Hg (z.B. 180/100).
  - <sub>12</sub> Der obere Wert betrug unter 160 mm Hg (z.B. 150/90).
- <sub>2</sub> Nein, ich kann mich nicht erinnern.
- <sub>3</sub> Ich habe noch nie Medikamente gegen Bluthochdruck genommen.

Bei den folgenden Fragen geht es um die Einnahme von **Blutdruckmedikamenten** und um **Gewohnheiten oder Probleme**, die dabei eine Rolle spielen könnten.

	gar nicht	selten	meistens	immer
1. Wie oft vergessen Sie, Ihre Blutdruckmedikamente einzunehmen?	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>
2. Wie oft entscheiden Sie sich, Ihre Blutdruckmedikamente nicht einzunehmen?	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>
3. Wie oft essen Sie salziges Essen?	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>
4. Wie oft salzen Sie Ihre Mahlzeiten nach?	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>
5. Wie oft essen Sie Fertigprodukte oder Fast Food (z.B. Tüten- oder Dosensuppen, fertige Tiefkühlgerichte, Pizza, Hamburger, Currywurst)?	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>
6. Wie oft vereinbaren Sie nach einem Besuch bei Ihrer Hausärztin/Ihrem Hausarzt einen Kontrolltermin?	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>
7. Wie oft versäumen Sie einen vereinbarten Termin bei Ihrer Hausärztin/Ihrem Hausarzt?	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>
8. Wie oft vergessen Sie, sich ein neues Rezept für Ihr Blutdruckmedikament zu bestellen?	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>
9. Wie oft gehen Ihnen Ihre Blutdruckmedikamente aus, ohne dass Sie ein neues Rezept haben?	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>
10. Wie oft unterlassen Sie die Einnahme Ihrer Blutdruckmedikamente vor einem Arzttermin?	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>
11. Wie oft versäumen Sie die Einnahme Ihrer Blutdruckmedikamente, wenn Sie sich gut fühlen?	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>
12. Wie oft versäumen Sie die Einnahme Ihrer Blutdruckmedikamente, wenn Sie sich krank fühlen?	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>
13. Wie oft nehmen Sie die Blutdruckmedikamente anderer Personen ein (z.B. von Verwandten, Freunden)?	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>
14. Wie oft sind Sie nachlässig und versäumen die Einnahme Ihrer Blutdruckmedikamente?	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>



**Die folgenden Fragen sind wichtig für die Beschreibung  
der Gruppe der Studienteilnehmer/innen.**

**1. Sind Sie**

- <sub>1</sub> weiblich? <sub>2</sub> männlich?

**2. Welche Staatsangehörigkeit haben Sie?**

- <sub>1</sub> deutsch <sub>2</sub> nicht deutsch

**3. Wann sind Sie geboren?**

Geburtsmonat: \_\_ \_\_ Geburtsjahr: \_\_ \_\_ \_\_ \_\_

**4. Leben Sie mit einer Partnerin/einem Partner zusammen?**

- <sub>1</sub> ja <sub>2</sub> nein

**5. Welchen Familienstand haben Sie?**

- <sub>1</sub> Ich bin verheiratet und lebe mit meiner Ehepartnerin/meinem Ehepartner zusammen.
- <sub>2</sub> Ich bin verheiratet und lebe nur am Wochenende mit meiner Ehepartnerin/meinem Ehepartner zusammen.
- <sub>3</sub> Ich bin verheiratet und lebe von meiner Ehepartnerin/meinem Ehepartner getrennt.
- <sub>4</sub> Ich bin ledig.
- <sub>5</sub> Ich bin geschieden.
- <sub>6</sub> Ich bin verwitwet.

**6. Wie viele Personen leben ständig in Ihrem Haushalt?**

- <sub>1</sub> Ich lebe mit \_\_ Person/en zusammen, davon ist/sind \_\_ unter 18 Jahre alt.
- <sub>2</sub> Ich lebe allein.

**7. Welchen höchsten allgemein bildenden Schulabschluss haben Sie?**

- <sub>1</sub> Ich bin noch Schüler/in.
- <sub>2</sub> Ich bin ohne Hauptschulabschluss (Volksschulabschluss) von der Schule abgegangen.
- <sub>3</sub> Ich habe den Hauptschulabschluss (Volksschulabschluss).
- <sub>4</sub> Ich habe den Realschulabschluss (Mittlere Reife).
- <sub>5</sub> Ich habe den Abschluss der Polytechnischen Oberschule, 10. Klasse (vor 1965: 8. Klasse).
- <sub>6</sub> Ich habe die Fachhochschulreife.
- <sub>7</sub> Ich habe die allgemeine oder fachgebundene Hochschulreife/Abitur (Gymnasium bzw. EOS).
- <sub>8</sub> Ich habe einen anderen Schulabschluss, und zwar:
- \_\_\_\_\_.



**8. Welchen beruflichen Ausbildungsabschluss haben Sie?**

Was trifft auf dieser Liste auf Sie zu? Bitte lesen Sie die Liste ganz durch; Mehrfachnennungen sind möglich.

- <sub>1</sub> Ich bin in beruflicher Ausbildung (Auszubildende/r, Student/in).
- <sub>2</sub> Ich habe eine beruflich-betriebliche Berufsausbildung (Lehre) abgeschlossen.
- <sub>3</sub> Ich habe eine Ausbildung an einer Fach-, Meister-, Technikerschule, Berufs- oder Fachakademie abgeschlossen.
- <sub>4</sub> Ich habe eine beruflich-schulische Ausbildung (Berufsfachschule, Handelsschule) abgeschlossen.
- <sub>5</sub> Ich habe einen Fachhochschulabschluss.
- <sub>6</sub> Ich habe einen Hochschulabschluss.
- <sub>7</sub> Ich habe einen anderen beruflichen Abschluss, und zwar:  
\_\_\_\_\_.
- <sub>8</sub> Ich habe keinen beruflichen Abschluss und bin nicht in beruflicher Ausbildung.

**9. Sind Sie zurzeit erwerbstätig? Was auf dieser Liste trifft auf Sie zu?**

Unter Erwerbstätigkeit wird jede bezahlte bzw. mit einem Einkommen verbundene Tätigkeit verstanden, egal welchen zeitlichen Umfang sie hat.

- <sub>1</sub> Ich bin zurzeit nicht erwerbstätig (Student/in, Arbeitssuchende/r, Null-Kurz-arbeiter/in, im Vorruhestand, Rentner/in). [\(Bitte weiter mit Frage 10!\)](#)
- <sub>2</sub> Ich bin in Vollzeit erwerbstätig mit einer wöchentlichen Arbeitszeit von 35 Stunden und mehr.
- <sub>3</sub> Ich bin in Teilzeit erwerbstätig mit einer wöchentlichen Arbeitszeit von 15 bis 34 Stunden. [\(Bitte weiter mit Frage 10!\)](#)
- <sub>4</sub> Ich bin in Teilzeit oder stundenweise erwerbstätig mit einer wöchentlichen Arbeitszeit unter 15 Stunden. [\(Bitte weiter mit Frage 10!\)](#)
- <sub>5</sub> Ich habe einen „Ein-Euro-Job“ (und beziehe Arbeitslosengeld 2 nach Harz IV).
- <sub>6</sub> Ich bin in Mutterschaftsurlaub, Elternzeit oder in sonstiger Beurlaubung.
- <sub>7</sub> Ich bin Auszubildende/r, Lehrling, Umschüler/in.

**10. Nur ausfüllen, wenn Sie nicht in Vollzeit erwerbstätig sind!**

Bitte kreuzen Sie an, zu welcher Gruppe auf dieser Liste Sie gehören:

- <sub>1</sub> Ich bin Student/in.
- <sub>2</sub> Ich bin Rentner/in, Pensionär/in, im Vorruhestand.
- <sub>3</sub> Ich bin zurzeit arbeitssuchend oder mache Kurzarbeit.
- <sub>4</sub> Ich bin Hausfrau/Hausmann.
- <sub>5</sub> Ich bin aus anderen Gründen nicht in Vollzeit erwerbstätig, und zwar:  
\_\_\_\_\_.



**11. Welche berufliche Stellung trifft derzeit auf Sie zu bzw. welche berufliche Stellung hatten Sie zuletzt bei Ihrer früheren Erwerbstätigkeit?**

- <sub>1</sub> Ich bin/war Akademiker/in in Selbständigkeit oder in einem freien Beruf (Ärztin/Arzt, Rechtsanwältin/Rechtsanwalt, Steuerberater/in oder ähnliches).
- <sub>2</sub> Ich bin/war selbständig im Handel, Gewerbe, Handwerk, Industrie, Dienstleistung, auch Ich-AG oder PGH-Mitglied.
- <sub>3</sub> Ich bin/war Landwirt/in bzw. Genossenschaftsbauer oder Genossenschaftsbäuerin in Selbständigkeit.
- <sub>4</sub> Ich bin/war Beamtin/Beamter, Richter/in, Berufssoldat/in.
- <sub>5</sub> Ich bin/war Angestellte/r.
- <sub>6</sub> Ich bin/war Arbeiter/in.
- <sub>7</sub> Ich bin/war in beruflicher Ausbildung.
- <sub>8</sub> Ich bin/war mithelfende/r Familienangehörige/r.
- <sub>9</sub> Ich bin/war aus anderen Gründen nicht erwerbstätig, und zwar:
- \_\_\_\_\_.

**12. Wie hoch ist das monatliche Nettoeinkommen Ihres Haushalts insgesamt?**

Gemeint ist dabei die Summe, die sich aus Lohn, Gehalt, Einkommen, aus selbständiger Tätigkeit, Rente oder Pension jeweils nach Abzug der Steuern und Sozialversicherungsbeiträge ergibt. Rechnen Sie bitte auch die Einkünfte aus öffentlichen Beihilfen, Einkommen aus Vermietung, Verpachtung, Wohngeld, Kindergeld und sonstige Einkünfte hinzu.

- <sub>1</sub> unter 500 €
- <sub>2</sub> 500 bis unter 1000 €
- <sub>3</sub> 1000 bis unter 1500 €
- <sub>4</sub> 1500 bis unter 2000 €
- <sub>5</sub> 2000 bis unter 2500 €
- <sub>6</sub> 2500 bis unter 3000 €
- <sub>7</sub> 3000 bis unter 3500 €
- <sub>8</sub> 3500 € und mehr

**Bitte überprüfen Sie noch einmal,  
ob Sie alle Fragen beantwortet haben.**



**Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!**

### 9.3 Morisky Scale

#### Morisky Self-reported Medication-taking Scale

	ja	nein
1. Vergessen Sie gelegentlich Ihre Medikamente einzunehmen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Nehmen Sie manchmal Ihre Medikamente unregelmäßig?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Hören Sie manchmal auf Ihre Medikamente zu nehmen, wenn es Ihnen gut geht?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Hören sie auf, Ihre Medikamente zu nehmen, wenn sie sich nach der Einnahme schlechter fühlen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

## 9.4 Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Blutdruckklassifikation nach WHO 1999.....	4
Abbildung 2: Sitzplan der Gruppenteilnehmer/innen .....	36
Abbildung 3: Modell des subjektiven Krankheitsempfindens.....	163
Abbildung 4: Typologie der Orientierungsschemata .....	189

## 9.5 Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Ein- und Ausschlusskriterien.....	30
Tabelle 2: Zusammenstellung der Gruppen.....	48

Bluthochdruck gilt aufgrund seiner hohen Verbreitung in der Bevölkerung als Volkskrankheit. Aus der medizinischen Perspektive ist die Therapie einfach durchzuführen, so dass durch regelmäßige Tabletteneinnahme schwerwiegendere Folgeerkrankungen wie Schlaganfall oder Herzinfarkt verhindert werden können. Die patientenzentrierte Aushandlung einer angemessenen Therapie im Rahmen des Shared Decision-Making wird allgemein als geeignet angesehen, den therapeutischen Erfolg langfristig zu gewährleisten. Bisher ist jedoch nur wenig darüber bekannt, welche Relevanz die Arzt-Patient-Beziehung für die Patient/innen hat und ob diese tatsächlich in der Lage ist, die Umsetzung der therapeutischen Maßnahmen (Adhärenz) zu beeinflussen. In dieser Arbeit wird daher der Frage nachgegangen, welche Bedeutung die Konfrontation mit der Diagnose Bluthochdruck sowie die nachfolgende medikamentöse Therapie für das (Er)Leben der Patient/innen und die Anforderungen an die Arzt-Patient-Beziehung haben.