

Abschlussbericht (Bremen)

Verbesserung der hausärztlichen Bluthochdruckbehandlung durch leitliniengestützte Interventionen

- sowie Untersuchung zu deren Erfolgsabhängigkeit von der Patienten-Arzt-Beziehung, dem Geschlecht und der sozialen Stellung/ Lebenssituation des Patienten.

Förderung des Projektes durch das Bundesministerium für Bildung und Forschung sowie die Spitzenverbände der Krankenkassen im Rahmen des Förderschwerpunktes „Versorgungsforschung“ (3. Förderphase)

Verbundprojekt:

Der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf/ Abt. für Allgemeinmedizin (Prof. Dr. H.-H. Abholz) und der Universität Bremen/ Verein zur Förderung der wissenschaftlichen Forschung in der Freien Hansestadt Bremen (VFwF e.V.)/ Arbeits- und Koordinierungsstelle Gesundheitsversorgungsforschung (Prof. Dr. N. Schmacke)

Projektleitung für den qualitativen Studienanteil/ Bremen:

Herr Prof. Dr. Norbert Schmacke
(Leiter der Arbeits- und Koordinierungsstelle Gesundheitsversorgungsforschung im VFwF e.V. und Hochschullehrer am Fachbereich Human- und Gesundheitswissenschaften der Universität Bremen)

Projektberatung für den qualitativen Studienanteil/ Bremen:

Herr Prof. Dr. Andreas Hanses
(Hochschullehrer an der Fakultät für Erziehungswissenschaften der TU Dresden; vormals Institut für angewandte Biografie- und Lebensweltforschung (IBL)/ Universität Bremen)

Projektdurchführung für den qualitativen Studienanteil/ Bremen:

Frau Maren Stamer
(Diplom-Pädagogin; Wissenschaftliche Mitarbeiterin in der Arbeits- und Koordinierungsstelle Gesundheitsversorgungsforschung)
mstamer@uni-bremen.de

Projektzeitraum:

06.2005 – 08.2007

Korrespondenzadresse:

Prof. Dr. Norbert Schmacke
Arbeits- und Koordinierungsstelle Gesundheitsversorgungsforschung
Universität Bremen
Wilhelm-Herbst-Str. 7
28359 Bremen
schmacke@uni-bremen.de

Bremen, im Februar 2008

Inhaltsverzeichnis

1.	Einleitung	4
2.	Methodischer Hintergrund	11
2.1	Erhebungs- und Auswertungsmethoden	11
2.2	Von der Samplebildung bis zur Auswertung	15
3.	Interviewinterpretationen I: Ärztliche Haltungen zum Wissensmanagement	22
3.1	Eine unbestimmte Haltung zum Wissensmanagement	24
3.2	Eine erfahrungsorientierte Haltung zum Wissensmanagement	30
3.3	Eine kenntnisorientierte Haltung zum Wissensmanagement	34
3.4	Resümee: Ärztliche Haltungen zum Wissensmanagement	41
4.	Interviewinterpretationen II: Ärztliche Haltungen zur Entscheidungsfindung im Behandlungsprozess	44
4.1	Eine unreflektiert – direktive Haltung zur Entscheidungsfindung	45
4.2	Eine wissensbezogen – direktive Haltung zur Entscheidungsfindung	53
4.3	Eine abwägend bis partiell partizipative Haltung zur Entscheidungsfindung	61
4.4	Resümee: Ärztliche Haltungen zur Entscheidungsfindung im Behandlungsprozess	77
5.	Interventionen: Peer Gespräch und Kurzleitlinie/ Materialmappe	80
5.1	Ärztliche Haltungen zum Wissensmanagement und zur Entscheidungsfindung im Behandlungsprozess	81
5.2	Ärztliche Anschauungen zum Konzept des kardiovaskulären Gesamtrisikos	83
6.	Schlussbetrachtungen	89
7.	Literaturverzeichnis	107
Anhang 1:	Vorträge, Poster und Publikationen im Projekt	I
Anhang 2:	Leitfaden (Erste Erhebungsphase)	II
Anhang 3:	Leitfaden (Zweite Erhebungsphase)	VI

„Die Verständigung über eine Sache, die im Gespräch zustande kommen soll, bedeutet daher notwendigerweise, dass im Gespräch eine gemeinsame Sprache erst erarbeitet wird. Das ist nicht ein äußerer Vorgang der Adjustierung von Werkzeugen, ja es ist nicht einmal richtig zu sagen, dass sich die Partner aneinander anpassen, vielmehr geraten sie beide im gelingenden Gespräch unter die Wahrheit der Sache, die sie zu einer neuen Gemeinsamkeit verbindet.“

Hans-Georg Gadamer: Der hermeneutische Vorrang der Frage. In: Ders.: Wahrheit und Methode. Grundzüge einer philosophischen Hermeneutik. Band 1. Mohr Siebeck Verlag. Tübingen 1986: 384

Danksagung

Mein Dank gilt in besonderem Maße allen Ärzten und Ärztinnen, die im Rahmen des Projektes an einem Interview teilgenommen haben. Ohne sie wäre eine Realisierung des qualitativen Studienanteils im Verbundprojekt nicht möglich gewesen.

Danken möchte ich ebenso allen Teilnehmern und Teilnehmerinnen der Interpretationsgruppen zum Projekt, namentlich PD Dr. Ellen Kuhlmann, Corinna Schach und Bettina Berger sowie Prof. Dr. Norbert Schmacke als Leiter des Projektes und Prof. Dr. Andreas Hanses als wissenschaftlicher Berater des Projektes. Darüber hinaus danke ich allen Beteiligten der Bremer Forschungswerkstatt im Institut für angewandte Biographie- und Lebensweltforschung (IBL).

Die vielfältigen und konstruktiven Treffen zur Interpretation von Interviews und Interviewausschnitten, die fördernden und bereichernden Diskussionen stellen eine wesentliche und unabdingbare Grundlage des vorliegenden Projektes dar.

Darüber hinaus gilt mein Dank meiner Kollegin Nicole Höfling-Engels für vielseitige, unterstützende und spannende Gespräche.

Bremen, im Februar 2008

Maren Stamer

1. Einleitung

Initialer Beweggrund für das Projekt stellt im Jahr 2004 die Überlegung dar, dass sich ungeachtet des vorhandenen medizinischen Wissens einerseits sowie verfügbarer Medikamente andererseits keine generellen Veränderungen im Modus der Behandlung von Menschen mit Bluthochdruck abgezeichnet haben. So heißt es im Projektantrag: *„Aus den wenigen deutschen Studien zum Thema Bluthochdruck ist bekannt, dass nur bei einem Teil der Personen mit Hochdruck dieser auch diagnostiziert ist (rund 2/3) und dass von den bekannten Hypertonikern nur wiederum ein Teil ‚gut eingestellt‘ ist, also vorgegebene Zielwerte von 140/90 mmHg erreicht. Diese ‚Drittel-Regel‘ ist über die Jahre konstant geblieben. (Monitoring 1990 ff., Thamm 1999)“* (Abholz/ Schmacke 2004: 1f.) Fragen rund um Diagnostik und Therapie kommen dabei wenigstens zwei Perspektiven zu, die Sichtweise der Nutzer und Nutzerinnen und die der Anbieter und Anbieterinnen gesundheitsbezogener Dienstleistungsangebote. Im gegenwärtigen Projekt liegt der Fokus schwerpunktmäßig in der Auseinandersetzung mit der professionellen ärztlichen Perspektive. Anknüpfend an die sog. ‚Drittel-Regel‘ in der Behandlung von Menschen mit Bluthochdruck ist dabei zunächst nach der Wissensebene, also z.B. der Bedeutung evidenzbasierter Leitlinien in hausärztlichen Praxen, wie auch nach dem Spannungsfeld zwischen Offenheit und Skepsis gegenüber Studienergebnissen zu fragen. Wenngleich Vorbehalte gegenüber Leitlinien wie auch neuen Studienergebnissen – hier bezogen auf den hausärztlichen Kontext – durchaus bekannt sind (Oriol Zerbe/ Abholz 2004, Hasenbein et al. 2003, Brockmann 2004, Schneider et al. 2001), so die Vorannahme im Projektantrag, erklären diese Vorbehalte allein nicht die vorab geschilderte Problematik. Neben einer Bedeutung der Wissensebene für ärztliches Handeln wird mit der Interaktionsebene – also der Interaktion oder Begegnung zwischen Ärzten/ Ärztinnen sowie Patienten/ Patientinnen – eine zweite, als bedeutsam für die im Fokus der Forschung liegende Thematik im Projektantrag aufgegriffen (Abholz/ Schmacke 2004). Gerade für den hausärztlichen Bereich, der sich in der Regel durch Versorgungskontinuität und damit auch dauerhafte Interaktionsprozesse auszeichnet, wird insbesondere im Hinblick auf chronische Erkrankungen als wesentliche Aufgabe beschrieben, eine Verbindung herzustellen zwischen patientenbezogenen Bedürfnissen und Interessen sowie evidenzbasierten Empfehlungen (Brockmann 2004, Hasenbein et al. 2003). In den Mittelpunkt des Projektantrages ist folglich die Frage gestellt worden nach der Bedeutung der Beziehung zwischen Ärzten/ Ärztinnen und Patienten/ Patientinnen, und zwar unter den Gesichtspunkten Stabilität, Geschlechtsspezifität und *„soziale Schicht-Zugehörigkeit der Patienten“* (Abholz/ Schmacke 2004: 4). Verbunden wird die Bedeutsamkeit von Wissens- und Interaktionsebene im Rahmen des vorliegenden Projektes mit Fragen zum Thema Bluthochdruck und kardiovaskuläres Gesamtrisiko.

Zentral für dieses Gebiet ist der seit einiger Zeit geführte, internationale fachliche Diskurs, individuelle kardiovaskuläre Therapieempfehlungen und Behandlungsentscheidungen nicht mehr an Grenzwerten einzelner Risikofaktoren sondern zunehmend am Gesamtrisiko der einzelnen Menschen zu orientieren. Gegenüber der Senkung des Gesamtrisikos verliert das Erreichen einzelner Zielwerte, z.B. bezogen auf den Blutdruck oder das Cholesterin, bei diesem Vorgehen an Bedeutung. Basierend auf epidemiologischen Studien sind im zeitlichen Verlauf verschiedene Verfahren zur multifaktoriellen Risikoabschätzung bezogen auf Herz- bzw. Herz-Kreislauf-Erkrankungen entwickelt worden, die ihren Ausdruck u.a. im Vorliegen unterschiedlicher Risikotabellen finden. Zu nennen sind insbesondere die Risikotabellen nach Framingham und nach PROCAM sowie die auf der Basis des Europäischen SCORE-Projektes entwickelte SCORE-Deutschland Tabelle. (Assmann et al. 2002, De Bakker et al. 2003, Borgers 2004, Aronson 2004, Oriol Zerbe/ Abholz 2004, Keil et al. 2005, Piper 2006) Wesentliche Unterschiede zwischen den Studien liegen in der jeweils zugrunde liegenden Samplestruktur (berücksichtigtes Einzugsgebiet, Einbeziehung von Männern bzw. von Frauen und Männern), in den im Rahmen der Risikoabschätzungen berücksichtigten Risikofaktoren (z.B. Blutdruck- und Cholesterinwerte, Diabetes, Alter, Geschlecht und Rauchstatus) sowie in der Form des jeweilig abzuschätzenden 10-Jahres-Risikos (Mortalität/ Morbidität bezogen auf Ereignisse koronarer Herzerkrankungen bzw. bezogen auf das Herzinfarkt-Risiko, Mortalität bezogen auf Herz-Kreislauf-Erkrankungen) (Keil et al. 2005, Piper 2006). Verbunden mit der Erkenntnis regional unterschiedlicher Risikohäufigkeiten bzw. Mortalitätsraten bezogen auf Herz-Kreislauf-Erkrankungen hat sich gezeigt, dass eine Anwendung der Framingham¹ Risikotabelle die Gefahr einer Überschätzung kardivaskulärer Risiken bei Patienten und Patientinnen aus Deutschland mit sich bringt (Conroy et al. 2003, Hense et al. 2003a, Lenz/ Mühlhauser 2004, Keil et al. 2005). Vor diesem Hintergrund ist das Europäische SCORE Projekt herbeigeführt worden, dessen Aufgabe darin gelegen hat, *„ein System zur Einschätzung kardiovaskulärer Risiken zu entwickeln, das auf einen Pool europäischer prospektiver Kohortenstudien beruhte und das die regionale Variabilität der KHK-Risiken in den verschiedenen europäischen Ländern besser widerspiegeln sollte“* (Keil et al. 2005: A1809). Die mit dem Projekt entwickelte Risikotabelle (SCORE-Deutschland) *„schätzt in Abhängigkeit von Geschlecht, Alter, Raucherstatus, systolischem Blutdruck und Gesamtcholesterin die Wahrscheinlichkeit, innerhalb der nächsten zehn Jahre an einer Erkrankung des Herz-Kreislauf-Systems zu sterben“* (Keil et al. 2005: A 1809). In Verbindung mit dem Europäischen SCORE Projekt verdeutlicht die Europäische Leitlinie zur Prävention kardiovaskulärer Erkrankungen eine Orientierung am Gesamtrisikokzept, dessen Ausrichtung sich nicht mehr an Grenzwerten einzelner Risikofaktoren sondern am Gesamtrisiko des einzelnen Menschen orientiert (De Bakker et al. 2003).

¹ Die Teilnehmer und Teilnehmerinnen dieser Studie stammen aus der US amerikanischen Stadt Framingham.

Das Gesamtrisikokzept wie auch der damit einher gehende Paradigmenwechsel wird bereits im Projektantrag ausführlich dargelegt, jedoch ist zu bedenken, dass die SCORE-Deutschland Risikotabellen erst im Jahr 2005 (d.h. nach Antragstellung) der Fachöffentlichkeit vorgestellt worden sind.² Insoweit hat der zugehörige ‚breite‘ professionelle Diskurs zum Zeitpunkt der Antragstellung noch in den Anfängen gelegen. So heißt es im Projektantrag: *„Da europaweit und in Kooperation mit den die Basisversorgung tragenden Allgemeinmedizinern dieses Konzept durchgesetzt werden soll, muss davon ausgegangen werden, dass zum Zeitpunkt der möglichen Studienrealisierung (Mitte 2005) dieses neue, aber eigentlich immer schon adäquate Konzept neben dem traditionellen, auf einzelne Risikofaktoren fokussierenden Konzept, existieren wird. Dabei ist jedoch davon auszugehen, dass der praktisch handelnde Arzt sich erst langsam an die Nutzung des neuen Instrumentes mit dem für ihn dahinter stehenden neuen Konzept gewöhnen wird.“* (Abholz/ Schmacke 2004: 5)

Alle inhaltlichen Bereiche zusammenfassend besteht das Verbundprojekt *„Verbesserung der hausärztlichen Bluthochdruckbehandlung durch leitliniengestützte Interventionen“* aus einem quantitativen und einem qualitativen Studienanteil.³ Der quantitative Anteil wiederum gliedert sich in einen retrospektiven Studienteil sowie eine cluster randomisierte vergleichende prospektive Interventionsstudie. Mit der im Rahmen des Projektes getroffenen Entscheidung, sich an der Europäischen Leitlinie zur Prävention kardiovaskulärer Erkrankungen (De Bakker et al. 2003) und damit auch an den SCORE-Deutschland Risikotabellen zu orientieren (Abholz/ Schmacke et al. 2005), ist eine Modifizierung des Projektstitels vorgenommen worden, der nun wie folgt lautet: *„Optimierung hausärztlicher Versorgung von Patienten und Patientinnen mit Bluthochdruck unter Berücksichtigung ihres kardiovaskulären Gesamtrisikos durch leitliniengestützte Interventionen“*. Die Orientierung an den SCORE Tabellen ist insbesondere für den quantitativen Studienanteil von Bedeutung, da sie sowohl die Interpretationsbasis für die Erhebungen vor und nach der Intervention darstellen als auch die Grundlage für die Entwicklung der Interventionsmaterialien – insbesondere der Kurzleitlinie bzw. Materialmappe mit dem Titel *„Ein neues Konzept für die Behandlung von Patienten mit Hypertonie und anderen Risikofaktoren“*. Im Rahmen der qualitativen Studie wird demgegenüber u.a. zu betrachten sein, welche Auffassungen und Haltungen die Interviewten insge-

² Die SCORE-Deutschland Risikotabellen sind zum Beispiel auf der 71. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Kardiologie (31. März bis 02. April 2005) in Mannheim vorgestellt worden.

³ Der quantitative Studienanteil ist in der Abteilung Allgemeinmedizin der Universität Düsseldorf angesiedelt; der qualitative Studienanteil im VFWF e.V./ Arbeits- und Koordinierungsstelle Gesundheitsversorgungsforschung/ Universität Bremen. Im Verlauf des Verbundprojektes hat es verschiedene Treffen der beiden Arbeitsgruppen gegeben, auch hat ein fortlaufender Austausch per Telefon und Email stattgefunden.

samt zum Thema „Risikoabschätzung/ Risikotabellen“ bezogen auf ihren jeweiligen hausärztlichen Versorgungsalltag haben.⁴

Nach Abschluss des retrospektiven quantitativen Studienabschnitts zum Ist-Stand der Versorgung von Menschen mit Bluthochdruck bzw. erhöhtem bis hohem kardiovaskulären Gesamtrisiko im hausärztlichen Versorgungsbereich ist die cluster randomisierte vergleichende prospektive Interventionsstudie durchgeführt worden. Bezogen auf die Intervention werden die folgenden zwei Ansätze miteinander verglichen: In Gruppe A ist den teilnehmenden Ärzten und Ärztinnen die im Projekt entwickelte Kurzleitlinie bzw. Materialmappe in Verbindung mit einem die Materialien erläuternden Gespräch zur Verfügung gestellt worden. Darüber hinaus haben im Rahmen dieser Gruppe aufsuchende Peer Gespräche zur Erörterung des diagnostischen und therapeutischen Vorgehens bei einzelnen Patienten und Patientinnen aus dem retrospektiven Studienabschnitt stattgefunden. Den teilnehmenden Ärzten und Ärztinnen aus Gruppe B ist demgegenüber lediglich die Kurzleitlinie/ Materialmappe zur Verfügung gestellt worden. Nach Abschluss der Interventionen ist dann eine zweite quantitative Erhebung zum Stand der Versorgung von Menschen mit Bluthochdruck bzw. erhöhtem bis hohem kardiovaskulären Gesamtrisiko im hausärztlichen Versorgungsbereich durchgeführt worden.

In Ergänzung zu dem vorab beschriebenen quantitativen Vorgehen enthält das Verbundprojekt einen qualitativen Studienanteil. Neben explorativen Studien verbindet sich qualitative Forschung mit dem Ansatz, auf Basis subjektorientierter Forschungsperspektiven Vielfalt und Pluralität zunehmend komplexer werdender Lebenswelten erfassen und verstehen zu wollen (Flick et al. 2000). Bezogen auf das vorliegende Projekt besteht das Ziel des qualitativen Studienanteils im Erkennen professioneller ärztlicher Perspektiven, fokussiert auf die Thematik Bluthochdruck und kardiovaskuläres Gesamtrisiko. Von einer potentiellen Qualitätsverbesserung hausärztlicher Versorgung durch leitliniengestützte Interventionen als Vorannahme ausgehend, bietet der qualitative Studienanteil Hilfestellungen beim Verstehen von ärztlichem Handeln, zum Beispiel im Hinblick auf Fragen zu ärztlicher Compliance wie auch zum Akzeptanzgrad von Leitlinien und Standards (Sielk et al. 2004). Basierend auf Experteninterviews mit hausärztlich tätigen Ärzten und Ärztinnen, die zeitlich zum einen vor Beginn der retrospektiven quantitativen Studie angesiedelt worden sind und zum anderen nach Abschluss der Interventionsphase, stehen im Mittelpunkt des qualitativen Studienanteils die folgenden Forschungsfragen bzw. Fragenkomplexe:

⁴ Mit der Skizzierung des Projektverlaufs soll an dieser Stelle lediglich ein Überblick über das gesamte Projekt gegeben werden. Einzelheiten zum quantitativen Studienanteil sind dem Abschlussbericht aus Düsseldorf zu entnehmen, methodische Details zum qualitativen Studienanteil folgen im Kapitel 2 dieses Berichtes.

Der erste Fragekomplex bezieht sich auf die ärztliche Informations- und Wissensebene, also z.B. auf den Grad der Vertrautheit mit Evidenzbasierter Medizin (EbM) und mit Leitlinien, sowie auf die Einstellungsebene, d.h. auf Auffassungen von Ärzten und Ärztinnen zu diesem Themenbereich, z.B. zur Praxisrelevanz und -kompatibilität von Leitlinien. Zu diesem Komplex zählen u.a. die folgenden Fragen:

- Welche Wege der Informations- und Wissensaneignung nutzen Ärzte und Ärztinnen und welche Bedeutung messen sie in diesem Zusammenhang Leitlinien als einer möglichen Informationsquelle zu? Wie schätzen sie Entwicklung und Gestaltung von Leitlinien ein?
- Welche Bezüge – denkbar sind z.B. evidenzbasierte Wissensbestände und damit verbundene medizinische Kompetenz, eigene Krankheitskonzepte, Erfahrung und Intuition – sind für Ärzte und Ärztinnen in ihrem beruflichen Alltag inwiefern handlungsleitend?
- Welche Wünsche und Vorstellungen haben Ärzte und Ärztinnen im Hinblick auf eine zukünftige Aufbereitung von Wissensbeständen, z.B. von Leitlinien? Anders ausgedrückt: Wie könnten oder sollten Leitlinien aufbereitet sein, damit sie – gerade unter Gesichtspunkten eines dauerhaften Wandels – eine möglichst hohe Akzeptanz im ärztlichen Handeln finden?

Der zweite Komplex beinhaltet Fragen zur patientenbezogenen wie auch zur ärztlichen Verhaltensweise, er bezieht sich z.B. auf Gründe oder Motive für das jeweilige eigene Verhalten, auf Vorstellungen vom Anderen (vom Patienten/ von der Patientin) und auf wechselseitige Erwartungen bezogen auf den Versorgungsprozess. Zu diesem Komplex zählen u.a. die folgenden Fragen:

- Wie gestalten sich berufliche Motivation und berufliche Selbstbilder von Hausärzten und Hausärztinnen? Welche Vorstellungen zeigen sich im Hinblick auf die Gestaltung von hausärztlichem Versorgungsalltag?
- Welche Krankheitskonzepte bestehen seitens der Ärzte und Ärztinnen wie auch – im Rahmen der Interviews betrachtet aus ärztlicher Perspektive – seitens der Patienten und Patientinnen und welche Bedeutung haben diese Konzepte hinsichtlich der Gestaltung von Versorgungsprozessen?
- Welche Bedeutung kommt der Beziehung zwischen Ärzten/ Ärztinnen und Patienten/ Patientinnen zu? Inwieweit gibt es den Therapieprozess beeinflussende Faktoren, die sich speziell in der Beziehung oder Interaktion entwickeln bzw. dort verankert sind?
- Aus welchen Gründen kommt es zu patientenbezogener wie auch ärztlicher Non-Compliance?

- Wie bzw. inwiefern werden Wünsche und Bedürfnisse von Patientinnen und Patienten im Behandlungsgeschehen berücksichtigt? Welche Bedeutung kommt dem Konzept ‚Shared Decision Making‘ bzw. ‚Partizipative Entscheidungsfindung‘ im hausärztlichen Versorgungsgeschehen zu?

Der dritte Fragekomplex umfasst die Thematik der Risikoabschätzungen und Risikoberechnungen im Kontext von Bluthochdruck bzw. kardiovaskulärem Gesamtrisiko, explizit im Hinblick auf den mit Risikofaktorenmodellen verbundenen Wandel von einer Ziel- und Grenzwert- hin zu einer Gesamtrisikoorientierung.

- Welche Bedeutung kommen Risikofaktorenmodellen in der hausärztlichen Versorgung zu und wie wird das ‚Gesamtrisikokzept‘ von Hausärzten und Hausärztinnen eingeschätzt?
- Welche Relevanz haben Risikofaktorenmodelle im Hinblick auf die ärztliche Wissens-ebene wie auch im Hinblick auf Interaktionsprozesse zwischen Ärzten/ Ärztinnen und Patienten/ Patientinnen?

Der vierte Fragekomplex knüpft an die im quantitativen Studienanteil enthaltene Interventionsphase an. So ist abschließend zu eruieren, wie die an der Studie beteiligten Ärzte und Ärztinnen die Interventionen erlebt und erfahren haben.

In Anlehnung an das Prinzip der Offenheit als einem Kennzeichen qualitativer Forschung (Flick 2002, Flick et al. 2000, Mayring 2002)⁵ hat sich die Schwerpunktsetzung im qualitativen Studienabschnitt während des Studienverlaufs verschoben. Ist im qualitativen Studienprotokoll der zentrale Fokus noch auf das Thema Leitlinien gelegt, ergibt sich entlang der im Projekt geführten Experten- und Expertinneninterviews neben dem Thema Leitlinien ein deutlicher Schwerpunkt zum Gegenstand partizipativer Entscheidungsfindung. Diese Schwerpunktverschiebung findet sich wieder im Aufbau des vorliegenden Abschlussberichtes. Nach den Ausführungen zum methodischen Hintergrund in Kapitel 2, das sowohl eine Beschreibung der Erhebungs- und Auswertungsverfahren, das Vorgehen zur Samplebildung als auch das gesamte Ablaufverfahren des qualitativen Studienabschnittes umfasst, folgt mit Kapitel 3 der erste Teil der Interviewinterpretationen *„Ärztliche Haltungen zum Wissensmanagement“*. Der zweite Teil der Interviewinterpretationen trägt die Überschrift *„Ärztliche Haltungen zur Entscheidungsfindung im Behandlungsprozess“* (Kap. 4). Kapitel 5 bezieht sich auf die zweite qualitative Erhebungsphase und umfasst Eindrücke und Auffassungen der Interviewten zu den Interventionen (Durchführung nach der Interventionsphase). Den Ab-

⁵ Das Prinzip der Offenheit – als einem Kennzeichen qualitativer Forschung – bezieht sich auf alle Phasen des Forschungsprozesses, der Vorbereitungs-, Durchführungs- und Auswertungsphase (Flick 2002, Flick et al. 2000, Mayring 2002).

schluss des Berichtes bildet eine Zusammenfassung und Diskussion der Ergebnisse in Kapitel 6. In Verbindung mit der Zielsetzung zum qualitativen Studienanteil, dem Erkennen professioneller ärztlicher Perspektiven, sollen entlang der Ergebnisse des Projektes abschließend Wege zur Überwindung praxisseitiger Barrieren für eine qualitativ hochwertige Versorgung von Menschen mit Bluthochdruck bzw. erhöhtem bis hohem kardiovaskulären Gesamtrisiko erörtert werden. Angestrebt wird ein Einfließen der Resultate in Angebote ärztlicher Fort- und Weiterbildung und ärztlichen Qualitätsmanagements wie auch in Prozesse der Leitlinienentwicklung und Leitlinienimplementierung.⁶

⁶ Eine Liste der im Rahmen des Projektes entstandenen Publikationen, Vorträge und Posterpräsentationen – im Sinne wissenschaftlicher Ergebnisse des Projektes – sind dem Anhang (1) des Abschlussberichtes zu entnehmen. Weitere Publikationen nach Fertigstellung der Abschlussberichte (Bremen/ Düsseldorf) sind geplant.

2. Methodischer Hintergrund

Anknüpfend an die im Rahmen der Einleitung (Kap. 1) vorgestellten Fragenkomplexe ist für die Durchführung des qualitativen Studienanteils ein Design gewählt worden, das auf der Erhebungsebene die Methode der Befragung in Form von Experteninterviews (Meuser/ Nagel 2005) und auf der Auswertungsebene eine Orientierung an der Qualitativen Inhaltsanalyse (Mayring 2002, 2003) sowie partiell auch eine Anlehnung an die Methode der Grounded Theory (Glaser/ Strauß 1998) vorsieht. Nach Erläuterungen zum methodischen Design (Kap. 2.1) folgen Ausführungen zur Samplebildung sowie zur Umsetzung der Vorbereitungs-, Erhebungs- und Auswertungsphase (Kap. 2.2).

2.1 Erhebungs- und Auswertungsmethoden

In der qualitativen Forschung gibt es verschiedene, auf sprachlicher Grundlage angesiedelte Erhebungsverfahren, wie z.B. problemzentrierte, fokussierte und narrative Interviews sowie Gruppendiskussionen (Mayring 2002, Flick et al. 2000, 2002). Für das Projekt ist die Methode des Experteninterviews nach Meuser und Nagel (2005) ausgewählt worden. Folgende Überlegung liegt dieser Auswahl zugrunde: *„Im Gegensatz zu anderen Formen des offenen Interviews bildet bei Experteninterviews nicht die Gesamtperson den Gegenstand der Analyse, d.h. die Person mit ihren Orientierungen und Einstellungen im Kontext des individuellen oder kollektiven Lebenszusammenhangs. Der Kontext, um den es hier geht, ist ein organisatorischer oder institutioneller Zusammenhang, der mit dem Lebenszusammenhang der darin agierenden Personen gerade nicht identisch ist und in dem sie nur einen ‚Faktor‘ darstellen.“* (Meuser/ Nagel 2005: 72f.)⁷ Der Begriff des Experteninterviews verdeutlicht, dass die für ein Interview angefragten Personen als Experten oder Expertinnen – z.B. bezogen auf ein Thema, einen Sachverhalt oder eine Personengruppe – betrachtet werden. Nach Meuser und Nagel ist ein Kennzeichen von Experten und Expertinnen – im Sinne der hier vorgestellten Methodik –, dass sie *„selbst Teil des Handlungsfeldes sind“* (2005: 73) und nicht als Außenstehende auf das zu untersuchende Feld schauen. *„Als Experte wird angesprochen,*

- *wer in irgendeiner Weise Verantwortung trägt für den Entwurf, die Implementierung oder die Kontrolle einer Problemlösung oder*
- *wer über einen privilegierten Zugang zu Informationen über Personengruppen oder Entscheidungsprozesse verfügt.“* (Meuser/ Nagel 2005; 73)

Zu thematisieren bleibt die Frage der Trennung zwischen Expertise einerseits und einer eigenen Beteiligung oder Betroffenheit der angefragten Experten und Expertinnen andererseits. Meuser und Nagel geben in ihrem, bereits als traditionell zu bezeichnenden Aufsatz das Beispiel an, Lehrkräfte als Experten und Expertinnen für das Thema ‚Konzentrations-

⁷ Sind innerhalb von Zitaten einzelne Worte unterstrichen, so handelt es sich um die Wiedergabe von Hervorhebungen gemäß dem zitierten Text.

schwierigkeiten bei Schülern und Schülerinnen' anzusprechen. Beim Thema ‚Psychische Belastung von Lehrkräften‘ seien dieselben – im Sinne der dargelegten Methode – jedoch eher Betroffene denn Experten und Expertinnen. (Meuser/ Nagel 2005: 73) Die angebotene Trennung dürfte jedoch nur bedingt aufrecht zu erhalten sein, denn – orientiert am o.g. Beispiel – Konzentrationsschwierigkeiten Lernender tragen nicht zuletzt auch zu einer Belastung von Lehrkräften bei. Anders ausgedrückt: Sofern Experten und Expertinnen innerhalb von Handlungsfeldern angesprochen werden, besteht das Forschungsinteresse explizit auch darin, etwas über sie als Personen in einer bestimmten Rolle und damit auch über ihre Haltungen, Auffassungen und Deutungen zu erfahren. Bei dieser Herangehensweise, so Meuser und Nagel, stehe *„das ExpertInnenwissen im Zentrum des Interesses“* (2005: 75). In Abgrenzung dazu gibt es auch die *„explorativ-felderschließend(e)“* (2005: 75) Variante, bei der Expertise im Sinne von *„Hintergrundwissen“* (2005: 75) erfasst wird. *„Im einen Fall bilden die ExpertInnen die Zielgruppe der Untersuchung, und die Interviews sind darauf angelegt, dass die ExpertInnen Auskunft über ihr eigenes Handlungsfeld geben. (...). Im anderen Fall repräsentieren die ExpertInnen eine zur Zielgruppe komplementäre Handlungseinheit, und die Interviews haben die Aufgabe, Informationen über die Kontextbedingungen des Handelns der Zielgruppe zu liefern.“* (2005: 75) Entsprechend unterscheiden Meuser und Nagel zwischen *„Betriebswissen“* und *„Kontextwissen“* (2005: 75).

Als Basis für die Durchführung von Experteninterviews empfehlen Meuser und Nagel die Entwicklung eines Interviewleitfadens, der neben einer intensiven Vorbereitung der Interviewer und Interviewerinnen eine Konzentration auf die ausgewählten Themenspektren gewährleistet und damit zugleich – sprachlich wie inhaltlich – die Anerkennung der Befragten als Experten und Expertinnen sicherstellt (2005: 75). Methodisch handelt es sich damit um einen teilstrukturierten, halboffenen Interviewleitfaden (Mayring 2002: 66f.).

Die Anwendung der vorab kurz skizzierten Forschungsmethode im Rahmen des Projektes *„Verbesserung der hausärztlichen Bluthochdruckbehandlung“* zeigt sich wie folgt: Zunächst sind vor Beginn der Haupterhebung insgesamt sieben ärztliche Experteninterviews – mit Männern und Frauen – zur Erweiterung des Kontextwissens durchgeführt worden.⁸ Zentral für alle befragten Experten und Expertinnen ist ihr Bezug zur hausärztlichen Versorgung, sei es durch eine Niederlassung im Kontext von Allgemeinmedizin oder Innerer Medizin, sei es durch ein Engagement in entsprechenden Gremien ärztlicher Selbstverwaltung. Berücksichtigt worden sind Ärzte und Ärztinnen mit Niederlassungen in städtischen oder ländlichen Gegenden sowie mit unterschiedlich langen Niederlassungszeiten. Nicht zuletzt sind über die Kontext-Interviews gewonnene Informationen in die Entwicklung des Leitfadens für die

⁸ Aus Gründen der Anonymität werden die Regionen, in denen die Kontext-Experteninterviews stattgefunden haben, nicht benannt.

Hauptuntersuchung eingeflossen. Die Hauptuntersuchung unterteilt sich in zwei Phasen, die Durchführung von dreißig Experteninterviews vor Beginn des quantitativen Studienanteils und die Realisierung von zehn Experteninterviews nach Abschluss der Interventionen (vgl. Kap. 1). In beiden Phasen setzt sich die Expertengruppe aus Ärzten und Ärztinnen zusammen, und zwar sowohl aus Praktischen Ärzten und Ärztinnen als auch aus Fachärzten und -ärztinnen für Allgemeinmedizin und Innere Medizin mit hausärztlichem Versorgungsschwerpunkt.⁹ Für die Durchführung der Experteninterviews sind zwei Leitfäden – ein Leitfaden für die Erhebungsphase 1 und einer für die Phase 2 – entwickelt worden, die ein teilstrukturier-tes, halboffenes Vorgehen ermöglicht haben. Inhaltlich werden mit den Leitfäden die in Kapitel 1 vorgestellten Fragenkomplexe berücksichtigt.¹⁰

Bezogen auf die Ebene der Auswertung ist für das Projekt vorerst die Methode der qualitativen Inhaltsanalyse (Mayring 2002, 2003) gewählt worden. Nicht zuletzt im Sinne des Gütekriteriums der Nachvollziehbarkeit und Überprüfbarkeit werden nachfolgend als relevant betrachtete Eckpunkte der Methode benannt. Kennzeichnend für die qualitative Inhaltsanalyse sind nach Mayring das Verfahren der Zusammenfassung, das der Explikation und das der Strukturierung (Mayring 2003: 56ff.). Alle drei Verfahren sind beim Prozess der Auswertung zu berücksichtigen.

Der Vorgang der Zusammenfassung wird von Mayring wie folgt definiert: *„Ziel der Analyse ist es, das Material so zu reduzieren, dass die wesentlichen Inhalte erhalten bleiben, durch Abstraktion einen überschaubaren Corpus zu schaffen, der immer noch Abbild des Grundmaterials ist.“* (2003: 58) Ausgehend vom einzelnen Interview erfolgt in einem ersten Schritt die Paraphrasierung des Interviewtextes gemäß einem zuvor definierten Abstraktionsniveau. Durch verschiedene Schritte der Reduktion, z.B. Bündelung bei Überschneidungen, ergibt sich eine Zusammenfassung der Paraphrasen und damit des gesamten Interviewmaterials. Die Zusammenfassung entlang von Themenkomplexen führt zugleich zur Entstehung eines aus dem Material abgeleiteten Kategoriensystems, das es wiederum entlang der Gesamtheit der Interviews zu überprüfen gilt. (Mayring 2003: 59ff.) Dessen ungeachtet kann ein Kategoriensystem – und das ist die zweite von Mayring benannte Variante – auch von ‚außen‘, also entlang bereits vorliegender theoretischer Erkenntnisse an das Material herangetragen werden (Mayring 2003: 74f.). Ausgehend von einer leitfadengestützten Erhebung ist forschungspraktisch eine Parallelität beider Varianten zu erwarten, also eine Kombination aus einem aus dem Material zu entwickelnden und an das Material heranzutragenden Kategoriensystems. So ist davon auszugehen, dass der Entwicklung des Leitfadens zum einen bereits ein Rückbezug auf theoretische Kenntnisse zugrunde liegt und diesem zum anderen Struktur gebende Funktion bei der Kategorienbildung zukommt. Desgleichen ist es aber ebenso

⁹ Detaillierte Informationen zur Samplebildung in der Hauptuntersuchung folgen in Kapitel 2.2.

¹⁰ Die Interviewleitfäden sind dem Anhang (2 und 3) des Abschlussberichtes zu entnehmen.

denkbar, dass sich entlang der Interviews neue, mit dem Leitfaden nicht angedachte Schwerpunktthemen oder auch thematische Differenzierungen ergeben, die zu einer Kategorienbildung aus dem Material heraus führen. Insoweit lässt sich bei der Entwicklung eines Kategoriensystems zusammenfassend von einem fortlaufenden Wechselbezug zwischen Theorie und Empirie sprechen.¹¹

Den Vorgang der Explikation beschreibt Mayring folgendermaßen: *„Ziel der Analyse ist es, zu einzelnen fraglichen Textteilen (Begriffen, Sätzen, ...) zusätzliches Material heranzutragen, das das Verständnis erweitert, das die Textstelle erläutert, erklärt, ausdeutet.“* (2003: 58) Dabei kann das ergänzende und dem Verständnis dienende Material sowohl aus dem betreffenden Interview selbst als auch aus anderen Quellen, z.B. entsprechender Fachliteratur, stammen (2003: 77f.).

Der dritte Vorgang umfasst den Prozess der Strukturierung. Dieser wird von Mayring wie folgt definiert: *„Ziel der Analyse ist es, bestimmte Aspekte aus dem Material herauszufiltern, unter vorher festgelegten Ordnungskriterien einen Querschnitt durch das Material zu legen oder das Material aufgrund bestimmter Kriterien einzuschätzen.“* (2003: 58) Dabei differenziert Mayring zwischen der formalen, der inhaltlichen, der typisierenden und der skalierenden Strukturierung (2003: 59). Zentrale Frage des Strukturierungsprozesses ist, wie, d.h. entlang welcher Vorüberlegungen oder auch Regeln das vorliegende Material geordnet werden soll. Unabhängig vom Modus der Strukturierung gibt Mayring als Hilfestellung für die Zuordnung von Textpassagen zu Kategorien die Beschreibung bzw. Definition von *„Ankerbeispiele(n)“* und *„Kodierregeln“* (2003: 83) an. Bezogen auf das vorliegende Projekt ist vorrangig die inhaltliche Strukturierung zum Tragen gekommen, mittels derer das *„Material zu bestimmten Themen, zu bestimmten Inhaltsbereichen“* (2003: 85) zusammengezogen und erfasst wird.

Auch bei Meuser und Nagel finden sich Angaben zur Interviewauswertung, die eine inhaltliche Nähe zur Methode der qualitativen Inhaltsanalyse aufweisen. So ist im Rahmen der Auswertungsschritte die Rede von Paraphrasierung – einschließlich Reduktion des Materials durch Verdichtung – sowie Ordnung der Paraphrasen durch Formulierung von Überschriften (Meuser/ Nagel 2005: 83ff.). Der Auswertungsprozess wird fortgesetzt mit der Durchführung thematischer Vergleiche, d.h. dem Auffinden von Gemeinsamkeiten und Differenzen sowie einer *„Systematisierung von Relevanzen, Typisierungen, Verallgemeinerungen, Deutungsmustern“* (Meuser/ Nagel 2005: 88) und anschließender *„theoretische(r) Generalisierung“* (Meuser/ Nagel 2005: 89). Mayring subsumiert diese Auswertungsschritte unter die Begriffe ‚Zusammenfassung‘ und ‚Strukturierung‘. Hinzuweisen aber bleibt auf die von Meuser und Nagel benannte Abgrenzung zwischen Experteninterviews einerseits und weiteren, gerade biographischen Interviews andererseits. Diese Differenz komme auch zum Tragen in der

¹¹ Vgl. dazu auch Meuser/ Nagel 2005: 82.

Auswertung von Experteninterviews, für die keine ‚Einzelfallanalysen‘ anzufertigen seien. *„Das Ziel ist vielmehr, im Vergleich mit den anderen ExpertInnen-Texten das Überindividuell-Gemeinsame herauszuarbeiten, Aussagen über Repräsentatives, über gemeinsam geteilte Wissensbestände, Relevanzstrukturen, Wirklichkeitskonstruktionen, Interpretationen und Deutungsmuster zu treffen.“* (Meuser/ Nagel 2005: 80) Dabei gilt als zentraler Bezugspunkt für die Auswertung die Verortung der Experten und Expertinnen *„im Kontext ihrer institutionell-organisatorischen Handlungsbedingungen“* (Meuser/ Nagel 2005: 81).

Im Rahmen des Auswertungsprozesses für das vorliegende Forschungsprojekt hat keine ausschließliche Orientierung an einer einzelnen Methode stattgefunden, vielmehr sind – neben den bereits skizzierten Methoden und unter Berücksichtigung bekannter qualitativer Gütekriterien (Steinke 2000) – zentrale Kennzeichen anerkannter Verfahren, insbesondere der Methode der Grounded Theory¹² genutzt worden. So ist im Projekt auf das Prinzip der Parallelität von Erhebung, Kategorienbildung und Analyse zurückgegriffen worden. Glaser und Strauss schreiben dazu: *„Die grundlegende Operation besteht darin, Daten zeitgleich zu erheben, zu kodieren und zu analysieren. Theoriegenerierung, gekoppelt mit der Auffassung von Theorie als Prozess, erfordert, dass alle drei Operationen weitestgehend parallel ausgeführt werden. Sie sollten von Anfang der Untersuchung an bis hin zu ihrem Ende ineinander übergehen und sich permanent überkreuzen.“* (1998: 52)

Eine Beschreibung des Forschungsdesigns sowie die Anwendung der einzelnen Methoden im Projektverlauf, von der Samplebildung bis zur Auswertung, wird im folgenden Kapitel dargestellt.

2.2 Von der Samplebildung bis zur Auswertung

Das Forschungsdesign umfasst zwei qualitative Erhebungs- und Auswertungsphasen, eine Phase vor Beginn der quantitativen Untersuchung (Qualitative Phase 1) und eine Phase nach Durchführung der Interventionen (Qualitative Phase 2).

Qualitative Phase 1

Mit Beginn des Projektes sind vom Projektteam Erhebungsregionen – mit städtischem und ländlichem Charakter – zur Umsetzung der qualitativen und quantitativen Studienanteile ausgewählt worden. Ziel dieser Erhebungsphase ist es gewesen, entlang ärztlicher Experteninterviews Auffassungen und Deutungen zu ärztlichen Arbeitswirklichkeiten, zu Möglichkeiten und Grenzen ärztlichen Handelns, zum professionellen Selbstverständnis wie auch zu

¹² Auf eine ausführliche methodische Beschreibung zur Grounded Theory wird an dieser Stelle verzichtet, da von einer hohen Bekanntheit gerade im Bereich von Gesundheitswissenschaft und Medizin ausgegangen wird.

strukturellen Rahmenbedingungen im (ambulanten) Gesundheitssystem zu erfassen. Ein weiterer Schwerpunkt der Interviews hat überdies in Fragen zum Grad der Akzeptanz von Leitlinien bis hin zu möglichen Leitlinienabweichungen gelegen. Bei der Konzeption dieser Erhebungsphase ist im Gesamtteam des Verbundprojektes von folgender Vorannahme ausgegangen worden: Zum einen ist zu vermuten, dass ärztliche Diskurse bzw. Gesprächszusammenhänge – z.B. in Form von Qualitätszirkeln – regional unterschiedlich sind. Zum anderen ist davon auszugehen, dass ärztliche Auffassungen und Deutungen auch geprägt sind durch eine jeweilige Einbindung der Ärzte und Ärztinnen in regionale Diskurse und Gesprächszusammenhänge. Insoweit ist es als wichtig erachtet worden, in allen quantitativen Erhebungsregionen auch qualitative Interviews durchzuführen. Um jedoch zu vermeiden, dass die Interviews zu unbeabsichtigten Interventionen im quantitativen Forschungsablauf hätten werden können, sind die Interviews zwar in den jeweiligen Regionen jedoch nicht mit an der quantitativen Studie teilnehmenden Ärzten und Ärztinnen durchgeführt worden.

Als grundlegende Auswahlentscheidung im Forschungsprojekt bezogen auf die Datenerhebung ist die Bestimmung der sog. Fallgruppe (Flick 2002: 98) zu bezeichnen, d.h. die Durchführung von Experteninterviews mit Praktischen Ärzten und Ärztinnen sowie Fachärzten und Fachärztinnen für Allgemeinmedizin und Innere Medizin (hausärztliche Versorgung). Bei der konkreten Samplebildung sind dann die Verfahren der Vorab- Festlegung der Samplestruktur und der schrittweisen Festlegung der Samplestruktur (theoretisches Sampling) miteinander kombiniert worden (Flick 2002: 98ff.). Zu benennen sind, neben der fachärztlichen Spezialisierung, folgende Kriterien der Vorab-Festlegung: Geschlecht, Zeitpunkt und Ort der Niederlassung. Die insgesamt dreißig durchgeführten Experteninterviews teilen sich auf in fünfzehn Interviews mit Männern und fünfzehn mit Frauen. Sechzehn der befragten Ärzte und Ärztinnen sind dem Gebiet der Allgemeinmedizin (einschließlich Praktische Ärzte und Ärztinnen) und vierzehn dem Gebiet der Inneren Medizin zuzuordnen. Der Niederlassungszeitpunkt ist in drei Abschnitte unterteilt worden: acht Befragte haben sich bereits vor 1990 niedergelassen, dreizehn im Zeitraum von 1990 bis 1999 und neun Befragte ab dem Jahr 2000. Bleibt der Aspekt des Niederlassungsortes zu betrachten. Die Interviews verteilen sich gleichermaßen auf großstädtische und städtische Bereiche – unter Berücksichtigung der Unterschiedlichkeit von Einzugsgebieten, z.B. Innenstadt versus Stadtrandgebiet – wie auch auf ländliche Regionen. Die genaue Auswahl der einzelnen Interviewpartnerinnen und -partner ist dann schrittweise erfolgt, nicht zuletzt unter dem Gesichtspunkt „*maximaler Variation*“ (Flick 2002: 111). In diesem Prozess hat sich als ergänzender Aspekt die Niederlassung in Einzel- bzw. Gemeinschaftspraxen – gerade in Verbindung mit dem Praxisort (städtische versus ländliche Niederlassung) – als relevant erwiesen. Neben Informationen aus den für die Regionen vorliegenden Ärzte- und Ärztinnenlisten haben Erkenntnisse im

Rahmen des begonnenen Auswertungsprozesses, eine genaue Betrachtung der Erhebungsregionen wie auch eine Recherche in lokalen Informationsbroschüren die Auswahl von Experten und Expertinnen zur Durchführung von Interviews mit bestimmt.

Nach der Entwicklung des Interviewleitfadens, der Durchführung von zwei Pretest Interviews sowie der anschließenden Überarbeitung des Leitfadens konnte mit der Haupterhebung begonnen werden. Die vom Projektteam ausgewählten Experten und Expertinnen sind postalisch über das Projekt informiert und um ein qualitatives Interview gebeten worden. Einige Tage nach dem Versand der Briefe ist eine telefonische Nachfrage erfolgt, bei Zustimmung ist es dann zur Terminabsprache gekommen, bei Ablehnung zur weiteren Suche nach potentiellen Interviewpartnern und -partnerinnen. Nach Zustimmung der Befragten zur Bandaufnahme und damit verbunden auch zur methodisch geleiteten Auswertung der Interviewtexte haben die durchschnittlich fünfundvierzig Minuten dauernden Interviews in den jeweiligen Arztpraxen stattgefunden. Die Befragten haben für ihre Teilnahme am Projekt eine finanzielle Aufwandsentschädigung erhalten. Alle Interviews sind vollständig transkribiert worden.

Von den insgesamt dreißig Interviews konnten siebenundzwanzig im ausführlichen Auswertungsprozess berücksichtigt werden. Von einer vertieften Auswertung der drei verbleibenden Interviews ist aus folgenden Gründen abgesehen worden: Bei einem der Interviews erscheint eine Anonymisierung ggf. zu zitierender Interviewausschnitte durch sprachliche Besonderheiten nicht möglich; bei einem Interview ist aufgrund einer schlechten Aufnahmequalität nur eine bedingte Transkription möglich gewesen, ein weiteres Interview ist aufgrund eines ‚extremen Interviewverlaufs‘ (Meuser/ Nagel 2005: 78f.) aus dem vertieften Auswertungsprozess ausgeschlossen worden. Die drei Interviews sind im Sinne von Hintergrundwissen in die Arbeit im Forschungsprojekt eingeflossen.

Die parallel zum Erhebungsprozess begonnene Auswertung hat sowohl in Gruppen als auch in Einzelarbeit stattgefunden. Vier der Interviews konnten in einer Forschungswerkstatt¹³ vorgestellt werden, fünfzehn Interviews (davon ein nicht vertiefend berücksichtigtes) sind in speziell für das Projekt gebildeten Auswertungsgruppen¹⁴ interpretiert und elf Interviews (davon zwei nicht vertiefend berücksichtigte) in Einzelarbeit ausgewertet worden. Die Entscheidung, welche Interviews in welchen Gruppen bzw. in Einzelarbeit interpretiert worden sind,

¹³ Die interdisziplinär besetzte Forschungswerkstatt ist am Institut für angewandte Biographie- und Lebensweltforschung, Universität Bremen angesiedelt. Die Leitung der Forschungswerkstatt oblag bis zum Dezember 2006 Prof. Dr. A. Hanses (heute TU Dresden).

¹⁴ Im Rahmen des Projektes sind zwei Interpretationsgruppen gegründet worden. Die eine Interpretationsgruppe hat aus dem Projektleiter (Prof. N. Schmacke), dem Projektberater (Prof. A. Hanses) und der Projektmitarbeiterin (M. Stamer) bestanden. Die zweite Interpretationsgruppe hat aus Forschern und Forscherinnen unterschiedlicher Fachrichtungen und Institute der Universität bestanden (Medizin, Soziologie, Kulturwissenschaft, Gesundheitswissenschaft, Pädagogik). Ergänzend zur Interpretation in Forschungswerkstatt und Interpretationsgruppen hat es auch ein Interpretationstreffen der beiden Forschungsgruppen (Düsseldorf/ Bremen) gegeben.

hat die Projektmitarbeiterin getroffen entlang von Kriterien wie z.B. extrem, typisch oder kritisch erscheinende Interviews. Auch die maximale Unterschiedlichkeit von Interviewverläufen und -inhalten ist bei dieser Auswahlentscheidung als bedeutsames Kriterium berücksichtigt worden. (Flick 2002: 111) Die Arbeit in den Interpretationsgruppen ist nicht zuletzt den Gesichtspunkten „*argumentative(r) Interpretationsabsicherung*“ (Mayring 2002: 145) und „*intersubjektiver Nachvollziehbarkeit*“ (Steinke 2000: 324) gefolgt. Alle in den Interpretationsgruppen bearbeiteten Interviews sind gemäß den im Kapitel 2.1 dargelegten Verfahrensschritten (Paraphrasierung, Zusammenfassung, Kategorisierung und Strukturierung) bearbeitet worden; bei den in Einzelarbeit betrachteten Interviews sind die Arbeitsschritte – in Anlehnung an Mayring – zum Teil zusammengezogen worden.¹⁵

Den Abschluss der Ausführungen zur ersten Erhebungsphase soll ein kurzer Blick in die Prozesse der Kategorisierung sowie der Strukturierung der Kategorien bilden. Im ersten Drittel des Auswertungsprozesses hat sich die Arbeit, eng verbunden mit dem Interviewleitfaden, insbesondere an folgenden Kategorien orientiert:

- Zur beruflichen Motivation im hausärztlichen Versorgungsbereich;
- Interaktion, Shared Decision Making, (Non-) Compliance;
- Geschlechtsspezifische Aspekte;
- Risikofaktoren, Risikofaktorenmodelle;
- Evidenzbasierte Leitlinien.

Im weiteren Verlauf des Projektes haben sich zunehmend zwei Themenschwerpunkte herauskristallisiert; der Schwerpunkt „*Prozesse der Entscheidungsfindung*“ (Shared Decision Making/ Partizipative Entscheidungsfindung) und der Schwerpunkt „*Ärztliches Wissensmanagement*“. Demgegenüber stellen die Themenfelder „Hausärztliche Versorgung“, „Risikofaktorenmodelle“ und „Leitlinien“ Unterkategorien dar der beiden o.g. Schwerpunkte, die im Mittelpunkt der nachfolgenden Ergebnispräsentation zum Projekt stehen. Wenngleich auch weitere Themenschwerpunkte, insbesondere Aspekte zur beruflichen Motivation im hausärztlichen Versorgungsbereich sowie geschlechtsspezifische Aspekte sich im Verlauf der Projektarbeit als bedeutsam gezeigt haben, werden diese – aus Gründen des Umfangs – nicht als für sich ausgearbeitete ergänzende Themenbereiche präsentiert.

Gewählt worden ist eine Präsentation der Hauptschwerpunkte „*Entscheidungsfindung*“ und „*Wissensmanagement*“ entlang der Darstellung von unterschiedlichen ärztlichen Haltungen.

¹⁵ „Bei großen Materialmengen ist es oft nicht mehr möglich, alle inhaltstragenden Textstellen zu paraphrasieren. Hier können mehrere Analyseschritte zusammengefasst werden.“ (Mayring 2003: 61)

Die Zusammenfassung der Auswertungen in Form von Haltungen zu einer spezifischen Thematik – wie z.B. dem Konzept der Partizipativen Entscheidungsfindung – dient einer anschaulichen und dabei zugleich komprimierten Präsentation der Interpretationsergebnisse. Zu bedenken ist jedoch, dass die Übergänge zwischen den Haltungen fließend sind, dass Haltungen unterschiedlich ausgeprägt sein können und auch, dass Menschen verschiedene, z.T. auch sich widersprechende Haltungen in sich tragen können. Insoweit ist das Ziel keine starre Zuordnung der einzelnen Befragten zu den jeweiligen Haltungen sondern vielmehr eine Darlegung der Haltungen im Sinne von Einblicken in vielfältige Facetten hausärztlichen Versorgungsalltags. Haltungen wiederum umschließen eine Fülle unterschiedlicher Vorstellungen und Einstellungen, die abzubilden Ziel der Auswertung und der Ergebnispräsentationen sind. Abzugrenzen ist davon hingegen die Ebene des Verhaltens, über die entlang der Interviews insoweit keine Aussagen getroffen werden können, als dem Forschungsprozess keine teilnehmenden Beobachtungen inhärent sind. Basis des qualitativen Vorgehens sind hingegen Interviews, in denen die befragten Ärzte und Ärztinnen ihre Sicht der Dinge, ihr Verständnis von ihrer ärztlichen Rolle und ihrem professionellen Handeln – im Kontext bestehender Rahmenbedingungen – dargelegt haben.

Qualitative Phase 2

Nach Durchführung der cluster randomisierten vergleichenden prospektiven Interventionsstudie – mit einem zeitlichen Abstand von ca. vier bis sechs Monaten – sind weitere Experteninterviews geführt worden. Entsprechend dem Ziel dieser zweiten Erhebungsphase, Eindrücke und Auffassungen zu den Interventionen zu erfassen, besteht das Sample in dieser Phase aus einer Anzahl der am quantitativen Forschungsprojekt beteiligten Ärzte und Ärztinnen. Durchgeführt worden sind insgesamt zehn Interviews, vier mit Frauen und sechs mit Männern. Berücksichtigung hat bei der Samplebildung – neben dem Geschlecht der Interviewten und der Region der Niederlassung – die Praxisart (vier Einzelpraxen, sechs Gemeinschaftspraxen), die fachärztliche Qualifizierung (vier Praktische Ärzte und Ärztinnen, jeweils drei Fachärzte und -ärztinnen für Innere Medizin bzw. Allgemeinmedizin) sowie die Dauer der Niederlassung (vier Niederlassungen vor 1990, vier Niederlassungen zwischen 1990 und 1999, zwei Niederlassungen nach 1999) gefunden. Bedeutsam für die Samplebildung ist überdies eine Berücksichtigung beider Interventionsgruppen (Gruppe A: Kurzleitlinie/ Materialmappe und Peer Gespräch; Gruppe B: Kurzleitlinie/ Materialmappe; vgl. Kap. 1) gewesen, d.h. fünf der Interviewten gehören der Gruppe A und fünf der Interventionsgruppe B an. Mit der Umsetzung der Interventionen sind drei Peers betraut gewesen, was bei der Auswahl der Interviewpartner und -partnerinnen ebenfalls berücksichtigt worden ist. Insgesamt ist bei der Samplebildung auch in der zweiten Erhebungsphase dem Verfahren der

Vorab-Festlegung in Verbindung mit einer schrittweisen Festlegung der Samplestruktur (theoretisches Sampling) gefolgt worden.

Wie bereits für die erste qualitative Phase beschrieben, zeichnet sich auch diese Erhebung durch Leitfadenentwicklung, Pretest sowie schriftliche und telefonische Kontaktaufnahme potentieller Interviewpartner und -partnerinnen aus. Die durchschnittlich fünfundvierzig Minuten dauernden Interviews haben wiederum in den einzelnen Arztpraxen stattgefunden. Die Befragten haben ihre Zustimmung zur Bandaufnahme und damit verbunden auch zur methodisch geleiteten Auswertung der Interviewtexte gegeben. Auch in dieser Erhebungsphase haben die Befragten für ihre Teilnahme am Projekt eine finanzielle Aufwandsentschädigung erhalten. Und auch bezogen auf diese Erhebungsphase sind alle Interviews vollständig transkribiert worden.

Die Konzeption des Leitfadens ist erfolgt in Anlehnung an die Zielsetzung der zweiten Erhebungsphase, Eindrücke und Auffassungen der Beteiligten zu den Interventionen zu erfassen. Nicht zuletzt kann auf diesem Wege aber auch der Frage nachgegangen werden, wie Wissensbestände, z. B. Leitlinien, aufbereitet sein sollten, um eine möglichst hohe Akzeptanz im ärztlichen Handeln zu finden. Anders ausgedrückt: Konzentriert auf die Thematik des Paradigmenwechsels in der Behandlung von Menschen mit Bluthochdruck – von Ziel- und Grenzwerten zum Gesamtrisikokzept – bleibt zu fragen, wie die interviewten Ärzte und Ärztinnen über diesen Wandel denken, nachdem sie sich mit der Kurzleitlinie bzw. der Materialmappe zum Projekt befasst (Gruppe B) und ergänzend dazu ein Peer Gespräch erlebt haben (Gruppe A). Entsprechend dieser Vorüberlegungen ist der Leitfaden für die zweite Erhebungsphase folgendermaßen aufgebaut worden:

- *Einleitung*: Berufliche Motivation/ Hausärztlicher Versorgungsbereich, Diagnostik und Therapie bei Bluthochdruck, Geschlechtsspezifische Aspekte;
- *Kommunikation und Interaktion*: Behandlungsansätze und -differenzen, Risikofaktoren, (Non-) Compliance, Krankheitskonzepte, Lebenswelten;
- *Epidemiologie und Teil I der Evaluation*: Risikofaktorenmodelle, Kommunikation über Risiken, ärztliches Selbstverständnis; Nutzung der Kurzleitlinie bzw. Materialmappe;
- *Informations- und Wissensmanagement/ Leitlinien und Teil II der Evaluation*: Wege der Informations- und Wissensaneignung, Kurzleitlinie/ Materialmappe und Peer Gespräch;
- *Abschluss des Interviews*: Ärztliche Kernkompetenzen.

Eingebettet in die Themenfelder „Hausärztlicher Versorgungsbereich“, „Bluthochdruck und kardiovaskuläres Gesamtrisiko“ sowie „Informations- und Wissensmanagement“ sind an ver-

schiedenen Stellen des Interviews Fragen zu den vorab erlebten Interventionen gestellt worden. Für die Auswertung der Interviews (Kap. 5) aus dieser Erhebungsphase bleiben zwei Aspekte zu bedenken: Zum einen ist bei den Ausführungen der interviewten Ärzte und Ärztinnen von einem gewissen Grad an ‚sozialer Erwünschtheit‘ bezogen auf das Antwortverhalten auszugehen, da die Peer Gespräche und Interviews jeweils von Mitarbeitern und Mitarbeiterinnen des Projektes durchgeführt worden sind. Wenngleich die Mitarbeiter, die die Peer Gespräche geführt haben, aus Düsseldorf gekommen sind und die Interviewerin aus Bremen, ist den Interviewten bekannt gewesen, dass alle Beteiligten zu einem Verbundprojekt gehören. Zum anderen ist bei der Auswertung die Anzahl der Interviews, jeweils fünf pro Interventionsgruppe, zu bedenken. Wenngleich den vorliegenden zehn Interviews bereits eine Aussagekraft obliegt, wäre eine etwas größere Anzahl an Interviews – unter Sättigungsgesichtspunkten – an dieser Stelle sinnvoll, jedoch aus Gründen des Umfangs im Verhältnis zu den vorhandenen Projektressourcen nicht möglich gewesen. Vor dem Hintergrund der vorab skizzierten Aspekte sind die Interviews aus der zweiten Erhebungsphase nicht in gleicher Intensität analytisch durchgearbeitet worden wie die aus der ersten Erhebungsphase.

Mit dem nächsten Kapitel (3) „*Interviewinterpretationen I: Ärztliche Haltungen zum Wissensmanagement*“ folgt nun die Präsentation der Auswertung aus der ersten Erhebungsphase.

3. Interviewinterpretationen I: Ärztliche Haltungen zum Wissensmanagement

Mit dem Begriff des Wissensmanagements wird zum einen die Ebene des ärztlichen Fachwissens, verstanden als eine wesentliche Grundlage medizinischer Profession (Kurtz 2002), und zum anderen die der Verknüpfung von Wissen und Handlung im ärztlichen Alltag – unter Berücksichtigung von Facetten wie Wissensaneignung, -aktualisierung und -deutung – in den Mittelpunkt nachfolgender Betrachtungen gerückt. Eine zunehmend an Bedeutung gewinnende Form der Aufbereitung von ärztlichem Fachwissen stellen Leitlinien dar. In Anlehnung an die Europarat-Empfehlung zur Methodik medizinischer Leitlinien¹⁶ werden sie im Glossar der Ärztlichen Zentralstelle Qualitätssicherung (ÄZQ) und der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) folgendermaßen definiert: *„Leitlinien sind systematisch entwickelte, wissenschaftlich begründete und praxisorientierte Entscheidungshilfen für die angemessene ärztliche Vorgehensweise bei speziellen gesundheitlichen Problemen.“* (www.versorgungsleitlinien.de/glossar) Neben einer Transparenz der Entwicklungsprozesse von Leitlinien sowie der Notwendigkeit ihrer regelmäßigen Aktualisierung ist im Glossar überdies die Rede von Leitlinien als *„Orientierungshilfen im Sinne von ‚Handlungs- und Entscheidungskorridoren‘, von denen in begründeten Fällen abgewichen werden kann oder sogar muss“* (ebd.). Anknüpfend an die der Definition von Leitlinien inhärenten Verbindung von Wissens- und Handlungsebene sowie bei gleichzeitiger Notwendigkeit der Begrenzung des Gegenstandes liegt diesem Teil der Untersuchung eine Fokussierung auf Leitlinien sowie davon nicht zu trennenden Praxis- und Implementierungshilfen – im Sinne einer möglichen Operationalisierung von ärztlichem Fachwissen – zugrunde. Während auf Evidenz basierten Studien fußende Leitlinien sich mit der Vorstellung einer qualitativen Verbesserung von Versorgungsqualität verbinden, sind zugleich Barrieren auf Seiten der Ärzte und Ärztinnen bekannt, sich mit Leitlinien zu befassen und diese zu nutzen. Nach Hasenbein et al. liegen Gründe für eine geringfügige bis fehlende Kenntnisnahme und Nutzung von Leitlinien *„in Merkmalen der Handlungsempfehlungen (z.B. Eindeutigkeit, Widerspruchsfreiheit, Aktualität), des Entscheidungsfeldes (z.B. Patientenwünsche, Multimorbidität, Häufigkeit der Entscheidungsprobleme) sowie des Arztes (z.B. Berufserfahrung) und seiner institutionellen Einbindung (z.B. Verfügbarkeit von Leitlinien, Anreize zur Leitliniennutzung)“* (2005: 333). Überdies werden weitere Vorbehalte gegenüber Leitlinien genannt, die sich z.B. auf die Frage der Transparenz im Entstehungsprozess von Leitlinien, mögliche juristische Konsequenzen sowie der Vermutung potentieller Handlungsreglementierungen im beruflichen Alltag beziehen (Ollenschläger 2007a, 2007b). Verschiedene der bekannten Barrieren aufgreifend, gibt es seit dem Jahr 2003 in Deutschland ein von der Bundesärztekammer (BÄK), der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) getrage-

¹⁶ Europarat-Empfehlung Rec (2001) 13 zur Methodik medizinischer Leitlinien.

nes und dem Ärztlichen Zentrum für Qualität in der Medizin (ÄZQ) organisiertes Programm für Nationale VersorgungsLeitlinien (NVL-Programm). „Es zielt auf die Entwicklung und Implementierung interdisziplinärer, versorgungsbereichübergreifender Leitlinien zu ausge-suchten Erkrankungen hoher Prävalenz unter Berücksichtigung der Methoden der evidenz-basierten Medizin.“ (Ollenschläger et al. 2007a: 371). Die Leitlinien werden entwickelt unter „Beteiligung betroffener Leistungsträger“ sowie „betroffener Leitliniennutzer und interessierter Dritter“ und – seit dem Jahr 2005 – auch unter „Beteiligung betroffener Patienten“ (Ollenschläger et al. 2007a: 368).¹⁷ Neben einem interdisziplinären Ansatz sowie dem Be-streben um ein Zusammenfügen bereits bestehender Leitlinien zu jeweils ähnlichen oder gleichen Themen ist das NVL-Programm zudem getragen von dem Anliegen, durch entspre-chende Praxishilfen eine Verbindung zwischen Leitlinien- und Handlungsebene zu fördern (Ollenschläger et al. 2007a). Insoweit ist das NVL-Programm auch in Verbindung mit dem Projektthema ‚Bluthochdruck/ kardiovaskuläres Gesamtrisiko‘ von Interesse, auch wenn zu diesem Themenfeld keine Nationale VersorgungsLeitlinie vorliegt.¹⁸

An die vorab skizzierten Überlegungen anknüpfend, wird deutlich, dass sich in Untersuchun-gen zum Thema Leitlinien verschiedene Ebenen, die Wissensenebene, die Einstellungsebene und die Handlungsebene sowie Verknüpfungen dieser verschiedenen Ebenen als bedeut-sam erweisen (vgl. dazu u.a. Schneider et al. 2001, Wagner et al. 2004, Hasenbein et al. 2005, Sadowski et al. 2005, Hasenbein/ Wallesch 2007). Während im nachfolgenden Aus-wertungsabschnitt weniger interessiert, inwieweit sich das Wissen und Handeln der inter-viewten Ärzte und Ärztinnen im Einzelnen als leitliniengemäß zeigt – dieser Aspekt ist an-hand des qualitativen Designs weder messbar noch interpretierbar – wird vielmehr danach gefragt, wie die Akteure und Akteurinnen sich selbst in ihrer ärztlichen Rolle im hausärztli-chen Versorgungsfeld verstehen, wie sie – aus ihrer jeweils subjektiven Perspektive – ihre Art und Weise der Verknüpfung von Wissen und Handeln beschreiben (Thomssen 1992). Anders ausgedrückt: Von einem generell vorhandenen Wissensfundus bei allen Akteuren und Akteurinnen ausgehend, bleibt zu erfassen, wer welche Wissensbestände und Informa-tionswege aus welchen Gründen als bedeutsam für das eigene berufliche Handeln empfin-det. Aus Forschungsperspektive kann dabei nicht das Handeln an sich interpretiert werden, sondern die Beschreibung der befragten Ärzte und Ärztinnen über ihr jeweiliges Handeln. Vor dem Hintergrund des Paradigmenwechsels in der Behandlung von Menschen mit Blut-

¹⁷ Informationen zum NVL-Programm sowie den bereits bestehenden Nationalen VersorgungsLeitlinien zu Asthma, Chronisch Obstruktiver Lungenerkrankung (COPD), Typ-2-Diabetes, Herzinsuffizienz und Koronarer Herzerkrankung (KHK) sind im Internet unter www.versorgungsleitlinien.de abgebildet.

¹⁸ Maßgeblich für das vorliegende Projekt ist eine Orientierung an der Europäischen Leitlinie zur Prävention kar-diovaskulärer Erkrankungen (De Backer et al. 2003), an der Leitlinie zur Behandlung der arteriellen Hypertonie der Deutschen Hochdruckliga e.V. (DHL) (www.hochdruckliga.de) sowie den SCORE-Deutschland Risikotabellen (Keil et al. 2005), die nicht zuletzt verstanden werden können als eine Praxishilfe zur alltäglichen Umsetzung von Leitlinienempfehlungen.

hochdruck – von Ziel- und Grenzwerten zum Gesamtrisikokzept – bleibt ferner danach zu fragen, wie die interviewten Ärzte und Ärztinnen über diesen Wandel denken und welche Bedeutung sie diesem Wandel im Kontext ihres beruflichen Handelns beimessen. Diese Thematik ist in Verbindung mit Risikofaktorenmodellen – verstanden als eine Praxishilfe zur alltäglichen Umsetzung von Leitlinienempfehlungen – zu betrachten. Inwieweit, so die Frage, werden Risikofaktorenmodelle als Instrument zur Generierung ärztlicher Therapieempfehlungen in Erwägung gezogen. Sie können auch als Entscheidungshilfe im Prozess (partizipativer) Entscheidungsfindung betrachtet und genutzt werden. Dieser Aspekt wird in Kapitel 4 aufgegriffen.

Zusammenfassend scheinen in den Interviews drei unterschiedliche ärztliche Haltungen zum Themenfeld „*Wissensmanagement*“ auf: Eine unbestimmte, konzeptlos erscheinende Haltung, eine erfahrungsorientierte und eine kenntnisorientierte Haltung.¹⁹ Die einzelnen Haltungen werden in ihrer Unterschiedlichkeit und auch inneren Vielfalt vorgestellt und jeweils in Verbindung gebracht mit einer möglichen Nutzung von Risikofaktorenmodellen.

3.1 Eine unbestimmte Haltung zum Wissensmanagement

Die unbestimmte Haltung zeigt sich insgesamt in der Vorstellung, dass Leitlinien und Risiko Scores als mehr oder weniger vages Hintergrundwissen bestehen, d.h. im Sinne eines inkorporierten, verinnerlichten jedoch aktuell nicht reflektierten Wissens in das alltägliche ärztliche Handeln einfließen. Auf der Handlungsebene wird das inkorporierte Wissen verknüpft mit traditionellen Wissenskomponenten, z.B. der Orientierung an Ziel- und Grenzwerten bei Bluthochdruck, wie auch mit erfahrungsbezogenen Komponenten, z.B. bei der Auswahl von Medikamenten. Während einerseits von Gesamtrisikobetrachtungen – ohne Rückgriff auf Risikoberechnungen – die Rede ist, wird Bluthochdruck als ‚besonderer‘ Risikofaktor betrachtet. Selbst bei einem als gering eingeschätzten kardiovaskulären Gesamtrisiko wird mit erhöhten bis hohen Blutdruckwerten aus Sicht einer unbestimmten Haltung ein Behandlungsbedarf verbunden.

Auf einer eher abstrakt erscheinenden Ebene werden Leitlinien als ein Informationstext zu einer bestimmten Thematik oder Erkrankung betrachtet, der in der Vergangenheit gelesen worden sei, an den eine mehr oder weniger unkonkrete Erinnerung bestehe, der jedoch bezogen auf aktuelles ärztliches Handeln in der Regel nicht hervorgeholt werde. Eine der Interviewten beschreibt diese Einschätzung folgendermaßen: „*Das hab ich dann irgendwie mal gelesen und versuche, das so 'n bisschen abzuspeichern und äh nö, mehr eigentlich nicht,*

¹⁹ Eine Erläuterung zur Verwendung des Begriffes ‚Haltung‘ findet sich in Kapitel 2: 18f.

nö. *Es gibt sicher Kollegen, die haben das irgendwie laminiert und als Kärtchen in der Schublade oder so, ne. Nee, das mache ich gar nicht.*“ (G12/20/661-665) Und in einem anderen Interview heißt es: *„Also ich hab das jetzt nicht hier auf dem Tisch, da liegt allerhand, aber das liegt da nicht, das hab ich irgendwo verinnerlicht, muss ich dann schon, weil man muss es ja auch individuell immer etwas zuschneiden. Es werden da ja auch mehrere Möglichkeiten offen gelassen. Es ist nicht so 'n, ist ja nicht so ein starres Schema, dass ich immer mit dem Medikament XY anfangen muss, sondern es eröffnet mehrere Möglichkeiten, und deswegen hab ich das hier nicht jetzt starr auf dem Tisch, dass ich genau jetzt danach vorgehe.“* (G10/14f./468-476)²⁰ Weniger beispielhaft denn allgemein formuliert, wird auf die Notwendigkeit eines Abrückens von Leitlinien zwecks Berücksichtigung der Individualität von Patienten und Patientinnen hingewiesen.²¹

Deutlich wird, dass Leitlinien zwar ein inkorporiertes Wissen oder auch ‚Hintergrundwissen‘ darstellen, dass es aber jenseits der Leitlinien weitere handlungsleitende Aspekte gibt, z.B. die Berücksichtigung von Individualität, die jedoch nicht in Form eines Handlungskonzeptes in den Interviews dargelegt werden. Im folgenden Zitat zeigt sich eine Verbindung aus Leitlinienbezug – auf der Wissens Ebene – und – auf der Handlungsebene – dem Ansatz, generell möglichst niedrige Blutdruckwerte anzustreben: *„Ich hab die Leitlinien einfach mal gelesen, ich denk, beziehe ich mich immer auf den Diabetes, ne? Also weil das so ein großes Thema ist. Ähm also das hab ich einmal gelesen, und ich geh zum Seminar, dann höre ich schon mal wieder Leitlinien, aber es sind immer die Dinge, die man sowieso kennt. Ich geh nicht hin und hab das irgendwo in meiner Schublade, oder ich zieh das nicht mal, ich setze mich nicht hin und sage, wie sind jetzt die Leitlinien, das mach ich nicht. Ich guck mir schon das Risikoprofil an, Zuckereinstellungen, also Blutdruck einstellen, also bei Blutdruckleitlinien weiß ich nicht, umso niedriger der Blutdruck, umso besser ist es für den Menschen, fertig. Also da gibt es, ich weiß nicht, gibt's da Leitlinien? Umso niedriger, umso besser ist es für den Menschen, umso weniger das Risiko irgendeine Krankheit zu erleiden, das ist für mich die Leitlinie des Blutdrucks.“* (G15/20/652-666) Auch andere Befragte betonen die Notwendigkeit einer Ziel- und Grenzwertorientierung bezogen auf Blutdruckwerte sowie eine damit verbundene Vorstellung maximaler Risikoreduktion.²² So heißt es in einem weiteren Interview beispielsweise: *„Aber ich bin jetzt einfach auch äh kardiologisch ziemlich interessiert, und von daher ähm, weiß ich eben auch, was der Blutdruck anrichten kann, und dann versuche ich, die Patienten schon darauf hinzutrimmen, dass die eben jetzt 140 zu 90 nicht als normal ansehen, sondern eben darunter, ne, kommen, (...)“* (G18/3/89-93). Jenseits der Frage der Kenntnis von Leitlinieninhalten scheint es bei einer unbestimmten Haltung Wis-

²⁰ Vgl. auch G10/9.

²¹ Vgl. dazu auch G16/19, G18/15, G15/20.

²² Vgl. dazu auch G15/7f., G12/12ff., G10/5f. und G10/11f.

sensbestände zu geben, die, bezogen auf die Handlungsebene für bedeutsamer erachtet werden als die in Leitlinien gegebenen Empfehlungen. Anders ausgedrückt: Statt der Frage, warum von Leitlinien abgewichen wird – im Denken wie im Handeln – ist zu untersuchen, warum bestimmte Wissensbestände, auch jenseits evidenzbasierter Empfehlungen, offenbar als handlungsleitend empfunden werden. Es bleibt – genauer als es im Rahmen der vorliegenden Interviews möglich gewesen ist – danach zu fragen, welche Erinnerungen an das Erlernen bestimmter Wissensbestände (z.B. eine Ziel- und Grenzwertorientierung bezogen auf Blutdruckwerte) bestehen, wo dieses Wissen gewonnen worden ist und warum es dabei schwierig vorstellbar zu sein scheint, von den verankerten Vorstellungen abzuweichen.

Ein weiterer Gegenstand, der im Kontext der Themen Bluthochdruck/ kardiovaskuläres Gesamtrisiko einerseits sowie evidenzbasierte Studien und Leitlinien andererseits von den befragten Ärzten und Ärztinnen aufgegriffen worden ist, betrifft den Bereich der Auswahl von Präparaten bzw. Medikamenten. Dabei geht es nicht darum ‚zu prüfen‘, ob Ärzte und Ärztinnen sich – gemessen an einem zu definierenden aktuellen evidenzbasierten Standard zur Medikamentenverordnung – ‚richtig‘ verhalten, sondern vielmehr um die Frage, welche Aspekte sich bei der Präparate- oder Medikamentenwahl als für die handelnden Akteure und Akteurinnen bedeutsam zeigen. Als handlungsleitende Gesichtspunkte werden vorhandene Risikofaktoren, Begleiterkrankungen, Alter und Lebensumstände der Patienten und Patientinnen, Überlegungen zum sog. ‚Patiententypus‘ sowie eigene ärztliche Vorlieben in Verbindung mit bisherigen Erfahrungen und die Frage der Budgetkompatibilität angegeben.²³ Ein genauerer Blick soll geworfen werden auf die Aspekte ‚Patiententypus‘ und ärztliche Vorlieben.

„Oder äh wenn ich jetzt so 'n, so 'n Hyper-Jemand habe so, dann finde ich so 'n äh Alpha-Betablocker ganz gut, ne. Also das mache ich so 'n bisschen, na ja, so nach Gefühl, nee, Gefühl nicht, also so nach der Erfahrung eben, was ich so für'n Menschen vor mir hab, ne.“ (G12/6/175-179) Deutlich wird, dass bei der Medikamentenauswahl ärztlich wahrgenommene vermeintliche Verhaltensweisen der Patienten und Patientinnen eine Rolle zu spielen scheinen. Allerdings, so eine der Befragten, sei das Herstellen einer Verknüpfung zwischen einem sog. ‚Patiententypus‘ einerseits und einem geeigneten Medikament andererseits eine ärztliche Leistung, für die es keine Empfehlungen in Leitlinien gebe. *„Ja, also ich geh schon nach dem, nach den Leitlinien natürlich vor, aber ähm wie gesagt, angepasst an den Patienten, ne, und das steht ja in den Leitlinien nicht drin, ob jemand jetzt nervös ist, oder ob jemand nicht; also einfach übersichtlich sollten sie sein, praktikabel.“ (G18/17/541-545)* Festzuhalten bleibt, dass – bezogen auf die Ausführungen in den vorliegenden Interviews – we-

²³ Vgl. G16/20ff., G18/17ff., G15/20, G12/6, G10/9.

der die Rede ist von einer kritischen Reflexion der eigenen Wahrnehmung – bezogen auf vermeintliche Verhaltensweisen von Patienten und Patientinnen – noch abgewogen wird, inwieweit es (evidenzbasierte) Studien gibt, die für oder gegen eine Berücksichtigung eines sog. ‚Patiententypus‘ bei der Auswahl eines Medikamentes sprechen. Dennoch stellt sich dieses Auswahlkriterium offenbar als bedeutsam im Hinblick auf ärztliches Handeln dar.

Auch ärztliche Vorlieben, verbunden mit bisherigen Erfahrungen, werden als ein Kriterium bei der Auswahl von Medikamenten benannt. *„Man hat ja irgendwie so seine Lieblingspräparate oder wenn man merkt, das äh schlägt eigentlich immer gut an, ne, das, da entscheidet man sich schon dann so 'n bisschen dann auch nach der Erfahrung.“* (G18/19/609-612) Wenngleich in diesem thematischen Zusammenhang einerseits die Notwendigkeit einer Reflexion ärztlicher Erfahrung angesprochen wird, besteht andererseits die Idee, entlang eines erfahrungsbezogenen Handelns bereits vor einem Vorliegen entsprechender wissenschaftlicher Erkenntnisse ‚angemessen‘ zu handeln. Diese Überlegungen werden in einem der Interviews folgendermaßen ausgeführt: *„Hm also ich meine, man muss sich bewusst sein, dass man, dass man das immer wieder kritisch hinterfragt, die eigene Erfahrung, ja, dass man da nicht irgendwie 'n äh Steckenpferd hat, sagen wir mal, 'n Medikament, was einem so nahe liegt, und dann sagt man, das geb ich jetzt immer, und das ist äh, und da bin ich dann auch nicht mehr so aufmerksam, ob das wirklich so gut ist wie die anderen, ja“* (G16/22/694-700). Und weiter heißt es: *„Aber andererseits ähm denke ich mal, manchmal habe ich das Gefühl, dass auch im Nachhinein dann so Dinge zu Tage treten, ja, also sagen wir mal Erkenntnis, wissenschaftliche Erkenntnisse, die dann Phänomene erklären, die man vorab schon beobachtet hat.“* (G16/22/700-704) Denkbar ist, dass diese rückblickende Wahrnehmung auch im Sinne einer Rechtfertigung oder Begründung eines in der Tendenz eher intuitiven, erfahrungsbezogenen Handelns zu verstehen ist. Auch scheint der Druck, kurzfristig ‚gute‘ Behandlungserfolge – z.B. die Senkung von Blutdruckwerten – erzielen zu wollen oder zu müssen, handlungsleitend zu sein. So komme es zum Einsatz von Medikamenten, für die keine eindeutige Evidenz vorliege, die sich aber erfahrungsgemäß als ‚gut‘ gezeigt hätten. *„Aber wenn, wenn ich dann im Alltag sehe, der Blutdruck ist damit viel besser eingestellt, dann fällt es mir schwer, auf das Medikament zu verzichten, ja?“* (G16/20/653-655)

Während die vorab skizzierten Überlegungen bereits reflexive Ausprägungen enthalten, zeigt sich im Kontext einer unbestimmten Haltung keine weiterführende Auseinandersetzung mit dem Wechselspiel aus Forschungsfragen und Studienergebnissen einerseits und dem eigenen Handeln andererseits. Weder tauchen kritische noch zugeneigte Auffassungen zu Studiendesigns und Forschungsergebnissen auf.

Danach gefragt, welche Wünsche an die zukünftige Gestaltung von Leitlinien bestehen, um im hausärztlichen Versorgungsbereich optimal arbeiten zu können, werden Aspekte wie Vereinheitlichung von Leitlinien, flexible Orientierungshilfe ohne starre Handlungsvorgaben, gute inhaltliche Verstehbarkeit, weniger ‚strenge‘ Zielwertvorgaben z.B. bezogen auf Blutdruckwerte, Benennung von Medikamenten der ‚ersten Wahl‘ und Budgetkompatibilität benannt.²⁴ Das folgende Zitat zeigt beispielhaft die Problematik der Benennung von Wünschen an die Gestaltung von Leitlinien: *„Also, weiß ich nicht, dass ist mir, glaube ich, zu schwer, jetzt so zu beantworten. Also äh ich denke, es ist übersichtlich und, und uns nahe kommt, wenn, wenn erstmal 'n primäres Präparat empfohlen wird, ja, was, also 'ne Substanzklasse, ja? (...). Dass man sagt, bei Erstdiagnose hoher Blutdruck sinnvoll, erstmal damit anzufangen, ja, ich weiß es nicht, also das, das würd, würde mir jetzt zu weit führen, da müsste ich mir zuviel Gedanken machen, wenn ich Ihnen da jetzt eine vernünftige Antwort geben will.“* (G16/21/677-687) Eine Auseinandersetzung mit einer denkbaren Aufbereitung von Fachwissen im Sinne einer bestmöglichen Unterstützung für alltägliches ärztliches Handeln scheint keinen selbstverständlichen Charakter zu haben, was mit dazu beitragen dürfte, Leitlinien als tendenziell unbestimmtes ‚Hintergrundwissen‘ zu betrachten.

Vor dem Hintergrund eines Wandels von Ziel- und Grenzwertorientierungen hin zu Gesamtrisikoabwägungen in der Behandlung von Menschen mit Bluthochdruck bzw. einem erhöhten bis hohen kardiovaskulären Gesamtrisiko stehen im Mittelpunkt des kommenden Abschnitts Ausführungen von Interviewten zur Frage von Risikoberechnungen als Instrument zur Absicherung eigener therapeutischer Empfehlungen. Im Rahmen der unbestimmten Haltung finden sich keine Hinweise zur Nutzung von Risiko Scores auf therapeutischer Ebene. Die Rede ist von Therapieempfehlungen ohne konkrete Berechnungen, jedoch unter Berücksichtigung der vorhandenen Risikofaktoren sowie der individuellen Lebenssituation der Patienten und Patientinnen. Bezogen auf den Risikofaktor ‚Bluthochdruck‘, so ist den Interviews zu entnehmen, seien keine Risikoberechnungen zur Absicherung therapeutischer Empfehlungen erforderlich, da Menschen mit erhöhtem bis hohem Blutdruck immer behandelt werden sollten.²⁵ Erläuterungen für ein solches Vorgehen werden zum einen verbunden mit dem Argument, dass Bluthochdruck ein besonderer Risikofaktor sei. *„(...), aber gut, also der Blutdruck ist für mich der Risikofaktor überhaupt schlichtweg. Es muss eingestellt werden, Leute müssen gut eingestellt werden, das ist ganz, ganz wichtig.“* (G15/8/242-245) Ein weiteres Argument besteht in der Überlegung, dass isolierte erhöhte bis hohe Blutdruckwerte Ausdruck des bisherigen Lebensstils seien, im Sinne erster Hinweise auf ein zukünftiges Risiko, das durch generelle Behandlung zu senken sei. *„(...), also ich finde, das (isolierte erhöhte bis hohe Blutdruckwerte, Anmerk. d. Verf.) ist das erste äh Symptom eben, was im mittleren*

²⁴ Vgl. G16/21, G18/16, G12/21f., G10/16f.

²⁵ Vgl. G18/3 und G18/8, G15/7f. und G15/16f. und G15/23, G12/13ff., G10/5f. und G10/11f.

Lebensalter auftritt, ich mein, das hat sich über zehn oder fünfzehn Jahre lang hin aufgebaut durch falsche Lebensweise oder wodurch auch immer, und ich finde, dass man das schon behandeln sollte.“ (G12/16/515-519) Im Gegensatz zum Bluthochdruck scheinen andere Risikofaktoren, z.B. erhöhte Cholesterinwerte als weniger gefährvoll angesehen zu werden. „Ich würde das eher einsetzen meinetwegen beim äh Cholesterin, da kann man sich wirklich Gedanken machen, muss ich das jetzt senken, oder muss man das nicht senken. Aber beim Bluthochdruck, würde ich sagen, dass es eindeutig ist, dass ein hoher Blutdruck immer schädlich ist, und dass ich da gar nicht groß rumrechnen muss, ja.“ (G10/11/362-367)

Resümee

Zusammenfassend zeigt sich die unbestimmte Haltung in der Vorstellung, dass Leitlinien und Risiko Scores als mehr oder weniger vages Hintergrundwissen bestehen. Als inkorporiertes Wissen verinnerlicht, finden sich im Rahmen einer unbestimmten Haltung nur wenige Hinweise auf eine Reflexion wechselseitiger Bedingtheit von Fachwissen und täglichem ärztlichen Handeln. Es bleibt weitgehend ‚unbestimmt‘, aus welchen Gründen sich die Akteure und Akteurinnen an welchem ärztlichen Fachwissen orientieren. Neben einem nicht detailliert aufzuschlüsselnden inkorporierten Wissen erfolgt eine Orientierung an traditionellen Wissensbeständen wie auch an mehr oder weniger reflektierten Erfahrungswerten. Auch die Schwierigkeit der Benennung von Wünschen an die Gestaltung von Leitlinien mag als weitere Komponente einer ‚Unbestimmtheit‘ im Spannungsfeld von Wissen und Handlung betrachtet werden. Während einerseits von Gesamtrisikobetrachtungen – ohne Rückgriff auf Risikoberechnungen – die Rede ist, wird Bluthochdruck als ‚besonderer‘ Risikofaktor herausgestellt. Selbst bei einem als gering eingeschätzten kardiovaskulären Gesamtrisiko wird mit erhöhten bis hohen Blutdruckwerten aus Sicht einer unbestimmten Haltung ein Behandlungsbedarf verbunden. Insoweit zeigt sich der Wandel von einer Ziel- und Grenzwertorientierung hin zu einer kardiovaskulären Gesamtrisikobetrachtung im Rahmen einer unbestimmten Haltung als nicht handlungsleitend. Überzeugender scheint für die Befragten ehemals erlerntes Wissen zu sein, an das es sich im täglichen ärztlichen Handeln zu orientieren gelte. Da die Befragten von den neuen inhaltlichen Behandlungsempfehlungen nicht überzeugt sind, setzen sie keine Risikoberechnungen – verstanden als eine Praxishilfe zur Umsetzung von Leitlinienempfehlungen – zur eigenen therapeutischen Absicherung ein. Diese Vorgehensweise mag auch als traditionelle Orientierung zu verstehen sein, jedoch verweist die Gesamtheit der Handlungsbezüge – inkorporiertes Wissen, Erfahrung, Intuition und nur bedingte Reflexion des eigenen Vorgehens – zusammenfassend auf eine als unbestimmt zu bezeichnende Haltung.

3.2 Eine erfahrungsorientierte Haltung zum Wissensmanagement

Die erfahrungsorientierte Haltung ist gekennzeichnet durch Zweifel und Vorbehalte gegenüber Forschungsergebnissen wie auch in Form von Leitlinien aufbereiteten ärztlichen Wissensbeständen. Erfahrung wie auch Gefühl und Intuition – in Verbindung mit traditionell erlerntem Wissen – werden demgegenüber als verlässlichere handlungsleitende Komponenten empfunden. Insbesondere bei umfangreicher und langjähriger Erfahrung sei keine Orientierung an Leitlinien erforderlich. Ähnlich wie bei der unbestimmten Haltung ist einerseits die Rede von Gesamtrisikobetrachtungen, während andererseits der Bluthochdruck als ‚besonderer‘ Risikofaktor – mit entsprechendem Behandlungsbedarf – zu berücksichtigen sei. Neben einer Ziel- und Grenzwertorientierung wird auch die sog. ‚Hundert plus Alter‘ Regel als Orientierungsgröße für die Höhe systolischer Blutdruckwerte genannt; nicht zuletzt im Sinne einer Kritik an Zielwerten, die als zu niedrig gefasst empfunden werden.

Bei der erfahrungsorientierten Haltung werden Leitlinien von den befragten Ärzten und Ärztinnen in einer Spannweite von Kenntnis bis Kenntnislosigkeit beschrieben. So ist zum einen beispielsweise die Rede von der Notwendigkeit, sich mit Leitlinien auseinandersetzen zu müssen (G24/19f.), zum anderen heißt es in einem Interview aber auch: *„Ich hab sie noch nicht durchgelesen“* (G22/18/585). Unabhängig davon, welche Leitlinienkenntnisse im Einzelnen vorhanden sind, bleibt wiederum zu fragen nach Erläuterungen und Erklärungen der Akteure und Akteurinnen für ihr jeweils alltägliches Handeln. Anders ausgedrückt: Warum wird eine Erfahrungsorientierung als überzeugender betrachtet als eine wissensbasierte Leitlinienorientierung? Liegt es z.B. am Wissen an sich, am Generierungsweg des Wissens oder vielleicht auch an der Aufbereitung von Wissen in Leitlinienform?

Während Leitlinien als Handlungsorientierung vorstellbar erscheinen, wird überdies die Befürchtung einer zu engen Handlungsbindung, zu begrenzter oder standardisierter Vorgaben bei gleichzeitig fehlender Berücksichtigung der individuellen Lage des Patienten bzw. der Patientin geäußert. *„Im ambulanten Bereich von meinen Kollegen und Kolleginnen kann ich also nur sagen, also ich denke mir schon, dass wir versuchen, möglichst äh leitliniengemäß aber in vorderster Front individuell einzustellen, (...). Aber 'ne Hochdruckbehandlung ist eben halt was Individuelles, das kannst du nicht über 'n Kamm scheren, das ist die Schwierigkeit, ne?“* (G17/3/84-91)²⁶ Und in einem anderen Interview heißt es: *„Leitlinien sind für mich Kriterien, die mein Handeln überprüfen, und mit denen ich mich auseinandersetzen muss damit. Aber sie sind für mich nicht, sonst könnte hier auch jemand anders sitzen, ‚Sie haben Bluthochdruck, wie hoch ist der, die Leitlinie sagt, Sie kriegen das und das, auf Wiedersehen‘. Nein, also das wäre für mich 'ne Medizin, die ich nicht will, und dafür bin ich nicht Mediziner geworden ähm, aber die Leitlinien lassen mich auf jeden Fall fragen, wenn die Leitlinie so*

²⁶ Vgl. dazu auch G17/12f.

aufgestellt wird, wird ja was Wahres dran, dran sein. Und dies versuche ich für mich selbst zu, zu eruieren, und die Wahrheit, die dahinter steckt auch, auch dann umzusetzen in den Patienten.“ (G24/19f./634-644) Zweifel an einzelnen Leitlinieninhalten und die Absicht, die ‚wahren‘ also bedeutsamen Aspekte herauszufiltern, verbinden sich weiterführend mit der Idee, dass Erfahrung für das ärztliche Handeln bedeutsamer ist, als es neue Forschungsergebnisse sein können. *„Aber letztendlich ist das, ist das, was man, was sich verinnerlicht hat als Erfahrung in der Entscheidung wichtiger als das, was ich irgendwo auf den Tisch bekomme von irgendjemand, wo der sagt, hier, ich hab hier 'ne Untersuchung, 'ne neue, 'ne neue Studie gemacht, und die Studie sagt. Äh ich glaube eher, dass ich mich an der Studie reibe, aber sie nicht immer glaube.“ (G24/17f./574-582)* So erscheint Erfahrung als eine Konstante, die sich gerade vor dem Hintergrund eines zunächst noch nicht einschätzbaren Wandels von Wissensbeständen als eine beständige und verlässliche Handlungsressource erweist. Der Hinweis auf eine Überprüfung des eigenen Handelns entlang von Leitlinien zeigt aber auch eine Bereitschaft zum Überdenken des eigenen Handelns und damit auch zur Handlungsveränderung.²⁷

Neben der vorab skizzierten eher reflexiven Variante einer erfahrungsorientierten Haltung findet sich in den Interviews auch die Auffassung, dass umfangreiche Erfahrung eine Auseinandersetzung mit Leitlinien erübrige. So heißt es in einem Interview beispielsweise: *„Ja, da denke ich eben halt, dass ich durchaus genügend Erfahrung gemacht hab.“ (G22/18/592-593)* Und in einem anderen Interview heißt es: *„Ehrlich gesagt ähm, da sich das alle paar Jahre ändert, und eine Medizin viel den Modeströmen unterliegt, ich könnte Ihnen jetzt hier 'ne halbe Stunde erzählen von alten Hüten, die wieder ausgegraben werden, und die deutsche Hochdruckliga alle paar Jahre ihre Leitlinien ändert, muss ich zugeben, ist mir das nicht wichtig, ich hab die hier nicht auf'm Schreibtisch liegen.“ (G8/5/148-153)* Und als Resümee dieser Überlegungen ist – explizit bezogen auf den Aspekt der Medikamentenauswahl – zu lesen: *„Ja ähm, Leitlinie hin, Leitlinie her, ich frage, ich frage mich dann doch nach guter, alter Väter Sitte (...).“ (G8/4/124-134)* Da sich Erfahrung jedoch erst im Laufe der Zeit entwickle, wird argumentiert, dass Leitlinien für junge Ärzte und Ärztinnen durchaus hilfreich sein können.²⁸ Neben der Argumentation, dass eine Erfahrungsorientierung gegen Einflüsse einer sog. ‚Modemedizin‘ schütze, verweist das folgende Zitat auf Erfahrung als einer Kombination aus dem Erfassen des Gesamteindrucks eines Patienten/ einer Patientin bei gleichzeitiger Berücksichtigung diagnostischer Ergebnisse. *„Ich bilde mir ein, da schon 'n gewisses Gefühl zu haben. Ich denke an die ganzen Faktoren. Und wenn er jetzt, ich seh ja, wie er, wie er sich fühlt, wie, wie die anderen Werte sind äh, ich mach 'n Ultraschall von seinen Gefäßen, ich seh, ich seh, ob da das Kalk glitzert oder nicht.“ (G13/11f./368-372)* Unklar bleibt,

²⁷ Vgl. dazu auch G24/20 sowie G13/5f.

²⁸ Vgl. z.B. G8/6.

entlang welcher Wahrnehmungen welche Gefühle entstehen und wie diese handlungsleitend mit den erhobenen diagnostischen Werten verbunden werden.

Während im Rahmen einer erfahrungsorientierten Haltung keine Wünsche an die zukünftige Gestaltung von Leitlinien formuliert worden sind, erfolgt eine ausführliche Auseinandersetzung mit der Bedeutung von Studienergebnissen für das eigene ärztliche Handeln. Neben Zweifeln an der methodischen Qualität von Studien²⁹ werde Studienergebnissen – so ist den Interviews zu entnehmen – nicht zuletzt aufgrund sich widersprechender Ergebnisse zunehmend mit Skepsis begegnet. *„Na gut, und äh da gibt's genug Studien, die also immer wieder erscheinen, widersprüchlich sind, da kommt 'ne Studie im Vierteljahr, sagt a) 'n Kalziumantagonist ist beim Diabetiker doch besser, dann kommt wieder 'ne Studie, sagt, dann ist der Betablocker wieder besser, also da muss man sich raushalten, da sollte man selbst wirklich, das mein ich damit, da muss man selbst seine Erfahrungen sammeln.“ (G17/10/323-329)³⁰* So wird als eine Möglichkeit des Umgangs mit neuen Studienergebnissen beschrieben, diese zunächst entlang der eigenen Patientenpopulation zu beobachten, bevor ärztliche Verhaltensänderungen in Erwägung gezogen werden. *„Also ich bin keiner, der, wenn mir 'ne Studie einer vorlegt, bin ich erstmal misstrauisch und sage, okay, jetzt beobachte ich mal das. Und wenn meine Beobachtung mit dem übereinstimmt, was äh dort ist, dann ähm, dann hat das natürlich sofortige Konsequenzen für mein Handeln, aber nicht die Studie alleine, die mich überzeugt.“ (G24/18/591-601)³¹* Die Idee einer Absicherung des eigenen Handelns durch Rückgriff auf Metaanalysen oder auch evidenzbasierte Leitlinien, die mit dem Anspruch der Berücksichtigung möglichst aller zu einem bestimmten Zeitpunkt vorliegender Studien zu einer bestimmten Thematik einher gehen, findet sich im Rahmen einer erfahrungsorientierten Haltung nicht. Begegnet wird der Forschungskepsis hingegen z.B. mit einem personengebundenen Muster der Wissensaneignung, bei dem u.a. der Kontakt zu Autoren/ Autorinnen von Artikeln in Fachzeitschriften gesucht wird.³² In einer anderen Art und Weise drückt auch das nachfolgende Zitat die Auffassung aus, dass eine Personenbindung das Vertrauen in die Qualität des präsentierten Wissens, das unlösbar mit Erfahrung verbunden sei, steigern und eine entsprechende eigene Handlungsorientierung leichter mache bzw. absichere. *„Ich hab, ich hab früher so im Studium in der Uni diese älteren Chefs auch in der Klinik, die hat man doch bewundert, es war ja nicht nur, was die da aus dem Buch grad oder nach dem letzten (unverständlich), das war einfach Erfahrung, Gespür, das finde ich schon ist wichtig. Und das gibt einem auch Sicherheit.“ (G13/13/426-431)*

²⁹ Vgl. z.B. G17/11, G24/17f.

³⁰ Vgl. dazu auch G8/19 und G13/12f sowie G24/19.

³¹ Vgl. dazu auch G8/7.

³² G8/7; vgl. dazu auch G17/10f.

Ähnlich wie im Bereich der unbestimmten Haltung erfolgt bei der Medikamentenauswahl zusammenfassend eine Ausrichtung an Risikofaktoren, Begleiterkrankungen, Geschlecht, Alter und Lebensumständen der Patienten und Patientinnen, Budgetkompatibilität, an Überlegungen zum sog. ‚Patiententypus‘ sowie ärztlichen Vorlieben bzw. Erfahrungen.³³ Aufgrund der geringen Differenzen zur unbestimmten Haltung wird das Thema ‚Medikamentenwahl‘ an dieser Stelle nicht detaillierter erörtert. Die Ähnlichkeit zwischen den Haltungen setzt sich auch im Hinblick auf Äußerungen zu Ziel- und Grenzwerten bei Bluthochdruck und zu kardiovaskulären Gesamtrisikobetrachtungen und -berechnungen fort. So ist die Rede von Gesamtrisikoabwägungen ohne Nutzung von Risikorechnern, nur in seltenen Situationen werde auf Risikoberechnungen zur Absicherung therapeutischer Empfehlungen zurückgegriffen.³⁴ Trotz Gesamtrisikobetrachtung wird dem Risikofaktor ‚Bluthochdruck‘ wiederum eine besondere Bedeutung beigemessen, erfolgt eine Orientierung an Ziel- und Grenzwerten mit einem daran geknüpften Behandlungsbedarf.³⁵ *„Ja, gut, der Hochdruck ist, ist ja einer von den Risiken und ist wohl statistisch der entscheidende oder das größte Risiko auf jeden Fall für Herz, Kreislauf, Nieren oder andere arteriosklerotische Veränderungen, 'ne Zahl kann ich jetzt nicht sagen, aber es ist 'n alter Spruch, Hochdruck ist der größte Killer von diesen ganzen Risikofaktoren, ne?“ (G8/15/492-497)* Insbesondere bei jüngeren Menschen sei es bedenklich, bei einem erhöhten bis hohen Blutdruck auf eine – vermutlich medikamentöse – Behandlung zu verzichten. *„Wenn der 160 hätte und hätte normales Cholesterin, dann würde ich sagen, ja, klar, der ist auch noch jung, aber ich weiß ja auch, dass, dass der Bluthochdruck Folgeschäden macht, wie Herzvergrößerung und alles mögliche. Also, also ich würd den nicht damit rumlaufen lassen. Selbst wenn ich, wenn ich die ganzen Gefahren, die, die, dass er kein, dass die Fettwerte ideal sind, dass er nicht raucht oder nicht trinkt und keine Exzesse führt, trotzdem würde ich sagen, lass uns den behandeln. Also da bin ich also schon etwas vorsichtiger. Was anderes ist, wenn er alt ist und ist damit alt geworden, soll er auch, soll er so alt werden wie er gerne möchte.“ (G24/24/782-792)* Neben einer Ziel- und Grenzwertorientierung wird auch die sog. ‚Hundert plus Alter‘ Regel als Orientierungsgröße für die Höhe systolischer Blutdruckwerte genannt³⁶; nicht zuletzt im Sinne einer Kritik an Zielwerten, die als zu niedrig gefasst empfunden werden³⁷.

Resümee

Bei der vorab skizzierten Haltung werden Erfahrung wie auch Gefühl und Intuition – in Verbindung mit traditionell erlerntem Wissen – gegenüber aktuellen Forschungsergebnissen wie auch in Form von Leitlinien aufbereiteten ärztlichen Wissensbeständen als verlässlichere

³³ Vgl. G17/8ff., G22/7, G8/3f., G13/3ff., G24/7f.

³⁴ Vgl. G17/21, G22/14ff., G24/5 und G24/17, G13/8f.

³⁵ Vgl. G8/14.

³⁶ Vgl. G22/13.

³⁷ Vgl. G22/12 und G24/22f.

handlungsleitende Komponenten empfunden. Insbesondere bei umfangreicher und langjähriger Erfahrung sei keine Orientierung an Leitlinien erforderlich. Als Begründung für ein erfahrungsorientiertes Vorgehen wird zunächst die Individualität der Patienten und Patientinnen genannt, die ein jeweils spezifisches ärztliches Handeln erfordere. Weitere Argumente für eine erfahrungsorientierte Haltung liegen in der Frage der Wissensgenerierung wie auch in einem Ungewissheit und Skepsis auslösenden Wandel von Wissen. Methodische und inhaltliche Bedenken gegenüber Studienergebnissen und Leitlinien im Kontext einer Vielfalt parallel präsentierter alter, neuer und sich wandelnder Kenntnisse verweisen auf die Schwierigkeit, die Qualität von Wissen abschätzen zu können. Dabei könnten personengebundene Verfahren – z.B. den Kontakt zum Autor/ zur Autorin eines Artikel zu suchen – als ein Bestreben gedeutet werden, das in der Vielfalt anonym erscheinende Wissen zu personifizieren und damit vertrauter und zugänglicher zu machen. Auch die eigene Erfahrung lässt sich als etwas Selbst- Vertrautes charakterisieren, das – bezogen auf das eigene Handeln – mehr Sicherheit vermittelt, als es Forschungsergebnisse und Leitlinien können, die ständigen Aktualisierungs- und Veränderungsprozessen unterliegen.

Wenngleich eine erfahrungsorientierte Haltung durchaus eine Reflexion des eigenen Handelns beinhalten kann, bleiben dennoch verschiedene offene Frage bestehen: Inwieweit findet beispielsweise eine kontinuierliche Reflexion von Wahrnehmung als einem Element von Erfahrung statt? Warum wird aus welcher Erfahrung welches Handeln abgeleitet? Und wie kann ein sich wandelndes Wissen Eingang in Erfahrung finden? Letztlich bleibt zu überdenken, wie Erfahrung sich so aufbereiten lässt, dass sie sich auch für andere Akteure und Akteurinnen als transparent und nützlich zeigt.

Wie schon bei der unbestimmten Haltung wird Bluthochdruck auch im Rahmen einer erfahrungsorientierten Haltung als ‚besonderer‘ Risikofaktor – mit entsprechendem Behandlungsbedarf – betrachtet. Während allgemein von einer Gesamtrisikobetrachtung die Rede ist, erfolgt bezogen auf Bluthochdruck eine weitgehende Ziel- und Grenzwertorientierung. Unabhängig davon, ob Leitlinien als inkorporiertes Wissen bestehen, ärztliches Handeln am sog. ‚Patiententypus‘ orientiert oder aus langjähriger Erfahrung abgeleitet wird, die ‚Besonderheit‘ des Risikofaktors ‚Bluthochdruck‘ scheint zwischen allen anderen handlungsleitenden Aspekten eine stabile Größe zu sein.

3.3 Eine kenntnisorientierte Haltung zum Wissensmanagement

Die kenntnisorientierte Haltung zeigt sich in der Vorstellung, dass (evidenzbasiertes) Fachwissen, explizit aufbereitet in Form von Leitlinien, eine wesentliche handlungsleitende Infor-

mationsquelle darstellt. Während durchaus Kritik an Leitlinien formuliert wird – z.B. an der Anzahl vorhandener Leitlinien – werden Leitlinieninhalte als wissenschaftlich abgesicherte Informationen betrachtet, so dass eine Leitlinienorientierung einer Qualitätsgarantie entsprechen. Vielfältig zeigen sich hingegen die Ausführungen zur Handlungsebene im Rahmen einer kenntnisorientierten Haltung. So ist von einer strengen aber auch von einer flexiblen Orientierung an Leitlinien die Rede wie auch von einer Verknüpfung des Leitlinienwissens mit Erfahrungswissen. Bleibt zu betrachten, wie die Frage einer kardiovaskulären Gesamtrisikoabwägung im Verhältnis zu einer Ziel- und Grenzwertorientierung beim Risikofaktor ‚Bluthochdruck‘ im Rahmen einer kenntnisorientierten Haltung erörtert wird. Wenngleich Risikorechner partiell als Instrument zur Abwägung potentieller Therapieempfehlungen genutzt werden, gibt es zugleich Unterschiede in der Gewichtung einzelner Risikofaktoren. So erscheint eine Einbettung erhöhter bis hoher Cholesterinwerte in eine Gesamtrisikoabwägung als nahe liegend, während bei erhöhten bis hohen Blutdruckwerten in der Tendenz eine Orientierung an Grenz- und Zielwerten erfolgt.

Leitlinien, so ist den Interviews im Rahmen einer kenntnisorientierten Haltung zu entnehmen, stellen eine wissenschaftlich abgesicherte Informationsquelle – verstanden als Basis für ärztliches Handeln – dar. Besonders hingewiesen wird dabei auf eine laufende Aktualisierung von Leitlinien. *„Leitlinien werden halt immer aktualisiert, gerade was die Hypertonie angeht und äh sind äh letztendlich doch eigentlich immer auf dem relativ neuesten Stand.“* (G21/19/638-640) Und in einem anderen Interview heißt es: *„Die Leitlinien sind ja das, was wir letztlich ja auch in unserer Klinik ja gelernt haben, ne? Und allen, es ändert sich natürlich auch immer wieder, 'n bisschen müssen wir immer dann wieder auch uns neu orientieren. Wenn ich dran denke, wie man vor fünfundzwanzig Jahren Hypertonus behandelt hat und jetzt, das sind ja Welten.“* (G7/18/597-602)³⁸

Neben der Aktualität von Fachwissen wird in den Interviews ferner die Frage zunehmender Informationsvielfalt erörtert, wobei Leitlinien eine Möglichkeit der Orientierung bezogen auf vorliegende Wissensbestände darstellen würden. *„Also da (in der Vielfalt an Informationen, auch aus der Pharmaindustrie; Anmerk. d. Verf.) muss man auch dann wirklich irgendwo so seinen Weg finden, das ist nicht immer ganz so einfach, aber wie gesagt, da finde ich die Leitlinien auch gut. Das ist, glaube ich, das hilft einem da so 'n bisschen, um aus diesem Dschungel an, an Präparaten durchzufinden, und jeder findet natürlich wieder ja irgendwas, und die Studien, da muss man dann immer, die beschreiben ja auch wieder nur den und den Fall, und dann sagt der eine wieder ja, unsere ist aber da, und da hilft das andere nicht, da hilft das andere aber vielleicht nur dann nicht, darum nicht, weil 's noch gar nicht*

³⁸ Vgl. dazu auch G20/12.

erforscht worden ist.“ (G23/28f./943-953) Der Schwierigkeit, so ist dem Zitat zu entnehmen, die Vielzahl paralleler Studien und Studienergebnisse erfassen und bewerten zu können, sei beispielsweise durch einen Rückgriff auf Leitlinien zu begegnen. Wiewohl Leitlinien in diesem Sinne als zusammenfassende Metaanalysen verstanden werden, wird mit dieser Überlegung zugleich die Frage nach Prozessen der Leitlinienentwicklung und Leitlinientransparenz eröffnet. Nicht zuletzt vor dem Hintergrund eines „*Ressentiment(s) gegen zuviel Studiengläubigkeit*“ (G1/22/736-737) wird eine wissenschaftliche Absicherung der Informationen durch eine Vertretung der ärztlichen Profession als wesentlich erachtet. „*Da müsste es so 'n Gremium geben, das entscheidet, das ist jetzt okay, das ist jetzt ordentlich untersucht, und das machen wir jetzt. Und das ist ja dann immer noch die Ärztekammer, nehme ich mal an, oder Ärzte äh, also ich weiß nicht, die offiziellen Organe.*“ (G11/22/740-744) Die professionelle Aufbereitung vorliegender Studienergebnisse in Form von Leitlinien stelle auf diesem Wege dann eine Arbeitsentlastung dar: „*Und diese Leitlinien sind ja schon so, dass sich viele schlaue Menschen, die sich mit dem Thema beschäftigen, zusammensetzen und versuchen, die Essentials rauszuarbeiten, und das ist 'ne Arbeit, die kann ich nicht bei jedem Krankheitsbild selber machen, und deswegen bin ich sehr dankbar, dass die das tun.*“ (G1/22f./744-749)

Anknüpfend an die Überlegungen zu einer Leitlinienorientierung auf der Wissens Ebene folgt die Frage nach der Bedeutung von Leitlinien auf der Handlungsebene. Losgelöst davon, dass eine Einschätzung des Handelns an sich auf der Basis der Interviews nicht möglich ist, zeigt sich in den Äußerungen der Ärzte und Ärztinnen eine Spannweite von strenger bis flexibler Orientierung an den Leitlinien. Von der ärztlichen Profession entwickelt, werden die Leitlinien der Hypertonieliga beispielsweise als zentrale Handlungsvorgabe verstanden. So heißt es in einem Interview: Es gibt „*keine Alternativen eigentlich zu den gängigen äh, gängigen Therapieansätzen, vernünftige Alternativen eigentlich zu den gängigen Therapieansätzen der Hochdruckliga.*“ (G23/11/367-370)

In den Interviews scheint aber ebenso die Deutung auf, dass die Leitlinien zum Themenbereich Bluthochdruck durch eine hohe Flexibilität gekennzeichnet seien und sie demnach kaum Handlungseinschränkungen vorgeben würden. Insoweit gehen die Leitlinien einerseits einher mit einer „*gewisse(n) Therapiesicherheit, weil wenn wir immer leitliniengerecht therapieren, wissen wir zumindest, dass wir keinen Quatsch machen, ne?*“ (G25/19/639-641)³⁹, andererseits werden die Leitlinien der Hochdruckliga ebenso verbunden mit einer „*relativen Therapiefreiheit*“ (G21/18/598-599)⁴⁰. Letztlich seien Behandlungserfolge die Legitimation für eine flexible Anwendung von Leitlinien.⁴¹ Mit dem folgenden Zitat wird nochmals die Brücke

³⁹ Vgl. dazu auch G20/13.

⁴⁰ Vgl. dazu auch G26/20.

⁴¹ G21/18f.

zwischen Wissens- und Handlungsbezug markiert; wobei das Bekunden einer Leitlinienorientierung eben auch verbunden sein kann mit einer offenen oder flexiblen Leitlinienanwendung. *„Die Medizin ändert sich. Und die Kollegen und wir, also ich natürlich auch, müssen uns natürlich da auch weiterbilden und auch über die neuesten Möglichkeiten und die neuesten Erkenntnisse äh Bescheid wissen, ja? Ob wir's letztendlich in diese und diese Richtung umsetzen, das bleibt natürlich denn uns überlassen, aber dafür sind natürlich die Leitlinien ganz wichtig, ja?“* (G21/20/657-660) Nicht zuletzt wird auch im Rahmen einer kenntnisorientierten Haltung die Bedeutung von Erfahrung, ärztlicher Erfahrung wie auch Lebenserfahrung, geschätzt.⁴²

Als wesentlicher Grund für eine Abweichung von Leitlinienempfehlungen wird in den Interviews die jeweilige Individualität von Patienten und Patientinnen benannt.⁴³ *„Individuelle Begebenheiten des Patienten, dann finde ich das (eine Abweichung von Leitlinienempfehlungen; Anmerk. d. Verf.) legitim. Ähm die Leitlinien können nicht durchgesetzt werden gegen Patienteninteresse ähm, nicht legitim finde ich es, wenn es ja letztlich der, der ähm, dem Gefühl entspricht, man braucht sich darum gar nicht zu kümmern, oder man ist sich selbst genug, braucht sich auch keiner Kritik zu stellen, nech? Ähm also letztlich wenn es um Macht geht, dann ist es nicht legitim oder gar Unkenntnis.“* (G20/12/388-395) Demnach bestehe ärztliche Kernkompetenz darin zu überschauen, inwieweit eine Anwendung der Leitlinienempfehlungen beim einzelnen Patienten/ bei der einzelnen Patientin angemessen oder aber *„eine Alternative zu entwickeln“* (G20/14/445) sei. In einem anderen Interview wird die Verknüpfung von Leitlinien- und Patientenorientierung folgendermaßen ausgedrückt: *„Also es (ist) schon, es ist schon 'ne, man darf darüber nach fünfundzwanzig Arztjahren nachdenken, und ich versuche, 'ne Mischung zwischen evidenzbasierter und vertrauensbasierter Medizin zu finden.“* (G6/11/362-366)

Ähnlich wie im Bereich der unbestimmten und auch der erfahrungsorientierten Haltung erfolgt bei der Medikamentenauswahl zusammenfassend eine Ausrichtung an Risikofaktoren, Begleiterkrankungen, Geschlecht, Alter und Lebensumständen der Patienten und Patientinnen, Budgetkompatibilität, an Überlegungen zum sog. ‚Patiententypus‘ sowie ärztlichen Vorlieben bzw. Erfahrungen.⁴⁴ Aufgrund der geringen Differenzen zu den anderen Haltungen wird das Thema ‚Medikamentenwahl‘ an dieser Stelle nicht detaillierter erörtert.

Die von den befragten Ärzten und Ärztinnen benannte Kritik an vorhandenen Leitlinien sowie die von ihnen formulierten Wünsche an die Gestaltung zukünftiger Leitlinien lassen sich wie

⁴² Vgl. dazu G23/24f., G26/23, G7/17, G11/27.

⁴³ Vgl. dazu auch G21/21f., G26/10f. und G11/23f.

⁴⁴ Vgl. G20/4, G20/7, G21/17f., G21/21, G23/19, G25/9f., G25/20f., G26/6f., G26/23, G6/7, G6/14f., G5/6ff.

folgt zusammenfassen: Benannt wird insbesondere die Befürchtung, dass ein an Leitlinien orientiertes Vorgehen nicht kompatibel sei mit dem ärztlichen Praxisbudget⁴⁵. Mit dem Leitlinienkonzept verbunden wird die Hoffnung auf ein zukünftig einheitliches ärztliches Vorgehen⁴⁶, wobei z.B. auch medikamentöse Empfehlungen generell in Leitlinien formuliert werden sollten.⁴⁷ Demgegenüber wird aber ebenso die Vorstellung geäußert, dass sich Leitlinien schwerpunktmäßig auf diagnostische und weniger auf therapeutische Fragen konzentrieren sollten.⁴⁸ Ferner wird hingewiesen auf Verständlichkeit, Praxisnähe und Praktikabilität von Leitlinien, denn letztlich sei es wichtig, dass sich Leitlinien *„irgendwo in den ärztlichen Ablauf, in den Praxisablauf integrieren lassen“* (G25/18/597-598).⁴⁹ In diesem Zusammenhang wird auch der Wunsch nach einem Internet gestützten Zugang zur jeweils aktuellen Fassung der für die unterschiedlichen Krankheiten bzw. Themenfelder vorliegenden Leitlinien geäußert. *„Das heißt also, man kann nicht alle Leitlinien immer zeitnah im Blick haben, das geht überhaupt nicht, ne? Also von daher wäre so 'ne PC-Implementierung ganz, ganz schön äh, dass man da halt die aktuelle Leitlinienversion dann auch wirklich drinne hat.“* (G25/19/610-614)

Abschließend bleibt zu erörtern, welche Auffassungen im Rahmen einer kenntnisorientierten Haltung zum Wandel von Ziel- und Grenzwertbestimmungen hin zu Gesamtrisikoabwägungen in der Behandlung von Menschen mit Bluthochdruck bzw. einem erhöhten bis hohen kardiovaskulären Gesamtrisiko in den Interviews aufscheinen. Wie schon bei der unbestimmten und der erfahrungsorientierten Haltung dargelegt, zeigt sich auch bei der kenntnisorientierten Haltung eine besondere Betonung des Risikofaktors ‚Bluthochdruck‘. So heißt es in einem Interview beispielsweise: *„Also Blutdruck ist, ist sozusagen Arzt, also ich meine, das ist ja, das ist ja nun mal die automatische Handbewegung, die wir immer machen witzigerweise, also das ist ja so diese, wie so 'ne Eintrittskarte auch. In vielen Praxen ist es ja so, dass die erstmal Blutdruck gemessen kriegen, bevor die überhaupt zu dem Arzt gelangen, ne?“* (G11/14/446-451) Und in einem anderen Interview heißt es: *„Und weil der, und weil ja auch zur Zeit eigentlich in der Forschung immer mehr zutage tritt, dass äh die, dass die Risiken durch den Hochdruck mit am meisten beeinflusst werden. Und dass der Hochdruck eben so 'n großen, großen Stellenwert hat.“* (G26/18/575-578)

Während in den Interviews durchaus von Gesamtrisikoabwägungen – mit und ohne Nutzung von Risiko Scores – die Rede ist, werden ärztliche Therapieempfehlungen bezogen auf den Faktor ‚Bluthochdruck‘ gleichwohl entlang von Ziel- und Grenzwerten formuliert.⁵⁰ So werden er-

⁴⁵ Vgl. G21/17f., G25/17, G5/3, G6/4f.

⁴⁶ Vgl. G26/20ff., G11/23f., G14/18f.

⁴⁷ Vgl. G11/23f.

⁴⁸ Vgl. G6/19ff.

⁴⁹ Vgl. dazu auch G20/13.

⁵⁰ Vgl. G20/10, G21/6, G21/10, G21/23, G7/15, G11/15ff.

höhe bis hohe Blutdruckwerte als eine körperliche Belastung betrachtet, die durch eine entsprechende Behandlung gesenkt werden könne. *„Ein Blutdruck zwischen 130 und 140 gilt ja schon als grenzwertig hoch. Von daher ist die 140 für mich wirklich das absolute Minimum, wo ich den Blutdruck hinkriegen will. (...). Aber ansonsten ist 'n Patient, der äh auch sonst kein Risikoprofil hat, den möchte ich also schon auf diese Zielwerte bringen, denn mir ist es eigentlich auch logisch, dass die Schwerkkräfte, die dann auf die Gefäße wirken, dann tatsächlich auch zu entsprechenden Veränderungen im Endothel führen äh und dann ist doch die, die (unverständlich) -sklerose, Gefäßsklerose ist doch dann vorprogrammiert mit diesen hohen Druckwerten, weil mechanisch kann's ja nicht anders funktionieren.“* (G25/23f./773-785) Anders ausgedrückt: *„Aber wenn man jetzt nun, also nun sich die Risiken, die man beeinflussen kann, auch noch an die Backe hängt, kann man davon ausgehen, dass das ungünstiger ist, das sehe, das kann man denen auch klar machen, also das glaube ich schon.“* (G11/19/622-626)

Parallel zu einer Ziel- und Grenzwertorientierung lassen sich den Interviews Hinweise auf die Nutzung von Risiko Scores zur Abwägung ärztlicher Therapieempfehlungen entnehmen, zum Beispiel um auszuloten, ob *„ich den Patienten doch viel eher äh, enger führen oder, oder niedrigeren Blutdruck erreichen (möchte) oder, oder, oder“* (G5/13/408-410). Und in einem anderen Interview heißt es zur Nutzung von Risiko Scores: *„Zunächst mal, um mir wirklich 'n Bild zu machen, wie gefährdet ist der Patient, und was muss ich dem Patienten zugute kommen lassen, um die Gefährdung möglichst gering zu halten. Aber auch, um den Patienten davon zu überzeugen, beispielsweise das Rauchen aufzugeben.“* (G25/13/423-427) Zu bedenken bleibt, dass eine aus therapeutischer Perspektive durchgeführte Gesamtrisikoabwägung noch keine Rückschlüsse zulässt auf die aus dem Ergebnis der Berechnung abgeleiteten Behandlungsempfehlungen. Hingewiesen sei beispielsweise auf die Kombination, einerseits von einer Gesamtrisikoberechnung zu sprechen, andererseits einen systolischen Blutdruckwert von 140 mmHg als maximale obere Grenze anzugeben.⁵¹ Hingewiesen sei aber auch auf den Ansatz von Therapieempfehlungen in bewusster Abweichung von Risikoberechnungen, mit dem Ziel, individuell angemessene Behandlungswege zu finden. *„Und ängstliche Menschen, für die es extrem wichtig wäre, zu wissen, ich kann Dir mit meinem Kassenrezept Sicherheit geben, wenn Du das Mittel nimmst, dann wäre das, dann fällt mir da die Therapieentscheidung ganz leicht. Auch wenn der PROCAM-Score ihm ein eher bescheidenes Risiko und ein, und 'ne geringe Vortestwahrscheinlichkeit für irgendwas gibt, aber, aber ich weiß, ich hab jemandem 'ne ganz wichtige Sicherheit gegeben.“* (G6/18/604-611) Deutlich wird, dass Risikoberechnungen als Instrument zur ärztlichen Entscheidungsfindung im Kontext von Bluthochdruck herangezogen werden, dass es bewusste Abwei-

⁵¹ G25/23f.

chungen von errechneten Empfehlungen gibt, aber auch, dass Gesamtrisikoberechnungen und Ziel- und Grenzwertorientierungen parallel nebeneinander stehende ärztliche Bezugsgrößen darstellen.

Risikoabschätzungen entlang von Risiko Scores werden in den Interviews auch im Kontext der Frage erörtert, ob eine Senkung von Cholesterinwerten erforderlich sei oder nicht. So gelte es beispielsweise zu überdenken, *„muss ich die behandeln oder muss ich die nicht behandeln zum Beispiel andere Werte, muss ich die Fettwerte mit behandeln, das ist für uns wichtig“* (G21/10/313-315). In Anlehnung an die vorab umrissene Ziel- und Grenzwertorientierung beim Blutdruck ist – wie schon im Rahmen einer unbestimmten und einer erfahrungsorientierten Haltung – von einer unterschiedlichen Gewichtung oder Bedeutung der Risikofaktoren ‚Blutdruck‘ und ‚Cholesterin‘ auszugehen. Indirekt spiegelt sich diese differente Gewichtung auch in der ärztlichen Wahrnehmung patientenbezogener Äußerungen wider. *„Aber für die Patienten spielt der Blutzucker eigentlich gar keine Rolle, für die ist wiederum Cholesterin sehr wichtig, was ich jetzt nicht so wichtig finde, eigentlich nur im Kontext mit anderen Erkrankungen. Also die, das ist so, Cholesterin ist äh Krankheit und das, das, da red ich mir auch den Mund fusselig, ich glaub, das begreifen die nie. Also ein Großteil begreift es einfach nicht, das ist irgendwie durch, durch die Medien und so, so kolportiert, dass das eindeutig Krankheit ist, also es ist kein Laborwert, es ist 'ne Krankheit, Cholesterin ist 'ne Erkrankung.“* (G11/14f./473-482) Letztlich zeigen die vorab skizzierten Sequenzen eine partielle Annäherung an ein kardiovaskuläres Gesamtrisikokzept, wobei der in Teilbereichen aufgegriffene Wandel oder Paradigmenwechsel seine Grenze entlang des Risikofaktors ‚Bluthochdruck‘ findet.

Resümee

Zusammenfassend zeigt sich die kenntnisorientierte Haltung in der Vorstellung, dass (evidenzbasiertes) Fachwissen, explizit aufbereitet in Form von Leitlinien als eine verlässliche Informationsquelle empfunden wird. Nicht zuletzt aufgrund der Gewissheit einer kontinuierlichen Aktualisierung verbinde sich eine Orientierung an Leitlinien mit der Vorstellung therapeutischer Sicherheit. Wenngleich durchaus unterschiedliche Wege zur Auseinandersetzung mit neuem Wissen gesucht werden, z.B. über Fachzeitschriften, das Internet, über Fortbildungen und kollegiale Gespräche⁵², werden Leitlinien als eine Möglichkeit der Orientierung innerhalb der Vielfalt vorliegender Wissensbestände genannt. Explizit erfolgen Hinweise darauf, dass Leitlinien verstanden werden als das Ergebnis zusammenfassender Metaanalysen, so dass eine Betrachtung und Deutung einzelner Studienergebnisse – dieses würde sowohl zeitliche als auch inhaltliche Schwierigkeiten mit sich bringen – nicht mehr erforderlich sei.

⁵² Vgl. dazu G23/12 und G7/19 sowie G20/11 und G20/14f.

Dabei stellt Transparenz eine wesentliche Voraussetzung für die Nutzung von Leitlinien dar. Ausgehend von einer auf der Wissensebene favorisierten Leitlinienorientierung zeigt sich bei der Beschreibung der Handlungsebene gleichwohl ein vielfältiges Bild, das von einer strengen bis hin zu einer flexiblen Orientierung reicht und mit mehr oder weniger umfangreichen Erfahrungskomponenten verknüpft wird.

Ebenso wie bei der unbestimmten und der erfahrungsorientierten Haltung ist auch bei der kenntnisorientierten Haltung auszugehen von einer unterschiedlichen Gewichtung von Risikofaktoren, insbesondere von Blutdruck- und Cholesterinwerten, sowie einer damit verknüpften Ziel- und Grenzwertorientierung bezogen auf Blutdruckwerte. Zugleich wird in den Interviews von Gesamtrisikoabwägungen bzw. -berechnungen – mit und ohne Nutzung von Risiko Scores – gesprochen. Die Parallelität beider Vorgehensweisen, einer Gesamtrisikoabwägung bei gleichzeitiger Ausrichtung an Ziel- und Grenzwerten verweist auf eine teilweise Berücksichtigung des Paradigmenwechsels – bei gleichzeitiger Verhaftung an herkömmlichen Vorstellungen in der Behandlung von Menschen mit Bluthochdruck bzw. einem erhöhten bis hohen kardiovaskulären Gesamtrisiko.

3.4 Resümee: Ärztliche Haltungen zum Wissensmanagement

Anhand qualitativer Interviews ist untersucht worden, welche Auffassungen im hausärztlichen Versorgungsbereich niedergelassene Ärzte und Ärztinnen im Hinblick auf Leitlinien, explizit Leitlinien im Themenfeld von Bluthochdruck und kardiovaskulärem Gesamtrisiko, vertreten. Fokussiert auf das Erfassen subjektiver Perspektiven ist weiterführend erörtert worden, wie die befragten Ärzte und Ärztinnen ihr Handeln – mit Rückbezug auf die jeweiligen Auffassungen zu Leitlinien – beschreiben und begründen. D.h., dass sich die Untersuchung auf der Einstellungsebene bewegt und insoweit keine Aussagen zur Frage von „*Leitlinienkonformität*“ (Hasenbein/ Wallesch 2007) auf der konkreten Handlungsebene gemacht werden können. Bezogen auf den Paradigmenwechsel – von Ziel- und Grenzwertorientierungen hin zu kardiovaskulären Gesamtrisikoabwägungen – wird gleichwohl betrachtet, inwieweit dieser Wandel bekannt ist und welche Bedeutung ihm im Hinblick auf eine Beschreibung des eigenen Handelns beigemessen wird. Ein Schwerpunkt wird damit auf die Frage gelegt, wie in einem ambulanten Feld tätige Ärzte und Ärztinnen einen fachwissenschaftlichen Wandel aufgreifen.

Mit diesem Resümee sollen abschließend Gemeinsamkeiten und Differenzen zwischen den drei vorgestellten Haltungen zum Wissensmanagement dargelegt werden. Dabei sei vorab

angemerkt, dass in allen drei Haltungen sowohl Ärzte als auch Ärztinnen, niedergelassen in Einzel- wie auch in Gemeinschaftspraxen vertreten sind.

Leitlinien, so hat die Auswertung der Interviews gezeigt, kommt innerhalb der drei skizzierten Haltungen eine jeweils unterschiedliche Bedeutung zu. Während sie im Rahmen der unbestimmten Haltung als inkorporiertes Wissen verstanden werden, werden Leitlinien bei der erfahrungsorientierten Haltung als weniger verlässlich empfunden als es Erfahrung in Verbindung mit traditionell erlerntem Wissen sein könne. Im Mittelpunkt der kenntnisorientierten Haltung steht hingegen, dass Leitlinien nicht zuletzt aufgrund ihrer kontinuierlichen Aktualisierung eine verlässliche Informationsbasis für eigenes Handeln darstellen würden. Davon ausgehend, dass alle befragten Akteure und Akteurinnen Interesse an einem bestmöglichen therapeutischen Rahmen haben, ist zu hinterfragen, wie dieser im Spannungsfeld von Wissen und Handlung – und mit Bezug auf die eigene ärztliche Rolle – jeweils gestaltet wird. Bei der zuerst vorgestellten Haltung verbleibt der Rahmen in einer ‚Unbestimmtheit‘, d.h. es wird nicht deutlich, auf welches Wissens- und Handlungskonzept die Ärzte und Ärztinnen sich beziehen oder was ihnen im Hinblick auf ihr eigenes Handeln Sicherheit gibt oder geben könnte. Demgegenüber scheint bei der erfahrungsorientierten Haltung Erfahrung nicht nur als verlässliche handlungsleitende Bezugsquelle empfunden zu werden, sie scheint überdies Sicherheit zu vermitteln, zumal in einer Zeit, in der Forschungsergebnisse und Leitlinien ständigen Aktualisierungs- und Veränderungsprozessen unterliegen. Ebenso wie bei der erfahrungsorientierten Haltung geht es auch bei der kenntnisorientierten Haltung um die Frage der Sicherheit, die hier jedoch aus Leitlinien, verstanden als eine verlässliche Informationsquelle, gezogen wird. Zu untersuchen bleibt, welche Konsequenzen die unterschiedlichen Haltungen auf einer konkreten Handlungsebene mit sich bringen, welche Folgen die Haltungen im Hinblick auf Fragen der Versorgungsqualität haben.

Ein weiterer Blick ist zu werfen auf den Wandel von Ziel- und Grenzwertorientierungen hin zu kardiovaskulären Gesamtrisikobewertungen und -berechnungen. Im Rahmen aller drei Haltungen findet sich die Auffassung, dass Gesamtrisikobewertungen – mit und ohne Nutzung von Risiko Scores – durchzuführen sind, gleichwohl dem Risikofaktor ‚Bluthochdruck‘ aber eine außerordentliche Bedeutung zukommt, aus der sich auch ein entsprechender ziel- und grenzwertorientierter Behandlungsbedarf ableite. Allein in der kenntnisorientierten Haltung zeigen sich Hinweise auf eine Nutzung von Risiko Scores als Instrument zur ärztlichen Entscheidungsfindung auch im Hinblick auf Therapieempfehlungen bei Bluthochdruck. Eine Verknüpfung der beiden Vorgehensweisen, einer Gesamtrisikobewertung bei gleichzeitiger Ausrichtung an Ziel- und Grenzwerten scheint über jenseits des Blutdrucks liegenden Faktoren, insbesondere entlang von Cholesterinwerten zu erfolgen. Zu sprechen ist insoweit

von einer teilweisen Berücksichtigung des Paradigmenwechsels bei gleichzeitiger Verhaftung an herkömmlichen oder traditionellen Vorstellungen in der Behandlung von Menschen mit Bluthochdruck bzw. einem erhöhten bis hohen kardiovaskulären Gesamtrisiko. Die Ergebnisse deuten darauf hin, dass Ärzte und Ärztinnen – unabhängig von ihrer jeweiligen Haltung zum Wissensmanagement – bezogen auf den Bereich Bluthochdruck/ kardiovaskuläres Gesamtrisiko biografisch verankerte Wissensstrukturen oder Behandlungsmuster im Sinne von ‚richtig‘ oder ‚falsch‘ mit sich bringen. Dabei scheint der Bezug auf ein traditionelles Vorgehen nicht nur zu beruhigen, sondern er legitimiert zudem eine Handlung, in diesem Fall vornehmlich die Verordnung eines Medikamentes. Konträr dazu scheint ein Wandel eher zu verunsichern, zumal er – auf der therapeutischen Ebene – vornehmlich ein Abwarten mit sich bringt, das unter Umständen nur schwer vereinbar ist mit dem Bild handelnder und damit auch heilender Ärzte und Ärztinnen, die überdies der Idee maximaler Risikoreduktion folgen. Nicht zuletzt vor diesem Hintergrund bleibt zu überdenken, wie der Prozess der Aktualisierung von Wissen – auf der Strukturebene (z.B. in Form von Fort- und Weiterbildung) ebenso wie auf der Einstellungs- und Handlungsebene – gestaltet werden kann.

4. Interviewinterpretationen II: Ärztliche Haltungen zur Entscheidungsfindung im Behandlungsprozess

Das Konzept ‚Partizipativer Entscheidungsfindung‘ bzw. ‚Shared Decision Making‘ (vgl. u.a. Charles et al. 1997/ 1999) verweist auf einen Wandel in der Begegnung oder Interaktion zwischen Anbietern und Anbieterinnen gesundheitsbezogener Dienstleistungsangebote und deren Nutzer und Nutzerinnen. Anknüpfend an den in Deutschland geführten Diskurs zum Konzept Partizipativer Entscheidungsfindung ist die Auseinandersetzung weitgehend auf der Ebene der Interaktion zwischen Ärzten und Ärztinnen sowie Patienten und Patientinnen angesiedelt (vgl. u.a. Härter et al. 2005).⁵³ Traditionell *„war (es) das Wissen der Ärzte, das den Diskurs bestimmte, die Entscheidungsfindung galt als professionelle Domäne“* (Elwyn et al. 2005: 3). Scheibler und Pfaff definieren Partizipative Entscheidungsfindung bzw. Shared Decision Making als *„eine spezifische Form der Interaktion zwischen medizinischem Personal und Patient, welche auf geteilter Information und gleichberechtigter Entscheidungsfindung bezüglich Diagnose und Therapie basiert“* (2003a: 11). Begründet wird der Wandel von einer paternalistischen hin zu einer partizipativen Entscheidungsfindung durch sich verändernde gesellschaftliche Rahmenbedingungen – z.B. eine Veränderung von Informations- und Mitbestimmungskultur –, durch ethische, epidemiologische, sozialwissenschaftliche und soziologische, gesundheitspolitische wie auch ökonomische Argumente (vgl. dazu u.a. Scheibler/ Pfaff 2003a, Härter et al. 2005). Begleitet ist der Wandel von einer Vielfalt an Fragen, z.B. nach notwendigen Voraussetzungen und Rahmenbedingungen wie auch nach erforderlichen Kompetenzen für die Umsetzung des neuen Konzeptes, nach Möglichkeiten der Interaktionsgestaltung, nach potentiellen Problemfeldern, Entscheidungshilfen und anderem mehr.

Anknüpfend an die Diskurse um Partizipative Entscheidungsfindung wird im Rahmen der Interviewauswertung betrachtet, wie die Interviewpartner und -partnerinnen – fokussiert auf das Thema der Versorgung von Menschen mit Bluthochdruck bzw. einem erhöhten kardiovaskulären Risiko – Möglichkeiten und Grenzen der Entwicklung einer gemeinsamen, also gleichermaßen von den Patienten und Patientinnen sowie den Ärzten und Ärztinnen entwickelten und getragenen Entscheidung im hausärztlichen Versorgungsalltag einschätzen. Zusammenfassend scheinen in den Interviews drei unterschiedliche ärztliche Haltungen⁵⁴ zur Gestaltung von Prozessen der Entscheidungsfindung auf: Eine unreflektiert – direktive Haltung, eine wissensbezogen – direktive und eine abwägend bis partiell partizipative Haltung. Jede der Haltungen impliziert zum einen die Ebene des ärztlichen Selbstverständnisses, d.h.

⁵³ Hinzuweisen ist in diesem Zusammenhang auf den im Jahr 2000 vom Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung eingerichteten Förderschwerpunkt "Patient als Partner im medizinischen Entscheidungsprozess" (www.patient-als-partner.de).

⁵⁴ Eine Erläuterung zur Verwendung des Begriffes ‚Haltung‘ findet sich in Kapitel 2: 18f.

jeweils vorhandene Vorstellungen zur ärztlichen Rolle. Als wesentlich haben sich in diesem Kontext Einstellungen zum Umgang mit und zur Bedeutung von medizinischem Wissen wie auch patientenbezogener Kommunikation gezeigt. Zum anderen verweisen die Haltungen – mit den Begriffen direktiv bis partiell partizipativ – auf den Modus der Begegnung mit Patienten und Patientinnen.

Im Prozess der Interviewauswertung haben sich folgende Kriterien zur Betrachtung der differnten Haltungen herauskristallisiert:

- *Grundlagen für Entscheidungsprozesse,*
- *die Gestaltung von Entscheidungsprozessen bzw. das Treffen der Entscheidung*
- *sowie ärztliche Maßnahmen zum Erreichen von (ärztlichen) Versorgungszielen.*

Thematisiert wird darüber hinaus die Bedeutung von Risikofaktorenmodellen. Explizit ist an dieser Stelle zu erörtern, inwieweit – aus Perspektive der befragten Ärzte und Ärztinnen – Risikofaktorenmodelle als Entscheidungshilfen im Prozess der Entscheidungsfindung bei Bluthochdruck bzw. kardiovaskulärem Risiko betrachtet werden. Ärztliche Vorstellungen zu Risikofaktorenmodellen wiederum sind nicht losgelöst von Auffassungen über Bluthochdruck – und die Notwendigkeit einer Behandlung bei Bluthochdruck – zu betrachten. Thematisch erfolgt damit eine Verknüpfung von ärztlichem Wissensmanagement einerseits und Prozessen der Entscheidungsfindung andererseits.

4.1 Eine unreflektiert – direktive Haltung zur Entscheidungsfindung

Die unreflektiert – direktive Haltung zeigt sich insgesamt in der Vorstellung, dass partizipative Entscheidungsprozesse gewissermaßen wie selbstverständlich ihren Ausdruck im Sinne des klassischen Compliance-Konzeptes, d.h. im Erwirken des Einverständnisses der Patienten und Patientinnen mit den vorgegebenen ärztlichen Entscheidungen finden.

Als **Grundlage** für den Prozess der Behandlungsentscheidung werden insbesondere ärztliches Empathievermögen als auch die Entwicklung einer Vertrauensbildung, die im hausärztlichen Versorgungsgeschehen aufgrund der langfristigen Begegnungen und Kontakte wie auch der Einblicke in familiäre Kontexte gut zu entwickeln sei, benannt.⁵⁵ Auch ist die Rede davon, dass im hausärztlichen Versorgungsbereich *„natürlich auch mehr Zugang zu den Patienten“* (G13/1/14-15) bestehe. Neben einer *„menschlichen Komponente“* (G16/18/583) seien ebenso *„fachliche(s) Wissen“* (G16/18/582) und ein *„strukturierte(s) Vorgehen“* (G16/18/588) als bedeutsame Voraussetzung für Behandlung und Behandlungsentscheidun-

⁵⁵ Vgl. G16/4, G10/1, G13/1, G19/1, G19/7.

gen zu betrachten.⁵⁶ Zum weiteren Vorgehen gehört dann der Schritt der Information von Patienten und Patientinnen, z.B. über anatomische Fragen, die Ergebnisse der Diagnostik, über Risikofaktoren sowie Fragen des Lebensstils, über potentielle, mit einem dauerhaft erhöhten oder hohen Blutdruck verbundenen Erkrankungsrisiken und über Möglichkeiten einer medikamentösen Therapie.⁵⁷ Wie der Modus der Informationsgabe, d.h. die Ausführlichkeit, die Selbstverständlichkeit und anderes mehr, in den Gesprächen genau gestaltet wird – nicht zuletzt in Abhängigkeit von Zeitkontingenten, Interessenslagen und Kommunikationskompetenzen – lässt sich anhand der vorliegenden Interviews nicht explizit darlegen. Festzuhalten jedoch bleibt, dass die Frage der Information als wesentliche Grundlage für Partizipation im Rahmen einer unreflektiert – direktiven Haltung nicht erörtert wird.

Sofern Anamnese und Diagnostik einen aus ärztlicher Perspektive erforderlichen Handlungsbedarf vorsehen, schließt sich als nächster Schritt die Notwendigkeit einer **Behandlungsentscheidung** an, die im Rahmen einer unreflektiert – direktiven Haltung vorwiegend seitens der Ärzte und Ärztinnen getroffen wird. *„Und dann würde ich erklären, dass das halt äh, dass man das oft nicht spürt, den hohen Blutdruck, dass er aber trotzdem ein Gefahrenrisiko birgt und würde dann den Patienten davon überzeugen, dass, dass es sinnvoll ist zu behandeln und dann ein erstes Medikament mitgeben, zunächst mal als Ärztemuster, um zu sehen, wie der Patient damit klar kommt.“ (G16/5/135-141)⁵⁸*

Verbunden mit verschiedenen Methoden der ‚Überzeugungsarbeit‘ ist als vorrangiges **ärztliches Behandlungsziel** das Herbeiführen einer größtmöglichen patientenbezogenen Compliance zu benennen, wobei die ‚Zustimmung‘ der Patienten und Patientinnen zur ärztlich verordneten Therapie als Voraussetzung für Compliance angesehen wird. Denn *„(...) man kann dem Patienten nicht irgendwas überstülpen, was er nicht will, ja? Schlimmstenfalls äh passiert dann irgendwas, und man ist dann dafür verantwortlich, also das möchte man ja auch gar nicht, also der Patient muss schon einverstanden sein.“ (G16/13/410-414)* Eine andere Interviewte beschreibt diesen Schritt im Behandlungsprozess wie folgt: *„Hm, dass wir zusammen zu, zu einem, einer Akzeptanz kommen, meinetwegen von einem Präparat oder einer Vorgehensweise, dass ich den Patienten auch überzeugen kann, dass, dass wir zusammen auf eine Linie gehen. Wenn ich merke, ah, der ist nicht so zufrieden, dann muss ich gucken, wie komm ich ihm entgegen, ja.“ (G10/6/195-200)* Insgesamt bleibt offen, wie die Art und Weise einer Zustimmung von Patienten und Patientinnen von ärztlicher Seite jeweils gedeutet wird.

⁵⁶ Vgl. auch G10/17.

⁵⁷ Vgl. G19/3, G10/4f., G16/6, G15/9f.

⁵⁸ Vgl. auch G15/14.

Dass ein vorrangiges ärztliches Behandlungsziel im Herbeiführen einer größtmöglichen patientenbezogenen Compliance liegt, zeigt sich nicht zuletzt in den, in den Interviews dargelegten, vielfältigen Vorgehensweisen der ‚Überzeugungsarbeit‘. Zu den ärztlichen Maßnahmen zählen z.B. die Überweisung zu einem kardiologischen Facharzt/ einer kardiologischen Fachärztin⁵⁹ wie auch die nachhaltige Präsentation diagnostischer Ergebnisse. *„Das will er (ein Patient, Anmerk. d. Verf.) nicht, nicht einsehen, er hat ja nichts gespürt bis dahin. Aber gut, er glaubt 's ja dann auch. Wir legen meistens dann 24-Stunden-Blutdruckmessung an, und äh er kriegt die entsprechende Labordiagnostik, 'n EKG, er ist dann überzeugt.“* (G13/3/92-96) Die Rede ist überdies von Gesprächen, mittels derer Ängste vor möglichen Nebenwirkungen einzunehmender Medikamente gedämpft werden sollen, indem beispielsweise bekräftigt wird, dass *„wir heute ganz schöne Pillen hätten, die man auch äh prima einnehmen könnte, ohne etwas zu merken, und dass wir den Blutdruck dann langsam auf unseren Zielwert bringen wollen“* (G10/4f./132-135).

Auszugehen ist von einem ärztlicherseits als sehr hoch empfundenen Druck, eine patientenbezogene Compliance zu erzielen, da in der Interaktion nicht nur mit Maßnahmen der ‚Überzeugungsarbeit‘ sondern überdies auch mit Angst erzeugenden Szenarien, z.B. einer Situation potentieller Pflegebedürftigkeit⁶⁰, gearbeitet wird. Beispielhaft sei auf die folgende Sequenz hingewiesen, in der es um einen ca. 50jährigen Patienten mit Bluthochdruck und Diabetes geht: *„Und dann hab ich so 'n paar Bilder gesammelt, es gibt ja äh von verschiedenen Firmen, meistens die, die Antidiabetika herstellen so Bilder vom offenen Fuß, von den verkalkten Arterien und hab ihm das, manches war grausam, so 'n offener diabetischer Fuß und äh, und irgendwann mal, so etliche Jahre mit Coca-Cola und Übergewicht landete er doch beim Zucker. Und er sah diese Bilder, und drei Tage später kam er an und sagt, ich trink keine Cola mehr. Er hat also deutlich abgenommen und, also es hat schon, schon was gebracht, nur man kann natürlich nicht jedem 'n Bild von 'nem offenen, von 'nem diabetischen Fuß hinhalten.“* (G13/6f./200-210) Dass Angst als ein zentrales Motiv für patientenbezogene Verhaltensänderungen wie auch das Erzielen von Compliance betrachtet wird, zeigt auch die Aussage aus einem anderen Interview, in dem die befragte Ärztin die Hoffnung beschreibt, *„dass es Ihnen (dem Patienten/ der Patientin, Anmerk. d. Verf.) Angst macht, dass Sie was dagegen tun“* (G15/18/583-584).⁶¹

Unabhängig davon, welche Wege oder Methoden zum Einsatz gebracht werden um Compliance zu steigern, ist zu hinterfragen, welches professionelle ärztliche Handlungsspektrum bleibt, wenn das Ziel der Compliance nicht erreicht wird. Im Rahmen der unreflektiert – di-

⁵⁹ Vgl. G10/4.

⁶⁰ Vgl. G10/18, G19/10.

⁶¹ Vgl. auch G15/13f.

reaktiven Haltung zeigt sich in den Interviews – auf einer von den Befragten beschriebenen Reaktionsebene – eine Spannbreite zwischen der Feststellung, dass im ärztlichen Sinne nicht therapietreue Patienten und Patientinnen *“wirklich 'ne schwer zu behandelnde Gruppe“* (G16/9/276-277) seien bis hin zum Vorschlag eines Arztwechsels. So heißt es in einem Interview beispielsweise: *„Na gut, man versucht 's vielleicht noch einmal oder zweimal (über eine ärztliche Therapieempfehlung zu sprechen, Anmerk. d. Verf.), es gibt auch Patienten, denen ich nahe lege, dass sie auch zu 'nem anderen Arzt gehen dürfen.“* (G13/8/240-242) Ausgehend von der Überlegung, dass eine ärztliche Tätigkeit *„keinen Spaß“* (G19/2/60) mache, wenn nicht eine *„hundertprozentige Compliance“* (G19/2/54) gegeben sei, wird überdies erörtert, inwieweit bei scheinbar fehlender Compliance noch ein ärztlicher Behandlungsauftrag gegeben sei. *„Wie gesagt, ich sehe die Grenze da, wo ich weiß, dass ein Patient nicht konsequent, nicht regelmäßig seine Medikamente einnimmt, (...). Und das ist jetzt die Grenze. Soll ich weiter was verschreiben, soll ich ihn behandeln und führen als Patienten mit arterieller Hypertonie oder lass ich ihn einfach so laufen draußen, und er muss selber Verantwortung übernehmen.“* (G19/3/70-78)

Generell ist – neben medikamentösen Behandlungswegen – die Erörterung von Fragen des Lebensstils – z.B. Gewohnheiten der Ernährung und der Bewegung – im Kontext von Bluthochdruck und kardiovaskulärem Gesamtrisiko als bedeutsam zu bezeichnen. Demnach stellt sich die Frage, wie das Thema Lebensstil in den Interviews verhandelt wird, inwieweit eine potentielle Veränderung von Elementen des Lebensstils als eine – aus ärztlicher Perspektive – bei Bluthochdruck bzw. erhöhtem kardiovaskulärem Gesamtrisiko nützliche und wirksame Maßnahme betrachtet wird. Inwiefern, so lässt sich weiter fragen, wird eine Begleitung im Verlauf von Lebensstilveränderungen als zum (mehr oder weniger partizipativ gestalteten) Behandlungsprozess zugehörig betrachtet.

In den Interviews scheinen, bezogen auf die unreflektiert – direktive Haltung, verschiedene Überlegungen im Hinblick auf die Verhandlung von Fragen des Lebensstils in der Interaktion mit Patienten und Patientinnen auf. Angesprochen auf das Thema ‚Risikofaktoren‘ ist die Rede von einer zeitlich befristeten Option zur Veränderung von Elementen des Lebensstils, wobei eine solche Veränderung eher bei jüngeren denn bei älteren Menschen als Erfolg versprechende Maßnahme bei Bluthochdruck bzw. einem erhöhten kardiovaskulärem Gesamtrisiko betrachtet wird. Dabei ist die Rede von Patienten und Patientinnen, die die Notwendigkeit einer Veränderung *„einsehen, aber dann sind es eher die Jüngeren“* (G13/5/147-148) und jenen, die *„sich erstmal ein paar, sag ich jetzt, Monate oder Wochen Auszeit (wünschen)“* (G19/6/181-182), um *„ihre Ernährung umzustellen“* (G19/6/182). Insgesamt hänge die Entscheidung zwischen Veränderungen des Lebensstils einerseits und einer medika-

mentösen Therapie andererseits von der Anamnese wie auch von den Ergebnissen der Diagnostik ab. *„Also äh und guck einfach, wie sind die Blutwerte, hat er sie schon länger womöglich. Wenn ja, versuch ich's medikamentös doch einzustellen, wie ist das Beschwerdebild, der Leidensdruck. Und wenn nicht, dann sag ich auch mal, Gewichtsabnahme, messen, Kontrolle in zwei bis sechs Monaten, je nachdem. Wenn ich die Diagnostik gemacht habe, ne? Und ich nachgeschaut habe.“* (G15/7/204-210)

Zusammenfassend bleibt festzuhalten, dass die Möglichkeit von Lebensstiländerung durchaus vorkommt, sie jedoch weniger als Option einer partizipativen Entscheidungsfindung denn vielmehr als Auftrag an die Patienten und Patientinnen verstanden wird. In der deutlichsten Ausprägung erhält das therapeutische Instrument ‚Lebensstiländerung‘ reinen Legitimationscharakter: es gibt leitliniengerechtes Verhalten vor, zielt aber letztlich auf rasche Herbeiführung von medikamentöser Therapie ab.

Nun ist die Betrachtung behandlungsbezogener Entscheidungsprozesse nicht ohne einen Blick auf die jeweils vorhandenen Vorstellungen zur Bedeutung von Bluthochdruck bzw. kardiovaskulärem Gesamtrisiko zu leisten. Anknüpfend an die dem Projekt zugrunde liegenden Ansätze einer Gesamtrisikobetrachtung und einer Gesamtrisikoberechnung, die wiederum als eine Entscheidungshilfe im Kontext partizipativer Entscheidungsprozesse verstanden werden kann, folgt ein Blick auf Aussagen zur Anwendung entsprechender Risikofaktorenmodelle in der hausärztlichen Praxis.

Zunächst gibt es Interviewte, die keine Risikofaktorenmodelle in Gesprächen mit Patienten und Patientinnen einsetzen. Kognitive Gründe⁶², d.h. die Schwierigkeit, entsprechende Berechnungen zu verstehen wie auch die Vorstellung, Patienten und Patientinnen nicht grundsätzlich mit allen Risiken konfrontieren zu wollen, sprächen gegen eine Anwendung. *„Ähm möchte man sich ständig damit auseinandersetzen, wie geht's, mit welchem Risiko laufe ich rum, und was kriege ich vielleicht später alles, und vielleicht will ich das einfach gar nicht wissen. Also da muss man auch gucken, was man für'n Patienten vor sich hat, ja?“* (G16/16/507-511) So wird beispielsweise gefragt, welchen Sinn eine Risikoberechnung mache, wenn das für einen Menschen bestehende oder vermutete Risiko nur sehr bedingt beeinflusst werden könne. Darüber hinaus wird bezweifelt, inwieweit aus statistischen Berechnungen individuelle Handlungsentscheidungen abgeleitet werden können. *„In der Praxis will ich das nicht benutzen, ich lehne das auch irgendwie ab. Weil so ein theoretisch errechnetes Risiko sagt für das Einzelschicksal nichts, ja.“* (G10/11/339-343) Zweifel an Tabellen oder Scores zur Gesamtrisikobetrachtung kommen auch in einem anderen Interview zum Ausdruck. So werde den Ergebnissen bildgebender Diagnostik einerseits wie auch gefühlsmäßi-

⁶² Vgl. u.a. G16/16f.

gen Eindrücken zum Patienten/ zur Patientin andererseits stärker vertraut als einer statistischen Berechnungsgrundlage. *„Ich weiß nicht, ob man die Menschen wirklich da so ein äh, ja, schachteln kann. Ich bilde mir ein, da schon 'n gewisses Gefühl zu haben. Ich denke an die ganzen Faktoren. Und wenn er jetzt, ich seh ja, wie er, wie er sich fühlt, wie, wie die anderen Werte sind äh, ich mach 'n Ultraschall von seinen Gefäßen, ich seh, ich seh, ob da das Kalk glitzert oder nicht. Also vielleicht sollte ich es manchmal, aber ich mache es nicht, ich teil sie da nicht so, nicht so ein. Ich sorg einfach dafür, dass die Werte in Ordnung liegen. Sollte man vielleicht, aber, ja.“* (G13/11f./367-375) Als weiteres Argument gegen eine Anwendung von Gesamtrisikoberechnungen wird in den Interviews genannt, Patienten und Patientinnen nicht durch Konfrontation mit in Prozentzahlen ausgedrückten Risikoeinschätzungen ängstigen zu wollen. So heißt es beispielsweise in einem Interview: *„Und äh ich mag dem Patienten auch nicht Angst machen, nein, das mag ich nicht. Wenn ich sag, ja, Sie haben 80 % Risiko, dass Sie eben in drei Jahren 'n Herzinfarkt bekommen. In seltenen Fällen, dass ich mal irgendwie so was aus der Schublade hole.“* (G10/11/352-356)

Dieser Ansatz ist insoweit interessant, als dass im Rahmen von ‚Überzeugungsarbeit‘ zum Erzielen einer größtmöglichen patientenbezogenen Compliance durchaus auch mit Angst erzeugenden Szenarien, z.B. dem Aufzeigen einer Situation potentieller Pflegebedürftigkeit⁶³, gearbeitet wird. Vor diesem Hintergrund ist nicht auszuschließen, dass die Argumentation einer möglichen Angstentwicklung als ‚vorgeschobene‘ Begründung genutzt wird, um die Nutzung von Risikofaktorenmodellen zu umgehen.

Bezogen auf die Frage eines kardiovaskulären Gesamtrisikos wird an verschiedenen Stellen in den Interviews davon gesprochen, dass die unterschiedlichen, das Gesamtrisiko ausmachenden Faktoren berücksichtigt werden, jedoch ohne eine dezidierte Berechnung mittels eines Scores. Bedeutsam scheint in diesem Zusammenhang überdies die aus ärztlicher Perspektive jeweils vorhandene Gewichtung einzelner Risikofaktoren, das Verhältnis der Risikofaktoren zueinander wie auch ein mehr oder weniger ausgeprägter Einfluss von Grenz- und Zielwerten zu sein.⁶⁴ Ein vordergründiger Blick ist dabei auf die Risikofaktoren ‚Blutdruck‘ und ‚Cholesterin‘ zu werfen. Während beim Cholesterin ein Rückgriff auf Scores in Erwägung gezogen wird, scheint dieses – im Kontext einer unreflektiert – direktiven Haltung – beim Blutdruck eher nicht der Fall zu sein.⁶⁵ Dieser wird zum Beispiel als *„der Risikofaktor überhaupt schlichtweg“* (G15/8/243) bezeichnet, woraus sich eine generelle Behandlungserfordernis ableite. *„Ja, also Bluthochdruck kann ich nur sagen, Leitlinien weiß ich nicht, umso niedriger der Blutdruck, umso besser ist dieser Mensch eingestellt, Punkt. Und dann muss man gucken, wie man den Patienten dazu bekommt. Ganz egal, wie alt derjenige ist, eigent-*

⁶³ Vgl. G10/18.

⁶⁴ Vgl. G16/16, G10/5, G13/11f., G15/16f.

⁶⁵ G10/11; vgl. auch Kap. 3.

lich ist es 'n generelles Wissen, es sollten Ärzte haben und wissen, umso niedriger umso besser.“ (G15/23/747ff.)

Neben den vorab beschriebenen, sich gegen eine Anwendung von Risikofaktorenmodellen aussprechenden Argumenten, ist im Rahmen einer unreflektiert – direktiven Haltung auch die Vorstellung zu finden, dass sich Risikoberechnungen als ‚einfaches und praktikables Druckinstrument‘ erweisen würden. Eine Konfrontation mit Berechnungsergebnissen bei einem hohen oder erhöhten Risiko gehe in der Regel mit Gefühlen der Angst seitens der Patienten und Patientinnen einher, was wiederum für das Erzielen einer möglichst hohen Compliance genutzt werden könne. *„Damit ein bisschen mental so einwirken, dass ein bisschen so, der Patient ein bisschen so ein Gefühl kriegt, das ist nicht harmlos, tut nicht weh, harmlos; Blutdruck ist doch nicht harmlos.“ (G19/9, 304-307)⁶⁶*

Resümee

Empathievermögen, Vertrauensbildung und langfristige Kontakte einerseits sowie fachliche Kompetenzen und Weitergabe von Informationen an Patienten und Patientinnen andererseits werden als Voraussetzungen für den Prozess der Behandlungsentscheidung benannt. Die Behandlungsentscheidungen werden dann von Ärzten und Ärztinnen getroffen, wobei versucht wird, entlang unterschiedlicher Maßnahmen oder Vorgehensweisen – z.B. durch ‚Überzeugungsarbeit‘ aber auch mittels Benennen Angst erzeugender Szenarien – auf die Compliance der Patienten und Patientinnen Einfluss zu nehmen. Insoweit zeigt sich die unreflektiert – direktive Haltung in der Vorstellung, dass (partizipative) Entscheidungsprozesse ihren Ausdruck im Sinne des klassischen Compliance-Konzeptes im Einverständnis der Patienten und Patientinnen mit ärztlichen Entscheidungen finden.

Von eher allgemein erscheinenden Hinweisen auf zeitliche Grenzen wie auch dem Wunsch nach Verantwortungsentlastung seitens der Ärzte und Ärztinnen sowie ‚kognitiven Grenzen‘ seitens der Patienten und Patientinnen⁶⁷ sind im Rahmen einer unreflektiert – direktiven Haltung keine weiterführenden Vorstellungen über den Ansatz partizipativer Entscheidungsfindung zu finden. So heißt es in einem Interview beispielsweise: *„Ja, die Grenzen sind im Rahmen der Dummheit, ne? Es gibt ja manche Leute, die sind einfach, hach, ja, da muss man vielleicht über 's Gefühl behandeln, wenn die Einsicht irgendwie nicht zu erlangen ist, dann über 's Gefühl, ja. Ähm die Grenzen solcher Modelle meinen Sie jetzt? An der Zeit des Arztes auch, ne? Die ist ja schon irgendwo begrenzt, ich kann mich jetzt hier nicht verteilen und sonst wie was. Das ist begrenzt. Und ob die Patienten mitmachen bei so was, bin ich*

⁶⁶ Vgl. auch G15/17.

⁶⁷ Vgl. G15/13, G15/15, G19/9, G10/8.

auch im Zweifel ehrlich gesagt.“ (G10/8/240-249) Eine Abgrenzung zum Ansatz partizipativer Entscheidungsfindung zeigt sich auch in der Überlegung, dass es gerade die nachfragenden, nicht alle ärztlichen Empfehlungen annehmenden Patienten und Patientinnen seien, die auf Seiten der Ärzte und Ärztinnen schwierige Versorgungssituationen entstehen lassen. Oder anders ausgedrückt: „Sie (weniger kognitiv orientierte Menschen, Anmerk. d. Verf.) meinen Arzt ist Arzt, und er hat Medizin studiert, und ich hab Vertrauen, ich bin jetzt hier, ich hab Vertrauen (...), und wenn er sagt so und so und so, in dieser Dosierung, dann mache ich mit.“ (G19/8f./272-275)

Bezogen auf den Ansatz einer Gesamtrisikoberechnung zeigt sich eine Skepsis gegenüber statistischen Berechnungen sowie deren individuelle, patientenbezogene Anwendung. Wenngleich das Gesamtrisiko nicht berechnet wird, sprechen die Interviewten von einer Berücksichtigung aller Risikofaktoren, wobei dem Risikofaktor ‚Bluthochdruck‘ eine besondere Bedeutung beigemessen wird. Aus der Bedeutsamkeit wird – in Orientierung an Ziel- und Grenzwerten – bezüglich des Bluthochdrucks ein generelles, in der Regel pharmakotherapeutisches Behandlungserfordernis abgeleitet. Diese, eher als traditionell zu bezeichnende Vorgehensweise verbindet sich mit einem als eng zu beschreibenden Handlungskorridor, der kaum Handlungsspielräume und damit – im Sinne der ärztlichen Haltung – auch kaum Optionen für eine partizipative Entscheidungsfindung zu bieten scheint. Demgegenüber ist als ärztliches Behandlungsziel eine möglichst hohe patientenbezogene Compliance zu erkennen, die zu erreichen Ärzte und Ärztinnen unter einem hohen Druck zu setzen scheint; sie bringen vielfältige Maßnahmen zum Erwirken von Compliance zum Einsatz. Demgegenüber scheint die Möglichkeit einer, am Risikoempfinden des einzelnen Patienten/ der einzelnen Patientin orientierte Abwägung zwischen Änderungen des Lebensstils einerseits und/ oder einem pharmakotherapeutischen Vorgehen andererseits im Rahmen einer unreflektiert – direktiven Haltung nicht bedeutsam zu sein.

In Abgrenzung zu „*einem paternalistischen Verständnis, bei welchem der Arzt alle Entscheidungen stellvertretend für den Patienten trifft*“ (Scheibler et al. 2003b:11), bleibt nochmals explizit nach einer Definition der vorab beschriebenen Haltung zu fragen. Wenn unter Paternalismus die stellvertretende ärztliche Entscheidung im Sinne einer bestmöglichen patientenbezogenen Vorgehensweise zu verstehen ist, so liegt dem eine mehr oder weniger eindeutige wie fraglose, aus professioneller Perspektive vermutlich als ‚richtig‘ gedeutete Entscheidungsmöglichkeit zugrunde. Mit partizipativen Entscheidungsprozessen werden hingegen unterschiedliche Perspektiven miteinander verknüpft, z.B. professionelle Empfehlungen einerseits und patientenbezogenes Risikoempfinden andererseits. Gewohnt, sich an professionellen Empfehlungen oder Vorgaben zu orientieren, stellen partizipative Vorgehensweisen vermutlich ein ungewohntes Terrain dar. So ist von einem, auf ärztlicher Seite liegenden,

vermutlich hohen Druck auszugehen, eine Verbindung zwischen patientenbezogenen Wünschen und Bedürfnissen, z.B. der Ablehnung Blutdruck senkender Medikamente, und der Verwirklichung (aus professioneller Perspektive) ‚richtiger‘ Vorgehensweisen wie auch der Realisierung des bestehenden Heilungsauftrags herzustellen. Eine mögliche Lösung dieses Konfliktes scheint in der nachhaltigen Verstärkung patientenbezogener Compliance zu liegen. Das hieße aber auch, dass Compliance nicht mehr als paternalistisch definiertes Behandlungsziel sondern vielmehr als ein in der Tendenz nicht reflektierter Weg zur Lösung eines ärztlichen Problems zu verstehen ist. Die Abgrenzung der vorab beschriebenen Haltung zu einem ausschließlich paternalistischen Vorgehen betont demnach weniger die patientenbezogenen denn die arztbezogenen Handlungsmotive. Insofern ist von einer direktiven Haltung die Rede. Die Bezeichnung ‚unreflektiert‘ rekurriert sowohl auf die Ebene medizinischen Wissens als auch auf die patientenbezogener Kommunikation. So weist der Bezug auf eine generelle (pharmakotherapeutische) Behandlungsnotwendigkeit bei (hohem) Blutdruck tendenziell auf eine als traditionell zu bezeichnende Orientierung hin. Und wenngleich keine Aussagen zu der jeweiligen Kommunikationsgestaltung gemacht werden können, hat sich im Material gezeigt, dass dem herkömmlichen Compliance-Konzept nachhaltig Vorrang gegeben wird vor einer gemeinsamen oder partizipativen Suche nach möglichen Handlungsoptionen.

4.2 Eine wissensbezogen – direktive Haltung zur Entscheidungsfindung

Der wissensbezogen – direktiven Haltung ist die Idee der Transparenz durch evidenzbasierte Information inhärent, wobei davon ausgegangen wird, dass – dem Prinzip von Rationalität folgend – die Informationen das Handeln der Patienten und Patientinnen quasi vorab bestimmen, da es keine Handlungsalternativen zu evidenzbasierten Empfehlungen gebe.

Als **Grundlage** für den Prozess der Behandlungsentscheidung ist auch bei dieser Haltung die Rede von langfristigen und stabilen Patientenkontakten wie auch von Einblicken in die patientenbezogenen Lebenswelten im Kontext hausärztlicher Praxis.⁶⁸ Als weitere Grundlage wird die Information über anatomische Grundlagen, potentielle Risiken und notwendige therapeutische Interventionen bei erhöhten/ hohen Blutdruckwerten benannt.⁶⁹ Letztlich gehe es um eine Vermittlungsfunktion zwischen den aktuell vorliegenden medizinisch-wissenschaftlichen Erkenntnissen einerseits und den Patienten und Patientinnen andererseits. *„Also ich als Arzt, denke ich mal, stelle ich so das Bindeglied dar zwischen dem, was so, sag ich mal, publiziert ist in Fachzeitschriften, im Internisten oder, oder Medizinische Wochenschrift oder*

⁶⁸ Vgl. G11/1ff.

⁶⁹ Vgl. G23/8ff.

sonst was oder, oder Lancet oder wo das auch immer erscheint, und, und halt wirklich, muss ich das versuchen, halt ablaufen zu lassen, so die richtigen Weichen zu stellen, 'ne richtige Diagnose stellen, und dann dem Patienten das einfach zu erklären oder auch die Bedeutung, ihm klar zu machen, dass er eben auch dran bleibt an der Therapie, ja.“ (G23/12/386-394)

Neben Interaktion und Kommunikation wird als weitere Grundlage für Behandlungsentscheidungen das Thema Leitlinien im Rahmen von Bluthochdruck und kardiovaskulärem Gesamtrisiko angesprochen. Leitlinien, verstanden als eine „Gebrauchsanweisung“ (G11/23/750), könnten im Sinne von Handlungsvorgaben bzw. eines Handlungskorridors zu einem einheitlichen ärztlichen Vorgehen beitragen.⁷⁰ Als Basis für eine qualitativ hochwertige Versorgung sei wiederum eine Qualitätssicherung von Leitlinien erforderlich, die beispielsweise durch ein dafür autorisiertes ärztliches „Gremium“ (G11/22/740), z.B. die „Ärzttekammer“ (G11/22/743) sichergestellt werden könne. In einem weiteren Interview ist die Rede von einer generellen, alternativlosen Orientierung an den Therapieempfehlungen der Hochdruckliga bei der Behandlung von Menschen mit Bluthochdruck/ kardiovaskulärem Gesamtrisiko.⁷¹

Anknüpfend an eine leitlinienorientierte Information von Patienten und Patientinnen, folgt in einem nächsten Schritt der Prozess der **Behandlungsentscheidung**. Eine zentrale Bedeutung von Information wird insbesondere in ihrem Beitrag zur Entwicklung patientenbezogener Eigenständigkeit im Umgang mit chronischen Erkrankungen gesehen.⁷² Beschrieben als eine Voraussetzung für Empowerment, gehe transparente Information mit einem besseren Verstehen ärztlich empfohlener Therapieansätze⁷³ wie auch der Entwicklung einer eigenständigen Symptomsensibilität und einer entsprechenden Handlungskompetenz einher. So heißt es beispielsweise in einem der Interviews: *„Ähm und ich möchte halt 'nen mündigen Patienten, ich möchte nicht so einen, der also für jeden Kleinkram ankommt, sie sollen selbstständig mit ihrer Erkrankung umgehen lernen. Also dieses, dieses ähm so alle Woche hinsetzen, gucken, messen, wieder raus und so was, ist nicht so mein Stil, also vor allen Dingen glaube ich auch nicht, dass das für jüngere Menschen irgendwie 'n Konzept ist, und auch nicht für unser Gesundheitswesen.“ (G11/10/312-319)*

Im Kontext von Informationsprozessen wird seitens der Befragten die Unterschiedlichkeit von Patienten und Patientinnen thematisiert, z.B. differente Informationsbedürfnisse und Informationswünsche. So können Gefühle der Überforderung durch oder der Ablehnung von Informationen zu einer Schwierigkeit in der Begegnung mit Patienten und Patientinnen werden. Neben einer Anpassung an patientenbezogene Informationsbedürfnisse⁷⁴ ist überdies die

⁷⁰ Vgl. G11/23f.

⁷¹ Vgl. G23/11.

⁷² Vgl. G11/8.

⁷³ Vgl. G23/5, G23/13.

⁷⁴ Vgl. G23/11.

Rede von Schaffung eines spezifischen Klientels bezogen auf die jeweilige ärztliche Praxis. „Also äh wenn die intellektuell überfordert sind. Es gibt auch Menschen, die wollen gar nichts wissen, die wollen gar nichts wissen, weil ihnen das Angst macht, selbst wenn ich das erkläre. Aber das selektiert sich so, also wir sind so 'ne Praxis, die halt, also das ist, ist wirklich sehr unterschiedlich. Also es, es gibt die einfacher Strukturierten, die vielleicht auch mit Erklärungen soweit überfordert sind, und denen das Angst macht. Aber wir haben mehr die Leute, die, kritische, kritische Patienten, also die wissen, wenn sie was, die haben halt Fragen, und die können die uns fragen und die kriegen auch 'ne ordentliche Antwort, also das ist schon ziemlich selektioniert.“ (G11/9/276-286)

Anknüpfend an den Ansatz, ärztliche Information trage maßgeblich zu patientenbezogener Eigenständigkeit bei, soll weiterführend betrachtet werden, welche darüber hinausgehenden Annahmen und Erwartungen mit dem Informationsparadigma verbunden werden. In den Interviews scheinen in diesem Zusammenhang zwei Begriffe auf: Compliance und Verantwortung. Zum einen erhöhe Information das Verständnis für ein – aus ärztlicher Perspektive – notwendiges therapeutisches Vorgehen und trage somit wesentlich zur Compliance bei.⁷⁵ Zum anderen führe die Information über eine Erkrankung zu einer veränderten Verantwortungsverteilung, d.h. informierte Patienten und Patientinnen würden sowohl eine Verantwortung gegenüber sich selbst als auch gegenüber der Gesellschaft tragen. Anders ausgedrückt: Wer als Patient oder Patientin bestimmte Informationen erhalten habe, müsse aus Gründen der Verantwortung auf einer therapeutischen Ebene auch entsprechend handeln.⁷⁶ Eine veränderte Verantwortungsverteilung gehe zudem mit einer ärztliche Verantwortungsentlastung einher: „Also da verteile ich dann ja auch nur die Last etwas von meinen Schultern.“ (G23/13/423-425)

Aus den vorher gehenden Darlegungen ergeben sich wenigstens zwei Fragen: Welche Informationen werden von Seiten der Ärzte und Ärztinnen als handlungsleitend auch für Patienten und Patientinnen betrachtet? Und was bedeutet es für Ärzte und Ärztinnen, wenn sich Patienten und Patientinnen nicht an ärztliche Therapieempfehlungen halten (wollen)?

Im Sinne einer Grundlage für Behandlungsentscheidungen sind Leitlinien bereits als handlungsleitende Informationsquellen angegeben worden; darüber hinaus ist die Rede von „evidence based und good clinical practice“ (G23/22/722).⁷⁷ Bezogen auf den Bereich der Leitlinien fällt der Wunsch auf, therapeutische Handlungsvorgaben möglichst umfassend mittels dieses Instrumentes vorgegeben zu wissen. So wird beispielsweise auf den Bereich medi-

⁷⁵ Vgl. G23/13f.

⁷⁶ Vgl. G11/10 und G11/21.

⁷⁷ Vgl. dazu auch G11/23ff.

kamentöser Therapie hingewiesen: *„Auch medikamentöse Behandlungen zum Beispiel sollten aus meiner Sicht ganz klar in Leitlinien laufen und fertig. Denn brauche ich mit keinem Patienten mehr diskutieren.“ (G11/23/754-756)⁷⁸* In diesem Sinne stellen Leitlinien eine ärztliche wie patientenbezogene Handlungsvorgabe dar, d.h. Information wird weniger als Basis für therapeutische Aushandlungsprozesse denn als eindeutig erscheinende Handlungsvorgabe betrachtet. Eine Verknüpfung der vorab aufbereiteten Überlegung ‚Information als Voraussetzung für Empowerment‘ mit dem Ansatz ‚Information als eindeutige bzw. alternativlose Handlungsvorgabe‘ führt zu dem interpretativen Resümee, dass – bezogen auf eine wissensbezogen – direktive Haltung – Empowerment im Sinne einer eigenverantwortlichen Umsetzung ärztlich mitgeteilter Leitlinienvorgaben bei zugleich hoher Compliance Erwartung gedeutet wird. Die vermeintliche Eindeutigkeit therapeutischer Handlungsvorgaben kommt auch im folgenden Zitat zum Ausdruck: *„Und das, das ist das, was ich dem Patienten klar machen muss, damit er einfach auch dran bleibt, weil ich bin davon überzeugt, ja, und die Studien sagen das ja auch eindeutig, ja? Und ich erklär den Leuten das auch, dass es auch keine Alternativen eigentlich zu den gängigen äh gängigen Therapieansätzen, vernünftige Alternativen eigentlich zu den gängigen Therapieansätzen der Hochdruckliga eben gibt, ja?“ (G23/11/364-370)* Dabei geht es weniger um die Frage, ob oder inwieweit Handlungsvorgaben als eindeutig betrachtet werden als vielmehr um die Konsequenz definierter Eindeutigkeit, nämlich die Erwartung patientenbezogener Compliance, der zwar Information nicht aber eine auf das Individuum bezogene Abwägung von Therapieoptionen zugrunde liegt. Allein eine zeitlich befristete Möglichkeit zur Veränderung von Lebensgewohnheiten gerade bei jüngeren Menschen verweist auf eine ärztliche Berücksichtigung differenter Präferenzen seitens der Patienten und Patientinnen. Zeigen die Veränderungen nach einer verabredeten Zeit keinen (ärztlich definierten) Erfolg, *„dann wissen die (Patienten und Patientinnen, Anmerk. d. Verf.), dass jetzt 'n Medikament droht“ (G11/7/235-236)*. In einem anderen Interview wird explizit darauf hingewiesen, dass Patienten und Patientinnen wohl über Möglichkeiten der Veränderung des Lebensstils informiert werden, dass mit jenen Veränderungen jedoch *“aller Voraussicht nach keine suffiziente Blutdruckeinstellung zu erreichen ist“ (G23/12/381-383)*.

Bleibt die Frage, was es für Ärzte und Ärztinnen bedeutet, wenn Patienten und Patientinnen sich nicht an ärztliche Therapieempfehlungen halten (wollen). Zunächst ist die Rede davon, bei nachhaltig fehlender Compliance die vorab gemeinsam, also von Arzt/ Ärztin und Patient/ Patientin getragene Verantwortung vollständig auf die Patientenseite zu verschieben. *„Was soll ich machen, ich kann sie (die verordneten Medikamente; Anmerk. d. Verf.) ihm (einem Patienten, Anmerk. d. Verf.) ja nicht jeden Morgen rein deuen mit einem Glas Wasser, also*

⁷⁸ Weitere Gründe für eine möglichst umfassende Regelung von therapeutischen Handlungsvorgaben werden im Abschnitt „Wissensmanagement“ (Kap. 3) erörtert.

klar, dann, dann ist der halt, dann entziehe ich mich dann auch, dann sage ich dem Patienten auch, das ist, ist jetzt Ihre Verantwortung, die kann ich jetzt nicht mehr tragen, da kann ich keine Verantwortung für tragen.“ (G23/16/539-543)

Analog zur unreflektiert – direktiven Haltung findet sich dann auch im Rahmen einer wissensbezogen – direktiven Haltung die Beschreibung Angst erzeugender, abschreckender Szenarien, zum Beispiel drohende Immobilität in Folge eines Schlaganfalls⁷⁹, mit dem Ziel der Motivation zu einer größtmöglichen Compliance. *„Weiß ich nicht, ich glaube klar, mit der Angst kann man natürlich im einen oder anderen Falle spielen, muss man sagen, spielen, ja, hört sich nicht gut an, aber die kann man natürlich mal dafür nutzen, um eben auch entsprechend ähm selber für sich nutzen, um vielleicht hier und da auch 'ne Compliance-Verbesserung zu machen. Auf der anderen Seite soll man das natürlich nicht schüren, ja, die Leute sollen ja nicht rausgehen mit zitternden Knien und Angstschweiß auf der Stirn also äh aber ich mein, die Situation ist ja da, ja? Die kommen ja hierhin, weil sie primär etwas wollen von mir als Hausarzt, (...).“ (G23/6/192-202)* Angstabbau sei dann wiederum möglich durch Hinweise auf Optionen medikamentöser Therapie.⁸⁰

Neben Angst erzeugenden Szenarien wird überdies die Möglichkeit ökonomischer Sanktionen bei fehlender Compliance erörtert. *„Wenn der aber jetzt nun alles verweigert, ne, äh keine, nichts macht und äh nicht mal, nicht mal Schulungen macht und überhaupt keine Bewegung macht, obwohl er erst vierzig Jahre alt ist, dann würde ich auch glatt sagen, das würde dann, dann würde ich sagen, dann, da würde ich mir wünschen, dass da so 'n bisschen mehr Druck kommt. Nicht nach dem Motto, och, denn ist auch egal, ne? Wird schon irgendeiner bezahlen, wenn sie sechzig sind, ihren Schlaganfall und ihre Kur und ihr Heim, ja, sondern da würde ich denken, das wär nicht schlecht, wenn da mehr.“ (G11/21/686-695)* Und weiter heißt es: *„Und da wären halt so viele Sachen, Programme, oder auch dass die halt mehr Geld bezahlen müssen, wenn sie so was alles nicht machen, hätte ich nix dagegen, ehrlich gesagt, mmh. Also so was ähm bei den, bei den Jüngeren. So Selbstverantwortung übernehmen, also Selbstverantwortlichkeit fördern, das wäre mir sehr wichtig.“ (G11/21/701-706)*

Eine weitere Idee, Patienten und Patientinnen die aus ärztlicher Perspektive ‚richtig‘ erscheinende Diagnostik und Therapie zukommen zu lassen, besteht in Maßnahmen der Überwachung bzw. Kontrolle, z.B. durch die Einrichtung sog. „Online-Messungen“ (G23/19/642-643). *„Und wenn dann einer jeden Morgen seinen Blutdruck fein misst, und die Werte direkt an uns weitergegeben würden, und wenn dann einer aufblinkt, dann könnte man dann den Patienten anrufen und dann einbestellen, so was wär klasse, das wär vielleicht mal*

⁷⁹ Vgl. G11/11f.

⁸⁰ Vgl. G11/11, G23/6.

fortschrittlich. Ob das was bringen würde, weiß ich allerdings nicht.“ (G23/20/663-668) Das Beispiel zeigt die Verknüpfung von Überwachung und Kontrolle einerseits mit ärztlich-technischer Orientierung andererseits.

Wie bereits im Rahmen der unreflektiert – direktiven Haltung dargelegt (Kap. 4.1), erfolgt bei der Thematik behandlungsbezogener Entscheidungsprozesse auch ein Blick auf die jeweils vorhandenen Vorstellungen zur Bedeutung von Bluthochdruck bzw. kardiovaskulärem Gesamtrisiko wie auch zu Ansätzen einer Gesamtrisikoberechnung. Auch bei einer wissensbezogenen – direktiven Haltung werden Gründe für und gegen eine Anwendung von Risikofaktorenmodelle benannt. Auf der Ebene patientenbezogener Kommunikation wird ihr Einsatz als ein Compliance steigerndes Verfahren präferiert. *„Und da kann man auch so 'n bisschen ähm den Leuten einfach auch ihre Medikation, ich sag mal, der regelmäßigen Tabletteneinnahme stehen ja viele ablehnend gegenüber, so 'n bisschen ‚schmackhafter machen‘ in Anführungszeichen, ja. Also dass man denen das wirklich erklärt, Sie haben jetzt zum Beispiel durch 'ne CSE-Hemmer-Therapie, wo ja seit Lipobay die Leute auch eher so auf Abstand gehen oder eben durch 'ne Blutdruck senkende Medikation kann halt Ihr Risiko jetzt nach PROCAM Score um so und soviel Prozent gesenkt, und das verstehen sie dann schon, Prozentzahl, wenn dann vorher irgendwie eine um 15 oder was oder zehn oder 20 da stand, und auf einmal ist nur noch 'n Wert von drei, dann merken die schon, oh, das ist ja 'ne ganze Menge, die dann weniger sind pro hundert, also das finde ich schon ähm so weit ganz gut.“ (G23/3f./100-113) Zugleich gibt es aber auch die Position, dass eine prozentuale Risikobestimmung für Patienten und Patientinnen weniger gut verständlich sei als eine allgemeine, im Gespräch zu gestaltende Erörterung bestehender Risiken im Sinne einer Skalierung von niedrig bis hoch.⁸¹*

Bleibt zu betrachten, wie im Rahmen einer wissensbezogenen – direktiven Haltung einzelne Risikofaktoren, explizit Bluthochdruck und Cholesterin, gewichtet werden. Ähnlich wie bei der unreflektiert – direktiven Haltung zeigt sich auch hier die besondere und zentrale Bedeutung, die dem Faktor Blutdruck beigemessen wird. *„(...). In vielen Praxen ist es ja so, dass die erstmal Blutdruck gemessen kriegen, bevor die überhaupt zu dem Arzt gelangen, ne? Und auch hier hab ich immer das Gefühl, selbst wenn Patienten gar keinen hohen Blutdruck haben, ist es ihnen aber doch wichtig, auch wenn wir lang gesprochen haben und so weiter, muss aber der Blutdruck gemessen werden. Also es ist, es ist irgendwie, es ist irgendwie untrennbar, so als ob der Blutdruck das Leben wäre so ungefähr, ja, das ist schon, ist schon so ähm, also das spielt 'ne ziemliche Rolle.“ (G11/14/446-451) Bei Blut(hoch)druck erfolge eine Orientierung an „Norm-Durchschnittswerten“ (G11/6/183), die sich u.a. in Abhängigkeit*

⁸¹ Vgl. G11/17f.

von Alter und Begleiterkrankungen ergeben würden, und die zu erreichen – neben einer Veränderung von Lebensgewohnheiten – u.U. einer „*lebenslange(n) Medikation*“ (G11/7/222) bedürfen. Wenngleich von einer kardiovaskulären Gesamtrisikobetrachtung ausgehend, sei bei Patienten und Patientinnen mit einem isolierten Bluthochdruck zwar eine ‚weniger strenge‘ Therapie denkbar – z.B. das Einlegen von Medikamentenpausen – generell aber bestehe ein Behandlungsbedarf, um potentielle Erkrankungsrisiken zu senken.⁸² Im Gegensatz dazu wird eine Behandlung bei erhöhten Cholesterinwerten als weniger dringlich angesehen, es sei denn, es bestehe aufgrund anderer Erkrankungen ein Behandlungsbedarf.⁸³ Die unterschiedliche Betrachtung differenter Risikofaktoren macht deutlich, dass zwar Versatzstücke an Informationen aus den aktuellen Debatten zum Thema ‚Gesamtrisikobetrachtung versus Grenz- und Zielwertorientierung‘ vorhanden sind, eine gänzliche Loslösung von traditionell verankerten Vorgehensweisen jedoch trotz dezidiert Betonung einer aktuellen Leitlinienausrichtung nicht erfolgt ist.

Resümee

Eine auf Leitlinien gestützte Information von Patienten und Patientinnen wird im Rahmen einer wissensbezogen – direktiven Haltung als wesentliche Voraussetzung für den Prozess der Behandlungsentscheidung benannt. Der Information kommt insoweit eine zentrale Bedeutung zu, als dass sie in dieser Perspektive die nachfolgende Handlung, d.h. den Modus der Behandlung, quasi vorgibt oder bestimmt. Getragen von der Idee, dass Information Verstehen und Verständnis herbeiführt, wird sie als ein Instrument angesehen zur Beteiligung und Einbeziehung von Patienten und Patientinnen in den jeweiligen Behandlungsprozess. Insoweit entsteht auf ärztlicher Seite die Erwartung informationsinteressierter Patienten und Patientinnen, die mit und durch den Erhalt entsprechender Informationen Verantwortung für das weitere Behandlungsgeschehen zu übernehmen haben. Patientenbezogene Compliance erscheint in diesem Blickwinkel als selbstverständliche wie zugleich alternativlose Konsequenz. Letztlich werden die Behandlungsentscheidungen dann weder von den behandelnden Ärzten und Ärztinnen noch von den Patienten und Patientinnen getroffen; vielmehr geben die Informationsinhalte die nachfolgende Handlung vor. Gleichwohl bleibt in den Interviews zu erkennen, dass die Therapieempfehlungen aus der hier skizzierten ärztlichen Perspektive als ‚richtiger‘ Weg betrachtet werden. Erkennbar wird dies beispielsweise an folgendem Zitat: *„(...) und ich sag mal, sag denn auch denn, sag denen denn auch ganz klar, da ist jeder seines eigenen Glückes Schmied, wenn sie halt 'n anderen Weg probieren wollen, ja, viele führen nach Rom, manche enden auch schon vor den Alpen, ja, muss man da wirklich sagen, also ähm ich kann ja immer nur beratend tätig werden und Empfehlungen aus-*

⁸² Vgl. G11/17ff.

⁸³ Vgl. G11/14f.

sprechen, ich kann niemanden zwingen, und manche Leute sind halt einfach völlig unverständlich.“ (G23/15/496-503) Deutlich wird der Wunsch nach einer vermeintlich ‚ordnungsgemäßen‘ Umsetzung des Ideals vom ‚richtigen‘ medizinischen Wissen. Ähnlich wie bei der unreflektiert – direktiven Haltung scheint eine Ablehnung dieses Ideals einer Kränkung von ärztlicher Rolle und ärztlichem Selbstverständnis gleichzukommen.

Maßnahmen oder Vorgehensweisen zur Erhöhung patientenbezogener Compliance, d.h. unterschiedliche Formen von ‚Überzeugungsarbeit‘ wie z.B. Einsatz von Risikorechnern zur nachhaltigen Risikodarstellung, Benennen Angst erzeugender Szenarien, Empfehlung ökonomischer Sanktionen wie auch technische Überwachung und Kontrolle, verweisen auf einen hohen ärztlichen Druck, Patienten und Patientinnen zur Einhaltung der empfohlenen, ‚richtigen‘ therapeutischen Wege zu motivieren bzw. zu zwingen. Anders ausgedrückt: Die im Hinblick auf die Patienten und Patientinnen vorgeschlagenen Maßnahmen der ‚Druckentwicklung‘ dürften zugleich der eigenen, d.h. ärztlichen ‚Druckentlastung‘ dienen. Ferner verweist der Vorschlag ökonomischer Sanktionen unter Umständen darauf, dass die Ökonomisierung der Debatte im Gesundheitssystem genutzt wird im Sinne einer Konstruktion neuer ärztlicher Machtmittel. Sowohl die Anknüpfung an ökonomische Argumente als auch die Idee diagnostischer Überwachung und Kontrolle können als Versuche gedeutet werden, wieder mehr professionelle Handlungsautonomie zu erlangen. Die Haltung umfasst somit ein Abrücken vom klassischen Compliance Modell bei gleichzeitiger Entwicklung neuer Formen, Behandlungswege vorzugeben. Ohne direkte Vorgaben scheinen ärztlich definierte Behandlungsziele – und damit der ärztliche Heilungsauftrag – hingegen als gefährdet betrachtet zu werden.

Abgesehen von Gesprächsangeboten sowie einer zeitlich befristeten Möglichkeit, innerhalb eines definierten Zeitraumes bisherige Lebensgewohnheiten zu verändern, sind der wissensbezogen – direktiven Haltung keine Hinweise auf partizipative Entscheidungsprozesse zu entnehmen. Partizipation wird bei dieser Haltung verstanden als ein Einbeziehen von Patienten und Patientinnen durch Information nicht jedoch im Sinne partizipativer Entscheidungsprozesse, z.B. durch ein gemeinsames Abwägen von Risikoempfindungen, individuellen Präferenzen wie auch Abneigungen. Wie ist nun die beschriebene Haltung zu verstehen in Abgrenzung zu eher paternalistischen Vorstellungen? *„Ich sag mal, derjenige, der das alles (krankheitsbezogene Informationen, Anmerk. d. Verf.) gar nicht wissen will und seinen Frieden und auch das, so diesen, dieses, dieses ähm Urvertrauen zu 'nem Arzt immer noch hat, der ist halt vielleicht besser bedient, wenn er zu seinem Hausarzt geht, den er dreißig Jahre kennt, und der gibt ihm dann was, und dann ist das gut.“ (G11/9/276-293)* Differenziert wird zwischen ärztlichen Vorgehensweisen, bei denen Patienten und Patientinnen eher mehr oder eben weniger detailliert informiert werden oder auch nachfragen können. Gleichwohl

scheint weder bei einer paternalistischen noch bei einer wissensbezogen – direktiven Haltung umfänglicher patientenbezogener Handlungsspielraum zu bestehen; allein der Begründungsweg für eine empfohlene Therapie scheint zu variieren. Geht es im Paternalismus um eine stellvertretende ärztliche Entscheidung im Sinne einer bestmöglichen patientenbezogenen Vorgehensweise, wird die Entscheidung im Rahmen einer wissensbezogen – direktiven Haltung scheinbar jenseits der Arzt-Patienten-Beziehung – z.B. entlang vorliegender Leitlinien – getroffen. Nicht nur im Bezug auf diese Haltung bleibt von wesentlicher Bedeutung, warum von Seiten der jeweils behandelnden Ärzte und Ärztinnen auf welche medizinischen Wissensbestände zurückgegriffen wird. So fällt beispielsweise eine Parallelität bekundeter Leitlinienorientierung einerseits und einer scheinbar nur bedingten Vertrautheit mit aktuell diskutierten Therapiekonzepten andererseits – in diesem Fall das kardiovaskuläre Gesamtrisikokonzept – auf. Hinsichtlich der Ergründung einer wissensbezogen – direktiven Haltung geht es dabei jedoch weniger um die Suche nach einem vermeintlich ‚richtigen‘ Wissen. Vielmehr bleibt zu betonen, dass der Rückbezug auf mutmaßlich ‚richtiges‘ oder auch fragloses medizinisches Wissen sich offenbar als hilfreich bei der Gestaltung der eigenen ärztlichen Rolle – im Spannungsfeld von Tradition und Paternalismus bis hin zu Ökonomie und technischer Überwachung – erweist. Interaktive Aushandlungsprozesse mit Patienten und Patientinnen sind dabei allerdings weniger vorgesehen.

4.3 Eine abwägend bis partiell partizipative Haltung zur Entscheidungsfindung

Die abwägend bis partiell partizipative Haltung beinhaltet die Auffassung, dass Patienten und Patientinnen in einem bestimmten Umfang, z.B. bei Änderungen des Lebensstils oder bei ambivalenten therapeutischen Empfehlungen seitens der ärztlichen Profession, eigene Entscheidungen treffen können oder sogar sollten. Nicht zuletzt ist auch in diesem Zusammenhang wieder die Rede vom Wunsch nach ärztlicher Verantwortungsentlastung. Gleichwohl ist von einer nur *partiell* partizipativen Haltung zu sprechen, insoweit verschiedene Grenzen von Entscheidungsbeteiligung benannt und bestimmte Entscheidungsbereiche, wie die pharmakotherapeutische Behandlung, eher als eine ärztliche Domäne verstanden werden. Es muss offenkundig als entscheidender Befund festgehalten werden, dass ärztliches Handeln mit einem Heilungsauftrag wie auch mit einer Heilungserwartung als ‚Herzstück der ärztlichen Kunst‘ verbunden wird. Aus ärztlicher Perspektive kommt es insoweit erst einmal automatisch zu einem Partizipationskonflikt, wenn sich patientenbezogene Interessen und ärztlicher Heilungsauftrag als nicht übereinstimmend erweisen. Insofern lässt sich zugespitzt sogar die Frage formulieren, ob ‚mehr‘ als eine *partiell* partizipative Haltung unter den gegenwärtigen ärztlichen Rollenvorstellungen und Rollenerwartungen überhaupt möglich oder denkbar ist. Mit der Begriffswahl *partiell* partizipativ wird überdies die Differenz zwischen aktuellen theo-

retischen Definitionen von Partizipation einerseits und den Vorstellungen und Ideen der Befragten zu Partizipation bzw. ihrer Art und Weise der Umsetzung von Partizipation andererseits markiert.

An die vorab dargelegten Haltungen (Kap. 4.1/ 4.2) anknüpfend, werden auch im Kontext der abwägend bis partiell partizipativen Haltung als **Grundlage** für den Prozess der Entscheidungsfindung Aspekte wie Empathievermögen, Geduld als auch beständige und regelmäßige Begleitung von Patienten und Patienten sowie damit einher gehende Einblicke in die jeweiligen Lebenswelten benannt. So heißt es in einem Interview beispielsweise: „(...), die Chance für den Hausarzt besteht darin, die Menschen wieder zu sehen, das machen wir auch, und wir versuchen, dann Beratungsanlässe, wir versuchen dann, 'ne Struktur rein zu bringen, und die Beratungsanlässe, die uns auch der Gesetzgeber gegeben hat, Gesundheitscheck beispielsweise, die nutzen wir dann, um das Thema (Blutdruck/ kardiovaskuläres Gesamtrisiko; Anmerk. d. Verf.) zu platzieren. Dann platziert man das Thema, das vorher zwischen Tür und Angel Thema war, dann platziert man das offiziell.“ (G6/10/324-331)⁸⁴ Auch fachliche⁸⁵, kommunikative und psychosoziale Kompetenzen werden als wesentliche Grundlage für die Begegnung mit Patienten und Patientinnen beschrieben. Letztlich bestehe das Ziel in einem wechselseitigen Verstehen: „Die Ebene hab ich dann gefunden, meine ich zumindest, wenn, wenn ähm, wenn ich merke, der versteht mich, und ich verstehe ihn, und es kommt wirklich da zu einem Austausch auf einer Ebene, wo man merkt, jetzt verstehen wir uns. Aber dass ich das immer erreiche, da muss man auch die entsprechende Zeit dafür haben.“ (G24/12, 381-386) Im Sinne einer wechselseitigen Verständigung gelte es überdies Sprachbarrieren zu überwinden, sei es indem der Arzt/ die Ärztin selbst oder aber Mitarbeiterinnen mehrere Sprachen sprechen.⁸⁶ Als weitere Grundlage für Behandlungs- und Entscheidungsprozesse wird die Informationsebene thematisiert. Im Einzelnen werden u.a. folgende Aspekte benannt: Informationsgespräche zu anatomischen Fragen, zu möglichen Ursachen von Bluthochdruck, zu Risikofaktoren und potentiellen Folgeerkrankungen, Gespräche über Ängste, über Ansatzpunkte für Änderungen des Lebensstils wie auch über medikamentöse Therapiemöglichkeiten.⁸⁷ Thematisiert wird dabei auch die Präsentation evidenzbasierter Informationen, „so dass die Leute auch 'ne Entscheidungsgrundlage haben und sagen können okay, das mache ich oder das mache ich nicht“ (G26/10/315-317). Neben Gesprächen ist überdies die Rede von Informationsmaterial bzw. Broschüren.⁸⁸ Auch Schu-

⁸⁴ Vgl. auch G1/2, G24/1, G26/11f.

⁸⁵ Fachliche Kompetenzen, im Sinne medizinischen Wissens, werden in den Interviews in der Regel als selbstverständliche Grundlage angesehen.

⁸⁶ Vgl. auch G1/12f., G26/11f., G14/1, G14/12.

⁸⁷ Vgl. G8/7f., G14/6f.

⁸⁸ Vgl. G6/10.

lungen werden angesprochen, jedoch eher im Sinne einer wünschenswerten Option, die aus zeitlichen und damit auch aus finanziellen Gründen in der Praxis nicht realisierbar sei.⁸⁹

In Abgrenzung zu den voraus beschriebenen Haltungen (4.1/ 4.2) fällt bei der abwägend bis partiell partizipativen Haltung insgesamt eine in der Tendenz ausführlichere Darlegung unterschiedlicher Aspekte bzw. Grundlagen für Behandlungsprozesse und -entscheidungen auf. Gleichwohl bleibt auch an dieser Stelle zu bedenken, dass die in den Interviews beschriebenen Vorstellungen nicht gleichzusetzen sind mit der jeweiligen Handlungsebene, also den konkreten oder realen Begegnungen zwischen Patienten/ Patientinnen und Ärzten/ Ärztinnen.

Bezogen auf die abwägend bis partiell partizipative Haltung folgt in einem nächsten Schritt nun die Auseinandersetzung mit der **Gestaltung von Entscheidungsprozessen** sowie den daran geknüpften **ärztlichen Maßnahmen** zum Erreichen von (ärztlichen) Versorgungszielen. Dabei geht es zunächst um Aussagen der Interviewten zu partizipativer Entscheidungsfindung als einer generell wünschenswerten jedoch nicht immer realisierbaren Vorgehensweise in der ärztlichen Praxis, gefolgt von Darlegungen zu Möglichkeiten und Grenzen der Partizipation explizit im Kontext medikamentöser Therapie. Anschließend wird der Fokus auf das Thema ‚kardiovaskuläre Gesamtrisikoberechnungen‘ sowie ‚Risikoabwägungen‘ gelegt.

Gefragt nach Möglichkeiten und Grenzen partizipativer Entscheidungsfindung, wird Entscheidungsteilhabe im Rahmen einer abwägend bis partiell partizipativen Haltung als eine quasi selbstverständliche Vorgehensweise im Behandlungsprozess betrachtet.⁹⁰ Damit verbunden wird zunächst ein abwägender, die Bedürfnisse und Interessen von Patienten und Patientinnen aufgreifender ärztlicher Handlungsstil. Gerade Möglichkeiten der Veränderung von Lebensstil oder Lebensgewohnheiten werden bei erhöhten Blutdruckwerten bzw. einem erhöhten kardiovaskulären Gesamtrisiko als eine denkbare Vorgehensweise patientenbezogener Partizipation betrachtet⁹¹. Die Vielfalt und Einzigartigkeit von Lebensgewohnheiten wie auch die notwendige Veränderungsaktivität lege partizipative Entscheidungswege nahe. Während einerseits die Möglichkeit der Lebensstiländerung von ärztlicher Seite per se bereits als Partizipation verstanden wird, findet sich andererseits in den Interviews auch die Auffassung, gemeinsam mit den Patienten und Patientinnen zu schauen, welche Veränderungen denkbar aber auch im Alltag umsetzbar sein könnten. *„Ja, ich meine, ich versuche den Patienten natürlich klar zu sagen, so, Sie können jetzt folgendes tun, entweder Sie leben streng salzarm oder Sie machen einmal die Woche einen salzfreien Tag, ich gebe Ihnen jetzt*

⁸⁹ Vgl. G5/18f., G8/7f.

⁹⁰ Vgl. G26/4ff.

⁹¹ Eine besondere Betonung scheinen Veränderungen des Lebensstils bei Blutdruckwerten zu erfahren, die aus ärztlicher Perspektive als grenzwertig gelten, z.B. systolische Werte von 140 bis 160 mmHg (vgl. u.a. G14/11).

hier eine Empfehlung, was Sie an dem Tag essen dürfen, oder Sie gehen einmal die Woche in die Sauna oder Sie machen sehr viel Sport, dass Sie schwitzen, oder Sie nehmen jeden Tag 'ne Salztablette, so grob, jetzt natürlich 'n bisschen vereinfacht.“ (G8/8/254-261) Doch Partizipation wird in den Interviews auch über den Bereich der Veränderung von Lebensgewohnheiten hinausgehend, d.h. bezogen auf Lebensstil und medikamentöse Therapie thematisiert. Dabei ist die Rede von Vereinbarungen über Behandlungsziele in Verbindung mit jeweils individuellen Präferenzen und Zukunftsvorstellungen.⁹² „Ähm das ergibt, also das, diesen Bereich, den nennen wir bei uns Therapiezielklärung, und diese Therapiezielklärung, die findet eben also ganz individuell statt. Also ich hab Patienten, die sagen also klipp und klar, Lebensqualität ist für mich wichtiger als Prognose, Punkt, ja? Und der sagt, ich nehm nicht mehr wie drei Tabletten, und ich trinke meine halbe Flasche Rotwein am Tag, und mit allem anderen können Sie mir den Buckel runterrutschen. Dann muss ich das auch akzeptieren, und das akzeptier ich denn auch, ja? Und also und äh bei anderen Patienten, die haben eben andere Vorstellungen, aber das kann ich ja ganz individuell mit den Leuten machen, dass ich dann eben versuche, die Leute mit einzubinden, Ihnen die Problematik zu erklären und dann im Sinne eines patient empowerment die Leute eben dann mit einzubinden, und die müssen mir dann eben helfen, die Entscheidung zu finden, das können die sich selber aussuchen nach 'ner ausführlichen Aufklärung.“ (G26/8/238-253) Partizipation, so ist diesem Beispiel zu entnehmen, wird verstanden als eine Aushandlung zwischen dem aus ärztlicher Perspektive machbaren und dem individuell gewünschten Vorgehen. Akzeptanz bezeichnet dabei ein Verständnis für Abweichungen vom theoretisch Machbaren. Zwischen den beiden Perspektiven, dem angebotenen und dem gewünschten Vorgehen, ist der Begriff des Risikos zu verorten, das Risiko, das aus ärztlicher Perspektive von Patienten und Patientinnen bei Abweichung vom Machbaren eingegangen wird. Insofern wird der Information über Risiken eine große Bedeutung beigemessen. „Also wenn hier zum Beispiel hier dieses äh, diese EBM-guidelines für Allgemeinmedizin, da finde ich eigentlich ganz schöne Zahlen drin, an denen ich den Leuten auch plausibel machen kann, äh mit welchen Risiken die eigentlich zu rechnen haben, ja? Und wenn die dann wissen eben, bei der NNT von so und soviel hab ich die Sachen und dabei die Sachen. Dann entscheiden die selber.“ (G26/8f./267-273) Nicht zuletzt wird anhand dieses Zitates erneut der Druck deutlich, einen Weg zwischen ärztlichem Heilungsauftrag einerseits – sowie damit verbundenen Verantwortungsgefühlen und auch Vorstellungen über ein vermeintlich bestes Vorgehen – und patientenbezogenen Bedürfnissen und Interessen andererseits finden zu müssen.

Insofern zeigen sich auch im Rahmen einer abwägend bis partiell partizipativen Haltung Ansatzpunkte für vorsichtige bis nachhaltige Formen der ‚Überzeugungsarbeit‘, Patienten und

⁹² Vgl. G5/9ff. Dieser Aspekt wird im weiteren Verlauf des Kapitels unter der Thematik ‚Risikoabwägungen‘ nochmals aufgegriffen.

Patientinnen zu dem aus ärztlicher Perspektive als angemessen verstandenen Vorgehen zu motivieren. Auf einer eher als vorsichtig zu bezeichnenden Ebene ist z.B. die Rede von Beeinflussung der Patienten und Patientinnen durch ein empathisches Verhalten.⁹³ *„Und aber auch, dass sie (Patienten und Patientinnen, Anmerk. d. Verf.) es in der Hand haben, damit auch noch mal dieser, diese Lebensstilgeschichte wichtig ist, und dass die so 'n bisschen, dass die Medikamente als unterstützende Freunde 'n bisschen besser wahrgenommen werden und nicht als was, wo der Doktor gesagt hat, das muss man aber, sonst wird 's ganz furchtbar, und man geht schneller tot, das finde ich irgendwie grauselig, so 'ne Vorstellung auch, das zu nehmen, dann vergessen die Leute das auch öfters.“ (G1/9/297-305)* Während das vorhergehende Zitat eher für einen vorsichtigen Weg der Überzeugung von Patienten und Patientinnen steht, finden sich auch Überlegungen zu weniger vorsichtigen Varianten. *„(...) Und versuch dem dann auch klarzumachen, was das denn eigentlich für ihn bedeutet mit so 'nem Blutdruck eigentlich auf Dauer zu leben, ne. Und dass das gerade eben, wenn das eben ein junger Mensch ist, ja, dass das gut und gerne zwölf Jahre seines Lebens kosten kann, ja? Und dass er sich überlegt, ob er überhaupt noch seine Rente einzahlt oder nicht. Also da bin ich denn schon relativ offen, ja? (...). Und äh, und, und auch streng, also das äh, und da versuch ich also die Leute doch schon dahin zu kriegen, zu sagen, 135 zu 85 lass ich durchgehen, alles, was drüber ist, nicht.“ (G26/18/588-602)* Während an anderer Stelle – im selben Interview – die Rede von einem abwägenden Vorgehen ist (G26/8), verweist das direkt vorher gehende Zitat auf eine Form nachhaltiger ‚Überzeugungsarbeit‘. Die Parallelität von abwägender und direkter Haltung verdeutlicht nicht zuletzt fließende Übergänge zwischen den verschiedenen Haltungen.

Ausgangspunkt der vorab dargestellten Überlegungen war, dass Entscheidungsteilhabe im Rahmen einer abwägend bis partiell partizipativen Haltung als eine quasi selbstverständliche Vorgehensweise im Behandlungsprozess betrachtet wird. Die Interviewauswertung zeigt aber auch, dass ein partizipatives Vorgehen von ärztlicher Seite als eine quasi moderne Variante zum Erwirken von Compliance eingesetzt wird. So heißt es in einem Interview beispielsweise: *„Und dann kommt ja meist die Frage Homöopathie oder Naturheilkunde oder was auch immer. Sag ich, wir können 's ja naturheilkundlich oder homöopathisch versuchen, und dann schauen wir mal. Ich versteh da 'n bisschen was von und geb ihm da Ratschläge, und wenn er dann selbst die Erfahrung macht es bringt nix, dann hab ich ihn meist soweit, dass er dann die Therapie akzeptiert, weil der sieht, wir haben das, was er als schonend und vielleicht gesellschaftlich im Moment ihm so angeraten wurde, ausprobiert, es hat nichts gebracht.“ (G24/16, 511-519)*

⁹³ Vgl. G26/11.

Eine weitere Facette ärztlicher Vorstellungen zu partizipativer Entscheidungsfindung zeigt sich in der Erörterung direkter Wünsche von Patienten und Patientinnen. So gehöre es zur ärztlichen Aufgabe, den Grad erwünschter oder aber von ärztlicher Seite als möglich eingeschätzter Entscheidungsteilhabe zu erfassen und entsprechend zu berücksichtigen. Zunächst gebe es Patienten und Patientinnen, die den ausdrücklichen Wunsch nach direkten ärztlichen Entscheidungen äußern.⁹⁴ *„Da sind auch einige Patienten bei, die einfach sagen, Herr Doktor, das ist zuviel für mich, das kann ich nicht entscheiden, das will ich nicht entscheiden. Manche sind ehrlich und sagen es, und dann okay, sag ich, gut, dann nehme ich Ihnen die Entscheidung ab und mache Ihnen die Empfehlung, dann sagen Sie einfach ja oder nein, und dann sagen die okay, Sie sagen das, dann machen wir das, ne?“ (G26/9/275-281)*⁹⁵ Des Weiteren werden Grenzen von Partizipation formuliert entlang ärztlich wahrgenommener kognitiver Kompetenzen von Patienten und Patientinnen wie auch entlang ärztlich eingeschätzter Krankheits- und Entscheidungsängste. Danach gefragt, woran es erkennbar sei, dass bei einem Patienten/ einer Patientin eine eher direkte Entscheidung erforderlich sei, lautet eine Antwort: *„Das ist aber sehr subjektiv. Woran merk ich das, ja, ähm, also wahrscheinlich ist es einfach oft auch 'ne Ablehnung oder Unfähigkeit des Patienten selber, da was. Gibt ja auch Leute, die echt immer unentschieden sind, und die sich so gar nicht festlegen wollen und ähm, och ja, so 'ne Mentalität und ist schwierig, das ist eher echt 'ne emotionale Ebene, das mitzukriegen, der kann sich überhaupt nicht entscheiden oder will das nicht oder braucht einfach eher einen, der sagt, was er machen soll.“ (G4/9/280-288)*⁹⁶ Auch anhand eines weiteren Interviews wird deutlich, dass die ärztliche Entscheidung, ob oder inwieweit bei einer Patientin/ einem Patienten ein direktives Vorgehen erforderlich sei, weniger reflexiv denn intuitiv begründet wird. *„Dann schreibt man ihnen das halt vor, weil man doch schon eher das Gefühl hat, dass die selbst dazu nicht in der Lage sind.“ (G14/10/335-337)* Wenngleich ein intuitives Vorgehen vor dem Hintergrund eines Heilungsauftrags einerseits wie auch einem Fehlen entsprechend fachlich entwickelter und beschriebener Vorgehensweisen andererseits verstehbar ist, bleiben zugleich die mit einem intuitiven Vorgehen u.U. verbundenen Probleme und Gefahren zu bedenken: Inwieweit kann es beispielsweise aufgrund sehr unterschiedlicher ärztlicher und patientenbezogener Lebenswelten zu Fehleinschätzungen kommen? Inwiefern führen auch ärztlich nicht akzeptierte Entscheidungen – z.B. wenn sie in einem Konflikt zum Heilungsauftrag stehen – zu einem eher direkten Vorgehen? Welche kognitive Kompetenz ist für Partizipation erforderlich; wer legt den Grad fest und wie ist der Kompetenzgrad zu messen? Entsprechend bleibt zu überdenken, inwieweit Instrumente zu entwickeln und zur Anwendung zu bringen sind, die ein reflexives und fachlich fundiertes Abwägen patientenbezogener partizipativer Vorgehensweisen

⁹⁴ Vgl. auch G24/13.

⁹⁵ Direktive Entscheidungswünsche zu erfüllen, scheint nicht zuletzt auch mit der Idee verbunden zu sein, Patientenzufriedenheit erhalten zu wollen (vgl. G26/9).

⁹⁶ Vgl. auch G1/15.

möglich werden lassen. Dazu gehört auch die Frage, inwieweit eine veränderte Darstellung gesundheitsbezogener Sachverhalte seitens der Ärzten und Ärztinnen u.U. zu einer größeren Partizipationsmöglichkeit beitragen könnte.

Eine weitere Facette der Problematik direkter versus partizipativer Entscheidungen zeigt sich entlang der Wahrnehmung eines Interviewten, der darlegt, dass Patienten und Patientinnen trotz ausführlicher ärztlicher Information – verstanden als Grundlage für eine erwünschte Entscheidungsteilnahme – ein ärztliches Entscheidungsvotum erbitten bzw. erwarten. *„Ja, also Entscheidung, dass die Patienten sich gerne ähm doch letztendlich meinen Rat ähm hören wollen. Sie sind ja, sie haben ja, sie wären ja nicht zu mir gekommen, wenn sie nicht 'n Vertrauensverhältnis auch zu mir hätten. Und ähm dadurch ist, bin ich also immer da sehr stark äh gefordert, was mir manchmal gar nicht gefällt. Ich möchte auch lieber manchmal die Verantwortung abgeben. Also entscheide du doch, ich hab dir alles gesagt, und wenn du noch mehr wissen willst, ich beantworte dir alles.“ (G24/14/461-468)⁹⁷* Neben der offenen Frage nach einem Bedarf jenseits ärztlicher Information – z.B. im Hinblick auf Entscheidungs**begleitung** – wird im Zitat der Wunsch nach einer ärztlichen Verantwortungsentlastung verdeutlicht. Die Hoffnung nach einer Umverteilung von Verantwortung zeigt sich auch im nachfolgenden Zitat: *„Und 'ne ständig wiederholte Botschaft ist eben die, dass diese Zeiten eines Medizinverständnisses auch vorbei sind, wo der Arzt Herr über die Patientensymptome wird, Herr und Meister über die Patientensymptome, das will ich nicht. Ich kann mit dem aufgeklärten Patienten gut leben, ich nehme den Patienten immer nicht nur mit in die Verantwortung sondern mach ihm deutlich, dass er mit sich, mit seinem Körper, mit seinen Werten und mit seinen Gesundheitsstörungen und mit seinen Befindlichkeiten klar kommen muss. Der Mensch ist zuständig für sich selber. Und, also die Leibarztrolle ähm, die nehme ich nach fünfundzwanzig Jahren nicht mehr so ähm unschuldig und ahnungslos an, wie ich das vor fünfundzwanzig Jahren gemacht hab.“ (G6/13/408-419)⁹⁸*

Weiterführend ist von einer Differenzierung auszugehen zwischen Prozessen der Entscheidungsfindung, bei denen es *mehr* oder *weniger* eindeutige professionelle Behandlungsvorgaben gibt. Als Beispiel für eine weniger eindeutige Vorgabe wird in einem der Interviews die Frage von Lebensbeeinträchtigung versus Lebensverlängerung entlang einer Entscheidung für oder gegen Chemotherapie und Bestrahlung im Kontext von Krebserkrankungen benannt. *„Denn weiß ich, ob ich wirklich das Leben damit (einer Chemotherapie, Anmerk. d. Verf.) verlängern kann, oder ob ich nur meiner medizinischen äh Lehre Genüge getan hab. Das sind Entscheidungen, da möchte ich den Patienten eigentlich selbst entscheiden lassen und ihm nicht sagen, mach die Chemotherapie. Wobei wenn er 'ne Entscheidung getroffen*

⁹⁷ Vgl. auch G24/13f.

⁹⁸ Vgl. auch G6/12f.

hat, dann bin ich auch bereit, mit ihm den, unabhängig davon, ob ich das gut oder schlecht finde äh, möchte ich wenigstens, ob's mir gelingt, weiß ich nicht immer, möchte ich mit ihm den Weg gehen, den er vorgezeichnet hat, auch wenn er mir nicht passt.“ (G24/15/489-495)

Deutlich wird das Vorkommen von zwei unterschiedlichen Spannungsverhältnissen. Zum einen gilt es bei scheinbar eindeutigen professionellen Behandlungsempfehlungen eine Balance zu finden zwischen professionellem Heilungsauftrag und dem Verhalten von Patienten und Patientinnen (Compliance versus Non-Compliance). Zum anderen besteht – insbesondere bei weniger eindeutigen professionellen Behandlungsempfehlungen – der Wunsch nach einer veränderten Verteilung von Verantwortung zwischen Ärzten/ Ärztinnen und Patienten/ Patientinnen. Begrenzte prognostische Vorhersagen – so die Argumentation – bedingen die Notwendigkeit selbstverantwortlicher Entscheidungen von Patienten und Patientinnen. Bezogen auf das vorher gehende Zitat bleibt zu überdenken, dass zwar die Rede ist von einer Begleitung *nach* der Entscheidungsfindung unabhängig von der ärztlichen Position zur Entscheidung, die Frage der Begleitung *während* der Entscheidungsfindung jedoch nicht angesprochen wird.

Im nächsten Abschnitt gilt es Darlegungen zu Möglichkeiten und Grenzen der Partizipation im Kontext einer medikamentösen Therapie bei Bluthochdruck bzw. erhöhtem kardiovaskulären Gesamtrisiko zu erörtern. Ausgangspunkt ist dabei nicht die Frage, ob ein Medikament verordnet werden soll sondern welches Medikament. Zunächst werden bei der Frage nach Orientierungspunkten zur Auswahl von Medikamenten Aspekte wie Begleiterkrankungen, Alter und Geschlecht sowie bestimmte ärztliche Vorlieben oder auch Abneigungen bezogen auf vorhandene Medikamente genannt.⁹⁹ Darüber hinaus scheint die Wahrnehmung und entsprechende Einschätzung von Patienten und Patientinnen im Sinne einer Typenbildung – z.B. der Typus ‚schnelle Reizbarkeit‘ – bei der Medikamentenauswahl bedeutsam zu sein.¹⁰⁰ *„Und dann ähm, wenn man 'n Medikament auswählt, ja, wenn jemand sehr leicht erregbar ist, auch schnell aufgeregt, schnell vegetativ labil, wie man so schön sagt, ähm kriegt er halt mal, und jung ist, hat er von mir natürlich eher mal 'nen Betablocker gekriegt, (...).“ (G1/5f./167-171)¹⁰¹*

Im Hinblick auf eine abwägend bis partiell partizipative Haltung bleibt nun zu fragen, ob bzw. inwieweit eine patientenbezogene Entscheidungsteilhabe bei der Medikamentenauswahl von den interviewten Ärzten und Ärztinnen erörtert wird. Eine erste Variante pharmakotherapeutischer Entscheidungen zeigt sich im Rückgriff auf das traditionelle Modell von Experten- und

⁹⁹ Vgl. u.a. G2/7f., G6/14f., G14/10, G24/6ff., G26/6ff.

¹⁰⁰ Vgl. u.a. G1/5f., G5/6.

¹⁰¹ Vgl. zu diesem Thema auch Kapitel 3.

Laiendum. *„Und dann sage ich ihm, es gibt die und die Präparate. Er weiß natürlich damit nicht, was er jetzt sagen soll, und er muss mir dann vertrauen, was ich ihm primär vorschlage, aber ich sag ihm schon, ich versuch ihm schon zu erklären, warum ich mich für eine bestimmte Medikamentengruppe entschieden habe, oder ihm das vorschlage, er wird ja immer ja sagen, außer er ist schon informiert zufällig von Vater, Mutter oder sonst wem, und sagt, ja, bei uns in der Familie, wir kriegen von den Betablockern immer Schuppenflechte oder so was, dann ist der Betablocker vom Tisch.“ (G8/8f./266-275)* Abgesehen von einer Erläuterung oder Begründung für die ärztlich getroffene Medikamentenauswahl, bleibt dem Patienten oder der Patientin bei dieser Variante lediglich die Möglichkeit einer Entscheidungsteilnahme durch Benennen bekannter Medikamentenunverträglichkeiten. Eine weitere Variante besteht darin, Wünsche bzw. Abneigungen von Patienten und Patientinnen bei der Auswahl von Medikamenten zu berücksichtigen, z.B. die Abneigung gegen eine bestimmte Substanz. *„Und auch wirklich die mit entscheiden zu lassen. Deswegen mach ich das auch, ich geb denen nicht 'n Betablocker, obwohl ich davon überzeugt bin, dass es das Beste ist, wenn er sich da nur gegen wehrt, es ist seine Entscheidung, nach Aufklärung das zu machen oder es nicht zu machen. Das kann ich mittlerweile auch ganz gut stehen lassen.“ (G4/8/261-267)* In anderen Interviews ist die Rede davon, Wünsche zur Größe der zu verordnenden Medikamente bzw. zur Anzahl der täglich einzunehmenden Medikamente – z.B. verschiedene Monopräparate versus ein Kombinationspräparat – zu berücksichtigen.¹⁰² Ein weiteres Beispiel bezieht sich auf die Verordnung von Diuretika und die Frage der Kompatibilität von diuretischer Wirkung einerseits und Alltagsgestaltung andererseits. *„Wenn jemand berufstätig ist äh, ist es natürlich schwierig, dann mit 'nem Diuretikum zu arbeiten, wenn er an feste Zeiten gebunden ist, so dass er nicht jedes Mal oder alle halbe Stunde mal auf Toilette laufen kann, ist da das Diuretikum schlecht. Das sind so diese einvernehmlichen, ja, Therapiefindungen oder Entscheidungen, die wir mit dem Patienten treffen.“ (G14/9f./300-306)*

Den Beispielen ist gemein, Gewohnheiten, Bedürfnisse und Lebensumstände von Patienten und Patientinnen bei der Pharmakotherapie berücksichtigen zu wollen. Wenngleich von den Interviewten als Entscheidungsbeteiligung oder Partizipation verstanden, ist ein ärztliches Motiv zur Berücksichtigung vorhandener Abneigungen oder Wünsche zugleich auch in der Erhöhung patientenbezogener Compliance zu sehen. Vor diesem Hintergrund wird nicht zuletzt die Frage erörtert, ob ein Patient oder eine Patientin überhaupt in der Lage sei, dauerhaft Medikamente einzunehmen. *„Das A und O ist, man hört sich den Patienten an, und aus dem, was er so vorträgt, erkennt man schon, hat er 'ne ablehnende Haltung gegenüber einer medikamentösen Behandlung, weil dann wird er ja als krank eingestuft, er muss regelmäßig*

¹⁰² Vgl. G24/9 und G5/7ff.

was einnehmen.“ (G14/11/365-369) Und in einem anderen Interview heißt es: „(...), ich versuche zu verstehen, mit Intuition und mit Nachfragen, und auch in Kenntnis der Figur des Patienten, versuche ich zu verstehen, ob das 'n Mensch ist, der gegebenenfalls a) in der Lage ist, lebenslang Chemie zu schlucken, ich kommentiere das jetzt extra, weil man muss das ganz deutlich dem Menschen sagen, dass, dass das Behandlungsprinzip der arteriellen Hypertonie, wenn einmal die Entscheidung gefallen ist, im Prinzip 'ne lebenslange Pharmakotherapie bedeutet.“ (G6/8/261-269) Nicht beantworten lässt sich, was eine ärztlich wahrgenommene ablehnende Haltung ggb. einer Pharmakotherapie für den weiteren Behandlungsprozess bedeutet.

Bleibt zu erörtern, inwieweit das Abschätzen patientenbezogener Präferenzen im Sinne eines gemeinsamen Prozesses – also gleichermaßen von Ärzten/ Ärztinnen und Patienten/ Patientinnen – erfolgt oder es sich mehr um eine ärztliche Abwägung handelt, auf die ein entsprechender therapeutischer Vorschlag folgt. So sind z.B. keine Hinweise auf eine vergleichend erläuternde oder erklärende Vorstellung der auf dem Markt vorhandenen Präparate – einschließlich ihrer jeweiligen Vor- und Nachteile – zu finden. Thematisiert wird allein eine Darstellung möglicher Nebenwirkungen einzelner, ärztlich bereits vorab ausgewählter Präparate. Potentielle Nebenwirkungen zu benennen wie auch die Patienten und Patientinnen aufzufordern, bei Schwierigkeiten mit den verordneten Medikamenten erneut in die Arztpraxis zu kommen, wird in diesem Zusammenhang wiederum als eine Möglichkeit zur Erhöhung von Compliance betrachtet. „Äh was auch dazu führt, dass ich also wenn man so was einsetzt, immer auf mögliche ja Nebeneffekte eigentlich hinweise und schon immer sage komm lieber, lass uns darüber reden, anstatt dass die Pille bloß abgesetzt wird und man nicht weiß.“ (G5/8/250-254)¹⁰³

Die präsentierten Ergebnisse führen im Resümee zum Spannungsfeld zwischen einer aus ärztlicher Perspektive als angemessen betrachteten Pharmakotherapie und dem Ideal einer partizipativen Entscheidung auf der Basis umfassender Information wie auch notwendiger Entscheidungsbegleitung. Dabei kann die Berücksichtigung patientenbezogener Bedürfnisse als Partizipationsaspekt betrachtet werden, allein bleibt zu überdenken, ob sich die Bedürfniseinschätzung als ein Ergebnis gemeinsamer Gespräche ergibt oder eher ärztliche Deutungen – z.B. patientenbezogener Typologien – darstellen. Sicher muss an dieser Stelle erneut einschränkend darauf hingewiesen werden, dass Gespräche wie auch Gesprächsinhalte zwischen Ärzten/ Ärztinnen und Patienten/ Patientinnen anhand der vorliegenden qualitativen Interviews nicht rekonstruiert oder gar gedeutet werden können. Gleichwohl ist dennoch zu resümieren, dass pharmakotherapeutische Behandlungen eher als eine ärztliche

¹⁰³ Vgl. dazu auch G24/9f., G1/10 und G1/17, G6/16, G8/11f.

Domäne zu verstehen sind, solange diesbezügliche Informationen und Abwägungen vorwiegend dem Erzielen einer möglichst hohen patientenbezogenen Compliance dienen.

In einem letzten Abschnitt zur abwägend bis partiell partizipativen Haltung folgt eine Auseinandersetzung mit dem Thema ‚kardiovaskuläre Gesamtrisikoberechnungen‘ sowie ‚Risikoabwägungen‘. Wie bereits in den vorhergehenden Unterkapiteln skizziert, erfolgt eine Erörterung der Thematik entlang von Aussagen zur Nutzung von Risikofaktorenmodellen, und zwar bezogen auf ihre Anwendung in der Kommunikation mit Patienten und Patientinnen.¹⁰⁴ In den Interviews finden sich einzelne Argumente für und verschiedene Argumente gegen einen Einsatz von Risiko Scores in der Kommunikation. Für eine Nutzung spreche die Möglichkeit, den Patienten und Patientinnen entlang der Berechnungen unterschiedliche Handlungsoptionen aufzuzeigen. *„Das ist erst mal schon ein recht gutes Kombinationsmodell, und denn kann man den Leuten ja auch sagen, entweder Sie hören auf zu rauchen, und der Blutdruck ist vernünftig, dann können Sie das Cholesterin so lassen im Grunde, mal salopp gesagt. Also das benutze ich tagtäglich, muss ich sagen.“* (G8/12/401-405) Abhängig vom Alter wie auch von kognitiven Kompetenzen und Interessen sei die Nutzung von Risikoberechnungen bei Patienten und Patientinnen unterschiedlich sinnvoll und praktikabel. Sofern Interesse an einer Berechnung bestehe, gebe es die Möglichkeit der Information über differente Handlungsoptionen wie auch des (nachhaltigen) Aufzeigens potentieller Risiken. Insofern werden Risikoberechnungen als ‚Informations- und Abwägungsinstrument‘ aber auch als mögliches ‚Disziplinierungsinstrument‘ genutzt.¹⁰⁵

Gegen eine Nutzung von Risikoberechnungen in der Kommunikation mit Patienten und Patientinnen werden Zeitmangel, Verständnisprobleme, Gefühle der Überforderung und auch die Gefahr einer unangemessenen Angstentwicklung angeführt.¹⁰⁶ Gefühle der Überforderung werden sowohl auf Seiten der Patienten und Patientinnen als auch auf Seiten der Ärzte und Ärztinnen gesehen, da Risikoberechnungen schwer zu erklären und schwer zu verstehen seien. Häufig könnten Patienten und Patientinnen keine Verbindung zwischen statistischen Werten und objektivem Risiko einerseits sowie der eigenen Situation wie auch dem persönlichen Risikoempfinden andererseits herstellen. *„Also da war ich am Anfang also begeistert von (Nutzung von Risikofaktorenmodellen/ Risikoberechnungen; Anmerk. d. Verf.) und sehe aber mein Vorhaben mittlerweile als gescheitert an. Weil äh Menschen sind nicht in der Lage, 'n objektives Risiko wahrzunehmen, ich sag's noch provokanter, es gibt kein objektives Risiko für Menschen, es gibt nur subjektive Wahrnehmung von Risiko und Zahlen auf 'nem Papier.“* (G6/15f./508-513) Widerstand gegen eine prozentuale Risikobenennung

¹⁰⁴ Die Ebene der Nutzung von Risikofaktorenmodellen zur Entwicklung und/ oder Überprüfung therapeutischer Empfehlungen wird im Kapitel 3 erörtert.

¹⁰⁵ Vgl. G26/8f. und G26/12ff.

¹⁰⁶ Vgl. G1/20f., G4/5, G24/10f., G14/13f., G6/15ff., G5/12f.

drückt sich auch im folgenden Zitat aus: *„Ich weigere mich nur 'n bisschen Prophet zu sein, indem ich denen ganz konkret eine äh Risikoangabe mache, sie haben ein Risiko von so und soviel Prozent.“* (G24/10/318-320). Bezogen auf den Aspekt unangemessener Angstentwicklung wird dargelegt, dass Risiken durchaus benannt werden, jedoch nicht entlang von Zahlen oder Prozentangaben, sondern durch eine (mehr oder weniger deutliche) Beschreibung im Gespräch. *„Da hab ich schon in meinem Kopf 'n gewisses Schema, wo ich genau weiß, aha, der hat 'n zehnfach erhöhtes Risiko, das sag ich ihm dann, ja? Wenn du so weiter machst, bist du innerhalb von zehn Jahren, hast du 'n Herzinfarkt, ne? Und das verstehen die auch. Aber wenn ich jetzt hingehe und die CD aufspielen würde und sag, pass mal auf, da hast Du fünf Punkte, da hast Du zehn Punkte, da hast Du acht Punkte, dann sagt der, was soll ich hier, Punkte sammeln? Ich finde es viel wichtiger, denen das kurz und prägnant zu sagen, sechs, sieben Risikofaktoren, soundso viel mehr Risiko, Endeffekt stärker gefährdet, ja? Kann ich in der Praxis nicht machen, ja, nach irgendwelchen Scores beurteilen, das ist auch nicht äh, für meine Patientenstruktur hier ist das auch nicht sinnvoll.“* (G14/13f./437-449)

Alternativ zur Nutzung von Risikofaktorenmodellen ist in den Interviews die Rede von einem analogen Vorgehen, d.h. einer Risikoabschätzung ohne Berechnung jedoch unter Berücksichtigung vorhandener Risikofaktoren und individueller Lebenssituationen.¹⁰⁷ Losgelöst von einer Anwendung von Risikofaktorenmodellen bleibt zu fragen, inwieweit gemeinsame oder partizipative Risikoeinschätzungen vor dem Hintergrund eines jeweils *individuellen Risikoempfindens* als möglicher Inhalt therapeutischer Gespräche von den interviewten Ärzten und Ärztinnen thematisiert werden.

Nicht zuletzt angesichts eines zunehmenden gesellschaftlichen Drucks sei es eine vorrangige ärztliche Aufgabe, Patienten und Patientinnen, die ja eine Arztpraxis in der Regel aufgrund eines gesundheitlichen Problems aufsuchen, *„zu entängstigen“* (G6/18/597). Dazu gehöre auch, nicht per se alle vorhandenen Risikofaktoren, insbesondere nicht veränderbare wie z.B. ein mit zunehmendem Alter steigendes Risiko, zu thematisieren.¹⁰⁸ Fokus dieser Perspektive ist weniger die Darlegung einer detaillierten Risikoberechnung als vielmehr das Erfassen eines jeweils individuellen Risikoempfindens. Dieses zu erkennen sei möglich durch langfristige bzw. kontinuierliche Kontakte zwischen Ärzten/ Ärztinnen und Patienten/ Patientinnen, durch ein intuitives wie auch kommunikatives ärztliches Vorgehen.¹⁰⁹ *„Und ängstliche Menschen, für die es extrem wichtig wäre, zu wissen, ich kann Dir mit meinem Kassenrezept Sicherheit geben, wenn Du das Mittel nimmst, dann wäre das, dann fällt mir da die Therapieentscheidung ganz leicht. Auch wenn der PROCAM-Score ihm ein eher bescheidenes Risiko und ein, und 'ne geringe Vortestwahrscheinlichkeit für irgendwas gibt,*

¹⁰⁷ Vgl. G1/20f., G4/5.

¹⁰⁸ Vgl. G6/17f.

¹⁰⁹ Vgl. G6/8f. und G6/15ff.

aber, aber ich weiß, ich hab jemandem 'ne ganz wichtige Sicherheit gegeben. Und umgekehrt gibt 's Individuen mit einer ähm, mit 'ner krassen Robustheit, die, die bürgerliches, die weit über einem bürgerlichen Durchschnitt an Angstfreiheit hinausgehen, die sagen, ich will das nicht, lass mich, lass mich in Ruhe, das sind Menschen, die sagen, ich krieg immer Angst, also, ich fühl mich hier unwohl, ich komme, ich mag Sie ja, aber ich will hier nicht immer hinkommen. Die lasse ich auch laufen, die lasse ich mit ihrem Risiko laufen.“ (G6/18f./604-619) Wenngleich entlang des Interviews nicht genau erfassbar ist, wie einzelne Behandlungsentscheidungen letztlich getroffen werden, macht das Beispiel die Möglichkeit einer Verknüpfung von ärztlichem Wissen (z.B. Therapieoptionen) einerseits und Bedürfnissen und Interessen von Patienten und Patientinnen (speziell entlang ihres jeweiligen Risikoempfindens) andererseits deutlich. Gerade im Hinblick auf den Aspekt der Risikobenennung berührt dieser Ansatz letztlich die Frage, wie erfasst wird oder werden kann, welche Patienten und Patientinnen welche (bzw. wie viele) Informationen wünschen oder benötigen, um eine jeweils autonome Entscheidung zum weiteren Vorgehen treffen zu können.

In einem anderen Interview wird das Abwägen von Risikoempfindungen entlang des Erfassens unterschiedlichster Zukunftsideen und -vorstellungen der Patienten und Patientinnen benannt. Im folgenden Zitat wird über die Suche nach einem Therapieziel gesprochen: *„(...), wenn ich einen Patienten mit äh Ende sechzig, Anfang siebzig habe, bei dem die, der sonst eigentlich ganz fit bis jetzt erschienen ist, und der, bei dem eine solche Sache wie Hypertonie beispielsweise jetzt festgestellt wird oder auch Diabetes oder irgendwas anderes, dann versuche ich erstmal, ihm klarzumachen ja, was willst Du denn eigentlich äh, was ist denn das Ziel? Äh willst Du 'n sorgenfreies Leben führen aber nur noch zwei, drei Jahre und eher darauf hoffen, dass dann mit einem Mal dann vielleicht alles vorbei ist, oder sagt man halt okay, mein Ziel ist eher die Prognose gut, bis zum fünfundachtzigsten Lebensjahr möchte ich eigentlich möglichst beschwerdefrei sein, und äh so, dass man so zum Beispiel solche Ziele eigentlich absteckt.“ (G5/9/289-303)¹¹⁰* Neben einer erhöhten Compliance liege ein wesentliches Motiv des Besprechens von Therapiezielen darin, *„dass ich nicht vorbeitherapiere und Patienten etwas empfehle und gebe, was sie eigentlich gar nicht haben wollen“ (G5/10/306-308).* Das im Gespräch Vereinbarte, so ist dem Interview weiter zu entnehmen, werde in Form schriftlicher Zielvereinbarungen festgehalten.¹¹¹ Dem Vorgehen ist zu entnehmen, dass Wünsche und Bedürfnisse von Patienten und Patientinnen nicht unhinterfragt gleichgesetzt werden mit einem maximal möglichen therapeutischen Vorgehen, was gedeutet werden kann im Sinne einer partiellen Distanzierung von einem generellen ärztlichen Heilungsauftrag. Dass es auf ärztlicher Seite zugleich Vorstellungen über die Notwendigkeit durchzuführender Therapien gibt, zeigt ein Hinweis auf beobachtete Altersdifferenzen und die damit

¹¹⁰ Vgl. auch G5/11.

¹¹¹ Vgl. G5/12.

verknüpfte Aussage, dass Aushandlungsgespräche mit Patienten und Patientinnen unterschiedlich schwierig seien. *„Das einfachste ist immer noch die Altersgruppe der, der äh Endfünfziger bis äh ja, bis Endsechziger, denn die sind so in der Phase, wo sie auf der einen Seite ja körperlich noch 'ne gewisse Fitness haben und auf der anderen Seite aber auch aufgrund der vielen Ereignisse im Freundes- und Bekanntenkreis, wo man sieht, dass jemand doch 'n schwere Erkrankung kriegen kann, eher 'n bisschen körperbewusster werden.“* (G5/11/345-352) Auch ein Hinweis auf verpflichtende, von Krankenkassen durchzuführende Patientenschulungen zeigt die Verwobenheit von Information, Therapievereinbarung und der Idee einer möglichst hohen Compliance. *„Die Ängstlichkeiten des Patienten starten ja dann, wenn irgendwie die Krankenkasse ins Spiel kommt, denn erstaunlicherweise hat vor der Krankenkasse ein Patient häufig mehr Respekt als vor seiner eigenen Gesundheit geschweige denn vor den Beratungen durch den Arzt.“* (G5/17/559-563) Entlang des skizzierten Vorgehens wird deutlich, dass Aushandlungen über Zukunftsvorstellungen und damit verbundene Therapiewünsche Anknüpfungspunkte für partizipatives Handeln darstellen. Deutlich wird aber auch, dass die Idee der Aushandlung die der Compliance nicht ersetzt. Darüber hinaus scheint eine ärztliche Compliance Erwartung – hier bezogen auf die Bereiche Bluthochdruck/ kardiovaskuläres Gesamtrisiko – an das Alter von Patienten und Patientinnen gebunden zu sein. D.h. je höher das Alter von Patienten und Patientinnen, desto leichter fällt es – im Rahmen partizipativer Entscheidungsprozesse – zu akzeptieren, wenn patientenbezogene Bedürfnisse und Wünsche von gängigen (maximalen) Therapiemöglichkeiten abweichen.¹¹²

In Verbindung mit der Thematik der Gesamtrisikoberechnungen wie auch der Gesamtrisiko-einschätzungen soll abschließend ein kurzer Blick geworfen werden auf Einstellungen und Auffassungen zum ‚Risikofaktor Bluthochdruck‘ im Rahmen einer abwägend bis partiell partizipativen Haltung. Trotz Orientierung an einem Gesamtrisiko ist beim Faktor Blutdruck die Rede von Ziel- und Grenzwerten, die es, je nach Alter und Begleiterkrankungen – optimalerweise zu erreichen gilt. Dabei scheint lediglich eine zeitlich befristete Akzeptanz erhöhter Werte bei isoliertem Bluthochdruck denkbar zu sein.¹¹³ Daraus folgt eine in der Tendenz generelle Behandlungsnotwendigkeit bei erhöhtem bzw. hohem Blutdruck. *„Wenn erhöhter Blutdruck vorhanden ist, dann wird er auch behandelt, auch als einzelne Diagnose oder als einzelne Erkrankung, auch wenn die anderen Sachen äh positiv sind ähm, die klammer ich nicht aus, ja? (...). Aber ich gehe nicht hin und sag, ja, das hohe HDL oder äh das nicht vorhandene äh, dass er nicht raucht, oder dass er keinen, dass er 'n guten Diabetes hat, gut eingestellten, hebt jetzt die hohen Blutdruckwerte auf, das mach ich nicht, nein. Wenn der*

¹¹² Vgl. G26/18, G5/11.

¹¹³ Vgl. G8/14f., G1/21, G26/17ff., G24/23f., G14/15f.

Blutdruck hoch ist, wird er auch therapiert. Wenn der Patient es natürlich auch mitmacht, wünscht, ne?“ (G14/15f./503-516)

Als weiteres Argument – neben der Vorstellung von Bluthochdruck als dem besonders ausschlaggebenden Risikofaktor – wird angesprochen, dass im Hinblick auf eine Blutdruck senkende Behandlung „die Therapiebereitschaft der Patienten (...) relativ groß (ist)“ (G26/17/565-566).¹¹⁴ Bleibt die Überlegung, dass bekannte Risiken, unabhängig vom Grad der zu erwartenden Risikosenkung, reduziert werden sollten. „Es ist doch scheißegal, ob ich in einem Prozent oder in zwanzig Prozent irgend 'n Krankheit XY kriege. Ich muss mich dazu verhalten, wenn ich was vorbeugend machen kann, sollte ich es tun, weil ich spiel ja auch manchmal Lotto, und da ist die Chance viel geringer, und da ist es im letzten auch egal, ob ich wirklich eine hab oder nicht, sondern ich spiel, weil ich gerne gewinnen möchte. Also das ist, ich kann selber nichts mit Statistiken in dem Sinne anfangen, dass ich es auf mich persönlich beziehe.“ (G1/21/688-696) In Abgrenzung zu den vorab dargelegten Interviewausschnitten zeigt das folgende Zitat, dass der Faktor Cholesterin anders betrachtet wird als der Faktor Blutdruck: „Und klär ihn (einen Patienten; Anmerk. d. Verf.) drüber auf, dass es eben keinen eindeutigen Beweis über Vorteil und Wirksamkeit von 'ner Cholesterin senkenden Therapie in der Primärprävention gibt, es sei denn, er hätte 'ne familiäre Hyperlipidämie.“ (G26/19/633-636)

Resümee

Empathievermögen, beständige Begegnungen, kommunikative wie auch fachliche Kompetenzen gelten, neben einer fundierten Information von Patienten und Patientinnen, bei einer abwägend bis partiell partizipativen Haltung als Grundlage für die Gestaltung von Prozessen der Entscheidungsfindung. Im Mittelpunkt steht dabei die Überlegung, entlang eines abwägenden bis partiell partizipativen Vorgehens einen Behandlungsweg zu finden, der eine bestmögliche Verbindung zwischen maximal möglicher ärztlicher Intervention einerseits und individuellen Bedürfnissen und Interessen von Patienten und Patientinnen andererseits darstellt. Beispiele dafür sind – unter Berücksichtigung unterschiedlicher Vorlieben und Abneigungen – die gemeinsame Suche nach denkbaren Änderungen des Lebensstils, das Abwägen von Risikoempfindungen wie auch das Besprechen möglicher Therapieziele. Zugleich werden Grenzen einer partizipativen Entscheidungsfindung deutlich, wenn Entscheidungsbeteiligung zu einer modernen ‚Compliance Strategie‘ wird, Akzeptanz patientenbezogener Bedürfnisse und Interessen sich verbindet mit mehr oder weniger nachhaltigen Formen von ‚Überzeugungsarbeit‘ und Gesamtrisikoberechnungen nicht allein zur Risikoabwägung dienen sondern als Instrument zur Risikodemonstration eingesetzt werden. Die

¹¹⁴ Vgl. auch G26/17f.

Grenzen zeigen die aus ärztlicher Perspektive bestehende Problematik, ein Abweichen von als aktuell ‚richtig‘ geltenden medizinischen Vorgehensweisen nachvollziehen und akzeptieren zu können. In diesem Spannungsfeld lässt sich ein partiell partizipatives Vorgehen charakterisieren als ein an ärztliche Traditionen angelehntes Vorgehen, das sich verbindet mit der Suche nach neuen Wegen der Einbeziehung von Patienten und Patientinnen. Deutlich wird diese Verknüpfung beispielsweise an der ärztlichen Idee, ein bestmögliches Präparat zur Blutdrucksenkung ausgewählt zu haben, von diesem aber abzuweichen, wenn der Patient/ die Patientin eine klare Abneigung gegen das Mittel äußert. Der Wunsch des Patienten/ der Patientin wird – nicht zuletzt aus Gründen angestrebter Compliance – akzeptiert, jedoch bleibt das ursprünglich ausgewählte Präparat und nicht das zwischen Arzt/ Ärztin und Patient/ Patientin *gemeinsam* ausgewählte das vermeintlich beste Behandlungsmittel. Partizipation stellt demnach einen aus ärztlicher Perspektive noch tragbaren Kompromiss dar. Nicht zuletzt dürften in diesem Zusammenhang ärztliche Auffassungen zum Bluthochdruck als einem als besonders relevant empfundenen Risikofaktor – und einer daraus abgeleiteten generellen Behandlungsnotwendigkeit (insbesondere bei jüngeren Menschen) – von Bedeutung sein. So dürfte das vorab skizzierte Spannungsfeld zwischen Behandlungsmöglichkeit und Behandlungswunsch in Feldern wie Bluthochdruck und kardiovaskulärem Gesamtrisiko, die von den Interviewten eher einem Bereich eindeutiger professioneller Empfehlungen zugeordnet werden, größer sein als in jenen Feldern, in denen es keine eindeutig beschriebenen Vorgehensweisen seitens der eigenen Profession gibt, z.B. bei der Entscheidung für oder gegen eine Chemotherapie in der Abwägung zwischen Lebensbeeinträchtigung und Lebensverlängerung. (Nicht nur) entlang einer solchen vielschichtigen und komplizierten Entscheidung taucht der Wunsch nach ärztlicher Verantwortungsentlastung auf, der wiederum auf die Schwierigkeit verweist – nicht zuletzt aufgrund einer zunehmenden Komplexität medizinischen Wissens – vorausschauend ‚richtige‘ Empfehlungen zu geben bzw. Entscheidungen zu treffen.

Weiterführend bleibt zu thematisieren, dass in den Interviews von einem intuitiven Vorgehen gesprochen wird im Hinblick auf die Entscheidung, ob Patienten oder Patientinnen direktive ärztliche Vorgaben benötigen ohne dieses direkt verbal geäußert zu haben. Fraglos stellt sich für Ärzte und Ärztinnen in der Begegnung mit unentschlossen oder gar überfordert wirkenden Patienten und Patientinnen eine schwierige Handlungssituation dar. Betrachtet als eine die gesamte Profession betreffende Aufgabe vor dem Hintergrund sich wandelnder gesellschaftlicher Rahmenbedingungen lassen sich folgende Fragestellungen formulieren:

- Inwieweit erfordert professionelles Handeln die Fähigkeit, das eigene Vorgehen reflexiv erfassen und beschreiben zu können? Anders ausgedrückt: Welche Beobach-

tungen und Deutungen und welche Motive liegen einem intuitiven Vorgehen jeweils zugrunde?

- Welche Erkenntnisse (z.B. Kommunikationskompetenzen) und welche Instrumente (z.B. Entscheidungshilfen für Patienten und Patientinnen aber auch Dokumentationsvorlagen zur gemeinsamen Skizzierung von Entscheidungsprozessen) sind erforderlich, um aus einem intuitiven ein reflexives Vorgehen werden zu lassen?
- Wie sollten Informationen gestaltet sein bzw. formuliert werden, damit sie den jeweiligen Patienten und Patientinnen eine partizipative Entscheidungsfindung ermöglichen? Welche unterschiedlichen Wünsche und Interessen haben Patienten und Patientinnen an die Gestaltung von Informationen (z.B. an den Umfang, die Inhalte usw.)? Und welche Erwartungen haben Ärzte und Ärztinnen im Hinblick auf patientenbezogenes Informationsinteresse?
- Welche weiteren Grundlagen – neben dem Aspekt der Information – sind für die Gestaltung partizipativer Entscheidungsprozesse erforderlich? Welche Bedeutung kommt beispielsweise Interaktions- und Kommunikationsprozessen im Hinblick auf den Prozess der *Entscheidungsbegleitung* zu?

Zusammenfassend wird die vorab skizzierte Haltung als abwägend bis partiell partizipativ beschrieben. Der Begriff abwägend bezieht sich auf das Ansuchen unterschiedlichste Bedürfnisse und Interessen von Patienten und Patientinnen wahrzunehmen und zu berücksichtigen. Kommunikativ wie auch intuitiv gestaltet, werden Risikoabwägungen durchgeführt, wird bei der Suche nach einem bestmöglichen Vorgehen eine patientenbezogene Entscheidungsbeteiligung angestrebt. Anders ausgedrückt: Soweit es die eigene ärztliche Rolle ermöglicht, erfolgt ein (partiell) partizipatives Vorgehen.

4.4 Resümee: Ärztliche Haltungen zur Entscheidungsfindung im Behandlungsprozess

Mit diesem Resümee sollen abschließend Gemeinsamkeiten und Differenzen zwischen den drei vorgestellten Haltungen zur Entscheidungsfindung im Behandlungsprozess dargelegt werden. Gemeinsam ist allen drei Haltungen eine Begegnungskontinuität im hausärztlichen Raum sowie Information als Grundlage nachfolgender Entscheidungsfindung. Wenngleich anhand der Interviews nur bedingt Aussagen über den jeweiligen Modus der Information von Patienten und Patientinnen getroffen werden können, macht die vorhergehende Auswertung deutlich, dass dem Aspekt der Information jeweils unterschiedliche Bedeutung beigemessen wird. Das Spektrum reicht von Information zur Erklärung und Begründung ärztlicher Behandlungsentscheidung über Information im Sinne eines standardisiert vorgegebenen Wis-

sens, aus dem sich nachfolgende Handlungsnotwendigkeiten quasi automatisch und scheinbar alternativlos ableiten bis hin zur Information im Sinne einer ärztlichen Eingabe, die in Verbindung mit den Interessen und Anliegen von Patienten und Patientinnen zur gemeinsamen Grundlage partizipativer Entscheidungsfindungen werden kann.

Alle drei Haltungen lassen sich deuten als Bestreben Lösungswege zu finden für eine bestmögliche Vereinbarung von dem mit der ärztlichen Rolle verbundenen Heilungsauftrag einerseits und den vielfältigen Interessen, Bedürfnissen und Wünschen von Patienten und Patientinnen andererseits. Bei der unreflektiert – direktiven Haltung liegt der Lösungsansatz in der Orientierung am traditionellen Compliance Konzept und bei der wissensbezogen – direktiven Haltung in einer ‚Überzeugung‘ von Patienten und Patientinnen entlang der Argumentation einer alternativlosen Leitlinienorientierung. Bei der abwägend bis partiell partizipativen Haltung hingegen zeigt sich eine Verknüpfung von ‚traditioneller Herkunft‘ bei gleichzeitiger Suche nach neuen Wegen der Einbeziehung von Patienten und Patientinnen, explizit in Form intuitiver bis kommunikativer Risikoabwägungen wie auch eines gemeinsamen Besprechens möglicher Handlungsalternativen. Der mit dem Heilungsauftrag offenbar verbundene Druck – und dieser ist nicht losgelöst von Erwartungen an die ärztliche Rolle zu betrachten – zeigt sich in allen drei Haltungen durch mehr oder weniger ausgeprägte bis nachhaltige Formen der ‚Überzeugungsarbeit‘, d.h. verschiedener Methoden der Motivation von Patienten und Patientinnen zur Compliance. Unterschiede zeigen sich hingegen im Bereich der Pharmakotherapie. Wenngleich diese generell als eine eher ärztliche Domäne verstanden wird, wird allein im Rahmen der abwägend bis partiell partizipativen Haltung die Frage der Auswahl eines Präparates überhaupt zum Gegenstand eines Gespräches zwischen Ärzten/ Ärztinnen und Patienten/ Patientinnen erhoben.

In Orientierung am Indikator ‚Blutdruck‘ zeigt sich in allen drei Haltungen eine mehr oder weniger ausgeprägte Anknüpfung an traditionelles ärztliches Wissen. So wird Bluthochdruck als besonders virulenter Risikofaktor charakterisiert, während dem Faktor Cholesterin eine weniger große Bedeutung beigemessen wird. Dieses dürfte zum einen Folgen für den Informationsmodus haben, zum anderen bleibt zu fragen, wie ein kardiovaskuläres Gesamtrisikokzept – und entsprechend abgeleitete Risikoberechnungen – vor dem Hintergrund einer besonderen Bedeutung des Faktors ‚Blutdruck‘ gedeutet und genutzt werden. Im Rahmen aller drei Haltungen scheint es Vertreter und Vertreterinnen zu geben, die entweder eine Risikoerfassung mittels Berechnung oder eine Risikoerfassung mittels Berücksichtigung aller relevanten Faktoren (ohne dezidierte Berechnung) favorisieren. Davon unberührt scheint die Einschätzung einer mehr oder weniger generellen Behandlungsnotwendigkeit bei erhöhtem oder hohem Blutdruck zu liegen. In allen drei Haltungen findet sich eine Nutzung von Risiko-

berechnungen mit dem Ziel einer nachhaltigen Risikodemonstration (z.B. in Verbindung mit einer Benennung Angst erzeugender Szenarien) und lediglich im Rahmen der abwägend bis partiell partizipativen Haltung ist die Rede von Berechnungen als Grundlage für eine patientenbezogene Risikoabwägung. Was sich ebenfalls in allen drei Haltungen findet, ist eine Abneigung gegen Zahlen, Prozentangaben und statistischen Berechnungen. Eine Auseinandersetzung mit methodischen Fragen – also der Ebene der Entwicklung von Risikorechnern – hat in den Interviews nicht stattgefunden, wobei nach diesem Thema in den Interviews auch nicht explizit gefragt worden ist.

Abschließend bleibt festzuhalten, dass im Rahmen aller drei Haltungen sowohl Ärzte als auch Ärztinnen vertreten sind.

5. Interventionen: Peer Gespräch und Kurzleitlinie/ Materialmappe

In den vorher gehenden Abschnitten des Berichtes ist bereits auf den seit einiger Zeit geführten internationalen Diskurs hingewiesen worden, individuelle kardiovaskuläre Therapieempfehlungen und Behandlungsentscheidungen nicht mehr an Grenzwerten einzelner Risikofaktoren sondern zunehmend am Gesamtrisiko der einzelnen Menschen zu orientieren. Gegenüber der Senkung des Gesamtrisikos verliert das Erreichen einzelner Zielwerte, z.B. bezogen auf den Blutdruck oder das Cholesterin, bei diesem Vorgehen an Bedeutung. Anknüpfend an den Paradigmenwechsel ist das kardiovaskuläre Gesamtrisikokonzept – mit Bezugnahme auf die Europäische Leitlinie zur Prävention kardiovaskulärer Erkrankungen (De Bakker et al. 2003) sowie die SCORE-Deutschland Risikotabellen (Keil et al. 2005) – in den Mittelpunkt des Projektes gerückt worden. Entsprechend basieren die Interventionen auf einer von der Düsseldorfer Projektgruppe entwickelten Kurzleitlinie/ Materialmappe mit dem Titel „*Ein neues Konzept für die Behandlung von Patienten mit Hypertonie und anderen Risikofaktoren*“. Bezogen auf die Intervention werden im Rahmen der quantitativen Untersuchung die folgenden zwei Ansätze miteinander verglichen: In Gruppe A ist den teilnehmenden Ärzten und Ärztinnen die im Projekt entwickelte Kurzleitlinie/ Materialmappe in Verbindung mit einem die Materialien erläuternden Gespräch zur Verfügung gestellt worden. Darüber hinaus haben im Rahmen dieser Gruppe aufsuchende Peer Gespräche zur Erörterung des diagnostischen und therapeutischen Vorgehens bei einzelnen Patienten und Patientinnen aus dem retrospektiven Studienabschnitt stattgefunden. Den teilnehmenden Ärzten und Ärztinnen aus Gruppe B ist demgegenüber lediglich die Kurzleitlinie/ Materialmappe zur Verfügung gestellt worden. Neben den mit der Intervention verbundenen quantitativen Erhebungen sind circa vier bis sechs Monate nach Intervention mit zehn an der Studie beteiligten Ärzten und Ärztinnen qualitative Interviews durchgeführt worden, um abschließend zu eruieren, wie die Interventionen erfahren worden sind.¹¹⁵

Im Rahmen der Auswertung der Interviews wird zunächst betrachtet, inwieweit sich in den Interviews nach Intervention die vorab dargelegten ärztlichen Haltungen zum Wissensmanagement und zur Entscheidungsfindung (Kap. 3 und 4) wieder finden. Des Weiteren bleiben die Aussagen der Interviewten zum kardiovaskulären Gesamtrisikokonzept zu betrachten. Dabei interessiert insbesondere, inwieweit die Befragten angeben, ihr ärztliches Handeln auf Grund der im Projekt erhaltenen Informationen zum kardiovaskulären Gesamtrisikokonzept geändert zu haben.

¹¹⁵ Angaben zur Samplebildung und zur Leitfadenentwicklung in der zweiten Erhebungsphase wie auch zu den methodischen Grenzen dieses Untersuchungsabschnittes sind dem Kapitel 2.2 zu entnehmen. Aufgrund des kleinen Samples wird von einem systematischen Vergleich der Interviewten aus den Interventionsgruppen A und B abgesehen. Entsprechend enthält auch die Kodierung der Interviews keinen Hinweis auf die jeweilige Gruppenzugehörigkeit.

5.1. Ärztliche Haltungen zum Wissensmanagement und zur Entscheidungsfindung im Behandlungsprozess

Ebenso wie in den Interviews der ersten Erhebungsphase scheinen auch in denen der zweiten Phase eine unbestimmte, eine erfahrungsorientierte und eine kenntnisorientierte Haltung zum Wissensmanagement auf. Insoweit lassen sich die nach Intervention durchgeführten Interviews im Sinne einer Sättigung oder auch Verdichtung der vorher gehenden Auswertung verstehen. Beispielhaft werden für die jeweiligen Haltungen Belege – in Form von Zitaten – aus den einzelnen Interviews der zweiten Erhebungsphase herangezogen.

Die unbestimmte Haltung impliziert u.a. die Vorstellung von Leitlinien als einem inkorporierten Wissen. So heißt es in einem Interview beispielsweise: *„Ähm also die Leitlinien hat man so 'n bisschen im Hinterkopf, ohne dass man jetzt jede einzelne Leitlinie genau auswendig zitieren kann. Man bemüht sich schon, in etwa in diese Richtung zu kommen und einige Leitlinien, die immer wieder wiederholt werden, die weiß man dann auch mit der Zeit.“* (H4/18/586-591)¹¹⁶ Kennzeichen der erfahrungsorientierten Haltung ist u.a. eine Skepsis gegenüber Forschungsergebnissen, die nicht zuletzt begründet wird mit einem wiederholten Wechsel professionsinhärenter Therapieempfehlungen. Folglich wird mit Bezug auf die in der eigenen Praxis behandelten Patienten und Patientinnen im Rahmen der erfahrungsorientierten Haltung von einem Abweichen von bekannten Therapieempfehlungen gesprochen. *„Plötzlich gibt es neue Veröffentlichungen, und plötzlich rudern alle zurück und sagen ja, wir erkennen doch, dass es doch sinnvoll ist. Also insofern setz ich mich an manchen Stellen dann auch ab und sag, ich habe aber bei meinen Patienten oder mit meinen Patienten den Eindruck, es geht ihnen besser. Und dann mach ich auch manchmal etwas, was nicht evidence-based ist.“* (H9/14/443-449)¹¹⁷ Demgegenüber werden (evidenzbasierte) Leitlinien bei der kenntnisorientierten Haltung als wesentliche Grundlage für ärztliches Handeln betrachtet. So heißt es in einem der Interviews aus der zweiten Erhebungsphase beispielsweise: *„Leitlinien sind natürlich durchaus von Belang, weil sich da irgendjemand hoffentlich mit Sachverstand mit einem speziellen Komplex beschäftigt hat und Leitlinien aufgestellt hat und äh von daher bemüht ich mich auch da, wo es Leitlinien gibt, leitliniengetreu zu behandeln. Weil ich eben denke, ich bin hier ja nicht im experimentellen Bereich, sondern setze Erforshtes um, wenn es da eben Leitlinien gibt, eben zur Therapie von Hypertonie oder Asthma und COPD, da gibt's ja eben Leitlinien, die auch mittlerweile gut etabliert sind. Oder beim Diabetes, das ist, also hat durchaus Stellenwert.“* (H3/18/593-601)

¹¹⁶ Vgl. dazu auch H1/14 und H2/20.

¹¹⁷ Vgl. dazu auch H5/13ff. und H7/15ff.

Verdichtungs- und Sättigungsbelege finden sich in den Interviews der zweiten Erhebungsphase auch im Zusammenhang mit den Haltungen zur Entscheidungsfindung im Behandlungsprozess, einer unreflektiert – direktiven, einer wissensbezogen – direktiven und einer abwägend bis partiell partizipativen Haltung.

Die unreflektiert – direktive Haltung zeigt sich insgesamt in der Vorstellung, dass ‚partizipative‘ Entscheidungsprozesse gewissermaßen wie selbstverständlich ihren Ausdruck im Sinne des klassischen Compliance-Konzeptes, d.h. im Erwirken des Einverständnisses der Patienten und Patientinnen mit den vorgegebenen ärztlichen Entscheidungen finden. Diese Auffassung findet sich beispielsweise im folgenden Zitat wieder: *„Aber na ja, ich, ich denk, dass es 'n wichtiger, 'ne wichtige Aufgabe ist, die (Patienten und Patientinnen, Anmerk. d. Verf.) dahin zu kriegen, wo man sie eigentlich hin haben will, ja? Weil man ja weiß, was passiert, wenn nicht, ne?“ (H2/5/149-152)*

Bei einer wissensbezogen – direktiven Haltung wird argumentiert, dass sich Maßnahmen der Behandlung von Patienten und Patientinnen mehr oder weniger alternativlos entlang der Bedeutsamkeit (eindeutigen) professionellen Wissens ergeben. Lehnen Patienten und Patientinnen eine ärztlich empfohlene Therapie ab, wird bei dieser Haltung z.B. über die Fortsetzung der Behandlung nachgedacht. *„Ich kann nur nicht damit umgehen, dass 'n Patient sagt, nein, ich will gar keine Tabletten, ne? Dann klär ich ihn halt auf. Und ich muss auch ganz ehrlich sagen, ich will mich hier nicht frustrieren lassen, ich will nicht irgendwann mal raus gerufen werden und hab dann meinen Schlaganfall oder etwas anderes Akutes. Ähm wenn, dann bin ich nicht der richtige Arzt, und das sag ich dann auch. Ja, das ist halt so.“ (H10/8/244-250)* Im Gegensatz zur Auswertung der Interviews aus der ersten Erhebungsphase finden sich in denen der zweiten Erhebungsphase keine Vorschläge zur Überwachung, Kontrolle und ökonomischen Sanktion von Patienten und Patientinnen, die ärztliche Therapieempfehlungen ablehnen oder nur bedingt annehmen.¹¹⁸

Im Mittelpunkt einer abwägend bis partiell partizipativen Haltung liegt die Vorstellung einen Behandlungsweg zu finden, der eine bestmögliche Verbindung zwischen maximal möglicher ärztlicher Intervention einerseits und individuellen Bedürfnissen und Interessen von Patienten und Patientinnen andererseits darstellt. Beispiele dafür sind – unter Berücksichtigung unterschiedlicher Vorlieben und Abneigungen – die gemeinsame Suche nach denkbaren Änderungen des Lebensstils, das Abwägen von Risikoempfindungen wie auch das Besprechen möglicher Therapieziele. So heißt es in einem Interview der zweiten Erhebungsphase beispielsweise: *„Und wenn ihm (einem Patienten, Anmerk. d. Verf.) das Bier so gut schmeckt, dass der meint, er muss jeden Abend seinen Liter Bier trinken, dann kann ich mich nicht daneben setzen, aber ich kann mit 'nem bisschen Geschick raus finden, ob ihm*

¹¹⁸ Vgl. dazu Kapitel 4.

das Bier so wichtig ist, dass er lieber eine andere Therapie bevorzugt. Da muss ich Rücksicht drauf nehmen. Und ich liebe den freien mitbestimmenden Patienten.“ (H5/6f./202-208)

Ferner ist in den Interviews die Rede von ärztlicher Information – auch über unterschiedliche Wirkungsweisen von Medikamenten – als wesentliche Grundlage partizipativer Entscheidungsfindung.¹¹⁹ Zu betrachten sind aber auch Hinweise auf ärztlich beschriebene Partizipationsgrenzen, die vornehmlich sichtbar werden, wenn die Entscheidung eines Patienten/ einer Patientin abweicht von dem aus ärztlicher Perspektive als ‚richtig‘ empfunden Vorgehen und sie zugleich verbunden wird mit einem hohen Risiko potentieller Folgeerkrankungen. Insoweit finden sich nicht zuletzt auch im Rahmen einer abwägend bis partiell partizipativen Haltung z.B. Anzeichen für das Verwenden Angst erzeugender Szenarien, um bei den Patienten und Patientinnen Compliance zu erzielen.¹²⁰ Wiederum zeigen die Grenzen von Partizipation die aus ärztlicher Perspektive bestehende Problematik, ein Abweichen von als aktuell ‚richtig‘ geltenden medizinischen Vorgehensweisen nachvollziehen, akzeptieren und auch begleiten zu können.

Neben den vorab skizzierten Verdichtungs- bzw. Sättigungsbelegen für ärztliche Haltungen zum Wissensmanagement und zur Entscheidungsfindung im Behandlungsprozess, wird mit dem nächsten Abschnitt des Kapitels (5.2) das Konzept des kardiovaskulären Gesamtrisikos in den Mittelpunkt der Betrachtungen gerückt.

5.2 Ärztliche Anschauungen zum Konzept des kardiovaskulären Gesamtrisikos

Die von den befragten Ärzten und Ärztinnen in den Interviews beschriebenen Erfahrungen zur Anwendung des kardiovaskulären Gesamtrisikokonzeptes sowie einer damit verbundenen Nutzung von Risiko Scores lässt sich wiederum auf zwei Ebenen betrachten: der Ebene ärztlicher Therapieempfehlungen – also der Wissensebene – und der Ebene patientenbezogener Kommunikation – also der Entscheidungsebene. Bei der Betrachtung der Interviews soll auf beide Ebenen geschaut werden, explizit verbunden mit der Frage, welche Verhaltensänderungen¹²¹ die Befragten aufgrund der Interventionen beschreiben.

Bei Anwendung des Gesamtrisikokonzeptes unter Nutzung von Scores wird – auf der Ebene ärztlicher Therapieempfehlungen – in den Interviews vom Eindruck einer bisher zu nachhaltigen medikamentösen Behandlung von Patienten und Patientinnen im Niedrigrisikobereich

¹¹⁹ H5/7, H6/8.

¹²⁰ Vgl. H3/11 und H3/15.

¹²¹ Es sei nochmals darauf hingewiesen, dass es entlang der qualitativen Interviews nicht möglich ist, Aussagen über das ärztliche Verhalten zu treffen; jedoch ist darstellbar, wie die interviewten Ärzte und Ärztinnen ihr jeweiliges Verhalten beschreiben.

gesprächen. Diese Anschauung bezieht sich sowohl auf die Behandlung bei erhöhten Blutdruck- als auch erhöhten Cholesterinwerten. So heißt es in einem Interview beispielsweise: „(...) und ähm das meinte ich auch vorhin, wenn da jemand ist, der ganz isoliert nur den Blutdruck 'n bisschen zu hoch hat, aber wirklich nur 'n bisschen, und der vielleicht nicht raucht und äh wo man sagt, nehmen Sie mal 'n bisschen ab und fangen Sie mal mit 'ner Ausdauersportart an, wir beobachten den Blutdruck in der Zwischenzeit, da würd ich tatsächlich auch unter Umständen im Moment gar nichts machen.“ (H3/8f./263-276)¹²² Und in einem anderen Interview heißt es: „Also das Einzige, was mir aufgefallen war, dass ich vorher viel strenger eingestellt habe, mit der Tabelle äh hätte gar nicht einstellen müssen. Und dann aber auch dann äh ja reines Gewissen hatte, wenn ich dann keinen Fettsenker dann gegeben habe, dass, also diesen Vorteil hatte die Tabelle, dass ich dann selber dann gesagt habe, so ich kann mich auf diese Tabelle dann berufen.“ (H6/14/465-471)¹²³

Des Weiteren wird als Veränderung die vermehrte Verordnung Cholesterin senkender Medikamente im Hochrisikobereich angegeben. „Ja, das war ja der Punkt, auf den ich eben ansprach, dass mir in Erinnerung geblieben ist die Bedeutung der LDL-Senkung durch Statine. Das ist mir äh, das hab ich hier gespeichert. Und das hat zur Konsequenz, dass ich deutlich vermehrt jetzt Statine einsetze. Also mehr Verordnung von Statinen bei Patienten mit kardiovaskulärem Risiko, ja. Also nicht mehr darüber hinweggehen, wenn Gesamt-Cholesterin oder LDL-Cholesterin grenzwertig erhöht sind, sondern eben im Blick haben, dass die davon profitieren, wenn es gesenkt wird.“ (H1/12/400-408)

Eingebettet in Fragen zum kardiovaskulären Gesamtrisikokonzep sind Einschätzungen aller Befragten aus der zweiten Erhebungsphase – mit und ohne Erinnerung an die Intervention – zur Gewichtung einzelner Risikofaktoren zu betrachten, insbesondere zu den Faktoren Blutdruck und Cholesterin. In Abgrenzung zum Cholesterin habe der Faktor Blutdruck – so auch eine in diesen Interviews enthaltene Perspektive – eine außerordentliche Bedeutung, aus der ein nachhaltiger Behandlungsbedarf abzuleiten sei. „Ja, gut, also erhöhten Blutdruck würde ich persönlich immer senken, ja, ja. Seh ich also jetzt nicht so in, in der Richtung. Also Blutdruck sollte immer, immer gesenkt werden, ja, egal, egal wie alt und egal welches Geschlecht sowieso und, nee, also da, wenn man da sicher ist, dass da die Werte zu hoch sind. Auch Grenzwerte sollten im Normbereich, ist auch häufig schwer rüberzubringen, ja? Aber ja, es sind so, manche Leute sind so, so naiv in ihrer Einstellung und denken, es ist was besonders schlimmes, wenn sie dann 'ne Tablette nehmen müssen, ja, und dann erstmal zu

¹²² Vgl. dazu auch H9/4 und H9/6f.

¹²³ Vgl. dazu auch H4/14.

sagen, ja, noch viel schlimmer ist ja, wenn Sie jetzt, wo wir dieses Risiko kennen, das bewusst in Kauf nehmen.“ (H2/16/534-544)¹²⁴

Eine weitere, in den Interviews aufscheinende Perspektive, beinhaltet die aus dem kardiovaskulären Gesamtrisikokonzept abgeleitete Vorstellung einer Gleichwertigkeit von Cholesterin- und Blutdruckwerten. Wiewohl die interviewten Ärzte und Ärztinnen von einer gleichen Gewichtung der beiden Faktoren sprechen, erörtern sie zugleich die Schwierigkeit, Patienten und Patientinnen mit erhöhten Blutdruckwerten (medikamentös) unbehandelt zu lassen. In einem Interview zeigt sich diese Problematik wie folgt: *„Also es ist mir noch nicht gelungen, wirklich noch nicht gelungen, obwohl ich wirklich versuch da, ich hab mir diese Karten überall hingelegt, es ist mir noch nicht gelungen, einen Patienten mit Bluthochdruck laufen zu lassen, nur weil ich hier sehe, der ist im Risiko eigentlich ganz gering einzuschätzen. Das kann ich nicht, weiß nicht warum. Wie machen das andere? Na ja, müssen wir ja nicht jetzt drüber reden. Also das ist wirklich für mich, das ist eine unverändert auch psychologische Hürde. Kommt dazu, dass ich auch zum Beispiel solche Informationen wie von der Hochdruckliga kriege. Und wenn Sie das Material oder die Veröffentlichungen Hochdruckliga lesen, dann spielt das hier keine Rolle, Gesamtrisiko, da geht's immer nur um den Bluthochdruck. Und wenn der Bluthochdruck zu hoch ist, dann wird der behandelt. Das ist das, was ich Jahrzehnte verinnerlicht habe. Und insofern fällt 's mir schwer, bei wenig Risiko nichts zu tun.“* (H9/6f./195-211) Und in einem anderen Interview heißt es: *„Das ist nicht so ganz einfach, das abschließend zu sagen. Also äh das ist jetzt auch irgendwie wahrscheinlich überhaupt nicht wissenschaftlich fundiert, aber gefühlsmäßig stünde ich einer isolierten Hypercholesterinämie immer entspannter gegenüber, als einer isolierten Bluthochdruckerhöhung, also Bluthochdruckerhöhung. Wenn man sich mit diesem Konzept des Gesamtrisikos beschäftigt, dann ist das ja gar nicht unbedingt so. Dann fließen diese Faktoren eben alle ein, und ganz entscheidend ist da noch mal der Raucher/Nichtraucher-Status. Aber Sie haben ja jetzt nach Cholesterin und Bluthochdruck gefragt, und da würde ich sagen, also ich persönlich bin geneigt, bei jemandem, der sonst nichts bietet, einen erhöhten Blutdruck anzugehen, während jemand, der sonst nichts bietet, normalen Blutdruck hat, keine positive Familienanamnese, nicht raucht, nicht zu dick ist, alles richtig ist äh und der hat 'n hohes Cholesterin, da bin ich geneigt zu sagen, gucken Sie mal 'n bisschen auf die Ernährung, aber da können wir, Sie bieten sonst nichts an Risikofaktoren, das kann man entspannter sehen.“* (H3/13/414-430)¹²⁵ Auch in diesem Interview wird als Argument für die Schwierigkeit der gleichen Gewichtung der Faktoren Cholesterin und Blutdruck die Bedeutung des ehemals erlernten Wissens angegeben. *„(...), ich hab natürlich noch so gelernt, dass der Blutdruck eben doch tunlichst in*

¹²⁴ Vgl. auch H10/10ff., H8/9, H1/8 und H4/15f.

¹²⁵ Vgl. auch H5/13.

einen gescheiterten Bereich zu führen ist, und dann tät ich mich schon schwer, das einfach, den dann einfach links liegen zu lassen.“ (H3/14/470-473)

Hinzuweisen bleibt auf ein weiteres Interview, in dem die Gleichwertigkeit unterschiedlicher Risikofaktoren betont wird. *„Ich seh sie alle (Rauchstatus, Cholesterin-, Blutzucker- und Blutdruckwerte, Anmerk. d. Verf.) als gleich bedeutsam an, sag ich mal. Ich würde den Hochdruck nicht einzeln herausheben als besonders bedeutend.“ (H7/12/390-392)* Wiewohl in diesem Interview die Schwierigkeit einer Nicht-Behandlung von Menschen mit erhöhten Blutdruckwerten im Niedrigrisikobereich kein Thema ist, enthält es gleichermaßen einen Hinweis auf angenommene medikamentöse Überversorgung bei Bluthochdruck. *„Und ich erinnere mich eben daran (Erinnerung an die Intervention, Anmerk. d. Verf.), dass wenn man das aufmerksam durchliest, man sehr wohl merkt, dass man wahrscheinlich auch in seiner eigenen Praxis viel zu viel Hypertonie behandelt, die vielleicht gar nicht behandlungsbedürftig wäre, wenn man sich nach diesem Score richten würde.“ (H7/14/458-462)* In einem Interview ist die Rede davon, bei Blutdruckwerten von bis zu 160 mmHg und einem zugleich als niedrig eingeschätzten kardiovaskulären Gesamtrisiko von einer medikamentösen Therapie unter Umständen abzusehen.¹²⁶

Die Zitate aus den Interviews verdeutlichen einerseits eine Offenheit gegenüber dem kardiovaskulären Gesamtrisikokzept, andererseits geben sie zugleich Einblicke in die Schwierigkeit der Loslösung von vertrauten bzw. vormals erlernten Wissensbeständen und damit verbundenen Handlungsvorgängen. Bezogen auf die Interventionen bleibt festzuhalten, dass es in beiden Gruppen Interviewte gibt, die Bluthochdruck entweder als außerordentlichen Risikofaktor beschreiben oder aber von einer Gleichwertigkeit in der Betrachtung unterschiedlicher Risikofaktoren ausgehen. Neben den vorab skizzierten Überlegungen finden sich in den Interviews einzelne Kritikpunkte hinsichtlich der Struktur der verwendeten Risiko Scores. So fehle in den Scores eine Berücksichtigung psychischer Aspekte¹²⁷, wünschenswert seien ferner eine höhere Altersgrenze, eine differenziertere Betrachtung von Cholesterinwerten sowie eine Einbeziehung diastolischer Blutdruckwerte¹²⁸.

Neben der Ebene ärztlicher Therapieempfehlungen kann eine Anwendung des Gesamtrisikokzeptes unter Nutzung von Risiko Scores auch auf der Ebene patientenbezogener Kommunikation zum Tragen kommen. Wie schon im Rahmen der ersten Erhebungsphase findet sich auch in den Interviews der zweiten Phase der Ansatz einer Gesamtrisikobetrachtung ohne Berechnung des Risikos im Gespräch mit Patienten und Patientinnen. Als Argu-

¹²⁶ Hb5/10.

¹²⁷ Vgl. H1/11.

¹²⁸ Vgl. H5/11f.

ment gegen eine Nutzung von Scores im Rahmen der Konsultation werden vornehmlich Verständnisprobleme auf Seiten der Patienten und Patientinnen angeführt. *„Ähm eigentlich ist die Idee (Nutzung von Risiko Scores im Gespräch, Anmerk. d. Verf.) ja gar nicht mal so verkehrt. Aber ich hab hier mit einfachem Klientel zu tun. Einfach, ich denke, man muss ganz einfach, oder mein Gefühl sagt mir, ich komme besser damit klar, wenn ich sage, wie lange wollen Sie eigentlich leben, wie stellen Sie sich Ihre Zukunft vor. Als dass ich da irgendwie so 'ne Tabelle nehme, wo rot, grün, gelb eingezeichnet sind und sage, hier stehen Sie, ne? Also ich hab immer das Gefühl, ich komm besser damit klar, wenn ich einfach frag, wie stellen Sie sich Ihre Zukunft vor?“ (H10/9f./302-310)* In einem anderen Interview wird die Frage des Verstehens wie folgt erörtert: *„Das war ein sehr gut aufgebautes Konzept, ich habe mich damit beschäftigt. Nur in der Realität ist das natürlich so nicht umzusetzen, weil viele dieser Dinge vom Laien, sprich Patienten, natürlich so nicht verstanden werden.“ (H8/8/246-249)*

In einer weiteren Perspektive werden Risikoberechnungen als ein möglicher Weg der Information von Patienten und Patientinnen – auch im Sinne einer Begründung ärztlich empfohlener Therapie – betrachtet. Eng verbunden mit dieser Perspektive ist die Idee steigender Compliance durch Risikokonfrontation.¹²⁹ *„Das (die Risikotabellen, Anmerk. d. Verf.) ist gut. Das ist insofern gut, als dass man ganz gut den Patienten klar machen kann die Entscheidungsfindung für 'ne Therapie. Äh an sich, wenn man dem da diese Risiko, in diesen Risikotabellen, wenn man dem dann vor Augen führt, wo er steht, und wo er stünde, wenn er das und das erreichen würde, dann halte ich das für 'ne hilfreiche Sache, (...).“ (H5/10/323-329)* Und in einem anderen Interview heißt es: *„(...) und geh das dann mit dem Patienten durch und versuche ihm dann hier so an den Zahlen seine Risikowerte zu sagen und äh auch eher bei den differenzierteren Patienten, die wirklich 'n bisschen besser mitarbeiten, aber auch schon mal bei den, bei den Chaoten-Patienten, die ganz schlecht mitarbeiten auch schon mal, damit sie sehen, wie schlecht ihre Risikowerte sind.“ (H4/14/440-445)* Letztlich könnten Risikoberechnungen auch genutzt werden, um Patienten und Patientinnen zu beruhigen, ihnen zum Beispiel zu verdeutlichen, dass sie entlang der gemessenen Werte im Niedrigrisikobereich liegen und insoweit keine medikamentöse Therapie erforderlich sei.¹³⁰

Im Gegensatz zur ersten Interviewphase zeigen sich bei der Auswertung der Interviews aus der zweiten Phase keine Hinweise darauf, dass auf Risikoberechnungen in Gesprächen mit Patienten und Patientinnen verzichtet wird, da diese oft keine Verbindung zwischen statistischen Werten und objektivem Risiko einerseits sowie der eigenen Situation und auch dem persönlichen Risikoempfinden andererseits herstellen könnten. Auch die Befürchtung, eine Konfrontation der Patienten und Patientinnen mit statistischen Risikowerten könne zu einer

¹²⁹ Vgl. dazu H9/7, H2/14, H3/8f. und H4/13ff.

¹³⁰ H4/13f., H6/11f. und H3/11.

sinkenden Compliance führen, findet sich in den Interviews der zweiten Erhebungsphase nicht.

Abschließend bleibt festzuhalten, dass bei der Frage nach Eindrücken zur erlebten Intervention von angenehmen Peer Gesprächen sowie einer gut aufbereiteten Kurzleitlinie/ Materialmappe – an die mehr oder weniger konkrete Erinnerungen bestehe – die Rede ist.¹³¹

¹³¹ Aufgrund nicht auszuschließender sozialer Erwünschtheit in den Erinnerungen zur erlebten Intervention wird diese Thematik nicht weiterführend erörtert.

6. Schlussbetrachtungen

Ärzte und Ärztinnen stehen im Spannungsfeld von fachlichen Vorgaben, ökonomischen Auflagen wie auch einem sich wandelnden Feld von Begegnung oder Interaktion mit Patientinnen und Patienten. Neue Ansätze – zu nennen sind u.a. Begriffe wie Shared Decision Making, Partizipative Entscheidungsfindung und Empowerment – stellen einen Kontrast zu bisherigen ärztlichen wie patientenbezogenen sozialen Rollen dar. Nicht zuletzt eingebettet in Diskurse zum Qualitätsmanagement sind auf struktureller wie auf prozessualer Ebene Veränderungen offenkundig. Hinzuweisen ist u.a. auf die Entwicklung neuer Versorgungskonzepte und -modelle wie z.B. Praxisnetze, Integrierte Versorgungsformen und Disease Management Programme. Benennbar sind überdies Veränderungen im Wissensmanagement, beispielsweise durch internetgestützte Informationsbeschaffung und -übermittlung. An der Schnittstelle von Wissens- und Qualitätsmanagement wiederum sind Leitlinien als Instrumente zur Sicherung ärztlicher Versorgungsqualität anzusiedeln. Die vorab skizzierten Entwicklungen können für Ärzte und Ärztinnen einen durchaus ambivalenten Charakter haben, wobei potentielle Lösungswege – auf einer strukturellen oder auch intersubjektiven Ebene – häufig noch nicht gefunden sind. Vor diesem Hintergrund ist im Rahmen der Studie danach gefragt worden, wie im hausärztlichen Versorgungsbereich niedergelassene Ärzte und Ärztinnen ihre berufliche Rolle verstehen und beschreiben, und zwar explizit im Kontext der Behandlung von Menschen mit Bluthochdruck bzw. einem erhöhten bis hohen kardiovaskulären Gesamtrisiko. Dabei konnten entlang der Untersuchung drei Problemfelder herauskristallisiert werden; das Problemfeld „*Hausärztliche Versorgung*“ als Rahmen der beruflichen Aktivität sowie die Problemfelder „*Ärztliches Wissensmanagement*“ und „*Prozesse der Entscheidungsfindung*“. Im Anschluss an eine kurze Skizzierung der drei Problemfelder folgt die Darlegung möglicher Verknüpfungen unterschiedlicher ärztlicher Haltungen zu den Bereichen Wissensmanagement und Entscheidungsfindung. Dabei sind die unterschiedlichen Haltungen (vgl. Kap. 3 und 4) wie auch ihre Verknüpfungen nicht zuletzt zu verstehen als individuelle Wege, die vorab skizzierten Entwicklungen sowie die damit verbundenen Problemfelder im Kontext alltäglicher Versorgungspraxis handlungsorientiert zu lösen.

Problemfeld 1: Hausärztliche Versorgung

Der Bereich der hausärztlichen Versorgung obliegt in Deutschland den Fachärzten und Fachärztinnen für Allgemeinmedizin und Innere Medizin¹³² sowie Praktischen Ärztinnen und Ärzten. Einen ersten Konflikt in diesem Versorgungsfeld betreffen Fragen professionsinhabender Anerkennung und damit verknüpft Fragen der beruflichen Identität in Verbindung mit Einstellungen zu hausärztlicher Versorgung. Geschichtlich hat die hausärztliche Versorgung Phasen unterschiedlicher Anerkennung erfahren. Derzeit werden auf gesundheits- wie auf

¹³² Hausärztlich tätige Fachärzte und -ärztinnen für Innere Medizin.

berufspolitischer Ebene Maßnahmen zur Förderung hausärztlicher Versorgung – z.B. durch Niederlassungsunterstützung oder auch durch Hausarztmodelle – entwickelt und implementiert. In Abgrenzung zur fachärztlichen Versorgung¹³³ handelt es sich im hausärztlichen Bereich um einen weniger spezialisierten denn generalisierten Versorgungsbereich (Abholz/ Kochen 2006: 502f.), in deren Mittelpunkt das Verstehen des (noch) ‚Ungeordneten‘ liegt. Wenngleich dieser Prozess spezifische Kompetenzen erfordert, ist gleichermaßen bekannt, dass gesellschaftliche, berufsspezifische wie auch ökonomische Anerkennung eher in hoch spezialisierten denn in generalisierten Feldern zu finden ist.

Zur Erfüllung des hausärztlicher Versorgungsauftrags, dem Verstehen des (noch) ‚Ungeordneten‘, sollte der Kommunikation zwischen Arzt/ Ärztin und Patient/ Patientin eine hohe Bedeutung zukommen. Zu fragen jedoch bleibt nach dem Grad der Wertschätzung von Kommunikation als einem notwendigen professionellen Bestandteil ärztlichen Handelns. Nach wie vor taucht Kommunikation eher als Sonder- oder Luxussituation und nicht als elementarer Bestandteil von Medizin auf, der einen wesentlichen Beitrag zur Lösung gesundheitsspezifischer Probleme leisten kann. Konflikthaft bleibt das dringende Erfordernis von Kommunikation im hausärztlichen Bereich – bei gleichzeitig geringer Berücksichtigung der Entwicklung von Kommunikationskompetenzen in Aus- und Weiterbildung, einer vermutlich noch nicht als ausreichend empfundener ökonomischer Honorierung und nur am Rande liegender professionsinhärenter Anerkennung.

Problemfeld 2: Ärztliches Wissensmanagement

Bezogen auf das Problemfeld „*Ärztliches Wissensmanagement*“ ist zunächst von Interesse, welche Bedeutung Ärzte und Ärztinnen dem professionsgebundenen Wissen – nicht zuletzt betrachtet im Spannungsfeld von Erfahrung bis Evidenz – beimessen, welche Wege der Aneignung, Bearbeitung und Deutung ärztlichen Wissens sie für wichtig erachten. Die jeweilige Haltung vom erfahrungs- bis zum evidenzbasierten, vom ursprünglich erlernten bis zum aktuellen Wissen stellt eine Grundlage für die Information von Patienten und Patientinnen – und damit eine Voraussetzung für Prozesse partizipativer Entscheidungsfindung – dar. Zu betrachten ist folglich, inwiefern die Art und Weise des ärztlichen Wissensmanagements verbunden ist mit dem jeweiligen Charakter oder Modus der Interaktion zwischen Arzt/ Ärztin einerseits und Patient/ Patientin andererseits. Anders ausgedrückt: Inwieweit bildet die Informations- wie auch die Entscheidungsebene eine Schnittstelle zwischen ärztlichem Kommunikations- und Wissensmanagement?

¹³³ Begrifflich ist in der Regel von hausärztlicher versus fachärztlicher Versorgung die Rede. Diese Begriffswahl ist insofern missverständlich, als dass auch der hausärztliche Versorgungsbereich von Fachärzten und -ärztinnen abgedeckt wird. Um die beiden Versorgungsbereiche voneinander abzugrenzen, verwende ich gleichwohl die Begriffe hausärztlich und fachärztlich.

Von welchen Schwierigkeiten ist im Zusammenhang mit ärztlichem Wissensmanagement auszugehen? Gerade im ambulanten ärztlichen Versorgungsbereich, der häufig geprägt ist durch einen hohen Grad an beruflicher Einsamkeit, Arbeitsbelastung und Zeitdruck, stellt sich die Frage nach praktikablen Wegen der Beschaffung und Aneignung aktuellen Wissens. Welche Bedeutung haben z.B. eher ‚traditionelle‘ Wege der Informationsbeschaffung im Verhältnis zu ‚modernerer‘ Wegen im world wide web? Und welchen Einfluss hat eine ggf. bestehende Orientierung an Vorbildern – im Sinne eines hohen Grades an Vertrauen in die mit ihnen verknüpften Wissensbestände – sowie eine Ausrichtung des Handelns an dem im Studium erlernten Wissen in Relation zu kontinuierlicher Wissensaktualisierung z.B. durch Veranstaltungen der Fort- und Weiterbildung? Gerade Möglichkeiten internetgestützter Recherchen bringen eine zunehmende Vielfalt an Informationen mit sich. Um die Vielfalt zu erfassen, zu bewerten und ggf. in den Arbeitsalltag zu integrieren, bedarf es wiederum spezifischer Kompetenzen, die nicht zwangsläufig im Rahmen von Studium, Aus- und Weiterbildung erlernt worden sind.

Bedeutsam im Kontext ärztlichen Wissensmanagements ist ferner, dass es – nicht zuletzt aufgrund internetgestützter Möglichkeiten – auch für Patienten und Patientinnen neue Wege gibt, sich über ihre gesundheitsbezogenen Probleme zu informieren und auszutauschen. Zu fragen bleibt, welche Bedeutung ärztliches Fachwissen hat und zukünftig haben wird, wenn Patienten und Patientinnen zunehmend informierter in die Praxen kommen. Auch die sinkende Informationsdifferenz dürfte zu neuen Rollenunklarheiten führen, wobei Ärzte und Ärztinnen sich u.U. in ihrer Rolle als professionell im Gesundheitswesen Tätige bedroht fühlen.

Ärztliches Wissensmanagement umfasst auch die Entwicklung von und die vielfältigen Haltungen zu ärztlichen Leitlinien. Kritisch ist beispielsweise die Rede von zu vielen verschiedenen, sich zum Teil auch widersprechenden Leitlinien zum selben Thema, von Einschränkungen beruflicher Handlungsfreiheit und Ängsten vor juristischen Konsequenzen. Vorbehalte gegenüber Leitlinien können auch bedingt sein durch grundlegende Veränderungen von Leitlinieninhalten; durch die sich u.U. Handlungsunsicherheiten ergeben. Entwickelt als ein Instrument der Qualitätssicherung werden ärztliche Leitlinien betrachtet als Handlungskorridore oder auch Orientierungsmöglichkeiten – gerade vor dem Hintergrund einer zunehmenden Vielfalt von Fachwissen wie zur Verfügung stehender Informationen. Neben Leitlinien können auch Disease Management Programme eine unterstützende Funktion im Versorgungsalltag darstellen. (vgl. u.a. Hasenbein et al. 2005, Hasenbein/ Wallesch 2007, Ollenschläger et al. 2007a, Ollenschläger 2007b) Nicht zuletzt in Verbindung mit Praxis- und

Implementierungshilfen stellt sich gleichwohl die Frage, inwieweit mit Leitlinien der Bedarf an benötigtem ärztlichen Wissen – verstanden als Handlungsbasis – abgedeckt werden kann. Anders ausgedrückt: Inwieweit können Leitlinien auch jenseits naturwissenschaftlicher Fragen eine Orientierungshilfe geben, insbesondere auf der Ebene sozialer Prozesse, dem Feld der Kommunikation und Interaktion zwischen Ärzten/ Ärztinnen und Patienten/ Patientinnen?

Problemfeld 3: Prozesse der Entscheidungsfindung

Das Konzept ‚Partizipativer Entscheidungsfindung‘ bzw. ‚Shared Decision Making‘ (vgl. u.a. Charles et al. 1997/ 1999, Scheibler/ Pfaff 2003a/b, Elwyn et al. 2005, Härter et al. 2005) verweist auf einen Wandel in der Begegnung oder Interaktion zwischen Anbietern und Anbieterinnen gesundheitsbezogener Dienstleistungsangebote und deren Nutzer und Nutzerinnen. Begründet wird der Wandel von einer paternalistischen hin zu einer partizipativen Entscheidungsfindung durch sich verändernde gesellschaftliche Rahmenbedingungen – z.B. eine Veränderung von Informations- und Mitbestimmungskultur –, durch ethische, epidemiologische, sozialwissenschaftliche und soziologische, gesundheitspolitische wie auch ökonomische Argumente (vgl. dazu u.a. Scheibler/ Pfaff 2003a, Härter et al. 2005). Begleitet ist der Wandel von einer Vielfalt an Fragen, z.B. nach notwendigen Voraussetzungen und Rahmenbedingungen wie auch nach erforderlichen Kompetenzen für die Umsetzung des neuen Konzeptes, nach Möglichkeiten der Interaktionsgestaltung, nach potentiellen Problemfeldern, Entscheidungshilfen und anderem mehr.

Zentral für die Interaktion zwischen Arzt/ Ärztin einerseits und Patient/ Patientin andererseits ist die Frage der Auswahl potentieller Behandlungsschritte oder -wege. Während traditionell von eher expertokratischen oder auch paternalistischen Entscheidungsprozessen zu sprechen ist, verbindet sich mit partizipativen Entscheidungsfindungen die Idee, dass der Patient/ die Patientin einerseits und der Arzt/ die Ärztin andererseits gemeinsam, d.h. gleichermaßen über das weitere Behandlungsgeschehen bzw. das weitere Vorgehen zu entscheiden haben. Ist hingegen die Rede von einer stärkeren Einbeziehung der Patienten und Patientinnen in die Entscheidungsfindung, so liegt diese nicht ‚zwischen‘ den Beteiligten, sondern vielmehr auf der ärztlichen Seite, die den Grad der Einbeziehung vorgibt oder festlegt. Denkbar sind ferner autonome Entscheidungsfindungen, bei denen der Festlegungsprozess vornehmlich auf Seiten der Patienten und Patientinnen zu verorten ist.¹³⁴

Vor einer Auseinandersetzung mit der Gestaltung partizipativer Entscheidungsprozesse steht zunächst die Frage, welche Partizipationswünsche oder -bedürfnisse es überhaupt gibt und wovon diese jeweils abhängen. Auf Seiten der Patienten und Patientinnen können Partizipa-

¹³⁴ Eine Thematisierung dieses Modells ist jedoch im Rahmen der Interviews nicht erfolgt.

tionsanliegen beispielsweise abhängig sein von Alter und Geschlecht, vom Bildungsgrad, von der jeweiligen Lebensphase wie auch von der Art bzw. dem Verlauf einer Erkrankung (vgl. u.a. Schneider et al. 2006). Auch auf ärztlicher Seite dürfte es Faktoren geben, beispielsweise die Länge der Berufserfahrung oder auch Vorstellungen über den eigenen Beruf, die Einfluss auf den Grad partizipativen Vorgehens haben.¹³⁵ In der Begegnung der Beteiligten gilt es nun, den jeweils gewünschten Partizipationsgrad im Entscheidungsprozess zu bestimmen und zu gestalten. Zunächst ist zu fragen, wie Ärzte und Ärztinnen patientenbezogene Partizipationsanliegen und -bedürfnisse erkennen und einschätzen (vgl. u.a. Schneider et al. 2006, Edwards et al. 2005). Von Interesse dürfte es ebenso sein, wie Patienten und Patientinnen ärztliche Partizipationsbereitschaft wahrnehmen und welchen Einfluss diese wechselseitigen Deutungen bei der nachfolgenden Interaktionsgestaltung haben. Die Frage nach Partizipationswünschen legt nahe, dass es eine Wahl im Grad der Partizipationsgestaltung geben kann, die nicht zuletzt abhängig ist vom Krankheitsverlauf und vom Krankheitsempfinden wie auch vom Verlauf der Begegnung zwischen Arzt/ Ärztin und Patient/ Patientin. Entsprechend wird es überdies Situationen geben, beispielsweise Notfälle, in denen sich Partizipationsprozesse als unpraktikabel erweisen.

Als wesentliche Voraussetzung für den Prozess partizipativer Entscheidungsfindung gilt eine umfassende Information der Patienten und Patientinnen. Ferner ist ebenso – unter Berücksichtigung der unterschiedlichen Rollen, Interessen und Bedürfnisse der Beteiligten – von einer umfassenden wechselseitigen Information¹³⁶ zu sprechen. Neben der Möglichkeit sprachlicher Verständigung bleibt zu fragen, welche Bereitschaft, welches Interesse und welche Fähigkeiten auf ärztlicher wie auf patientenbezogener Seite für einen gelingenden Informations- und Partizipationsprozess erforderlich sind. Offen ist überdies, welche Informationen in welchem Umfang als Voraussetzung für eine gelingende Partizipation notwendig sind. Und wie lässt sich erkennen, in welchem Grad die jeweiligen Erläuterungen wechselseitig verstanden worden sind?¹³⁷ Auch ist zu fragen, welche Bedeutung der Grad des Verstehens für den weiteren Entscheidungsprozess haben kann. Aus ärztlicher Perspektive betrachtet könnte das damit verbundene Dilemma wie folgt lauten: Inwieweit ist eine Fortführung partizipativer Entscheidungsprozesse aus ärztlicher Sicht möglich – und im Sinne professioneller Rolle und Aufgabe verantwortbar –, wenn der Eindruck entstanden ist, dass die als Voraussetzung für Partizipation definierte Information auf patientenbezogener Seite nicht oder nur partiell verstanden worden ist bzw. verstanden werden konnte. Gerade im Hinblick auf Verstehensprozesse bleibt überdies zu hinterfragen, inwieweit auf ärztlicher Seite von

¹³⁵ Auf diesen Aspekt komme ich im Verlauf des Textes nochmals zurück.

¹³⁶ Informationen können z.B. von ärztlicher Seite dargelegte Therapieoptionen und von patientenbezogener Seite Angaben zum persönlichen Risikoempfinden sein.

¹³⁷ Ursachen für Verstehensschwierigkeiten dürften sehr vielfältig sein. Beispielhaft sei auf sprachliche, kognitive, emotionale wie auch in der Interaktion liegende Schwierigkeiten hingewiesen.

einem generellen Rationalitätsparadigma ausgegangen wird, das von Patienten und Patientinnen nicht zwangsläufig in gleicher Weise geteilt werden muss.

Im Verlauf ihrer Ausbildung erlangen Ärzte und Ärztinnen ein spezifisches Fachwissen, das sie zu Experten und Expertinnen der ärztlichen Profession macht. Die Zugehörigkeit zur ärztlichen Profession stellt wiederum eine handlungsleitende Dimension dar, explizit auf der Ebene diagnostischer wie therapeutischer Maßnahmen. Zu unterscheiden ist zwischen einer Situation – oder im medizinischen Sinne einer Diagnose – für die die ärztliche Profession eindeutige therapeutische Schritte oder Maßnahmen vorsieht und Situationen, für die – auch aus ärztlicher Perspektive – verschiedene Handlungsoptionen denkbar sind. Wenn man diese Überlegungen verknüpft mit dem Prozess partizipativer Entscheidungsfindung bleibt zu fragen, was es für Ärzte und Ärztinnen bedeutet, wenn sich Patienten und Patientinnen gegen (mehr oder weniger) eindeutige Empfehlungen oder auch Handlungsvorgaben im Sinne der ärztlichen Profession entscheiden. Eine Schwierigkeit ergibt sich, wenn Ärzte und Ärztinnen zum einen die Aufgabe haben, Entscheidungsfindungen partizipativ mitzugestalten, sie zum anderen – im Sinne der Vorgaben ihrer Profession – aber weiterhin daran gemessen werden, die ‚richtigen‘ diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen durchzuführen bzw. zu verordnen. Anders ausgedrückt: Solange Erfolgsindikatoren ärztlichen Handelns vorrangig am outcome bemessen werden – z.B. an der Höhe von Blutdruck-, Blutzucker- und Cholesterinwerten, ist nachvollziehbar, dass Ärzte und Ärztinnen auf die vielfältigen ‚Strategien‘ zum Erzielen einer möglichst hohen patientenbezogenen Compliance – z.B. durch spezifische Informationen oder durch Angstszenarien – nicht verzichten werden. Umgekehrt kann es auch zu einem Problem werden, wenn Patienten und Patientinnen gerade nicht den Wunsch haben an der Entscheidung zu partizipieren, zumal dann, wenn es verschiedene mögliche Handlungsoptionen gibt. Dass die vorab skizzierte Problematik Fragen des beruflichen Selbstbildes, der beruflichen Identität berühren, ist nachvollziehbar. Nicht zuletzt impliziert der Prozess partizipativer Entscheidungsfindung damit auch die Frage nach Erhalt versus Verlust ärztlicher Macht im Kontext medizinischer Expertokratie. Auch wird die Frage der Verteilung oder Aufteilung von ärztlicher und patientenbezogener Verantwortung aufgeworfen.

Blickt man auf das Versorgungsgeschehen, so ist zu erwarten, dass partizipative Entscheidungsfindungen Rollenveränderungen sowohl auf Seiten der Ärzte und Ärztinnen als auch auf Seiten der Patienten und Patientinnen erforderlich machen. Derzeit dürfte der Prozess der neuen Rollenfindung in beiden Gruppen noch überwiegend auf einer deklamatorischen Ebene angesiedelt sein. Nicht nur aus ärztlicher Perspektive betrachtet kann Erwerb und

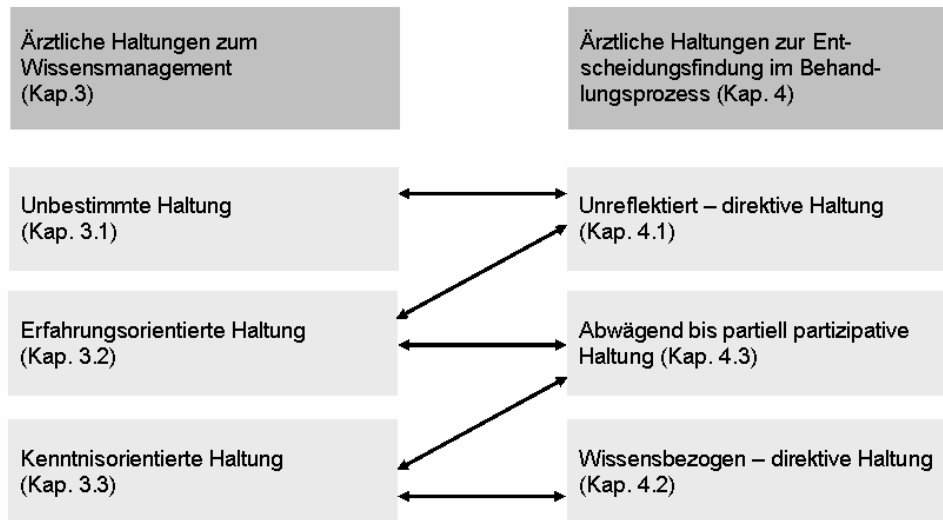
Praxis von Partizipationskompetenz überdies zu einer veränderten Verteilung von Verantwortung beitragen.

Mögliche Verknüpfungen ärztlicher Haltungen zum Wissensmanagement und zur Entscheidungsfindung im Behandlungsprozess

Fokussiert auf das Themenfeld ‚Bluthochdruck und kardiovaskuläres Gesamtrisiko‘ umfassen die Ergebnisse der Interviewinterpretationen jeweils unterschiedliche Haltungen zu den Bereichen ‚Wissensmanagement‘ und ‚Entscheidungsfindung‘. Im Bereich Wissensmanagement haben sich eine unbestimmte, eine erfahrungsorientierte und eine kenntnisorientierte Haltung herauskristallisiert (Kap. 3). Und im Bereich Entscheidungsfindung zeigt sich entlang der Interviews eine unreflektiert – direktive, eine abwägend bis partiell partizipative und eine wissensbezogen – direktive Haltung (Kap. 4). Die Zusammenfassung der Auswertungen in Form von Haltungen zu einer spezifischen Thematik – wie z.B. zum Thema der Entscheidungsfindung – dient einer anschaulichen und dabei zugleich komprimierten Präsentation der Interpretationsergebnisse. Gleichwohl bleibt zu bedenken, dass die Übergänge zwischen den Haltungen fließend sind, dass Haltungen unterschiedlich ausgeprägt sein können und auch, dass Menschen verschiedene, z.T. auch sich widersprechende Haltungen in sich tragen können. Abzugrenzen von der Ebene der Haltung ist überdies die Ebene des Verhaltens, über die entlang der Interviews insoweit keine Aussagen getroffen werden können, als dem Forschungsprozess keine teilnehmenden Beobachtungen inhärent sind. Basis des qualitativen Vorgehens sind hingegen Interviews, in denen die befragten Ärzte und Ärztinnen ihre Sicht der Dinge, ihr Verständnis von ihrer ärztlichen Rolle und ihrem professionellen Handeln – im Kontext bestehender Rahmenbedingungen – dargelegt haben.

Getragen von dem Ansatz, dass medizinische Informationen für Patienten und Patientinnen als eine wesentliche Voraussetzung für Prozesse partizipativer Entscheidungsfindung gelten, bleibt weiterführend nach Zusammenhängen zwischen Haltungen zum Wissensmanagement und zur Entscheidungsfindung im Behandlungsprozess – wiederum fokussiert auf das Themenfeld ‚Bluthochdruck und kardiovaskuläres Gesamtrisiko‘ – zu fragen. Anders ausgedrückt: Inwieweit hängen ärztliche Haltungen zur Entscheidungsfindung ab von Haltungen zum Bereich des Wissensmanagements? Die auf der nächsten Seite folgende Graphik zeigt mögliche Verknüpfungen der verschiedenen Haltungen, die sich gemäß der Charakteristik der einzelnen Haltungen logisch ergeben.

Mögliche Verknüpfungen ärztlicher Haltungen zum Wissensmanagement und zur Entscheidungsfindung im Behandlungsprozess – untersucht im Kontext der Behandlung von Menschen mit Bluthochdruck bzw. einem erhöhten bis hohen kardiovaskulären Gesamtrisiko



Graphik 1

Eine unbestimmte Haltung, so das Ergebnis der Interviewauswertung, zeigt sich insgesamt in der Vorstellung, dass Leitlinien und Risiko Scores als mehr oder weniger vages Hintergrundwissen bestehen, d.h. im Sinne eines inkorporierten, verinnerlichten jedoch aktuell nicht reflektierten Wissens in das alltägliche ärztliche Handeln einfließen. Auf der Handlungsebene wird das inkorporierte Wissen verknüpft mit traditionellen Wissenskomponenten, z.B. der Orientierung an Ziel- und Grenzwerten bei Bluthochdruck, wie auch mit erfahrungsbezogenen Komponenten, z.B. bei der Auswahl von Medikamenten. Sofern das eigene fachliche Wissen nicht oder nur bedingt reflexiv abgewogen wird, erscheint es kaum vorstellbar, dass medizinische Informationen gemeinsam mit Patienten und Patientinnen kritisch erörtert und im Hinblick auf die jeweils individuelle Lebenslage im Gespräch betrachtet werden. Insofern ist von einem engen Zusammenhang zwischen einer unbestimmten Haltung auf der Wissensebene und einer unreflektiert – direktiven Haltung auf der Entscheidungsebene auszugehen. Die unreflektiert – direktive Haltung wiederum zeigt sich in der Vorstellung, dass (partizipative) Entscheidungsprozesse ihren Ausdruck im Sinne des klassischen Compliance-Konzeptes im Einverständnis der Patienten und Patientinnen mit ärztlichen Entscheidungen finden. Deutlich wird in der Auswertung aber auch, dass dieses Einverständnis nicht zuletzt versucht wird zu erreichen entlang unterschiedlicher Maßnahmen oder Vorgehensweisen – z.B. durch ‚Überzeugungsarbeit‘ aber auch mittels Benennen Angst erzeugender Szenarien.

Eine erfahrungsorientierte Haltung, so das Ergebnis der Interviewauswertung, ist gekennzeichnet durch Zweifel und Vorbehalte gegenüber Forschungsergebnissen wie auch in Form von Leitlinien aufbereiteten ärztlichen Wissensbeständen. Erfahrung wie auch Gefühl und Intuition – in Verbindung mit traditionell erlerntem Wissen – werden demgegenüber als verlässlichere handlungsleitende Komponenten empfunden. Analog zur unbestimmten Haltung kann es auch bei einer erfahrungsorientierten Haltung schwierig sein zu erfassen, warum sich die jeweiligen Ärzte und Ärztinnen auf welche Informations- und Erfahrungsgrundlagen im Gespräch mit Patienten und Patientinnen bzw. im Prozess der Entscheidungsfindung beziehen. Abhängig vom Grad der Reflexion von Erfahrung einerseits sowie der Offenheit oder Bereitschaft, sich mit aktuellen Wissensbeständen zu befassen und diese mit bisheriger Erfahrung zu verbinden, ist sowohl ein enger Zusammenhang zwischen einer erfahrungsorientierten Haltung auf der Wissensebene und einer unreflektiert – direktiven oder einer abwägend bis partiell partizipativen Haltung, auf die im folgenden Abschnitt noch genauer eingegangen wird, hinsichtlich der Entscheidungsebene denkbar.

Eine kenntnisorientierte Haltung, so das Ergebnis der Interviewauswertung, zeigt sich in der Vorstellung, dass (evidenzbasiertes) Fachwissen, explizit aufbereitet in Form von Leitlinien, eine wesentliche handlungsleitende Informationsquelle darstellt. Wiewohl eine Leitlinienorientierung als Qualitätsgarantie betrachtet wird, zeigt sich in den Ausführungen zur Handlungsebene eine Spannweite von flexibler bis nachdrücklicher Orientierung an Leitlinien. Der Modus der Leitlinienorientierung – und damit erneut die Art und Weise der Gewichtung, Deutung und Reflexion von Wissen – dürfte nicht zuletzt Einfluss haben auf die jeweilige ärztliche Haltung zur Entscheidungsfindung im Behandlungsprozess. Insoweit ist sowohl ein enger Zusammenhang zwischen der kenntnisorientierten und der abwägend bis partiell partizipativen Haltung als auch der wissensbezogen – direktiven Haltung denkbar. Kennzeichnend für ein abwägend bis partiell partizipatives Vorgehen ist es, einen Behandlungsweg zu finden, der eine bestmögliche Verbindung zwischen (maximal) möglicher ärztlicher Intervention einerseits und individuellen Bedürfnissen und Interessen von Patienten und Patientinnen andererseits darstellt. Dabei ist zu unterscheiden zwischen Bereichen eindeutiger professioneller Empfehlungen und jenen, in denen es keine eindeutig beschriebenen Vorgehensweisen seitens der eigenen Profession gibt, z.B. bei der Entscheidung für oder gegen eine Chemotherapie in der Abwägung zwischen Lebensbeeinträchtigung und Lebensverlängerung. Vor diesem Hintergrund kann auf ärztlicher Seite die Problematik entstehen, dass ein partizipatives Vorgehen zu einem Abweichen von als aktuell ‚richtig‘ geltenden medizinischen Vorgehensweisen führt. In diesem Spannungsfeld lässt sich ein partiell partizipatives Vorgehen auch charakterisieren als ein an ärztliche Traditionen angelehntes Vorgehen, das

sich verbindet mit der Suche nach neuen Wegen der Einbeziehung von Patienten und Patientinnen. Demgegenüber liegt der wissensbezogen – direktiven Haltung die Idee der Transparenz durch evidenzbasierte Information zugrunde, wobei davon ausgegangen wird, dass – dem Prinzip von Rationalität folgend – die Informationen das Handeln der Patienten und Patientinnen quasi vorab bestimmen, da es keine Handlungsalternativen zu evidenzbasierten Empfehlungen gebe.

Eine Nähe zeigt sich zwischen der unreflektierten und der wissensbezogenen Haltung zur Entscheidungsfindung, insoweit beide – als zweite Komponente – ein direktives Vorgehen beinhalten. Sie unterscheiden sich in der jeweiligen Begründung für die Notwendigkeit eines direktiven Vorgehens; auf der einen Seite erfolgt ein Bezug auf inkorporierte, mit der ärztlichen Rolle unabdingbar verwobene Wissensbestände, auf der anderen Seite auf den Modus der Entwicklung des professionellen Wissens und einer damit verbundenen Qualität.

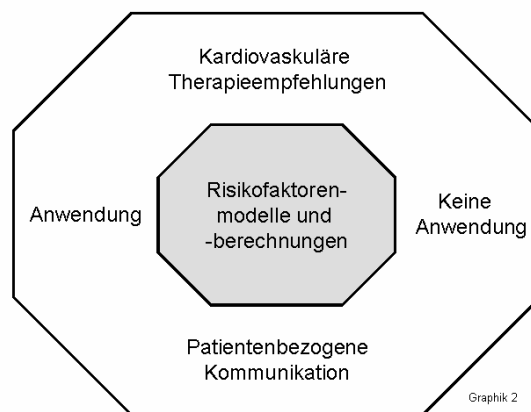
Wiewohl die Auswertung Zusammenhänge zwischen der Ebene des ärztlichen Wissensmanagements und Prozessen der Entscheidungsfindung zeigt, bleibt zu bedenken, dass jene, auf einer Verhaltensebene noch dezidierter zu untersuchenden Zusammenhänge, lediglich einen Blickwinkel im Facettenreichtum des Gegenstandes partizipativer Entscheidungsfindung darstellen. Exemplarisch sei auf weitere Themenfelder wie z.B. Erfassen und Messen patientenbezogener Partizipationspräferenzen (vgl. z.B. Hamann et al. 2007), Einschätzung patientenbezogener Partizipationspräferenzen seitens der Ärzte und Ärztinnen (vgl. z.B. Edwards et al. 2005) oder auch Untersuchungen im Kontext einer Qualifizierung von Ärzten und Ärztinnen hinsichtlich einer Umsetzung von Risikokommunikation und Shared Decision Making (vgl. z.B. Elwyn et al. 2004, Edwards et al. 2004) hingewiesen. Verortet als eine empirische Facette innerhalb eines vielfältigen Gegenstandes bleiben – das Schlusskapitel fortsetzend – weitere, haltungsübergreifende Ergebnisse der Untersuchung aus den Themenfeldern ‚Ärztliches Wissensmanagement‘ und ‚Entscheidungsfindung im Behandlungsprozess‘ darzulegen.

Weitere Ergebnisse der Untersuchung: Von Ziel- und Grenzwerten einzelner Risikofaktoren zum kardiovaskulären Gesamtrisiko?

Eine wesentliche Grundlage für das Projekt ist der seit einiger Zeit geführte internationale fachliche Diskurs, individuelle kardiovaskuläre Therapieempfehlungen und Behandlungsentscheidungen nicht mehr an Grenzwerten einzelner Risikofaktoren sondern zunehmend am Gesamtrisiko der einzelnen Menschen zu orientieren. Gegenüber der Senkung des Gesamtrisikos verliert das Erreichen einzelner Zielwerte, z.B. bezogen auf den Blutdruck oder das Cholesterin, bei diesem Vorgehen an Bedeutung.

Die Ergebnisse der Interviewinterpretationen im Rahmen der Themenfelder Wissensmanagement und Entscheidungsfindung beleuchten die Vielfalt vorhandener Einschätzungen der Befragten hinsichtlich eines Wandels von einer Grenzwert- hin zu einer Gesamtrisikoorientierung. Dabei ist zu differenzieren zwischen Risikoberechnungen im Kontext kardiovaskulärer ärztlicher Therapieempfehlungen und Risikoberechnungen in Gesprächen mit Patienten und Patientinnen.

Von Ziel- und Grenzwerten einzelner Risikofaktoren zum kardiovaskulären Gesamtrisiko



Auf der Ebene kardiovaskulärer ärztlicher Therapieempfehlungen, also der Wissens Ebene, wird von den Interviewten benannt, dass sie

- Risikoberechnungen als Instrument zur ärztlichen Entscheidungsfindung für Therapieempfehlungen nutzen; von den Berechnungsergebnissen z.T. aber auch bewusst abweichen mit dem Ziel, individuell angemessene Behandlungswege zu finden;
- Therapieempfehlungen ohne Risikoberechnungen jedoch unter Berücksichtigung vorhandener Risikofaktoren wie auch der jeweils individuellen Lebenssituation durchführen;
- Gesamtrisikoberechnungen oder Gesamtrisikoabschätzungen durchführen, jedoch unter Ausschluss des Risikofaktors Blutdruck, da bei Bluthochdruck ein genereller Behandlungsbedarf bestehe.

Auf der Ebene patientenbezogener Kommunikation, als der Entscheidungsebene, wird von den Interviewten benannt, dass

- Risikoberechnungen als ein möglicher Weg der Information von Patienten und Patientinnen – auch im Sinne einer Begründung ärztlich empfohlener Therapie – betrachtet werden;

- Risikoberechnungen zur Konfrontation der Patienten und Patientinnen mit ihrem Risiko und einer damit verbundenen Idee steigender Compliance durchgeführt werden;
- keine Risikoberechnungen in Gesprächen genutzt werden, da Patienten und Patientinnen oft keine Verbindung zwischen statistischen Werten und objektivem Risiko einerseits sowie der eigenen Situation und auch dem persönlichen Risikoempfinden andererseits herstellen könnten;
- keine Risikoberechnungen in Gesprächen mit Patienten und Patientinnen durchgeführt werden, da eine Konfrontation mit statistischen Risikowerten zu einer sinkenden patientenbezogenen Compliance führen könne.

In Orientierung am Indikator ‚Blutdruck‘ zeigt sich in allen Haltungen zum Wissensmanagement wie zur Entscheidungsfindung im Behandlungsprozess eine mehr oder weniger ausgeprägte Anknüpfung an traditionelles ärztliches Wissen. Wiewohl sich haltungsübergreifend die Auffassung findet, dass Gesamtrisikobewertungen – mit und ohne Risiko Scores – durchgeführt werden, wird Bluthochdruck gleichermaßen als besonders virulenter Risikofaktor charakterisiert, während dem Faktor Cholesterin eine weniger große Bedeutung beigemessen wird. Haltungsübergreifend zeigt sich auch eine Nutzung von Risikoberechnungen mit dem Ziel einer nachhaltigen Risikodemonstration; z.B. in Verbindung mit einer Benennung Angst erzeugender Szenarien. Allein im Rahmen einer kenntnisorientierten Haltung zum Wissensmanagement finden sich Hinweise auf eine Nutzung von Risiko Scores als Instrument zur Abwägung ärztlicher Therapieempfehlungen und allein im Rahmen einer abwägend bis partiell partizipativen Haltung ist die Rede von Risikoberechnungen als Grundlage für eine patientenbezogene Risikoabwägung. Gleichwohl scheint die Einschätzung einer mehr oder weniger generellen Behandlungsnotwendigkeit bei erhöhtem bis hohem Blutdruck einen handlungsleitenden Charakter zu haben. Zusammenfassend zeigt die Auswertung der Interviews eine Orientierung des ärztlichen Handelns im Sinne einer Verknüpfung von Gesamtrisikobewertungen entlang jenseits des Blutdrucks liegender Risikofaktoren – insbesondere entlang von Cholesterinwerten – bei gleichzeitiger Ausrichtung an Ziel- und Grenzwerten hinsichtlich des Blutdrucks.¹³⁸ Zu sprechen ist insoweit von einer teilweisen Berücksichtigung des Paradigmenwechsels bei gleichzeitiger Verhaftung an herkömmlichen oder traditionellen Vorstellungen in der Behandlung von Menschen mit Bluthochdruck bzw. einem erhöhten bis hohen kardiovaskulären Gesamtrisiko.

Skizzenhaft lassen sich entlang der Untersuchung verschiedene, teilweise ineinander übergehende Barrieren erkennen, die eine Einbeziehung des Risiko Score Konzeptes in hausärztlichen Versorgungsalltag für die beteiligten Akteure und Akteurinnen augenscheinlich

¹³⁸ Bei diesen Aussagen bleibt erneut die Unterscheidung zwischen der Beschreibung des Handelns seitens der Befragten und der realen Handlungsebene, die mittels Interviews nicht erfassbar ist, zu bedenken.

erschweren. So lässt sich zum einen eine **Abwehr des Wandels** konstatieren, wobei eine Loslösung von Ziel- und Grenzwerten hin zu einer Gesamtrisikoorientierung nicht zuletzt begründet wird mit Hinweisen auf fehlende zeitliche Ressourcen wie auch ein fehlendes Interesse seitens der Patienten und Patientinnen an partizipativen Entscheidungsfindungsprozessen. So heißt es in einem Interview beispielsweise: *„Ähm die Grenzen solcher Modelle meinen Sie jetzt? An der Zeit des Arztes auch, ne? Die ist ja schon irgendwo begrenzt, ich kann mich jetzt hier nicht verteilen und sonst wie was. Das ist begrenzt. Und ob die Patienten mitmachen bei so was, bin ich auch im Zweifel ehrlich gesagt.“* (G10/8/243-249) Zum anderen ist von einer **Skepsis gegenüber dem Wandel** auszugehen, d.h. die epidemiologische Grundlage des Risiko Score Konzeptes wird infrage gestellt. Diese Auffassung führt letztlich zu einer eher geringen Bereitschaft, sich mit dem neuen Ansatz einer Gesamtrisikobetrachtung auseinander zu setzen. So heißt es in einem Interview beispielsweise: *„Ja, also Bluthochdruck kann ich nur sagen, Leitlinien weiß ich nicht, umso niedriger der Blutdruck, umso besser ist dieser Mensch eingestellt, Punkt. Und dann muss man gucken, wie man den Patienten dazu bekommt. Ganz egal, wie alt derjenige ist, eigentlich ist es 'n generelles Wissen, es sollten Ärzte haben und wissen, umso niedriger umso besser.“* (G15/23/747-752) Und in einem anderen Interview heißt es: *„Wenn erhöhter Blutdruck vorhanden ist, dann wird er auch behandelt, auch als einzelne Diagnose oder als einzelne Erkrankung, auch wenn die anderen Sachen äh positiv sind ähm, die klammer ich nicht aus, ja? (...). Aber ich gehe nicht hin und sag, ja, das hohe HDL oder äh das nicht vorhandene äh, dass er nicht raucht, oder dass er keinen, dass er 'n guten Diabetes hat, gut eingestellten, hebt jetzt die hohen Blutdruckwerte auf, das mach ich nicht, nein. Wenn der Blutdruck hoch ist, wird er auch therapiert. Wenn der Patient es natürlich auch mitmacht, wünscht, ne?“* (G14/15f./503-516) Des Weiteren bleibt die Auffassung einer **prinzipiellen Befürwortung des Wandels** zu betrachten, der gleichermaßen inhärent ist, sich am neuen Ansatz der Gesamtrisikobetrachtung zu orientieren bei gleichzeitiger Reflexion der Schwierigkeit, sich von alten Handlungsmustern zu lösen. So heißt es beispielsweise in einem Interview: *„Also es ist mir noch nicht gelungen, wirklich noch nicht gelungen, obwohl ich wirklich versuch da, ich hab mir diese Karten überall hingelegt, es ist mir noch nicht gelungen, einen Patienten mit Bluthochdruck laufen zu lassen, nur weil ich hier sehe, der ist im Risiko eigentlich ganz gering einzuschätzen. Das kann ich nicht, weiß nicht warum. Wie machen das andere? Na ja, müssen wir ja nicht jetzt drüber reden. Also das ist wirklich für mich, das ist eine unverändert auch psychologische Hürde. Kommt dazu, dass ich auch zum Beispiel solche Informationen wie von der Hochdruckliga kriege. Und wenn Sie das Material oder die Veröffentlichungen Hochdruckliga lesen, dann spielt das hier keine Rolle, Gesamtrisiko, da geht's immer nur um den Bluthochdruck. Und wenn der Bluthochdruck zu hoch ist, dann wird der behandelt. Das ist das, was*

ich Jahrzehnte verinnerlicht habe. Und insofern fällt 's mir schwer, bei wenig Risiko nichts zu tun.“ (H9/6f./195-211)

Die vorab erläuterten, skizzenhaften Überlegungen zu möglichen Barrieren eines Wandels von Ziel- und Grenzwerten hin zu Gesamtrisikobetrachtungen werden im folgenden Abschnitt der Schlussbetrachtungen weiterführend erörtert. Der Schwerpunkt liegt dabei in einer Auseinandersetzung mit denkbaren Voraussetzungen für eine Verwirklichung partizipativer Entscheidungsfindungen im hausärztlichen Versorgungsalltag.

Denkbare Voraussetzungen für eine Verwirklichung partizipativer Entscheidungsfindungen im hausärztlichen Versorgungsalltag

Vielfältige Hindernisse und Anreize – z.B. professionsinhärente, organisationale, ökonomische und soziale – sind bereits benannt worden im Hinblick auf die Förderung von Veränderungsprozessen, explizit hinsichtlich der Berücksichtigung evidenzbasierten Wissens im Versorgungsalltag aber auch der Verknüpfung von evidenzbasiertem Vorgehen einerseits und einer Orientierung an den Interessen und Bedürfnissen von Patienten und Patientinnen andererseits (vgl. dazu Gro/ Wensing 2004, Bensing 2000). Mit der vorliegenden Untersuchung wird ein Aspekt, und zwar der Aspekt ärztlicher Haltung im Spannungsfeld von professioneller Wissensorientierung und partizipativer Entscheidungsfindung – aus dem Kanon bereits bekannter Einflussfaktoren für Veränderungsprozesse herausgegriffen und erörtert.

Getragen von einem generellen Heilungsauftrag, dürften Ärzte und Ärztinnen – neben dem Wunsch nach einem größtmöglichen Wohlergehen von Patienten und Patientinnen – nicht zuletzt unter dem Druck ihrer eigenen Profession stehen, ihren Auftrag bestmöglich umzusetzen. Die Ergebnisse der Untersuchung deuten nun darauf hin, dass Ärzte und Ärztinnen – unabhängig von ihrer jeweiligen Haltung zum Wissensmanagement – bezogen auf den Bereich Bluthochdruck/ kardiovaskuläres Gesamtrisiko biografisch verankerte Wissensstrukturen oder Behandlungsmuster im Sinne von ‚richtig‘ oder ‚falsch‘ mit sich bringen. So wird Blutdruck weiterhin als behandlungsbedürftige Krankheit und weniger als Thema zur Entwicklung individueller Behandlungsziele im Rahmen einer umfassenden Betrachtung von Risikofaktoren verstanden. Das ‚**Richtig-Falsch-Paradigma**‘ verbindet sich ferner mit dem Ansatz maximaler Risikoreduktion, also der Idee, Bluthochdruck ‚weg‘ zu therapieren, um die Gefahr eines Eintretens potentieller Erkrankungen – wie z.B. Schlaganfall und Herzinfarkt – so umfassend wie möglich zu senken, und zwar unabhängig davon, welche Risikosenkung im Einzelnen überhaupt möglich oder erreichbar ist. Die Aufgabe, das Eintreten potentieller Erkrankungen durch vorausschauendes ärztliches Handeln zu verhindern, trägt folglich dazu bei, dass hohe Blutdruckwerte zu einem **hohen ärztlichen Handlungsdruck** führen können,

womit sich das neue Behandlungsparadigma einer Gesamtrisikobetrachtung als nicht kompatibel zeigt. Anders ausgedrückt: Die über Jahrzehnte transportierte Botschaft, den ‚nicht spürbaren Bluthochdruck‘ als zentrales Thema der Prävention zu begreifen, findet seinen ‚logischen‘ Niederschlag in einem extrem hohen ärztlichen Handlungsdruck, zumal jeder Patient bzw. jede Patientin immer als das potenziell nächste Opfer einer unzureichenden Hochdruckbehandlung angesehen werden kann. Vor diesem Hintergrund scheint ein traditionelles Vorgehen nicht nur Sicherheit zu vermitteln und zu beruhigen – d.h. Druckentlastung auf Seiten der Ärzte und Ärztinnen herbei zu führen –, sondern es legitimiert zudem das Handeln, in diesem Fall vornehmlich die Verordnung eines Blutdruck senkenden Medikamentes. Im Gegensatz dazu führt ein Wandel im Behandlungsparadigma zu einer Verunsicherung, zumal der Wandel – auf der therapeutischen Ebene – vornehmlich ein Abwarten mit sich bringt, das unter Umständen nur schwer vereinbar ist mit dem Bild handelnder und damit auch heilender Ärzte und Ärztinnen.

In der Debatte um partizipative Entscheidungsfindungen verbindet sich das Paradigma um ‚richtige‘ und ‚falsche‘ Vorgehensweisen nun mit der Schwierigkeit einen Prozess zu gestalten, in dem naturwissenschaftliche und soziale Perspektiven gleichermaßen zu berücksichtigen sind. Neben einem aktuellen Wissen um mögliche therapeutische Vorgehensweisen ist somit eine Relativierung des Wissens unter Einbeziehung aller vorhandenen sozialen Komponenten erforderlich. Im Kontext kardiovaskulärer Gesamtrisikobewertungen heißt das, nicht nur über den Umfang möglicher medikamentöser wie nicht medikamentöser Risikoreduktionen sondern auch über differente Risikobereitschaft und das Abwägen unterschiedlicher Risiken zu sprechen. So wird aus einem vermeintlich ‚richtigen‘ oder ‚falschen‘ Vorgehen keine Beliebigkeit von Wissen sondern vielmehr ein reflexives, in der Interaktion zwischen Arzt/ Ärztin und Patient/ Patientin abzuwägendes Vorgehen, bei dem möglichst vielfältige, aufeinander bezogene naturwissenschaftliche und soziale Wissensbestände Berücksichtigung finden. Notwendig wird damit eine veränderte Betrachtung, Gewichtung und Deutung vorhandener wie auch kontinuierlich zu aktualisierender professioneller Wissensbestände. Notwendig wird damit auch anzuerkennen, dass sich Patienten und Patientinnen entlang partizipativer Entscheidungsprozesse gegen ärztlich empfohlene Behandlungswege entscheiden, obwohl diese Wege eindeutigen Empfehlungen seitens der ärztlichen Profession entsprechen können. Letztlich ergibt sich daraus auch die Notwendigkeit veränderter Qualitätsbetrachtungen, d.h. Erfolgsindikatoren ärztlichen Handelns können nicht mehr jenseits der Berücksichtigung von Partizipationsprozessen entlang klassischer Messwerte – z.B. der Höhe von Blutdruck-, Blutzucker- und Cholesterinwerten – gedeutet werden.

Weiterhin betrachtet aus der ärztlichen Perspektive sind neben den Überlegungen zur Wissens Ebene überdies Kommunikations- und Interaktionskompetenzen erforderlich, um Prozesse partizipativer Entscheidungsfindung professionell gestalten und begleiten zu können. Ohne auf diese Kompetenzen im Einzelnen eingehen zu wollen, ist – als ein Ergebnis der vorliegenden Untersuchung – zu hinterfragen, wie Ärzte und Ärztinnen jeweilige Partizipations- und Behandlungsbedürfnisse und -interessen von Patienten und Patientinnen einschätzen. So ist in den Interviews die Rede von einem intuitiven Vorgehen, d.h. einem intuitiven Erfassen patientenbezogener Bedürfnisse und Interessen. Das Moment der Intuition findet sich zum einen als Begründung für die wahrgenommene Notwendigkeit eines direktiven Vorgehens; und zum anderen als Basis für bestimmte ärztlich-therapeutische Entscheidungen; explizit im Kontext der Auswahl von Medikamenten gemäß einer sog. ‚Patiententypologie‘. Die in den Interviews beschriebene Intuition verbindet sich mit Bildern vom Anderen, z.B. von Patienten und Patientinnen, die als besonders beunruhigt, überfordert oder verunsichert eingeschätzt werden, aus denen dann ein jeweiliges ärztliches Handeln abgeleitet wird. Ohne die einzelnen Wahrnehmungen generell in Frage stellen zu wollen, bleibt zu hinterfragen, inwieweit Vorstellungen von einem ‚richtigen‘ ärztlichen Vorgehen Wahrnehmungsprozesse beeinflussen. Anders ausgedrückt: Die Reflexion von Wahrnehmungsprozessen dürfte – gerade vor dem Hintergrund des Paradigmas von ‚richtigen‘ und ‚falschen‘ Vorgehensweisen – eine wichtige Voraussetzung für die Gestaltung von Prozessen partizipativer Entscheidungsfindung sein. Dabei ist der Frage nachzugehen, welche Beobachtungen und Deutungen und welche Motive einem intuitiven Vorgehen jeweils zugrunde liegen. Neben einer Erörterung des Aspektes der Intuition bedarf es ebenso einer Auseinandersetzung mit notwendigen Kompetenzen für die Gestaltung von Entscheidungs*begleitung*. Dabei gilt es zu überdenken, was es für Ärzte und Ärztinnen bedeutet, Patienten und Patientinnen während und nach einer Entscheidung zu begleiten, wobei die Entscheidung u.U. konträr zu dem stehen kann, was aus professioneller Perspektive als empfehlenswert angesehen wird. Des Weiteren ist zu erörtern, welche Bedeutung Entscheidungsfindung und Entscheidungs*begleitung* im Hinblick auf chronische Erkrankungen haben, in deren Kontext es weniger um eine Entscheidung denn vielmehr um immer wieder neu zu kommunizierende und zu treffende Zielvereinbarungen geht.

Das kardiovaskuläre Gesamtrisikokonzept steht insgesamt im Spannungsfeld eines Wandels von medizinischem Fachwissen einerseits bei gleichzeitiger Berücksichtigung partizipativer Entscheidungsprozesse andererseits. Die Komplexität der damit verbundenen Veränderungen lässt vermuten, dass eine Verwirklichung des neuen Konzeptes (nicht nur) im hausärztlichen Versorgungsalltag längere Zeiträume erfordern wird. Welche unterstützenden Maßnahmen im Sinne einer Förderung des Wandels sind vorstellbar? Zu überdenken sind u.a.

die Bereiche der Wissensverbreitung, der Wissensvermittlung wie auch der Reflexion von Wissen im Hinblick auf das jeweilige professionelle Handeln. Um Veränderungsprozesse zu gestalten ist es erforderlich, dass alle beteiligten Akteure und Akteurinnen über jeweils aktuelles Wissen verfügen. Gerade in Zeiten immer weiter zunehmender Informationsvielfalt gilt es – auf einer strukturellen Ebene – praxistaugliche Lösungen, z.B. durch regelmäßige, automatische Zusendung wesentlicher Informationen an alle Ärzte und Ärztinnen, zu entwickeln. Ferner gilt es zu überdenken, wie Veranstaltungen ärztlicher Fort- und Weiterbildung zukünftig zu gestalten sind und welche Inhalte sie – in Zeiten einer Auflösung des Paradigmas von ‚richtigen‘ und ‚falschen‘ Vorgehensweisen bei gleichzeitiger Förderung partizipativer Entscheidungsfindungen – umfassen könnten.

Nicht zuletzt erscheint das Konzept partizipativer Entscheidungsfindung vor dem Hintergrund der vorab skizzierten Überlegungen weniger als eine ‚neue Versorgungstechnik‘ denn vielmehr als ein kultureller Wandel im Hinblick auf die Gestaltung zukünftiger Begegnungen zwischen Ärzten/ Ärztinnen und Patienten/ Patientinnen. Um den Wandel zu verwirklichen, werden alle beteiligten Akteure und Akteurinnen Zeit benötigen, was nicht zuletzt bedeutet, dass auch in aktuellen Wünschen nach einem direktiven Vorgehen bereits heute Interesse für und Bedarf an Partizipation enthalten ist oder sein kann.

Zu den Grenzen der vorliegenden Untersuchung

Nochmals aufzugreifen bleibt die Differenzierung zwischen der Beschreibung von Haltungen im Rahmen qualitativer Interviews und der Untersuchung von Verhalten, für die es eines entsprechend anderen Forschungsdesigns bedarf. Im Rahmen der vorliegenden Untersuchung ist eine interpretative Verbindung zwischen der Wissensenebene auf der einen und der Entscheidungsebene auf der anderen Seite vorgestellt worden. Gleichwohl sind jenseits der fachwissenschaftlichen Ebene im Hinblick auf Handlungs- und Entscheidungsgestaltung wesentliche weitere Aspekte von Bedeutung, wie z.B. strukturelle Rahmenbedingungen, explizit Fragen der Ökonomie, die jedoch nicht Gegenstand dieser Untersuchung gewesen sind.

Bezogen auf den Themenkomplex des Wissensmanagements ist im Verlauf der Interpretation hervor getreten, dass den Interviews nur wenig Aussagen zur kontinuierlichen Wissensaktualisierung im hausärztlichen Versorgungsalltag zu entnehmen sind. Offen bleibt, inwieweit dieses Phänomen dem Modus der Fragestellungen im Interview geschuldet ist und bzw. oder von einer Abwehr der Befragten bei diesem Thema auszugehen ist. Detailliertere Kenntnisse zu diesem Themenfeld, als sie im Rahmen der vorliegenden Untersuchung gewonnen werden konnten, erscheinen wünschenswert.

Die Untersuchung richtet sich auf Fragen der Behandlung von Menschen mit Bluthochdruck bzw. einem erhöhten bis hohen kardiovaskulären Gesamtrisiko. Von besonderer Bedeutung ist dabei der diesem Feld inhärente Wandel von einer Ziel- und Grenzwertorientierung hin zu kardiovaskulären Gesamtrisikobetrachtungen. Denkbar ist, weitere Untersuchungen in anderen Behandlungsfeldern, die ebenso inhaltlichen Weiterentwicklungs- und Wandlungsprozessen unterliegen werden, durchzuführen, um weiterführende Erkenntnisse zu ärztlichem Wissensmanagement in Zeiten zunehmender partizipativer Entscheidungsfindung zu gewinnen.

7. Literaturverzeichnis

Abholz H-H. Das Richtige und das Falsche bei Kardiovaskulärer Prävention. Überlegungen zur Serie „Kardiovaskuläre Prävention“ der ZFA. Z Allg Med 2004; 80: 210-212

Abholz H-H, Donner-Banzhoff N, Niebling W. Das Konzept der Nationalen Versorgungs-Leitlinie (NVL) – was bedeutet dies für Hausärzte? Z Allg Med 2006; 82: 274-277

Abholz H-H, Kochen M M. Definition der Allgemeinmedizin. In: Kochen M M. (Hg.) Allgemeinmedizin und Familienmedizin. Stuttgart. Thieme Verlag. 3. Aufl. 2006: 502-506

Abholz H-H, Schmacke N. et al. Verbesserung der hausärztlichen Bluthochdruck- und Gesamtrisikobehandlung durch leitliniengestützte Intervention. Poster auf dem Workshop zum Förderschwerpunkt „Versorgungsforschung“ in Erkner am 27./28.11.2005

Abholz H-H, Schmacke N. Verbesserung der hausärztlichen Bluthochdruckbehandlung durch leitliniengestützte Interventionen – sowie Untersuchung zu deren Erfolgsabhängigkeit von der Patienten-Arzt-Beziehung, dem Geschlecht und der sozialen Stellung/ Lebenssituation des Patienten. Projektantrag im Rahmen des Förderschwerpunktes „Versorgungsforschung“ (3. Förderphase) beim Bundesministerium für Bildung und Forschung sowie den Spitzenverbänden der Krankenkassen. Düsseldorf/ Bremen 07/2004

Alheit P, Hanses A. Institution und Biografie: Zur Selbstreflexivität personenbezogener Dienstleistungen. In: Hanses A. (Hg.) Biografie und Soziale Arbeit. Grundlagen der Sozialen Arbeit. Bd. 9. Baltmannsweiler. Schneider Verlag Hohengehren 2004: 8-28

Aronson J K. Live long and prosper: a mass strategy for treating the factors associated with ischaemic heart disease and stroke. J Med Screen 2004; 11: 1-2

Ärztliche Zentralstelle Qualitätssicherung (ÄZQ) (Hg.) Leitlinien-Clearingsbericht „Koronare Herzkrankheit“. Beschlossen durch die Erweiterte Planungsgruppe des Leitlinien-Clearingverfahrens am 12.12.2002. Köln 2002

Assmann G, Cullen P, Schulte H. Simple scoring scheme for calculating the risk of acute coronary events based on the 10-year follow-up of the prospective cardiovascular Munster (PROCAM) study. Circulation 2002; 105: 310-315

Atteslander P. Methoden der empirischen Sozialforschung. Berlin und New York. WdeG-Verlag. 10. Aufl. 2003

Bach Nielsen K-D, Dyhr L, Lauritzen T, Malterud K. „You can't prevent everything anyway“. A qualitative study of beliefs and attitudes about refusing health screening in general practice. Fam Pract. 2004; 21 (1): 28-32

Bensing J. The separate worlds of evidence-based medicine and patient-centered medicine. Patient Education and Counseling 2000; 39 (1): 17-25

Bogner A, Wolfgang M. Expertenwissen und Forschungspraxis: die modernisierungstheoretische und die methodische Debatte um die Experten. Zur Einführung in ein unübersichtliches Problemfeld. In: Bogner A, Littig B, Menz W. (Hg.) Das Experteninterview. Theorie, Methode, Anwendung. Wiesbaden. VS Verlag für Sozialwissenschaften. 2. Aufl. 2005: 7-30

Borgers D. Kardiovaskuläre Primärprävention: Wie „behandelt“ man ein multifaktorielles Risiko? Z Allg Med 2004; 80: 463-469

Brockmann S. Hausärztliche Leitlinien zwischen Erfahrung und „Evidence“. Düsseldorf. Omikron Publishing GmbH 2004

Burstein J M, Yan R, Weller I, Abramson B L. Management of congestive heart failure: a gender gap may still exist. Observations from a contemporary cohort. BMC Cardiovascular Disorders 2003; 3: 1-7

Charles C, Gafni A, Whelan T. Shared Decision-Making in the medical encounter: What does it mean? (Or it takes at least two to tango). Social Science & Medicine 1997; 44 (5): 681-692

Charles C, Gafni A, Whelan T. Decision-making in the physician-patient encounter: revisiting the shared treatment decision-making model. Social Science & Medicine 1999; 49: 651-661

Conroy R M, Pyörälä K, Fitzgerald A P, Sans S, Menotti A, De Backer G. et al. Estimation of ten-year risk of fatal cardiovascular disease in Europe: The SCORE project. Europ. Heart J. 2003; 24: 987-1003

De Backer G. et al. European guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice. Third Joint Task Force of European and other Societies on Cardiovascular Disease Prevention in Clinical Practice. European Heart Journal 2003; 24: 1601-1610

Deinzer A, Hegemann T, Veelken R, Schmieder R E. Partnerschaftliche Entscheidungsfindung bei der Hypertoniebehandlung. An einem Strang ziehen. MMW-Fortschr. Med. 2004; 146 (16): 291-293

Deutsche Hochdruckliga e.V. (DHL). Leitlinie zur Behandlung der arteriellen Hypertonie der Deutschen Hochdruckliga e.V. (DHL). www.hochdruckliga.de (Stand: 09.02.2008)

Donner-Banzhoff N. Perspektiven der Hypertoniebehandlung in der hausärztlichen Praxis. ZaeFQ 2001; 95: 333-38

Donner-Banzhoff N. et al. Leitlinien-Clearing-Bericht „Hypertonie“. Zusammenfassung und Empfehlungen für eine nationale Hypertonie-Leitlinie in Deutschland. ZaeFQ 2000; 94: 341-349.

Edwards A, Elwyn G, Wood F, Atwell C, Prior L, Houston H. Shared decision making and risk communication in practice. A qualitative study of GPs' experiences. British Journal of General Practice 2005; 01: 6-13

Edwards A, Elwyn G, Hood K, Atwell C, Robling M, Houston H, Kinnersley P, Russell I. et al. Patient-based outcome results from a cluster randomized trial of shared decision making skill development and use of risk communication aids in general practice. Family Practice 2004; 21 (4): 337-346

Elwyn G, Edwards A, Rhydderch M. (Übersetzung von Simon D, Härter M.) Shared Decision Making: das Konzept und seine Anwendung in der klinischen Praxis. In: Härter M, Loh A, Spieß C. (Hg.) Gemeinsam entscheiden – erfolgreich behandeln. Neue Wege für Ärzte und Patienten im Gesundheitssystem. Köln. Dt. Ärzte Verlag 2005: 3-12

Elwyn G, Edwards A, Hood K, Robling M, Atwell C, Russell I, Wensing M, Grol R. et al. Achieving involvement: process outcomes from a cluster randomized trial of shared decision making skill development and use of risk communication aids in general practice. Family Practice 2004; 21 (4): 347-354

Elwyn G, Edwards A, Kinnersley P, Grol R. Shared decision making and the concept of equipoise: the competences of involving patients in healthcare choices. *British Journal of General Practice* 2000; 50: 892-897

Flick U. *Qualitative Sozialforschung. Eine Einführung.* Reinbek bei Hamburg. Rowohlt Verlag. 6. Aufl. 2002

Flick U, v. Kardoff E, Steinke I. (Hg.) *Qualitative Forschung. Ein Handbuch.* Reinbek bei Hamburg. Rowohlt Verlag 2000

Gadamer H-G. Der hermeneutische Vorgang der Frage. In: Ders.: *Wahrheit und Methode. Grundzüge einer philosophischen Hermeneutik.* Band 1. Mohr Siebeck Verlag. Tübingen 1986: 368-384

Glaser B G, Strauss A L. *Grounded Theory. Strategien qualitativer Forschung.* Bern. Verlag Hans Huber 1998

Grimshaw J M, Shirran L, Thomas R, Mowatt G, Fraser C, Bero L, Grilli R. et al. Changing provider behavior: an overview of systematic reviews of interventions. *Med. Care* 2001; 39 (8 Suppl. 2): 112-145

Grimshaw J M, Thomas R E, MacLennan G, Fraser C, Ramsay C R, Vale L, Whitty P. et al. Effectiveness and efficiency of guideline dissemination and implementation strategies. *Health Technol Assess.* 2004; 8 (6): iii-iv, 1-72

Grohe C, Vetter H. Die Hochdrucktherapie braucht eine Frauenbewegung. *MMW-Fortschr. Med.* 2003; 145 (47): 30-33

Grol R, Wensing M. What drives change? Barriers to and incentives for achieving evidence-based practice. *MJA* 2004; 180 (6 Suppl.): S57-S60

Hamann J, Neuner B, Kasper J, Vodermaier A, Loh A, Deinzer A, Heesen C, Kissling W, Busch R, Schmieder R, Spiess C, Caspari C, Härter M. Participation preferences of patients with acute and chronic conditions. *Health Expectation* 2007; 10 (4): 358-363

Hanses A. (Hg.) *Biografie und Soziale Arbeit. Grundlagen der Sozialen Arbeit.* Bd. 9. Baltmannsweiler. Schneider Verlag Hohengehren 2004

Härter M, Loh A, Spieß C. (Hg.) *Gemeinsam entscheiden – erfolgreich behandeln. Neue Wege für Ärzte und Patienten im Gesundheitssystem.* Köln. Dt. Ärzte Verlag 2005

Harrison S, Dowswell G, Wright J, Russell I. General practitioners' uptake of clinical practice guidelines: a qualitative study. *J Health Serv Res Policy* 2003; 8 (3): 149 – 153

Hasenbein U, Wallesch C.-W. Was ist Leitlinienkonformität? Theoretische und methodische Überlegungen zu einem aktuellen Konzept der Versorgungsforschung und Qualitätssicherung. *Gesundheitswesen* 2007; 69: 427-437

Hasenbein U, Schulze A, Busse R, Wallesch C W. Ärztliche Einstellungen gegenüber Leitlinien. Eine empirische Untersuchung in neurologischen Kliniken. *Gesundheitswesen* 2005; 67: 332-341

Hasenbein U, Wallesch C W, Rübiger J. Ärztliche Compliance mit Leitlinien. Ein Überblick vor dem Hintergrund der Einführung von Disease-Management-Programmen. *Gesundh ökon Qual manag* 2003; 8: 363-375

Hense H-W, Schulte H, Löwel H, Assmann G, Keil U. Framingham risk function overestimates risk of coronary heart disease in men and women from Germany – results from the MONICA Augsburg and PROCAM cohorts. *Europ. Heart J.* 2003a; 24: 937-945

Hense H-W. Risk factor scoring for coronary heart disease. *BMJ.* 2003b; 327: 1238-1239

Höfling-Engels N. Abschlussbericht zum Projekt „Interviews mit Frauen unter lang dauernder Einnahme weiblicher Hormone in und nach den Wechseljahren“. Ein Projekt des VFwF e.V./Arbeits- und Koordinierungsstelle Gesundheitsversorgungsforschung. Bremen 2006. www.akg.uni-bremen.de/pages/arbeitspapierBeschreibung.php?ID=4&SPRACHE=DE (Stand 28.11.2007)

Hulscher M.E, Wensing M, van der Weijden T, Grol R. Interventions to implement prevention in primary care. *Cochrane Database Syst Rev* 2001; 1: CD000362

Janßen C, Borgetto B, Heller G. Medizinsoziologische Versorgungsforschung. Theoretische Ansätze, Methoden, Instrumente und empirische Befunde. Weinheim und München. Juventa Verlag 2007

Janßen C. Soziale Schicht und „Gesundheitliche Kontrollüberzeugung“. In: Mielck A, Bloomfield K. (Hg.) Sozial-Epidemiologie. Eine Einführung in die Grundlagen, Ergebnisse und Umsetzungsmöglichkeiten. Weinheim und München. Juventa-Verlag 2001: 184-195

Kahl H, Hölling H, Kamtsiuris P. Inanspruchnahme von Früherkennungen und Maßnahmen zur Gesundheitsförderung. *Gesundheitswesen* 1999; Sonderheft 2: 163-168

Kaiser T, Jennen E, Sawicki P T. Entscheidungsgrundlage zur evidenzbasierten Diagnostik und Therapie bei Disease Management Programmen für Arterielle Hypertonie. Arbeitsgruppe Praktische evidenzbasierte Medizin St. Franziskus Hospital Köln und DleM – Institut für evidenzbasierte Medizin Köln. Version 2/ 2003

Keil U, Fitzgerald A P, Gohlke H. et al. Risikoabschätzung tödlicher Herz-Kreislauf-Erkrankungen: Die neuen SCORE-Deutschland-Tabellen für die Primärprävention. *Dt. Ärzteblatt* 2005; 102 (25): A1808-A1812

Kelle U, Kluge S. Vom Einzelfall zum Typus. Opladen. Leske und Budrich 1999

Krones T, Keller H, Sönnichsen A C, Sadowski A C, Sadowski E M, Baum E, Donner-Banzhoff N. Partizipative Entscheidungsfindung in der kardiovaskulären Risikoprävention: Ergebnisse der Pilotstudie von ARRIBA-Herz, einer konsultationsbezogenen Entscheidungshilfe für die allgemeinmedizinische Praxis. *Zeitschrift für Medizinische Psychologie* 2006; 2: 61-70

Knopf H. Arzneimittelanwendung bei Frauen und Männern mit koronarer Herzkrankheit. Ergebnisse des Bundes-Gesundheitssurveys 1998. *Bundesgesundheitsbl – Gesundheitsforsch – Gesundheitsschutz* 2004; 47: 1051-1056

Kuhlmann E, Kolip P. Gender und Public Health. Grundlegende Orientierungen für Forschung, Praxis und Politik. Weinheim und München. Juventa Verlag 2005

Kurtz T. Berufssoziologie. Bielefeld. Transcript Verlag 2002

Law M R, Wald N J, Morris J K. The performance of blood pressure and other cardiovascular risk factors as a screening test for ischaemic heart disease and stroke. *J Med Screen* 2004; 11: 3-7

- Lenz M, Mühlhauser I. Kardiovaskuläre Risikoabschätzung für eine informierte Patientenentscheidung. Wie valide sind die Prognoseinstrumente? Med Klin 2004; 99: 651-661
- Maeseneer De J M. et al. Provider Continuity in Family Medicine: Does it make a difference for total health costs? Ann Fam Med. 2003; 1: 144-148
- Marzi C, Abholz H-H. Hinweise auf die Überlegenheit eines Primärärztesystemes. Z Allg Med 1999; 75: 736-743
- Mata J, Dieckmann A, Gigerenzer G. Verständliche Risikokommunikation, leicht gemacht – Oder: Wie man verwirrende Wahrscheinlichkeitsangaben vermeidet. Z Allg Med 2005; 81: 537-541
- Mayring P. Generalisierung in qualitativer Forschung. Forum Qualitative Sozialforschung (FQS). www.qualitative-research.net/fqs/ (Stand: 28.11.2007). 2007; Vol. 8 (3)/ Art. 26
- Mayring P. Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken. Weinheim und Basel. Beltz Verlag/ UTB. 8. Aufl. 2003
- Mayring P. Einführung in die qualitative Sozialforschung. Weinheim und Basel. Beltz Verlag. 5. Aufl. 2002
- McAlister F A, Graham I, Karr G W, Laupacis A. Evidence-Based Medicine and the Practicing Clinician. J Gen Intern Med 1999; 14: 236-242
- McKenna H P, Ashton S, Keeney S. Barriers to evidence-based practice in primary care. Journal of Advanced Nursing 2003; 45: 178-189
- Mead N, Bower P. Patient-centeredness: a conceptual framework and review of empirical literature. Soc Med Science 2000; 51: 1087-1098
- Meuser M, Nagel U. ExpertInneninterviews – vielfach erprobt, wenig bedacht. Ein Beitrag zur qualitativen Methodendiskussion. In: Bogner A, Littig B, Menz W. (Hg.) Das Experteninterview. Theorie, Methode, Anwendung. Wiesbaden. VS Verlag für Sozialwissenschaften. 2. Aufl. 2005: 71-93
- Middeke M. Arterielle Hypertonie. Stuttgart. Thieme Verlag 2005
- Monitoring der Gesundheitsuntersuchung gem. § 25 SGB V – Auswertung der Berichtsvordrucke der Jahre 1990, 1994 und 1999; Kurzkomentierung u. Tabellenband, dort jeweils Tabelle 9, Zentralinstitut für die Kassenärztliche Versorgung. Köln
- Murphy E, Dingwall R, Greatbatch D. et al. Qualitative research methods in health technology assessment: a review of the literature. Health Technol Assessment 1998; 2(16)
- Naidoo J, Wills J. Lehrbuch der Gesundheitsförderung. 1. Aufl. der dt. Ausgabe. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BzgA). Köln 2003
- Nilsson P. et al. Gender differences in secondary prevention of coronary heart disease: reasons to worry or not? Scand J Prim Health Care 2003; 21: 37-42
- Ollenschläger G, Kopp I, Lelgemann M, Sänger S, Klakow-Franck R, Gibis B, Gramsch E, Jonitz G. (für die erweiterte Planungsgruppe des ÄZQ) Das Programm für Nationale Versorgungsleitlinien von BÄK, AWMF und KBV. Ziele, Inhalte, Patientenbeteiligung. Bundesgesundheitsbl – Gesundheitsforsch – Gesundheitsschutz 2007a; 3: 368-376

Ollenschläger G. Nicht Linientreu. Die Entwicklung nationaler Versorgungs-Leitlinien von BÄK, KBV und AWMF schreitet gut voran. Doch ihre Verankerung im medizinischen Alltags-handeln ist noch schwach. Niedersächsisches Ärzteblatt 2007b; 80 (6): 48-49

Oriol Zerbe C, Abholz H-H. Primärpräventive Verschreibung von Lipidsenkern in deutschen Hausarztpraxen – ein empirischer Vergleich zu den Vorgaben von Risikotabellen. Z Allg Med 2004; 80: 63-69

Piper J. Kardiovaskuläre Risikostratifizierung in der Primärprävention. Teil I: Möglichkeiten und Grenzen etablierter Risiko Scores. Prävention und Rehabilitation 2006; 18 (1): 1-7

Pfaff H. Versorgungsforschung – Begriffsbestimmung, Gegenstand und Aufgaben. In: Pfaff H, Schrappe M, Lauterbach K W. et al. (Hg.) Gesundheitsversorgung und Disease Management – Grundlagen und Anwendungen der Versorgungsforschung. Bern. Verlag Hans Huber 2003: 13-23

Pfaff H, Schmacke N, Schrappe M. Förderung einer zukunftsorientierten Versorgungsforschung. www.akg.uni-bremen.de/index.php (Arbeitspapiere) (Stand: 28.11.2007)

Sackett D L, Wennberg J E. Choosing the best research design for each question. It's time to stop squabbling over the "best" methods. Editorials. BMJ 1997; 315: 1636

Sadowski E M, Eimer C, Keller H, Krones T, Sönnichsen A C, Baum E, Donner-Banzhoff N. Evaluation komplexer Interventionen: Implementierung von ARRIBA-Herz©, einer Beratungsstrategie für die Herz-Kreislaufprävention. Qualitative Studie zu hindernden und fördernden Faktoren. Z Allg Med 2005; 81: 429-434

Schäfer T. Arzneimittelinformation und Arzneimittelberatung – Betrachtung eines Modellversuchs unter dem Aspekt der Qualitätssicherung. In: Häussler B, Schliehe F, Brennecke R, Weber-Falkensammer H. (Hg.) Sozialmedizinische Ansätze der Evaluation im Gesundheitswesen. Band 2. Köln. Springer Verlag 1992: 107-121

Scheibler F, Pfaff H. (Hg.) Shared Decision-Making. Der Patient als Partner im medizinischen Entscheidungsprozess. Weinheim und München. Juventa Verlag 2003a

Scheibler F, Pfaff H. Shared decision making: ein Überblicksartikel über die internationale Forschungsliteratur. Soz.-Präventivmed. 2003b; 48: 11-24

Schmacke N. Versorgungsforschung: Hoffnungsträger oder Modernismus? GGW 2007; 7 (1): 7-13

Schmacke N. Meine Pillen ess' ich nicht. Gesundheit und Gesellschaft 2007; 10 (11): 32-37

Schmacke N. Fortschritte in der Medizin und demographischer Wandel – Plädoyer für einen Perspektivwechsel. IMPLICONplus – Gesundheitspolitische Analysen – www.implicon.de (Stand: 28.11.2007). Berlin 2007; 8: 1-7

Schmacke N. DMP – Notwendigkeit zur Verbesserung der Versorgung oder Bedrohung hausärztlicher Arbeitsweise. Z Allg Med 2006; 82: 479-485

Schmacke N. Grenzen der Machbarkeit von Gesundheit. Wider die Totalisierungstendenz des modernen Medizinbetriebs. Med Klin 2006; 101: 428-432

Schmacke N. Wie viel Medizin verträgt der Mensch? Bonn. Kompart Verlag 2005

- Schmacke N. Versorgungsforschung: Auf dem Weg zu einer Theorie der letzten Meile. *Gesundh ökon Qual manag* 2004; 9: 167-171
- Schneider A, Körner T, Mehring M, Wensing M, Elwyn G, Szecsenyi J. Impact of age, health locus control and psychological co-morbidity on patients' preferences of shared decision making in general practice. *Patient Education and Counseling* 2006; 61: 292-298
- Schneider C A, Hagemeister J, Pfaff H, Mager G, Höpp H W. Leitlinienadäquate Kenntnisse von Internisten und Allgemeinmedizinern am Beispiel der arteriellen Hypertonie. *ZaeFQ* 2001; 95: 339-44
- Sielk M, Brockmann S, Wilm S. Qualitative Forschung – Hineindeuten in oder Abbilden von Wirklichkeit? Ein klärender methodischer Überblick. *Z Allg Med* 2004; 80: 334-342
- Stamer M. Ärztliches Wissensmanagement im Fokus qualitativer Versorgungsforschung - Am Beispiel eines Projektes zur Optimierung hausärztlicher Behandlung von Patienten und Patientinnen mit Bluthochdruck. Abstract für die 8. Jahrestagung DNEbM. Berlin 22.-24.03.2007
- Stamer M, Schmacke N. Zur Kommunikation über kardiovaskuläre Risiken aus der Perspektive von Hausärzten und Hausärztinnen – Ein qualitatives Forschungsprojekt. Abstract für den Kongress ‚Medizin und Gesellschaft‘. Augsburg 17.-21.09.2007
- Stamer M. Partizipative Entscheidungsfindung aus der Perspektive niedergelassener Hausärzte und Hausärztinnen. *Newsletter des IPP Bremen* 2007; 3 (05): 3
- Stamer M, Mortsiefer A, in der Schmitt J, Schumacher J, Abholz H-H, Schmacke N. Zur Bedeutung von Risikofaktorenmodellen in der hausärztlichen Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Bluthochdruck - Eine qualitative Untersuchung. Abstract für den 5. Versorgungsforschungskongress. Ludwigshafen 13.05.2006. *herzmedizin* 2006; 23 (Suppl. 1): 17f.
- Stamer M, Schmacke N. Studienprotokoll zum qualitativen Studienabschnittes im Rahmen des Projektes „Verbesserung der hausärztlichen Bluthochdruckbehandlung durch leitlinien-gestützte Interventionen – sowie Untersuchung zu deren Erfolgsabhängigkeit von der Patienten-Arzt-Beziehung, dem Geschlecht und der sozialen Stellung/ Lebenssituation des Patienten“. Bremen 10/ 2005
- Stangl V, Baumann G, Stangl K. Coronary atherogenic risk factors in women. *European Heart Journal* 2002; 23: 1738-1752
- Starfield B, Shi L. Policy relevant determinants of health: an international perspective. *Health Policy* 2002; 60: 201-18
- Starfield B. Primary care – Balancing health needs, services, and technology. Rev. ed. New York et al. Oxford Univ. Press 1998
- Steinke I. Gütekriterien qualitativer Forschung. In: Flick U, v. Kardoff E, Steinke I. (Hg.) *Qualitative Forschung. Ein Handbuch*. Reinbek bei Hamburg. Rowohlt Verlag 2000: 319-331
- Stewart M, Brown J B, Donner A. et al. The impact of patient-centered care on outcomes. *J Fam Pract.* 2000; 49 (9): 796-804
- Thamm M. Blutdruck in Deutschland – Zustandsbeschreibung und Trends. *Gesundheitswesen* 1999; 61/ Sonderheft 2: 90-93

Thomssen W. Deutungsmuster – Eine Kategorie der Analyse von gesellschaftlichem Bewusstsein. In: Pädagogische Arbeitsstelle des Deutschen Volkshochschul-Verbandes (Hg.) Gesellschaftliche Voraussetzungen der Erwachsenenbildung. Bd. 1. Frankfurt am Main 1992: 51-65

Tomlin Z, Humphrey C, Rogers S. General practitioners' perceptions of effective health care. BMJ 1999; 318: 1532 – 1535

Tracy C S, Dantas G C, Upshur R E. Evidence-based medicine in primary care: qualitative study of family physicians. BMC Fam Pract. 2003; 4: 6 (www.biomedcentral.com/1471-2296/4/6) (Stand: 20.02.2008)

Vollmer H C, Rieger M A, Popert U, Butzlaff M. Neue Bluthochdruck-Leitlinien - Handlungsbedarf für Hausärzte? Z Allg Med 2004; 80: 237-242

Wagner N, Pittrow D, Kirch W, Küpper B, Krause P, Höfler M, Bramlage P, Wittchen H-U. Leitlinienorientierung deutscher Hausärzte bei der Diagnostik und Therapie der arteriellen Hypertonie und des Diabestes mellitus. Soz.-Präventivmed. 2004; 49: 261-268

Wald N J, Law M R. A strategy to reduce cardiovascular disease by more than 80%. BMJ 2003; 326: 1419-1423

www.patient-als-partner.de: Website des Förderschwerpunktes „Patient als Partner im medizinischen Entscheidungsprozess“. Förderung durch das Bundesministerium für Gesundheit. (Stand: 28.11.2007)

www.hausarzt-handbuch.de/khk/inhalt.php: Website zum Hausarzt Handbuch Koronare Herzkrankheit (KHK). München. MED.KOMM. Verlag für medizinische Kommunikation. (Stand 28.11.2007)

www.hochdruckliga.de: Website der Deutschen Hochdruckliga e.V. (DHL). (Stand: 09.02.2008)

www.versorgungsleitlinien.de: Programm für Nationale VersorgungsLeitlinien. Eine gemeinsame Initiative von BÄK, KBV und AWMF zur Qualitätsförderung in der Medizin. (Stand: 19.01.2008)

www.versorgungsleitlinien.de/glossar: Programm für Nationale VersorgungsLeitlinien. Eine gemeinsame Initiative von BÄK, KBV und AWMF zur Qualitätsförderung in der Medizin (Stand: 19.01.2008)

Anhang 1: Vorträge, Publikationen und Posterpräsentationen¹³⁹

Abholz H-H, Schmacke N. et al. Verbesserung der hausärztlichen Bluthochdruck- und Gesamtrisikobehandlung durch leitliniengestützte Intervention. Poster auf dem Workshop zum Förderschwerpunkt ‚Versorgungsforschung‘ in Erkner am 27./28.11.2005

Schmacke N. DMP – Notwendigkeit zur Verbesserung der Versorgung oder Bedrohung hausärztlicher Arbeitsweise. Z Allg Med 2006; 82: 479-485

Stamer M. Ärztliches Wissensmanagement im Fokus qualitativer Versorgungsforschung - Am Beispiel eines Projektes zur Optimierung hausärztlicher Behandlung von Patienten und Patientinnen mit Bluthochdruck. Abstract für die 8. Jahrestagung DNEbM. Berlin 22.-24.03.2007

Stamer M, Schmacke N. Zur Kommunikation über kardiovaskuläre Risiken aus der Perspektive von Hausärzten und Hausärztinnen – Ein qualitatives Forschungsprojekt. Abstract für den Kongress ‚Medizin und Gesellschaft‘. Augsburg 17.-21.09.2007

Stamer M. Partizipative Entscheidungsfindung aus der Perspektive niedergelassener Hausärzte und Hausärztinnen. Newsletter des IPP Bremen 2007; 3 (5): 3

Stamer M, Mortsiefer A, in der Schmitt J, Schumacher J, Abholz HH, Schmacke N. Zur Bedeutung von Risikofaktorenmodellen in der hausärztlichen Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Bluthochdruck - Eine qualitative Untersuchung. Abstract für den 5. Versorgungsforschungskongress. Ludwigshafen 13.05.2006. herzmedizin 2006; 23 (Suppl. 1): 17f.

¹³⁹ Stand: Februar 2008.

Anhang 2: Leitfaden für Experten- und Expertinneninterviews mit Praktischen Ärzten/ Ärztinnen, Fachärzten und Fachärztinnen für Allgemeinmedizin und Innere Medizin (Hausärztliche Versorgung) – Erste Erhebungsphase

Themenkomplex 1: Einleitung

Stichworte: Berufliche Motivation, Hausärztlicher Versorgungsbereich, Bluthochdruckbehandlung

Fragestellungen	Mögliche Nachfragen
<p><i>Das Forschungsprojekt ist im hausärztlichen Versorgungsbereich angesiedelt. Gerne möchte ich das Interview deshalb mit Ihrer Situation als Facharzt/ Fachärztin für Allgemeinmedizin/ Innere Medizin beginnen.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Wie sind Sie zu der Entscheidung gekommen, sich als Hausarzt/ Hausärztin niederzulassen? ▪ Was gefällt Ihnen am hausärztlichen Versorgungsbereich besonders gut? <p><i>Im Projekt geht es speziell um hausärztliche Versorgung von Menschen mit Bluthochdruck.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Wie schätzen Sie – als Facharzt/ Fachärztin für Allgemeinmedizin/ Innere Medizin – denn die Möglichkeiten und Grenzen hausärztlicher Bluthochdruckbehandlung ein? 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Was waren damals Ihre Gründe, sich als Hausarzt/ Hausärztin niederzulassen? ▪ Und was gefällt Ihnen weniger gut? ▪ Nachfrage bezogen auf den Bereich (Möglichkeiten/ Grenzen) stellen, der in der Antwort nicht oder nur kurz erwähnt wird.
<p><i>Sie stellen bei einem Patienten/ einer Patientin in Ihrer Praxis Bluthochdruck fest.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Bitte beschreiben Sie doch einmal, wie Sie als Arzt/ Ärztin nun üblicherweise vorgehen. Was genau machen Sie? 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Was ist Ihnen dabei besonders wichtig? Warum? ▪ Was teilen Sie dem Patienten/ der Patientin im Rahmen von Folgekonsultationen mit? ▪ Wie gehen Sie bei der Auswahl von Medikamenten vor? ▪ Und was bedeutet es für Patienten und Patientinnen Bluthochdruck zu haben?

Themenkomplex 2: Kommunikation und Interaktion

Stichworte: Behandlungsansätze und -differenzen, Behandlungsentscheidungen, Risikofaktoren, (Non-) Compliance, Krankheitskonzepte, Lebenswelten

Fragestellungen	Mögliche Nachfragen
<p><i>Behandlungsentscheidungen sind ein sehr komplexes Feld im ärztlichen Handeln.</i></p> <ul style="list-style-type: none">▪ Wenn Sie an Ihre Patienten und Patientinnen mit Bluthochdruck denken; wie ist es dort jeweils zu den Behandlungsentscheidungen gekommen? (→ Bitte um Beispiele)▪ Was ist für Sie besonders wichtig, wenn Sie an die Interaktion, also die Begegnung zwischen Ihnen und Ihren Patienten und Patientinnen denken? <p><i>Derzeit wird u.a. von informierter oder auch von partnerschaftlicher Entscheidungsfindung – also einer gemeinsamen Entscheidungsfindung von Arzt/ Ärztin und Patient/ Patientin – gesprochen.</i></p> <ul style="list-style-type: none">▪ Wie schätzen Sie die Möglichkeiten und Grenzen dieser Ansätze – bezogen auf Ihren hausärztlichen Versorgungsalltag – ein?	<ul style="list-style-type: none">▪ Wie sprechen Sie mit Ihren Patienten und Patientinnen über Risikofaktoren und auch über zukünftige Erkrankungsrisiken?▪ Und welche Schwierigkeiten oder Probleme tauchen für Sie als Arzt/ Ärztin in den Begegnungen und Gesprächen mit Ihren Patienten und Patientinnen u.U. auf?▪ Wie gehen Sie zum Beispiel damit um, wenn ein Patient/ eine Patientin Ihre ärztliche Empfehlung nicht annimmt?▪ Nachfrage bezogen auf den Bereich (Möglichkeiten/ Grenzen) stellen, der in der Antwort nicht oder nur kurz erwähnt wird.
<ul style="list-style-type: none">▪ Wie sehen Ihrer Meinung nach Erwartungen und Wünsche von Patienten und Patientinnen im Rahmen einer hausärztlichen Bluthochdruckbehandlung aus?	<ul style="list-style-type: none">▪ Was halten Patienten und Patientinnen ihrer Meinung nach von einer gemeinsamen Entscheidungsfindung? (→ Unterschiede)

Themenkomplex 3: Diagnostik und Therapie, Gender

Stichworte: Versorgung von Menschen mit Bluthochdruck, Gender

Fragestellungen	Mögliche Nachfragen
<p><i>Kommen wir noch mal auf das Thema ‚Diagnostik und Therapie bei Bluthochdruck‘ zurück.</i></p> <ul style="list-style-type: none">▪ In einigen deutschen Studien zum Thema Bluthochdruck heißt es, dass nur ein Teil der bekannten Hypertoniker und Hypertonikerinnen vorgegebene Zielwerte von 140/90 mmHg erreichen. Was denken Sie, woran das liegt?	<ul style="list-style-type: none">▪ Welche Rolle spielt denn das Thema Bluthochdruck insgesamt in der Medizin?▪ Wie läuft denn die Zusammenarbeit zwischen haus- und fachärztlichem Bereich bezogen auf die Behandlung von Menschen mit Bluthochdruck?
<p><i>Anhand verschiedener Studien ist nachgewiesen worden, dass es im Hinblick auf koronare Herzerkrankungen Unterschiede zwischen Frauen und Männern gibt.</i></p> <ul style="list-style-type: none">▪ Inwieweit sind geschlechtsspezifische Unterschiede Ihrer Meinung nach auch in der Bluthochdruckbehandlung von Belang?	

Themenkomplex 4: *Epidemiologie/ Risikofaktorenmodelle/ Leitlinien/ Interviewabschluss*

Stichworte: *Kardiovaskuläres Gesamtrisiko, Risikofaktorenmodelle, Kommunikation über Risiken*

Fragestellungen	Mögliche Nachfragen
<p><i>In der Epidemiologie wird heutzutage ein sog. Risikofaktorenmodell als Grundlage für Behandlungsentscheidungen bei Bluthochdruck/ erhöhtem kardiovaskulären Gesamtrisiko vorgeschlagen.</i></p> <ul style="list-style-type: none">▪ Was halten Sie von einem solchen Modell im Hinblick auf Ihre Tätigkeit in der hausärztlichen Praxis?▪ Und welche Bedeutung hat ein solches Modell im Gespräch mit Ihren Patienten und Patientinnen?▪ Welche ärztlichen Kernkompetenzen sind Ihrer Meinung nach erforderlich bei der Behandlung von Menschen mit Bluthochdruck?	<ul style="list-style-type: none">▪ Was verbinden Sie mit dem Begriff des Risikos?▪ Und was denken Sie verbindet Ihre Patienten und Patientinnen mit dem Begriff des Risikos?▪ Wie gehen Sie mit der Risikoberechnung im Bezug auf ältere Patienten und Patientinnen um?
<p><i>Wenn Sie Ihre Situation als niedergelassener Facharzt/ niedergelassene Fachärztin für Allgemeinmedizin/ Innere Medizin betrachten:</i></p> <ul style="list-style-type: none">▪ Was wünschen Sie sich im Hinblick auf eine Verbesserung hausärztlicher Versorgungsmöglichkeiten gerade in der Behandlung von Menschen mit Bluthochdruck?▪ Was halten Sie von den Leitlinien speziell zum Bereich Bluthochdruck?▪ Aus welchen Gründen wird Ihrer Meinung nach beim ärztlichen Handeln von den Empfehlungen in den Leitlinien abgewichen?▪ Was denken Sie: Inwieweit lassen sich ärztliche Erfahrung einerseits sowie Standards andererseits miteinander verbinden?	<ul style="list-style-type: none">▪ Und welche Rolle könnten dabei u.U. Leitlinien spielen?▪ Ggf. den Aspekt der Medikamentenwahl an dieser Stelle noch mal ansprechen.▪ Inwieweit sehen Sie Verbindungen zwischen Bluthochdruck- Leitlinien und Leitlinien zur Behandlung bei anderen Risikofaktoren?▪ Wie sollten Leitlinien Ihrer Meinung nach gestaltet sein?
<ul style="list-style-type: none">▪ Gibt es Themen, die Sie gerne noch ansprechen möchten und über die wir bisher noch nicht gesprochen haben?▪ <i>Herzlichen Dank für das Interview.</i>	

Anhang 3: Leitfaden für Experten- und Expertinneninterviews mit Praktischen Ärzten/ Ärztinnen, Fachärzten und Fachärztinnen für Allgemeinmedizin und Innere Medizin (Hausärztliche Versorgung) – Zweite Erhebungsphase

Themenkomplex 1: Einleitung

Stichworte: Berufliche Motivation, Hausärztlicher Versorgungsbereich, Diagnostik und Therapie bei Bluthochdruck, Gender

Fragestellungen	Mögliche Nachfragen
<p><i>Das Forschungsprojekt ist im hausärztlichen Versorgungsbereich angesiedelt. Insofern möchte ich das Interview gerne mit Ihrer Situation als Facharzt/ Fachärztin für Allgemeinmedizin/ Innere Medizin beginnen.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Wie sind Sie zu der Entscheidung gekommen, sich als Hausarzt/ Hausärztin niederzulassen? ▪ Was gefällt Ihnen am hausärztlichen Versorgungsbereich besonders gut? <p><i>Im Projekt geht es speziell um hausärztliche Versorgung von Menschen mit Bluthochdruck.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Wie schätzen Sie – als Facharzt/ Fachärztin für Allgemeinmedizin/ Innere Medizin – die Möglichkeiten und Grenzen hausärztlicher Bluthochdruckbehandlung ein? 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Was waren damals Ihre Gründe, sich als Hausarzt/ Hausärztin niederzulassen? ▪ Und was gefällt Ihnen weniger gut?
<p><i>Sie stellen bei einem Patienten/ einer Patientin in Ihrer Praxis Bluthochdruck fest.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Bitte beschreiben Sie einmal, wie Sie als Arzt/ Ärztin nun üblicherweise vorgehen. Was genau machen Sie? <p><i>Anhand verschiedener Studien ist nachgewiesen worden, dass es im Hinblick auf koronare Herzerkrankungen Unterschiede zwischen Frauen und Männern gibt.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Inwieweit sind Ihrer Meinung nach geschlechtsspezifische Unterschiede auch in der Bluthochdruckbehandlung von Belang? 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Was teilen Sie dem Patienten/ der Patientin im Rahmen von Folgekonsultationen mit? ▪ Wie gehen Sie bei der Auswahl von Medikamenten vor?

Themenkomplex 2: Kommunikation und Interaktion**Stichworte:** Behandlungsansätze und -differenzen, Behandlungsentscheidungen, Risikofaktoren, (Non-) Compliance, Krankheitskonzepte, Lebenswelten

Fragestellungen	Mögliche Nachfragen
<p><i>Behandlungsentscheidungen sind ein sehr komplexes Geschehen im ärztlichen Handeln.</i></p> <ul style="list-style-type: none">▪ Wenn Sie an Ihre Patienten und Patientinnen mit Bluthochdruck denken; wie ist es dort jeweils zu den Behandlungsentscheidungen gekommen? (→ Bitte um Beispiele) <p><i>Derzeit wird u.a. von partizipativer oder auch von informierter Entscheidungsfindung – also einer gemeinsamen Entscheidungsfindung von Arzt/ Ärztin und Patient/ Patientin – gesprochen.</i></p> <ul style="list-style-type: none">▪ Wie schätzen Sie die Möglichkeiten und Grenzen dieses Ansatzes – bezogen auf Ihren hausärztlichen Versorgungsalltag – ein?▪ Wie erleben Sie als Arzt/ Ärztin die Begegnung mit Ihren Patienten und Patientinnen im Prozess einer gemeinsamen Entscheidungsfindung?	<ul style="list-style-type: none">▪ Und welche Schwierigkeiten oder Probleme tauchen für Sie als Arzt/ Ärztin in den Begegnungen und Gesprächen mit Ihren Patienten und Patientinnen u.U. auf?▪ Wie gehen Sie zum Beispiel damit um, wenn ein Patient/ eine Patientin Ihre ärztliche Empfehlung nicht annimmt?

Themenkomplex 3: Epidemiologie/ Risikofaktorenmodell und Teil I der Evaluation**Stichworte:** Risikofaktorenmodell, Kommunikation über Risiken, ärztliches Selbstverständnis

Fragestellungen	Mögliche Nachfragen
<p><i>In der Epidemiologie wird heutzutage vom Konzept des ‚kardiovaskulären Gesamtrisikos‘ gesprochen. Dieses Konzept wird auch in der Kurzleitlinie/ Materialmappe, die Sie im Rahmen des Projektes erhalten haben, erläutert.</i></p> <ul style="list-style-type: none">▪ Welche Erfahrungen haben Sie bisher mit dem Konzept des ‚kardiovaskulären Gesamtrisikos‘ machen können?	<ul style="list-style-type: none">▪ Welche Bedeutung messen Sie dem Bluthochdruck im Kontext des kardiovaskulären Gesamtrisikos bei? Und welche dem Cholesterin?▪ Worin liegen für Sie Möglichkeiten und Grenzen der Anwendung des Konzepts im Praxisalltag?

Fragestellungen	Mögliche Nachfragen
<p><i>Zur Bestimmung des kardiovaskulären Gesamtrisikos liegen sog. Risikotabellen, beispielsweise die Score Deutschland Tabelle, vor.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Was halten Sie von der Benutzung eines Risikorechners im Hinblick auf Ihre Tätigkeit in der hausärztlichen Praxis? <p><i>Die bisherigen Ergebnisse der Studie zeigen, dass viele Patienten und Patientinnen mit hohem kardiovaskulären Risiko kein Statin erhalten, obwohl diese Medikamente in evidenzbasierten Leitlinien gerade für diese Patientengruppe als besonders wirksam empfohlen werden.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Was denken Sie, woran das liegen könnte? ▪ Welche Haltungen beobachten Sie bei Ihren Patienten und Patientinnen im Hinblick auf die Veränderung von Lebensgewohnheiten; zum Beispiel im Bezug auf Bewegung, Ernährung und Rauchen? <p><i>Gerne möchte ich noch mal auf die Kurzleitlinie/ Materialmappe zurückkommen, die Sie im Rahmen des Projektes erhalten haben.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Welche Erinnerungen haben Sie an die Kurzleitlinie/ Materialmappe? ▪ Inwieweit nutzen Sie die Kurzleitlinie/ Materialmappe im Hinblick auf Ihre ärztliche Entscheidungsfindung? 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Welche Bedeutung hat ein solcher Ansatz im Gespräch mit Ihren Patienten und Patientinnen? ▪ Wie gehen Sie damit um, wenn Patienten und Patientinnen ärztliche Empfehlungen zur Veränderung von Lebensgewohnheiten nicht aufgreifen/ nicht annehmen? ▪ Was gefällt Ihnen gut/ weniger gut an der Kurzleitlinie/ Materialmappe? ▪ Inwieweit nutzen Sie die Informationsbogen für Patienten und Patientinnen?

Themenkomplex 4: Informations- und Wissensmanagement/ Leitlinien und Teil II der Evaluation

Stichworte: Wege der Informations- und Wissensaneignung, Peer Gespräch

Fragestellungen	Mögliche Nachfragen
<p><i>Als weiteren Themenkomplex möchte ich gerne den Bereich neuer medizinischer Forschungsergebnisse ansprechen.</i></p> <ul style="list-style-type: none">▪ Wie gehen Sie üblicherweise vor, um bezogen auf neue medizinische Erkenntnisse auf dem Laufenden zu bleiben?▪ Inwieweit sind in Ihrem beruflichen Alltag auch Leitlinien von Bedeutung? <p><i>Eine Möglichkeit der Auseinandersetzung mit neuen medizinischen Erkenntnissen ist das kollegiale Gespräch, also zum Beispiel eine ‚Fallbesprechung‘ mit einem Arzt oder einer Ärztin.</i></p> <ul style="list-style-type: none">▪ <i>Variante A: Kein Peer Gespräch im Rahmen des Forschungsprojektes</i> Wenn Sie an Ihren beruflichen Alltag denken, inwiefern können Sie sich vorstellen, dass kollegiale Informationsgespräche zukünftig eine Möglichkeit der Fortbildung in der hausärztlichen Praxis darstellen?▪ <i>Variante B: Peer Gespräch im Rahmen des Forschungsprojektes</i> Wenn Sie heute daran zurück denken, wie war das für Sie, dass ein anderer Hausarzt in die Praxis gekommen ist, um mit Ihnen über die Behandlung einzelner Patienten und Patientinnen zu sprechen?▪ Inwieweit hat das Gespräch für Sie Inhalte umfasst, die Sie in Ihrem beruflichen Alltag als Hausarzt/ Hausärztin jetzt anwenden können?	<ul style="list-style-type: none">▪ Welche Informationsquellen – z.B. Zeitschriften oder Internetseiten – nutzen Sie üblicherweise in Ihrem beruflichen Alltag?▪ Welche Wünsche haben Sie im Hinblick auf die Gestaltung von Leitlinien? <ul style="list-style-type: none">▪ Welche weiteren Erinnerungen haben Sie an das Gespräch?▪ Inwieweit können Sie sich vorstellen, dass solche Gespräche zukünftig eine Möglichkeit der Fortbildung in der hausärztlichen Praxis darstellen?

Themenkomplex 5: Abschluss des Interviews

Stichworte: *Ärztliche Kernkompetenzen*

Fragestellungen	Mögliche Nachfragen
<ul style="list-style-type: none">▪ In der Praxis sind Sie häufig mit komplexen Situationen konfrontiert. Was denken Sie, welche ärztlichen Kernkompetenzen sind Ihrer Meinung nach erforderlich bei der Behandlung von Menschen im hausärztlichen Versorgungsbereich?▪ Gibt es Themen, die Sie gerne noch ansprechen möchten und über die wir bisher noch nicht gesprochen haben? <p><i>Herzlichen Dank für das Interview.</i></p>	