

1 Einleitung

Wenn eine Person im Zuge der Bewältigung ihrer chronischen Erkrankung auf ärztliche Hilfe zurückgreift, unterliegt die Zusammenarbeit mit dem Arzt neben den eigenen Erwartungen, Werthaltungen und Ressourcen sowie denen des Arztes, rechtlichen, gesellschaftlichen und ökonomischen Einflüssen und Beschränkungen (vgl. Abbildung 1). Für den Patienten werden diese Einflüsse unterschiedlich direkt spürbar: Zum Beispiel durch das Verschreibungsverhalten des Arztes, durch Ansprüche der sozialen Umwelt, durch Kostenübernahmen durch die Krankenkasse oder deren Verweigerung. Der ambulant behandelnde Arzt bzw. die Zusammenarbeit dieses Arztes mit dem individuellen Patienten kann als Schnittstelle zwischen den gesellschaftlichen Rahmenbedingungen und dem einzelnen Patienten verstanden werden. Ich sehe somit den Entscheidungsspielraum von Arzt und Patient jenseits ihrer individuell gestalteten Zusammenarbeit begrenzt durch rechtliche, politische und ökonomische Bedingungen.

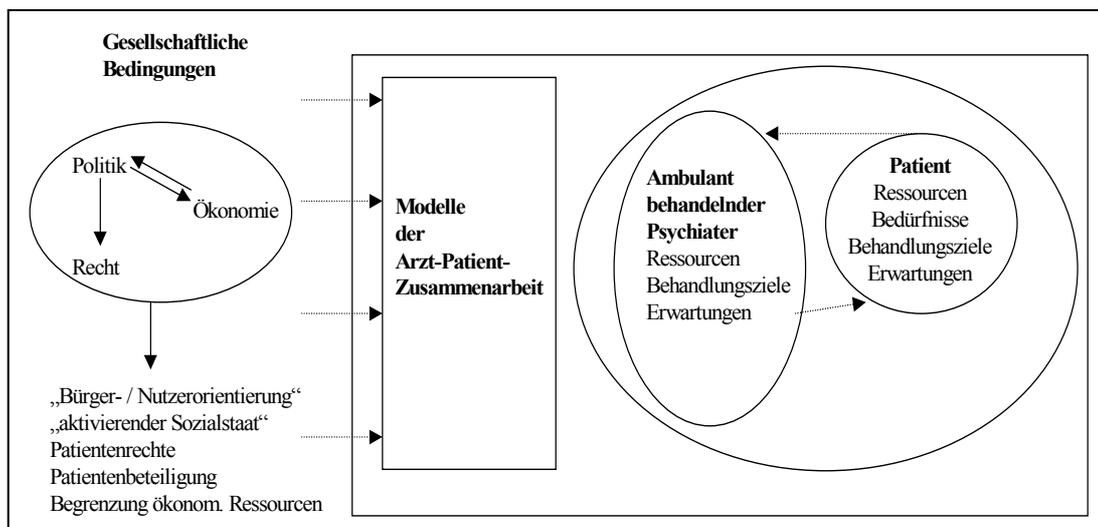


Abbildung 1: Rahmenbedingungen der Arzt-Patient-Zusammenarbeit

Dabei befindet sich die Arzt-Patient-Zusammenarbeit in vielen „westlichen“ Gesellschaften in einem Wandel. Das von Parsons beschriebene und lange Zeit gültige paternalistische Modell, das dem Patienten eine passive, befolgende Rolle und dem Arzt als medizinischem Experten eine aktive, entscheidende, und den Patienten für die Zeit seiner Krankheit von Verantwortung entlastende Rolle zuschreibt, wird zunehmend abgelehnt. Statt dessen wird eine Stärkung der Position

des Patienten in der Zusammenarbeit mit dem Arzt gefordert. Die Stärkung der Patientenrechte, die Sichtweise vom Patienten als selbstbestimmtem Nutzer des medizinischen Systems, die Reduktion der Machtasymmetrie zwischen Arzt und Patient, eine partnerschaftliche Zusammenarbeit oder Kooperation zwischen Arzt und Patient, Partizipation der Patienten an Behandlungsentscheidungen, Bürgerorientierung und der sog. „aktivierende Sozialstaat“ sind Schlagworte, die hier häufig genannt werden. Ein hohes Maß an Informiertheit des Patienten gilt als Schlüssel zu dessen Beteiligung an Behandlungsentscheidungen.

Die Meinungs- und Entscheidungsträger in diesem Prozess sind vor allem an einer Senkung der Kosten im Gesundheitswesen interessiert. Sie erhoffen sich von einer Stärkung des Patienteneinflusses einerseits eine erhöhte Kontrolle ärztlichen Verhaltens um beispielsweise doppelte Untersuchungen zu vermeiden sowie andererseits eine größere Bereitschaft der Patienten, Behandlungspläne zuverlässig umzusetzen und sich so gesundheitsförderlich zu verhalten (Stichwort: Erhöhung der Compliance). Ausgerichtet auf Ökonomisierung und Effizienz ändert sich das Bild der Interaktion zwischen Arzt und Patient und wird verstärkt unter Dienstleistungs-, Wirtschaftlichkeits- und Kontrollaspekten diskutiert (Dencker & Liberman, 1995; Kranich, 1999; Koerfer, Köhle & Obliers, 1994). Dabei werden Mitwirkungsrechte des Patienten als wesentliche Bedingung für die Effizienz- und Qualitätssteigerung aufgefasst (Badura, 1999; Schwartz, 1999).

Aber auch Patienten treten dem Arzt gegenüber immer häufiger als mündige Bürger auf und fordern Information und Selbstbestimmung (vgl. Koerfer, Köhle & Obliers, 1994). Verbraucherverbände und Betroffenenorganisationen betonen ebenfalls dieses Recht und erhalten einen wachsenden Einfluss auf die öffentliche Meinung und gesundheitspolitische Entscheidungen (Jazbinsek, 1999).

Hinter den derzeit diskutierten Modellen der Arzt-Patient-Zusammenarbeit steht das Ideal eines autonomen, selbst verantwortlichen, entscheidungsfähigen und -willigen Patienten. Viele der Studien, die in diesem Kontext gemacht wurden, untersuchen die Anwendbarkeit der Konzepte in einem eng umgrenzten Gebiet, nämlich der konkreten Entscheidungssituation.

Es war daher Ziel des vorliegenden Projektes, chronisch psychisch kranke Patienten mit Psychosen, deren Einwilligungsfähigkeit aus juristischer und ärztlicher Perspektive zeitweise als eingeschränkt gilt, im ambulanten Behandlungskontext zu untersuchen. Es sollte erforscht werden, inwieweit die propagierten Modelle der

Patientenpartizipation in einem Kontext anwendbar und realisierbar sind, in dem bestimmte Voraussetzungen wie z.B. die Möglichkeit zur Absicherung durch Klinikaufenthalt oder die unterstellte vernünftige Entscheidung des Patienten zeitweise nicht erfüllt sind.