

Aus dem Institut für Allgemeinmedizin  
des Zentrums für Psychosoziale Medizin  
des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf  
Direktor Prof. Dr. Hendrik van den Bussche

KRANKHEITSKONZEPTE  
VON  
HYPERTONIKERN

DISSERTATION

zur Erlangung des Grades eines Doktors der Medizin  
der Medizinischen Fakultät der Universität Hamburg vorgelegt von

Gabriela Carvalho de Almeida Sedas  
aus Hamburg

Hamburg 2009

Angenommen von der medizinischen Fakultät  
der Universität Hamburg am: 09.02.2010

Veröffentlicht mit Genehmigung der medizinischen  
Fakultät der Universität Hamburg

Prüfungsausschuss. der/die Vorsitzende: Prof. Dr. H. v. d. Bussche

Prüfungsausschuss: 2. Gutachter/in: Prof. Dr. A. Trojan

Prüfungsausschuss: 3. Gutachter/in: Prof. Dr. M. Härter

<b>1</b>	<b>ARBEITSHYPOTHESE UND FRAGESTELLUNG .....</b>	<b>6</b>
<b>2</b>	<b>EINLEITUNG .....</b>	<b>7</b>
2.1	KRANKHEITSKONZEPTE.....	8
2.1.1	<i>Bedeutung und Auswirkung von Krankheitskonzepten .....</i>	<i>9</i>
2.2	HYPERTONUS .....	11
2.2.1	<i>Prävalenz und gesundheitsökonomische Relevanz .....</i>	<i>11</i>
2.2.2	<i>Ätiologie und Risikofaktoren .....</i>	<i>12</i>
2.2.3	<i>Folgerisiken und Begleiterkrankungen .....</i>	<i>13</i>
2.2.4	<i>Therapie und Compliance .....</i>	<i>15</i>
2.2.5	<i>Lebensqualität und Coping .....</i>	<i>19</i>
2.3	KRANKHEITSKONZEPTE ZU HYPERTONUS .....	21
2.3.1	<i>Ursachen und Risikofaktoren .....</i>	<i>21</i>
2.3.2	<i>Symptome .....</i>	<i>23</i>
2.3.3	<i>Folgeerkrankungen und Risikoeinschätzung .....</i>	<i>24</i>
2.3.4	<i>Therapie .....</i>	<i>24</i>
2.3.5	<i>Kontrolle des Blutdrucks und ärztliche Betreuung .....</i>	<i>26</i>
2.3.6	<i>Übersicht empirischer Studien zu Krankheitskonzepten bei Hypertonus .....</i>	<i>27</i>
<b>3</b>	<b>METHODE.....</b>	<b>32</b>
3.1	QUALITATIVE FORSCHUNG .....	32
3.2	DAS LEITFADENINTERVIEW.....	34
3.3	DIE STICHPROBE .....	36
3.4.	AUSWERTUNG DER DATEN.....	38
<b>4</b>	<b>ERGEBNISSE .....</b>	<b>40</b>
4.1	DEFINITION .....	40
4.1.1	<i>Grenzwerte .....</i>	<i>40</i>
4.1.2	<i>Krankheitswert .....</i>	<i>43</i>
4.2	ÄTIOLOGIE .....	45
4.2.1	<i>Ernährung und Suchtmittelkonsum .....</i>	<i>47</i>
4.2.2.	<i>Bewegungsmangel.....</i>	<i>49</i>
4.2.3	<i>Psychische Faktoren .....</i>	<i>50</i>
4.2.4	<i>Alter .....</i>	<i>52</i>
4.2.5	<i>Vererbung.....</i>	<i>53</i>
4.2.6.	<i>Bezug zu anderen Erkrankungen .....</i>	<i>54</i>
4.2.7	<i>Sonstige .....</i>	<i>56</i>
4.3	PATHOPHYSIOLOGIE.....	58
4.3.1.	<i>Gefäße .....</i>	<i>59</i>
4.3.2	<i>Blutdruckregulation .....</i>	<i>61</i>

4.4	SYMPTOME .....	63
4.5	RISIKEN .....	68
4.5.1	<i>Hypertonus als Gefahr</i> .....	69
4.5.2	<i>Herzinfarkt</i> .....	70
4.5.3	<i>Schlaganfall</i> .....	71
4.5.4	<i>Gewichtung</i> .....	72
4.5.5	<i>Konkrete Bedrohung</i> .....	72
4.5.6	<i>Risikoeinschätzung</i> .....	74
4.5.7	<i>Andere Folgeerkrankungen</i> .....	75
4.6	THERAPIEMÖGLICHKEITEN UND KONTROLLIERBARKEIT .....	77
4.6.1	<i>Medikamente</i> .....	77
4.6.2	<i>Nicht-medikamentöse Therapie</i> .....	87
4.7	VERANTWORTUNG UND EMOTION .....	92
4.7.1	<i>Verantwortung</i> .....	92
4.7.2	<i>Emotionen</i> .....	100
4.8	DER HAUSARZT .....	103
4.8.1	<i>Empathie</i> .....	103
4.8.2	<i>Angst abbauen</i> .....	105
4.8.3	<i>Angst aufbauen</i> .....	105
4.8.4	<i>Offenheit und Vertrauen</i> .....	106
4.8.5	<i>Kompetenz und Fürsorge</i> .....	107
4.8.6	<i>Information</i> .....	108
4.8.7	<i>Zeit haben / Sich Zeit nehmen</i> .....	110
4.9	DIE SOZIALE KOMPONENTE .....	110
4.9.1	<i>Bluthochdruck als Volkskrankheit</i> .....	111
4.9.2	<i>Bluthochdruck als Stigma</i> .....	112
4.9.3	<i>Bluthochdruck als Handicap</i> .....	114
4.9.4	<i>Bluthochdruck als Thema</i> .....	114
4.9.5	<i>Informationsquellen</i> .....	115
<b>5.</b>	<b>DISKUSSION .....</b>	<b>120</b>
5.1.	METHODISCHES .....	120
5.2.	ERGEBNISDISKUSSION IM KONTEXT INTERNATIONALER STUDIEN .....	122
5.2.1.	<i>Ursachen und Riskofaktoren</i> .....	123
5.2.2.	<i>Symptome</i> .....	124
5.2.3.	<i>Folgeerkrankungen und Risikoeinschätzung</i> .....	125
5.2.4.	<i>Therapie</i> .....	125
5.2.5.	<i>Kontrolle des Blutdrucks und ärztliche Betreuung</i> .....	127
5.2.6.	<i>Die soziale Komponente des Bluthochdrucks</i> .....	127
5.2.7.	<i>Einfluss der Coping-Strategien auf die Krankheitskonzepte</i> .....	128
5.3.	HANDLUNGSKONSEQUENZEN FÜR DIE ALLGEMEINMEDIZINISCHE PRAXIS .....	130

5.3.1	<i>Probleme, mit denen sich der Allgemeinmediziner konfrontiert sieht</i>	130
5.3.2	<i>Mögliche Maßnahmen für eine optimierte Versorgung</i>	132
5.4.	AUSBLICK AUF FORSCHUNGSBEDARF	134
<b>6</b>	<b>ZUSAMMENFASSUNG</b>	<b>135</b>
<b>7</b>	<b>LITERATURVERZEICHNIS</b>	<b>137</b>
<b>8</b>	<b>ANHANG</b>	<b>145</b>
8.1	INTERVIEWLEITFADEN	145
8.2	TRANSKRIPTIONSKONVENTIONEN	149
	<b>DANKSAGUNG</b>	<b>150</b>
	<b>LEBENS LAUF</b>	<b>149</b>
	<b>EIDESSTATTLICHE VERSICHERUNG</b>	<b>150</b>

# 1 Arbeitshypothese und Fragestellung

Bluthochdruck ist in der allgemeinmedizinischen Praxis eine häufige Erkrankung, die sich durch gravierende Folgeerkrankungen und oftmals eine unbefriedigende Behandlung mit Nichterreichen der Zielwerte auszeichnet. Die subjektiven Krankheitskonzepte von Patienten beeinflussen in vielfältiger Weise den Krankheitsverlauf. Nur wenig ist über die Vorstellungen, Theorien, Ideen und Befürchtungen bekannt, die Patienten mit Bluthochdruck in Bezug auf ihre Erkrankung haben. Im deutschen Sprachraum hat sich kaum eine Untersuchung mit diesem Thema beschäftigt.

In dieser Arbeit wird untersucht, welche Krankheitskonzepte Bluthochdruckpatienten in Deutschland haben. Insbesondere interessieren die Vorstellungen über die Ursache, Pathophysiologie und die Folgeerkrankungen des Hypertonus. Erhoben werden auch die Behandlungserwartungen, insbesondere die Einstellung zur medikamentösen Therapie und die Einschätzung der Kontrollierbarkeit.

## 2 Einleitung

Die Qualität der medizinischen Versorgung und ihre möglichst ökonomische Umsetzung ist in den vergangenen Jahren von Laien und Experten aller Fachrichtungen viel diskutiert worden. Das Thema nimmt an Brisanz zu. Stichworte wie Kostenexplosion und Gesundheitswesen scheinen miteinander verwachsen zu sein. Parallel dazu gewinnt die ursprünglich von Michael Balint (1964) formulierte Einsicht stark an Gewicht, dass neben rein somatischen Aspekten von Krankheit, die mittels immer kostspieliger und aufwendiger Verfahren diagnostizier- und therapierbar sind, auch medizinpsychologische und – soziologische Aspekte von Krankheit eine große Bedeutung haben. Dies auch angesichts der erwiesenen Tatsache, dass wegen mangelnder Compliance ein großer Teil der in die Medizin investierten Kosten als verschriebenes aber nicht eingenommenes Medikament ineffektiv im dem Müll landet.

Die erwünschte aktive Mitarbeit des Patienten und gute Zusammenarbeit zwischen ihm und seinem Arzt ist aber – wie zahlreiche Studien in der Vergangenheit gezeigt haben – nur möglich, wenn der Arzt die subjektive Vorstellung des Patienten bezüglich seiner Krankheit kennt und diese auch berücksichtigt.<sup>1</sup> Uwe Flick, der eine gesellschaftliche Tendenz zur Auffassung des Arztes als Dienstleister und des Patienten als seinen Klienten sieht, formuliert es so:

In dieser Entwicklung wird die Kenntnis und Berücksichtigung von Gesundheits- und Krankheitsvorstellungen der Klienten zu einer wichtigen Voraussetzung dafür, dass die Qualität von medizinischen und gesundheitsbezogenen Dienstleistungen ermittelt und vermittelt werden kann. Für die Umsetzung von Konzepten wie einer patientenorientierten Medizin oder die Erhöhung der Patientenzufriedenheit sind Gesundheits- und Krankheitsvorstellungen ein zentraler Ansatzpunkt<sup>2</sup>

Ich werde unter Punkt 2.1.2 intensiver auf die Bedeutung von Krankheitskonzepten eingehen. Außerdem möchte ich in diesem Kapitel den Stellenwert thematisieren, den Hypertonus-Patienten heute in der medizinischen Versorgung haben um zu verdeutlichen, dass die Beleuchtung ihrer Krankheitskonzepte nicht nur für den Allgemeinmediziner sondern auch aus gesundheitsökonomischer Sicht von Relevanz ist. Ich werde anschließend auf die Er-

---

<sup>1</sup> Dunkelberg 2000, Marx 2007

<sup>2</sup> Flick 1998 S.28

gebnisse des internationalen wissenschaftlichen Umfelds eingehen, die in den vergangenen Jahren das Thema Krankheitskonzepte von Hypertonikern untersucht haben.

## 2.1 Krankheitskonzepte

Was denkt ein Patient über die Ursache seiner Erkrankung, über den Krankheitsverlauf, seine Symptome, die Schwere, Folgen und Therapierbarkeit der Krankheit? Welche Ängste und Erwartungen hat er? All dies zusammengefasst und zahlreiche andere Überlegungen – also die Gesamtheit aller Gedanken und Gefühle eines Patienten zu seiner Krankheit – sollen im Folgenden als Krankheitskonzept bezeichnet werden<sup>3</sup>. Beim Krankheitskonzept handelt es sich zunächst um eine Rekonstruktion der Realität, bei der der Patient zugleich Betrachter - also Objekt - als auch das Subjekt seiner eigenen Betrachtung ist. Häufig ist sie nicht widerspruchsfrei, und sie erweist sich oft als falsifikationsresistent. Selbst wenn der Patient erfährt, dass seine Vorstellungen bezüglich seiner Krankheit nicht den Einschätzungen anderer Laien oder Experten entsprechen, hält er dennoch oft an seinem ursprünglichen Glauben fest. Die subjektive Vorstellung ist geprägt von allgemeinen und konkreten Umständen: Die Faktoren Geschlecht, Alter und Gesundheitszustand haben dabei einen besonders großen Einfluss.<sup>4</sup> Auch der kulturelle Hintergrund des Patienten, seine Weltanschauung, Lebenserfahrung und andere soziale Faktoren beeinflussen sein Krankheitskonzept.

Dabei impliziert der Begriff Konzept nicht automatisch, dass dem Patienten seine Vorstellung über seine Krankheit in vollem Umfang bewusst ist. Vieles bleibt unbewusst und auch unausgesprochen – zumindest gegenüber dem Experten, dem behandelnden Arzt. Rolf Verres hat mit seiner Arbeitsgruppe 1986 eine umfangreiche Arbeit vorgelegt, die sich mit Krankheitstheorien von Krebserkrankten beschäftigt. Wie zahlreiche Autoren spricht Verres von subjektiven Krankheitstheorien und nicht von Konzepten.<sup>5</sup> Allerdings geht der Begriff Theorie davon aus, dass ein höherer Grad an Argumentationsstruktur des Patienten bezüglich seiner Vorstellung von der Erkrankung vorliegt. Ich möchte in der vorliegenden Arbeit keine Wertung bezüglich der Elaboriertheit und Komplexität der Erklärungsmuster

---

<sup>3</sup> Dunkelberg 2002, Krankheitskonzepte

<sup>4</sup> Flick 1998

<sup>5</sup> Verres 1986

eines Patienten vornehmen und fasse daher unter dem Begriff Krankheitskonzept alle Vorstellungen des Patienten bezüglich seiner Krankheit zusammen.<sup>6</sup>

Woher kommt nun das Wissen des Patienten, das sich zu einem Konzept zusammenfügt? In erster Linie sind hier gesellschaftliche und insbesondere in der eigenen Herkunftsfamilie tradierte Vorstellungen zu erwähnen. Eine große Rolle spielt darüber hinaus die immer umfangreicher werdende Medienberichterstattung. Sie umfasst neben Zeitungsartikeln, Büchern, und Fernsehsendungen auch zunehmend Informationen, die über das Internet abgerufen werden können. Natürlich machen Patienten in unterschiedlichem Umfang – je nach Möglichkeit und Interesse - davon Gebrauch. Eine weitere wichtige Informationsquelle ist das persönliche Umfeld des Patienten. Das als Laiensystem bezeichnete Umfeld: Verwandte, Freunde, Nachbarn, Kollegen und andere versorgen den Kranken mit Ratschlägen und Diagnosen, die er in sein Konzept einfließen lässt. Und natürlich beeinflusst auch die Information, die der Patient von seinem Arzt erhält, sein Krankheitskonzept. Alle neuen Informationen filtert der Patient durch den Blick seines bereits bestehenden Krankheitskonzepts und nimmt sie darin auf.<sup>7</sup> In der Vergangenheit wurde diskutiert ob Krankheitskonzepte in erster Linie individuell geprägt oder krankheitsspezifisch sind. Also: Ob in erster Linie die Persönlichkeit des Patienten oder die Art der Erkrankung bzw. ihr Schweregrad bestimmend sind. Scheer kam in seiner Studie, in der er Angaben von Patienten mit kardialen Erkrankungen mit denen von Hepatitis-Patienten verglich, zu dem Schluss, dass Krankheitskonzepte unspezifisch hinsichtlich der Krankheit und auch des Alter des Patienten sind.<sup>8</sup>

### **2.1.1 Bedeutung und Auswirkung von Krankheitskonzepten**

Vorstellungen, die sich Patienten von den Vorgängen ihres kranken Körpers machen, dienen zur Bewältigung der Emotionen, die durch die Krankheit hervorgerufen werden. Der Patient ist im Gegensatz zum Arzt von der Krankheit unmittelbar betroffen, durch sie in seiner körperlichen oder seelischen Existenz mehr oder weniger bedroht. Laientheorien helfen ihm mit der Bedrohung fertig zu werden<sup>9</sup>

---

<sup>6</sup> Dunkelberg 2002, Fußpilz

<sup>7</sup> Dunkelberg 2000 S. 11

<sup>8</sup> Scheer in Bischoff 1989

<sup>9</sup> Bischoff 1989, S.13

Die Bedeutung des Krankheitskonzeptes für den Patienten ist facettenreich. Er will wissen, worunter er leidet und - um damit leben zu können - will er eine Erklärung dafür, warum und woher er es hat. Schildert er bei seinem Arztbesuch die Symptome, die zu dieser Konsultation geführt haben, klingt häufig schon seine Vermutung für die Ätiologie seiner Beschwerden durch. Der Patient ist in diesem Moment nicht als Laie, sondern als Experte zu sehen, denn er allein ist der Zeuge bzw. Beobachter, dessen Schilderung den Arzt zu einer Diagnose und der anschließenden Therapie führen kann.<sup>10</sup> Dabei stehen für den Patienten häufig Beobachtungen im Vordergrund, die er als bedrohlich und wichtig empfindet und der Arzt nur als zweitrangig sieht.<sup>11</sup> Da scheint es logisch, dass es zu Problemen kommt, wenn die Vorstellungen über die Gefährlichkeit von Beschwerden und deren Ursache von Arzt und Patient völlig unterschiedlich eingeschätzt werden. Sieht man das Arzt-Patienten-Verhältnis als Arbeitsbündnis im Sinne einer erforderlichen guten Zusammenarbeit zur Erlangung eines guten Therapieeffekts, sehen Autoren wie z.B. Marx<sup>12</sup> in der zu großen Diskrepanz zwischen Arzt und Patientenkonzepten von Krankheiten die Hauptursache für Non-Compliance. Gibt es keinen Austausch über die Differenzen kann es zum Abbruch der Beziehung oder zu Missverständnissen kommen, die eine Fehldiagnose und Fehlbehandlung nach sich ziehen.<sup>13</sup> Dunkelberg vertritt in ihrer Studie über die Arzt-Patient-Kommunikation in Hausarztpraxen die Auffassung, dass sich der Therapieerfolg einer partnerschaftlich orientierten Medizin daran messen lässt, inwieweit sich Arzt und Patient über das Problem und das Ziel der Therapie einigen konnten. Nicht selten sehen Patienten eine größere Übereinstimmung ihrer Krankheitsvorstellungen bei alternativen Heilern wie Heilpraktikern und Homöopathen als bei Schulmedizinern und bevorzugen daher den alternativen Weg.<sup>14</sup>

Eine Übereinstimmung über die Vorstellungen zu Ätiologie und Therapie einer Erkrankung kann aber natürlich nur zustande kommen, wenn der Arzt die Patientenperspektive kennt und ihn als gleich berechtigten Partner respektiert. In der Dunkelberg-Studie gaben die meisten befragten Patienten allerdings an, mit ihrem Arzt gar nicht über ihre Krankheitsvorstellungen zu sprechen. Zum Beispiel weil sie befürchteten, sich mit falschen Angaben lächerlich zu machen oder meinten ihr Arzt hätte ohnehin keine Zeit dafür. Bei der

---

<sup>10</sup> Bischoff 1989

<sup>11</sup> Linden 1985

<sup>12</sup> Marx 2007

<sup>13</sup> Flick 1991

<sup>14</sup> Dunkelberg 2000

Betrachtung des Ärzte-Verhaltens beobachtete Dunkelberg, dass Mediziner Äußerungen ihrer Patienten zum Krankheitskonzept häufig unkommentiert ließen oder sogar ganz ignorierten.

Eine aus medizinischer und gesundheitsökonomischer Sicht sinnvolle Patientenversorgung erfordert hier wohl in den nächsten Jahren ein Umdenken auf beiden Seiten. Ein guter Austausch über die Erkrankung, eine Erweiterung des Wissenstandes des Patienten und die intensivere Erläuterung der Therapie könnten so auch bei Hypertonikern eine Verbesserung des Patientenmanagements und der Erfolgsraten der antihypertensiven Therapie insgesamt ermöglichen.<sup>15</sup>

## **2.2 Hypertonus**

### **2.2.1 Prävalenz und gesundheitsökonomische Relevanz**

Etwa 20 Prozent der Gesamtbevölkerung haben einen erhöhten Blutdruck. Ab dem 50. Lebensjahr ist fast jeder zweite Hypertoniker. Davon geht die Arbeitsgemeinschaft der wissenschaftlichen medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) in ihren „Leitlinien zur Prävention, Erkennung, Diagnostik und Therapie arterieller Hypertonie“ aus. Eine dort zitierte Studie zur Erfassung der Prävalenz der Hypertonie in Deutschland<sup>16</sup> zeigte, dass bei weniger als 40 Prozent der Männer und unter 60 Prozent der Frauen zwischen 25 und 74 Jahren Blutdruckwerte im angestrebten Normbereich unter 130/85 mm/Hg liegen. Neben diesen erschreckend hohen Zahlen zur Hypertonie-Prävalenz zeigte die Studie außerdem eine eher negative Entwicklung im zeitlichen Verlauf der Daten. Konkret heißt das: die Prävalenz nimmt von der Tendenz her eher zu als ab.

Dies führt dazu, dass Herz-Kreislauf-Erkrankungen nicht nur das Morbiditäts- sondern in hohem Maße auch das Mortalitätsgeschehen in Deutschland bestimmen. Nach Einschätzung der AWMF besteht hier eine besondere Herausforderung für die öffentliche Gesundheitspflege, denn die Hypertonie lässt sich durch einfache, nicht-invasive und kostengünstige Methoden diagnostizieren und vor allem ist sie im allgemeinen als therapierbar anzusehen also durch medikamentöse und nicht- medikamentöse Maßnahmen vollständig auf Normwerte zu senken.

---

<sup>15</sup> Hedner 1997 und Marx 2007

<sup>16</sup> MONICA Augsburg Projekt von 1984 bis 1995 s. Gasser 2001

Ziel einer effektiven Hypertonus-Therapie muss es sein, die Risiken für die Betroffenen und im Sinne der Gesundheitsökonomie die Kosten zu reduzieren.<sup>17</sup> In einer 2006 veröffentlichten Studie schätzen die Autoren Kosten, die durch kardiovaskuläre Erkrankungen, typische Folge eines – zumindest nicht ausreichend therapierten – Hypertonus entstehen, allein innerhalb der Europäischen Union auf 169 Billionen Euro jährlich ein.<sup>18</sup>

Nur ein geringer Teil der Hypertoniker kennt seine Diagnose nicht, so dass sich das Problem nicht allein durch mangelndes Aufspüren von Hypertoniepatienten erklären lässt. Eine britische Studie kam zu dem Schluss, dass über die Hälfte der befragten Hypertoniker einen unzureichend eingestellten Blutdruck hatten. Wiederum fast die Hälfte dieser Probanden befand sich zudem nicht in ärztlicher Betreuung und konnten somit auch nicht therapiert werden, obwohl ihnen ihr gesundheitliches Problem durchaus bekannt war.<sup>19</sup>

In ihrem Bericht über Compliance bei Langzeiterkrankten veröffentlichte die WHO 2003 Zahlen nach denen sich mindestens die Hälfte der Hypertoniker ein Jahr nach Stellung der Diagnose nicht mehr in Behandlung befindet und die Hälfte der ärztlich bereuten Patienten die Medikamente nicht ordnungsgemäß einnimmt. Als Resultat folgt, dass nur etwa 25 Prozent der Hypertoniker laut WHO-Schätzung das Therapieziel von Blutdruckwerten unter 140/90 mmHg erreichen.<sup>20</sup> Ob sich diese Zahlen auch auf den deutschen Sprachraum anwenden lassen, ist diskutabel. Dabei sollte berücksichtigt werden, dass Compliance einerseits schwer zu messen und andererseits als Prozess im zeitlichen Verlauf anzusehen ist und damit eine Erhebung zu einem fixen Zeitpunkt nicht zwangsläufig als statische Größe gültig sein kann.

### **2.2.2 Ätiologie und Risikofaktoren**

Nach dem aktuellen Stand der Forschungslage unterscheidet die Evidenz basierte Medizin (EBM) laut AWMF-Richtlinien zwei Formen der Hypertonie: den primären und den sekundären Bluthochdruck. Bei der primären Hypertonie geht man heute davon aus, dass sie hereditär und damit von genetischer Ätiologie ist. Eine familiäre Häufung und das zum Teil atypisch frühe Auftreten der Hypertonie sprechen dafür. Ein spezielles „Hypertonus-

---

<sup>17</sup> AWMF-Leitlinien Hypertonie 2003

<sup>18</sup> Leal et al. 2006

<sup>19</sup> Getliffe 2000

<sup>20</sup> WHO 2003

Gen“ wurde allerdings bisher nicht identifiziert. Vielmehr vermutet man, dass die Ursache multifaktoriell und polygenetisch lokalisiert ist.

Der sekundären Hypertonie können verschiedene Auslöser zu Grunde liegen, die auch kombiniert vorhanden sein können. Zu unterscheiden sind medikamentöse Auslöser und Grunderkrankungen bzw. Gesundheitsstörungen, die in die Blutdruckregulation eingreifen. Zu den Medikamenten, die für eine Erhöhung des Blutdrucks verantwortlich gemacht werden, zählen Antirheumatika, Steroide und Kontrazeptiva. Im weitesten Sinne können hier auch der Alkoholabusus und der Laxantienabusus über den Mechanismus der Hypokaliämie hinzugezählt werden.

Folgende Erkrankungen können einen Hypertonus als Folge nach sich ziehen:

- Nierenerkrankungen (sowohl renoparenchymatöse als auch renovaskuläre also atherosklerotische)
- Erkrankungen des Endokrinums wie z.B. das Phäochromozytom, der primäre Aldosteronismus (Conn-Syndrom), das Cushing-Syndrom (Steroid-bedingt), das Liddle-Syndrom (Serum-Kalium erniedrigt) Hyperparathyreodismus und Hypothyreose. Eine Hyperthyreose verursacht nur eine temporäre systolische Blutdrucksteigerung.
- Aortenisthmusstenose

Neben diesen „klassischen“ Ursachen einer sekundären Hypertonie gibt es Anhaltspunkte für die Mitverursachung eines erhöhten Blutdrucks durch die obstruktive Schlafapnoe. Diskutiert wird weiter eine neurogene Hypertonie durch neurovaskuläre Kompression der ventrolateralen Medulla.

Als zusätzliche Risikofaktoren für hypertone Folgeereignisse wie Insult und Myokardinfarkt gelten heute nach EBM-Einschätzung fortgeschrittenes Alter, Atherosklerose, Diabetes mellitus, Fettstoffwechselstörungen bzw. Metabolisches Syndrom, Adipositas, Tabakrauchen und Gerinnungsstörungen (erhöhtes Fibrinogen).

### **2.2.3 Folgerisiken und Begleiterkrankungen**

Pro Jahr versterben mehr als 400.000 Menschen an Erkrankungen des Herz-Kreislauf-Systems. Etwa 43 Prozent aller Todesfälle unter Männern und 50 Prozent unter Frauen

lassen sich darauf zurückführen. Die arterielle Hypertonie bedeutet ein Risiko für Erkrankungen des zerebralen Gefäßsystems, für die Koronare-Herz-Krankheit, für die Entstehung einer chronischen Herzinsuffizienz, des chronischen Nierenversagens und peripherer Durchblutungsstörungen. Dabei steigt die Wahrscheinlichkeit eine kardiovaskuläre Folgeerkrankung zu erleiden mit der Höhe des Blutdrucks exponentiell an. Patienten mit sehr hohen Werten ( $> 160\text{mmHg}$ ) sind am stärksten gefährdet. Die meisten kardiovaskulären Ereignisse treten allerdings in der Gruppe der Patienten mit mittleren Werten (zwischen  $140$  und  $160\text{ mmHg}$ ) auf, was sich dadurch erklären lässt, dass sie die größte Gruppe der Hypertoniker ausmachen. Eine Senkung des diastolischen Drucks von  $5\text{-}6\text{ mmHg}$  bedeutet eine Risiko-Reduktion um  $16$  Prozent eine KHK oder eine koronare Komplikation zu erleiden. Das Risiko für Hypertoniker, die bereits an einer KHK leiden, in einem Jahr zu versterben oder einen Myokardinfarkt zu erleiden liegt über fünf Prozent.

Ähnlich verhält es sich nach AWMF-Leitlinien bei der Schlaganfall-Prävention. Hierbei stellt die Hypertonie den größten Risikofaktor dar. Die Blutdrucksenkung führt hier innerhalb von zwei bis drei Jahren zu einer Reduktion der nicht-tödlichen und tödlichen Schlaganfälle um  $40$  Prozent.

Weiterhin ist der Hypertonus als Risikofaktor für das Auftreten von Hirnleistungsstörungen und Demenzentwicklung auf dem Wege der cerebrovaskulären Schädigung bekannt. Zahlreiche Studien belegen, dass die konsequente Behandlung der Hypertonie einer Demenz, die auf dem Boden rezidivierender cerebraler Ischämien entsteht, entgegen wirkt. Als Begleiterkrankung kommt dem Diabetes Mellitus eine besondere Bedeutung zu. Häufig treten Hypertonie und Diabetes Mellitus in Kombination auf. Für Arzt und Patient ein Alarmsignal, denn das kardiovaskuläre Risiko von Diabetikern ist überproportional hoch: beide Erkrankten kumulieren als Risikofaktoren. Wobei die Hypertonie das Letalitätsrisiko des Diabetikers erheblich erhöht. Laut WHO-Richtlinien ist davon auszugehen, dass  $20$  bis  $30$  Prozent der hypertonen Diabetiker in den folgenden  $10$  Jahren ein kardiovaskuläres Ereignis erleiden werden.

Nicht zu vergessen ist, dass viele depressive Patienten aufgrund ihrer Dysbalance im sympathoadrenalen-vagalen System unter einem erhöhten kardiovaskulären Risiko leiden. Ob eine direkte Verbindung zwischen der Entwicklung eines Hypertonus bei bestehender Depression zu sehen ist, scheint nach aktueller Forschungslage allerdings strittig<sup>21</sup>. Unstrit-

---

<sup>21</sup> Deutsche 2002

tig ist, dass dieses Patienten-Kollektiv besonders intensiver Betreuung und Kontrolle des Blutdrucks bedarf.

Weitere häufige Begleiterkrankungen der Hypertonie sind das Asthma bronchiale und die COPD, bei denen man davon ausgeht, dass sich erhöhte Blutdruckwerte zum Teil auch durch die Applikation systemischer Corticoide und Betasympathikomimetika erklären lassen. Fast die Hälfte, nämlich 40 Prozent der Hypertoniker sind zusätzlich vom metabolischen Syndrom betroffen. Die bereits als möglicher Auslöser einer sekundären Hypertonie angesprochene obstruktive Schlafapnoe ist bei Hypertoniker deutlich häufiger zu finden als in der Gesamtbevölkerung.

Eine äußerst wichtige Begleiterkrankung der Hypertonie, die zudem eine besonders intensive Betreuung erfordert, ist die Niereninsuffizienz. Eine regelmäßige Kontrolle des Blutdrucks und genaue Einstellung des Hypertonus bei renoparenchymaler oder renovaskulärer Hypertonie ist besonders wichtig. Hier sinken erhöhte Werte häufig auch nachts nicht ab.<sup>22</sup>

## **2.2.4 Therapie und Compliance**

Die WHO geht in ihrem Compliance-Bericht davon aus, dass es sich bei der Hypertonie um eine weit gehend symptomlose, lebenslange Erkrankung handelt.<sup>23</sup> Dies wird auch häufig als Problem für eine gute Compliance bei der Therapie angesehen.

Ziele der Behandlung des Hypertonus durch den niedergelassenen Arzt sollte laut AWMF-Leitlinien<sup>24</sup> sein:

- durch präventives Handeln den altersabhängigen Blutdruckanstieg zu vermindern
- die Hypertonieprävalenz zu senken
- die Erkennung der Hypertonie in der Bevölkerung zu verbessern
- die Effektivität der Hypertonietherapie zu erhöhen
- das kardiovaskuläre Gesamtrisiko zu senken
- noch-normale Blutdruckwerte (130-139/85-89 mmHg) bei bestimmten Patientengruppen zu beeinflussen

---

<sup>22</sup> AWMF-Leitlinien Hypertonie

<sup>23</sup> WHO 2003

<sup>24</sup> AWMF-Leitlinien Hypertonie, S.1

- nicht-medikamentöse Möglichkeiten (Veränderung des Lebensstils) mehr als bisher zu nutzen

Zu den nicht-medikamentösen Therapiemöglichkeiten gehört nach EBM-Studienlage die Gewichtsnormalisierung nach Body-Mass-Index in Kombination mit der Aufnahme eines konsequenten physischen Trainings. Als optimal gilt dabei ein Trainingsrhythmus von minimal 3 mal 30 Minuten pro Woche. Die Trainingsintensität sollte ergonomisch ausgewogen und dem klinischen Bild angepasst sein. Wobei bereits eine mäßige kontinuierliche Erhöhung der körperlichen Aktivität zur Blutdrucksenkung und damit zur Dosisminderung der Pharmakotherapie führen kann. Eine Gewichtsreduktion führt bei adipösen Hypertonikern pro kg Gewichtsabnahme zu einer Blutdrucksenkung von 1,5 bis 2,5 mmHg. Die Umstellung auf eine fettreduzierte, obst- und gemüsereiche Ernährung bei gleichzeitiger Erhöhung des Anteils ungesättigter Fettsäuren (in Fisch- bzw. Pflanzenölen) am Gesamtfett der Ernährung (LDL-Senkung und Hemmung der Thrombozytenaggregation) dient nach aktueller Studienlage nicht nur der Gewichtsreduktion, sondern führt auch zu signifikant niedrigeren Druckwerten. Weiterer Bestandteil der nichtmedikamentösen Therapie sollte die Kochsalzrestriktion sein - auch wenn die Bedeutung des Kochsalzes bei der Hypertonie-Entstehung noch kontrovers diskutiert wird. Nur ein Teil der Hypertoniker ist vermutlich durch genetische Determination kochsalzsensitiv. Da noch kein breit anwendbarer gültiger Test zur Salzsensitivität existiert, lässt sich allerdings zurzeit noch nicht ermitteln, welcher Hypertoniker wirklich salzsensitiv ist und welcher nicht. Es gilt allerdings als nachgewiesen, dass eine Reduktion der Kochsalzzufuhr auf 4 –6 g/d zu einer therapeutisch nutzbaren Blutdrucksenkung führt.

Bei alkoholbedingtem Hypertonus wird die Reduktion des Alkoholkonsums auf maximal 20g/d empfohlen. Bei 90 Prozent der betreffenden Patienten gelingt allein mit dieser Maßnahme die Normalisierung des Blutdrucks.

Zigarettenrauchen hat zwar keinen direkten Hypertonie auslösenden Effekt, erhöht jedoch erheblich das kardiovaskuläre Risiko. Deshalb kann die Vermeidung des Rauchens als eine effektive lebensverlängernde Maßnahme für Hypertoniker gewertet werden. Die AWMF empfiehlt in ihren Leitlinien außerdem die Anwendung psychophysiologischer Verfahren wie autogenes Training und Stressbewältigungsprogramme ergänzend zur medikamentösen Therapie.

Zur Behandlung des Hypertonus mit pharmakologisch wirksamen Substanzen steht eine große Anzahl moderner Medikamente verschiedener Substanzklassen zur Verfügung. Welche im Einzelnen in welcher Dosierung angewendet werden sollten und ob sie in Mono- oder Kombinationstherapie einzusetzen sind, geht an dieser Stelle zu weit. Ich verweise in diesem Zusammenhang auf die AWMF-Leitlinie und begnüge mich mit der Auflistung der Antihypertensiva-Klassen. Zur Verfügung stehen:

- Betablocker
- Diuretika
- Kalziumantagonisten
- Angiotensin-II-Antagonisten
- ACE-Hemmer

Letztendlich kann jedwede Therapie egal ob sie nun medikamentös, nichtmedikamentös oder kombiniert verordnet wird, nur effektiv greifen, wenn der Patient aktiv mitarbeitet. Da die Hypertonie als Langzeiterkrankung einzustufen ist, erfordert dies eine kontinuierliche dauerhafte Compliance des Patienten. Wie bereits in Punkt 2.2.1 erwähnt, ist aber gerade diese bisher unbefriedigend. Zahlreiche Studien haben sich in den vergangenen Jahren mit der Frage beschäftigt, warum Hypertoniker häufig non-compliant sind und wie sich dies ändern ließe. Zusammenfassend lässt sich sagen, dass das Problem äußerst facettenreich und damit auch nicht einfach zu lösen ist.

Es beginnt schon damit, dass der Hypertoniker sich selbst eventuell gar nicht als krank einschätzt weil er möglicherweise keine körperlichen Beschwerden verspürt. Also ist für ihn natürlich die Notwendigkeit einen Arzt aufzusuchen oder empfohlenen Medikamente einzunehmen nicht automatisch gegeben.<sup>25</sup> Mangelnde Information und eine generell skeptische Haltung gegenüber Medikamenten kann dazu führen, dass Hypertoniker die Nebenwirkungen von Antihypertensiva überbewerten und diese gar nicht oder unregelmäßig einnehmen.<sup>26</sup> „Tabletten sollten generell vermieden werden, denn sie sind unnatürlich, außerdem verschreiben Ärzte zu schnell“ sind zum Beispiel einige Erklärungsmodelle, die Patienten für ihre Non-Compliance angeben.<sup>27</sup> Auch ethnisch und kulturell beeinflusste Modelle von Gesundheit und Krankheit haben einen Einfluss darauf, wie genau sich der Pati-

---

<sup>25</sup> Scheibler-Meissner, WHO 2003

<sup>26</sup> Gáscon 2003

<sup>27</sup> Benson 2002

ent an die Anweisung des Arztes hält. Häufig führt die große Differenz zwischen der Krankheitsinterpretation des Patienten und dem Modell des Arztes zur Non-Compliance. Dabei spielt sicher auch eine unbefriedigende Arzt-Patient-Kommunikation eine Rolle.<sup>28</sup> Ebenso können übergeordnete ethnisch geprägte Lebenskonzepte eine Rolle spielen. So hat Brown gezeigt, dass farbige US-Amerikaner häufig deshalb non-compliant sind, weil sie stark jetztorientiert und nicht zukunftsorientiert leben. Deshalb überwiegen für sie in der Wichtigkeit die aktuell gespürten Nebenwirkungen der Antihypertensiva den positiven, lebensverlängernden Effekt der Medikamente.<sup>29</sup>

Das Problem der finanziellen Belastung durch teure Medikamente, dass in einigen Ländern als Grund zur Non-compliance angegeben wird<sup>30</sup>, trifft auf Deutschland vermutlich nur in äußerst geringem Maße zu. Ein anderes Erklärungsmodell könnte allerdings auch hier Gültigkeit besitzen: Brody geht in einer Studie davon aus, dass Patienten, die von ihrem Arzt nicht in die Entscheidungsfindung zur Therapie einbezogen wurden (Stichwort clinical decision making), eher non-compliant sind. Die Non-Compliance ist damit als ein Versuch des Hypertonikers zu werten, den Kontrollverlust über den Körper, den seine Erkrankung darstellt, wieder zurück zu erlangen. Brody fordert daher, den Patienten stärker einzubinden und besser zu informieren.<sup>31</sup> Inwieweit Schulungs- bzw. „Erziehungs“-Programme für Hypertoniker zur Steigerung der Compliance effektiv sind, ist unter Wissenschaftlern durchaus umstritten.<sup>32</sup> Conrad wirft in seiner Compliance-Studie die Frage auf, ob das was für den Arzt als Non-Compliance erscheint, vom Patienten überhaupt als Non-Compliance wahrgenommen wird und so intendiert ist. Auch er sieht in der Non-Compliance eher den Versuch die verlorene Kontrolle zurückzuerlangen.<sup>33</sup> Viele der aufgeworfenen Fragen zum Thema Compliance bleiben vorerst unbeantwortet. Einigkeit herrscht international darüber, dass in diesem Bereich weiterer Forschungs- und Handlungsbedarf besteht.

Der Begriff Compliance selbst wird in der aktuellen Forschung durchaus kritisch gesehen und zunehmend durch andere Begriffe ersetzt, die stärken die partnerschaftliche, gleichbe-

---

<sup>28</sup> Heurtin-Roberts 1992

<sup>29</sup> Brown 1996

<sup>30</sup> Jokisalo 2001

<sup>31</sup> Brody 1980

<sup>32</sup> Cuspidi 2001, Friday 1999, Garfield 1999

<sup>33</sup> Conrad 1985

rechtigte Arzt-Patient-Beziehung implizieren. Zu den Begriffen, die heute statt dessen verwendet werden gehören zum Beispiel Adhärenz und Konkordanz.<sup>34</sup>

### **2.2.5 Lebensqualität und Coping**

Eine Reihe von Studien hat sich in den vergangenen Jahren mit der Erfassung und Messung der Lebensqualität von Hypertonikern befasst. Dabei beziehen die meisten Autoren in den Begriff „Quality of life“ sowohl physische als auch psychische und soziale Aspekte mit ein. Diese bestehen nicht aus sich selbst heraus, sondern sind wiederum abhängig von verschiedenen Komponenten wie zum Beispiel persönlichen Erfahrungen, Erwartungen und Empfindungen. Reproduzierbar und objektiv zu messen inwieweit der Hypertonus, die Lebensqualität beeinflusst, ist nachvollziehbar nicht simpel und mit einfachen Methoden zu erfassen. Und genau hierin liegt auch das Problem der mangelnden Vergleichbarkeit der Ergebnisse der Studien. Isabelle Côté<sup>35</sup> kommt in ihrem Review, in dem sie die englischsprachige Literatur zu diesem Thema in dem Zeitraum von 1966 bis 2000 ausgewertet hat, zu dem Schluss, dass einheitlich akzeptierte Instrumente zur Erfassung der „Lebensqualität“ fehlen. Auch wenn die meisten Studien kognitive Funktion und Sexual-Funktion, Symptomatik, psychologische Gesundheit, Schlafstörungen, soziale Partizipation und allgemeines Krankheitsverständnis beleuchten, so werden diese Punkte in den einzelnen Arbeiten noch durch unterschiedliche weitere spezifische Kriterien ergänzt, die sich nicht vergleichen lassen. Ebenso wie Côté fordert auch Coyne<sup>36</sup> in einem Review über „Quality of life“-Studien von 1990 bis 2000 die Einführung einheitlicher Messmethoden. Auch Coyne kommt zu der Erkenntnis, dass sich die Ergebnisse der veröffentlichten Studien stark unterscheiden und eine Vergleichbarkeit aufgrund unterschiedlicher Studiendesign nicht gegeben ist. Ich gehe daher an dieser Stelle auch nicht auf die Ergebnisse einzelner Studien ein. Zusammenfassend lässt sich aber sagen, dass eine große Zahl der Studien einen Zusammenhang herstellt zwischen dem Coping, der Krankheitsverarbeitung durch den Patienten, und dem gemessenen „Quality of life“-Status. Dabei zeigt sich, dass eine emotionale Belastung durch die Krankheitsverarbeitung die Lebensqualität des Hypertonikers negativ beeinflusst.<sup>37</sup> Positiv wirkt sich eine internale Kontrollüberzeugung aus, nach der Patienten sich selbst eine gewisse Kompetenz der Gesundheitsverarbeitung und – bewälti-

---

<sup>34</sup> Vermeire 2001

<sup>35</sup> Côté 2000

<sup>36</sup> Coyne 2003

<sup>37</sup> Rueda 2006

gung zusprechen. Rueda berichtet in ihrer Studie über die Effekte psychologischer Ressourcen bei Hypertonus, dass aktives Coping dazu führt, dass Patienten seltener über depressive Symptome klagen. In Kapitel 2.2.3. habe ich bereits darauf hingewiesen, dass die Depression häufig mit einem erhöhten kardiovaskulären Risiko assoziiert ist, und dass depressive Patienten nicht selten hyperton sind. An dieser Stelle möchte ich darauf eingehen, dass der Hypertonus von einigen Autoren ursächlich mit einer depressiven Stimmungslage in Verbindung gebracht wird. Besonders Patienten, denen keine angemessene Lifestyle-Änderungen gelang, die rauchten, übergewichtig und nicht sportlich aktiv waren und sich nicht an die Hypertonus-Diät hielten neigten zur depressiven Symptomatik. Bei Frauen, war diese Relation noch evidenter festzustellen als bei Männern.<sup>38</sup> Auch zwischen Angst und Hypertonus wird von einigen Autoren eine Verbindung hergestellt. Dabei stellt zum Beispiel Nawisłowska in ihrer Studie fest, dass Hypertoniker häufig eine übersteigerte Angst empfinden, die nicht ihrem aktuellen Risiko entspricht.<sup>39</sup> Heszen-Niejodek zeigt in ihrer Langzeit-Studie, in der sie die psychische Belastung von Patienten mit Hypertonus, Myokard-Infarkt und Krebserkrankungen vergleicht, dass auch beim Hypertonus Angst und Hoffnung wesentliche Faktoren sind, die die Verarbeitungsressourcen des Patienten für seine Erkrankung beeinflussen.<sup>40</sup> Es liegt nahe, in diesem Zusammenhang darüber nachzudenken, inwieweit der behandelnde Arzt, auf die psychischen Ressourcen und den Status seines Hypertonie-Patienten eingehen sollte und kann. Langman schlägt vor, dass in weiteren Studien Patiententypen gemäß ihren emotionalen Krankheitseinstellungen identifiziert werden sollten. So ist es möglich, dass der behandelnde Arzt besser auf eine mögliche empfundene Hilflosigkeit seines Patienten und damit verbunden eine mangelnde Motivation für die Therapie eingehen kann.<sup>41</sup> Auch der Finne Jokisalo schließt sich dem an und fordert eine umfangreichere Forschung zur Motivation von Hypertonikern und zur Entwicklung adäquater Betreuungsmöglichkeiten. Er hatte in seiner Studie festgestellt, dass 72 Prozent der befragten Hypertoniker über eine Motivationskrise bezüglich ihrer Therapie klagten und 33 Prozent sich hilflos und schlecht betreut fühlten. Diese Motivationskrise mag auch ursächlich für die Ergebnisse einer jüngst in London veröffentlichten Studie sein.<sup>42</sup> Der zufolge hatten drei von fünf befragten Patienten selbst nach einem koronaren

---

<sup>38</sup> Bonnet 2005

<sup>39</sup> Nawisłowska-Barud 2004

<sup>40</sup> Heszen-Niejodek 1999

<sup>41</sup> Langman 2001

<sup>42</sup> Kotseva 2009

Ereignis mit stationärem Aufenthalt erneut bzw. weiterhin einen erhöhten Blutdruck. Die insgesamt drei Befragungen von Koronarpatienten mehrerer europäischer Staaten zeigten, dass es den wenigsten Patienten gelungen war ihren Lifestyle zu ändern.

## **2.3 Krankheitskonzepte zu Hypertonus**

Ebenso wie bei anderen Erkrankungen ist auch beim Hypertonus davon auszugehen, dass die subjektiven Vorstellungen des Patienten einen großen Einfluss auf sein Krankheitsempfinden, seine Krankheitsverarbeitung und auf seine Compliance haben. Damit beeinflussen sie auch den Therapieerfolg und den Verlauf der Erkrankung. Insbesondere im englischsprachigen Raum haben sich in den vergangenen Jahren einige Studien damit befasst, Krankheitskonzepte von Hypertonikern und die daraus folgenden Konsequenzen für den Patienten zu beleuchten. Die interessantesten Ergebnisse sollen im Folgenden vorgestellt werden. Die Übertragbarkeit der Ergebnisse auf deutsche Patienten ist dabei allerdings nicht in jedem Fall gegeben. Dies hängt sowohl mit dem Studiendesign als auch mit der betrachteten Population zusammen. Eine Übersichtstabelle am Ende dieses Kapitels soll die schnelle Orientierung über die Studienlage ermöglichen.

### **2.3.1 Ursachen und Risikofaktoren**

Patientenbefragungen haben Vorstellungen zur Entstehung von Bluthochdruck exploriert, die sich in folgende Bereiche unterteilen lassen

- psychische Faktoren
- Lifestylefaktoren
- Physiologische bzw. mechanistische Faktoren
- Vererbung, Veranlagung
- sonstige

Welche Faktoren bevorzugt als relevant angesehen werden, unterscheidet sich teilweise erheblich in verschiedenen ethnischen bzw. kulturellen Gruppen:

In der Studie von Ontiveros nannten weiße Amerikaner am häufigsten genetische oder “mechanistische” Auslöser für Hypertonie, während Afro-Amerikaner Stress und Lifestyle-assoziierte Faktoren angaben. Viele Amerikaner hispanischer Abstammung sagten auf die Frage nach dem Auslöser, es handele sich um einen völlig normalen Bestandteil des Alterungsprozesses.

Innerhalb Europas sind die Unterschiede offenbar geringer: Die Studie von Scheibler Meissner (2004), in der Lehrer und Lehrerinnen aus vier europäischen Staaten befragt wurden, zeigte hingegen vorrangig Übereinstimmung in der Ursachenvorstellung. Sowohl in Frankreich und Großbritannien als auch in Deutschland sahen die Befragten in erster Linie Stress und psychische Belastung durch unbewältigte Konflikte als auslösende Faktoren. Erst danach folgten Lifestyle-Faktoren wie Ernährung und Genussmittel also z.B. Alkohol und Rauchen, die Spanier als Hauptursache ihres Hypertonus genannt hatten. Auffällig war, dass die Spanier im Vergleich zu den anderen drei Nationen am häufigsten auch “biologische Faktoren” wie Vererbung und organische Störungen (Arteriendruck, Gefäßverengung) erwähnten.

Lifestyle-assoziierte Risikofaktoren werden in zwei US Studien und einer brasilianischen Studie näher beschrieben: Neben dem übermäßigen Alkoholkonsum und Rauchen ist häufig auch das Übergewicht genannt. Als ungünstig gelten fette und frittierte Speisen, Schweinefleisch<sup>43</sup> und salzreiches Essen<sup>44</sup>. Salz wird von Patienten zum Teil sogar häufiger als ungünstiger Faktor erwähnt als Fett. Dahinter steckt wohl die Vorstellung, eine salzreiche Ernährung führe dazu, dass das Blut besonders dick und zähflüssig werde und deshalb vom Herzen schwieriger zu pumpen sei.<sup>45</sup>

Die bildhafte Vorstellung von Bluteigenschaften und -fließverhalten scheint bei den kulturell beeinflussten Erklärungsmodellen eine große Rolle zu spielen. So berichten zwei amerikanische Studien<sup>46</sup> davon, dass ein großer Teil der Befragten beim Hypertonus zwischen zwei Krankheiten unterschiedlicher Genese differenzierte: “High-blood” bzw. “High-pertension”. Leidet man an “High-blood” ist das Blut ständig heiß, reichhaltig und dickflüssig. Die Ursache dieser Krankheit sei körperlicher Art. Gennant wurden

---

<sup>43</sup> Wilson 2002

<sup>44</sup> Sharkness 1992

<sup>45</sup> Péres 2003

<sup>46</sup> Lukoschek 2003, Heurtin-Roberts 1992

Vererbung, Hitze und Ernährung. Im Gegensatz dazu sei die Ursache von "Hypertension" psychischer Natur. Diese zweite Erkrankung werde durch Angst, Stress oder Kummer zum Beispiel auf Grund von Eheproblemen ausgelöst. Es handelt sich hier nach dem kulturellen Erklärungsmodell um eine Nervenerkrankung. Dies veranschaulicht, dass die Konzepte der Patienten zum Teil erheblich von schulmedizinischen Theorien abweichen. Vereinzelt werden auch magische Faktoren wie Sonnenlicht<sup>47</sup> und "böse Geister"<sup>48</sup> für die Entstehung einer Hypertonie verantwortlich gemacht. Die Übertragbarkeit dieser Ergebnisse aus Australien bzw. Californien auf europäische Patienten ist unklar. Sie zeigen allerdings eins: dass sich spirituelle oder im weitesten Sinne religiöse Überzeugungen durchaus auf die Krankheitskonzepte der Hypertoniker auswirken.

### **2.3.2 Symptome**

Während unter Experten durchaus Diskussionsbedarf darüber herrscht, ob man einem nicht krisenhaft erhöhten Blutdruck Symptome zuschreiben kann oder nicht und die Symptomlosigkeit immer wieder als Therapieadhärenz hindernder Faktor gilt, zeigen Laienkonzepte diesbezüglich große Übereinstimmung. In der bereits erwähnten Studie von Scheibler-Meissner (2004), die Einschätzungen von Lehrern aus vier europäischen Staaten vergleicht, sagten 100 Prozent der befragten Deutschen, Spanier und Franzosen, der Hypertonus verursache Symptome. Nur jeder zehnte Brite meinte, der Hypertonus verlaufe asymptomatisch. Diese Ergebnisse decken sich - wenn auch nicht so plakativ - mit den Resultaten anderer Studien<sup>49</sup>. Als Symptome werden sowohl Beeinträchtigungen psychischer wie physischer Art genannt. Zu den physischen zählen in erster Linie Kopfschmerzen, Schwindel, Herzklopfen und Herzrasen. Außerdem werden auch Symptome wie Körperschmerzen, Schmerzen in den Blutgefäßen, Hitzegefühl, Schweißausbrüche und ein „flushed feeling“, also ein roter Kopf, Nasenbluten und verstärkter Aderzeichnung, erwähnt. Zu den psychischen Symptomen zählen Nervosität, Gereiztheit, Überdrehtheit und Hyperaktivität, Cholerik und erhöhte Aggressivität aber auch Erschöpfung und Abgeschlagenheit.<sup>50</sup> Interessant ist auch die Feststellung, dass Hypertoniker, die von ihrer Diagnose wussten signifi-

---

<sup>47</sup> Taylor 2003

<sup>48</sup> Wilson 2002

<sup>49</sup> Sharkness 1992 und Péres 2003

<sup>50</sup> diverse Autoren, vgl. Tabelle 1

kant häufiger Symptome angaben, als Befragte, denen nicht bewusst war, dass sie Hypertoniker sind<sup>51</sup>.

### **2.3.3 Folgeerkrankungen und Risikoeinschätzung**

Herzinfarkt und Schlaganfall sind weit verbreitet als Folgerisiken einer dauerhaften Hypertonie bekannt. Zu diesem Ergebnis kommen alle Studien, die nach Risiken gefragt haben<sup>52</sup>. Wie der einzelne Befragte allerdings sein persönliches Risiko einschätzt, ist wiederum von zahlreichen Faktoren abhängig und variiert stark. So zeigt eine Studie, dass ältere Patienten durchaus gelassener mit der „Bedrohung“ durch Infarkt und Insult umgehen als unter 75jährige. Auch Frauen zeigten sich demnach unbekümmerter als Männer<sup>53</sup>. Insgesamt überwiegen allerdings Hinweise darauf, dass Patienten ihr Risiko überschätzen: Kjellgren et al. (1998) verglichen die Risikoeinschätzung der Patienten mit der von Ärzten. Es zeigte sich, dass Patienten im Allgemeinen das Risiko, ohne Therapie einen Herzinfarkt oder Schlaganfall zu erleiden, höher einschätzten als Ärzte. Aber auch therapierte Hypertoniker neigten in einer anderen Studie (Taylor, 2003) dazu, ihr Risiko zu hoch einzuschätzen. Die Einschätzung des persönlichen Risikos lag bei einigen Patienten sogar 4-6 mal höher als die entsprechenden epidemiologischen Daten es nahe legen. Es scheint für Patienten durchaus verwirrend oder zumindest verunsichernd zu sein, Informationen über den Hypertonus zu verarbeiten. Diese emotionale Komponente könnte die Ergebnisse von Getliffe (2000) erklären. Er verglich den Kenntnisstand von Nicht-Rauchern mit dem von Rauchern bzw. Ex-Rauchern. Es zeigt sich, dass unter den rauchenden Hypertonikern größere Wissenslücken über ihre Risiken herrschten als in der nicht-rauchenden Vergleichsgruppe.

### **2.3.4 Therapie**

Die Einstellung zur Hypertonus-Therapie und die Vorstellung über eine gute Therapie zeigen sich als äußerst vielseitiges Untersuchungsfeld. Die bereits oben erwähnte Studie von Kjellgren zeigt, dass Hypertoniker, den positiven Effekt von Medikamenten überschätzen. Brown (1999) befragte die Patienten konkreter nach dem erwarteten Nutzen: Patienten

---

<sup>51</sup> Peres 2003

<sup>52</sup> diverse Autoren, vgl. Tabelle 1

<sup>53</sup> Jokisalo 2001

geben an, dass die Therapie sie vor Schlaganfall, Herzinfarkt und Nierenschäden schützt. Zugleich zeigt sich auch bei den Untersuchungen von Taylor und Sharkness, dass viele Hypertoniker davon ausgehen, dass ihre Erkrankung endlos, also nicht kurierbar, ist.

Geht es um Nebenwirkungen, werden häufig die Beeinflussung der sexuellen Funktion – in erster Linie von Männern<sup>54</sup> – und Effekte wie Schwindel, Übelkeit, Müdigkeit, häufigeres Wasserlassen und Verstopfung erwähnt<sup>55</sup>. Wenn auch insgesamt große Hoffnungen mit Anti-Hypertensiva verbunden sind, so gibt es aber auch Skepsis:

So sind viele der schwarzen US-Hypertoniker, die zwischen „high blood“ und „high-pertension“ unterscheiden davon überzeugt, dass sich nur eine der beiden Erkrankungen, nämlich die physisch bedingte, also „high blood“, mit Medikamenten therapieren lasse. Die psychische Erkrankung „high-pertension“ kann nach ihrer Theorie nur durch nervliche Schonung und Reduzierung von Stress therapiert werden.<sup>56</sup> Ein prägnantes Zitat aus Heurtin-Roberts Studie illustriert die ambivalente Einstellung zur antihypertensiven Therapie: „I’m watching what I eat for ‚high blood‘. I wouldn’t mind buying medicine if I had the money, but it won’t help the ‚high-pertension‘ anyway.“

Wie auch in dem obigen Zitat bereits angesprochen, weisen mehrere Untersucher<sup>57</sup> darauf hin, dass der Kostenfaktor gerade für ärmere Hypertoniker in den USA eine Rolle spielt. Selbst wenn die Medikamente kostenlos zur Verfügung gestellt werden, äußerten sozial benachteiligte schwarze Amerikaner sich kritisch über die schulmedizinische Therapie. Sie befürchteten zum Teil sogar, als Testperson für klinische Studien missbraucht zu werden<sup>58</sup>.

In verschiedenen Kulturen ist es weit verbreitet schulmedizinische Therapie mit Hausmitteln zu kombinieren. Dazu zählen zum Beispiel Essig, Knoblauchwasser, Honig, Fischöl, Zuckerwasser und verschiedene Kräutertees.<sup>59</sup>

---

<sup>54</sup> Jokisalo 2001

<sup>55</sup> Lukoschek 2003

<sup>56</sup> Lukoschek 2003 und Heurtin-Roberts 1992

<sup>57</sup> vgl. Tabelle 1

<sup>58</sup> Lukoschek 2003

<sup>59</sup> Peres, Brown

Interessanterweise herrscht große Übereinstimmung in der Bereitschaft, den Lebensstil zu verändern um den Blutdruck zu senken. An erster Stelle stehen mehr Bewegung, salz- und fettarme Diät, Reduktion von Alkoholgenuss. In der Jamaikanischen Studie von Grant (1993) fiel allerdings auf, dass bei ebenfalls hohem Interesse, den Hypertonus auch auf nicht-medikamentöse Weise zu senken, weder Sport noch Gewichtsabnahme von den Befragten als Möglichkeiten dazu genannt wurden.

### **2.3.5 Kontrolle des Blutdrucks und ärztliche Betreuung**

Bereits in Abschnitt 2.2.1 wurde die Problematik der unzureichenden Kontrolle der Blutdruckwerte bei einem erheblichen Teil der Patienten beschrieben.

Die regelmäßige Kontrolle ihres Blutdrucks ist für viele Hypertoniker durchaus keine Selbstverständlichkeit. Gerade in der Gruppe der Patienten, die unter 55 Jahre alt sind, scheint dies problematisch zu sein, so Jokilsalo. Zugleich, so beschreiben die Autoren der Studie, hat diese Patientengruppe große Schwierigkeiten, ihre Erkrankung anzunehmen. Dies mag die mangelnde Motivation bei der Blutdruck-Kontrolle erklären.

Möglicherweise hängt die Intensität der Inanspruchnahme ärztlicher Betreuung mit der Einschätzung der Wichtigkeit der Erkrankung zusammen. Ontiveros beschrieb, dass Patienten die den Hypertonus als ihr dringlichstes gesundheitliches Problem sahen, regelmäßiger ihren Blutdruck kontrollierten und den Hausarzt konsultierten als die anderen Befragten. Patienten, die regelmäßig ihren Hausarzt aufsuchen und mit der Betreuung zufrieden sind, beschreiben als positive Eigenschaften, dieser sei ehrlich, interessiert, erreichbar, vertrauenswürdig, gebe Informationen und habe genügend Zeit zuzuhören. Dem gegenüber kritisieren unzufriedene Patienten ihr Hausarzt würde ihnen Angst einflößen, interessiere sich nicht wirklich für sie, höre nicht zu und sähe sie nicht als Individuen. Sie bezeichneten den Kommunikationsstil als autoritär und für eine gute Behandlung ungeeignet.<sup>60</sup> Die brasilianische Untersuchung folgert aus dem unzureichenden Wissen der Hypertoniker, die dennoch angaben, von ihren Ärzten informiert worden zu sein, dass die Art und Weise in der Aufklärung häufig erfolgt, offensichtlich nicht effektiv ist.

---

<sup>60</sup> Lukoschek

Auch das Vertrauen, das der Patient seinem Arzt entgegen bringt, hat Einfluss darauf für wie effektiv der Hypertoniker seine medikamentöse Therapie hält, so Frosch in einer 2008 publizierten amerikanischen Studie.<sup>61</sup> Geringes Vertrauen zum Arzt führt demnach zu einer geringer eingeschätzten Effektivität der Pillen. Wohin gegen Patienten, deren gesundheitliches Problem in der Aufklärung als „Hypertension“ also wörtlich zu hohe Spannung bezeichnet wurde, eher glaubten Entspannung sei wirksamer als Medikamente als Patienten, deren Bluthochdruck als „Karatkoffsches Syndrom“ benannt wurde.

### 2.3.6 Übersicht empirischer Studien zu Krankheitskonzepten bei Hypertonus

Die folgende Tabelle fasst die wichtigsten Ergebnisse der erwähnten Studien zusammen.

**Tabelle 1: Übersicht empirischer Studien zu Krankheitskonzepten bei Hypertonus**

<b>Autor</b>	<b>Population</b>	<b>Methode</b>	<b>Ergebnisse</b>
Brown C 1999	300 weiße und farbige US-Hypertoniker in medikamentöser Behandlung	Standardisierte Befragung (telefon.)	- Ethnische Herkunft, Armut, Bildung, Kosten und Wirksamkeit der Therapie beeinflussen maßgeblich Medikamenteneinnahme - Ethnische Minderheiten kombinieren häufig schulmedizinische Therapie und „Home remedies“
Frosch DL 2008	152 US-amerikanische Hypertoniker	Standardisierte Befragung nach zwei typisierten Aufklärungen	- Vertrauen in den behandelnden Arzt sowie Bezeichnung des Hochdrucks als Hypertension vs. Karotkoff-Syndrom haben Einfluss auf Effektivitätseinschätzung der medikamentösen bzw. nicht-medikamentösen Therapie
Getliffe KA 2000	653 Studenten und Angestellte der Universität Southampton,	Standardisierte Befragung + BD-Messungen	- Hypertonus wurde mit den Faktoren Alter, Übergewicht und vereinzelt mit ungesunder Ernährung in Verbindung gebracht.

<sup>61</sup> Frosch et al. 2008

Autor	Population	Methode	Ergebnisse
	UK		- Mehr als die Hälfte der vordiagnostizierten Hypertoniker hatten keinen kontrollierten BD
Grant M 1996 u 1993	240 überwiegend sozial benachteiligte Patientinnen des Gesundheitszentrums in Montego Bay, Kingston, Jamaica	Standardisierte Befragung (schriftlich)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Die Patientinnen wiesen große Wissenslücken bezüglich Pathophysiologie und prädisponierender Faktoren auf</li> <li>- Die Patientinnen wussten relativ wenig über den Hypertonus und dessen Therapie.</li> <li>- Stress und salzreiches Essen waren für die meisten Hauptrisikofaktoren.</li> <li>- Fast alle wären bereit ihren Lebensstil zu ändern um den BD zu senken.</li> </ul>
Heurtin-Roberts S 1992	60 schwarze weibliche Hypertonikerinnen, die im Charity Hospital, New Orleans in Behandlung waren	je zwei semi-strukturierte Interviews im Verlauf einer 2-monatigen Beobachtungsphase, inhaltsanalytische Auswertung	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Die Krankheitskonzepte hatten direkten Einfluss auf die Compliance der Patientinnen.</li> <li>- Viele unterschieden zwischen „high-pertention“ und high-blood“, unterschiedlicher Ätiologie und unterschiedlich zu therapieren.</li> </ul>
Jokisalo E 2001	1782 Hypertoniker, aus 26 verschiedenen finnischen Gesundheitszentren	Standardisierte Befragung (schriftlich)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mangelnde Motivation zur Langzeit-Betreuung und regelmäßigen Kontrollen als Hauptproblem.</li> <li>- Viele jüngere Patienten hatten Probleme ihren Hypertonus anzunehmen.</li> <li>- Viele ältere Patientinnen zeigten eine unbekümmerte Einstellung z.B. bei der Risikoeinschätzung.</li> </ul>
Kjellgren	1013 Hypertoni-	Standardisierte	- Signifikante Unterschiede in

Autor	Population	Methode	Ergebnisse
K I 1998	ker, aus 55 schwedischen Gesundheitszentren bzw. 11 Kliniken + 212 Ärzte	Befragung (schriftlich)	der Risikoeinschätzung zwischen Patienten und Ärzten. - Patienten schätzen ihr Risiko geringer und den Effekt der Therapierbarkeit durch Medikamente höher ein.
Lukoschek P 2003	42 Hypertoniker afro-amerikanischer Herkunft, die in einem ambulanten Behandlungszentrum einer US-Klinik betreut wurden	8 Fokusgruppen (Einteilung in Compliant/ Non-Compliant) Inhaltsanalytische Auswertung	- Viele Patienten standen ihrer medikamentösen Therapie und der Behandlung insgesamt kritisch gegenüber. - Sie äußerten z.B. Befürchtungen wegen ihres geringen sozialen Status und ihrer Hautfarbe als Testpersonen für klinische Studien missbraucht zu werden. - Kritische Äußerungen und Unzufriedenheit mit Kommunikationsstil und der Betreuung durch Ärzte korrelierten in hohem Maße mit Non-Compliance.
Ontiveros J A 1999	507 über 75jährige Amerikaner weißer, afrikanischer und lateinamerik.(mexikanischer) Herkunft	Standardisierte Befragung (persönlich)	- Weiße Amerikaner gingen oft von einer genetischen Prädisposition oder mechanischen Ursachen aus - Afro-Amerikaner assoziierten Hypertonus eher mit Gesundheitsverhalten und Stress. - Hispano-Amerikaner sahen den Hypertonus als Teil des normalen Alterungsprozesses. - Diese Überzeugungen beeinflussten auch ihre Compliance.
Péres D S 2003	32 Hypertoniker, aus zwei Gesundheitszentren im Einzugsgebiet Sao Paulo (Brasilien)	Standardisierte Befragung (persönlich) inhaltsanalytische Auswertung	- Fast die Hälfte der Patienten konnte Hypertonus nicht korrekt definieren - weniger als 40 Prozent nannten als Folgerisiko Infarkt und Schlaganfall - emotionale Belastung beein-

<b>Autor</b>	<b>Population</b>	<b>Methode</b>	<b>Ergebnisse</b>
			flusst Kontrolle und Compliance ebenso wie richtiges Erinnern / Wiedergeben ärztlicher Information.
Ross S 2004	514 Patienten einer spezialisierten Ambulanz für Hypertoniker in Großbritannien	Standardisierte Befragung (schriftlich)	- Die Faktoren Alter, emotionale Belastung und Überzeugung den Hypertonus persönlich kontrollieren zu können, beeinflussen die Compliance und fließen in das Krankheitskonzept ein.
Scheibler-Meissner P 2004	184 30 - 50jährige Lehrerinnen und Lehrer aus Frankreich, Spanien, Großbritannien, Deutschland	Befragung (schriftlich) inhaltsanalytische Auswertung	- Es existieren innerhalb Europas zum Teil erhebliche Unterschiede in der Einschätzung und Beschreibung der Symptomatik des Hypertonus - Bei der Ätiologie überwiegen in allen Ländern Stress und Lifestyle als auslösende Faktoren.
Sharkness CM 1992	125 Hypertoniker, die ambulant in einer Kriegsveteranen-Klinik betreut wurden	Standardisierte Befragung (telefonisch)	- mehr als zwei Drittel der Befragten schrieben ihrem Hypertonus Symptome wie Kopfschmerzen, Schwindel, Nervosität zu - die Symptome hatten keinen positiven Effekt auf die Compliance - Stress, physische Faktoren und Genetik wurden am häufigsten als Auslöser genannt.
Taylor C 2003	55 Hypertoniker zwischen 40 und 80 Jahren rekrutiert aus zwei Arztpraxen in Perth/Australien	Standardisierte Befragung (persönlich) Qualitative Auswertung Erhebung medizinischer Daten + Risikokalkulation	- Ein Drittel der Patienten wies stark lückenhaftes Wissen über den Hypertonus auf - viele schätzten das eigene Risiko, einen Infarkt oder Schlaganfall zu erleiden zu hoch ein.

Autor	Population	Methode	Ergebnisse
Wilson RP 2002	167 Afro-Amerikaner, die in der Region Dallas/Texas auf der Straße rekrutieren wurden	Zwei Teile: Standardisierte Kurzbefragung (60 Interviews <sup>62</sup> ) + Fokusgruppen (107 Teilnehmer). Qualitative Auswertung	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Die Vorstellungen über den Hypertonus wichen erheblich von den üblichen medizinischen Konzepten ab (z.B. Schweinefleisch als Auslöser, Vitamine, Kräuter und Knoblauch als effektive Therapeutika)</li> <li>- Die Unkenntnis oder geringe Wertschätzung dieser Konzepte wird als wichtiger Faktor für die Non-Compliance vieler Hypertoniker gesehen.</li> </ul>

## 3 Methode

Wie kann es gelingen, die Vielfalt verschiedener Krankheitsvorstellungen von Patienten zu ermitteln und diese möglichst präzise und individuell treffend darzustellen? Mit traditionellen quantitativen Methoden lassen sich Aussagen über die Häufigkeit empfundener Symptome von Hypertonikern wie zum Beispiel Kopfschmerzen oder über die Bereitschaft zur Einnahme von Medikamenten machen. Aber wie ist es mit Hintergründen und Zwischentönen? Zum Beispiel mit Aussagen über Ursachen für Verhaltensweisen des Patienten, die den Hypertonus verstärken, oder über Auslöser von Ängsten, die mit der Krankheit oder auch der Einnahme bestimmter Medikamente verbunden sind. Diese blieben bei einer vorstrukturierten Erhebung möglicherweise verborgen – nämlich dann, wenn sie nicht in den festgelegten standardisierten Fragebögen vorgesehen wären. Hier liegt der Vorteil qualitativer Forschungsmethoden für explorative Fragestellungen die erfordern, dass Raum bleibt für neue Erkenntnisse und Fragestellungen, die sich vielleicht erst im Laufe der Arbeit ergeben.

Der folgende Abschnitt soll einen kurzen Einstieg in die qualitative Forschung und das gewählte methodische Vorgehen ermöglichen.

### 3.1 Qualitative Forschung

Der Ansatz der qualitativen Forschung ist die erkenntnistheoretische Überzeugung, dass die Bedeutungszuschreibungen von Handelnden in die wissenschaftliche Arbeit einzubeziehen sind. Also die Annahme, dass sich hinter jedem Handeln ein Sinn verbirgt, den es zu beleuchten gilt. Dies impliziert, dass sich Hypothesen zu sozialer Wirklichkeit nicht im Voraus festlegen lassen und ihr Wahrheitsgehalt anhand quantitativer – scheinbar objektiver - Messverfahren überprüfbar ist. Sondern es herrscht die Auffassung, dass Hypothesen erst durch das Hinterfragen von Sichtweisen und Handlungsmustern gewonnen werden können.

Flick benennt die Ziele und den Anspruch qualitativer Forschung so:

„Qualitative Forschung hat den Anspruch, Lebenswelten <von innen heraus> aus der Sicht der handelnden Menschen zu beschreiben. Damit will sie zu einem besseren Verständnis sozialer

Wirklichkeit(en) beitragen und auf Abläufe, Deutungsmuster und Strukturmerkmale aufmerksam machen. Diese bleiben Nichtmitgliedern verschlossen, sind aber auch den in der Selbstverständlichkeit des Alltags befangenen Akteuren selbst in der Regel nicht bewusst.“<sup>63</sup>

Dieses bessere Verständnis von Innenansichten – also im Falle der vorliegenden Arbeit den subjektiven Krankheitstheorien – erreicht die qualitative Forschung durch ihren offenen Zugang zum Forschungsobjekt, den Aussagen der Patienten. Durch die offene Herangehensweise zum Beispiel mittels Leitfadeninterviews soll den Befragten ein möglichst großer Spielraum zum Beantworten der Fragen gegeben werden:

„In Antworten auf die Fragen in einem Leitfadeninterview, in biographischen Erzählungen, in ethnographischen Beschreibungen des Alltags oder des Prozesses in Institutionen wird häufig ein wesentlich konkreteres und plastischeres Bild davon deutlich, was es heißt, z.B. mit einer chronischen Krankheit zu leben, als dies mit einer standardisierten Befragung erreicht werden kann. Gerade in Zeiten, in denen sich fest gefügte soziale Lebenswelten und –stile auflösen und sich das soziale Leben aus immer mehr und neueren Lebensformen und –weisen zusammensetzt, sind Forschungsstrategien gefragt, die zunächst genaue und dichte Beschreibungen liefern. Und die dabei die Sichtweisen der beteiligten Subjekte, die subjektiven und sozialen Konstruktionen ihrer Welt berücksichtigen.“<sup>64</sup>

Dabei ist es dem Forscher möglich, erst im Laufe der Studie anhand der aktuell gewonnenen Daten Hypothesen zu entwickeln, zu verwerfen oder zu überarbeiten: Ein Verfahren, das in der qualitativen Forschung als Hypothesengenerierung bezeichnet wird. Infragestellen und Modifizieren des methodischen Vorgehens und der Fragestellung sind im Gegensatz zur Praxis bei quantitativen Methoden erwünscht – ja sogar erforderlich.

Die qualitative Forschung hat also Prozesscharakter, sie dient der Reflexivität sozialer Wirklichkeit. Ihren Nutzen schildert Flick am Beispiel der Selbstreflexion klinischer Soziologen:

„Der qualitative Forscher wird somit im besten Fall zum Anreger und Katalysator für eine lernende Organisation, indem er mit Mitteln qualitativer Analyse Praktiker zum beständigen „Rückgang zu den Daten“ als Erkenntnisquelle führt.“<sup>65</sup>

In der Allgemeinmedizin gewinnt die qualitative Forschung in den vergangenen Jahren stark an Bedeutung und Anerkennung. Die offene Form der Datenerhebung und die Mög-

---

<sup>63</sup> Flick 2003 S. 140

<sup>64</sup> Flick 2003 S. 17

<sup>65</sup> Flick 2003 S. 622

lichkeit der Interpretation subjektiver Einschätzungen von Ärzten und Patienten überzeugt immer mehr Wissenschaftler. Sie sehen die qualitative Forschung als adäquaten Weg zu neuen Erkenntnissen in der Allgemeinmedizin. Donner-Banzhoff begründet diese Entwicklung:

„Wir haben den Eindruck, dass in der forschenden Allgemeinmedizin sich das qualitative Vorgehen schneller etabliert hat, als in den anderen klinischen Fächern. Dies hat mehrere Gründe: die Anamneseerhebung bzw. das patientenzentrierte Gespräch in der Praxis sind den Interviewtechniken qualitativer Forschung nahe verwandt, das aktive reflektierte Einbringen der eigenen Person ist ein wichtiges Element von Erkenntnisprozessen in beiden Bereichen, > Kontext< (Familie) und >Bedeutung< sind zentrale Kategorien qualitativer Projekte wie auch allgemeinärztlichen Vorgehens, dasselbe gilt für die Spannung von Krankheit (disease) und Kranksein (illness).“<sup>66</sup>

## 3.2 Das Leitfadeninterview

Es lassen sich in der qualitativen Forschung zwei wichtige Datenquellen unterscheiden, die teilnehmende Beobachtung und Befragungen. In dieser Studie kam die Befragung in Form von Leitfadeninterviews zum Einsatz. Grundprinzip der qualitativen Erhebung ist – wie bereits erwähnt – die Offenheit. Diese geht im Interview über die Formulierung offener Fragen hinaus. Der Interviewer gibt den Erzählstoß und stellt sich, sowohl was den Inhalt als auch die Reihenfolge seiner Fragen angeht, auf den Befragten ein. Als Orientierung dient ein Interviewleitfaden, der individuell für jedes Gespräch abgewandelt werden kann. In ihm sind die zentralen Themen festgehalten, die der Forscher in dem Interview erfragt. Die Reihenfolge der Fragen ist jedoch variabel und wird dem Gesprächsverlauf angepasst. Ergeben sich während des Interviews weitere interessante Themen, so ist es bei Leitfadeninterviews ebenfalls möglich diese aufzugreifen.

„Der Leitfaden soll zwar dazu beitragen, den vom Befragten selbst entwickelten Erzählstrang zum Tragen kommen zu lassen. Jedoch ist er vor allem die Grundlage dafür, etwa bei einem stockenden Gespräch bzw. bei unergiebigem Thematisieren dem Interview eine Wendung zu geben. Der Interviewer soll anhand des Leitfadens entscheiden, wann er zur Ausdifferenzierung der Thematik sein problemzentriertes Interesse in Form von exmanenten Fragen einbringen soll.“<sup>67</sup>

---

<sup>66</sup> Donner-Banzhoff 2002 S.11

<sup>67</sup> Flick kommentiert 1996 S.106 Witzels Aufsatz zum Problemzentrierten Interview (1985) S.235ff

Das Leitfadeninterview (im Zitat am Beispiel der Sonderform problemzentriertes Interview) zentrierte qualitative Interview profitiert also von einer relativ hohen thematischen Offenheit und Flexibilität, der Kommunikationsstil bleibt dabei jedoch Ziel orientiert fragend auf das Problem – in der vorliegenden Arbeit also die Hypertonie konzentriert. Eine Hypothese kann erst in der Auswertungsphase generiert und mit jedem Interview erneut überprüft werden.<sup>68</sup>

Das gewählte methodische Vorgehen erfordert es, geführte Interviews sofort inhaltlich auszuwerten. Auf der Grundlage dieser Analyse habe ich im Anschluss den nächsten Interviewpartner ausgewählt, von dem ich möglicherweise neue, noch fehlende Aussagen erwartete. Der Leitfaden für das anstehende Interview wurde entsprechend dem Prozesscharakter qualitativer Forschung thematisch auf den neuen Interviewpartner fokussiert.

Den Interview-Leitfaden habe ich meiner Arbeit im Anhang 8.1 beigelegt. Thematisch lässt er sich in sechs Schwerpunktbereiche untergliedern:

- Ursache der Hypertonie
- Pathophysiologie
- Symptome und Risiken
- Therapiemöglichkeiten und Kontrollierbarkeit
- Verantwortung und Emotion
- Der Hausarzt und die soziale Komponente

Generell ergibt sich bei jedem Interview für den Interviewten (und natürlich auch für den Interviewer) eine Situation der erhöhten Aufmerksamkeit, die den Inhalt der Aussagen beeinflusst. Befragte Patienten könnten, je nach Persönlichkeitsstruktur, durch die Konzentration auf das Thema entweder zur Überbewertung und übertreibenden Darstellung neigen, oder sie könnten ebenso durch Verunsicherung (Interview als „Test-Situation“) dazu neigen, zu bagatellisieren oder manche Angaben gar nicht zu machen, weil sie befürchten, etwas Falsches zu sagen. Auf dieses Problem gehe ich im Diskussionsteil ebenfalls ein. Um eine derartige Verfälschung der Ergebnisse zu vermeiden, habe ich alle Patienten vor

---

<sup>68</sup> Siehe dazu auch den methodologischen Vergleich qualitativer Interviews in Lamnek 1993 S. 91

den Gesprächen ausdrücklich darauf hingewiesen, dass es bei ihren Aussagen kein „falsch“ gibt. Denn schließlich ging es nicht um das Abfragen medizinischen Fachwissens sondern um die individuellen Wahrnehmungen und Einschätzungen der Hypertoniker, die für jeden einzelnen absolut richtig sind. Dem Vertrauen schaffenden, non-direktiven Gesprächsstil und der besonders sensiblen Situation des Gesprächseinstiegs kommt damit beim qualitativen Interview eine wichtige Rolle zu, um Offenheit des Befragten zu erreichen. Als weitere zentrale Kommunikationsstrategien im Problem zentrierten Interview nennt Flick die allgemeine und spezifische Sondierung sowie Ad-hoc-Fragen.<sup>69</sup> Ich habe diese Techniken in der Interviewführung genutzt, soweit es mir im Gesprächsverlauf sinnvoll erschien. Zur Dokumentation der Daten habe ich alle Interviews mit Einverständnis der Befragten auf Kassette aufgezeichnet und im Anschluss anfangs vollständig und wörtlich, ab dem fünften Interview lediglich ausgewählte Passagen transkribiert. Die Transkriptionskonventionen befinden sich im Anhang 8.2.

### 3.3 Die Stichprobe

Die Gruppe der Befragten besteht aus zehn Patienten aus drei Hamburger Praxen für Allgemeinmedizin sowie Patienten, die sich zur stationären Behandlung in zwei Hamburger Krankenhäusern befanden.

Die Auswahl der Befragten habe ich nach den Grundsätzen des von Glaser und Strauss entwickelten „theoretischen Samplings“<sup>70</sup> vorgenommen. Wichtig ist dabei das schrittweise Vorgehen der Auswahl auf der Grundlage des bereits gewonnenen empirischen Datenmaterials. Die Zusammensetzung der Stichprobe und ihr Umfang waren also nicht im Voraus festgelegt, sie ergaben sich erst im Verlauf der Studie. Die Grundlage für diese Strategie beschreiben Glaser und Strauss wie folgt:

„Theoretisches Sampling bezeichnet den Prozeß der Datensammlung zur Generierung von Theorien, wobei der Forscher seine Daten gleichzeitig sammelt, kodiert und analysiert und dabei entscheidet, welche Daten als nächste gesammelt werden sollten und wo sie zu finden sind, um seine Theorie zu entwickeln, während sie emergiert.“<sup>71</sup>

---

<sup>69</sup> Flick 1996 S.106

<sup>70</sup> Glaser und Strauss 1967

<sup>71</sup> Glaser und Strauss 1967 S. 45

Bei der Rekrutierung der Befragten ging es mir also in erster Linie darum zu schauen, ob die Interviewpartner neue Aspekte oder Perspektiven einbringen würden. So habe ich bei der Auswahl Wert darauf gelegt, Männer und Frauen, ältere und jüngere Patienten und Angehörige verschiedener ethnischer Gruppen zu befragen. Auch den Bildungsstand und die unterschiedlich starke Betroffenheit durch die Erkrankung habe ich bei der Rekrutierung berücksichtigt. Dabei ging es mir ausschließlich um inhaltliche Gesichtspunkte, also den Gewinn neuer Informationen und nicht um die Repräsentativität der Stichprobe. Denn Ziel der qualitativen Forschung ist ja – wie eingangs beschrieben – das Verdeutlichen der Variation verschiedener Erklärungsmuster und nicht die Generalisierung einer Theorie. Richtlinie für meine Auswahl war die Ermittlung typischer Fälle, die im allgemeinmedizinischen Praxisalltag beispielhaft sein könnten. Nach Glaser und Strauss ist das Sampling einer Studie dann als beendet zu betrachten, wenn eine theoretische Sättigung erreicht ist. Nach der Auswertung von Interview 10 schien mir der Punkt erreicht, an dem ich keine neuen zusätzlichen Daten durch weitere Interviews erhalten hätte. Ich habe somit die Rekrutierung neuer Interviewpartner mit diesem Gespräch abgeschlossen.

Die folgende Tabelle bietet eine Übersicht über die Merkmale der befragten Hypertoniker:

**Tabelle 2: Übersicht der Studienteilnehmer**

	<b>Kontakt über</b>	<b>Ge- schlecht</b>	<b>Al- te r</b>	<b>Beruf</b>
Interview 1	Hausarztpraxis 1	männlich	69 J.	Rentner, ehemals Sozialberater
Interview 2	Hausarztpraxis 1	weiblich	73 J.	Rentnerin/ ehemals Verwaltungsangestellte
Interview 3	Hausarztpraxis 2	weiblich	86 J.	Rentnerin ehemals Hausfrau
Interview 4	Hausarztpraxis 1	männlich	59 J.	Jurist
Interview 5	Hausarztpraxis 2	weiblich	52 J.	Hausfrau (Migrantin aus Griechenland)
Interview 6	Hausarztpraxis 3	weiblich	32 J.	Sozialpädagogin
Interview 7	Krankenhaus Chirurgie	männlich	62 J.	Rentner, ehem. KFZ-Meister

Interview 8	Krankenhaus Chirurgie	männ- lich	35 J.	Arbeiter (Angehöri- ger der Roma)
Interview 9	Krankenhaus Kardio- logie	männ- lich	83 J.	Rentner ehem. selbst. Kaufmann
Inter- view10	Krankenhaus Notauf- nahme Innere Medizin	weiblich	45 J.	Juristin

### 3.4. Auswertung der Daten

In der Analyse der transkribierten Gespräche ging es mir um das Aufzeichnen der Variation von Konzepten ebenso wie um die Beantwortung verschiedener Fragen. Zum Beispiel: Spielen soziale Faktoren bei der Entstehung subjektiver Krankheitstheorien eine Rolle?

Und: Gibt es Haltungstypen und wenn ja: wie sehen diese aus?

Die Beantwortung dieser Fragen erforderte zunächst die Strukturierung und die anschließende Interpretation bzw. Integration der Daten in ihren sozialen Kontext. Um die Bandbreite ermittelter Krankheitskonzepte aufzeigen zu können, benötigte ich das Instrumentarium zur systematisierenden Aufbereitung der Variation in den erhaltenen Antworten der Befragten.

Als Analysemethode habe ich die strukturierende Inhaltsanalyse gewählt. Sie scheint mir am geeignetsten, da sie unter den qualitativen Analysemethoden durch die mögliche Reduktion des Datenmaterials und ihr schematisches Vorgehen zu den besonders übersichtlichen und klaren Methoden gehört. Bei der strukturierenden Inhaltsanalyse ist die Aufbereitung des Transkriptionsmaterials der Leitfadeninterviews nach Mayring in vier Phasen unterteilt:<sup>72</sup> Als erstes eine formale Sortierung der Interviews, dann eine erste inhaltliche Strukturierung nach Themen, darauf folgt die typisierende und abschließend die skalierende Strukturierung. Dabei ist es nötig Kategorien zu definieren, denen einzelne Textpassagen zugeordnet werden können, Ankerbeispiele also Zitate herauszuarbeiten, die für eine bestimmte Kategorie exemplarisch erscheinen und Kodierregeln zu entwickeln, die mögliche inhaltlich ähnliche Aussagen eindeutig der einen oder anderen Kategorie zuordnen zu können.<sup>73</sup>

---

<sup>72</sup> Mayring 1988 S. 53f

<sup>73</sup> Mayring 1988 S. 75f

Die begleitende regelmäßige Revision und Modifikation des Kategoriensystems gelingt dabei auch durch eine bündelnde und schließlich Material reduzierende Paraphrasierung und Selektion des umfangreichen Datenmaterials. Hierzu habe ich Interviewabschnitte thematisch geordnet und auf den wesentlichen Inhalt reduziert um sie anschließend miteinander in Bezug zu setzen und hinsichtlich ihrer Abweichungen bzw. Übereinstimmungen zu analysieren. Die gebündelten Aussagen bilden also das Material, das eine Interpretation und generalisierende, Fall übergreifende Inhaltsanalyse ermöglicht.

Zur besseren Anschaulichkeit habe ich einige prägnante Zitate aus den Interviews in den Ergebnisteil dieser Arbeit eingebaut. Ich denke mit ihrer Hilfe gelingt es, einen authentischen und realistischen Eindruck der Aussagen der Patienten zu vermitteln.

# 4 Ergebnisse

## 4.1 Definition

Was genau ist eigentlich Bluthochdruck? Wie ist er definiert? Diese Fragen, die ich bewusst - um eine Verunsicherung zu vermeiden - nicht zu Beginn der Interviews gestellt habe, brachten eigentlich fast alle Patienten spontan in Verlegenheit. Antworten auf meine Fragen kamen oft nach langem Zögern. Manche Äußerungen blieben sehr vage und ich musste gezielt nachhaken um die Antwort richtig interpretieren zu können. Häufig kamen nur orientierende Andeutungen, mit denen die Befragten offensichtlich durch meine Reaktion herausfinden wollten, ob sie „richtig“ oder „falsch“ liegen, bevor sie weiter sprechen.

### 4.1.1 Grenzwerte

Die WHO-definierten Grenzwerte des Hypertonus sind fast allen Befragten bekannt. Unklarheit herrscht allerdings darüber, wie streng diese Grenzwerte einzuhalten sind und ob individuelle Faktoren zur Berechnung eines persönlichen Idealwertes existieren.

Bei den Angaben zur Definition des Hypertonus fiel auf, dass die WHO-Grenzwerte den Patienten durchaus bekannt waren. Unklar war offensichtlich, was diese Werte überhaupt aussagen. Zur Veranschaulichung ein beispielhaftes Zitat:

Also anpeilen ist 140 zu 80 Und wenn das drüber ist oder drunter ist, dann hat man zu niedrigen oder zu hohen Blutdruck. ... Also 130 oder 120 zu 80 oder zu 75, dann ist das für mich gut. Weil ich dann sag, also jetzt im Moment fließt mein Blut gut. Also es kann gut zum Herzen fließen und auch wieder zurück. .... **Wissen Sie wie diese Werte zustande kommen? Und was der obere und der untere Wert bedeuten?** Nein, der untere Wert, also das weiß ich, der untere Wert logisch das ist 80. Und der obere ist 140. Aber, wie die zustande kommen, das weiß ich nicht. (Rentnerin, 73J.)

Auch unklar war vielen Patienten, ob diese Werte Allgemeingültigkeit besitzen oder ob es individuelle „Idealwerte“ gibt, bei deren Berechnung persönliche Parameter berücksichtigt werden:

**Und gelten diese Werte für alle – Menschen?** Das kann ich nicht sagen. (Rentnerin, 73J.)

Eine Patientin nannte interessanterweise eine Formel, nach der man als Laie seine Idealwerte berechnen könne:

**Gibt es denn einen Normwert, den man anpeilen soll? Oder hat jeder seinen eigenen Idealwert?** Es gibt ja diese Regel 100 plus Alter. (Juristin, 45 J.)

Neben dem Alter legt ein weiterer Befragter auch Wert darauf, dass Gewicht und Größe bei der Berechnung seines optimalen diastolischen Wertes berücksichtigt werden müssen:

Ich sollte zusehen, dass ich bei meinem Gewicht und meiner Größe so bei 85 sollte ich haben. Der untere Wert. (Rentner, 69 J.)

Einige Patienten äußerten auch, dass es einen Blutdruck gebe, bei dem sie sich besonders wohl fühlten. Dieser Wert stimmte nicht zwangsläufig mit den WHO-Grenzwerten überein. Daraus entstand die Annahme, es könne einen individuellen „Wohlfühlwert“ für jeden Menschen geben, bei dem der Körper besonders gut funktioniere:

Also mein Blutdruck darf nicht so niedrig sein wie normal. 130 zu 60 nicht? Oder 80? Das ist auch nicht gut für mich. Bisschen erhöht muss er schon sein. ... (Rentnerin, 86 J.)

Eine weitere Patientin stellt ebenfalls die Allgemeingültigkeit der Richtwerte in Frage und betont die Wichtigkeit der individuellen „Wohlfühlkonditionen“:

... Aber wenn ich mich mit meinem Blutdruck überhaupt gar nicht krank fühle, sondern ganz im Gegenteil ganz glücklich bin... **Wie hätten Sie Ihren Blutdruck denn gerne?** Er soll so sein wie er ist. Nur soll er keine Schäden anrichten. So hätte ich das gerne. (Juristin, 45 J.)

Im Allgemeinen sind die Befragten bei der Einhaltung der Grenzwerte durchweg großzügig. So ist vielen nicht klar, wie flexibel diese Werte zu handhaben sind und welche Aussage eine Erhöhung um 5 oder 10 mm/Hg beim systolischen oder diastolischen Wert für den Gesundheitszustand des Patienten bedeutet:

Ich fand noch so, na ja bis 100, 110 und 90 (Anm. diastolisch). Diese, diese 10 mehr. Na ja, was macht's denn, nicht? (Rentnerin, 73J.)

Auch bei extremen Blutdruckspitzen bleiben manche Hypertoniker gelassen und lassen sich gerne durch eine (so erfolgte?) Bemerkung des Arztes beruhigen:

260, sagt er [Anm. der Neurologe]. Ob das so war, das weiß ich nicht. Aber der hat mir die Angst genommen. Der Mann. Nein, sagt er, das ist gar nicht so schlimm. (Rentnerin, 86 J.)

Die Patientin stellt hier zwar in Frage, ob ihr Wert tatsächlich so hoch war oder falsch gemessen wurde. Sie stellt aber nicht in Frage, ob ein so hoher Wert wirklich nicht so schlimm ist.

Auch die Gewichtung von systolisch bzw- diastolisch betontem Hypertonus ist für einige ein Thema:

**Und was der obere und der untere Wert aussagen, das..**  
Das kann ich Ihnen nicht erklären. Aber ich habe immer gehört, dass der untere Wert wichtiger sein soll als der obere. Warum das so ist, kann ich Ihnen nicht sagen. (Rentner, 83 J.)

Manche Befragte gehen auch davon aus (oder sie haben möglicherweise die Erfahrung gemacht), dass Ärzte unterschiedlich rigide mit der Einhaltung der WHO-Grenzwerte umgehen:

Ja, zuletzt waren meine Werte immer 120/80. Jetzt bei Frau Dr. x [Anm. die Hausärztin] sagte sie: ideal. Also mein Internist hätte wahrscheinlich gesagt, für einen eingestellten Blutdruck ist das noch zu hoch. (Jurist, 59.)

Eine weitere Patientin sagt sogar konkreter, dass nach ihrer Erfahrung die Grenzwerte von Arzt zu Arzt unterschiedlich seien:

**Was ist Bluthochdruck, also welche Werte?** Da gehen ja laut Ärzten die Meinungen auch so ein bisschen auseinander. (Sozialpädagogin, 32 J.)

## 4.1.2 Krankheitswert

Krankheit ohne Krankheitsgefühl, das ist das Dilemma, unter dem die meisten Befragten ihren Bluthochdruck zusammenfassen. Mehrere lehnen eine Zuordnung als Krankheit aber auch entschieden ab.

Einerseits äußern sich die Patienten erleichtert darüber, dass sie sich trotz ihres gesundheitlichen Problems wohl fühlen, andererseits kritisieren einige das Trügerische an dieser Symptomlosigkeit weil es einen negativen Einfluss auf ihr Gesundheitsverhalten hat:

Der Bluthochdruck ist auch so eine Sache – der tut nicht weh. Wenn er richtig Schmerzen verursachen würde... Das ist tückisch. Ich sag nur, für mich ist das sehr tückisch. Das ist wie so eine Zuckerkrankheit wo man keinen Schmerz hat und trotzdem ist man geschädigt. (KFZ-Meister, 62 J.)

Ein Patient schildert, dass er erst viele Jahre nach der Diagnose seines Bluthochdrucks durch dessen Folgen (KHK, Angina pectoris) zu seiner Einschätzung gelangt ist, dass es sich beim Hypertonus um eine Krankheit handelt.

Ich habe das [Anm. früher] nicht, also ich hab das nicht als Krankheit so ungefähr angesehen. Ich hab mich gut gefühlt **Haben Sie heute eine andere Einstellung dazu?** Ganz, ja. Aber das kommt ja nun durch meine Herzschichte. Das ist jetzt GANZ, GANZ ANDERS. (Rentner, 69 J.)

Im weiteren Verlauf des Gesprächs bedauert er die Symptomlosigkeit, die zu seiner Einstellung führte und eine unbefriedigende Compliance mit erheblichen gesundheitlichen Risiken nach sich zog. Siehe dazu auch Abschnitt 4.7 Verantwortung und Emotion.

Zwei Befragte äußern auch ein fehlendes Krankheitsgefühl, schätzen den Bluthochdruck aber dennoch als Krankheit ein. Eine der beiden begründet dies damit, dass sie schließlich Medikamente nehmen müsse und sich daraus der Krankheitswert ergebe.

**Haben Sie das Gefühl Sie sind krank? Nein. Also, ich hatte Sie ja auch eben gefragt, ob Sie meinen, dass Bluthochdruck eine Krankheit ist.** Ja, eine Krankheit ist das schon. ... Ich muss ja Medikamente dagegen einnehmen. ... Aber ich fühle mich nicht krank. Nein. Im Ge-

genteil. Ich fühl mich eigentlich – Ich fühl mich eigentlich wohl. (Rentnerin, 73 J.)

Ein wenig später schränkt die Patientin den Begriff Krankheit in sofern ein, als dass sie von einer selbstverschuldeten Krankheit spricht, die scheinbar von einer nicht selbst verschuldeten Erkrankung abzugrenzen ist. Was sich daraus für die Wertigkeit des Bluthochdrucks als Krankheit ergibt, bleibt zu diskutieren.

Ja, ich würde sagen es ist eine Krankheit. Aber vielleicht, wenn man das so sagt, eine selbstverschuldete Krankheit. (Rentnerin, 73 J.)

Den direkten Zusammenhang zwischen fehlendem Krankheitsgefühl und damit auch inexistentem Krankheitswert formuliert eine weitere Befragte, die den Hypertonus praktisch als Antrieb bzw. Energieüberschuss interpretiert, folgendermaßen:

**Ist denn Bluthochdruck überhaupt eine Krankheit?** Nein, für mich nicht. Für mich ist das mehr eine Typfrage...  
**Wann wäre er denn eine Krankheit? Wenn man sich krank fühlen würde?** Ja. Wenn man Angst hätte. Wenn man das Herzklopfen fühlen würde. Oder so ein Rauschen. Oder so ein Hörsturz, so ein Pfeifen. (Juristin, 45 J.)

Völlig konträr sieht das eine andere Befragte. Sie betont ausdrücklich die Gefahr, die von ihrem Bluthochdruck ausgeht, selbst wenn sie kein Krankheitsgefühl empfindet.

Ich muss aufpassen. Für mich ist das eine Krankheit mit schlimmen Folgen. Ich muss aufpassen. **Fühlen Sie sich krank?** Nein, ne. Früher auch nicht. (Hausfrau. 52 J.)

Ein Patient äußert explizit, der Hypertonus sei keine Erkrankung sondern trotz seiner Symptomlosigkeit als Vorbote und damit Warnsignal folgender Gesundheitsschäden zu werten:

**Sehen Sie das denn [Anm. den Hypertonus] als Krankheit?**  
Als Krankheit nicht, aber als Warnsignal. **Es warnt vor was?** Dass Sie eben einen Herzinfarkt kriegen können.  
(Aushilfsarbeiter, 35 J.)

Eine andere Befragte hält das Problem für völlig überschätzt. Ihre Formulierung lässt interpretieren, dass sie denkt, Ärzte würden ausschließlich vor dem Hypertonus und seinen gesundheitlichen Folgen warnen um Angst einzuflößen.

**Ist Bluthochdruck überhaupt eine Krankheit, oder was ist das?** Nein, ist es nicht. Es ist, man sagt, die Ärzte machen einem da immer n' bisschen Angst, nicht. (lacht) Mit Tabletten, die man dann nehmen muss und Verhalten und so weiter. Und ich glaube nicht. Man muss damit leben. Man muss damit irgendwie zurecht kommen. Nee, Krankheit nicht? (Rentnerin, 86 J.)

## 4.2 Ätiologie

Die folgende Tabelle gibt einen Überblick über die genannten ursächlichen Faktoren. Die meisten Patienten gehen davon, aus, dass der Hypertonus durch mehrere Faktoren verursacht wird. Dabei nehmen sie häufig eine Gewichtung vor. Für viele Patienten stehen psychische Faktoren an erster Stelle, es folgen Ernährung und Bewegungsmangel. Darüber hinaus ergibt sich ein uneinheitliches Bild, dass in vielen Punkten auch die Unsicherheit der Studienteilnehmer zeigt.

**Tabelle 3: Ätiologische Faktoren des Hypertonus**

Faktor	Pat. 1, Rentner, 69 J.	Pat. 2, Rentnerin, 73J.	Pat. 3, Rentnerin, 86J.	Pat. 4, Jurist, 59 J.	Pat. 5, Hausfrau, 52 J.	Pat. 6, Sozialpäd., 32 J.	Pat. 7, KFZ-Meister, 62 J.	Pat. 8, Arbeiter, 35 J.	Pat. 9, Rentner, 83 J.	Pat. 10, Juristin, 45 J.
Ernährung	++ +	++ +	++ 74	++	++ 75	+ <sup>76</sup>	!	+	?	+ <sup>77</sup>
Rauchen	++	+	?	/	++	+	?	/	?	+
Alkohol	!	+	?	!	+	+	+	+	?	+

<sup>74</sup> Spricht explizit Kaffee als Auslöser an.

<sup>75</sup> Die Befragte differenziert zwischen Fett allgemein und Olivenöl (besser), spricht auch Salz (und Pfeffer) und Kaffee an.

<sup>76</sup> Sowohl cholesterinreiches Essen wie auch salzige Nahrung wird genannt

<sup>77</sup> Gibt explizit salziges Essen als Auslöser an, Fett wird nicht erwähnt

Bewe- gungs- mangel	+	++	++	++	/	+	+	+	/	+
Stress/ Angst	++	++	++	++	++	+	++ +	++	++ +	++
Alter	/	++	/	+	+	/	/	+	+	+
Verer- bung	/	++ +	+	-	?	++ +	/	+	/	++ +
Nieren- erkran- kung	/	/	/	++ +/?	/	+	/	/	-	+
Diabe- tes	/	+	?	/	++	/	/	/	/	/
Schick- sal	/	/	++ +	/	+	-	/	/	/	/
Sonsti- ges	/	/	/	++ 78	/	+ <sup>79</sup>	++ 80	++ 81	++ + <sup>82</sup>	++ 83

**Erläuterung zur Tabelle:**

+++ von großer Wichtigkeit

++ wichtig

+ erwähnt

? Unsicherheit

! widersprüchliche Angaben

/ nicht erwähnt

- kein Verursacher des Hypertonus

Die Befragten trennten nicht durchgehend nach Ursache und auslösenden bzw. verstärkenden Faktoren. Daher wird auch im folgenden Text auf eine entsprechende Zuordnung verzichtet.

---

78 erwähnt Atherosklerose durch Lösungsmittel und Einengungen z.B. durch Blutdruckmanschette als Auslöser

79 Zuviel Lakritz und Herzprobleme als Auslöser

80 Fettleibigkeit, Krampfadern und „Venen- bzw. Arterienverstopfung“

81 Colitis ulcerosa in seinem Fall als Auslöser, „schwaches Herz“, Übergewicht

82 Nennt seine Kriegsverletzung als Auslöser

83 Übergewicht, Herzprobleme, Kaffee

Die Mehrheit der Patienten hatten keine fertigen Antworten auf die Frage nach dem Warum. Oft wurden die Ideen gemeinsam im Gespräch entwickelt. Alle Befragten kamen aber letztlich zu einem kleinen Ursachen-Katalog. Es herrschte also Konsens über die multifaktorielle Ätiologie des Bluthochdrucks:

Also ich sag unsolider Lebenswandel und Ernährung auch.  
Und kaum Urlaub und immer auch stressig gearbeitet.  
(Rentner, 69 J.)

Das ist Alter, Gewicht und Bewegungsmangel. Da kommt so  
viel zusammen. (Rentnerin, 73 J.)

Viele unterschieden dabei explizit zwischen solchen Faktoren, die Ihnen bekannt sind, aber nicht auf sie persönlich zutreffen, und solchen, von denen sie glauben, dass sie in ihrem konkreten Fall den Bluthochdruck ausgelöst haben könnten.

**Glauben Sie, dass Rauchen zum Beispiel einen Einfluss hat?** Das könnte sein, ja. Aber ich rauche seit 30, 40 Jahren nicht mehr. **Und allgemein. Also jetzt nicht auf Ihren Fall bezogen. Und wie ist das mit Alkohol?** Oh ja, könnte ich mir vorstellen. Wenn man sich nicht im Rahmen da verhält. Da kann ich mir gut vorstellen, dass es eine Rolle spielt. (Juristin, 45 J.)

#### 4.2.1 Ernährung und Suchtmittelkonsum

In fast allen Interviews konstruierten die Studienteilnehmer einen Zusammenhang zu Cholesterin – häufig allerdings ohne diesen genau verstanden zu haben. Mehrere Befragte stellten sich darunter bildhaft dick werdendes Blut vor, das schon beim Essen zähflüssig wird, so Blutgefäße verstopft und dann zum Hypertonus führt bzw. diesen verstärkt.

Zum Beispiel in den Arterien vom Cholesterin und vom vielen Rauchen wird das Blut dick. Und davon wird mein Bluthochdruck noch schlimmer. (Hausfrau, 52 J.)

Eine ältere Dame wusste sogar überraschend gut Angaben über ihre Blutfette zu machen, war allerdings bei der Terminologie nicht ganz sicher:

Und da sind meine Werte, die Cholesterinwerte sind eigentlich immer ein bisschen hoch. Immer so 220, 230. Ist ein bisschen hoch. Die Triglyzeride (stöhnt) das weiß

ich jetzt aus dem Kopf nicht so. Und die, die. Da gibt es ja gute und schlechte LDA und HDL. (Rentnerin, 73 J.)

Dieselbe Dame erklärt dann auch plausibel den Zusammenhang zwischen ihren Ernährungsgewohnheiten und dem Hypertonus.

Ich ess nicht fett, aber zu viel. Das wird bei mir der Grund sein. Also ich will da gar nichts beschönigen. Und da nehme ich an, dass ich dadurch mein Gewicht, meine Gewichtszunahme hab. Und dadurch natürlich auch begleitend eben den Bluthochdruck. (Rentnerin, 73 J)

Neben dem Fett werden weitere Nahrungsbestandteile wie Salz und auch Pfeffer angegeben, die einen Hypertonus begünstigen:

Ich koche immer zu Hause. Viel Salat, wenig Fett. Nur mit Olivenöl. Viel Salz, und viel Fett sind schlecht für den Blutdruck. Ich achte auf Salz und Pfeffer. (Hausfrau, 52 J)

Interessant ist hierbei, dass die Patientin – eine Griechin, die seit vielen Jahren in Deutschland lebt – großen Wert darauf legt, dass Olivenöl nicht als „gefährliches“ Fett zu werten ist. Und dass zu Hause kochen möglicherweise im Gegensatz zu Fast Food oder Kantinenessen gut für den Blutdruck ist.

Übertriebener Konsum von Kaffee wird ebenfalls von vielen Befragten als Ursache angegeben. Oft in Kombination mit Rauchen. Quasi als schlechte Angewohnheiten, die häufig miteinander kombiniert sind.

Ich rauche auch. Ich trinke keinen Alkohol und weniger Kaffee. Rauchen und Kaffee machen Bluthochdruck. (Hausfrau, 52 J.)

Beim Thema Alkohol zum Beispiel gab nur eine Befragte an, er könne in ihrem persönlichen Fall zum Bluthochdruck beitragen. Alle anderen gaben an, Alkohol könne grundsätzlich einen Hypertonus verursachen, sei in ihrem Fall aber uninteressant. Und dies obwohl einer der Befragten nach eigenen Angaben jahrelang extrem viel Alkohol konsumiert hat. Bei einem weiteren Patienten, der einmal eine Gaststätte betrieben hat, sind die Angaben hierzu nicht eindeutig, es ist aber zumindest anzunehmen, dass Alkohol in seinem Fall eine Rolle gespielt haben könnte:

So sechs Jahre lang war das. Doch mir hat's nichts ausgemacht. Eine Flasche Whisky in der Nacht. Ich war immun dagegen, sage ich heute so. (Rentner 69 J.)

Eine Studienteilnehmerin erwähnt den protektiven Effekt von Rotwein und stellt damit zumindest Rotwein als Hypertonus auslösenden Faktor in Frage:

Alkohol – ich glaube Rotwein ist Blutdruck senkend. Aber das will ich nicht beschwören. (Juristin, 45 J.)

Die meisten Studienteilnehmer geben an, früher geraucht zu haben, etwa die Hälfte raucht noch. Alle Befragten geben Rauchen als Hypertonie-Auslöser an. Unsicherheit herrscht aber zum Beispiel darüber, ob es für den Blutdruck einen Unterschied macht, wie tief inhaliert wird. Oder ob die Folgen des Rauchens eventuell irgendwann „verjährt“ sein könnten:

**Gibt es da noch andere Faktoren bei Ihnen?** Ja. Rauchen zum Beispiel. Ich rauch wenig aber – ich rauche... Seit gut 30 Jahren mit wenig Unterbrechungen... Ja, was heißt wenig. 10, 10 am Tag. War mal mehr, ja. Ich rauch allerdings nicht auf Lunge. Also ich weiß nicht, ob das entscheidend ist, aber – (Hausfrau, 52 J)

Die Zigarette ging nie aus. Ich hab also so 40 oder mehr Zigaretten geraucht. Aber das nur bis 1958 oder '59 und dann gar nicht mehr. Das ist ja nun schon bald 40 Jahre nicht mehr. Deswegen, glaub ich also, dass das Rauchen mir da nicht geschadet hat in dieser Richtung. (Rentner, 69 J.)

Ein Befragter gibt an, er vermute, dass auch Passiv-Rauchen gefährlich sein könne:

Ich hab ja in der Gastronomie gearbeitet, in rauchigen Räumen. Man ist ja, als Passivraucher ist das ja genauso schlimm. (Rentner, 69 J.)

#### **4.2.2. Bewegungsmangel**

Mangelnde Bewegung wird häufig in Zusammenhang mit falscher Ernährung und Übergewicht erwähnt. Einige Befragte gaben an, dass häufig Umstände wie ein stressiger Job, sitzende Tätigkeiten oder andere Erkrankungen sie davon angehalten haben, sich mehr zu bewegen. Allen Befragten war bewusst, dass es eine Beziehung zwischen Bewegung und Blutdruck gibt:

Und Sport habe ich allerdings auch nicht getrieben.  
(Rentner, 69 J.)

Das kann aber auch jeder bekommen. Wenn der dementsprechend mit Fettleibigkeit und Bewegungsarmut ausgerüstet ist. (KFZ-Meister, 62 J.)

In meinem Alter darf man nicht so viel liegen. Da muss man immer wieder aufstehen. Und das bekommt mir eigentlich recht gut. – Sie wissen ja: Im Bett sterben die meisten Menschen. (Rentnerin 86 J.)

### 4.2.3 Psychische Faktoren

Stress bzw. emotionale Belastung ist für alle Befragten ein weiterer Faktor, der zur Entstehung des Bluthochdrucks führt. Für viele Studienteilnehmer ist Stress sogar der wichtigste aller Faktoren. Fast alle Befragten bezogen dies auch auf ihren eigenen Fall oder auf Hypertoniker, bei denen andere klassische Faktoren wie die altersbedingte Atherosklerose ausfallen. Einige Beispiele:

Ich bin so ein Stress-Typ. Hochempfindlich. Der auch von der Arbeit her immer so angespannt ist. Und das ist das, was mich nachher auch krank gemacht hat. (KFZ-Meister, 62 J.)

**Haben Sie eine Idee wo das herkommt?** Ne, eigentlich nicht. Ich bin... Ich hab kein Cholesterin, keinen Zucker und meine Blutwerte waren immer gut. Was kann man sagen, ein bisschen STRESS mit den Kindern und das und jenes. (Hausfrau, 52 J.)

**Und was glauben Sie, was bei jungen Leuten Auslöser sein könnte?** Da nehm ich auch an, also – da wird's zum Teil Essen sein und dann auch Stress. (Rentnerin, 73 J.)

Auch für kurzfristige Blutdruckspitzen, die sich auf einen bereits vorhandenen Hypertonus draufsetzen wird Stress verantwortlich gemacht:

Wenn ich zuviel Stress habe und ich denke zuviel über Familie und so, dann fühle ich das, denn den? Blutdruck.  
(Arbeiter, 35 J.)

Ein Befragter sieht Stress als den einzigen Auslöser für Bluthochdruck und ist deshalb völlig irritiert, weil dies auf ihn und seinen Lebensverlauf nicht zutrifft. Folgerichtig dürfte er nach seiner Einschätzung also gar nicht unter Hypertonie leiden:

**Ganz allgemein, was kann zu Bluthochdruck führen?** Ja, das frage ich mich auch! Ich habe ja keine Stresssituationen, keine sonstigen Belastungen irgendwelcher Art. Also normalerweise dürfte das gar nicht sein. Ich kann mir nicht erklären, woher das kommt. Ich bin ja 20 Jahre nicht mehr im Beruf. (Rentner, 83 J.)

Angst wird als belastender Faktor von einigen Patienten besonders hervorgehoben. Dies kann sowohl die Angst vor schicksalhaften privaten Ereignissen sein, wie auch die Angst vor der Hypertonie selbst:

Und – ich weiß nicht. Ich nehme an, dass wenn einer in der Familie krank wird, dass da mein Blutdruck sich erhöht. Eben aus Angst. Oder oder so. (Rentnerin, 73 J.)

Die Patientin unterscheidet hier auch explizit zwischen Stress und Angst. Sie schildert ihre Vorstellung, dass sich durch Angst die Konsistenz und damit die Viskosität des Blutes verändert:

Durch Fett oder durch Stress oder na ja Stress, ich weiß nicht ob das Stress ist. Ich hab eigentlich mehr Ängste. Das ist ja kein Stress. Und dass sich da irgendwie was im Blut verändert. Dass die Fließfähigkeit geringer wird, oder dass sich da irgendwas bildet im Blut. (Rentnerin, 73 J.)

Angst auslösend und damit Blutdruck erhöhend wirkt für einige Patienten auch die Auseinandersetzung mit ihrem Hypertonus:

Also das war eher zufällig. Dass ich gemerkt habe, wenn ich drüber rede, steigt der Blutdruck. (Jurist, 59J.)

Einige sprechen wörtlich vom Weißkitteleffekt beim Arztbesuch bzw. der Blutdruckmessung.

Ich habe Angst, man sagt ja auch so schön: der weiße Kittel. **Also Sie haben vor dem Arzt Angst?** Ja, ja. Ich

glaube auch. **Dass der schimpft, dass der Blutdruck schon wieder so hoch ist.** Ja. Und das ist immer schlimmer geworden. (Rentnerin, 86 J.)

Ja, es ist Emotion. Aber ich würd's jetzt nicht als negativ einstufen. Es ist ein gewisser Stress. Den ich aber auch nicht als negativ empfinde. Und deswegen sag ich auch immer zu Frau Dr. x [Anm. der Hausärztin], sie soll bitte den Blutdruck bei mir messen bevor wir – überhaupt irgendwie ins Gespräch kommen. Bevor wir irgendwas besprechen. Weil er am Ende des Gesprächs voraussichtlich deutlich höher ist als vorher. (Jurist, 59 J.)

#### 4.2.4 Alter

Zum Thema Alter herrscht allgemein Unschlüssigkeit darüber ob und in wie weit Alter als Belastungsfaktor zu werten ist. Unklar ist hier vor allem, warum nicht alle Menschen im Alter Hypertoniker seien. Die Angaben kommen bei den meisten Befragten nur nachdem ich das Thema gezielt darauf gelenkt habe:

Und mit einem bestimmten Alter kommt das auch. Bei mir mit 50 zum Beispiel. Mit dem Alter nimmt das Risiko zu. Aber nicht alle Leute bekommen das. (Hausfrau, 52 J.)

Interessant ist hier die Altersangabe, ab wann man vermehrt zum Hypertonus neigt. Ein weiterer Befragter setzt das „Hypertonus-Risikoalter“ etwas höher an:

Ich nehm auch an, dass es altersabhängig ist. Schwerpunktmäßig jedenfalls. **Ab wann ist man da gefährdet das zu bekommen?** Ab 70 (Rentner, 83 J.)

Eine Patientin erklärt sich den Zusammenhang zwischen Alter und Hypertonie so:

Man wird im Alter ein bisschen träger, oder bisschen nachlässiger mit allem. Und man bewegt sich nicht mehr soviel. Man turnt nicht mehr soviel in der Gegend herum. Und von daher nehme ich schon an, Bewegungsmangel fördert den schlechten Blutdruck. – Doch, das Alter hat bestimmt damit zu tun. (Rentnerin, 73 J.)

Die geringere Bedrohung bzw. der Krankheitswert des Hypertonus im Alter ist für eine Patientin Thema. Sie ist davon überzeugt, dass der Bluthochdruck nur in jüngeren Jahren für den Betroffenen wirklich von Bedeutung ist:

**Und wie ist das mit dem Faktor Alter?** Nur so vom Hörensagen: Ich glaube bei älteren Menschen ist der Blutdruck häufiger mal höher. Ohne dass das Besorgnis erregend ist. (...) Bei älteren Leuten kommt der Bluthochdruck häufiger vor und ist dann nicht mehr so gefährlich. (Juristin, 45 J.)

Die Äußerung stammt von der Patientin, die auch schon erwähnte, dass sich der Idealwert des Blutdrucks nach der Formel 100 plus Alter berechnen lässt. Aus dieser Perspektive ist die Argumentation natürlich logisch.

#### **4.2.5 Vererbung**

Die genetische Prädisposition geben ebenfalls einige Patienten auf konkrete Nachfragen an. Hier geben sie in erster Linie wieder, was sie vom Hörensagen wissen:

Man sagt ja auch Bluthochdruck ist auch eine Veranlagung. Das kann in einer Familie liegen. Also nicht immer nach und nach sondern überschlagen. (Rentnerin, 86 J.)

Eine Befragte beschreibt eine familiäre Häufung, ist allerdings unsicher, welche medizinischen Begrifflichkeiten dafür zutreffen.

Weil ich bin stutzig geworden, weil wir das alle haben. Also alle Geschwister haben das. Und von daher nehme ich an, dass das eigentlich eine – Vererbung kann man ja wohl nicht sagen. Dass das irgendwie an den Genen liegt. (Rentnerin, 73 J.)

Eine andere traut sich überhaupt nicht eine klare Aussage zu diesem Thema zu machen.

Offensichtlich verunsichert das Thema Genetik die Patienten:

Ich weiß nicht ob man Bluthochdruck weitervererbt. Von anderen Krankheiten, zum Beispiel Zucker habe ich das gelesen. (Hausfrau, 52 J.)

Eine weitere Einschätzung ist, dass es zwar eine genetische Prädisposition gibt, diese aber nicht zwangsläufig vorhanden sein muss, um zu erkranken.

Ich würd sagen, einmal kann das natürlich genetisch sein. Das kann aber auch jeder bekommen. (KFZ-Meister, 62 J.)

#### 4.2.6. Bezug zu anderen Erkrankungen

##### Niere

Ein Patient leidet unter einer langjährig bekannten Nierenerkrankung. Im Laufe des Interviews sind diese Erkrankung und die Frage des Zusammenhangs mit seinem Bluthochdruck immer wieder Themen. Der Patient berichtet, dass ein Arzt einen engen Zusammenhang mit seiner Nierenerkrankung sieht, ein anderer jedoch davor warnt, eine Normalisierung des Blutdrucks durch eine Nephrektomie zu erwarten. Der Patient bezieht nicht eindeutig Stellung dazu, ob er diesen Zusammenhang herstellt, angesichts der Konsequenzen dieser Einschätzung (Nephrektomie ja oder nein) ist für ihn diese Frage jedoch von hoher Bedeutung.

Also *der Arzt* hat dann gesagt, das ist mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit auf die Niere zurückzuführen. [...] Und er hat auch gesagt, mit der Entfernung der Niere würde auch mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit der Blutdruck sich sofort normalisieren. [...] Da hab ich aber inzwischen auch [...] eine *andere* Meinung gehört. Und da bin ich jetzt im Augenblick noch bei - das zu klären. Weil ich schlicht und einfach wissen möchte, was für mich besser ist: Niere bleibt drin oder die Niere wird entfernt. (Jurist, 59 J.)

Eine weitere Studienteilnehmerin schließt den Zusammenhang zwischen Hypertonus und Nierenerkrankungen aus der Tatsache, dass ihre Nieren beim stationären Aufenthalt untersucht wurden. Zwischen Ursache und Folge unterscheidet sie nicht:

Also da auch die Niere untersucht wurde bei mir, hat das vielleicht auch noch was mit der Niere zu tun. (Sozialpädagogin, 32 J.)

Konkreter äußert sich eine andere Befragte, die meint, sich an einige Informationen dazu zu erinnern:

Und im Krankenhaus haben sie noch was gesagt von Nierenerkrankungen. Irgendwie so Bindegewebe an der Niere. (Juristin, 45 J.)

##### Herz

Da nicht nur die Nieren sondern auch das Herz untersucht wurden, schließt dieselbe Studienteilnehmerin, dass auch das Herz als Organ einen Hypertonus verursachen könne:

...und wahrscheinlich muss es auch irgendwas am Herzen geben. Denn die haben auch mein Herz untersucht. (Juristin, 45 J.)

Auch für andere Befragte ergibt sich der Zusammenhang zwischen dem Herzen und dem Hypertonus, ohne dass sie dies konkret erklären könnten. Eine interpretiert sogar eine Kombination aus Stress, daraus resultierender Herzbelastung und Hypertonus als Ablauf:

Also man sagt ja auch im Volksmund als weiteren Faktor Stress. Aber ich weiß nicht ob der wirklich so einen Einfluss haben könnte, dass dadurch ein Bluthochdruck wirklich entsteht. Aber vielleicht eine Dysfunktion des Herzens. (Juristin, 32 J.)

Ein Befragter führt eine zu starke sportliche Aktivität in jungen Jahren als für ihn plausible Ursache an:

Früher als Lehrling bin ich immer 5000 Meter gelaufen. Jeden Morgen als Sport. Und dann musste ich nachher aufhören, weil mein Herz zu groß wurde und ich nahm zu doll ab. Könnte sein, dass das Herz schon in jungen Jahren zu doll belastet wurde. Und dass daher der Bluthochdruck kommt. (KFZ-Meister, 62 J.)

## **Diabetes**

Mehrere Patientinnen stellen einen Zusammenhang zum Diabetes mellitus her:

- Zwei vermuten, dass ihr Diabetes durch die Hypertonie (mit-) bedingt sei.
- Eine erwähnt ausdrücklich das Fehlen von Zucker bei der Überlegung welche Ursachen für ihren Bluthochdruck in Frage kommen.

Ja, ja von meinem Wissen her ist das die Folge. Also ist das wenn man einen hohen Blutdruck hat, dass man dann auch Zucker bekommen kann. Wenn man sich nicht drum kümmert. (Rentnerin 73 J.)

**Gibt's da einen Zusammenhang zwischen dem Blutdruck und dem Zucker?** Ja, ja das glaub ich schon? **Was kommt von was, oder wie** – Ja, das weiß ich eben nicht? Also bei mir würde ich sagen der Bluthochdruck war zu erst da wie der Zucker. (Rentnerin, 86 J.)

**Haben Sie eine Idee wo das herkommt?** Ne, eigentlich nicht. Ich bin... Ich hab kein Cholesterin, keinen Zucker und meine Blutwerte waren immer gut. (Hausfrau, 52 J.)

### **Gefäße**

Zahlreiche Studienteilnehmer geben an, davon gehört zu haben, dass Gefäßablagerungen zu Bluthochdruck führen. Konkret können sich die Wenigsten darunter etwas vorstellen. Die Beschreibung eines Befragten scheint mir beispielhaft für die Verwirrung und Unsicherheit bezüglich der pathophysiologischen Zusammenhänge, die bei vielen Hypertonikern herrscht und die natürlich auch Einfluss auf die Einschätzung ätiologischer Faktoren hat:

**Und andere Erkrankungen, können die Bluthochdruck machen?** Ich würde sagen Venenverstopfungen oder Arterienverstopfung – dass da dann irgendwie ein Stau kommt. Oder Krampfadern. Dass das dann gegenan pumpt und muss jetzt die Kraft wieder woanders lassen. (KFZ-Meister, 62 J.)

### **Chronisch entzündliche Darmerkrankung**

Ein junger Studienteilnehmer sieht als Ursache seines Hypertonus eine Colitis ulcerosa, unter der er sehr stark leidet und die ihn im Rahmen komplikationsreichen Proktokolektomie immer wieder zu längeren Krankenhausaufenthalt zwingt. So scheint auch sein Hypertonus-Konzept von seiner primären Krankheit geprägt zu sein:

**Woher kommt der Bluthochdruck?** Weil ich die Colitis Ulcerosa habe. **Der Bluthochdruck kommt von der Colitis ulcerosa?** Das hängt alles zusammen. **Und bei anderen Menschen, woher kommt das da?** Ich denke, die haben das vom Stress. Oder die haben ein schwaches Herz. (Arbeiter, 32 J.)

## **4.2.7 Sonstige**

### **Schicksal**

Die Schicksalhaftigkeit des Hypertonus wird von einer Patientin gezielt geäußert. Sie interessiert sich nicht besonders für medizinische Erkenntnisse oder Fachwissen über die Entstehung des Hypertonus. Für sie zählt nur die Tatsache der Diagnose und das Akzeptieren dieses Schicksals. Entsprechend schätzt sie natürlich ihre persönlichen Möglichkeiten dieses Schicksal zu beeinflussen gering ein. Frustriert ist sie darüber allerdings nicht:

Es geht nicht alles glatt im Leben. Man muss auch Gegenteiliges annehmen. **Gehört der Bluthochdruck auch dazu? Ist das auch was, was so schicksalhaft kommt?** Ja genau. Das kommt, da musst du mit fertig werden. **Und man kann da nichts machen?** Nein. (Rentnerin, 86 J.)

Einer anderen Patientin fällt es deutlich schwerer die Diagnose anzunehmen, sie fühlt sich vom Schicksal ungerecht behandelt und kann sich nicht erklären, warum es ausgerechnet sie trifft:

Ich weiß nicht wie das kommt. Ich verstehe auch nicht, warum es bei den einen mehr ist und bei den anderen weniger. (Juristin, 45 J.)

In gewisser Weise als Schicksalsschlag sieht ein anderer Studienteilnehmer seinen Hypertonus. Er führt den vor 10 Jahren erstmals diagnostizierten Bluthochdruck auf eine Kriegsverletzung zurück, die 60 Jahre zurückliegt:

Ich denke das ist darauf zurückzuführen ... dass ich ... vielleicht durch meine Verwundungen, die ich hatte [Patient meint Kriegsverletzungen]. Ich hatte Lungen- und Bauchverletzungen, das ist natürlich schon Jahrzehnte jetzt her, aber das ist immer wieder mal so. (Rentner, 83 J.)

### **Lösungsmittel**

Ein Patient vermutet eine Exposition mit Lösungsmitteln als (mit-) verursachenden Faktor für seinen Hypertonus. Interessanterweise handelt es sich hier um den Befragten mit dem höchsten Bildungsniveau und den umfassendsten medizinischen Kenntnissen. Die Lösungsmittlexposition lässt sich auf Nachfrage weder beruflich – er ist Jurist – noch privat durch ein Hobby belegen:

Ja, das sind die Ablagerungen in den Gefäßen. **Wo kommen die her?** Könnte durch Cholesterin – irgendwelche Platten, vom Rauchen – bei mir bilden sich die Platten wahrscheinlich auch bei Lösungsmitteln, weil ich mit zu vielen Lösungsmitteln in Verbindung komme. (Jurist, 59 J.)

### **Einengung**

Der Patienten mit der Idee der Mitverursachung durch Lösungsmittel äußert eine weitere Vorstellung, die dem medizinischen Denkmodell eher fremd ist: Er vermutet weiter, dass die häufigen Blutdruckmessungen selbst seine Hypertonie verstärkt haben könnten:

Weil ich ziemlich empfindlich bin, was Einengungen angeht. Dieser Gummizug in den Strümpfen. zum Beispiel war auch eine Ursache für Kopfschmerzen. Das ist schon Jahrzehnte her. Also den Zusammenhang würde ich allerdings jetzt erst sehen, wo Sie mich danach fragen. Es könnte sein, dass es damit also tatsächlich zusammenhängt. Und das hat periphere Durchblutungsstörungen, oder was immer das dann ist, gemacht. Und ich kann mir vorstellen, dass das mit dem Blutdruckmessen dann auf Dauer auch irgendwelche Auswirkungen hat. [Anm. Ich denke das} wegen der Werte, die er [Anm. der Kardiologe] bei der 24-Stunden-Mesung erhalten hat. Und da konnte ich sagen die Werte sind für mich nicht repräsentativ. Die waren zu hoch. Weil ich – also gegen Abend ist das jeweils eskaliert. Ich hatte immer diese Phänomene im Kopf. Da mussten für mich zwangsläufig zu hohe Werte rauskommen. Also wenn ich die Manschette nicht um hatte, hab ich mich bedeutend besser gefühlt. (Jurist 59 J.)

### **Lakritz**

Eine Patientin gibt an, dass auch übermäßiger Konsum von Lakritz als Hypertonus-Auslöser in Frage kommt:

Ich hab mal gehört, dass zuviel Lakritz auch den Blutdruck erhöht. (Sozialpädagogin, 32 J.)

## **4.3 Pathophysiologie**

Dass Blutdruck etwas mit Gefäßen zu tun hat, konnten alle Studienteilnehmer angeben. Aber schon die Frage, was bei der Hypertonie genau gemessen wird und in welchem Gefäßsystem, verunsicherte die meisten Befragten. Insgesamt zeigt sich bei diesem Thema eine große Unwissenheit seitens der Hypertoniker. Stichworte wie Elastizität, Verkalkung und Cholesterin werden zwar genannt, können aber selten richtig erklärt werden. Die Regelmechanismen des Blutdrucks sind weitgehend unbekannt. Als beteiligte Organe werden meistens Niere und Herz genannt, aber auch hier ist der Zusammenhang unklar.

Bereits im vorangehenden Abschnitt wurden – im Zusammenhang mit auslösenden und verstärkenden Faktoren des Bluthochdrucks – pathophysiologische Vorstellungen deutlich. So erwähnten die Interviewten z.B. Fließeigenschaften des Blutes, also wie dickflüssig Blut sein kann und mit welcher Geschwindigkeit es fließt, Ablagerungen an Gefäßwänden und ihre nachlassende Elastizität.

Auf die direkte Aufforderung, konkret zu schildern was Blutdruck denn überhaupt sei, reagierten die meisten Befragten verunsichert. Viele antworteten spontan „Weiß nicht“. Manche versuchten eine Antwort und brachen dann aber irritiert ab.

Ich glaube beim Bluthochdruck ist das ja irgendwie so, dass da zuviel Blut ins Herz gepumpt wird und das vergrößert sich dann eventuell. Und durch die Betablocker wird halt geblockt, dass nicht zuviel Blut da rein gepumpt wird. Oder so. Ich weiß es nicht mehr genau. (Juristin, 45 J.)

Zum Teil waren sich die Befragten auch nicht sicher, ob sie bei ihrer Beschreibung nicht eventuell von einem EKG anstatt von einer Blutdruckmessung sprachen:

**Und der Bluthochdruck, wo ist der? Wo, mit welchen Organen hat er zu tun?** Das kann ich Ihnen nicht sagen, nein. **Dieses Gerät, was man da um den Arm kriegt, was misst das?** Genau, ich bin ja auch schon mit so einem Kasten rumgelaufen, nicht. Aber nein, das ist ja was anderes. (Rentnerin, 86 J.)

Ja – Wo gibt's Bluthochdruck? Also. Bin ich also etwas überfragt. So genau weiß ich das also nicht. Das ähm hängt natürlich mit den Herzschlägen, mit dem Pumpen und dem Rücklauf zusammen. (Rentner, 69J.)

Während dieser Befragte von pumpen und Rücklauf spricht, haben andere eher Bilder vor Augen, die sie mit den Worten „schießen“ oder Geschwindigkeit beschreiben:

**Aber was ist jetzt Bluthochdruck. Also, wo, wo ist der Druck?** Ja irgendwie das Blut, das ins Gehirn schießt, oder? (Rentnerin, 86 J.)

**Was ist Blutdruck und wo passiert der überhaupt? ---** Keine Ahnung. Im Herz vielleicht? Ich weiß es wirklich nicht. Vielleicht die Geschwindigkeit mit der das Blut aus dem Herzen gepumpt wird? (Juristin, 45 J.)

### 4.3.1. Gefäße

Allen Befragten war klar, dass Blutdruck etwas mit Gefäßen zu tun hat. Das Herz wird als Pumpe oder Motor bezeichnet.

Ich vergleiche das immer mit einem Motor. Wenn der Motor irgendwo festgehalten wird, dass er sich nicht drehen kann, dann kämpft er da gegen an. **Und wer hält fest?** Gut, dass irgendwie die Stauung da ist... **Und was macht jetzt diese Stauung?** Das sind diese Stauung in ... den Arterien. Armschädigungen, Beinschädigungen, dass irgendwo, wo die Stauung ist, vielleicht was abstirbt, oder.. (KFZ-Meister, 62 J.)

Die meisten Studienteilnehmer konnten zwischen Venen und Arterien unterscheiden. Aber kaum jemand wusste, in welchem Gefäßsystem der Blutdruck bei der Hypertonie gemessen wird.

**Im Herzen oder wo passiert der Blutdruck?** Nein, nein. Na, ich würde sagen in den Adern, in den Venen. Nein, nicht im Herzen. Das Herz ist natürlich der Motor dazu. Aber nein das ist in den Venen, in den Adern oder die zum Herzen führen. (Rentnerin, 73J.)

Ich würde sagen, dass gerade der Bluthochdruck über Venen wirkt. (KFZ-Meister, 62 J.)

Und etwas später äußert derselbe Studienteilnehmer auf die konkrete Nachfrage:

**Wenn man Blutdruck misst, was misst man dann und wo?** Das hab ich mir auch schon überlegt. Gelesen hab ich das schon mal irgendwo – die zwei Werte. Aber ich kann das jetzt nicht hundertprozentig sagen. ... Nach meiner Meinung ist das Druck vom Herz weggehend. .. In der Arterie.

Wie genau der Zusammenhang zwischen Gefäßen bzw. ihrer pathologischen Veränderung und dem Hypertonus ist, war für viele ebenfalls nicht ganz klar bzw. schwierig zu erklären

Ja, durch die Gefäßveränderungen. [...] Ja durch die Ablagerungen verengen die sich oder die Gefäße sind nicht mehr so elastisch. Das ist so weit ich weiß das Gefährliche bei sehr langem Bluthochdruck, dass die Gefäße vor allen Dingen auch sehr unelastisch, sehr steif werden [...] Also nicht nur Veränderung hinsichtlich Verengung sondern auch Versteifung. – Verstopfung letztlich. Dass es letztlich zur Verstopfung führt. (Jurist, 59 J.)

Ja, das Cholesterin sind ja Blutfette. Und wenn sich das ablagert. Ja, dann wird der Transport auch erschwert. In den Arterien. Es verkalkt? (Sozialpädagogin, 32 J.-lacht dabei fragend und verlegen)

Es fallen also die Stichworte Elastizität, Verkalkung und Cholesterin. Äußerungen hierzu machten einige Befragte ja auch schon im Zusammenhang mit der Ätiologie der Erkrankung wie Kap. 4.2. dargestellt. Aber auch hier sind die Vorstellungen über Ursächlichkeit und Folgen sehr vage oder sogar widersprüchlich:

**Können Sie mit dem Begriff Arteriosklerose etwas anfangen?** Ist das eine Gefäßverengung? Ich weiß es nicht. Das war jetzt nur geraten....  
Aber bei mir ja nicht. Ich dachte immer, ich hab keine Ablagerungen – und deshalb läuft's bei mir so schön? Ich weiß es nicht. (Juristin, 45 J.)

Die Schlussfolgerung dieser Studienteilnehmerin, ohne Arteriosklerose, also ohne Ablagerung, läuft das Blut gut d.h. also hoher Druck und mit Ablagerung läuft's langsam, also niedriger Druck - erscheint aus Patienten-Perspektive durchaus schlüssig. Hier handelt es sich übrigens um dieselbe Patientin, die auch schon geäußert hat, dass der gute Blutfluss dazu führt, dass zu viel Blut im Herzen ankommt und damit das Herz vergrößern könne.

Ein weiterer Befragter kann den Zusammenhang zwischen Hypertonus und Atherosklerose überhaupt nicht herstellen – obwohl er fast darauf gestoßen wird :

**Und haben Sie auch schon mal gehört was Gefäßverengung verursachen kann?** ... Ja, das kann irgendwie zum Infarkt führen – als Folge. **Und wie entsteht so eine Gefäßverengung?** Ja, ich könnte mir vorstellen Stresssituationen, die wir eben schon angesprochen haben. Seelische Belastungen könnten auch eine Rolle spielen vielleicht – privater Art. ...  
**Sagt Ihnen das Wort Arteriosklerose was?** Ja, das ist eine Arterienverkalkung, ja? Aber das ist ja vermutlich eine Alterserscheinung. (Rentner, 83 J.)

Als Assoziation kommt hier spontan der Infarkt als Folgerisiko wobei unklar bleibt, ob der Patient Herzinfarkt oder Hirninfarkt meint. Möglicherweise hat er da selbst auch keine konkrete Vorstellung. Zudem unterscheidet er zwischen psychogen gesteuerter Gefäßverengung durch Stress und altersbedingter Arteriosklerose.

### 4.3.2 Blutdruckregulation

Die Regelmechanismen des Blutdrucks und damit pathologische Veränderungen, die zum Hypertonus führen, waren den meisten Befragten völlig unklar.

**Hast du ne Ahnung wie das Zustande kommt?** Ich nehme an, irgendwelche Regelmechanismen, die warum auch immer nicht funktionieren. **Welche Organe könnten damit zu tun haben? Hast du da eine Idee?** Ne, nicht wirklich. Ich glaub ich wusste das mal alles. (Sozialpädagogin, 32 J.)

Ein Patient, der unter einer renalen Hypertonie leidet, kannte den Zusammenhang zwischen Niere und Blutdruckregulation. Aber auch bei ihm herrschte - wie bei allen anderen - große Unsicherheit darüber, wer oder was den Blutdruck steuert:

Die Niere sendet irgendwelche Signale aus. Ich weiß jetzt nicht ob über Hormone. Da gibt's ja auch irgendso 'ne Drüse. Nierenanhangdrüse, oder Nierenneben. Ja und diese Signale werden irgendwie so aufgenommen, dass der Blutdruck erhöht werden soll. Wo auch immer, weiß ich nicht. Da spielt wahrscheinlich sehr viel zusammen. Was weiß ich, Hypophyse oder Hypothalamus. (Jurist, 59 J.)

Neben der Niere werden weitere Organe mit dem Blutdruck in Verbindung gebracht. Einige Studienteilnehmer nennen sogar einen Katalog von Organen, die den Bluthochdruck beeinflussen:

**Welche Organe haben mit dem Bluthochdruck, oder mit dem Blutdruck zu tun?** Na ja, das ist ja wohl Lunge, Leber, da sind das ja wohl alle. Lunge, Leber, Herz natürlich. (Rentnerin, 73J.)

Das Herz und das Gehirn haben mit dem Blutdruck zu tun. Das Gehirn kann auch Bluthochdruck machen. Herz und Gehirn arbeiten natürlich zusammen. Aber wie weiß ich nicht. (Hausfrau, 52 J.)

Ein Patient schließt hingegen Leber und Milz sicher aus – mag sich aber bis auf Herz und Hirn nicht weiter festlegen.

**Wissen sie welche Organe noch mit dem Bluthochdruck zu tun haben – außer dem Herzen und dem Gehirn, das hatten Sie ja schon gesagt.**– Nein. Leber nicht und Milz nicht. – Nein, wüsste ich jetzt nicht. (Arbeiter, 35 J.)

Auch die Vorstellungen darüber, was das Herz mit dem Blutdruck zu tun haben könnte, sind häufig sehr vage.

**Was ist denn Bluthochdruck überhaupt? Wenn Sie diese Blutdruckmanschette um haben, was messen Sie? ... Druck,**

**wo? ... Wenn ich die Manschette umhabe? Welchen Druck man da ermittelt? ... Beruhigung des Herzens. ... Es heißt ja Blutdruck. Wo ist jetzt dieser Druck? ... Im Herzen? Ja. In der Herzseite, ja. (Rentner, 83 J.)**

Leider gibt dieser Patient nicht genau an, was er sich unter „Beruhigung des Herzens“ vorstellt und wo da der Zusammenhang zum Blutdruck zu sehen ist.

Einige Patienten denken, dass der Blutdruck durchaus auch durch andere Mechanismen gesteuert wird. So glauben einige Befragte der Blutdruck werde durch den Prozess der Nahrungsaufnahme herauf reguliert. Eine Patientin stellt zusätzlich eine direkte Verbindung zum erhöhten Blutzucker her:

**Glauben Sie denn, dass der Blutdruck hoch geht, in dem Moment in dem Sie – viel gegessen haben? Oder fett gegessen haben?** Ich glaub schon. Dass das minimal hoch geht glaub ich schon, doch. Ich glaub auch, dass das irgendwie mit dem Blutzucker dann zusammenhängt. Das sich das irgendwie trifft. Dass auch der Blutzucker sich erhöht irgendwie. (Rentnerin, 73 J.)

## 4.4 Symptome

Einerseits erwähnten alle Befragten die Symptomlosigkeit des Bluthochdrucks, andererseits wurden aber auch zahlreiche Symptome genannt, und zwar folgende:

- \* Kopfschmerzen
- \* Rötung/ aufsteigende Hitze
- \* Schwindel/Ohnmachtsanfälle
- \* allgemeines Unwohlsein
- \* Müdigkeit
- \* innere Unruhe/Gereiztheit
- \* Palpitationen/Rhythmusstörungen
- \* schneller Puls
- \* Herzschmerzen
- \* Augenprobleme
- \* Arm- und Beinschmerzen
- \* Dyspnoe und Ödeme
- \* Varizen

Auffällig ist, dass alle Studienteilnehmer ausnahmslos zunächst angeben, sie hätten selbst keine Symptome. Erst bei konkreterem Nachhaken nennen einige Befragte körperliche oder psychische Veränderungen/Wahrnehmungen, die sie mit ihrem Hypertonus in Zusammenhang bringen. Die folgenden, im Interview direkt aufeinander folgenden, Äußerungen eines Patienten zeigen diese Widersprüchlichkeit exemplarisch

- \* Normalerweise hab ich nichts gemerkt.
- \* Gut, dass ich mal ein bisschen geschwitzt hab oder so.
- \* Wenn ich mehr hatte [als 120/80] war es auch so, dass ich dann auch mehr Herzschmerzen kriegte.
- \* Aber sonst merk ich nichts. Eigentlich merk ich das immer nur übers Herz. (KFZ-Meister, 62 J.)

Zunächst kommt also „nichts gemerkt“ dann „ein bisschen geschwitzt“ und erst dann erwähnt er die „Herzschmerzen“, die er allerdings auch herunterspielt.

Einige Befragte, die vor der Diagnose überhaupt keine Symptome spürten, die sie dem Hypertonus zugeschrieben hätten, bekräftigen ihren Eindruck damit, dass sie angeben, dessen Symptomlosigkeit sei allgemein bekannt und belegt:

Also zunächst mal hatte ich gar nichts gemerkt – vom Bluthochdruck. Ähm, ähm – merkt man ja auch nicht. Oder es soll so sein, dass man das eigentlich gar nicht gar nicht feststellt. (Jurist 59 J.)

Ein Patient, der sich trotz Hypertonus nach eigenen Angaben wohl gefühlt hat, ist in gewisser Weise sogar erbost über die Symptomlosigkeit. Er sieht Symptome als Warnsignal, das er vermisst. Er hatte dadurch nicht die Gelegenheit rechtzeitig zu reagieren:

Wie soll man's denn merken? Wenn man das nicht merkt. Man fühlt sich wohl, man schiebt dieses Unwohlsein auf das gute Essen und auf das gute Trinken. Aha, haste gut gegessen, oder hast vielleicht 'n Whisky zuviel getrunken. Ja, dann geht das wieder vorbei. (Rentner, 69 J.)

Andere Befragte haben keine Hypertonus-Symptome bemerkt, sind aber von ihren Ärzten darauf hingewiesen worden, dass ihr erhöhter Blutdruck sich möglicherweise für sie doch bemerkbar macht. Eine ältere Dame, die unter Synkopen bei rezidivierenden hypertensiven Krisen leidet, bezweifelt bis heute die Richtigkeit dieses direkten Bezugs:

Das ist nur, dass ich hier bin, das ist durch meine Fallerlei. Durch den Blutdruck .- Angeblich. Woran es genau liegt, das weiß ich auch nicht. Aber man sagt es, nicht? (Rentnerin, 82 J.)

Ein Patient ist erst durch die Diagnose einer hypertensiven Retinopathie von seinem Augenarzt auf das Problem aufmerksam gemacht worden.

Ich hab nichts gemerkt. Das ist durch die Augen gekommen, dass wir gemerkt haben, dass irgendwas nicht stimmt. Nicht? Sonst hätte ich das nie gemerkt. (Rentner, 69 J.)

Ein Patient berichtet im Gegensatz dazu, er habe im Rahmen einer 24-Stunden-Blutdruckmessung die Blutdruckspitzen sehr wohl bemerkt – obwohl sein Arzt gesagt habe, man spüre nichts:

Mein Internist der sagte ja, grundsätzlich kann man das gar nicht selber merken wenn der Blutdruck hoch ist. Da hab ich gesagt, ich hab das heute schon gemerkt. Das war einmal als ich auf Toilette war, vorher und hinterher. Da muss der Blutdruck ziemlich extrem hoch gewesen sein. Hab ich ihm auch die Uhrzeit genannt. Und das war in der Tat. Da war er dann auch außerordentlich hoch. Also das war dann ein Blutdruck von 200 oder so. Also den hab ich schon gemerkt. Das war schon unangenehm.... Ja, eigentlich dann im Kopf. (Jurist 59 J.)

Auch andere Befragte erwähnen Kopfschmerzen als typisches Symptom.

Ab und zu fühle ich mich schwach und dann kriege ich Kopfschmerzen. **Und Sie meinen, die kommen wenn der Blutdruck zu hoch ist?** Ja (Arbeiter, 35 J.)

Andere – insbesondere Frauen - erwähnen einen roten Kopf oder aufsteigender Hitze:

Und ich hatte ja auch manchmal keinen roten Kopf. Da war ich ganz blass und manchmal hatte ich einen roten Kopf. **Und der rote Kopf war ihm [dem Hausarzt] aufgefallen und Sie selber haben das aber gar nicht so gespürt?** Nein, gar nicht. Also ich hab nie so Schwierigkeiten gehabt. (Rentnerin, 86 J.)

Oder es kann auch sein, das ist nun ein bisschen her schon – dass ich da gewesen bin, weil ich irgendwie Hitzewallungen hatte oder so. Es könnte sein, dass das der Grund war. Und dass man dann festgestellt hat, ich hätte – Bluthochdruck. (Rentnerin 73 J.)

Einige geben auch an, Müdigkeit oder ein allgemeines Unwohlsein gespürt zu haben, für das sie häufig erst jetzt retrospektiv ihren Bluthochdruck verantwortlich machen:

Und jetzt mit dem Blutdruck da war ich auch immer so ein bisschen kaputt und schwindelig. Auch am Tag. (Hausfrau 52 J.)

Manchen Patienten sind diese Symptome besonders dann aufgefallen, wenn sie ihre Medikamente nicht regelmäßig genommen hatten.

Also, da hab ich dann doch – geschlurt [Anm. die Medikamente vergessen]. Und müde. Ich mein, ich war sehr, sehr müde. **Und meinen Sie, dass das damit zusammenhängt?** Ja, das hat bestimmt was ausgemacht. (Rentnerin 86 J.)

Gerade die jüngeren Patienten äußern im Verlauf des Gesprächs, vor Beginn der Therapie Symptome gespürt zu haben, die sie als bedrohlich empfanden. Dazu gehörten Palpitationen und ein akzelerierter Puls:

Ich hab das gemerkt – der Puls war so hoch. Schon ein paar Jahre, der Puls war immer hoch. Das Herz schlägt schnell. (Hausfrau 52 J.)

Auch pectanginöse Beschwerden und Rhythmusstörungen werden dem Hypertonus von einigen Patienten zugeschrieben.

**Hatten Sie sonst noch irgendwelche Symptome? Hatten Sie Schmerzen irgendwo?** Ja. Herzrhythmusstörungen und es war dann auch so ein gewisses Angstgefühl dabei. Beklemmung. Aber gut das ging dann nach ... 30 Sekunden vorüber. (Rentner, 83 J.)

Und Herzrhythmusstörungen. Das Herz schlägt so kräftig, dass ich das dann auch merke, dass es nicht besonders regelmäßig ist. (Jurist 59 J.)

Neben Symptomen, die sich nachvollziehbar mit dem Hypertonus in Verbindung bringen lassen, erwähnen einige Patienten auch Wahrnehmungen, die zunächst nicht plausibel erscheinen und weitere Fragen über die pathophysiologischen Vorstellungen der Befragten aufwerfen. So erwähnt ein Patient zum Beispiel neben Kopf- auch Arm- und Beinschmerzen als Hypertonus-assoziierte Symptome:

**Kann der Bluthochdruck auch andere Symptome machen? Gibt es Menschen, die andere Probleme haben mit ihrem Bluthochdruck?** Ja gut. Kopfschmerzen. Das hab ich schon öfters gehört, dass sich da im Kopf was ballt. ... Armschmerzen oder Beinschmerzen (zögert) Sonst wüßte ich eigentlich nichts. Kann ich jetzt nicht sagen. (KFZ-Meister, 62 J.)

Ein weiterer Patient ist auch durch seine Varizen beunruhigt und befürchtet einen Zusammenhang zwischen seinem Hypertonus und den Varizen. Sie sind für ihn praktisch ein optisches Korrelat seines Blutdrucks:

Wenn diese Adern da so rausgucken, das sieht nicht schön aus. Nicht wegen der Schönheit, aber dann denkt man immer: Oh Mensch – gleich platzen die Dinger irgendwo, nicht? Das beunruhigt mich so'n bisschen. Ich bring das, jetzt könnte es ja sein, dass das mit dem Bluthochdruck was zu tun hat. Nicht? Weiß ich nicht. (Rentner, 69 J.)

Auch Symptome wie Dyspnoe und Ödeme, die mit Herzinsuffizienz verbunden sind, werden von einigen Patienten mit Hypertonie in Relation gebracht:

Wenn man im Wartezimmer mal 'n bisschen warten muss. Wenn dann eine ältere Dame reinkommt oder ein älterer Herr und die schniefen und schnaufen da. Dann würd ich mal sagen, die haben Bluthochdruck. **Und gibt's noch irgendwas was man haben kann?** Vielleicht bekommt man auch, dass die Hände irgendwie anschwellen. Die Fußgelenke, also überhaupt Gelenke. Dass die dicker werden. (Rentnerin 73 J.)

Und dann traten Atembeschwerden auf. Bei bestimmten Leistungen: Treppensteigen oder schneller Gehen. Und das äußere Zeichen waren morgens geschwollene Fußgelenke. (Rentner, 83 J.)

Bemerkenswert erscheint mir, dass die meisten Studienteilnehmer neben rein physischen Wahrnehmungen auch durchaus psychische Phänomene als Symptome ihres Bluthochdrucks interpretieren. Dazu gehören zum Beispiel innere Unruhe oder eine unbegründet starke Anspannung:

**Wie haben Sie das denn gemerkt, dass der Blutdruck hochging?** Ich wurde angespannt irgendwie nicht? Angespannt (Rentner, 69 J.)

Das war auch etwas merkwürdig. Da hatte ich immer das Gefühl, wenn ich rede, dass dann der Blutdruck steigt. Dass ich dann irgendwie, mich gestresst fühlte (Jurist 59 J.)

Völlig im Gegensatz dazu steht die Äußerung der Studienteilnehmerin, die auch schon in vorangegangenen Äußerungen zu Krankheitswert und Ursache des Hypertonus klar gemacht hat, dass sie mit ihren „Werten“ völlig zufrieden ist und eigentlich nicht therapiert werden möchte (siehe dazu auch 4.1, 4.2. und 4.6.). Sie fühlt sich mit ihrem Bluthochdruck nicht gestresst oder müde sondern gerade durch ihn besonders vital:

**Also Sie haben für sich den Eindruck Ihr Blutdruck ist, so wie er ist, in Ordnung? Sie fühlen sich wohl und haben Power?** Genau. Völlig in Ordnung. Ich kann mir das anders gar nicht vorstellen. Es gibt ja Leute, wo man so sagt, die sind alle zu langsam. So zähfließend. **Und die haben alle einen niedrigen Blutdruck?** Jaha! Das haben die in der Regel immer. Und das kann ich schon nicht ertragen...

**Sie haben gedacht, dass sie wegen des Bluthochdrucks auch leistungsfähiger sind?** Ja, ja. Ich habe Freundinnen, die sagen ich bin wie eine Maschine, die macht pling, die geht morgens um sechs an. Ich brauch auch gar keine Zeit um in Gang zu kommen, sondern ich lege sofort voll los. Ich schaffe morgens ... In einer viertel Stunde kann ich schon eine Waschmaschine anmachen, die Kaffeemaschine und mit der anderen Hand kann ich dann schon die Geschirrspülmaschine ausräumen. Ich tue eigentlich den ganzen Tag gleichmäßig hoch. Und genauso geh ich ins Bett und falle in der gleichen Minute in einen komatösen Schlaf. (Juristin, 45 J.)

## 4.5 Risiken

Allen Befragten ist klar, dass ihr Bluthochdruck mit Gefahren verbunden ist, die zu erheblichen Beeinträchtigungen ihres Lebens führen können. Herzinfarkt und Schlaganfall werden dabei als die großen Risiken benannt.

Ähnlich wie schon bei der Frage nach den pathophysiologischen Vorgängen beim Bluthochdruck reagierten die Patienten auch bei der Frage nach den Folgerisiken des Hypertonus zunächst mit großer Zurückhaltung. Dass ein langjährig bestehender Hypertonus gefährlich ist, gaben alle an. Auf hartnäckiges Nachhaken waren die meisten Befragten schließlich bereit, konkreter zu schildern, welche Folgen mit dem Hypertonus in Zusammenhang gebracht werden. Zum Teil machten sie auch Angaben darüber, wie sich dieser Zusammenhang erklärt. Sowohl in Kapitel 4.6 zur Kontrollierbarkeit des Bluthochdrucks wie in Kapitel 4.7 über Verantwortung und Emotionen werde ich näher auf die Frage ein-

gehen, inwieweit die Äußerungen zu Folgeschäden und Risiken durch Ängste und Verdrängen geprägt sind.

#### 4.5.1 Hypertonus als Gefahr

Während das Bestehen einer Gefahr durchaus benannt oder sogar spontan angesprochen wird, ist es schwieriger konkrete Antworten zur Art der Gefahr zu erhalten. Auf entsprechende Fragen kamen meistens zunächst keine und dann nach einer langen Pause oder einigem Nachhaken unkonkrete Äußerungen. Das folgende Zitat veranschaulicht dieses Patientenverhalten:

**Was passiert mit den Gefäßen?** So weit ich weiß, [ist] das Gefährliche bei sehr langem Bluthochdruck, dass die Gefäße vor allen Dingen auch sehr unelastisch, sehr steif werden. **Das Gefährliche?** Ja **Inwiefern gefährlich?** Ja, weil das dann auch nicht mehr rückgängig zu machen ist. **Und was passiert dann? Warum gefährlich, was ist die Gefahr?** Ja, alles Mögliche [stöhnt] Herzinfarkt – Schlaganfall – Nierenschäden. (Jurist, 59 J.)

Die Befragten erwähnen in den meisten Fällen Herzinfarkt und Schlaganfall gemeinsam als Risiken. Beides wird als Bedrohung empfunden und ersteres häufig durch andere Begriffe wie Herzsachen oder Herzbeschwerden umschrieben:

Ich muss aufpassen. Das kann zum Beispiel Herzsachen und einen Schlaganfall machen. Und das Herz kann einen Infarkt bekommen. (Hausfrau, 52 J.)

Also. --- Wenn ich das damals richtig verstanden habe, kann längerfristiger Bluthochdruck, der nicht behandelt wird, auch später zu Herzbeschwerden führen. Ob das richtig ist, weiß ich nicht. (Rentner, 69 J.)

Viele Befragte äußern ihre Unsicherheit darüber, ob das, was sie denken auch richtig ist und relativieren somit ihre Aussage. In manchen Fällen weisen sie auch explizit darauf hin, dass die Gefahr - zum Beispiel der Herzinfarkt - nicht ausschließlich durch den Bluthochdruck ausgelöst wird.

**Also, was kann schlimmsten Falls passieren?** Ja das man dann eben einen Schlaganfall bekommt oder einen Herzinfarkt. Ich meine Herzinfarkt kann man auch durch Stress bekommen, das weiß ich. (Rentnerin, 73 J.)

## 4.5.2 Herzinfarkt

Der Herzinfarkt wird von allen Patienten als Folgerisiko des Bluthochdrucks genannt bzw. mit Formulierung angedeutet, die auf einen solchen schließen lassen,.

**Was kann Bluthochdruck mit dem Herzen machen?** Herzstopp. Herzanfall. (Arbeiter, 35 J.)

Auch hier zeigt sich, dass die Patienten emotionale Betroffenheit durch ihre sinnbildliche Formulierung zeigen. „Herzstopp“ als laienhafte Formulierung für Infarkt. Ein weiterer Studienteilnehmer liefert auf die Frage nach dem Folgerisiko gleich den Entstehungsmechanismus aus seiner Sicht dazu:

Gut, dass irgendwie die Stauung da ist... und dass das Herz sagt, so, jetzt kann ich nicht weiter pumpen. Und dann gibt's da irgendwie einen Herzinfarkt – oder das da was kommt. (KFZ-Meister, 62 J.)

Ein Befragter nannte trotz mehrmaligen Nachfragens ausschließlich den Herzinfarkt als Folgerisiko. Die Gefahr eines Schlaganfalls war ihm als Hypertonusfolge entweder völlig unbekannt oder entfallen.

**Und was glauben Sie ist das Schlimmste, was der Bluthochdruck mit dem Körper machen kann?** Herzinfarkt. Feierabend, ne? Würde ich so sagen. Klären Sie mich [auf]. **Fallen Ihnen denn noch andere Krankheiten oder gefährliche Erscheinungen [...] des Menschen ein, die durch Bluthochdruck hervorgerufen sein könnten?** Was soll das sein? Weiß ich nicht. (Rentner, 69 J.)

Dass der Herzinfarkt eine Folge des Bluthochdrucks sein kann, darüber waren sich aber keineswegs alle Patienten sicher:

Und was kann Bluthochdruck noch machen außer Schlaganfall? P: Vielleicht Herzinfarkt? Weiß ich nicht. (Juristin, 45 J.)

Möglicherweise steckt hinter dieser Unsicherheit auch eine Coping-Strategie der Patientin. Auf dieses Phänomen werde ich in Abschnitt 4.7. näher eingehen.

### 4.5.3 Schlaganfall

Auch der Schlaganfall wurde von vielen als Angst einflößende Bedrohung erwähnt. Hier kamen in vielen Fällen auch konkretere Schilderungen von den Befragten wie er zustande kommt und wie er sich äußert:

Für das Gehirn ist auch ein niedriger und ein hoher Blutdruck nicht gut. Da platzt auch eine Arterie wenn der Druck zu groß ist. (Hausfrau, 52 J.)

#### Symptome und Folgen des Insults

Eine von mir konkret auf den Entstehungsmechanismus des Schlaganfalls angesprochene Patientin weicht aus, in dem sie ihr bekannte Formen bzw. Folgen des Insults schildert:

**Und können Sie sich vorstellen wie das [der Schlaganfall] passiert? Warum?**— Na ja also. Das ist verschiedentlich, Schlaganfall, nicht? Es gibt ja einen leichten Schlaganfall, dann ist irgendwie nur eine Verzerrung des Gesichtes, nicht. Und der schwere das ist mit Leben, hat das zu tun. (Rentnerin, 86 J.)

Konkretere Vorstellungen von Ablauf und möglichen Folgen eines Schlaganfalls schildert eine relativ junge Befragte wie folgt:

Zum Beispiel in den Arterien vom Cholesterin und vom vielen Rauchen wird das Blut. [...] Und dann verstopft das wo und dann ist was passiert. Schlaganfall, man ist gelähmt, zum Beispiel auf einer Seite. Oder sprachlos. (Hausfrau, 52 J.)

Eine weitere Patientin schildert sowohl Symptome, die sie selbst bereits erlebt hat (s. 4.5.5) als auch Symptome, von denen sie gehört hat:

Wenn irgendein Teil, also man erblindet auf einem Auge nur kurzfristig, oder wenn man kurzfristig mal ein lahm-  
es Gefühl an irgendeinem, an den Gelenken hat oder im Arm hat, dass das immer ein Anzeichen von Schlaganfall sein könnte. (Rentnerin, 73 J.)

#### 4.5.4 Gewichtung

Für einige Befragte gibt es eine klare Dominanz, was die Gewichtung der beiden Hauptrisiken angeht. Der Herzinfarkt wird dabei als weniger gefährlich angegeben, der Schlaganfall wegen seiner Folgen als größere Bedrohung empfunden:

Schlaganfall ist für mich schlimmer als Herzinfarkt.  
...Weil ein Schlaganfall ja immer – Folgeerscheinungen hat. Und ein Herzinfarkt sicher auch aber – Ich weiß nicht. Also für mich wäre ein Schlaganfall schlimmer.  
(Rentnerin, 73 J.)

Am Beispiel eines Patienten wird deutlich, wie Patienten mitunter andere Prioritäten setzen: dieser Patient, der eine als sehr traumatisch erlebte Bypass-OP hinter sich hat, scheint fast zu bedauern, dass ihm der Herzinfarkt als Warnsignal fehlte. Deutlich wird aus dem Zitat aber auch, wie widersprüchlich und unklar manche Patienteneinschätzungen zu Risiken sind:

Ja, das hat auch der andere Kardiologe gesagt. Bei mir fehlt dies Warnsignal Herzinfarkt, nicht? Wenn ich dieses hätte, hätte ich wahrscheinlich schon 'nen Herzinfarkt bekommen. Und dann hätten wir das mit den Bypässen vorher regeln können nicht? (Rentner, 69 J.)

#### 4.5.5 Konkrete Bedrohung

Ebenso wie der Patient, der den Herzinfarkt als Warnsignal vermisst, haben auch zwei weitere Befragte bereits Folgeerscheinungen, die vermutlich auf ihren dauerhaft bestehenden Hypertonus zurückzuführen sind, am eigenen Leib erlebt und empfinden daraufhin eine konkrete Bedrohung. Andere sehen sich auch ohne bereits durchgemachte Ereignisse durch ihren Bluthochdruck bedrohen und äußern dies offen:

#### TIA (Transitorische ischämische Attacke)

Ach so, sehen Sie. Das hab ich noch vergessen: Ich hatte vor vielen Jahren hatte ich mal, ähm ...da war ich auf einem Auge blind. Ne kurze Zeit. So sekundenweise. Und da bin ich sofort als ich aus dem Urlaub zurückkam, bin ich zu Dr x hin. Und da sagt er, ja sagt er Frau z, Sie müssen dagegen was einnehmen. Das sind so Anzeichen von Schlaganfall. (Rentnerin, 73 J.)

Ja, das ist halt so komisch. Wenn ich irgendwie in Rage bin, in Zack, zack, zack. Da bin ich – mit einmal lag ich auf dem Boden. Auch öfters zu Hause. **Aber Sie waren bei Bewusstsein?** Ja, da kam immer jemand gleich und hat mich hochgehüsert. Da bin ich weitergegangen. **Und Sie wissen aber nicht, warum Sie gefallen sind?** Nein, das ist nur hier, dass man mich hier rauf [in die Arztpraxis] gebracht hat. Und da hab ich hier oben Glück gehabt. (Rentnerin, 86 J.)

Eine weitere, relativ junge Patientin schildert zwar ähnliche Erlebnisse und die beeindruckende Reaktion ihres Arztes, spricht selbst aber nicht von Bedrohung.

Als ich das erste Mal einen Gesichtsfeldausfall hatte beim Autofahren und daraufhin so ein 24-Stunden-Blutdruckmessgerät hatte. Und der Arzt sagte, „So jetzt haben wir die Ursache. Und dass ist alles ganz furchtbar und ganz schlimm. (Juristin, 45 J.)

### **Myokardinfarkt**

Eine junge Hypertonus-Patientin kann zwar an sich selbst noch keine spürbaren Folgeschäden feststellen, dennoch äußert sie eine konkrete Bedrohung zu empfinden:

Die Aussicht auf Folgeschäden wie Herzinfarkt, Herz-, Kreislaufkrankungen, Schlaganfall, als Folge vom Bluthochdruck ist schon etwas bedrohlich. (Sozialpädagogin, 32 J.)

Diese klare Äußerung lässt sich möglicherweise dadurch erklären, dass die Patientin in ihrer Familie bereits mehrfach unmittelbar die Folgen des Hypertonus zu spüren bekommen hat, bisher allerdings nur ältere Familienangehörige daran gestorben sind.

Das weiß ich sicher auch durch die Familie. Denn von meiner Familie väterlicherseits sind Bruder, Vater, Mutter, irgendwie alle am Herzinfarkt gestorben. Alt, also schon älter.

### **Koronare Herzkrankheit**

Der Patient, der sich ohne „Warnsignal Herzinfarkt“ einer Bypass-OP unterziehen musste, ist sich im Unklaren über den Zusammenhang zwischen der Hypertonie und seiner KHK.

Das ist das, was ich nicht weiß – ähm, ob durch den Jahre lang nicht behandelten Bluthochdruck, dass sich da

diese, diese Herzgeschichte entwickelt hat. Das, das könnte sein. (Rentner, 69 J.)

In einer ähnlichen Situation hat es einen weiteren Studienteilnehmer „unerwartet erwischt“. Auch er ist sich über den Zusammenhang zwischen Bluthochdruck und KHK als Folgeerscheinung unsicher:

1995 da hatte ich die Herzoperation. Und da sagte man mir: Sie sind normalerweise organisch gesund. Auch Cholesterinmäßig und so. Ich hatte zwei Bypässe bekommen. Das war ganz überraschend. Und dann wurde der Blutdruck eingestellt. (KFZ-Meister, 62 J.)

#### 4.5.6 Risikoeinschätzung

Des Weiteren interessierte die Frage, ob sich die Bedrohung durch den Bluthochdruck quantifizieren lässt und in wie weit die persönliche Bedrohung – oder die anderer Menschen – für die Befragten ein Thema war. Auch hier vermitteln einige Aussagen den Eindruck, dass die Patienten gerne ausweichen würden und ihr Risiko ignorieren bzw. verdrängen.

**Und was macht Bluthochdruck im Körper?** Haben Sie sich da mal Gedanken drüber gemacht. Nein, nein. Ich nehme nur morgens Tabletten. (Rentnerin, 86 J.)

Eine Befragte weist allerdings ausdrücklich darauf hin, dass die Gefahr allgegenwärtig ist und für jeden besteht, der seinen Hypertonus nicht therapiert:

Die Tabletten senken den Blutdruck. Denn wenn es noch schlimmer wird, passieren schlimme Sachen. Wenn es ganz lange hoch ist. Wenn man das nicht behandelt. Bei jedem Herz ist das anders. Bei manchen passiert es, bei anderen nicht. Aber es kann immer passieren. (Hausfrau, 52 J.)

Auffällig ist an diesem Zitat auch die Umschreibung mit „es“ und „schlimme Sache“ möglicherweise für ein Ereignis mit Todesfolge. Eine weitere relativierende Umschreibung für die fatalste Konsequenz des Bluthochdrucks scheint mir ebenfalls erwähnenswert, besonders im Zusammenhang mit dem recht hohen Alter des Befragten:

Natürlich, man denkt daran und im Alter denkt man ohnehin, das Leben ist ja nicht unendlich. Oder ich denke

daran – ja so was kann natürlich ein Auslöser dann sein. Dass es mal soweit ist, dass man abtreten muss – von dieser Welt. (Rentner, 83 J.)

Zwei Patienten haben bei meinen Interviews den Tod als Folge eines dauerhaften unbehandelten Hypertonus angesprochen und mit „Feierabend“ umschrieben.

**Und was glauben Sie ist das Schlimmste, was der Bluthochdruck mit dem Körper machen kann?** Herzinfarkt. Feierabend, ne? Würde ich so sagen. Klären Sie mich [auf]. (Rentner, 69 J.)

**Hat der Kopf auch ein Problem wenn der Blutdruck zu hoch ist? Das Herz kann stehen bleiben und der Kopf?** Der tut weh. Das Blut kann auch in den Kopf gehen. **Und dann?** Feierabend. Ich kann nicht sagen, wie das heißt, aber ich habe es schon gehört. (Arbeiter, 35 J.)

Ein Patient benutzt ausdrücklich das Wort „Tod“ als schlimmste Folge, relativiert aber ebenfalls durch die Formulierung „mehr oder weniger“.

**Was ist das Schlimmste was passieren kann, wenn man jetzt sagt, ach nö, ich hab keine Lust auf die Medikamente?** Dann ist das mehr oder weniger der Tod. Durch einen Herzinfarkt. Das der dann – stirbt. (KFZ-Meister, 62 J.)

Alle anderen haben klare Worte wie „Tod“ oder „sterben“ vermieden. Ich habe die konkrete Frage explizit nur in Bezug auf junge Menschen gestellt, um eine zu starke emotionale Konfrontation zu vermeiden:

**Sterben denn junge Menschen überhaupt am Bluthochdruck?** Ne, glaub ich nicht. [...] (Rentnerin, 86 J.)

Eine andere Patientin ist sich sicher, dass die Gefahr heutzutage – im Gegensatz zu Früher – auch für junge Menschen besteht. Sie begründet ihre Aussage leider nicht.

Und solche Dinge [Herzinfarkt, Schlaganfall] können passieren auch ganz früh – nicht nur älteren Leuten. Früher haben nur ältere Leute einen Schlaganfall bekommen. Heute höre ich das auch von jüngeren Leuten. (Hausfrau, 52 J.)

#### **4.5.7 Andere Folgeerkrankungen**

Ein Patient, der durch seinen Insult und Bypass-OP bei KHK mit einer verwaschenen Sprache und reduzierter Belastbarkeit bereits stark eingeschränkt ist, erwähnt geplatzte Venen als Folge scheinbar gleichwertig in einem Atemzug mit Schlaganfall und Herzschäden.

**Wenn man den [Bluthochdruck] jetzt nicht oder schlecht behandelt, macht der dann irgendwelche Folgeschäden?** Oh, ich meine ja. Auf alle Fälle, ja. Das kommt zu Schlaganfällen. Es kann mal ein Venenleiden geben. Das da Venen platzen weil da eine Stauung ist. Das würd ich schon irgendwie so sehen. Oder irgendwie eben auch Herzschädigung, dass das Herz eben dann zu doll arbeitet und man kann das nicht abstellen. (KFZ-Meister, 62 J.)

Auch Demenz wird von einem Studienteilnehmer neben dem Herzinfarkt als mögliche Folgeerscheinung angegeben:

**Was könnte da passieren? Haben Sie eine Idee?** Ja, Herzinfarkt. Herzstillstand. Das wäre vielleicht eine Folge. **Und gibt es noch andere Folgen? Also nicht nur am Herzen, sondern sonst im Körper?** Ich könnte mir vorstellen, dass es auch das ganze geistige Umfeld beinhaltet. Sie können wahrscheinlich nicht mehr so klar ihre Lebensziele erkennen. Oder im Alltag können Sie das nicht mehr. Das beeinträchtigt. (Rentner, 83 J.)

Der Vollständigkeit halber sei hier noch einmal der Diabetes mellitus erwähnt, auf den ich bereits in Kapitel 4.2. unter Ätiologie ausführlicher eingegangen bin.

Ja, ja von meinem von meinem Wissen her ist das die Folge. Also ist das wenn man einen hohen Blutdruck hat, dass man dann auch Zucker bekommen kann. Wenn man sich nicht drum kümmert. (Rentnerin, 73 J.)

## 4.6 Therapiemöglichkeiten und Kontrollierbarkeit

Die überwiegende Zahl der Befragten kennt weder Namen noch Medikamentenklasse bzw. Wirkmechanismus der ihnen verordneten Medikamente. Diesbezüglich besteht auch kein großer Informationsbedarf. Auch die Nebenwirkungen sind nicht allen Befragten bekannt. Die medikamentöse Therapie wird dennoch von den meisten Patienten positiv bewertet, da sie sich mit ihr sicherer fühlen. Andererseits äußern viele - zum Teil sogar dieselben Patienten - eine grundsätzliche Abneigung gegenüber der Medikamenteneinnahme, die sie als Einschränkung ihrer individuellen Freiheit und Belastung des Körpers mit Chemikalien sehen. Fast alle Studienteilnehmer kennen therapeutische Maßnahmen zur Senkung des Blutdrucks außerhalb der medikamentösen Behandlung. Die wenigsten können sie effektiv nutzen.

### 4.6.1 Medikamente

Der Wissenstand bezüglich der eigenen Antihypertensiva ist extrem unterschiedlich. Manche Patienten wissen nichts und wollen auch nichts wissen. Andere kennen Namen und Medikamentenklassen. Wenige können sogar Präparatenamen der richtigen Klasse zuordnen. Der Wirkmechanismus der Medikamente ist allerdings allen Befragten unbekannt. D.h. wen die verordneten Tabletten antagonisieren bzw. hemmen oder was sich hinter Abkürzungen wie „ACE“ verbirgt, hinterfragen sie nicht:

Ich krieg jetzt Ramipril und Amlodipin. **Und wissen Sie, wie die funktionieren? Was die machen?** Nö. Einer ist ein Kalziumantagonist, das Amlodipin. Und Ramipril --- Gibt's, da gibt's auch irgendeinen Hemmer. Hemmt irgendwas - Weiß ich nicht worauf der genau wirkt, weiß ich auch nicht. **Also das haben Sie auch nicht mit Ihrem Arzt besprochen?** Das hat er wahrscheinlich erklärt, ja. [...] Bei Ramipril, ACE-Hemmer, glaub ich. Also irgendwas wird da gehemmt. **Was ist ACE?** Ja, wo das nun direkt ansetzt weiß ich nicht genau. (Jurist, 59 J.)

Ich glaub es gibt noch einen ACE-Hemmer... Oder diese Diuretika oder so was. **Und weißt du, was sich hinter diesen schönen Wörtern (ACE-Hemmer, Diuretika, Betablocker) verbirgt?** Um Gottes Willen, ne, dass weiß ich nicht mehr so genau. Also das hab ich sicher irgendwann mal gelesen. Aber das hab ich jetzt auch schon wieder verdrängt. (Sozialpädagogin, 32 J.)

Eine Patientin, die zwar auf Anhieb die Namen ihrer Tabletten nennen kann, interessiert sich ebenfalls nicht für deren Wirkmechanismus. Die Bezeichnungen der Antihypertensivaklassen sind ihr allerdings – wie allen anderen Befragten auch – geläufig, ohne dass sie damit etwas verbindet. Dieses Phänomen ist mir bei den meisten Interviews begegnet.

Wollen Sie die, wollen Sie jetzt wissen, wie die heißen? Dilatrend, Dilatrend heißen die einen und Prazosin. **Und wissen Sie was das für Medikamente sind? Was die machen?** Den Blutdruck senken. **Aber wie das funktioniert, das wissen sie nicht?** Nein, nein. Das weiß ich nicht. [...] **Haben Sie denn so Wörter wie Diuretika oder Betablocker oder so, haben Sie die schon mal gehört?** Ja. Gehört ja. Das hab ich gehört. **Aber wissen, was das ist?** Nein, nein. (Rentnerin, 73 J.)

Auch Abkürzungen bereiten einigen Befragten Probleme. Ohne zu wissen, was sich hinter Ihnen verbirgt, merken sie sich zum Teil falsche Buchstabenkombinationen.

**Kennen Sie noch andere Medikamente mit denen man den Blutdruck beeinflussen kann?** Nur die, die ich jetzt bekomme, die AP1-Hemmer, oder so. (Juristin, 45 J.)

Eine weitere Patientin gibt an, sich nicht die Mühe machen zu wollen, die Namen ihrer Medikamente auswendig zu wissen. Dafür trägt sie diese immer bei sich in der Tasche.

Den Namen von meinen Medikamenten weiß ich nicht. Hab ich vergessen. Ich weiß auch nicht, wie es wirkt. Aber ich hab meine Tabletten immer dabei. Das kann jeder Arzt wissen, was ich nehme (Hausfrau, 52 J.)

## Wirkung

Allen Patienten ist also unbekannt, wie ihre Medikamente wirken. Manche äußern allerdings eine konkrete Vorstellung was sie bewirken:

...aufgrund meiner, meiner Tabletten, die ich nehme, ist natürlich mein Puls jetzt so bei 78/80. [...] **Und wissen Sie auch was für Tabletten das waren? --- Also [...] was die machen sollten?** [stöhnt] Nein. Die sollten nur den unteren Wert runterdrücken. Nur runterdrücken. **Wie, wissen Sie aber nicht, [...] wie die funktionierten?** Nein, das weiß ich nicht. (Rentner, 69 J.)

**Sie hatten eben das Ramipril angesprochen. Das nehmen Sie?** Ja. **Wissen Sie wie das wirkt? Was das macht?** Ja, ich denke die Tabletten vermindern einmal die Herzaktivität. Die ist nicht so wie bei entsprechenden Anstren-

gungen. Und überhaupt die ganze Durchblutung dürfte ja wohl davon abhängen. (Rentner, 83 J.)

### **Dosierung**

Auch die Dosierung der Medikamente interessiert die Patienten nur insoweit, dass sie sich gut mit dem täglichen Leben vereinbaren lassen sollte (siehe auch weiter unten Beeinträchtigung). Ein einziger Patient kann genau angeben, wie er welche Mengen nimmt. Möglicherweise weil seine hohe Dosierung für ihn eine unbewusste psychische Belastung bedeutet. Interessanterweise addiert der Befragte die Mengen beider Präparate zu einer „Gesamtbelastungsdosis“.

Also die Medikation ist ja bei mir auch relativ hoch. Jetzt Ramipril ist glaub ich an der oberen Grenze angesetzt. Das andere noch nicht. **Wie häufig nehmen Sie die? Nur morgens?** Einmal am Tag 10 mg. Also 15 mg insgesamt: 10 mg Ramipril und 5 mg Amlodipin. (Jurist, 59 J.)

### **Kontrollierbarkeit und Erwartungen**

Die meisten Patienten gehen davon aus, dass ihr Bluthochdruck nicht heilbar ist (siehe dazu weiter unten und auch 4.1 Krankheitswert). Zeitgleich äußern sie aber ihre Einschätzung, dass er sich durch Medikamente kontrollieren lässt. So benutzen mehrere Befragte, wenn es um ihre Erwartung an die medikamentöse Therapie geht, die Beschreibung „in den Griff kriegen“. Eine Formulierung, die bildhaft für den Glauben an die Kontrollierbarkeit des Problems steht, die eine Vermeidung von Risiken impliziert.

Also wenn man einmal zu hohem Blutdruck hat, dann behält man den. Man kriegt den aber durch Medikamente in den Griff. (Rentner, 69 J.)

Dann, ähm, wurden da auch, also beim Arzt wurden auch Werte von über 200 gemessen. Ja, und dann bin ich in internistische Behandlung und – ähm – dann hat man das da wohl gut in den Griff gekriegt. Aber mit relativ hoher Medikation. (Jurist, 59 J.)

Das Ziel der Tabletten ist, dass es nicht schlimmer wird. Dass man keinen Herzinfarkt bekommt oder Schlaganfall. (Hausfrau, 52 J.)

Mit dieser Erwartungshaltung ist deshalb auch eine Angst davor verbunden, die Medikamente abzusetzen. Denn ohne Therapie setzt man sich möglicherweise der Gefahr der Risiken erneut aus. Eine Befragte formuliert dies wie folgt:

Und ähm, von daher bilde ich mir ein, dass ich gut eingestellt bin mit meinen Medikamenten. Ich weiß aber nicht, wie ich reagieren würde, wenn ich die Medikamente nicht mehr nehme. Also das wäre dann wohl die große Gefahr für mich. (Rentnerin, 73 J.)

Das Gefühl, mit Tabletten sicherer zu sein, schildert eine Studienteilnehmerin beispielhaft:

Ich habe die Tabletten immer bewusst und regelmäßig genommen, von Anfang an. Das war mir immer wichtig. Ich nehme sie auch gerne morgens, danach fühl ich mich irgendwie besser. Sicherer. (Sozialpädagogin, 32 J.)

### **Therapiebeginn**

In den Gesprächen wollte ich auch von den Hypertonikern wissen, was den Ausschlag für den Beginn der medikamentösen Therapie gegeben hat. Die meisten Befragten gaben die stark erhöhten Werte als Begründung an. Wenige sprachen auch die Kombination aus erhöhten Werten und Dauerhaftigkeit des Phänomens an.

Die eigentliche Behandlung mit Tabletten jetzt nur für Blutdruck, das ist Mitte 90 gewesen, also praktisch **Und was hat da den Ausschlag gegeben?** Weil da längerfristig der untere Wert zu hoch war und wir ihn nicht mehr runtergekriegt haben. (Rentner, 69 J.)

Ich hab dann auch von Herrn Dr. Medikamente verschrieben bekommen weil er damals sehr hoch war, der Blutdruck. Der war glaub ich manchmal so 170 zu 80 oder zu 90. Und dann bin ich beigegangen und hab dann Medikamente bekommen. Unterschiedliche. Ich wurde erstmal getestet, was passt. (Rentnerin, 73 J.)

Auch die Kriterien zur Auswahl des geeigneten Präparats bzw. der Kombination konnten die meisten Befragten erwartungsgemäß nicht wiedergeben:

Eine Woche haben wir die Medikamenteneinstellung kontrolliert. Ich glaube einmal musste ich wechseln. Die hatten nicht geholfen. (Hausfrau, 52 J.)

## Heilbarkeit/ Therapiedauer

Gefragt, wie lange sie ihre Medikamente nehmen müssen, waren sich die meisten nicht sicher. Es überwog die Vorstellung man könne die Tabletten nie absetzen.

Ich glaub nicht, dass man das heilen kann. Ich hab nicht mit meinem Arzt darüber gesprochen. Aber ich glaub es nicht. Bei einer Erkältung nehmen Sie die Tabletten eine Woche oder 10 Tage. Aber beim Blutdruck nicht. Das muss man immer nehmen. (Hausfrau, 52 J.)

Aber, dass man so sagt, nach einem halben Jahr oder nach 'nem Jahr: So jetzt bist du geheilt. Du brauchst ähm keine Tabletten mehr nehmen, dass glaub ich nicht. (Rentner, 69 J.)

Ein Studienteilnehmer meint die Heilbarkeit und damit auch die Therapiedauer sei von Patient zu Patient unterschiedlich:

Da gibt's Menschen, die müssen die ganze Zeit diese Medikamente nehmen. Bei manchen Menschen kann man das heilen, bei andern nicht. (Arbeiter, 35 J.)

Eine junge Hypertonikerin berichtet, sie habe bereits einen erfolglosen Versuch unternommen ohne Medikation auszukommen und habe mit ihrem Arzt abgesprochen demnächst einen weiteren Versuch zu starten. Sie verwechselt hier übrigens EKG mit Blutdruckmessung:

Und mein Bluthochdruck ist halt immer so an der Grenze. Also immer knapp so über 140 zu knapp über 90. **Mit Medikamenten?** Ja, ja schon. **Und ohne?** Also, höher wahrscheinlich. Wobei ich jetzt auch, seit einem Monat ungefähr, nur die halbe Dosierung nehme und eigentlich das jetzt auch erstmal wieder ausschleichen lassen soll. Weil ich im Dezember noch mal wieder so ein Langzeit-EKG gemacht habe und das war eigentlich so okay. (Sozialpädagogin, 32 J.)

Die langsame Steuerbarkeit des Bluthochdrucks und die damit von den Patienten erforderliche Geduld, scheinen vielen ebenfalls nicht bewusst zu sein. So gibt ein Hypertoniker an, er glaube die Therapie sei jetzt abgeschlossen, weil seine Werte seit einigen Tagen stabil sind:

Ich habe noch nicht meinen Arzt über dieses gesprochen. Ich wollte ihn jetzt auch fragen, ob ich diese Medikamente weiter nehmen soll. Der Blutdruck ist schon seit

ein paar Tagen nicht zu hoch. Dann muss ich das nicht extra nehmen (Arbeiter, 35 J.)

## **Nebenwirkungen**

Aus vielen Gesprächen ergibt sich der Eindruck, dass die Einnahme von Medikamenten allgemein und speziell auch von Antihypertensiva wie zum Beispiel Betablockern als etwas für den Körper generell auch belastendes, auf Dauer schädliches empfunden wird, ohne dass die Befragten konkrete Nebenwirkungen anführen:

**Hatten Sie Nebenwirkungen?** Nein, ich habe keine Probleme. Ich komme klar **Wissen Sie, was die für Probleme machen können?** Ja. Bei der einen Sache helfen sie, bei der anderen kann das einen Schaden machen. **Was für Schaden?** Weiß ich nicht. Ich weiß das von Medikamenten allgemein. (Arbeiter, 35 J.)

Ich würde mir schon wünschen, dass ich auf Dauer keine Medikamente nehmen muss oder eben pflanzliche Sachen. Auf jeden Fall nicht ewig Beta-Blocker oder andere ähnlich starke Medikamente. (Sozialpädagogin, 32 J.)

Mehrere Befragte geben an, nicht mit ihren Ärzten über Nebenwirkungen gesprochen zu haben. Sie zeigen sich darüber nicht beunruhigt. Im Gegenteil – einige Patienten sagen sogar ausdrücklich, sie haben es gar nicht wissen wollen:

**Wissen Sie etwas über Nebenwirkungen?** Nein, nein. Das weiß ich nicht. [...] **Haben Sie mit Dr. x da mal drüber gesprochen?** [...] Nein, eigentlich nicht. [...] **Wollten Sie nicht, also waren Sie nie neugierig zu fragen?** Nein, das glaub ich war ich nicht. Nein. Ich hab vielleicht für mich gedacht, Hauptsache sie wirken und es hat keine so *großen* Nebenwirkungen die sie wahrscheinlich doch haben werden. Aber das kann man ja durch, durch Kontrolle oder so, kann man das ja rausbekommen oder unterbinden. (Rentnerin, 73 J.)

**Haben Sie Nebenwirkungen von Ihren Tabletten?** Nein. **Kennen Sie denn die Nebenwirkungen Ihrer Tabletten?** Nein, die kenne ich nicht. **Haben Sie sich mit Ihrem Hausarzt damals nicht drüber unterhalten, als er die verschrieben hat?** Nein, das habe ich nicht. **Und auch nicht den Beipackzettel gelesen.** Nein. Beipackzettel, Sie kennen das ja, nicht. Eigentlich nur wie viel ich einnehmen muss und wann. (Rentner, 83 J.)

Die Informationen aus den Beipackzetteln der Medikamente werden ebenfalls unterschiedlich gut aufgenommen. Einige Patienten, wie der oben zitierte, haben kein Interesse manche sogar bewusstes Desinteresse:

**Kennen Sie denn die Nebenwirkungen?** Nein. Das hab ich gar nicht erst durchgelesen. Sonst würde ich vielleicht wieder zweifeln. Ich nehme die jetzt einfach brav. **Und Sie wissen auch nicht, wie das Medikament wirkt im Körper?** Nein. Nein. **Haben Sie Nebenwirkungen?** Nein. (Juristin, 45 J.)

Ein Studienteilnehmer gibt an, ebenfalls nicht mit seinem Arzt über Nebenwirkungen gesprochen zu haben, Informationen über seine Medikamente bewusst aus dem Beipackzettel genutzt zu haben:

**Hatten Sie mit Ihrem Arzt denn darüber gesprochen, welche Nebenwirkungen auftreten könnten?** Nö, das hab ich eigentlich mehr aus dem Waschzettel. (Jurist, 59 J.)

Trotz der allgemeinen Unkenntnis über die Medikamente geben einige Befragte an, immer die Beipackzettel zu lesen. Viele finden die Informationen darin abschreckend:

**Sie haben schon angesprochen, dass da [im Beipackzettel] schreckliche Dinge drin stehen, die einem Angst machen.** Ja, schrecklich was da alles drin steht. **Ja, aber Sie hatten nichts von dem was da alles drin steht?** Nein, nein. **Wissen Sie denn noch ungefähr, was da so drin stand? Was Sie am schlimmsten fanden?** Ja mit Knochen und so weiter nicht. Und sonst Magengeschwüre und Darmgeschwüre. (Rentnerin 86 J.)

Ich war schon ein bisschen abgeschreckt durch die lange Liste der Nebenwirkungen. Aber gut, ich hab dann das Negative in Kauf genommen für die positive Wirkung. (Sozialpädagogin, 32 J.)

Auf die Frage nach den Nebenwirkungen nennt die Patientin, die  $\beta$ -Blocker nimmt, dann einen interessanten Katalog:

**Was gibt es denn für Nebenwirkungen?** Ja, Müdigkeit, Abgeschlagenheit, depressive Verstimmungen, Schlafstörungen, Mundtrockenheit, Hautausschläge.

Einige Studienteilnehmer haben in Gesprächen mit Bekannten Informationen über ihre Medikamente ausgetauscht. Das scheint manchen als Informationsquelle auszureichen und zum Teil angenehmer zu sein, als den Arzt anzusprechen:

Ich habe nicht mit meinem Arzt über die Nebenwirkungen und die Wirkungen gesprochen. Aber wenn etwas ist, oder was wäre. Zum Beispiel mir ist schwindelig. Oder es gibt andere, von denen muss man immer oft zur Toilette, dann spreche ich mit ihm darüber. Das hab ich von anderen Leuten gehört. (Hausfrau, 52 J.)

Ein weiterer männlicher Patient hat ebenfalls von einem Bekannten unangenehmes über Nebenwirkungen von Betablockern gehört, die er deshalb ablehnt.

**[Kennen Sie noch andere Medikamente, die sie nicht selbst nehmen?]** Ja, die ich auch gar nicht haben wollte. **Und warum wollten Sie die nicht haben?** Ich weiß nicht. Hat mir auch ein Kollege dann *dringend* davon abgeraten. Der Arzt hat mir die Medikation verordnet. Ich meine – er hätte dann auch gesagt, Betablocker kommen nicht in Frage. Und mein Kollege, der sagte, dann auch: Betablocker, hab ich ganz schlechte Erfahrungen mit gemacht. Nebenwirkungen! (Jurist, 59 J.)

Um welche Nebenwirkung es in dem Gespräch ging, erläutert er nicht näher. Eine andere Patientin fürchtet sich vor dem „Dämmerzustand“ in den Betablocker Patienten angeblich versetzen:

Das war der Ruf, den so Betablocker haben. ... Und dann hab ich mir den Beipackzettel durchgelesen und hab gedacht: Ne, das machst du nicht... So wie betäubt sein. Nicht mehr voll leistungsfähig sein. Wie so ein Dämmerzustand, so apathisch... Und da stand aber auch drin, dass sich die Wirkung erst nach längerer Einnahme einstellt. Und da dachte ich, da wird sich dieser Dämmerzustand wahrscheinlich auch später erst einstellen. Und das willst du gar nicht. (Juristin, 45 J.)

### **Selbst erfahrene Nebenwirkungen**

Keiner der Befragten gibt an, derzeit unter starken Nebenwirkungen zu leiden. Alle sind mit der aktuellen Medikation zufrieden. Eine typische Äußerung dazu:

Ich komm mit den Medikamenten gut klar. Ich hab nach meinem Dafürhalten keine Nebenwirkungen. Ich hab also – ich

vertrag sie gut. Ich bekomme keine Magenschmerzen oder irgendwelche ja – ich kann nicht sagen welche Nebenwirkungen überhaupt (Rentnerin, 73 J.)

Eine Patientin, die zunächst angegeben hatte, keine Nebenwirkungen zu spüren, erwähnt später im Verlauf des Gesprächs doch noch etwas, was sie allerdings nicht besonders stört.

Nur etwas hab ich gemerkt, von diesen Tabletten: Husten, ein bisschen. Und das steht auch da drin [im Beipackzettel]. So ein trockener Husten. Auch in der Nacht huste ich zwei, drei Mal. Das stört mich schon ein bisschen aber so schlimm ist das nicht. (Hausfrau, 52 J.)

Fast alle Hypertoniker, die schon länger therapiert werden, kennen Nebenwirkungen von Antihypertensiva, die sie früher genommen haben:

Dann hab ich einmal durch eine Blutdrucktablette habe ich ähm [...] eine Fleischhautentzündung. Wie heißt das noch? **Zahnfleisch?** Zahnfleischentzündung bekommen. (Rentnerin 73 J.)

Und ich habe zwei Mal, dass der Zahnarzt mir [...] einen Brief mitgegeben für meinen Arzt. Dass er dies Medikament absetzen muss. Für Blutdruck oder gegen Blutdruck. Das hab ich zweimal gehabt. Ich kann mich nicht mehr entsinnen, was es war. Ja, ja also mit Knochen. Also hier mit meinem – **Kiefer? Der Kiefer hat sich zurückgebildet?** Ja, ich bin da empfindlich. (Rentnerin 86 J.)

Dann hatte ich eine Entwässerungstablette dazu gekriegt. Die hab ich allerdings eindeutig nicht gut vertragen. **Was heißt das, wie wirkte sich das aus?** (Stöhnt) Weiß ich jetzt ehrlich gesagt gar nicht mehr. Irgendwie war mir schwindelig und – Also, das war schon auf die Tablette zurückzuführen. (Jurist, 59 J.)

### **Beeinträchtigung durch Medikamenteneinnahme**

Dass die Lebensqualität durch die regelmäßige Tabletteneinnahme beeinträchtigt werden könnte, war für einige Befragte zu Beginn der Therapie durchaus ein Thema. Im Alltag erwies sich diese Befürchtung für die meisten allerdings als unberechtigt. Ein Patient, der nach eigenen Angaben generell Medikamenten gegenüber skeptisch ist, und eine relativ hohe Dosierung braucht, äußert seine Angst vor Beginn der Therapie:

Das ist jetzt im Grunde genommen auch so ein bisschen bei der Tabletteneinnahme. Da hab ich auch gedacht. Oh, um Gottes Willen, nein, bloß nicht. Das ist so richtig ein sicheres Zeichen für alt werden. Dann kommen die er-

sten Tabletten und dann kommen vielleicht noch fünf weitere hinterher, die man täglich nehmen muss. Aber das war im Grunde genommen nur von der Vorstellung her. In Wirklichkeit belastet mich das gar nicht. (Jurist, 59 J.)

In seinem Fall ist die Medikation auch optimal auf seine Lebensgewohnheiten abgestimmt worden. Er schildert die gute Kooperation mit dem Arzt:

Auf Ramipril bin ich nur umgestellt worden, weil ich nicht so regelmäßig, weil ich die Garantie für die Regelmäßigkeit [der Einnahme nicht übernehmen konnte]. Also nicht jeden Tag um 10 Uhr oder was weiß ich. Und Ramipril hat wohl eine bessere Wirkung in der Breite. Also wirkt wohl etwas länger nach. (Jurist, 59 J.)

Ein weiter Patient nutzt praktische Hilfsmittel um die Medikamenteneinnahme möglichst unproblematisch zu handhaben:

Früher waren das nur ein oder zwei Tabletten. Das war kein Problem. Jetzt musste ich mich erst daran gewöhnen, dass ich morgens mittags und abends Tabletten schlucke. Das ging aber. Wenn man so'n Set hat am Esstisch, wo immer das steht. Das ist kein Problem. (Rentner, 69 J.)

Inwieweit die dauerhafte Tabletteneinnahme als störend empfunden wird, scheint sich also nicht unbedingt an konkreten Kritikpunkten festzumachen sondern ist wohl auch Einstellungssache. Hier dazu zwei konträre Äußerungen:

**Stört Sie das Tablettennehmen? Ja Würden Sie lieber irgendwas anderes machen anstatt Tabletten zu nehmen? Wenn das möglich wäre?** [Anm. Patient ist adipös] Ja, klar. Ich will überhaupt keine mehr. Aber ich glaub, das ist auch bald vorbei. (Arbeiter, 35 J.)

**Und mit den Tabletten, die Sie nehmen müssen, das stört Sie nicht?** Nein, nein. Ich hab da meine Dosen für morgens, mittags, abends. (KFZ-Meister, 62 J.)

Die Einsicht, dass Medikamente für Hypertoniker auch einen Freiheitsgewinn bedeuten können, weil sie trotz des Bluthochdrucks besser am normalen sozialen Leben teilhaben können, schildert eine weitere Patientin:

**Aber mit dem Medikamentennehmen oder mit dem Bluthochdruck allgemein, das hat für Sie wenig Einfluss auf Ihr soziales Leben nenn ich das mal?** Nein, nein. [...] Ich hab auch sehr schöne Reisen gemacht. Auch mit Freunden zusammen. Und das war wunderbar. **Und das ist für Sie auch kein Problem, dass Sie den Bluthochdruck haben? Dann nehmen Sie Ihre Tabletten mit und machen das Programm?** Ja, ja. Ich hab meine Tabletten dabei und wenn irgendwas ist, und so. Da komm ich gut zurecht. (Rentnerin, 73 J.)

#### 4.6.2 Nicht-medikamentöse Therapie

Generell ist die Senkung des Blutdrucks ohne Medikamente, also mit Hilfe anderer Maßnahmen, allen Befragten sympathisch. Im Gespräch geben die meisten an, lieber auf Medikamente verzichten zu wollen, wenn dies möglich wäre. Zum Teil auch, wenn dies mit einer Umstellung der Lebensgewohnheiten verbunden ist:

Wegen dieser Tabletten hab ich zu auch zu Frau Dr. x gesagt, wenn's ne andere Möglichkeit gibt, mach ich. Ich hab kein Problem damit irgendwas umzustellen. (Jurist, 59 J.)

Dass in diesem Punkt verstärkt auch Eigeninitiative erforderlich ist, ist einigen Studienteilnehmern durchaus bewusst. Ein Hypertoniker legt besonderen Wert auf die Wichtigkeit der nicht-medikamentösen Therapie und setzt sich damit von den anderen ab:

**Wie wichtig ist der Lebensstil und wie wichtig sind die Medikamente bei der Behandlung des Bluthochdrucks?** Ich würde Hälfte, Hälfte sagen. Das muss beides sein. Wenn ich nicht die Einstellung hab aus dem Kopf heraus, dann wird auch ein Medikament nicht wirksam werden. Man muss da selbst was dafür tun. (KFZ-Meister, 62 J.)

#### Lifestyle ändern

Konkret geben die Befragten verschiedene Maßnahmen zur Blutdrucksenkung an, die Ihnen bekannt sind. Als zusammenfassender Oberbegriff fallen zwei prägnante Attribute zur Lebensführung: solide und vernünftig.

**Kennen Sie auch andere Behandlungsmöglichkeiten oder andere Möglichkeiten diesen Bluthochdruck zu beeinflussen, außer durch Medikamente?** Nicht, nein. Nicht bewusst. Also, ich hab das immer wieder hingekriegt. Durch soliden Lebenswandel und durch versuchen Stress abzubauen. Dann

wurde das immer wieder einigermaßen normal. Und dann hab ich ihn auch unter 100 [diastolisch] runtergekiegt.  
(Rentner, 69 J.)

**Was kann man machen, [...] wenn's diagnostiziert ist?**  
(Stöhnt) Vernünftig sein. **Und was heißt das?** Vernünftige Ernährung, vernünftige Bewegung, ähm – Meditation, Stress abbauen. (Jurist, 59 J.)

Eine Patientin, die derzeit nicht bereit ist, ihren Lebensstil zu verändern, bezweifelt allerdings die Wirksamkeit der nicht-medikamentösen Therapie:

**Können Sie sich vorstellen, dass es irgendeine Form der Beeinflussung ihres Blutdrucks gibt, die Sie interessieren würde? Wo Sie mitspielen würden?** Ne, das glaube ich nicht. Und ich glaube auch, dass ich diesen Bluthochdruck immer gehabt habe. Auch früher. Als ich locker vor mich hin studiert habe. Als ich viermal die Woche im Fitness-Studio war und wahrscheinlich zwanzig Kilo weniger gewogen habe. Und ich hab ja auch mit Mitte 20 erst angefangen zu rauchen. Ich glaube, selbst da hatte ich Bluthochdruck. (Juristin, 45 J.)

### **Ernährung/Gewichtsreduktion**

Genauer nachgefragt kommen recht präzise Vorschläge z.B. zum Thema Ernährung und Gewichtsreduktion. Interessant ist hierbei, dass einige Befragte sagen, sie wüssten zwar was hilft, mit der Umsetzung hätten sie allerdings Probleme:

Er (der Hausarzt) hat zwar immer mal gesagt, es wär' schön, wenn Sie ein paar Pfund abnehmen. Aber – na ja warum soll ich jetzt lügen. Ich schaff das einfach nicht. Ich schaff das nicht weniger zu essen. Also so richtig hungern kann ich nicht. [...] Ich bin nicht ganz so vorsichtig. Ich ess wohl fettarm und ich ess auch keine, auch wenig Fleisch und Wurst. Aber Käse, Joghurt und Quark – allerdings immer fettreduziert. Da achte ich sehr drauf. Aber ich bin, wenn man so will. Also – lachen Sie jetzt nicht. Ich bin eigentlich ein Vielfraß.  
(Rentnerin, 73 J.)

Auch der Verzicht auf Alkohol und Rauchen fällt manchen schwer:

**Hast du den Eindruck, dass dein Arzt mit dir als Patientin zufrieden wäre?** Was das Tabletteneinnehmen betrifft schon. Was das Leben drum herum betrifft, die Risikofaktoren, vielleicht nicht unbedingt. [Lacht] Rauchen, Alkohol [Lacht wieder]. (Sozialpädagogin, 32 J.)



## **Bewegung**

Bewegung als therapeutische Maßnahme ist allen bekannt. Die meisten geben an, sich vor der Diagnose sehr wenig bewegt zu haben und jetzt verstärkt darauf zu achten:

Gut, dann [Anm. nach der Empfehlung des Hausarztes Sport zu treiben] bin ich auf's Rad gestiegen. [...] Und dann bin zur Arbeit mit dem Rad gefahren. 12 Kilometer mit dem Fahrrad einen Weg. [...] Im Prinzip mach ich's immer noch. Ein paar Mal in der Woche. (Jurist, 59 J.)

**Hat der Bluthochdruck ihr Leben irgendwie verändert? Oder achten Sie auf bestimmte Dinge stärker? [...]** Ja, also auf Bewegung. Das ich jeden Tag spazieren geh. (Rentnerin, 73 J.)

Selbst ein Patient, dem zunächst überhaupt keine Alternative zu Medikamenten einfällt, nennt Bewegung als Therapieoption:

**Gibt es noch andere Möglichkeiten den Blutdruck zu kontrollieren außer medikamentös?** Ich wüsste keine...

Bewegung ist natürlich sehr wichtig. Oder im Garten was zu tun oder wie auch immer. Dass man sich beschäftigt und nicht rum sitzt ... am Fenster oder vor dem Fernseher. (Rentner, 83 J.)

## **Stress**

Auch Stress wird immer wieder als Belastungsfaktor angesprochen. Die Vermeidung von Stress erwähnen manche Patienten folglich als therapeutische Methode zur Blutdrucksenkung. Wie sie dies umsetzen ist allerdings unterschiedlich. Ein Patient gibt zum Beispiel an, heute gezielt Konflikten aus dem Weg zu gehen:

Früher hab ich gesagt: Och Mann, lass den doch rummuckern. Stört mich überhaupt nicht. Dann allerdings ging der Blutdruck 'n bisschen hoch. [...] Und ähm, heute mach ich das nicht mehr. Da versuch ich jedem Ärger, jedem Stress aus dem Wege zu gehen. (Rentner, 69 J.)

## **Weitere Maßnahmen**

Neben diesen allgemein bekannten Maßnahmen machen zwei Patienten konkrete Vorschläge zu anderen Therapiemöglichkeiten:

## **Alternative Heilmethoden**

Eine Patientin wünscht sich neben der schulmedizinischen Therapie eine Möglichkeit ihren Hypertonus auch mit Naturheilmittel beeinflussen zu können. Sie hat auf Laienebene bereits Informationen gesammelt:

**Kennst du noch andere Möglichkeiten den Bluthochdruck zu beeinflussen, also auch zu senken, abgesehen von Medikamenten?** Nö. Der Arzt hat so nebenbei erwähnt Sport wäre ganz gut. – Also ich hab mal gelesen man kann Bärlauch oder so was nehmen. Oder Knoblauch. Aber, hm? **Glaubst du nicht dran?** Weiß ich nicht. Denn ich esse jeden Tag ohne Ende Knoblauch. Ich hab noch keine Wirkung gesehen. (Sozialpädagogin, 32 J.)

Erfolgversprechender als Bärlauch oder Knoblauch scheinen ihr andere Methoden, die sie später vorschlägt. Ob diese wirklich in Frage kommen, hat sie allerdings noch nicht überprüft:

Ich hätte gern ein paar mehr Hinweise, was es vielleicht sonst so alternativ für Behandlungsmöglichkeiten gibt. Aber da muss ich wohl zum Heilpraktiker gehen. Vielleicht hilft ja auch chinesischer Tee oder Akupunktur oder irgendwie so. Das hätte ich gern von meinem Arzt gehört. Wobei ich nicht weiß, ob er wirklich die Kompetenz dazu hat, weil er ja natürlich Schulmediziner ist.

## **Nephrektomie**

Die Nephrektomie ist für einen Studienteilnehmer mit einer chronischen Nierenerkrankung eine therapeutische Option, wobei er sich - wie unter Punkt 4.2 bereits thematisiert – nicht sicher ist, ob diese Maßnahme hilfreich wäre oder nicht:

**Sehen Sie denn da einen Zusammenhang zwischen Bluthochdruck und der Niere?** Für den Arzt schon. Für den Arzt war das ganz eindeutig damals. Also *der Arzt* hat dann gesagt, das ist mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit auf die Niere zurückzuführen... Und er hat auch gesagt, mit der Entfernung der Niere würde auch mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit der Blutdruck sich sofort normalisieren... Dass dieser Zusammenhang so direkt ist, dass dann auch der Blutdruck sich wieder normalisieren würde, dass hat mir hier beim UKE – hat man diese Hoffnung allerdings so ein bisschen revidiert oder relativiert. (Jurist, 59 J.)

## **Erwartungen**

Die Erwartungen an die nicht-medikamentöse Therapie sind ähnlich wie an die Tabletten: Blutdruck senken. Allerdings schreiben die meisten Befragten der medikamentösen Therapie eine höhere Effektivität zu. Sie suggeriert damit auch ein höheres Maß an Sicherheit.

Denn die Behandlung für den hohen Oberen und den hohen Unteren ist ja doch anders, nicht? Würde ich sagen. Und deswegen bin ich der Meinung: Den oberen zu hohen Wert, den kriegt man eher so mit dem soliden Lebenswandel in den Griff. Aber nicht unbedingt den Unteren. Und wir haben das eben immer gedacht. Durch den soliden Lebenswandel würde man auch den unteren Wert besser in den Griff kriegen. Dem war aber – also auf Dauer war das nicht so. Und deswegen mussten wir die Medikamente nehmen. (Rentner, 69 J.)

## 4.7 Verantwortung und Emotion

Auch wenn alle Befragten sich darüber im Klaren sind, dass eine effektive Behandlung des Bluthochdrucks nur mit ihrer aktiven Kooperation zu erreichen ist, haben einige Patienten Probleme damit, ihre Verantwortung anzunehmen und umzusetzen. Angst in verschiedenen Formen ist ein vorherrschendes Gefühl. Die emotionale Belastung durch den Bluthochdruck wird häufig durch Verdrängen kompensiert.

Dieses Kapitel steht in direktem Zusammenhang zum vorangegangenen Abschnitt über Therapiemöglichkeiten und Kontrollierbarkeit. Hier wird die Frage beleuchtet, was die Patienten selbst tun – müssen, können, wollen; wie konsequent und regelmäßig sie ihre Tabletten nehmen bzw. wie regelmäßig sie ihre Werte kontrollieren (lassen). Außerdem interessierte, inwieweit die Befragten ihren Lebensstil dem Bluthochdruck angepasst haben. Diese Fragen könnten unter dem Oberbegriff Compliance zusammengefasst werden, den ich aber hier meiden möchte, da er wie Kapitel 2 bereits angesprochen, in der internationalen Literatur zur Zeit diskutiert und zum Teil durch andere Begriffe wie z.B. Adhärenz ausgetauscht wird.

Im zweiten Teil dieses Kapitels soll es um die Frage gehen, inwieweit der Bluthochdruck die Patienten psychisch belastet. Ein Zusammenhang zwischen der emotionalen Belastung und dem Gesundheitsverhalten wird in Kapitel 5 diskutiert.

### 4.7.1 Verantwortung

## Eigeninitiative

Die meisten Befragten waren sich ihrer Eigenverantwortung bewusst. Einige betonten ihre Eigeninitiative bei der Umstellung des Lebensstils nach der Diagnosestellung und die konsequente Messung ihres Blutdrucks bei starken Schwankungen:

Ich weiß nur, dass Bluthochdruck gefährlich ist. Das weiß ich. Und, dass man was dagegen unternehmen muss. Das heißt Gewichtsabnahme, Bewegung, nicht rauchen, nicht trinken. Rauchen und Trinken kommt bei mir sowieso nicht in Frage und ähm Bewegung eben soviel, was ich kann. Ich geh jeden Tag spazieren und ich mach zu Hause meine Turnübungen. (Rentnerin, 73 J.)

Ja, und ich hab den Arzt gefragt, was soll ich machen? Was darf ich? Was kann ich machen, um das zu fördern? Und der hat gesagt: sportliche Aktivität... Gut, dann bin ich auf's Rad gestiegen. (Jurist, 59 J.)

## Mangelnde Umsetzung der ärztlichen Vorstellungen

Eine ältere Patientin hat kein Problem damit, die Medikation nicht nach Plan einzunehmen. Sie nimmt die Verantwortung nicht an, ohne dabei ein schlechtes Gewissen oder Unsicherheit zu zeigen:

**Wenn Sie zum Beispiel Ihre Tablette mal vergessen... Sie haben dann auch kein schlechtes Gewissen?** Nein, überhaupt nicht. Manchmal hab ich's eilig und dann geh ich nicht mehr in die Küche wo ich das Schälchen hab, wo ich das reinlege morgens. Und dann... (zuckt mit den Schultern). (Rentnerin, 86 J.)

Ein weiterer Befragter berichtet die Verantwortung nicht angenommen zu haben, obwohl er vom Arzt konkret darauf hingewiesen wurde:

Aber er [der Hausarzt] hat mir also im Gespräch Unterlagen mitgegeben, wie man leben muss, wenn man hohen Blutdruck hat. Er hat mich also aufgeklärt. **Und haben Sie sich daran gehalten?** Nein. [...] Am Anfang hab ich gesagt: Ja, das Essen, was soll ich mit dem Essen, was da in den Papieren stand. Ich hab das also nicht so für bare Münze genommen (Rentner, 69 J.)

Hier fehlt offensichtlich die Einsicht, sich zugunsten der Erkrankung sofort im Genuss bzw. der Lebensqualität einschränken zu müssen. Der Patient geht sogar so weit, dass er

bei anschließenden Kontrollterminen den Arzt und damit natürlich unweigerlich sich selbst beschummelt:

Dann habe ich gezielt, ich wusste ich hab nächste Woche einen Arzt (lacht) beim Arzt einen Termin. Dann hab ich die Woche gezielt gesund gelebt. Und so weiter. **So'n bisschen um sich selbst und den Arzt zu beschummeln, oder?** Na ja, nun eben nun, ja, ja, oder beschummeln. (Rentner, 69 J.)

Wichtig ist hierbei sicher zu beachten, dass der Patient in der Vergangenheit spricht. Er musste sich wenige Monate vor dem Interviewtermin einer Bypass-OP unterziehen und denkt seitdem komplett anders über seinen Bluthochdruck. Im anschließenden Punkt über Emotionen gehe ich darauf ein, dass er wegen seines damaligen Gesundheitsverhalten heute unter einem extrem schlechten Gewissen leidet.

### **Emanzipation**

Eine weitere äußerst interessante Haltung ist die, sich der eigenen Verantwortung sehr wohl bewusst zu sein, und gerade aus diesem Bewusstsein heraus nicht in allen Punkten dem Rat des Arztes zu folgen, sondern selbst zu entscheiden, welche Maßnahme richtig sind. Ein Patient schildert dies recht eindrucksvoll sowohl in Bezug auf Blutdruckmessungen, sein Rauchverhalten und die Dosierung seiner Medikamente:

Nur da gehen die Ärzte irgendwie nicht drauf ein [Anm. auf seine Probleme während der Messungen]. Ich hab mich jetzt da schlicht und einfach durchgesetzt, indem ich gesagt hab: Ne, das [Anm. 24-Std.BD-Messung] mach ich nicht mehr. [...]

**Das mit dem Rauchen, hat der Arzt Sie darauf angesprochen, dass Sie das möglichst einstellen sollten? Oder reduzieren? Oder?** Also allgemein schon, ja aber jetzt irgendwie im Zusammenhang mit Blutdruck eigentlich ... **Ist das eine Entscheidung, die Sie getroffen haben, weiterzurauchen? Oder machen Sie das einfach so.** Nö, war keine Entscheidung. [...]

Also mit dem Internisten hatte ich eine etwas andere Vereinbarung. Der wollte höher dosieren. Und da konnte ich sagen die Werte sind für mich nicht repräsentativ. Die waren zu hoch. ...dann muss die Medikation natürlich auch höher ausfallen. Also ich hab da bei dem – Kalzium-antagonisten, nur die Hälfte genommen. (Jurist, 59 J.)

Eine Patientin erklärt, warum sie die Einschätzung ihres Hausarztes zu ihrer Erkrankung und der erforderlichen Therapie nicht teilt und deshalb auch die verordneten Medikamente nicht genommen hat.

Mein Hausarzt sagt, ich wäre ein typischer Fall für Betablocker. Ansonsten wäre ich nicht ruhig zu bekommen. **Ich habe deswegen nach, weil ich das Gefühl habe, dass Sie das völlig anders sehen als Ihr Arzt. Dass Sie das gar nicht richtig finden, was er sagt. Dass Sie das Gefühl haben, dass Sie ruhig gestellt werden sollen?** Ja. Ja, ja. Und ich will gar nicht ruhig gestellt werden! (Juristin, 45 J.)

### **Pflichterfüllung**

Für einige Patienten ist das Einhalten der Absprachen eine Pflichterfüllung, die in erster Linie den Arzt glücklich macht:

**Denken Sie, dass Ihr Arzt mit Ihrem Verhalten als Patient zufrieden war oder hätte sein müssen oder können?** Ja, der hat ja gesagt, nehmen Sie die Tabletten und ich hab das gemacht. Ja, das reichte ihm wahrscheinlich. (Rentner, 69 J.)

Anderen verschafft diese Pflichterfüllung eine gewisse Erleichterung, Befriedigung bzw. Sicherheit:

Ich hab nie ein Medikament vergessen. Also das könnte ich jetzt 100prozentig beschwören. Und das weil das für mich *wichtig* ist. Ich muss jetzt Medikamente nehmen auf Grund meines Bluthochdrucks. Und dann muss ich eben auch aufpassen, dass ich sie nehme. Auch im Urlaub. Immer. (Rentnerin, 73 J.)

Ich habe die Tabletten immer bewusst und regelmäßig genommen, von Anfang an. Das war mir immer wichtig. (Sozialpädagogin, 32 J.)

Bemerkenswert scheint mir, dass diese Pflichterfüllung sich häufig vornehmlich auf die Einnahme der Medikamente bezieht, während die Patienten bei der Änderung des Lifestyles dennoch inkonsequent bleiben. So äußert dieselbe Studienteilnehmerin etwas später:

Aber ich hab dann auch relativ schnell einfach diese Betablocker genommen ohne jetzt großartig an meinem Verhalten vielleicht etwas zu ändern oder irgendwie über

alternative Medizin nachzudenken. Sondern dann halt diese Tablette morgens genommen und auch nicht weiter den Blutdruck kontrolliert, sondern das jetzt erstmal dabei belassen.

### **Eigenverantwortlichkeit wichtig**

Ein Patient spricht explizit aus, dass es bei dem Gesundheitsverhalten um sein Leben geht und nicht darum, ob die Hausärztin zufrieden ist. Er distanziert sich damit eindrucksvoll von meiner Suggestivfrage.

**Noch mal konkret zu Ihrem Verhalten als Patient: Sie können ja einen Beitrag leisten. Indem Sie die Medikamente zum Beispiel nehmen wie angegeben. Also in der Menge. Und auch regelmäßig. Und haben Sie den Eindruck, dass ihr Arzt, ihre Ärztin da mit Ihnen zufrieden wäre?** Ja, klar. Muss sie ja. Ich mein, sie weiß es ja nicht. Aber ich weiß ja, dass ich das so nehme, wie zuletzt verabredet. (Jurist, 59 J.)

### **Verantwortung abgegeben**

Verantwortung an Angehörige abzugeben ist eine weitere Strategie, die Patienten nutzen wenn es um ihre Kooperation geht. Ein Patient verlässt sich darauf, dass seine Frau dafür sorgt, dass er sich „korrekt“ verhält.

Und bei mir ist es so, mein bewusstes Essen kommt, weil meine Frau jetzt auch durch diese Herzgeschichte [seine Bypass-OP], darauf achtet, dass ich also keine fetten Sachen, keine Butter und na ja nicht dies Weihnachtsgebäck, was sonst immer viel - meine Frau backt sehr viel - gegessen wurde. Das wird alles, gekürzt. [...]  
Meine Frau hat mir so'n Wochending gegeben, wo die Medikamente drin sind. Und die achtet da drauf und das nehm ich auch. (Rentner, 69 J.)

Die Verantwortung wird aber auch gerne an Ärzte abgegeben, denen das Vertrauen der Patienten gehört. Bei einer Studienteilnehmerin, die sich vor dem Interview in stationärer Behandlung befand, geht es um die Klinikärzte, die sie in einer Notsituation in die sie durch den unbehandelten Hypertonus geraten ist, betreuten:

Dieses Medikament (AT1-Hemmer) nehme ich jetzt regelmäßig. Ganz geordnet. Da hab ich jetzt meine Schale und muss jeden Morgen den Blutdrucksenker nehmen und abends das Marcumar mit der Magentablette zusammen. **Und wie lange nehmen Sie die Blutdruckmedikamente noch?** Ja so-

lange ich das Marcumar nehme. Und dann – ja weiß ich nicht (lacht). Solange ich dieses Medikament aus der Klinik bekomme (AT1-Hemmer), was mein Hausarzt völlig ablehnt, und ich davon nichts merke, mache ich das mit. Aber eigentlich, für mich bräuchte ich das nicht. So einen Senker eben. (Juristin, 45 J.)

An diesem Zitat erscheinen mir zudem interessant, dass die Patientin ankündigt, dass sie sich wahrscheinlich nicht mehr an den Therapieplan hält, sobald die „größte Gefahr“ des Insults gebannt ist (Ende der Marcumartherapie).

Ein anderer Studienteilnehmer vertraut hundertprozentig seinem Hausarzt und gibt die Verantwortung für seine Gesundheit vollständig an diesen ab:

**Haben Sie den Zettel über die Nebenwirkungen Ihrer Medikamente gelesen?** Nein. nein. **Wollen Sie auch lieber nicht wissen?** Nein. **Warum nicht?** Weil, wenn der Arzt sagt, das ist was Gutes für Sie, das geht weg. Dann... **Dann haben Sie Vertrauen?** [Patient nickt] (Arbeiter, 35 J.)

### **Eigenverantwortung verdrängen**

Einige Studienteilnehmer reagieren, wie bereits in Kapitel 4.5. gezeigt, auf die möglichen Folgen ihres Bluthochdrucks mit Verdrängen. Das heißt sie blenden am liebsten aus, welchen Risiken sie ausgesetzt sein könnten. Dieses Phänomen zeigte sich ebenfalls bei Fragen zu Kontrollierbarkeit und Therapie des Hypertonus (Kapitel 4.6.). In diesem Kapitel möchte ich darstellen, dass das Verdrängen ihrer Eigenverantwortung somit für einige Patienten durchaus als Coping-Strategie im Umgang mit ihrem Bluthochdruck aufgefasst werden kann. Bemerkenswert ist hierbei die Entschiedenheit mit der einige Studienteilnehmer die Krankheitseinsicht abwehren:

Also ich bin hier allen auf den Wecker gegangen. Weil ich ja (auf der Stroke Unit) jeden Tag gequengelt habe, ich will nach Hause. Und ich bin nicht krank. Für mich waren da um mich herum Kranke – und ich eigentlich nicht. (Juristin, 45 J.)

**Aber es** [Anm. der Hypertonus] **beunruhigt Sie ja, ist das richtig** – Jo. – Aber ansonsten. Es belastet mich nicht. (Jurist, 59 J.)

**Haben Sie mit Ihrem Arzt darüber gesprochen, was Ihr Bluthochdruck machen kann, wenn er nicht behandelt wird?** Nein. Nein. Sicherlich hat er mir was gesagt. Sicher hat er mir Papiere in die Hand gegeben. Nur, die habe ich

durchgelesen und dann in die Ecke gelegt. (Rentner, 69 J.)

Eine Studienteilnehmerin gibt wortwörtlich an, bewusst zu verdrängen und möchte so am liebsten auch den insistierenden Fragen ausweichen.

**Welche Organe könnten damit zu tun haben? Hast du da eine Idee?** Ne, nicht wirklich. Ich glaub ich wusste das mal alles. Aber das hab ich verdrängt. **Und weißt du, was sich hinter diesen schönen Wörtern (ACE-Hemmer, Diuretika, Betablocker) verbirgt?** Um Gottes Willen, ne, dass weiß ich nicht mehr so genau. Also das hab ich sicher irgendwann mal gelesen. Aber das hab ich jetzt auch schon wieder verdrängt. (Sozialpädagogin, 32 J.)

Dass Verdrängen durchaus einen positiven Effekt auf den Hypertonus haben kann, davon sind viele Studienteilnehmer überzeugt. Man könnte es somit quasi als therapeutische Maßnahme im Sinne der Patienten bezeichnen: Eine Patientin erklärt dies folgendermaßen:

**Was kann man dann dagegen tun?** Ja, frische Luft, nicht dran denken (lacht) **Warum nicht dran denken?** Nein, wenn man sich immer damit beschäftigt: ich habe Blutdruck, ich habe Zucker, ich habe dies, ich habe das. Das dürfen Sie nicht. Also, das darf man nicht. Du nimmst deine Tabletten und wird schon hinhauen, nicht. (Rentnerin, 86 J.)

Einige Studienteilnehmer nennen noch weitere Strategien, die sie anwenden, um die empfundene emotionale Belastung durch ihren Bluthochdruck zu reduzieren. Dazu gehört auch Positives Denken:

**Kommen Sie denn ganz gut klar mit Ihrem Bluthochdruck?** Ja, ich bin eigentlich ein ganz positiver Mensch. Und sag mir immer, das wird alles wieder besser. (KFZ-Meister, 62 J.)

Humor:

Wir haben dann im Büro auch immer so einen Spaß gemacht. Wenn mich einer geärgert hat, dass ich dann gesagt habe: „Wenn du mich jetzt... Also, der Wert ist deiner, also wenn du mich jetzt ärgerst, du zahlst die Kur“ oder so. (Juristin, 45 J.)

Ignorieren:

Eine Bekannte, die ist zehn Jahre jünger als ich, die hatte das auch mal nach einem Unfall [Anm. Intima-Einriss der A. Carotis]. Und die ist jetzt in einer Selbsthilfegruppe für Schlaganfall gefährdete weil sie angeblich kurz vor dem Tod stand. Und die hat das so geschockt mit der Intensivstation. Die hat nicht mal Bluthochdruck! Und die hat mich auch noch angerufen. Ich sag: Ne, damit lass mich bloß zufrieden. So was (Selbsthilfegruppe) brauch ich nicht. (Juristin, 45 J.)

### **Kontrolle als Symbol übernommener Verantwortung**

Eine jüngere Patientin hingegen betont, wie wichtig ihr die Einhaltung der Absprachen und auch die Kontrollen sind. Dies bietet ihr Sicherheit:

Aufpassen heißt: Nicht viel Stress. Und die Tabletten die ich nehme. Und dann muss ich regelmäßig mit meinem Arzt alles kontrollieren. (Hausfrau, 52 J.)

Der Begriff Kontrolle erwies sich für viele Befragte von zentraler Bedeutung. Während einige „Kontrolle“ positiv besetzten, also als gut und wichtig empfanden, wie in dem folgenden Beispiel...

Ich selber pass auf. Ich geh zur Kontrolle. Ich geh eigentlich sehr oft zur Kontrolle. Und lass auch durchchecken und lass auch mal so einen Labortest machen. Ein, zweimal im Jahr. Alle, alle halbe Jahr zahlt das die Kasse. (Rentnerin, 73 J.)

und dies sich für eine Patientin sogar fast zu einer Art Zwang steigert...

Ich hab nicht immer was, sondern es ist einfach so mit meinem Blutdruck. Der muss bei mir ständig unter Kontrolle sein und dann eben wie gesagt alle halbe Jahr diese Laborkontrolle. Die ist für mich wichtig. (Rentnerin, 73 J.)

ist Kontrolle für andere negativ belegt. Zuviel Kontrolle bedeutet für sie sich verrückt zu machen. Die folgenden Beispiele hierzu bilden den Übergang zum Thema Emotionen, die mit Bluthochdruck verbunden sein können.

## 4.7.2 Emotionen

### Angst

Kontrolle macht verrückt, geben überraschend viele Befragte im Gespräch an. Sie begründen so, warum sie zu häufige Blutdruckmessungen nicht sinnvoll finden. Schließlich steigt nach dieser Argumentation der Blutdruck allein durch die Messung. Ein paradoxer Effekt, der mit Angst zu begründen sei.

**Und messen Sie Ihren Blutdruck selber?** Nein, um Himmels willen, nein das will ich gar nicht. [...] Blutdruck messen, also das kommt nicht in Frage weil das für mich nicht gut ist. Da reg ich mich auf (Rentnerin, 86 J.)

Verschiedene haben gesagt: Nimm doch mal so'n Apparat. Die kriegst du überall nachgeworfen oder was. Aber dann misst man jeden Morgen und dann stellt man fest: Oh, schon wieder zu hoch, über 100. Da macht man sich mit verrückt. (Rentner, 69 J.)

Ich hab kein Gerät. Ich will auch gar keins haben. Denn ich geh zweimal im Monat zur Kontrolle. Und das genügt mir dann. **Warum wollen Sie keins haben?** Nein. Weil ich würde mich damit nervös machen. Ich würde dann vielleicht ständig. Immer wenn ich was gegessen hab, würd ich Blutdruck messen. Und das möchte ich nicht. Ich geh zur Kontrolle und das genügt mir. (Rentnerin, 73 J.)

Angst zeigt sich nicht nur in Zusammenhang mit „schlechten Werten“ sondern natürlich auch in Verbindung mit befürchteten oder bereits eingetretenen Folgeerkrankungen.

Die Aussicht auf Folgeschäden wie Herzinfarkt, Herz-, Kreislaufkrankungen, Schlaganfall, als Folge vom Bluthochdruck ist schon etwas bedrohlich. (Sozialpädagogin, 32 J.)

Ein Patient berichtet über den Schock, der durch seine kürzlich erfolgte Bypass-OP ausgelöst wurde. Sie hat ihm die lauernde Gefahr des unbehandelten Hypertonus schlagartig ins Bewusstsein gerufen:

Hier bei der Bypass-Operation haben Sie mich auch zweimal aufgemacht. Also, ich ähm, ich kann nicht mehr. Ich hab so dicht am Wasser gebaut, ich könnte jetzt weinen. [Stockt, weint] Das hab ich vorher nicht. Dieses hat mir, diese Herzoperation hat mir einen ziemlichen Schock versetzt. (Rentner, 69 J.)

Auch andere Befragte erwähnen – ohne bereits eingetretene Folgerisiken – Angst vor der unmerklichen Gefahr.

Ja, was mich am meisten beschäftigt ist, dass es nicht schlimmer wird. Beziehungsweise, ich mein ich merk ja nichts. Ich – oder – Wenn ich mal irgendwelche Probleme hab, dann führ ich die ja nicht unbedingt immer auf den Bluthochdruck zurück. (Jurist, 59 J.)

In dieser Phase des Gesprächs sind alle Patienten extrem angespannt. Sie machen lange Pausen, suchen nach den richtigen Worten, stocken und zwei Befragte haben sogar begonnen zu weinen. So zum Beispiel die Patientin, die mir von ihrer Angst vor einem Schlaganfall als Folge des Bluthochdrucks berichtet. Dabei steht nicht die Angst vor der körperlichen Versehrtheit im Vordergrund, sondern die Angst ihr unabhängiges Leben zu verlieren.

Aber ich hab eben die Angst, dass mir durch meinen Bluthochdruck und mein Übergewicht, dass ich da irgendwie mal einen Schlaganfall bekomme. – Da hab ich eigentlich sehr große Ängste. Eben weil ich allein bin. Und weil Schlaganfall, Schlaganfall ist für mich schlimmer als Herzinfarkt. [...] Und dann kommt natürlich dazu diese Folgeerscheinung: Jetzt kommst du in ein Heim, du kannst deine Wohnung nicht mehr halten. Und dass ich in ein Heim komme, wo ich mich nicht gegen wehren kann. Dass ich praktisch hilflos bin und bin auf fremde Hilfe angewiesen. Das ist für mich das Schlimmste was es geben könnte. (Rentnerin, 73 J.)

Angstauslöser kann aber auch schon ganz einfach das Empfinden des eigenen Herzschlags sein. Ein Patient begründet seine Aversion vor Blutdruckmessungen mit der psychischen und physischen Belastung durch Palpitationen. Sie – und die empfundenen Rhythmusstörungen – sind für ihn ein Symbol der Gefahr. Möglicherweise handelt es sich hierbei um eine Form der Phobie vor Einengungen.

[Anm. Beim 24-Std-BD-Messen habe ich immer] Schmerzen, es ist ein Druckgefühl, das ziemlich unangenehm ist. Das sich so langsam aufbaut. Und Herzhrythmusstörungen ...das Herz schlägt so kräftig, dass ich das dann auch merke, dass es nicht besonders regelmäßig ist. Weil ich ziemlich empfindlich bin, was Einengungen angeht. (Jurist, 59 J.)

Schon die Diagnose habe sie extrem verunsichert äußern einige Studienteilnehmer.

**Warst du überrascht als das festgestellt wurde?** Ja, schon. Fand ich schon merkwürdig. **Und geschockt?** Auch geschockt. Weil ich hab eben auch keine Symptome vorher gemerkt, also gehabt hab. Ich war verwundert, geschockt. (Sozialpädagogin, 32 J.)

Ich wusste das zuerst überhaupt nicht, dass ich diesen Bluthochdruck habe. Nur nachher als ich hier war, da haben die mir Blutdruck gemessen und dann auf einmal war mein Blutdruck hoch. Ich wusste nicht was das bedeutet, Bluthochdruck. Hatte ich niemals kennengelernt. Immer Sport gemacht und so. (Arbeiter, 35 J.)

Auch die Angst vor Auseinandersetzung mit der Erkrankung bzw. der unangenehmen Reaktion oder möglichen Vorwürfen des Arztes werde von einer Patientin thematisiert.

Ich hab immer die Angst wenn ich zum Arzt gehe, der Blutdruck, der Blutdruck. [...] Ich habe Angst, man sagt ja auch so schön: der weiße Kittel. **Also Sie hatten vor dem Arzt Angst?** Ja, ja. Ich glaube auch. (Rentnerin, 86 J.)

Für eine Patientin ist Angst allerdings etwas Positives, denn sie hilft dabei das Gesundheitsverhalten der Erkrankung anzupassen.

Aber [mein] kleiner Bruder jetzt, der Jüngste, der kümmert sich jetzt neuerdings auch sehr da drum. Weil er jetzt auch Angst hat. Die hab ich ihm auch so'n bisschen eingeredet. (Rentnerin, 73 J.)

### **Schuld / schlechtes Gewissen**

Bereits unter dem Punkt mangelnde Einsicht hatte ich auf einen Befragten hingewiesen, der viele Jahre seinen bekannten Hypertonus und den Rat seiner Ärzte ignorierte. Nach einer erforderlichen Bypass-OP, die er nach eigenen Angaben fast nicht überlebt hätte („Ich bin dem Teufel drei Mal von der Schippe gesprungen“), belasten ihn nun Schuldgefühle, die er zum Teil zu verdrängen versucht:

Ich hatte frei Essen, frei Trinken. Und ähm frei trinken, da gehörte nicht nur Mineralwasser dazu, da gehörte auch Whisky. Also ich habe sehr viel getrunken. Ich bin aber *nicht* ähm abhängig geworden. Ich hatte das im Griff. Und ähm deswegen könnte es sein, dass ich - ja -

meine Gesundheit mit, dadurch so etwas geschädigt habe.  
[...]

Ich frage schon, warum ist er nun schon wieder höher?  
Ich hab doch gar nichts gemacht. Ich hab ganz normal ge-  
gessen. Ich hab ganz normal getrunken. Warum ist er nun  
schon wieder höher? (Rentner, 69 J.)

Das folgende Zitat zeigt, dass einige Patienten durchaus ambivalent sind, ihr schlechtes Gewissen dennoch nicht zum Anlass nehmen aktiv zu werden.

**Und was besagen diese Werte? Was misst man wo?** (Lacht)  
Keine Ahnung. Das weiß ich jetzt echt nicht. Da sollte  
ich mich wahrscheinlich viel mehr mit auseinander set-  
zen. (Sozialpädagogin, 32 J.)

## 4.8 Der Hausarzt

Empathie, Kompetenz und Vertrauen sind für alle Befragten wichtigsten Kriterien, die ein guter Arzt erfüllen sollte. Sie wollen alles offen ansprechen können, ein Gehör und adäquate Antworten bekommen.

Der Hausarzt ist bei der Betreuung des Hypertonikers eine zentrale Figur. An seine Rolle sind zahlreiche Erwartungen aber auch Befürchtungen geknüpft. Die Interviews haben gezeigt, dass Patienten die vertrauensvolle und gute Arzt-Patient-Beziehung als Basis für eine effektive Behandlung ihres Bluthochdrucks sehen. Im Folgenden möchte ich zeigen welche Erwartungen dabei an den Arzt gestellt werden.

### 4.8.1 Empathie

Viele Äußerungen der Befragten beziehen sich auf die freundliche Zuwendung, die sie sich von ihrem Hausarzt wünschen. Sie erwähnen, dass nicht jeder Arzt dazu in der Lage sei, seinen Patienten mit Sensibilität und Einfühlungsvermögen zu begegnen und berichten von eigenen Erfahrungen – positiven wie negativen gleichermaßen:

Jeder Doktor ist nicht dafür – na wie soll ich sagen?  
Der hat das Empfinden vielleicht nicht dafür. Der sagt:  
„Um Gottes Willen, was haben Sie gemacht?“ Das ist mir  
sehr oft passiert, nicht. Und ich hab gelebt vollkommen  
normal. (Rentner, 69 J.)

Das war schon so: „Gut, Bluthochdruck. Schema F. Behandlung so und so: drei Medikamente. Da nehmen wir auf Grund Ihres Alters und vielleicht auch so wegen irgendwelcher anderer Bedingungen nehmen wir da Betablocker. So, kontrollieren Sie den Bluthochdruck und wenn Sie irgendwelche Beschwerden haben, kommen Sie wieder.“ (Sozialpädagogin, 32 J.)

Hier zeigt sich beispielhaft, wie wichtig den Patienten die Aufmerksamkeit und die Fähigkeit des Arztes ist, sich individuell auf den einzelnen Patienten einzustellen. Beide Patienten sind enttäuscht, fühlen sich ungerecht behandelt bzw. abgefertigt. Dagegen schildert ein Patient, warum er sich bei seiner aktuellen Hausärztin gut betreut fühlt. Ein wichtiger Faktor, auf den ich weiter unten noch eingehen werde, scheint das Thema Zeit zu sein.

Das Verhältnis ist sehr gut. Also die jetzige Hausärztin ist sicherlich die beste, die ich überhaupt jemals hatte – von daher. Also von den Gesprächen. Sie nimmt sich Zeit, aber das ist nicht nur Frau Dr x auch Herr Dr x. Also die Praxis. Also das hab ich vorher ganz anders erlebt. Und das war bei dem Internisten. Da hab ich mich nicht so gut aufgehoben gefühlt. Das war mehr – ja, so sehr rational: Untersuchung, Ergebnis. Das war schon nicht auf einer Ebene, also da hab ich mich schon so ein bisschen – klein gemacht gefühlt. (Jurist, 59 J.)

Der Patient spricht einen Punkt an, der auch für andere Befragte von Bedeutung ist: dass sich Arzt und Patient auf einer Ebene begegnen. Eine ältere Patientin sagt, dass sie sich heute durch die „lockere“ Gesprächsatmosphäre eher animiert sieht offen mit ihrem Arzt zu sprechen, als sie dies von früher erinnert:

Also das ist schon irgendwie besser geworden. Das muss ich sagen, das ist besser geworden. – In meinen jungen Jahren, in der Kindheit bin ich, was der Doktor sagte (lacht). **Und heute?** Na, heute ist das doch schon irgendwie ein bisschen lockerer, alles. Das man bespricht und fragt und so weiter. (Rentnerin, 86 J.)

Sich vom Arzt verstanden fühlen, aussprechen können, was einen beschäftigt und dabei ernst genommen zu werden, scheint also für die Arzt-Patient-Beziehung sehr wichtig. Ein Befragter beklagt, dass er dies bei Ärzten allgemein vermisst:

Also das schlimmste war eigentlich die Langzeitblutdruckmessung. 24 Stunden. Ja, das wirkt sich dadurch aus, dass ich ähm – ich weiß nicht. Kopf, im Kopf –

Kopfdruck kriege. Nur da gehen die Ärzte irgendwie nicht drauf ein. (Jurist, 59 J.)

### 4.8.2 Angst abbauen

Eine Befragte betont, dass ein guter Arzt seinen Patienten die Angst nehmen müsse. Sie lobt den Neurologen, der ihr im Gegensatz zu den Hausärzten, die sie vorher betreut hatten, die Angst genommen habe.

„Ach“, sagt er [der Neurologe], „den [Blutdruck] messen wir sofort.“ Und das hat er auch getan und guckte. Und da sag ich: „Oh, ist er sehr hoch?“ Da sagt er, „Hoch? 260“, sagt er. .... „Nein“, sagt er, „das ist gar nicht so schlimm.“ Der Mann, der hat mir die Angst genommen. Das ich da nicht mehr so gezittert hab: Wie hoch ist der. ... **Woher hatten Sie denn die Angst, die Sie vorher? Hat die Ihnen auch ein Arzt gemacht? Oder hatten Sie die so von sich aus?** Ja, glaub ich. Das darf nicht (Rentnerin, 86 J.)

### 4.8.3 Angst aufbauen

Ein anderer Patient hingehen wünschte sich – jedenfalls retrospektiv - sein Arzt hätte ihn rechtzeitig eindringlicher vor seinem Hypertonus gewarnt – ihm also mehr Angst gemacht:

Ähm, mit der Herzgeschichte, hat der [Freund] zu mir gesagt: „Dein Hausarzt hätte längst, *viel früher* mit dem Blutdruck was machen müssen. Viel früher.“ ... Ich [habe] einen befreundeten Arzt, der lebt in Dresden. Und dem sagte ich das mal. Und der hat allerdings gesagt: „Du dein Arzt hätte viel eher Druck machen müssen.“ ... Man muss das einfach – die Menschen früher auf die *Gefahren des Bluthochdrucks* hinweisen. Das ist meine Meinung. (Rentner, 69 J.)

Dass Angst aufbauen aber auch kontraproduktive Auswirkungen auf die Zusammenarbeit mit den Patienten haben kann, verdeutlicht die Aussage einer Studienteilnehmerin, die die bedrohliche Reaktion ihres Arztes einfach ignoriert hat:

Und er [der Hausarzt] meinte: „Halt stopp, das ist ne Katastrophe, das ist ja viel zu hoch. Sie müssen Beta-blocker nehmen.“ Und ich fand nicht. Weil ich ja nie Medikamente nehme. Ich brauch ja auch keine Ärzte. Und deshalb wollte ich die natürlich auch nicht nehmen. Und habe sie auch nicht genommen. **Und haben Sie denn mit ihm**

**darüber gesprochen?** Nein. Nein, nein. Ich geh ja nie zum Arzt. ...

So lange ich denken kann reagiert mein Körper so. Ist immer schneller und hektischer und nervöser [als andere]. Da hab ich gedacht: Na ja, lass ihn mal reden mit seinem Bluthochdruck. (Juristin, 45 J.)

#### 4.8.4 Offenheit und Vertrauen

Ein guter Austausch mit dem Arzt bedeutet für die Befragten auch kritische Themen ansprechen zu können – ohne Vorwürfe ärztlicherseits befürchten zu müssen:

Mit meinem Arzt spreche ich alles an. [...] Auch dass ich rauche, hab ich ihm gesagt. Ich verstecke nichts vor meinem Arzt. Darf man nicht. Ich will die Wahrheit wissen. Egal ob es gut ist oder nicht. (Hausfrau, 52 J.)

**Wenn Sie zum Beispiel Ihre Tablette mal vergessen, sagen Sie das dann?** Das wird er ja merken, wenn ich komm (lacht). Dann weiß er das ja. **Und schimpft er dann?** Hier? Nö. **Sie haben dann auch kein schlechtes Gewissen?** Nein, überhaupt nicht. (Rentnerin, 86 J.)

Die Patientin, die die Angst machende Reaktion ihres Hausarztes ignorierte, beschwert sich andererseits darüber, dass er ihr keine Vorwürfe gemacht, bzw. eingefordert hat, sie solle ihren Lebensstil ändern:

Mein Hausarzt hat mir noch nicht mal das Rauchen verboten. Er hat mich gefragt, „Trinken Sie Alkohol und rauchen Sie?“ Was ich beides bejaht habe. Und dazu hat er weiter nichts gesagt. Hier im Krankenhaus haben Sie gesagt, ich soll das Rauchen sein lassen. (Juristin, 45 J.)

Hier zeigt sich eine Ambivalenz, die sicher auch für andere Hypertoniker gilt. Ich bin darauf in Kapitel 4.7.1. Verantwortung bereits näher eingegangen.

Offensichtlich ist Offenheit sowohl eine Voraussetzung für die Bildung einer vertrauensvollen Arzt-Patient-Beziehung wie auch Folge dieser. Eine weitere wichtige Voraussetzung scheint die Dauer dieser Beziehung zu sein:

**Sind Sie so vertraut mit Ihrem Hausarzt, dass Sie ihn ansprechen würden wenn Sie Probleme hätten mit Ihren Medikamenten? Oder wenn Sie sie mal vergessen, oder..?** Ab-

solut, ja. Das ist ein gewachsenes Vertrauensverhältnis, das lange besteht. (Rentner, 83 J.)

Auch wenn die Intention da ist, offen über alle Themen sprechen zu wollen, so gelingt es gerade älteren Patienten nicht immer, die scheinbar vorhandene Barriere zum Arzt aus Angst und Respekt zu überwinden und alle Belange anzusprechen

Wenn da irgendwie so ein neues Medikament kommt und ich hab dann auch schon in der Apotheke nachgefragt, was die dazu meinen. Ob man das machen könnte und so weiter...  
**Aber mit Ihrem Hausarzt besprechen Sie das dann nicht?**  
Nein, das hab ich eigentlich nicht so besprochen. Nein.  
**Trauen Sie sich nicht, oder?** Ja, vielleicht ist es das auch. Ja. ... Er ist an sich ja ein sehr, sehr sympathischer Mensch. Man könnte mit ihm reden. (Rentnerin, 73 J.)

#### 4.8.5 Kompetenz und Fürsorge

Ein guter Arzt soll fürsorglich und verlässlich sein. Das zeigen die folgenden Zitate zufriedener Patienten. Besonders häufig findet sich in den Äußerungen in diesem Zusammenhang das Wort Hilfe:

Und bei mir ist es so, weil ich eben weiß, ich geh zum Arzt und wenn ich merk, da ist irgendwas nicht in Ordnung, bekomm ich Hilfe von Dr. x. (Rentnerin, 73 J.)

Ich gehe in die Praxis und habe jederzeit das Gefühl: Man hilft dir. (Rentner, 83 J.)

Ich bin hier sehr zufrieden mit meinem Hausarzt. Wenn ich mit einem Problem komme, zum Beispiel Schmerzen in der Hüfte, hört er zu und schickt mich zum Orthopäden. Wenn ich was habe, dann komm ich immer hier her. Und er kann mir helfen oder schickt mich weiter. Und ich glaube er ist mit mir als Patientin auch zufrieden. (Hausfrau, 52 J.)

Sobald der Arzt seine Rolle als Helfer nicht mehr erfüllen kann, muss er folglich gewechselt werden:

Ich habe zur Zeit einen Arzt, das ist ein Sportarzt. Ich komme gut mit ihm klar. Vorher hatte ich einen anderen. Mit dem hatte ich Streit. Ich habe nicht mit ihm gestritten – aber er konnte mir nicht mehr helfen. (Arbeiter, 35 J.)

Als weitere vertrauensbildende Komponente in der Arzt-Patient-Beziehung sprechen die Befragten die Kompetenz ihres Arztes an:

Mein Arzt weiß ganz genau was für Tabletten er mir verschreibt, was zu mir passt. Was ich brauche, was für eine Krankheit ich hab. (Hausfrau, 52 J.)

**Sind Sie denn mit Ihrem Arzt zufrieden, was die Betreuung mit dem Blutdruck angeht?** Doch, das muss ich ehrlich sagen. Ich bin sehr zufrieden. Und wir haben ein gutes Verhältnis. Ich muss ihr auch dankbar sein. Sie hat mir schon zweimal das Leben gerettet. Durch Ihre Hartnäckigkeit – gerade beim Herzen. (KFZ-Meister, 62 J.)

Selbst der Patient, der Zweifel an der Kompetenz seines Hausarztes äußert weil dieser zu spät therapiert habe, beschreibt ein Vertrauensverhältnis, basierend auf langjähriger Beziehung zu ihm und seiner Familie

Ja, aber nun. Ich konnte ihm das [Anm. dass er die Therapie zu zögerlich angesetzt hat] auch nicht beweisen. Wenn mein Hausarzt sagt: „Nehmen Sie mal diese Tabletten, das reicht. Oder: So schlimm ist das noch nicht.“ Ja, was soll ich dann machen? Einen anderen Hausarzt? Wechseln? Oder irgendwie [...] Und [Anm. manchmal denke ich] hätt'ste vielleicht den Arzt gewechselt oder irgendwie. Aber man hat ja zu ihm, zu unserem Hausarzt, haben wir nun eben Vertrauen. Die ganze Familie ist da. Der kannte meine ganze Geschichte. (Rentner, 69 J.)

#### 4.8.6 Information

Die auch aus medizinischer Sicht bei chronischer Krankheit besonders wichtige Aufklärung bzw. Informationsvermittlung wird von den meisten Patienten erstaunlicherweise nicht aktiv eingefordert. Die Mehrheit der Befragten erinnert sich nicht an Aufklärungsgespräche mit ihrem Hausarzt. Viele waren nicht in der Lage widerzugeben, was ihnen von ihrem Hausarzt über ihren Bluthochdruck, Medikamente und Änderung des Lebensstils mitgeteilt wurde. Manche waren sich sicher, nie etwas gehört zu haben.

**Haben Sie mit Ihrem Arzt darüber gesprochen, was Sie selber gegen Ihren Bluthochdruck machen können?** Nein. Ich weiß nur viel trinken und hinlegen wenn es mir nicht gut geht. (Hausfrau, 52 J.)

Eine Studienteilnehmerin kommt erst in der Interviewsituation auf die Idee, von ihrem Hausarzt Informationen einfordern zu können:

Wo wir jetzt darüber sprechen, hätte ich doch jetzt gern von ihm gewusst, wie sich das äußert, woher das kommt, welche Organe davon betroffen sind – also warum zum Beispiel die Niere untersucht wurde. Vielleicht suche ich da noch mal das Gespräch mit ihm. Auch darüber wie die einzelnen Medikamente so wirken. (Sozialpädagogin, 32 J.)

Dieselbe Befragte ist zwar zufrieden damit, dass ihr Arzt sich mit ihr unterhält, Smalltalk führt. Sie würde aber viel lieber mehr über ihr gesundheitliches Problem und vor allem Behandlungsalternativen reden:

Was so die Sympathie oder die menschliche Ebene mit meinem Arzt betrifft, bin ich sehr zufrieden. Ich würde mir vielleicht wünschen, dass er ein paar mehr Alternativen aufzeigt oder mit mir allgemein mehr darüber redet. Anstatt irgendwie: Hier, Rezept. Tschüss. Nein, also, er redet schon. Aber wir reden jetzt nicht unbedingt über den Bluthochdruck, sondern eben so Smalltalk.

Selbst wenn der Arzt seine Patienten umfassend aufgeklärt hat, so werden die erfolgten Informationen schon kurz darauf häufig nicht mehr erinnert. Ein bekanntes Phänomen, was sich eine Patientin folgendermaßen erklärt:

Als ich das [die Diagnose] gehört hab. Da war es für mich eine ganz, ganz schlimme Krankheit. Ich weiß nur, dass ich für mich gedacht hab: Oh Gott! Was jetzt? Und er [der Hausarzt] hat mir bestimmt auch einiges erzählt. Aber bei mir ist das oft so. Wenn vieles erzählt wird, womit ich nicht klar komm', dann schalte ich ab. Ich schalte ab, wenn ich Angst bekomme. (Rentnerin, 73 J.)

Für einige Patienten ist es allerdings auch völlig in Ordnung, keine Information zu erhalten. Für sie ist dies ein Zeichen absoluten Vertrauens zum Arzt und gleichzeitig belasten sie sich nicht mit anstrengendem Wissen:

**Und wissen Sie was die Blutdruckmedikamente machen und was man da nehmen kann?** Nein, ich nehme diese weil ich die vom Arzt verschrieben bekommen haben. (Arbeiter, 35 J.)

**Kennen Sie denn die Nebenwirkungen Ihrer Tabletten?**

Nein, die kenne ich nicht. **Haben Sie sich mit Ihrem Hausarzt damals nicht drüber unterhalten, als er die verschrieben hat?** Nein, das habe ich nicht. **Und da haben Sie Ihrem Hausarzt vertraut, dass das gut funktioniert [mit der medikamentösen Einstellung]?** Ja, meinen Hausarzt kenne ich seit 30 Jahren. Also da muss man nicht drüber sprechen. Und er hat auch nicht drüber gesprochen mit mir. (Rentner, 83 J.)

#### **4.8.7 Zeit haben / Sich Zeit nehmen**

Ein weiteres häufig angesprochenes Thema zur Beziehung zwischen Arzt und Patient ist das Zeitmanagement. Eine Patientin würde möglicherweise wichtige Themen, wie einen Medikamentenwechsel, mit dem Hausarzt besprechen. Sie tut dies aber nicht, weil sie vermutet, er habe für so banale Dinge keine Zeit:

**Gehen Sie dann mal hin und sagen, was halten Sie eigentlich davon** [Anm. einem neu eingeführten Medikament], **Herr Doktor?** Nein, nein. Das nicht. Nein, ich nehm auch an dass er - - - Na ja doch er würde sich dafür Zeit nehmen. Aber da bilde ich mir immer ein, er hat keine Zeit für so was. (Rentnerin, 73 J.)

### **4.9 Die soziale Komponente**

Während einige Befragte nach Stellung der Diagnose ihr soziales Leben weiterführen wie vorher, hat sich für andere der Alltag merklich verändert. Darunter ziehen einige sich völlig zurück, meiden jede weitere Thematisierung des Hypertonus oder haben ganz im Gegenteil einen erhöhten Informations- und Kommunikationsbedarf über ihr gesundheitliches Problem und weitere medizinische Themen. Auch in einem weiteren Punkt zeigt sich ein wenig einheitliches Bild: so empfinden manche Studienteilnehmer ihren Bluthochdruck als Symbol für Leistungsschwäche, als Makel bzw. fühlen sich gehandicapt. Andere wiederum werten diesen als Ausdruck ihrer überschießenden Vitalität und sehen sich so alles andere als stigmatisiert, weil nicht krank sonder sozusagen hyperfit.

Der Bluthochdruck beeinflusst den Menschen nicht nur in seiner körperlichen Integrität sondern natürlich auch in Komponenten seines psychischen und sozialen Seins. Inwieweit dies auf die einzelnen Befragten zutrifft und wie stark sie dies selbst wahrnehmen zeigen die folgenden Aussagen der Studienteilnehmer. Ein weiterer wichtiger Punkt im heutigen Me-

dien- und Kommunikationszeitalter, der an dieser Stelle thematisiert werden soll, ist natürlich auch die Frage, wie viel Information braucht, will, nutzt der Hypertoniker und woher kommt sie.

#### 4.9.1 Bluthochdruck als Volkskrankheit

Ist Bluthochdruck ein sehr seltenes Schicksal oder teilt man sein Problem mit einer großen Gruppe? Diese Frage ist natürlich auch für die Bewältigung der Diagnose von Bedeutung. Die Studienteilnehmer schätzen überwiegend ein, dass Bluthochdruck ein weit verbreitetes Phänomen unserer Gesellschaft ist. Ein Studienteilnehmer gebraucht sogar den Begriff „Volkskrankheit“:

**Was glauben Sie wieviele Menschen davon betroffen sind?**  
Bluthochdruck kann man nicht einschätzen vom Alter. Ich sehe sehr viele junge Leute, die auch schon Bluthochdruck haben. Ich würd sagen so ungefähr 37 Prozent. Würd ich schon sagen, dass es ziemlich gravierend ist. Weil viele die Fettleibigkeit haben. Und ich sehe hier auch schon kleine kleine Kinder, die müssen das ganze Gewicht mit sich rumschleppen und da muss das Herz gegenan pumpen. Ich würde schon sagen, das ist eine Volkskrankheit.  
(KFZ-Meister, 62 J.)

In diesem Zitat wird auch schon die Frage nach der Altersabhängigkeit thematisiert. Hier herrscht eine gewisse Übereinstimmung, dass das Risiko mit dem Alter steigt, heutzutage jedoch auch immer mehr jüngere Menschen betroffen sind. Die Einschätzung des betroffenen Bevölkerungsanteils und Beginn des Risikoalters variieren allerdings -genannt wurde meistens um die 60 Jahre und etwa die Hälfte der Bevölkerung dieser Altersgruppe sei betroffen.

**Ist das eine Krankheit die viele Menschen haben? Ja, die Hälfte der Menschen Die Hälfte? Und ab welchem Alter? Oder ist das egal?** Das kann sein ab 40 Jahre zum Beispiel. Und dann immer mehr. **Die Hälfte von den 40jährigen schon, oder?** Nein, so ab 60. (Arbeiter, 35 J.)

Manche lagen mit ihrer Schätzung sogar weit darüber.

**Was glauben Sie, wie viele Menschen haben so Bluthochdruck in Ihrer Altersgruppe so ab 60 können wir mal sa-**

**gen...** Ich würde sagen so 70, 80 Prozent haben das.  
(Rentnerin, 73 J.)

Oder weit darunter:

**Ist das etwas wovon viele Menschen betroffen sind?** Ich denke schon, ja. **Und wenn wir die ab 70jährigen jetzt mal so als Gruppe nehmen. Was meinen Sie wie viele Menschen sind da von Bluthochdruck betroffen?** 30 Prozent. **Also weniger als die Hälfte?** Ja, ja. (Rentner, 83 J.)

Angesprochen wurde auch – von einer Migrantin - dass die Herkunft dabei keine Rolle spielt:

Ich glaube sehr viele ältere Menschen haben Bluthochdruck. So ab 50, 60 Jahren vielleicht 40 Prozent. Auch in Griechenland. (Hausfrau, 52 J.)

#### **4.9.2 Bluthochdruck als Stigma**

Ein Studienteilnehmer berichtet, sein größtes Problem nach Stellung der Diagnose Bluthochdruck sei die Vorstellung jetzt zum „alten Eisen“ zu gehören. Hier liegt die Interpretation nahe, dass mit dem Bluthochdruck möglicherweise auch eine Stigmatisierung, ein Imageverlust verbunden sein könnte, den Patienten befürchten. Die folgenden Zitate untermauern dies:

Da hab ich auch gedacht. Oh, um Gottes Willen, nein, bloß nicht. Das ist so richtig ein sicheres Zeichen für alt werden. Dann kommen die ersten Tabletten und dann kommen vielleicht noch fünf weitere hinterher, die man täglich nehmen muss. Aber das war im Grunde genommen nur von der Vorstellung her. (Jurist, 59 J.)

Ein weiterer männlicher Patient berichtet von einer Situation, in der er versuchte seinen Hypertonus mit einem Witzchen vor sich und den Krankenschwestern herunterzuspielen:

Und damals hab ich ja vier Wochen im Krankenhaus gelegen [wegen einer Hüftprothese]. Die haben dann auch laufend gemessen. Ähm, dann ähm --- hab ich noch immer gescherzt. Die Schwester, na kein Wunder, dass der Blutdruck heute höher ist. Weil die junge hübsche Schwester wieder da ist. (Rentner, 69 J.)

Und das folgende Zitat eines jungen männlichen Studienteilnehmers könnte man interpretieren als: Hypertoniker gleich krank und schwach, andere Menschen gleich gesund, sportlich, fit:

**Haben Sie im Freundeskreis Leute, die auch Bluthochdruck haben, mit denen Sie sich darüber unterhalten?** Meine Freunde und Kollegen haben so was nicht. Ich habe mich mit meinen Kollegen immer sportlich gehalten. Und diese Leute haben keine Krankheit, keine Probleme. (Arbeiter, 35 J.)

Völlig anders äußert sich eine weibliche Studienteilnehmerin zu diesem Punkt, der auch unter Kapitel 4.1.2 Krankheitswert schon angerissen wurde:

**Ist der Bluthochdruck dann eher etwas Positives?** Ja. Der tut gut. Da schafft man was! (Juristin, 45 J.)

An diesem Punkt stellte sich für mich die Frage, ob Männer und Frauen möglicherweise unterschiedlich auf dieses Problem reagieren könnten; die Frage, ob Männer den Hypertonus eher als Symbol mangelnder Stärke evtl sogar Potenz sehen und Frauen genau entgegengesetzt, ihren Hypertonus als überschießende Lebenskraft, Aktivität deuten. Die Äußerung einer anderen recht jungen weiblichen Studienteilnehmerin, die ihren Hypertonus ebenfalls als Makel sieht – obwohl sie eine Frau ist - widerlegt diese Idee:

**Aber der Bluthochdruck ist für dich mehr eine psychologische Belastung?** Ja, psychologisch, denn körperlich merk ich nichts. ... Ich sehe das schon als Makel. (Sozialpädagogin, 32 J.)

Und auch das folgende Zitat eines älteren männlichen Studienteilnehmers, der kein Imageproblem mit seinem Bluthochdruck hat, stellt die Theorie in Frage:

**Also es ist kein Tabu-Thema?** Nein, absolut nicht. **Und auch nichts, was irgendwie peinlich ist, weil man eine gesundheitliche Beeinträchtigung hat?** Absolut nicht. Nein. Also diese Dinge sind selbstverständlich, dass man darüber redet. (Rentner, 83 J.)

Wovon die Einschätzung, inwieweit der Hypertonus als gesundheitliches Makel gesehen wird oder nicht letztendlich abhängt, scheint also eine äußert individuelle Einschätzung zu

sein, bei der neben den Komponenten Alter und Geschlecht auch noch andere Faktoren eine Rolle spielen. Ein Patient erklärt es mit einfachen Worten wie folgt:

**Und ist das (Hypertonie) was, was peinlich ist? Das ist eine Einstellungssache. (KFZ-Meister, 62 J.)**

### **4.9.3 Bluthochdruck als Handicap**

Für die meisten Befragten hat sich der Alltag trotz ihres Bluthochdrucks subjektiv nicht oder kaum verändert.

**Fühlen Sie sich mit dem Bluthochdruck, Sie sagten, eine Krankheit ist das sicher, fühlen Sie sich da irgendwie anders als vorher, seit Sie das wissen? Haben Sie ihr Leben irgendwie umgestellt? Sind Sie irgendwie mit manchen Dingen vorsichtiger oder bedachter? Wie ist das mit Reisen oder Feiern oder Arbeiten, Belastung? Strengt Sie das irgendwie an? Nö, eigentlich gar nicht. (Jurist, 59 J.)**

Nur ein Befragter gibt an, sein Leben – und das seiner Frau - radikal umgekrempelt zu haben. Während er früher ein sehr aktives soziales Leben führte und einen großen Freundeskreis hatte, lebt er heute völlig isoliert. Fraglich ist allerdings, ob dies allein auf seinen Bluthochdruck zurückzuführen ist, oder ob nicht maßgeblich die Folgeerkrankung, seine KHK mit der Bypass-OP, dafür verantwortlich zu machen ist.

Wir haben einen großen Freundeskreis. Ich sag mal so: Wir hatten. Wir haben zwar den Freundeskreis auch noch, bloß wir sagen heute alles ab. Wir waren viel eingeladen. Und wenn wir eingeladen sind. Sie können ja nicht nur Mineralwasser trinken. Da gab's also immer gut zu essen und auch gut zu trinken. Ähm das ist seit letztem Jahr sehr, sehr eingeschränkt. Sehr, sehr eingeschränkt. Dass wir viele Einladungen absagen und wir auch zu Hause auch nichts machen. Ähm, weil wir, wie gesagt, weil wir kürzer treten müssen. Einfach aus gesundheitlichen Gründen. (Rentner, 69 J.)

### **4.9.4 Bluthochdruck als Thema**

Hier lassen sich zwei völlig konträre Verhaltenlinien feststellen: während die Einen das Thema Krankheit und Bluthochdruck bewusst aus ihrem Leben ausblenden und nicht dar-

über sprechen wollen, tauschen sich andere sogar mit Mitmenschen aus, die ihnen nicht besonders nahe stehen wie zum Beispiel Nachbarn und Kollegen.

**Aber das scheint ja ein Thema zu sein, über das Sie auch sprechen. Also mit Arbeitskollegen zum Beispiel?** Das hab ich, ja. Und da hab ich dann auch festgestellt, dass relativ viele Kollegen da in Behandlung sind. Da haben wir dann so kleine, also von mir aus jedenfalls, so kleine Wettbewerbe mal gemacht. Wer hat gerade den niedrigsten Blutdruck. (Jurist, 59 J.)

Ich unterhalte mich wenig mit meinen Ummenschen über Krankheit. Das tu ich nicht gerne. Ich hör auch nicht... Ich höre wohl zu, wenn mir jemand was erzählt und irgendetwas – mir sagen möchte und dies und jenes sagt. Da hör ich zu. Aber sonst. Ich selber red nicht über meine Krankheiten, nicht viel auf jeden Fall. (Rentnerin, 86 J.)

Von großer Bedeutung scheint in diesem Punkt, der Erfahrungsaustausch auf der Laienebene, besonders im Freundeskreis. Die meisten Studienteilnehmer geben an, sich unter Freunden durchaus über ihr gesundheitliches Problem zu unterhalten:

**Und tauschen Sie sich im Freundeskreis darüber aus? Irgendwie Tipps über Ernährung oder Bewegung oder wie man sich fühlt oder so?** Doch, dass mach ich schon. Die fragen auch wie meine Gesundheit aussieht. Wie hat sich das bemerkbar gemacht... (KFZ-Meister, 62 J.)

**Unterhalten Sie sich im Freundeskreis darüber?** Ja natürlich? Was jeder hat, was für Medikamente er nimmt. Das bespricht man schon. (Rentner, 83 J.)

#### **4.9.5 Informationsquellen**

Neben dem Austausch von Information auf der Laienebene, stehen dem Hypertoniker heute viele weitere Quellen zur Verfügung. Die Möglichkeiten, das Wissen über den Bluthochdruck zu erweitern sind umfangreicher und leichter, schneller zugänglich denn je. Angefangen mit dem traditionellen Aufklärungsgespräch beim Arzt, und den Informationen aus den Medikamentenpackungen bis hin zu den Angeboten der Medien z.B. mit TV-Magazinen und Internetseiten zu medizinischen Themen. Die Befragten nehmen diese Angebote bewusst in unterschiedlichem Umfang in Anspruch.

## **Der Hausarzt**

Auf die Informationsvermittlung durch den Hausarzt bin ich in Abschnitt 4.8. bereits ausführlich eingegangen. Daher hier nur ein beispielhaftes Zitat, dafür dass ein Informationsaustausch stattgefunden hat, die Information im Laufe der Zeit aber bereits wieder verloren gegangen ist:

**Hat er Ihnen denn gesagt, was es für Möglichkeiten gibt? Also wie, wie manche Medikamente wirken. Und wie andere im Vergleich wirken. Und was die für Nebenwirkungen machen zum Beispiel?** Ja, aber das ist nun, das ist nun fast zehn Jahre her. Das weiß ich heute nicht mehr.  
(Rentner, 69 J.)

## **Beipackzettel**

Fast alle Befragten geben an, die Beipackzettel der Medikamente zu lesen. In Abschnitt 4.7 über Emotionen habe ich bereits darauf hingewiesen, dass diese Informationen oft als Angst einflössend empfunden werden. Dennoch werden sie häufig genutzt:

**Hatten Sie mit Ihrem Arzt denn darüber gesprochen, welche Nebenwirkungen auftreten könnten? Oder was die Medikamente für eine Wirkung haben und was sie für Nebenwirkungen haben?** Nö, das hab ich eigentlich mehr aus dem Waschzettel. (Jurist, 59 J.)

## **Apotheke**

Auch die Apotheke wird von einigen Befragten als Anlaufstelle für Beratung erwähnt:

Wenn da irgendwie so ein neues Medikament kommt und ich hab dann auch schon in der Apotheke nachgefragt, was die dazu meinen. (Rentnerin, 73 J.)

## **Medien**

Die Medien, insbesondere TV und Zeitschriften werden von den Befragten entweder bewusst in Anspruch genommen oder gemieden. Einige Befragte haben sich gezielt mit dem Thema Bluthochdruck befasst nachdem sie erfahren haben, dass sie betroffen sind:

Als mein Bluthochdruck festgestellt wurde hab ich viel gelesen. [...] In Büchern, was das genau ist. Was ist Blutdruck, wo fließt das Blut, wie schnell und so was. [...] Und in Zeitungen und Zeitschriften lese ich auch

darüber. [...] Manchmal guck ich auch im Fernsehen etwas über Gesundheit. Wenn es mich interessiert. Egal ob über Herz oder nicht. (Hausfrau, 52 J.)

**Woher hast du deine Informationen über den Bluthochdruck?** Teils von meinem Arzt, teils durch eigene Recherche im Internet, teils durch irgendwelche Artikel in Zeitungen und Zeitschriften. Ich hab schon seit zwei Jahren keinen Fernseher, aber wenn ich woanders etwas durch Zufall entdecken würde, würd ich's gucken. Ich sehe gern Medizin-Sendungen. (Sozialpädagogin, 32 J.)

Auch Gesundheitslexika werden genutzt und ein Befragter hält sich mit Videotext immer auf dem neuesten medizinischen Stand:

Ja, Fernsehen eher zufällig. Beziehungsweise ich guck mal im Videotext, ob's was Neues gibt. [...] Da stehen dann immer so Meldungen drin. Wo man sich sehr schnell informieren kann. [...] Also Medikamente speziell nicht. Aber bestimmte Untersuchungen. Untersuchungsergebnisse. Alle möglichen. Also quer durch die Medizin. (Jurist, 59 J.)

Für einige Studienteilnehmer hat die Nutzung der Medien sogar Handlungsrelevanz:

**Interessieren Sie sich, wenn im Fernsehen mal so was läuft, oder in Zeitschriften? Lesen Sie so was?** Ich les das und guck das. Zum Beispiel Eßgewohnheiten ändern. Salate, nicht soviel Fett essen. Ich guck solche Sendungen mitunter auch gezielt. (KFZ-Meister, 62 J.)

Andere Befragte meiden allerdings jegliche Information über Hypertonie konsequent weil sie ihnen Angst macht. Hier einige typische Begründungen für das Meiden von Informationen aus den Medien:

**Manchmal kommt ja im Fernsehen was über Bluthochdruck oder in der Zeitung steht was. Gucken Sie sich das an?** Ein bisschen schon. Aber dann habe ich Angst. Dann wird es mir schon zuviel. **Wovor haben Sie Angst?** Ja, irgendwie kann da ja was passieren. Das kann gefährlich sein. (Arbeiter, 35 J.)

Weil damit verbunden ist die Angst vorm Herzinfarkt oder Schlaganfall. Und dass ich mich dann, wenn ich was hör oder man hört's im Fernsehen oder man sieht Berichte und so. Dann purzeln die Gedanken durcheinander. Was ist, was kann sein. (Rentnerin, 73 J.)

**Sind Sie auch so interessiert? Es laufen ja im Fernsehen manchmal Sendungen zu dem Thema. Oder in Zeitschriften und Zeitungen liest man was darüber.** Nein, nein. Da muss ich sagen, da ist auch das Gefühl: Besser nicht! Was könnte sein, wenn da etwas kommt, was dich betrifft. Aus dem Gefühl heraus: Es hilft dir ja doch nicht wenn du das hörst. Also sehe ich's mir nicht an. Es gibt ja viele Leute, die sehen sich diese Gesundheitssendungen laufend an. Also für mich ist das nichts. (Rentner, 82 J.)

Bei einer weiteren Befragten steht nicht die Angst vor der Auseinandersetzung mit einer möglichen Gefahr im Vordergrund, sondern sie äußert glaubhaft schlicht kein Interesse an Informationen zu haben. Diese Befragte liest zwar Apothekenblätter aber ausschließlich wegen der Rätsel und Kochrezepte.

Ja, [Anm. ich lese] das Seniorenheft aus der Apotheke. Da sind zwei wunderbare Rätsel drin. Und dann für 'Zucker' und dann die Fernsehzeitschrift. **Was ist 'Zucker', ist das auch eine Zeitschrift?** Ja, für Diabetiker. Sehr interessant. Sind schöne Kochrezepte drin. [...] **Und da stehen ja dann auch manchmal Texte über Bluthochdruck drin, nicht? Lesen Sie die?** Ja, was mich interessiert, les ich. **Und das interessiert Sie nicht so?** Nein, nein, nicht. (Rentnerin, 86 J.)

## Hörensagen

Natürlich fließen die Informationen auch unstrukturiert bei Gesprächen mit Menschen aus der sozialen Umgebung. In einigen Fällen lässt sich nicht mehr rekonstruieren, woher eine Information überhaupt ursprünglich kommt:

**Sie sagten, wenn man den Bluthochdruck einmal hat, kann man ihn wieder loswerden?** Ja, hab ich gehört, ja. (Jurist, 59 J.)

In anderen Fällen ist klar nachvollziehbar, dass die Information aus Laien-Gesprächen mit Kollegen, Bekannten und Familienangehörigen stammt. Zwei Befragte geben an, auch durch ihren Beruf oder die ehemalige Tätigkeit Informationen über Bluthochdruck gesammelt zu haben.

Ich war von '94 bis '99 unter anderem Suchtkrankenhelfer. Für Alkohol- und Medikamentenabhängige am Arbeitsplatz. Und in dieser Ausbildung war ich auch in Krankenhäusern, wo Suchtkranke behandelt wurden. Da hab ich auch etwas davon mitgekriegt, dass eben gerade die

Säufer in Anführungsstrichen also auch hohen Blutdruck hatten. Da hab ich also auf Umwegen etwas davon mitbekommen. (Rentner, 69 J.)

Auffällig ist, dass gerade Informationen über Nebenwirkungen von Medikamenten, besonders über Betablocker häufig vom Hörensagen kommen:

**Und von anderen haben Sie da was gehört über Nebenwirkungen?** Welche erzählen was über Kopfschmerzen (KFZ-Meister, 62 J.)

Das war der Ruf, den so Betablocker haben. Mein Vater hatte die auch und war dann immer schlecht für uns Kinder ansprechbar, wenn er die Medikamente genommen hat. (Juristin, 45 J.)

Ja, die (Betablocker) ich auch gar nicht haben wollte. **Und warum wollten Sie die nicht haben?** Ich weiß nicht. Hat mir, hat mir auch ein Kollege dann *dringend* davon abgeraten. Der Arzt hat mir die Medikation verordnet. Ich meine – er hätte dann auch gesagt, Betablocker kommen nicht in Frage. Und mein Kollege, der ... sagte, dann auch; Betablocker, hab ich ganz schlechte Erfahrungen mit gemacht. Nebenwirkungen!(Jurist, 59 J.)

## 5. Diskussion

Im Folgenden möchte ich auf einige methodische Aspekte hinweisen, die Erhebung und Inhalt der Daten während der Interviews beeinflusst haben könnten. Anschließend werde ich zur Interpretation der vorgestellten Ergebnisse der zehn Interviews übergehen und diese im Kontext aktueller internationaler Studien diskutieren. Zum Abschluss will ich auf die Handlungskonsequenz der Ergebnisse dieser Arbeit für den Alltag in der allgemeinmedizinischen Praxis sowie natürlich auch auf noch ausstehende interessante Fragen hinweisen, die die vorliegende Studie aufwirft und die damit Ausgangspunkt für künftige Forschungsvorhaben sein könnten.

### 5.1. Methodisches

Natürlich prägt die Auswahl der Interviewpartner den Inhalt der Ergebnisse im Sinne eines Selektionsbias. So haben überraschenderweise gerade viele jüngere Patienten unter oder um 40 Jahren ein Interview abgelehnt. Vermutlich oder explizit weil sie aufgrund ihrer emotionalen Betroffenheit und Angst nicht bereit waren, sich konkret mit ihrem Hypertonus auseinanderzusetzen. Auch ältere Patienten zeigten sich durch ihre Erkrankung durchaus emotional belastet. So begannen zum Beispiel zwei Patienten während des Interviews für mich überraschend plötzlich zu weinen. Hier sind sicher die verschiedenen Strategien der Krankheitsverarbeitung zu berücksichtigen, die Patienten zur Verfügung stehen. Während die einen ihre Ängste eher verdrängen und bagatellisieren oder ein Interview ablehnen, nutzten andere die Gelegenheit der Auseinandersetzung mit ihrer Krankheitsgeschichte. Das Interview gewinnt so eine therapeutische Funktion im Sinne einer Katharsis, also Seelenreinigung. Auf dieses Phänomen ist auch Dunkelberg in ihrer bereits Eingangs erwähnten Studie zur Arzt-Patient-Interaktion gestoßen.<sup>84</sup> Ein weiterer von Dunkelberg in der bereits zitierten Studie erwähnter Aspekt könnte auch hier zum Tragen kommen: Trotz des expliziten Hinweises der Interviewerin, dass jede Aussage des Befragten richtig, weil seine Wahrheit sei - eine „falsche Aussage“ in diesem Sinne also nicht existiert - ist die Verunsicherung bzw. Zurückhaltung der Befragten dennoch begründet: Die Tatsache, dass es sich bei der Interviewerin um eine Medizinstudentin und somit in den Augen der Studi-

---

<sup>84</sup> Dunkelberg 2000

enteilnehmer um eine Expertin handelt, hat deren Aussagen möglicherweise beeinflusst. D.h. wären dieselben Fragen von einem Nicht-Mediziner z.B. einem Soziologen oder Psychologen gestellt worden, hätte man möglicherweise andere Antworten erhalten. Auch die Tatsache, dass die Gespräche auf dem Gelände der Uniklinik im Institut für Allgemeinmedizin bzw. in einer Klinik und nicht in privater Atmosphäre geführt wurden, unterstreicht den medizinischen Kontext.

Ein zusätzlicher, möglicherweise verfälschender Aspekt ist eine mögliche Vorbereitung der Befragten. Alle Interviewtermine wurden mit Vorlauf vereinbart und allen Studienteilnehmern war grob orientierend bewusst, worum es im Interview geht. Die Patienten hätten also theoretisch Zeit gehabt, sich inhaltlich auf Fragen zum Hypertonus vorzubereiten. Einige Patienten waren tatsächlich auf das Interview vorbereitet: So haben drei Patienten ihre Medikamentenlisten mitgebracht, einer sogar seine Arztbriefe – aber keiner hatte vorher etwas nachgelesen.

Ein weiterer Faktor scheint mir bei der Interpretation der Daten von Wichtigkeit: Bei einigen Aussagen muss man davon ausgehen, dass Patienten nicht immer ihre eigene Meinung oder Wahrnehmung angegeben haben, sondern in einer Art Reflex äußerten, was als kognitives Element des Alltagswissens in der Gesellschaft über Bluthochdruck und seine Aspekte einzuschätzen ist.<sup>85</sup> Dies könnte zum Beispiel bei Antworten auf die Frage nach der Ursache des Hypertonus der Fall sein. Möglicherweise auch bei Äußerungen über die Compliance (Tabletteneinnahme, Essgewohnheiten, Bewegung). Dieser Hinweis schränkt die Gültigkeit der Ergebnisse dieser Studie aber nicht ein, sondern ist als wichtige und interessante Information über die Prägung und Entstehung von Krankheitskonzepten zu werten.

Neben der Auswahl der Probanden kann auch die Anzahl der durchgeführten Interviews die Ergebnisse der Studie beeinflusst haben. So habe ich im Sinne des „Theoretischen Samplings“ nach Glaser und Strauss<sup>86</sup> nach dem zehnten Interview die Rekrutierung weiterer Probanden beendet, weil mir bereits eine Sättigung der Daten erreicht schien. Ich habe mir also keine weiteren neuen Erkenntnisse bzw. Nennung neuer Aspekte von der Durchführung weiterer Interviews versprochen. Rein theoretisch ist dies jedoch natürlich nicht auszuschließen.

---

<sup>85</sup> Flick 1991

<sup>86</sup> Glaser und Strauss 1967

Ich halte es zudem für wichtig an dieser Stelle noch einmal zu wiederholen, dass ich bei der Durchführung der Studie keinen Anspruch auf Repräsentativität erhebe, sondern es im Rahmen der Qualitativen Forschung viel mehr darum geht, eine Variation verschiedener Erklärungsmuster darzustellen. (Vgl. Methodenteil Punkt 3.3)

## **5.2. Ergebnisdiskussion im Kontext internationaler Studien**

Zusammenfassend lässt sich über die Ergebnisse der Interviews sagen, dass das Wissen von Hypertonikern über ihr gesundheitliches Problem als überraschend defizitär einzuschätzen ist. Dabei ist davon auszugehen, dass viele Angaben, die Patienten nicht machen konnten, z.B. zu den Nebenwirkungen ihrer Medikamente oder über Möglichkeiten den Hypertonus durch Gesundheitsverhalten (Gewichtsreduktion, Ernährung, Bewegung) zu beeinflussen, durch den Hausarzt erfolgt sind. Weiterhin muss man berücksichtigen, dass in heutiger Zeit von allen Seiten Informationen über das Thema Bluthochdruck auf den Laien einströmen: aus TV, Radio, Internet und Zeitschriften. Dennoch hat die überwiegende Zahl der Befragten relativ wenig Wissen präsent. Diese Feststellung korreliert mit den Ergebnissen anderer internationaler Studien zu Informationsbedarf und -verarbeitung bei Hypertonikern.<sup>87</sup> Die Angaben zu den verschiedenen Aspekten des Hypertonus, die insgesamt das Krankheitskonzept der Patienten formen, zeigten, dass häufig Wissen, Halbwissen und Nichtwissen durchaus nah beieinander liegen. Diese Erfahrung hatte Dunkelberg ebenfalls in einer Studie zu Krankheitskonzepten und antiobiotischen Therapien gemacht.<sup>88</sup> Ein interessantes Beispiel dafür ist die weit verbreitete Idee zur Pathophysiologie, dass fettes Essen Blut dicker und zähfließender macht, was dazu führt, dass Bluthochdruck entsteht weil das Herz als Motor stärker pumpen muss. Oder die bildhafte Vorstellung, dass Bluthochdruck Varizen verursachen kann, was einerseits belegt, dass viele Befragte nicht wissen in welchem Gefäßsystem sich ihr diagnostizierter und therapierter Hypertonus abspielt und andererseits erklärt, warum Symptome wie Arm- und Beinschmerzen angegeben werden.

Bei den gestellten Fragen zu den Bereichen

---

<sup>87</sup> Lisper, 1997

<sup>88</sup> Dunkelberg, 2002

- was ist Bluthochdruck?
- woher kommt er?
- wie gefährlich ist er?
- wie äußert er sich?
- was kann man dagegen tun?
- wie kann der Arzt mir helfen?

lässt sich allerdings durchaus eine unterschiedliche Qualität der Antworten verzeichnen.

### 5.2.1. Ursachen und Riskofaktoren

So waren vor allem Angaben zur Ätiologie und Pathophysiologie spärlich oder häufig von großer Unsicherheit geprägt. Auf meine Frage nach der Ursache ihres Bluthochdrucks entstand bei den Interviews in der Regel eine längere Pause. Die Verunsicherung äußerte sich oft auch durch Gegenfragen an mich oder stotternde Antworten. Darauf folgte dann meistens eine relativ umfangreiche Liste überwiegend richtiger Faktoren. Die meisten Studienteilnehmer gehen also davon aus, dass Bluthochdruck multifaktoriell verursacht wird. Viele Befragte nannten alle ätiologischen Bereiche, also psychische Faktoren, Lifestylefaktoren, physiologische bzw. mechanistische Faktoren und Veranlagung. Interessanterweise zeigt sich bei der Bewertung der Wichtigkeit der genannten Auslöser Übereinstimmung mit den Ergebnissen der Studie von Scheibler Meissner<sup>89</sup> bei der befragte Lehrer aus Frankreich, Großbritannien und Deutschland Stress und psychische Belastung als wichtigste auslösende Faktoren nannten, während ihre Kollegen aus Spanien zuerst Genussmittel also z.B. Alkohol und Rauchen angaben.

Insgesamt zeigte sich bei Fragen zu mechanistischen Prozessen große Unwissenheit. Dass Blutdruck etwas mit Gefäßen zu tun hat, konnten alle Studienteilnehmer angeben. Stichworte wie Elastizität, Verkalkung und Cholesterin wurden zwar genannt, konnten aber selten richtig erklärt werden. Auch hier entspricht das Ergebnis den Erkenntnissen anderer Studien<sup>90</sup>. Auch die Angabe einiger Befragter ihr Hypertonus könne durch zu

---

<sup>89</sup> Scheibler-Meissner 2004

<sup>90</sup> Lukoschek 2003, Sharkness 1992

zähflüssiges Blut auf Grund zu fettreicher oder salzhaltiger Ernährung ausgelöst sein, wird bereits von anderen Autoren erwähnt.<sup>91</sup>

Was bei der Druckbestimmung der Hypertonie genau gemessen wird und in welchem Gefäßsystem, war allen Studienteilnehmern mehr oder weniger unklar. Auch die Regelmechanismen des Blutdrucks sind weit gehend unbekannt. Diese Erkenntnis korreliert mit den Ergebnissen bereits vorliegender Studien<sup>92</sup>. Als beteiligte Organe wurden meistens Niere und Herz genannt, aber auch hier konnte der Zusammenhang nicht erklärt werden. Die WHO-Grenzwerte für den Hypertonus kannten alle Befragten bis auf einen. Die Frage ob bei deren Einhaltung/Berechnung individuelle Faktoren eine Rolle spielen überforderte allerdings wieder.

### **5.2.2. Symptome**

Viele Studienteilnehmer beklagten sich über die Symptomlosigkeit des Bluthochdrucks, die dazu führe, dass es sich um eine Krankheit ohne Krankheitsgefühl handelt. Eine häufige Formulierung in diesem Zusammenhang war „die schleichende Gefahr“. Die spontane Angabe der meisten Studienteilnehmer, nichts von ihrem Hypertonus zu spüren, steht im Gegensatz zu bisherigen Veröffentlichungen.<sup>93</sup> So hatten bei Scheibler Meissner alle befragten deutschen Lehrer Symptome angegeben.

Interessant ist auch die Feststellung, dass im Verlauf des Gesprächs viele Befragte angaben, nach Diagnosestellung Symptome gespürt zu haben, eine Feststellung, die bereits von Peres genannt wurde<sup>94</sup>. Patienten, die nachvollziehbare Symptome wie Kopfschmerzen, Palpitationen, Schwindel, „Herzschmerzen“ nannten, gaben häufig auch an, psychische Phänomene als Symptome ihres Bluthochdrucks zu empfinden. Dazu gehören zum Beispiel innere Unruhe oder eine unbegründet starke Anspannung aber auch unerklärliche Erschöpfung. Auch hier zeigt sich eine Konkordanz mit den Ergebnissen anderer Studien aus dem englischsprachigen Raum.<sup>95</sup> Manchen Patienten sind diese Symptome besonders dann aufgefallen, wenn sie ihre Medikamente nicht regelmäßig genommen hatten. Dabei

---

<sup>91</sup> Péres 2003

<sup>92</sup> Grant 1996, Péres 2003, Taylor 2003

<sup>93</sup> Scheibler-Meissner 2004, Sharkness 1992 und Péres 2003

<sup>94</sup> Peres 2003

<sup>95</sup> Wilson 2002

ist sicher die Komponente der emotionalen Belastung durch ein schlechtes Gewissen von Bedeutung.

Die Symptomlosigkeit wird von einigen Befragten auch als Begründung dafür angegeben, dass es sich beim Hypertonus nicht um eine Krankheit handele.

### **5.2.3. Folgeerkrankungen und Risikoeinschätzung**

Allen Befragten ist klar, dass ihr Bluthochdruck mit Gefahren verbunden ist, die zu erheblichen Beeinträchtigungen ihres Lebens führen können. Herzinfarkt und Schlaganfall werden dabei als die großen Risiken benannt. Dies ergaben auch alle bisher veröffentlichten Studien zu diesem Thema.<sup>96</sup> Der Herzinfarkt wird dabei als weniger gefährlich angegeben, der Schlaganfall wegen seiner Folgen als größere Bedrohung empfunden: Wörter wie „Tod“ oder „sterben“ werden dabei von den meisten Befragten konsequent vermieden. Ich habe die konkrete Frage nach der größten Gefahr, die durch den Hypertonus ausgeht, explizit nur in Bezug auf junge Menschen gestellt, um eine zu starke emotionale Konfrontation zu vermeiden. Dennoch haben wie bereits eingangs erwähnt an dieser Stelle zwei Befragte zu weinen begonnen. Dies deutet möglicherweise auf eine Übereinstimmung mit der Erkenntnis von Kjellgren hin, dass Hypertoniker dazu neigen ihr Risiko zu überschätzen.<sup>97</sup> Die persönliche Risikoeinschätzung zeigte sich auch in dieser Studie stark von individuellen Faktoren abhängig – wie schon andere Studien gezeigt haben. Nicht bestätigt hat sich allerdings die Theorie, dass sowohl ältere Studienteilnehmer als auch Frauen gelassener mit der „Bedrohung“ durch Infarkt und Insult umgehen.<sup>98</sup>

### **5.2.4. Therapie**

Die Ergebnisse zu den Krankheitskonzepten zeigen vielfältige Hindernisse für einen erfolgreichen Therapieverlauf auf. Auch wenn alle Befragten sich darüber im Klaren sind, dass eine effektive Behandlung des Bluthochdrucks nur mit ihrer aktiven Kooperation zu erreichen ist, haben einige Patienten Probleme damit, ihre Verantwortung anzunehmen und umzusetzen. Hier fehlt offensichtlich die Einsicht, sich zugunsten der Erkrankung im Ge-

---

<sup>96</sup> diverse Autoren, vgl. Tabelle 1 Abschnitt 2

<sup>97</sup> Kjellgren et al. 1998

<sup>98</sup> Jokisalo 2001

nuss bzw. der Lebensqualität einschränken zu müssen. Ein Patient verlässt sich darauf, dass seine Frau dafür sorgt, dass er sich „korrekt“ verhält. In einer in Chile durchgeführten aktuellen Studie erwähnt Mendoza zu diesem Punkt, dass Frauen hier benachteiligt sind. Sie haben selten fürsorgliche Partner an ihrer Seite, die die Verantwortung für ihre Gesundheit mit ihnen teilen.<sup>99</sup> Schuld und Angst in verschiedenen Formen sind in vielen Aussagen vorherrschende Gefühle: Schuld für ein unsoliden Leben, das mit der selbst verschuldeten Krankheit Hypertonus bestraft wird. Einige Patienten empfinden hier durchaus ambivalent, sie nutzen ihr schlechtes Gewissen dennoch nicht um aktiv zu werden. Hier lässt sich eine Diskrepanz zwischen theoretischer Bereitschaft zu einer Lifestyleänderung und deren mangelnde praktische Umsetzung feststellen, wie sie bereits in anderen Studien genannt wird.<sup>100</sup> Viele Befragte kennen weder Namen noch Medikamentenklasse bzw. Wirkmechanismus der ihnen verordneten Medikamente. Diesbezüglich besteht auch kein großer Informationsbedarf. Einerseits wird die medikamentöse Therapie von den meisten Patienten positiv bewertet, da sie sich mit ihr sicherer fühlen. Auch das haben internationale Studien ebenso gezeigt.<sup>101</sup> Andererseits äußern viele - zum Teil sogar dieselben Patienten - eine grundsätzliche Abneigung gegenüber der Medikamenteneinnahme, die sie als Einschränkung ihrer individuellen Freiheit und Belastung des Körpers mit Chemikalien sehen. Diese generell skeptische Haltung gegenüber Medikamenten, die dazu führen kann dass Hypertoniker die Nebenwirkungen von Antihypertensiva überbewerten und diese gar nicht oder unregelmäßig einnehmen, wurde in vorliegenden Studien bereits erwähnt.<sup>102</sup> In Bezug auf die Heilbarkeit des Hypertonus waren sich die meisten nicht sicher. Es überwog die Vorstellung man könne die Tabletten nie absetzen. Die Aussage über die mangelnde Heilbarkeit des Hypertonus nannten auch die bereits zitierten Untersuchungen von Taylor und Sharkness.<sup>103</sup> Die finanzielle Belastung durch den Kauf bzw. die Zuzahlung für Antihypertensiva, die in anderen Ländern durchaus von Bedeutung ist und daher in vorliegenden Studien als entscheidender Faktor für die Compliance angegeben wird,<sup>104</sup> war in meinen Interviews wegen der anderen Struktur des deutschen Gesundheitssystems völlig bedeutungslos.

---

<sup>99</sup> Mendoza 2006

<sup>100</sup> Grant 1993

<sup>101</sup> Brown 1999

<sup>102</sup> Gáscon 2003, Benson 2002

<sup>103</sup> Taylor 2003, Sharkness 1992

<sup>104</sup> Jokisalo 2000

### **5.2.5. Kontrolle des Blutdrucks und ärztliche Betreuung**

Der Hausarzt hat mit der Betreuung seiner Patienten eine durchaus wichtige Rolle bei der Entstehung des Krankheitskonzepts: Die Interviews haben gezeigt, dass Patienten die vertrauensvolle und gute Arzt-Patient-Beziehung als Basis für eine effektive Behandlung ihres Bluthochdrucks sehen. Empathie, Kompetenz und Vertrauen sind für alle Befragten wichtigsten Kriterien, die ein guter Arzt erfüllen sollte. Sie wollen alles offen ansprechen können, ein Gehör und adäquate Antworten bekommen. Dennoch erinnert sich die Mehrheit der Befragten nicht an Aufklärungsgespräche. Ergebnisse, die bestätigen, was die internationale Studienlage z.B. in den USA und Brasilien bereits dargelegt hatte.<sup>105</sup> Obwohl sich alle Studienteilnehmer eine gute Kommunikation mit ihrem Arzt wünschen, gelingt es gerade älteren Patienten nicht immer, die scheinbar vorhandene Barriere zum Arzt aus Angst und Respekt zu überwinden und alle Belange anzusprechen. Häufig wird hier das Problem Zeitmanagement genannt. Studienteilnehmer, die sich ein Gespräch mit ihrem Arzt wünschen, überwinden sich dazu häufig nicht, weil sie schon im Voraus vermuten, er habe für ihre banalen Belange keine Zeit. Der Patient möchte also vom Arzt angesprochen werden und nicht selbst die Initiative ergreifen. Diese Erkenntnis hat für den Alltag in der allgemeinärztlichen Praxis sicher Handlungsrelevanz und beeinflusst die Effektivität der Therapie wie Marx et. al. schlussfolgern.<sup>106</sup> Ich werde auf dieses Thema in 5.3. ausführlicher eingehen.

### **5.2.6. Die soziale Komponente des Bluthochdrucks**

Der Bluthochdruck beeinflusst den Menschen nicht nur in seiner körperlichen Unversehrtheit sondern auch in seinem Alltagsablauf. Während einige Befragte nach Stellung der Diagnose ihr soziales Leben weiterführen wie vorher, gaben andere Studienteilnehmer an, das Leben habe sich für sie merklich verändert. Manche ziehen sich völlig zurück, meiden jede weitere Thematisierung des Hypertonus oder sie haben ganz im Gegenteil einen erhöhten Informations- und Kommunikationsbedarf über ihr gesundheitliches Problem und andere medizinische Themen. Die meisten Studienteilnehmer fühlen sich mit ihrem Hyper-

---

<sup>105</sup> Lukoschek 2003, Peres 2003

<sup>106</sup> Marx 2007

tonus nicht allein: Sie glauben, dass Bluthochdruck ein weit verbreitetes Phänomen unserer Gesellschaft ist. Ein Studienteilnehmer gebraucht sogar den Begriff „Volkskrankheit“: Dennoch empfinden manche Befragte ihren Bluthochdruck als Symbol für Leistungsschwäche, als Makel. Andere wiederum werten diesen als Ausdruck ihrer überschießenden Vitalität und sehen sich so alles andere als stigmatisiert, weil nicht krank sondern sozusagen hyperfit. An diesem Punkt stellte sich für mich die Frage, ob Männer und Frauen möglicherweise unterschiedlich auf dieses Problem reagieren; die Frage, ob Männer den Hypertonus eher als Symbol mangelnder Stärke evtl. sogar Potenz sehen und Frauen genau entgegengesetzt, ihren Hypertonus als überschießende Lebenskraft, Aktivität deuten. Diese Theorie hat sich im Verlauf der Interviews allerdings nicht bestätigt. Vielmehr scheint auch diese Einschätzung von individuellen Faktoren abhängig zu sein. In der Einleitung bin ich unter Abschnitt 2.2.5. zum Thema Lebensqualität bereits darauf eingegangen, dass einige Autoren wie z.B. Langman<sup>107</sup> den gleichen Schluss ziehen und in diesem Zusammenhang vorschlagen, der behandelnde Arzt solle stärker auf die psychischen Ressourcen und den Status seines Hypertonie-Patienten eingehen und so besser auf eine mögliche empfundene Hilflosigkeit seines Patienten und damit verbunden eine mangelnde Motivation für die Therapie reagieren können.

### **5.2.7. Einfluss der Coping-Strategien auf die Krankheitskonzepte**

Manche Äußerungen verdeutlichen aber auch, dass Wissen bewusst verdrängt bzw. nicht ausgesprochen werden soll. Diese Erkenntnis stimmt mit dem Ergebnis überein, zu dem Scherer in einer aktuellen Studie über die Kenntnis der Symptome von Herzinsuffizienz-Patienten macht. Auch hier vermutet Scherer Verdrängen als maßgeblichen Faktor für die weit verbreitete Unkenntnis seiner Probanden.<sup>108</sup> Dies zeigt, dass sowohl die emotionale Belastung als auch die Coping-Strategien der Befragten einen starken Einfluss auf deren Krankheitskonzept haben. Besonders die geringe Kenntnis über ätiologische Faktoren und die individuelle Risikoeinschätzung bzw. Folgeerkrankung lassen sich durch emotionale Belastung erklären. Während Lücken beim Wissen über Therapiemöglichkeiten und Nebenwirkungen der Medikamente, pathophysiologische Zusammenhänge und Diagnostik sich wohl schlicht auf Desinteresse zurückführen lassen. Hier ist davon auszugehen, dass

---

<sup>107</sup> Langman 2001

<sup>108</sup> Scherer 2006

sich die Patienten auf ihre Laienrolle zurückziehen und die gestellten Fragen für Expertenwissen halten, das sie diesen auch vollständig überlassen wollen. Der Rolle des Hausarztes kommt dabei eine besondere Bedeutung zu: Die Studie zeigt, dass Patienten, die die Verantwortung für ihre Gesundheit an den behandelnden Arzt abgeben, geringe Kenntnis und geringes Interesse an medizinischem Wissen aufweisen, dafür aber große Compliance zeigen. Während Patienten die mangelndes Vertrauen in ihren Hausarzt haben, zum Teil einen höheren Informationsbedarf und damit auch bessere Kenntnisse über sie interessierende Details der Hypertonie aufweisen. Sie nutzen auch das Angebot neuer Medien, d.h. Informationen aus dem Internet im Sinne einer Emanzipation bzw. Übernahme der Eigenverantwortung für ihre Gesundheit. Daraus ergibt sich zugleich eine reduzierte Compliance und mangelnde Kommunikationsbereitschaft mit dem behandelnden Arzt. Andere Patienten, die eine explizite Auseinandersetzung mit ihrem Hypertonus eher scheuen, zeigen sich häufig mit ihrer Unkenntnis durchaus zufrieden. Sie erleben ihre Erkrankung häufig abstrakt, erkennen den Hypertonus nicht als Krankheit und sie erweisen sich häufiger als non-compliant. Diese Erkenntnis zeigt sich ebenfalls in der aktuellen Studie von Marx zur Arzt-Patient-Interaktion von Hypertonikern.<sup>109</sup>

Abschließend ergibt sich: Es scheint keine berechenbaren Krankheitskonzepte zu geben, die sich nach festgelegten Kriterien bestimmten Haltungstypen zuordnen lassen. Eine Studie bei der Patiententypen gemäß ihren emotionalen Krankheitseinstellungen identifiziert werden, wie Langman sie vorschlägt, scheint mir auf Grund der Fülle individueller beeinflussender Faktoren und damit auch der großen Variabilität der Krankheitskonzepte nicht realisierbar.<sup>110</sup> Der Einfluss sozialer Faktoren wie Alter, Geschlecht und Bildungsstand zeigt sich in dieser Studie bei der Entwicklung des Krankheitskonzeptes von geringerer Wichtigkeit als Flick dies allgemein für Krankheitskonzepte angibt.<sup>111</sup> So bestätigte sich zum Beispiel auch nicht die Somatisierungstendenz bei Besserverdienern, die eine nahe liegende Hypothese sein könnte. Viel mehr entscheiden individuelle Ressourcen, die sich aus der subjektiven durch die Krankheit empfundenen Bedrohung und deren Verarbeitung ergeben. Dabei kommt dem erworbenen Laienwissen scheinbar eine entscheidende Rolle zu. Die besondere Bedeutung von Laienkonzepten und deren Einfluss auf das Krankheits-

---

<sup>109</sup> Marx 2007

<sup>110</sup> Langman 2001

<sup>111</sup> Flick 1998

konzept habe ich bereits in Kapitel 2.1. thematisiert. Die Ergebnisse dieser Studie bestätigen deren durchaus wichtige Funktion bei der Verarbeitung der empfundenen Bedrohung durch den Hypertonus.

Die individuell entwickelten Konzepte, erweisen sich als extrem veränderungsresistent und sind auch durch das ärztliche Gespräch nur schwer zu beeinflussen. Auch in diesem Punkt zeigt sich große Übereinstimmung mit dem aktuellen Stand der internationalen Forschung zu Krankheitskonzepten von Hypertonikern.

### **5.3. Handlungskonsequenzen für die allgemeinmedizinische Praxis**

In seinem Praxisalltag muss der Allgemeinmediziner heute zahlreiche Faktoren wie z.B. Zeit- und Kosteneffektivität seiner Behandlung berücksichtigen, die ihm das Verstehen bzw. Hinterfragen der Krankheitskonzepte vordergründig eher erschweren als erleichtern. Dennoch wird er täglich mit den Krankheitskonzepten seiner Patienten konfrontiert und profitiert letztendlich auch davon, auf diese eingehen zu können. Im Folgenden fasse ich noch einmal die wesentlichen Ergebnisse zusammen, die für den behandelnden Allgemeinmediziner mit Handlungskonsequenzen verbunden sind. Bei den erwähnten Maßnahmen beschränke ich mich darauf Vorschläge zu machen, deren Effektivität sowie Realisierbarkeit sich im Rahmen dieser Dissertation nicht prüfen lässt. Dies wäre Thema einer weiteren, eigenständigen wissenschaftlichen Studie. Ebenso wenig kann ich in der vorliegenden Arbeit, die sich aufdrängende Frage nach der Finanzierung der vorgeschlagenen Maßnahmen beantworten. Auch dieses - sicher nicht unwichtige aber eher gesundheitspolitische Problem - sei einer weiteren Untersuchung überlassen. Es impliziert auch die Abwägung von Kosten, die durch die Investition in Präventivmaßnahmen entstehen gegen entstandene Kosten durch Folgeerkrankungen bzw. -ereignisse der Hypertonie. Die von vielen Niedergelassenen als völlig unzureichend empfundene Honorierung von Gesprächen in der allgemeinmedizinischen Praxis sei hier als dringliches Problem nur am Rande erwähnt. Sie ist bereits seit Jahren gesundheitspolitischer Streitpunkt.

#### **5.3.1 Probleme, mit denen sich der Allgemeinmediziner konfrontiert sieht**

Der Ergebnissteil der vorliegenden Studie hat gezeigt, dass ein besonders brisanter Punkt für den Hypertoniker die Emotionalität ist, mit der er sein gesundheitliches Problem wahr-

nimmt. Im Gegensatz zum unbeteiligten also objektiv denkenden Mediziner fühlt sich der betroffene also subjektive Patient bedroht. Bewusst oder unbewusst. Diese emotionale also subjektive Bewertung seines Hypertonus führt dazu, dass er objektive Informationen z.B. über die Ursachen und Risiken seines Bluthochdrucks aber auch Informationen zu Therapieoptionen und Nebenwirkungen von Medikamenten nicht wertfrei verarbeiten und somit später erinnern kann. Selbst wenn der Patient scheinbar emotional unbeteiligt wirkt und nicht von Angst spricht, sollte der behandelnde Hausarzt diese Erkenntnis berücksichtigen. Ein weiterer wesentlicher Aspekt, den die vorliegende Studie zeigt und die Einfluss auf das Alltagsgeschäft des Allgemeinmediziners hat, ist eine heute weit verbreitete allgemeine Skepsis gegenüber Medikamenten und das Überschätzen ihrer Nebenwirkungen. In der Regel thematisieren die Patienten diese Einstellung nicht in der Praxis. Ein mangelndes Krankheitsgefühl bringt sie dann eher dazu, die Therapie nicht konsequent einzuhalten. Die Studie hat gezeigt, dass der mangelnde Leidendruck, da der Hypertonus ja in der Regel nicht als schmerzhaft wahrgenommen wird, dazu führt, dass der Patient keine direkt spürbare Erhöhung der Lebensqualität durch seine Compliance erlebt. Auch diese Erkenntnis sollte der Hausarzt bei der Wahl seiner Therapievorschlüsse berücksichtigen. Ein weiteres Problem, mit dem sich heute zu Tage sowohl niedergelassene wie auch stationär tätige Mediziner auseinandersetzen müssen, ist die Tatsache, dass der Patient mit Fachinformationen – in erster Linie aus Medien und Internet – überflutet wird. Dies führt zu zweierlei Verhaltensweisen: Desinteresse und scheinbare Unkenntnis, trotz der intellektuellen Fähigkeit die Informationen zu verstehen. Oder einer Überforderung und zugleich fordernden Haltung gegenüber dem behandelnden Arzt, da ja selbst bei bester Detailkenntnis dem Patienten das nötige Basiswissen fehlt, um die recherchierte Information richtig auf seine konkrete Situation beziehen zu können. Es bleibt also dem Hausarzt überlassen, dem Hypertoniker in der Praxis wohl dosiert und rezidivierend in persönlichen Gesprächen, die sich auf seine konkrete Situation beziehen, Informationen über sein gesundheitliches Problem zukommen zu lassen.

Schließlich zeigt die vorliegende Studie, dass sich der behandelnde Arzt heute mit einem weiteren Phänomen konfrontiert sieht: Dem Wandel in der Arzt-Patient-Beziehung. Der Hausarzt ist nicht mehr automatisch Autoritätsperson, also „Gott in weiß“. Er hat sich in der heutigen Gesellschaft zum Dienstleister, dem häufig mit Skepsis gegenüber Kompetenz und Wohltätigkeit begegnet wird, entwickelt. In den Medien sowie in Laienkonzepten wird oft der mangelnde Gemeinsinn des Arztes kritisiert und seine vermeintliche Gewinn-

sucht als oberstes Ziel beim Praxismanagement unterstellt. Auch dies fließt in die Krankheitskonzepte der Hypertoniker ein und hat somit Handlungsrelevanz für den betreuenden Arzt.

### **5.3.2 Mögliche Maßnahmen für eine optimierte Versorgung**

Wesentlicher Punkt für eine Ergebnis orientierte und damit auch zugleich kosteneffektive Behandlung des Hypertonikers ist eine gute Arzt-Patient-Beziehung. Zu dieser gehört heute die Begegnung auf einer Ebene. D.h. Arzt und Patient treffen gemeinsam Entscheidungen und der Patient wird somit stärker als je zuvor in die Verantwortung eingebunden. Er kann und soll Manager seiner Gesundheit sein. Das bedeutet, der behandelnde Arzt macht dem Hypertoniker die Eigenverantwortung für seine in der Regel chronische Erkrankung ausdrücklich bewusst. Damit kann er die Selbstkontrolle fördern. Mögliche Maßnahmen wären z.B. das Führen eines Hypertoniker-Tagebuchs. Eine Art Logbuch, das von Arzt und Patient in regelmäßigen Abständen gemeinsam ausgewertet und diskutiert wird. Bei der Auswertung sollte es bei erhöhten RR-Werten allerdings niemals um „Misserfolg“ mit der Folge „Strafe“ gehen, sondern um eine „Fehleranalyse“. Das bedeutet, das Behandlungskonzept müsste bei diesen Konsultationen regelmäßig von beiden überprüft werden. Und zwar auf die Kriterien Erfolg (RR-Werte), Verständnis, Umsetzbarkeit im Alltag, Motivation, Emotion und Zufriedenheit des Patienten. Idealerweise gelingt es dem Arzt dabei, die Rolle des Beraters und nicht des Richters einzunehmen. Ausschlag gebend für die gute Umsetzung dieser Maßnahmen ist natürlich ein erhöhter Zeitaufwand für regelmäßige und längere Gespräche in der Praxis. Das bedeutet also eine intensivere Quantität an Kommunikation. Aber auch die Qualität der Kommunikation ist möglicherweise steigerungswürdig. Stichwort ist hierbei der non-direktive Gesprächsstil des Arztes, der dem Hypertoniker idealer Weise Fragen stellt, ihm zuhört, ihn auch bei Zeitmangel ausreden lässt, bis möglicherweise Fragen, Probleme, Ängste angesprochen werden, die Ausdruck seines Krankheitskonzeptes sind und sonst möglicherweise nicht thematisiert worden wären. Stichwort hierfür ist die Patienten zentrierte und Verhaltensorientierte Beratung, mit der sich u.a. Klüver in einer aktuellen Studie zur Betreuung chronisch kranker Menschen beschäftigt hat.<sup>112</sup>

---

<sup>112</sup> Klüver C et al. 2008

Diese Anforderungen an den Hausarzt sollten auch in der Weiterbildung für Allgemeinmediziner berücksichtigt werden. Denkbar wäre eine Art Coaching oder Training bei dem z.B. die effektive Aufbereitung und Weitergabe von Fachwissen geschult wird. Themenbereich zum Hypertonus wären Ätiologie, Diagnostik, Therapie und Risiken. Dabei sollten die Trainingsseminare dem behandelnden Arzt einerseits Kenntnis zu Qualität bzw. Inhalt der Informationen vermitteln, also die Frage beantworten: „Was sage ich und mit welchen Worten?“ Andererseits ist auch die Quantität der zu vermittelnden Information wichtig. Also die Fragen: „Wie viel muss der Patient wissen, was kann er aufnehmen bzw. verstehen und was verwirrt nur?“ Seminare zum Kommunikationsstil bzw. zur effektiven Gesprächs- bzw. Patientenführung werden bereits in umfangreichem Ausmaß angeboten. Die Erkenntnis, dass die Teilnahme daran auch zu einem erfolgreicherem Praxismanagement beitragen kann, ist sicher noch nicht ausreichend verbreitet. Weitere Fortbildungskurse, in denen Mediziner das Selbstbild ihrer Patienten erkennen und darauf einzugehen lernen, wären sicher ebenfalls sinnvoll. Dabei ließen sich evtl. mit Hilfe „echter“ Hypertoniker ihre Krankheitskonzepte thematisieren. Der Allgemeinmediziner hätte somit im Rahmen einer Fortbildung außerhalb des Praxisalltages die Möglichkeit, deren Ängste, Fragen und Unwissen zum Hypertonus einschätzen zu lernen und im Praxisalltag bei seinen eigenen Patienten angemessen berücksichtigen zu können. Eine weitere Möglichkeit, sich mit Krankheitskonzepten von Hypertonikern auseinanderzusetzen und somit die Behandlung dieser Patientengruppe zu optimieren, bestünde durch den intensiveren Austausch in Ballint- Arbeitsgruppen „Hypertonus“. Dort könnte ein regelmäßiger Arbeitskreis über „schwierige“ Hypertoniker und deren Krankheitsbild stattfinden. Dies böte die Möglichkeit, Erfahrungen und Tipps auszutauschen, neue Handlungsstrategien zu entwickeln, den eigenen Kommunikationsstil zu spiegeln und somit auch den Erfolg bzw. die Effektivität der Versorgung in der eigenen Praxis zu überprüfen.

Neben diesen Maßnahmen wäre zudem denkbar, die Patienten auch außerhalb des Praxisalltags mit Informationen zu versorgen. Z.B. mit Flyern bzw. Broschüren zum Thema Hypertonie im Wartezimmer. Möglich wäre auch die Praxisräume zu nutzen für Angebot z.B. am Wochenende und abends wie Hypertonikerschulungen in denen es ähnlich wie bei Diabetikern um den Umgang mit der Erkrankung im Alltag geht. Bereits existente Seminare wie z.B. Kochkurse, Yoga, Autogenes Training könnten speziell auf Hypertoniker zugeschnitten - in Kooperation mit Krankenkassen - angeboten werden. Auch hier wäre denkbar, dass behandelnde Hausärzte nicht nur verstärkt auf das Angebot hinweisen, sondern

integrierte kurze und gut verständliche Informationseinheiten im Rahmen der Kurse durchführen. Inwieweit auch Computer gestützte Beratungseinheiten in der hausärztlichen Praxis sinnvoll sein können, damit beschäftigt sich derzeit einige Forscher der Uniklinik Heidelberg.<sup>113</sup>

Und schlussendlich ließen sich sicher auch bereits bestehende Laien-Netzwerke wie z.B. Selbsthilfegruppen fördern und unterstützen etwa durch Treffen in der Praxis sowie Bereitstellung von professionellem Informationsmaterial.

## **5.4. Ausblick auf Forschungsbedarf**

Für die Zukunft wäre es durchaus interessant sich in einer vertiefenden Studie intensiver mit den Gründe und Ursachen für das defizitäre Wissen zu beschäftigen. Außerdem ließe sich auch die Frage danach, wie Hypertonikern ihre Copingstrategien entwickeln und welchen Einfluss Krankheitskonzepte dabei haben, näher beleuchten.

Auch der Einfluss von Krankheitskonzepten auf die Compliance bzw. Adhärenz des Hypertonikers konnte in dieser Arbeit nur angerissen werden und könnte Stoff für ein eigenes Forschungsprojekt bieten. Des Weiteren scheint mir eine Arbeit durchaus von Interesse, die sich damit beschäftigt, in wieweit Krankheitskonzepte von Hypertonikern und deren Ärzten übereinstimmen und welchen Einfluss dies auf die Arzt-Patient-Interaktion hat.

---

<sup>113</sup> Hermann K 2008

## 6 Zusammenfassung

Diese qualitative Studie untersucht die Krankheitskonzepte von Bluthochdruckpatienten in Deutschland. Die vorliegenden Ergebnisse beruhen auf der Aufzeichnung von zehn Interviews, die mit Hilfe eines individuell veränderbaren Leitfadens geführt wurden, wobei flexibel auf sich im Gespräch ergebende Inhalte eingegangen wurde. Die Auswertung erfolgte mittels qualitativer strukturierender Inhaltsanalyse. Die Rekrutierung der zehn Hypertoniker ergab sich aus drei hausärztlichen Praxen und zwei Krankenhäusern in Hamburg.

Inhaltlich interessierten bei der Erfassung der Krankheitskonzepte insbesondere Fragen nach Vorstellungen über Ursachen, Pathophysiologie und Folgeerkrankungen des Hypertonus. Auch die Behandlungserwartungen, insbesondere die Kenntnis nicht-medikamentöser und medikamentöser Therapieoptionen, deren Nebenwirkungen und die Einschätzung der Kontrollierbarkeit bzw. Chronizität der Erkrankung wurden beleuchtet. Zusammenfassend ergab sich eine defizitäre Kenntnis, die überraschenderweise unabhängig von Bildungsstand und Dauer der Erkrankung ist. Verunsicherung, Verdrängen und explizites Desinteresse an bestimmten - insbesondere emotional belastenden Informationen wie Risiken und Folgeerkrankungen - wurden häufig beobachtet. Während Lücken beim Wissen z.B. über Wirkung und Nebenwirkungen von Medikamenten, pathophysiologische Zusammenhänge und Diagnostik wohl darauf zurückzuführen sind, dass die Patienten sich auf ihre Laienrolle zurückziehen und die gestellten Fragen für Expertenwissen halten. Insgesamt lässt sich sagen, dass die Bedeutung soziologischer Kriterien wie Alter, Geschlecht und Bildungsstand bei der Entwicklung des Krankheitskonzeptes von untergeordneter Wichtigkeit sind. Viel mehr entscheiden individuelle Ressourcen, die sich vor allem aus der subjektiven durch die Krankheit empfundenen Bedrohung und deren Verarbeitung ergeben. Außerdem sind erworbenes Laienwissen und das Vertrauen zum Hausarzt entscheidende Faktoren.

Daraus ergibt sich: Es existieren keine nach definierten Kriterien berechenbaren Krankheitskonzepte sondern vielmehr individuell entwickelte Vorstellungen, die sich als extrem veränderungsresistent erweisen und auch durch das ärztliche Gespräch nur schwer zu beeinflussen sind. Hier zeigt sich große Übereinstimmung mit dem aktuellen Stand der internationalen Forschung zu Krankheitskonzepten von Hypertonikern.

Die Ergebnisse dieser Studie unterstreichen, dass die subjektiven Krankheitskonzepte von Hypertonikern in vielfältiger Weise den Krankheitsverlauf beeinflussen und somit die Kenntnis und Berücksichtigung von Patientenvorstellungen unmittelbare Relevanz für allgemeinärztliches Handeln haben.

# 7 Literaturverzeichnis

- Alderman, M H** (2005) Quality of life in hypertensive patients: does it matter and should we measure it? *J Hypertens* 23 (9): 1635-6
- AWMF** (2003) Leitlinien für die Prävention, Erkennung, Diagnostik und Therapie der arteriellen Hypertonie
- Becker H** (1983) Die Bedeutung von subjektiven Krankheitstheorien des Patienten für die Arzt-Patienten-Beziehung. *Psychother. Med. Psychol.* 34 (1984) 313-21
- Benson J, Britten N** (2003) Keep taking the tablets. Balancing the pros and the cons when deciding to take blood pressure treatment. *BMJ* 326: 1314-5
- Benson et al.** (2002) Patients decision whether or not to take antihypertensive drugs: qualitative study. *BMJ* 325: 873
- Bischoff C, Zenz H** (1989) *Patientenkonzepte von Körper und Krankheit.* Verlag Hans Huber, Bern, Stuttgart, Toronto
- Bonnet F, Irving K, Terra J L, Nony P, Berthezene F, Moulin P** (2005) Depressive symptoms are associated with unhealthy lifestyles in hypertensive patients with the metabolic syndrome *J Hypertens* 23 (3): 611-7
- Brody D** (1980) The patient's role in clinical decision making. *Ann Intern Med* 93 (5): 718-22
- Brown Carolyn M, Segal Richard** (1999) The effects of health and treatment perceptions on the use of prescribed medication and home remedies among African American and white American hypertensives. *Social Science & Medicine* 43 (6): 903-17
- Brown Carolyn M, Segal Richard** (1996) Ethnic differences in temporal orientation and its implications for hypertension management. *Journal of health and social behaviour.* 37: 350-61
- Center for Disease Control, US Department of health and human services** (1990) Health Beliefs and Compliance with prescribed Medication for Hypertension among Black Women – New Orleans, 1985-86; Morbidity and Mortality *Weekly Report* 39 (40): 701-4
- Conrad P** (1985): The meaning of medications: another look at compliance. *Soc Sci Med* 20 (1): 29-37

- Cooper A F** (1998) Whose illness is it anyway? Why patient perceptions matter. *International journal of clinical practice* 52 (8): 5515-6
- Cooper A F, Lloyd G, Jackson G, Weinman J** (1999) Why patients do not attend cardiac rehabilitation: role of intentions and illness beliefs. *Heart* 82: 234-6
- Cooper A F, Jackson G, Weinman J, Horne R** (2005) A qualitative Study investigating patients' beliefs about cardiac rehabilitation. *Clinical rehabilitation* 19(1): 87-96
- Côté I, Grégoire J P, Moisan J** (2000) Health-related quality-of-life measurement in hypertension. *Pharmacoeconomics*. 18 (5): 435-50
- Coyne K S, Davis D, French F, Hill M N** (2003) Health-related quality of life in patients treated for hypertension: a review of the literature from 1990 to 2000. *Clinical Therapeutics* 24 (1): 142-69
- Cuspidi C, Sampieri L, Macca G, Michev L et al.** (2001) Improvement of patients' knowledge by a single educational meeting on hypertension. *Journal of human hypertension* 15(1): 57-61
- Dunkelberg S** (2002) Krankheitsvorstellungen in der Hausarztpraxis: „Frau Doktor ich habe eine Kopfgrippe“. *Psychomed.* 14/3: 167-72
- Dunkelberg S** (2002) Von Fußpilzbakterien, guten und bösen Keimen und dem Unterschied zwischen Penicillin und Antibiotika. *Z Allg Med* 78: 13-18
- Dunkelberg S** (2000) Kommunikationsprozesse in der Sprechstunde des integriert arbeitenden Hausarztes. Abschlussbericht zum Projekt. Institut f. Allgemeinmedizin, Universität Hamburg
- Deutschle M, Lederbogen F, Borggreffe M, Ladwig K H** (2002) Erhöhtes kardiovaskuläres Risiko bei depressiven Patienten. *Dtsch Ärztebl* (99) 49: 3332-8
- Donner-Banzhoff N, Wilm S** (2002) Neue Horizonte: Qualitative Forschung in der Allgemeinmedizin. *Z Allg Med* 2002; 78: 11-12
- Flick U** (2003) *Qualitative Forschung. Ein Handbuch*, 2.Aufl., Rowohlt, Reinbek
- Flick U** (2002) *Qualitative Sozialforschung: eine Einführung.*, Rowohlt, Reinbek
- Flick U** (2000) *Qualitative Forschung. Ein Handbuch.*, Rowohlt, Reinbek
- Flick U** (1998) *Wann fühlen wir uns gesund?* Juventa Verlag, Weinheim
- Flick U** (1996) *Qualitative Forschung. Theorie, Methoden, Anwendung in Psychologie und Sozialwissenschaften*, Rowohlt, Reinbek
- Flick U** (1991) *Alltagswissen über Gesundheit und Krankheit*, Asanger, Heidelberg

- Frosch DL et al** (2008) What role do lay beliefs about hypertension play in perceptions of medication effectiveness? *Health Psychology*. 27(3): 320-6
- Friday GH** (1999) Antihypertensive Medication Compliance in African-American Stroke Patients: Behavioral Epidemiology and Interventions, *Neuroepidemiology* 18: 223-30
- Garfield FB, Caro JJ** (1999) Compliance and Hypertension, *Current Hypertension Reports* 1999,I:502-6
- Gascón JJ, Sanchez-Ortuno M et al** (2003) Why hypertensive patients do not comply with the treatment, *Family practice* 21 (2): 125-30
- Gasse C et al.** (2001) Assessing hypertension management in the community – Trends of prevalence, detection, treatment and control in the MONICA Project Augsburg 1984-1995. *J Hum Hypertens* 2001; 15: 27-36
- Getliffe KA, Crouch R, Gage H, Lake F, Wilson SL** (2000) Hypertension awareness, detection and treatment in a university community: results of a worksite screening. *Public Health* 114: 361-6
- Glaser B, Strauss A** (1967) *The Discovery of the Grounded Theory*. Chicago
- Grant M, Hezekiah J** (1996) Knowledge and beliefs about hypertension among Jamaican female clients. *International journal of nursing studies* 33 (1): 58-66
- Grant M** (1993) Women's health beliefs regarding hypertension. *The West Indian medical journal* 42 (4): 158-60
- Greenhalgh T, Taylor R** (1997) How to read a paper: Papers that go beyond numbers (qualitative research), *BMJ* 315: 740-3
- Haerter M C, Conway K P, Merikangas K R** (2003) Associations between anxiety disorders and physical illness. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neurosciences* 253 (6): 313-20
- Hedner T, Falk M** (1997) Physician and patient evaluation of hypertension-related risks and benefits from treatment. *Blood Pressure Suppl.* 1: 26-34
- Hermann K, Szecsenyi J, Ludt S** (2008) Vergleichende Evaluation zweier Instrumente zur kardiovaskulären Risikoberatung in der Hausarztpraxis, *Z Allg med* 2008; 84: 207-13
- Heszen-Niejodek I, Gottschalk L A, Januszek M** (1999) Anxiety and Hope during the course of the three medical illnesses: a longitudinal study. *Psychotherapy and Psychosomatics*; 68: 304-12
- Heurtin-Roberts S, Reisin E** (1992) The Relation of Culturally Influenced Lay Models of Hypertension to Compliance With Treatment. *Am J Hypertens* 5 (11): 787-92

- Horne R, Clatworthy J, Polmear A, Weinman J** (2001) Do hypertensive patients' beliefs about their illness and treatment influence medication adherence and quality of life? *Journal of human hypertension* 15 Suppl 1: 65-8
- Hungerbuhler P, Bovet P et al.** (1995) Compliance with medication among outpatients with uncontrolled hypertension in the Seychelles, *Bulletin of the World Health Organization* 73 (4):437-42
- Jokisalo E, Kumpusalo E et al** (2001) Patients' perceived problems with hypertension and attitudes towards medical treatment, *Journal of Human Hypertension* 15:755-61
- Kjellgren KI, Ahlner J et al** (1998) Patients' and Physicians' assessment of risks associated with hypertension and benefits from treatment, *Journal of Cardiovascular Risk* 5: 161-6
- Knust U, Homuth V, Richter-Heinrich E, Busjahn A** (1991) Pilotstudie zur Langzeitwirkung einer kombinierten medikamentösen und psychophysiologisch orientierten Therapie bei Patienten mit einer essentiellen Hypertonie höheren Schweregrades. *Wiener klinische Wochenschrift* 103 (6): 163-8
- Konitzer M, Doering T J, Fischer C** (2002) Narrative based medicine;: Neuorientierung qualitativer Forschung in der Allgemeinmedizin? Kritische Bestandsaufnahme und Perspektiven. *Z Allg Med* 2002; 78: 565-70
- Kotseva K et al** (2009) Cardiovascular prevention guidelines in daily practice: a comparison of Euroaspire I, II and III surveys in eight european countries. *The Lancet* 2009; 373: 929-40
- Krousel-Wood M, Thomas S, Muntner P, Morisky D** (2004) Medication adherence: a key factor achieving blood pressure control and good clinical outcomes in hypertensive patients. *Current opinion in cardiology* Vol 19 (4): 357-62
- Krousel-Wood M, Hyre A, Muntner P, Morisky D** (2005) Methods to improve medication adherence in patients with hypertension: current status and future directions. *Current opinion in cardiology* Vol 20 (4): 296-300
- Küver C, Becker A, Ludt S** (2008) Beratung und Schulung von Menschen mit chronischen Krankheiten, *Z allg Med* 2008; 84: 471-6
- Lamnek S** (1993) *Qualitative Sozialforschung*, Psychologie Verlagsunion, Weinheim
- Langmann CM, Lyons AC et al** (2001) Perceptions and behaviour of hypertensive patients: a divine intervention or a case for Hippocrates? *Journal of Human Hypertension* 2001; 15:751-4

- Leal J et al** (2006) Economic burden of cardiovascular diseases in the enlarged European Union *European Heart Journal* 2006; 27(13):1610-9
- Levin J-S, Vanderpool H-Y** (1989) Is religion therapeutically significant for hypertension? *Soc. Sci. Med* 29 (1): 69-78
- Linden M** (1985) Krankheitskonzepte von Patienten. *Psychiat. Prax.* 12 (1985) 8-12
- Lisper Lotta, Isacson Dag, Sjödén Per-Olow, Bingefors Kerstin** (1997) Medicated hypertensive patients' view and experience of information and communication concerning antihypertensive drugs. *Patient education and counseling* 32: 147-55
- Lukoschek P** (2003) African American's beliefs and attitudes regarding hypertension and its treatment: a qualitative study. *Journal of health care for the poor and underserved* 14 (4): 566-87
- Marx G, Witte N, Simmenroth-Nayda A, Kühnel S, Kochen MM, Koschack J** (2007) Manche Ärzte nehmen sich gar nicht die Zeit – Zur Bedeutung der Arzt-Patient-Interaktion innerhalb der Hypertonie-Behandlung. *Z Allg Med* 2007; 87: 18
- Mayring P** (1988) *Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken.* Weinheim
- Mendoza P S, Munoz P M, Merino E J-M** (2006) Determinant factors of therapeutic compliance in elderly hypertensive patients. *Rev. Med. Chile* 134 (1): 65-71
- Misselbrook D, Armstrong D** (2001) Patients' reponse to risk information about the benefits of treating hypertension. *British journal of general practice* 51 (465): 276-9
- Morgan M, Watkins C J** (1988) Managing hypertension: beliefs and responses to medication among cultural groups. *Sociology of health and illness* 10 (4): 561-78
- Nasilowska-Barud A, Kowalik M** (2004) Characteristics of depressive changes and anxiety in patients with essential hypertension. *Annales Universitatis Mariae Curie-Skłodowska. Sectio D: Medicina* 59 (1) 428-33
- Ontiveros J-A, Black S-A, Jacobi P-L, Ph. D., Goodwin J-S** (1999) Ethnic variation in attitudes toward hypertension in adults ages 75 and older. *Preventive medicine* 29: 443-9
- Patel RP, Taylor SD** (2002) Factors affecting medication adherence in hypertensive. *The Annals of pharmacotherapy* 36 (1): 40-5
- Péres D S, Magna J M, Viana L V** (2003) Arterial hypertension patients: attitudes, beliefs, perceptions, thoughts and practices. *Rev. Saúde Pública* 37 (5): 635-42
- Powers MJ, Wooldridge PJ** (1982) Factors influencing knowledge, attitudes and compliance of hypertensives patients. *Research in Nursing and Health* 5:171-82

- Ross S, Walker A, MacLeod M J** (2004) Patients compliance in hypertension: role of illness perceptions and treatment beliefs. *Journal of Human Hypertension* 18 (9):607-13
- Rueda B, Perez-Garcia A M** (2006) A prospective study of the effects of psychological resources and depression in essential hypertension. *Journal of health psychology* 11(1):129-40
- Scheibler-Meissner P** ( 2004) *Soziale Repräsentation von Gesundheit und Krankheit im europäischen Vergleich*. Peter Lang Verlag Frankfurt a.M.
- Scherer M, Koschack J, Wetzel D, Kochen MM** (2006) Kennen Patientinnen und Patienten mit Herzinsuffizienz die Symptome ihrer Erkrankung? *Z Allg Med* 82: 249-252
- Sharkness CM, Snow DA** (1992): The patient's view of hypertension and compliance. *Am J Prev Med* 8(3): 141-6
- Taylor C, Ward A** (2003) Patients' view of high blood pressure, its treatment and risks. *Australian family physician* 32 (4): 278-82
- Vermeire E, Hearshaw H, Van Doyen P, Denkens J** (2001) Patients adherence to treatment: three decades of research. A comprehensive review. *Journal of Clinical Pharmacy and Therapeutics* 26: 331-42
- Verres R** (1986) *Krebs und Angst – Subjektive Theorien von Laien über Entstehung, Vorsorge, Früherkennung, Behandlung und die psychosozialen Folgen*, Springer, Heidelberg, New York
- Weir M, Maibach E, Bakris G, Black H, Chawla P, Messerli H, Franz, Neutel J, Weber M** (2000) Implications of health lifestyle and medication analysis of improving hypertension control. *Archives of Internal Medicine* 160(4): 481-90
- Weiss J A, Hutchinson S A** (2000) Warnings about vulnerability in Clients with diabetes and hypertension. *Qualitative Health Research* 10 (4): 521-37
- Wilson RP; Freeman A; Kazda MJ; Andrews TC; Berry L; Vaeth PA; Victor RG** (2002) Lay beliefs about high blood pressure in a low- to middle-income urban African-American community: an opportunity for improving hypertension control. *The American journal of medicine* 112 (1): 26-30
- Wizner B, Gryglewska B, Gasowski J, Kocemba J, Grodzicki T** (2003) Normal Blood pressure values as perceived by normotensive and hypertensive subjects. *Journal of Human Hypertension* 17(2):87-91
- World Health Organisation** (2003) *Adherence to long-term therapies. evidence of action*

**Worsley A** (1990): Laypersons' evaluation of health: an exploratory study of an Australian population. *J. epidemiol.community health* 44 (1): 7-11

**Zervic J-J, King K-B, Wlasowicz G-S (1997):** Perceptions of patients with cardiovascular disease about causes of coronary artery disease. *Heart-Lung* 26 (2): 92-8

# 8 Anhang

## 8.1 Interviewleitfaden

### 8.1.1 Einleitung und Vorstellung

Guten Tag/Abend. Mein Name ist Gabriela Almeida. Ich bin Doktorandin am Institut für Allgemeinmedizin im UKE. Zunächst möchte ich mich bei Ihnen für Ihre Bereitschaft, an dem Interview teilzunehmen bedanken. Wie Sie im Vorfeld schon von Ihrem Arzt erfahren und ich telefonisch angesprochen habe, untersuche ich im Rahmen meiner Doktorarbeit die Vorstellungen, die Menschen mit Bluthochdruck über ihr gesundheitliches Problem haben. Dazu möchte ich Sie heute im Anschluss an unser kurzes Vorgespräch befragen und das Interview auf Band aufnehmen – wenn Sie damit einverstanden sind. Das Tonband werde ich später abtippen und so die Aussagen auswerten. Dann kann ich mich jetzt besser auf das Gespräch mit Ihnen konzentrieren und muss nicht mitschreiben.

Das Gespräch wird etwa eine Stunde dauern. Alle Angaben werden natürlich vertraulich und anonym behandelt. Das heißt, bei der Auswertung wird Ihr Name nicht erwähnt und keiner außer mir und meiner Doktormutter hat Zugang zu den Tonbandaufnahmen. Auch Ihr Arzt erfährt nichts über das, was Sie mir erzählt haben. Im Anschluss an unser Gespräch werde ich Sie der Form halber noch einmal um Ihr Einverständnis bitten, dass ich dieses Gespräch für meine Studie verwenden darf.

Zum Inhalt des Interviews habe ich ja schon gesagt, dass ich mit Ihnen über das, was Sie über Ihren Bluthochdruck denken, fühlen und wissen sprechen möchte. In der Fachsprache nennt man das Krankheitskonzept. Dabei können Sie nicht falsches sagen, denn es geht nicht um medizinisches Fachwissen sondern ausdrücklich um Ihre ganz persönliche Einschätzung.

Haben Sie zum Ablauf jetzt noch Fragen?

Dann würde ich gern das Tonbandgerät einschalten.

**Tonbandgerät ein**

## **Allgemeiner (narrativer) Einstieg**

- Was können Sie mir über Ihren Bluthochdruck erzählen?
- Seit wann sind Sie an Bluthochdruck erkrankt, und wie hat sich dieser entwickelt (bitte kurz in Stichworten)?
- Seit wann wissen Sie davon, und bei welcher Gelegenheit wurde er von Ihrem Arzt diagnostiziert?
- Was denken Sie: Ist Bluthochdruck eine Krankheit oder nicht?
- Fühlen Sie sich eigentlich krank? (Lebensqualität)
- Glauben Sie, dass man Bluthochdruck heilen kann? (Therapieziel)

## **Therapie (ca.15 min)**

Berichten Sie bitte etwas über die Behandlung Ihres Bluthochdrucks

### **Erfragen falls nicht in narrativer Antwort**

- Kennen Sie andere Behandlungsmöglichkeiten, welche?
- Was können Sie mir über Nebenwirkungen der Behandlungsmöglichkeiten erzählen?
- Wünschen Sie sich von Ihrem Arzt, dass er Ihnen etwas anderes vorschlägt, was?
- Haben Sie Erfahrung mit anderen Behandlungsmöglichkeiten? Wenn ja: Warum wurden sie abgebrochen?
- Besprechen Sie die Behandlung mit Ihrem Arzt? (kann Patient auch Kritik äußern?)

## **Ätiologie (ca. 5 min)**

Können Sie mir bitte etwas über die Ursache für Ihren Bluthochdruck berichten

### **Erfragen falls nicht in narrativer Antwort**

- Woher kann zu hoher Blutdruck außerdem kommen?
- evtl. konkret Faktoren Rauchen, Gewicht, Alter, Diabetes, Stress, Ernährung, Bewegung ansprechen

## **Kontrollierbarkeit (ca.15 min)**

Was denken Sie über Ihre persönliche Möglichkeit den Bluthochdruck zu senken?

**Erfragen falls nicht in narrativer Antwort**

- Was tun Sie konkret?
- Inwieweit befolgen Sie den Rat Ihres Arztes was Veränderungen im Alltagsverhalten angeht?
- Ist es schon vorgekommen, dass Sie die Medikamente nicht genommen haben, wie er es Ihnen erklärt hat? Woran lag das?
- Denken Sie, Ihr Arzt ist mit Ihrem Verhalten als Patient zufrieden? Begründen Sie
- Kann man Bluthochdruck auch selbst mit Hausmitteln behandeln? Tun Sie das (wie)?
- Welchen Einfluss hat Ihr persönliche Umfeld: z.B. Familie, Arbeit, stressige Situationen auf Ihren Bluthochdruck?
- Haben Sie selbst schon dazu beigetragen, dass ihr Blutdruck steigt? Womit?

**Symptome und Folgen (ca. 10 min)**

Was können Sie mir über die Auswirkungen des Bluthochdrucks auf Ihren Körper und Ihre Gesundheit erzählen?

**Erfragen falls nicht in narrativer Antwort**

- Spüren Sie ihren Bluthochdruck?
- Wie kann der Arzt den Bluthochdruck feststellen?
- Wie gefährlich ist Ihr Bluthochdruck?
- Was sind die schlimmsten Folgen, die Bluthochdruck haben kann?
- Hatten Sie schon andere Beschwerden, die mit dem Bluthochdruck zusammenhängen? \* Haben Sie den Eindruck, dass der Arzt Ihren Bluthochdruck richtig untersucht hat und Ihr Risiko korrekt einschätzt? Bitte begründen Sie

**Pathophysiologisches (ca. 10 min)**

Können Sie mir beschreiben, was Sie sich überhaupt technisch unter Bluthochdruck vorstellen. Was passiert da wo im Körper?

**Erfragen falls nicht in narrativer Antwort**

- Was ist Blutdruck, was versteht man unter Bluthochdruck?

- Wo wirkt sich der zu hohe Blutdruck im Körper aus (s. auch Folgen)?
- Was hat das Herz damit zu tun, und wie funktioniert es (grob)?
- Können Sie mir etwas über andere Organe erzählen, die den Blutdruck beeinflussen/regeln?
- Wie „stabil“ ist hoher Blutdruck – bleibt er nur kurz oder Tage/Wochen/Monate/Jahre?

### **Persönliche Informationen zum Patienten**

- Woher haben Sie Ihr Wissen über Bluthochdruck?
- Wie regelmäßig suchen Sie deshalb Ihren Arzt auf?
- Haben Sie noch andere gesundheitliche Probleme?
- Wie alt sind Sie?
- Welchen Schulabschluss haben Sie? Was sind Sie von Beruf?

Gibt es etwas, dass ich nicht gefragt habe, Sie aber gerne noch zum Thema sagen möchten?

Die Reihenfolge der Fragenkomplexe ist variabel

### **Tonbandgerät aus**

Nochmals vielen Dank für Ihre Teilnahme. Sind Sie noch damit einverstanden, dass ich dieses Gespräch für meine Doktorarbeit verwende? Geben Sie mir dieses Einverständnis bitte schriftlich. (Unterschrift + Hinweis auf Widerrufmöglichkeit)

## 8.2 Transkriptionskonventionen

### Pausen

kurze Pause (ca. 1 Sekunde)	-
mittlere Pause (ca. 2 Sekunden)	--
lange Pause (mehr als 2 Sekunden)	---

### Betonungen

betonte Worte	<i>kursiv</i>
stark betonte Worte	<b>GROß UND KURSIV</b>

### Laute und Anmerkungen

in runden Klammern	(lacht)
--------------------	---------

### Unverständliche Passagen

in eckigen Klammern	[ ]
---------------------	-----

### Orthographie

Umgangssprachliche Formulierungen z.B. „ne“ für „nicht wahr“ wurden nicht orthographisch korrigiert sondern übernommen. Alle anderen Ausdrücke wurden in der korrekten Orthographie transkribiert.

### Kennzeichnung der Sprecher

Für den Interviewer wurde das Kürzel I benutzt für den Patienten das Kürzel P. Die Äußerungen der Sprecher sind im Verlauf des Gesprächs fortlaufend nummeriert. Also I1, P1, I2, P2 usw.

Die Interviews wurden zur besseren Orientierung mit fortlaufenden Zeilen- und Seitennummern versehen.

# Danksagung

Allen, die durch ihre Unterstützung, Anregung und Freundschaft zu dieser Arbeit beigetragen haben, danke ich sehr herzlich.

Mein Dank gilt besonders

Frau Dr. med. Sandra Quantz für ihre kompetente, begeisternde, unkomplizierte Betreuung. Besonders möchte ich mich dafür bedanken, dass sie immer kurzfristig ansprechbar war und mit ihrer gut gelaunten und äußerst empathischen Art immer zu motivieren verstand.

Frau Dr. med. Almuth Noack, die mich besonders in der Anfangsphase meiner Arbeit mit konstruktiver Kritik wesentlich unterstützt hat.

Herrn Prof. van den Bussche, Institut für Allgemeinmedizin, für seine engagierte Betreuung vor allem in der späteren Phase der Arbeit.

Frau Dr. med. Anne Barzel für die Hilfe bei der Rekrutierung der Patienten sowie ebenfalls Herrn Dr. med. Andreas Meyer und Herrn Dr. med. Hans-Jürgen Mensching.

Frau Kerstin Schrom, Institut für Allgemeinmedizin, für das stets offene Ohr, die außergewöhnliche Hilfsbereitschaft sowie die geduldige technische Unterstützung bei der Realisation der Arbeit und die Korrektur des Manuskriptes.

Meiner Mutter, die mir vor allem aber nicht allein durch die Betreuung meiner Kinder während des Studiums und der Erstellung dieser Arbeit eine wertvolle und unentbehrliche Stütze war.

Meiner Familie und meinen Freunden, die mir in unterschiedlichster Weise immer wieder unterstützend und beratend mit Anregungen, Diskussionen und konstruktiver Kritik bei Seite standen.

# Lebenslauf

Geboren am 27.12.1964 in Hamburg, Staatsangehörigkeiten Deutsch und Portugiesisch

## AUSILDUNG UND BERUF

- 8/70            Einschulung Grundschule Hamburg-Meckelfeld
- 8/74            Einschulung Helene-Lange-Gymnasium, Hamburg-Harvestehude
- 6/83            Abitur am Helene-Lange-Gymnasium, Hamburg-Harvestehude (Note 2,4)
- 8/83-12/83    Vorstudienpraktikum beim DRK, Krankenhaus Rissen (Innere Medizin)
- 4/84            Immatrikulation Romanistik, Universität Hamburg
- 6/90            Magister Romanistik, Universität Hamburg (Note: gut)  
Hauptfach Portugiesisch, Nebenfächer Spanisch und Journalistik
- 6/90 - 9/91    Journalistisches Volontariat NDR Magazin, Hamburg
- 10/91 - 6/93   Redakteurin NDR Magazin, Themen Verlag, Hamburg
- 7/93 – 10/01   Redakteurin Frauenzeitschrift *petra*, Jahreszeiten Verlag Hamburg
- 10/99           Immatrikulation Humanmedizin, Universität Hamburg
- 4/01-9/05    Tutorin Berufsfelderkundung am Institut für Allgemeinmedizin, UKE
- 4/03            Physikum, Universität Hamburg
- 12/07           Approbation Humanmedizin, Universität Hamburg (Note gut)
- 10/03           Beginn der Erstellung der Dissertation „Krankheitskonzepte von Hypertonikern“ am Institut für Allgemeinmedizin,UKE
- seit 4/08      Weiterbildungsassistentin am Klinikum Itzehoe, Allgemeine Pädiatrie
- 04/09           Antrag auf Zulassung zur Promotion, Medizinische Fakultät, Universität Hamburg

## PRIVAT

- 7/95            Geburt Tochter Ana Teresa
- 12/97           Heirat Johannes Röhrig, Journalist (Hamburg)
- 5/98            Geburt Tochter Marilena

## WISSENSCHAFTLICHE PUBLIKATON

Der Roman „Mandei-lhe uma boca“ von Olga Gonçalves als Darstellung gesellschaftlicher Probleme, Wissenschaftliche Hausarbeit zur Erlangung des akademischen Grades eines Magister Artium. Universität Hamburg, Romanisches Seminar, Literaturwissenschaften, 1989

# Eidesstattliche Versicherung

Ich versichere ausdrücklich, dass ich die Arbeit selbstständig und ohne fremde Hilfe verfasst, andere als die von mir angegebenen Quellen und Hilfsmittel nicht benutzt und die aus den benutzten Werken wörtlich oder inhaltlich entnommenen Stellen einzeln nach Ausgabe (Auflage und Jahr des Erscheinens), Band und Seite des benutzten Werkes kenntlich gemacht habe.

Ferner versichere ich, dass ich die Dissertation bisher nicht einem Fachvertreter an einer anderen Hochschule zur Überprüfung vorgelegt oder mich anderweitig um Zulassung zur Promotion beworben habe.