

Marx, G. (2013): Bluthochdruck (er)leben: Patientenperspektiven und Interaktionspräferenzen in der hausärztlichen Bluthochdruckbehandlung, Universitätsverlag Göttingen.

Kurzgliederung

1 Einleitung

- 1.1 Vorbemerkung
- 1.2 Forschungsinteresse
- 1.3 Ausgangspunkt: die Hypertonie

2 Stand der Forschung

- 2.1 Vorbemerkung
- 2.2 Paradigmenwechsel der Arzt-Patient-Beziehung
- 2.3 Von der Compliance zur Concordance
- 2.4 Die Patientenperspektive in der Versorgungsforschung

3 Methodisches Vorgehen

- 3.1 Zugang zum Feld
- 3.2 Datenerhebung – Gruppendiskussionen
- 3.3 Datenauswertung – Dokumentarische Methode
- 3.4 Datenschutz und Ethik

4 Empirische Untersuchung

- 4.1 Vorbemerkung
- 4.2 Diskursbeschreibung Gruppe 1
- 4.3 Diskursbeschreibung Gruppe 3
- 4.4 Diskursbeschreibung Gruppe 6
- 4.5 Diskursbeschreibung Gruppe 7

5 Ergebnisse

- 5.1 Vorbemerkung
- 5.2 Relevante Phänomene innerhalb der Bluthochdruckbehandlung
- 5.3 Typisierte Orientierungsschemata von Bluthochdruckpatient/innen unter Fokussierung der Arzt-Patient-Beziehung

6 Diskussion

- 6.1 Vorbemerkung
- 6.2 Hypertonie als zugeschriebenes Konstrukt
- 6.3 Anwendungsbezug der Typologie
- 6.4 Reflexion der Methoden

7 Fazit

8 Literaturverzeichnis

9 Anhang

Zusammenfassung

Während das Postulat der WHO die Arzt-Patient-Beziehung im Rahmen des *Shared Decision Making Model* (SDM) pauschal zu einer wesentlichen Bedingung einer erfolgreichen 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 aus zwei Gründen von Bedeutung: der Zunahme chronischer Erkrankungen, welche die Arzt-Patient-Beziehung stärker auf Beständigkeit auslegt, und der Existenz verschiedener Beziehungsmodelle zwischen Arzt und Patient. Unter den chronischen Erkrankungen steht der Bluthochdruck (arterielle Hypertonie) besonders im Fokus der Forschung. Das Ziel dieser Arbeit ist es, die verschiedenen Orientierungen der Patient/innen während der Bluthochdruckbehandlung zu rekonstruieren, unter besonderer Berücksichtigung der Interaktionspräferenzen.

Mit Rekurs auf individuelle Orientierungen, die sich unter dem Eindruck sich überschneidender Erfahrungen im Gesundheitssystem formiert haben, werden für die Datenerhebung Gruppendiskussionen durchgeführt und mit der dokumentarische Methode ausgewertet (nach Ralf Bohnsack), da diese Ansätze beide Ebenen gleichermaßen in den Blick nehmen.

Die Analyse von acht Gruppendiskussionen mit insgesamt 43 Teilnehmer/innen zeigt drei für die Bluthochdruckbehandlung relevante kollektive Phänomene: *Ängste und Verunsicherungen* auf Seiten der Patient/innen, ihre *lückenhafte krankheits- und behandlungsbezogene Information* und ihre *Hemmungen, mit dem Arzt zu sprechen*. Diese Phänomene beziehen sich im Individuum wechselseitig aufeinander und sind in je unterschiedlicher Ausprägung vorzufinden; sie bilden vielfach die Grundlage für darauf aufbauendes unterschiedliches habitualisiertes Handeln im Rahmen der Behandlung, vor allem aber in der Interaktion mit dem Arzt. In der kontrastierenden Analyse der Gruppen zeigte sich ferner, dass Patient/innen während des Behandlungsverlaufs unterschiedliche Orientierungsschemata entwickeln. Mit dem Fokus darauf, inwiefern sich diese in der Arzt-Patient-Interaktion wiederfinden, wird folgende Typologie herausgearbeitet: (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‘. Da die Diagnose ‚Hypertonie‘ nicht unbedingt mit einem Gefühl des ‚Sich Krank-Fühlens‘ einhergeht und somit zunächst die kognitive Ebene anspricht, wird der geläufige Prozess des Hilfesuchens außer Kraft gesetzt. Die Reaktionen des Rückzugs, der Bagatellisierung oder Verleugnung sind ebenso mögliche Folge, wie eine intensive Auseinandersetzung mit Details der Erkrankung und der Vergewisserung der ärztlichen Kompetenz. Eine stärkere Individualität der allgemeinmedizinischen Versorgung wird daher notwendig: Während aus

der evidenzbasierten medizinischen Perspektive und aufgrund 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. Konsequenzen für die Forschung: Die Definitionen der Konzepte von Compliance und Adhärenz sowie ihre Kopplung an verschiedene Modelle der Arzt-Patient-Beziehung sind zu einfach. Weder entsprechen sie der Komplexität alltäglichen ärztlichen Handelns noch wird die Patientenperspektive ausreichend berücksichtigt. Therapiebereitschaft von Patient/innen vorauszusetzen, nur weil das SDM aufgrund theoretischer Erwägungen präferiert wird, ist ebenso wenig anzuraten, wie Adhärenz dort zu vermuten, wo Paternalismus gewünscht wird. Die bisherige (auch medizinsoziologische) Compliance- bzw. Adhärenzforschung 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. Berücksichtigt man zudem die ethische Dimension dieser Entwicklung, so steht der Versuch der Normierung in deutlichem Widerspruch zur Autonomie des Patienten in gesundheitlichen Fragen, also der freien Entscheidung auch gegen eine Therapie.