

2 Ausgangspunkt der Untersuchung: Forschungsstand, Literatur und eigene Erfahrungen

Das folgende Kapitel hat das Ziel, die Konzepte deutlich zu machen, die meinen Zugang zum Forschungsgegenstand begleitet und gelenkt haben. Nach Strauss & Corbin (1996) versteht man unter der theoretischen Sensibilität des Forschers dessen „Fähigkeit, Einsichten zu haben, den Daten Bedeutung zu verleihen, die Fähigkeit, zu verstehen und das Wichtige von Unwichtigem zu trennen.“ (S. 25). Sie kann erhöht werden durch das Studium einschlägiger Literatur, durch Berufserfahrungen des Forschers und durch dessen persönliche Erfahrungen. Während diese Konzepte in Form von Theorien, Forschungsergebnissen und Vermutungen dem Forscher helfen, den Blick auf bestimmte Phänomene zu richten, bergen sie gleichzeitig die Gefahr, andere zulässige Interpretationen zu vernachlässigen und den Blick zu starr auf ein eng umgrenztes Phänomen zu richten. Um diese Gefahr einzugrenzen, ist es neben der Teilnahme an Forschungsgruppen hilfreich, die Vorannahmen explizit zu machen und so den Leser der Arbeit in die Lage zu versetzen, den Weg der Ergebnisfindung nachzuvollziehen (vgl. hierzu Wolff, 1995).

Diesem Ziel verpflichtet, beleuchtet Kapitel 2.1 durch eine Zusammenschau aktueller Forschungsergebnisse und anderer Publikationen zunächst die Rahmenbedingungen der Arzt-Patient-Zusammenarbeit aus rechtlicher, gesellschaftlicher, politischer und ökonomischer Perspektive. Anschließend werden einschlägige Modelle der Arzt-Patient-Zusammenarbeit dargestellt, die theoretischer Hintergrund bei der Konzeption dieser Arbeit waren. Am Schluss des Kapitels wird verdeutlicht, inwieweit aus dem Dargestellten die Relevanz und Konzeption dieser Untersuchung folgt.

In Kapitel 2.2 beschreibe ich meine Vorerfahrungen aus anderen Forschungsprojekten und die Erfahrungen im Umgang mit diesem Forschungsfeld. Dabei verdeutliche ich, wo die Schwierigkeiten der Anwendbarkeit der in der Literatur beschriebenen Konzepte bereits in der Planungsphase des Projektes lagen.

2.1 Stand der Forschung und einschlägige Literatur

2.1.1 Rechtliche Grundlagen der medizinischen Behandlung

Den normativen Handlungsrahmen der Arzt-Patient-Beziehung stellt aus zivilrechtlicher Perspektive der Arztvertrag dar. Das bedeutet, die Zusammenarbeit zwischen Arzt und Patient wird als Rechtsverhältnis aufgefasst, was dem Patienten erlaubt, ggf. mit juristischen Schritten gegen einen Arzt vorzugehen (Höfling & Lang, 1999).

Durch Artikel 2 des Grundgesetzes ist weiterhin festgelegt, dass die Einwilligung des Betroffenen Voraussetzung für jede Heilbehandlung ist. Damit stellt das Verfassungsrecht einen weiteren zentralen Bezugspunkt in der Arzt-Patient-Zusammenarbeit dar. Das Bundesverfassungsgericht führt hierzu aus: „Die Entscheidung über einen ärztlichen Eingriff steht grundsätzlich den betroffenen Patienten zu. Art. 2 Abs. 2 Satz 1 GG gewährleistet das Recht auf Leben und körperliche Unversehrtheit als Freiheitsrecht und macht deshalb den ärztlichen Heilversuch vom Willen des Patienten abhängig“ (BverfGE 89, 120 [130], zitiert nach Höfling & Lang, 1999).

Wenn es sich nicht um eine Notfallversorgung handelt, gilt eine ohne oder gegen die Zustimmung des Betroffenen durchgeführte Behandlungsmaßnahme juristisch als tatbestandsmäßige Körperverletzung und ist damit strafbar (Brill, 1998, Höfling & Lang, 1999). Hiermit ist ein Bezug zum Strafrecht gegeben.

Auch das Arzthaftungsrecht ist von dem Selbstbestimmungsrecht der Patienten maßgeblich geprägt. Dabei stellt „die Pflicht des Arztes zur Aufklärung eine Hauptpflicht des Behandlungsvertrages dar (...), deren Verletzung den Arzt schadensersatzpflichtig machen kann.“ (Höfling & Lang, 1999, S. 21). Das heißt, der im Grundgesetz festgeschriebenen Selbstbestimmungsfreiheit des Patienten entspricht in der Arzt-Patient-Beziehung eine grundrechtliche „Notwendigkeit der Aufklärung“ des Patienten durch den Arzt. Rothärmel bezeichnet den sogenannten „Informed Consent“, die Zustimmung des Patienten zu einer Behandlung nach einer umfassenden Aufklärung durch den Arzt, als „den Schlüssel zu sämtlichen Patientenrechten“ (Rothärmel, 1999, S.33). Die Pflicht zur informierten Zustimmung wurde erstmals im Nürnberger Ärzte Kodex festgehalten, als amerikanische Richter versuchten, über im Nationalsozialismus engagierte Ärzte zu richten und dabei feststellten, dass sowohl die amerikanische als auch die deutsche Medizin bis dahin

keine Grenzen vereinbart hatte, mittels derer die Verwertung von Menschen zur fremdnützigen Forschung durch die NS-Mediziner eindeutig als kriminell hätte bewertet werden können (Dörner, 2003).

In der sog. Selbstbestimmungsaufklärung ist seitdem der Arzt angehalten, den Patienten adäquate und verständliche Informationen über Diagnose, Absicht, Methode, voraussichtliche Dauer und erwarteten Nutzen der vorgeschlagenen Behandlung sowie über mögliche Schmerzen und Unannehmlichkeiten, Risiken und Nebeneffekte der Behandlungsmethode zu geben und alternative Behandlungsmethoden zu benennen (WHO, 1986; 1991, letzter Zugriff am 27.3.2004). Aufgrund der umfassenden Informationen, die der Patient vom Arzt erhält, soll er in die Lage versetzt werden, eine rationale Entscheidung über den weiteren Verlauf der Behandlung zu treffen (Rothärmel, 1999; vgl. auch Linden, Nather & Wilms, 1988). Das Informed-Consent-Paradigma beinhaltet demnach eine Beteiligung des Patienten an der Behandlungsplanung insofern, als eine gemeinsame Entscheidungsfindung zwischen Arzt und Patient stattfinden muss, bevor eine Intervention beginnt (vgl. Charles, Gafni & Whelan, 1997).

Problematisch an diesem Grundsatz ist jedoch, dass die wichtige Grundlage der „umfassenden Tatsachenkenntnis“ (Rothärmel, 1999, S.33) nicht immer als gegeben angesehen werden kann und gleichzeitig nicht überprüfbar ist. Somit ist es schwierig, einem Arzt ggf. nachzuweisen, dass er einen Patienten vorsätzlich nicht umfassend informiert hat.

Verschiedene Gründe können dazu führen, dass nicht alle zur Verfügung stehenden Informationen von den Ärzten gegeben bzw. von den Patienten eingefordert werden. Mangelnde Zeit (vgl. Beisecker & Beisecker, 1990) kann dafür ebenso ein Grund sein wie das absichtliche Vorenthalten von Informationen seitens des Arztes, weil er sonst eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes des Patienten befürchtet (sog. „therapeutisches Privileg“), oder weil er selbst eine bestimmte Behandlungsmethode aufgrund vielfältiger Gründe vorzieht. Zudem ist allein die Menge an verfügbarer Information so groß, dass die Ärzte gezwungen sind, eine Auswahl derjenigen Informationen zu treffen, die sie für relevant für die Entscheidungsfindung halten. Es ist weiterhin möglich, dass der Arzt zwar alle wichtigen Alternativen benennt, sie jedoch in einer Weise vorträgt, die dem Patienten, der sich als medizinischer Laie zwangsläufig am Arzt orientiert, eine bestimmte Wahl suggeriert.

Des Weiteren kann die Informationsvermittlung dadurch behindert werden, dass medizinische Logik häufig nicht der Logik eines Laien entspricht und dass ggf. medizinisches Hintergrundwissen auch auf Seiten des Patienten notwendig wäre, damit der Patient den Arzt verstehen bzw. eine „vernünftige“ Entscheidung nach medizinischen Kriterien treffen könnte.

Aber auch eine mangelhafte Informationsverarbeitung der Patienten z.B. aufgrund von Stress oder Scheu, bei Nichtverstehen nachzufragen, kann dazu führen, dass eine wirkliche *informierte* Zustimmung nicht als gegeben vorausgesetzt werden kann. Schließlich gibt es Patienten, die bewusst manche Informationen über ihre Krankheit oder die geplante Behandlung nicht haben wollen und es vorziehen, vollständig auf den Arzt als Experten zu vertrauen.

Obwohl auch psychisch Kranken gegenüber Fremdbestimmung „nur im Ausnahmefall und nur im wohlverstandenen Interesse des Patienten angewendet werden“ (Waldschmidt, 1999, S. 115) soll, ist die Anwendung des Informed Consents auf diese Patientengruppe besonders problematisch, denn „das Arztrecht [und damit das Aufklärungsrecht des Patienten] ist immer noch ausschließlich auf den erwachsenen Normalpatienten, das heißt, den Einwilligungsfähigen, zugeschnitten.“ (Rothärmel, 1999, S.33). Denn aus ärztlicher und juristischer Sicht sind Personen, die sich im Zustand einer akuten Psychose befinden, nur eingeschränkt einsichtsfähig (vgl. Fegert, 1999). Gleichzeitig ist die akute Psychose jedoch der Anlass der Behandlung in einer psychiatrischen Klinik, so dass es aus ärztlicher Sicht nicht möglich erscheint, mit der Behandlung erst dann zu beginnen, wenn der Patient wieder voll in der Lage zur informierten Einwilligung ist. Fegert (1999) empfiehlt hier, Patientenaufklärung als kontinuierlichen Prozess zu begreifen, also Aufklärungsgespräche mit den schon behandelten Patienten zu einem Zeitpunkt zu führen, zu dem deren Zustand sich bereits gebessert hat und die Patienten in der Lage sind, Anteil an der vom Arzt im Akutzustand getroffenen Behandlungsentscheidung zu nehmen.

Psychisch Kranke sind von weiteren Eingriffen in das Selbstbestimmungsrecht betroffen: Liegen Anzeichen für eine akute Selbst- oder Fremdgefährdung bei dem Betroffenen vor, gestatten Gesetze eine Unterbringung der Person auch gegen oder ohne deren Willen in psychiatrischen Krankenhäusern und anderen geeigneten Einrichtungen. Wenn eine Person ihre Angelegenheiten ganz oder teilweise nicht mehr besorgen kann und andere Hilfsmöglichkeiten wie z.B. die Familie, Bekannte

oder soziale Dienste nicht zur Verfügung stehen, kann zusätzlich einem amtlicher Betreuer stellvertretend diese Aufgabe übertragen werden (vgl. Gesetz für psychisch Kranke (PsychKG), Berlin, Fassung vom 24.2.1994).

In den letzten Jahren werden zunehmend sog. Vorausverfügungen von den Patienten eingesetzt, um das Recht auf Mitbestimmung auch in der akutpsychiatrischen Behandlung zu erhalten. Hierin beschreiben sie die von ihnen gewünschten oder strikt abgelehnten Behandlungsformen. Um zu vermeiden, dass ein fremder amtlicher Betreuer eingesetzt wird, verfassen immer mehr Betroffene sog. Vorsorgevollmachten. Darin ist - ggf. notariell beglaubigt - schriftlich eine Person ihres Vertrauens festgelegt, die stellvertretend die Interessen des Patienten wahrnimmt, falls er „aufgrund einer psychischen Erkrankung [...] [seine] Angelegenheiten ganz oder teilweise nicht mehr selbst besorgen [kann] und / oder [ihr] Selbstbestimmungsrecht in persönlichen Angelegenheiten [nicht mehr selbst] rechtswirksam ausgeübt werden kann.“ (Psychiatrieerfahrenen Info-Netz: <http://www.vo-vo/vovo.htm>, letzter Zugriff am 24.2.2004).

Eine weitere Form der schriftlichen Fixierung der Behandlungswünsche der Patienten stellen die sog. Behandlungsvereinbarungen dar: Patienten und Ärzte entscheiden gemeinsam im Voraus, wie im Falle einer mangelnden Einwilligungsfähigkeit des Patienten die Behandlung gestaltet wird (<http://www.psychiatrie.de>, letzter Zugriff am 23.2.2004). In dieser Art der Vorausverfügung werden Angaben gemacht über einzubeziehende Vertrauenspersonen, aber auch über die durchzuführenden und nicht durchzuführenden Behandlungsmaßnahmen (Brill, 1998). Brill verweist außerdem auf den in München entwickelten „Krisenpass für Menschen mit Psychoseerfahrung“, den die Betroffenen immer bei sich tragen und der im Falle der akuten Psychose unter anderem Auskunft darüber gibt, ob und mit welcher Einrichtung eine Behandlungsvereinbarung abgeschlossen wurde, welche Medikamente schon einmal hilfreich waren bzw. welche nicht vom Patienten gewünscht werden, welche Form der Behandlung bevorzugt wird und welche Personen benachrichtigt werden sollen.

Höfling und Lang (1999) zeigen die Grenzen der juristischen Regulierung der Arzt-Patient-Beziehung auf. Sie führen das Beispiel von Organtransplantationen an. In Großbritannien werde die Priorität bei der Vergabe der in zu knapper Zahl zur Verfügung stehenden Spenderorgane anhand des Alters der Empfänger in dem Sinne

festgelegt, dass alte Patienten eine deutlich geringere Chance auf „Zuteilung“ eines Spenderorgans hätten. Rein rechtlich habe jedoch jeder Patient das gleiche Recht auf eine umfassende Behandlung und darauf, dass ihm alle zur Verfügung stehenden Behandlungsmaßnahmen zuteil würden. Es entstünde ein Zwiespalt, der nur auf der Basis eines breiten gesellschaftlichen Konsenses zu lösen sei. Hier sei der Gesetzgeber gefordert, „verfassungskompatible Entscheidungshilfen zu normieren“ (S. 24).

Die umfassende Aufklärung durch den Arzt ist auch bedroht durch das ins Sozialgesetzbuch aufgenommene Wirtschaftlichkeitsgebot (§§ 12, 79, 72 SGB V, zitiert nach Höfling & Lang, 1999), denn dadurch entsteht ein potentieller Konflikt zwischen dem Gesetz und dem Arztvertragsrecht. Einerseits ist der Arzt im Sinne des Behandlungsvertrages verpflichtet, den Patienten nach dem Stand der gegenwärtigen wissenschaftlichen Erkenntnis zu behandeln. Andererseits verpflichtet ihn das Wirtschaftlichkeitsgebot unter den Bedingungen zunehmender Ressourcenkonflikte nur noch zu einer bestmöglichen Behandlung. Dabei bleibt offen, worauf sich die Behandlungs- und Aufklärungspflicht des Arztes bezieht – ob er den Patienten über die bestmögliche oder nur über die wirtschaftlichste Behandlungsmethode aufklären muss (vgl. Höfling & Lang, 1999).

Auch O'Donovan kritisiert eine Sichtweise der Arzt-Patient-Beziehung, die zu stark die vertragliche Komponente berücksichtigt, als zu kurz greifend:

„Die auf Verträge bezogene Sprache erkennt natürlich die ökonomische Wirklichkeit der Medizin an; sie ist nicht gänzlich vermeidbar. Sie unterdrückt jedoch die Dimension des Geschenkes im Band zwischen Ärzten und Patienten: die Gabe der Gesundheit, die durch den begabten Heiler umsorgt werden muss (...). Die Medizin in vertraglichen, finanziellen Begriffen zu verstehen („Unsere Patienten sind unsere Kunden“), vermindert ebenfalls unsere Gemeinschaftserfahrung und kann grob unrealistisch sein hinsichtlich des Schweregrades der tatsächlichen Bedrohungen der menschlichen Gesundheit (...)“ (O'Donovan, 2003, S. 2806).

Somit weisen Kritiker auf den entscheidenden Punkt hin, dass die rechtliche Absicherung der Patienten allein noch keine Stärkung ihrer Position im Kontakt zu den Ärzten bedeuten muss. Die rein formale Betonung der Rechte der Patienten vernachlässigt die für die Behandlung entscheidende Komponente des Vertrauensverhältnisses zwischen Ärzten und Patienten. Viele Entscheidungen, die

im medizinischen Kontext getroffen werden, benötigen außerdem zusätzlich eine Absicherung aus ethischer Perspektive.

Konsequenzen für diese Arbeit: Aus rechtlicher Perspektive gelten Patienten in Psychosen zeitweise als nicht einwilligungsfähig. Diagnostiziert der Arzt eine akute Eigen- oder Fremdgefährdung, ist eine Behandlung auch gegen den erklärten Willen des Patienten rechtlich abgesichert. Es ist davon auszugehen, dass diese Tatsache die Zusammenarbeit zwischen psychoseerfahrenen Patienten und ambulant behandelnden Psychiatern insofern beeinflusst, als dass besonders den Patienten diese Grenze der Mitbestimmung immer bewusst ist. Gleichzeitig gilt grundsätzlich auch für diese Patientengruppe das Selbstbestimmungsrecht, dem durch die Notwendigkeit zum Informed Consent Rechnung getragen wird.

Um zu untersuchen, wie partizipative Zusammenarbeit innerhalb dieser Grenzen etabliert werden kann, stellt die Patientengruppe Psychoseerfahrener daher ein interessantes Forschungsfeld dar.

2.1.2 „Aktivierender Sozialstaat“ und Bürgerorientierung vor dem Hintergrund schwindender ökonomischer Ressourcen

Zunehmend wird in der Bundesrepublik Deutschland ein stärkerer Einbezug der Bürger, Versicherten und Patienten in die Gestaltung und Organisation des Gesundheitssystems gefordert. Unter dem hierfür gebräuchlichen Begriff der Bürgerorientierung im Gesundheitswesen versteht man eine „Perspektive der Gesundheitssystemgestaltung, in der es um Selbstbestimmung, Schutz und Beteiligung von Bürgern, Versicherten und Patienten (...) geht. Angesprochen sind dabei Fragen der verbesserten Information und Transparenz, des Ausbaus von Patientenrechten und Verbraucherschutz, Fragen der Qualitätsentwicklung sowie nicht zuletzt Probleme der Partizipation an Entscheidungen im Gesundheitswesen.“ (Badura & Schellschmidt, 1999, S. 153).

Vor dem Hintergrund limitierter Ressourcen und dem Bestreben, dennoch eine gesundheitliche Versorgung zu gewährleisten, die auch einkommensschwachen Personen eine ausreichend gute (nicht zwingend die beste!) medizinische Behandlung garantiert, werden Reformmodelle diskutiert, die sich durch eine Verbindung von wohlfahrtstaatlichem Anspruch und wettbewerblicher Steuerung

auszeichnen (vgl. Sachverständigenrat für die konzertierte Aktion im Gesundheitswesen, 1997, Band II). Dabei verbinden sich zunehmend markt- und sozialliberale Positionen. Im Kabinettsbeschluss vom 01.12.1999 hat die sozialdemokratisch-grüne Bundesregierung das Programm „Moderner Staat – Moderne Verwaltung“ verabschiedet, in dem die Ziele ihrer Politik zusammengefasst sind. „Eigenverantwortung und aktivierender Sozialstaat“ sind hier wichtige Gestaltungsmaximen (vgl. Bundesregierung, 2002, letzter Zugriff am 19.3.2004). Darunter fallen Ziele wie die Selbstregulierungskräfte der Gesellschaft zu stärken, Bürgerengagement und Gemeinwohlorientierung zu fördern und die Eigenverantwortung des Einzelnen hervorzuheben (vgl. Wohlfahrt, 2003). Dazu werden Selbsthilfe, Eigenverantwortung und Risikobereitschaft vom Einzelnen gefordert. Er soll gesellschaftliche Belange selbst in die Hand nehmen und sich stärker als bisher an den Erfordernissen einer sozialen Ordnung orientieren. Der Staat wird nicht mehr in der kompletten Verantwortung für das Wohlergehen des Einzelnen gesehen. „Der Staat ist ‚diskursiv‘ und ‚fördert‘ weiterhin (investment in human capital), ‚fordert‘ aber gleichzeitig auch eine Gegenleistung und verabschiedet sich damit vom Versorgungsmodell des keynesianischen Wohlfahrtsstaates einschließlich seiner makroökonomischen Steuerungsinstrumente.“ (Wohlfahrt, 2003, S. 4).

Bezüglich einer kritischen Betrachtungsweise der Ausweitung von Bürgerbeteiligung ist der Artikel von White (2000) sehr aufschlussreich. Die Autorin macht deutlich, dass nicht alle Teilnehmer in Verhandlungen dieselben Voraussetzungen hätten, ihre Interessen durchzusetzen. Asymmetrische Machtstrukturen würden vernachlässigt, wenn man die Bürgerbeteiligung an sich schon als demokratischen Ausdruck eines „öffentlichen Willens“ ansehen würde. White macht darauf aufmerksam, dass in vielen Fällen die Bürgerbeteiligung durch gerade diejenigen betont werde, die zentrale Rollen in diesen Entscheidungssystemen inne hätten. Die „Insider“ beherrschten die Strukturen und Regeln der Entscheidungsprozesse viel besser als neu hinzu kommende Bürger bzw. Laien. Außerdem seien Ärzte und andere Experten in den Entscheidungsgremien gerade aufgrund ihrer allgemein unterstellten Expertise dort hinein berufen worden. Laien hingegen verfügten kaum über ein anerkanntes Expertentum und es bestehe deshalb leicht die Gefahr, dass deren Forderungen eher mit höflichem Interesse begegnet werde, als dass man sie ernsthaft zur Entscheidungsgrundlage mache. White (2000) zitiert Arnstein (1969), die ein

Instrument entwickelt hat, das es erlaubt, Abstufungen von Partizipation zu erfassen. Das, was als Partizipation „verkauft“ wird, stellt sich anhand dieser Untersuchung oft als Therapie oder Manipulation heraus, da Laien ermutigt werden, zu partizipieren, um ihr Wohlbefinden zu steigern oder weil sie Ressourcen wie Informationen liefern bzw. ihr Einbeziehen eine gute Wirkung auf die Öffentlichkeit hat. Eine wirkliche Beteiligung der Laien an Entscheidungen, ein Teilen der Macht, hat demnach nur selten stattgefunden. Brachet (1994) weist zwar nach, dass inzwischen viele Projekte auf der Skala der Beteiligung nach oben gewandert seien, also tatsächlich ein größeres Maß an Macht an die Laien delegiert werde. Dennoch macht White deutlich, dass Laienpartizipation im Gesundheitssystem häufig von den Entscheidungsträgern (die keine Laien sind), so angelegt wird, dass aus ihr kein wirklich destabilisierender Effekt entstehen kann. Zum Beispiel, indem sie Personen aussuchen, die sie bereits kennen und die eine Verbindung zum Gesundheitssystem haben und deren Handeln eher auf Gesellschaftsinteressen als individuellen Laieninteressen ausgerichtet ist. Oder indem sie durch nur unregelmäßig stattfindende Beratungen dafür sorgen, dass keine verbindlichen Strukturen entstehen. Wenn verbindliche Strukturen etabliert würden, würden sie streng kontrolliert. In diesem Licht sei Laienpartizipation (oder Bürgerbeteiligung) ein widersprüchlicher Prozess, in dem zwar einerseits Laien ermutigt würden, sich zu engagieren, aber andererseits viel dafür getan werde, sie vom Expertensystem abhängig zu halten – zum Beispiel bezüglich notwendiger Informationen. Bürgerbeteiligung sei so weniger ein Prozess, der darauf angelegt sei, Laien zu empowern oder zu Entscheidungsträgern zu machen, sondern er führe eher dazu, die Macht der bestehenden Entscheidungsträger auszuweiten. Das heißt auch, dass das, was zunächst als hervorragendes Beispiel für praktizierte Demokratie gehalten werden kann, sich als Prozess der Entdemokratisierung interpretieren lässt: Wenn Entscheidungen zunehmend von einzelnen Experten getroffen werden und die Bürger, Patienten etc. nur noch den *Eindruck* haben, beteiligt worden zu sein, anstatt je wirklich Einfluss gehabt zu haben, ist dies eine Entwicklung, die die Partizipation der Nicht-Experten und Nicht-Entscheidungsträger unter dem Deckmantel der Beteiligung und „Aktivierung“ beschneidet.

Für die Arzt-Patient-Zusammenarbeit weist Eisenberg (1997) darauf hin, dass die Bereitschaft der Patienten, eine Behandlung aufrecht zu erhalten und sich entsprechend den Behandlungsanweisungen des Arztes zu verhalten, mit deren

Zufriedenheit steigt, die wiederum von ihrem Gefühl abhängt, an Entscheidungen beteiligt worden zu sein. Laienpartizipation sei auf diese Weise ein gutes Mittel des Risikomanagements. Und auch auf einer höheren gesellschaftlichen Ebene führe die Laienpartizipation immer noch zu geringeren Kosten, als wenn man die Bürger nicht beteilige: Wenn man ihnen das Gefühl gebe, beteiligt worden zu sein, rentiere sich der zunächst etwas höhere Aufwand bald, da größere Proteste nach Einführung der Reformen oft ausblieben.

Das von der Bundesregierung propagierte Ziel der Aktivierung des einzelnen Bürgers führt im Gesundheitswesen zu einem veränderten Rollenverständnis der involvierten Akteure. Besonders die Ärzte werden zunehmend kritisiert und in ihrer Rolle als alleinige Experten in der Behandlung in Frage gestellt. Badura & Schellschmidt (1999) begreifen die Bürgerorientierung im Gesundheitswesen auch als Reaktion auf das erschütterte Vertrauen der Patienten in die Ärzte und deren Verlust an professioneller Akzeptanz.

Bei den aktuell diskutierten und in der Gesundheitsreform (s.u.) verabschiedeten Reformideen geht es um eine Beteiligung der Patienten sowohl auf kollektiver Ebene, zum Beispiel bezüglich der Gestaltung von Strukturen und Formen der Leistungserbringung, als auch auf individueller Ebene, wie zum Beispiel der direkten Zusammenarbeit von Arzt und Patient. Umfassende, dem Patienten zu vermittelnde Informationen sowie eine Vertrauensbasis zwischen Arzt und Patient werden als wichtige Voraussetzungen für das Gelingen dieser „sehr spezifischen Dienstleistungsbeziehung“ (Badura & Schellschmidt, 1999, S.155) gesehen. Die Patienten sollen mehr in die Diagnostik einbezogen, aber auch an der Auswahl der Behandlungsmethoden beteiligt werden. Auch die Möglichkeit direkten Feedbacks über die Erfolge der Behandlung wird als wichtiges Mittel der Stärkung der Patientenbeteiligung gesehen. Schließlich gehe es, so Badura & Schellschmidt, um ein stärkeres Einbeziehen der Patienten in die Entwicklung von Behandlungsstandards, Leitlinien und evidenzbasierter Medizin.

Am 1.1.2004 ist in der Bundesrepublik Deutschland die Gesundheitsreform in Kraft getreten. Hier wird der Versuch der Verknüpfung von Effizienz und Kostensenkung im Gesundheitswesen mit der verstärkten Einbeziehung von Patienten besonders deutlich. Als Ziele der Gesundheitsreform formuliert die Bundesregierung:

„Die Gesundheitsreform macht den Weg frei zu (...) mehr Mitsprache und mehr Effizienz. Ziel der Gesundheitsreform ist vor allem, die Qualität und die Wirtschaftlichkeit der medizinischen Versorgung zu verbessern, die Transparenz auszubauen, die Eigenverantwortung und die Beteiligungsrechte der Patientinnen und Patienten zu verstärken, (...) den Wettbewerb weiterzuentwickeln (...) Bei allen Reformmaßnahmen stehen die Patientinnen und Patienten im Mittelpunkt und die Patientenrechte werden gestärkt.“ (Bundesregierung, 2004).

Es werde angestrebt, so der Text weiter, Patienten zunehmend in Entscheidungsprozesse der gesetzlichen Krankenversicherung einzubeziehen und ein erhöhtes Maß an Transparenz für sie zu schaffen. So könnten Patienten zum Beispiel zukünftig eine Quittung vom Arzt fordern, auf der Informationen über ärztliche Leistungen und Preise verzeichnet seien. Außerdem sollen Patienten- und Behindertenverbände Mitberatungsrecht in den Selbstverwaltungsgremien des Gesundheitswesens erhalten und auf Bundesebene ein Patientenbeauftragter die Anliegen der Patienten vertreten. Ziel dieser Maßnahmen sei eine „Stärkung der Patientensouveränität“. Zur „Verbesserung der Qualität der Patientenversorgung“ trage zudem ein neu zu gründendes „staatsunabhängiges Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen“ bei, das zum Beispiel Behandlungsleitlinien bewerten, aber auch Empfehlungen zu Disease-Management-Programmen abgeben solle. Neben den zumindest formal erweiterten Möglichkeiten der Patienten, sich zu informieren und auf Entscheidungsprozesse auf gesellschaftlicher Ebene Einfluss zu nehmen, bzw. mit zu beraten, beinhaltet das Gesetz jedoch auch eine Reduktion der Leistungen für Patienten und ein erhöhtes Maß an Beteiligung auf finanzieller Ebene. Patienten werden zu Zuzahlungen zu Arztbesuchen, Arzneimitteln und Krankenhausaufenthalten verpflichtet, sie müssen ihren Zahnersatz zukünftig außerhalb der gesetzlichen Krankenversicherung versichern, gleiches gilt für die Versicherung des Krankengeldes. Fahrtkosten zur ambulanten medizinischen Versorgung werden nur für bestimmte Patientengruppen, bei Schwerbehinderten bzw. bei gesonderter Verschreibung durch den Arzt erstattet. Unter der Mitwirkung von Patientenvertretern wurden die Richtlinien zur Definition schwerwiegender chronischer Erkrankungen beschlossen, die deshalb so relevant sind und in ihrer ersten Fassung für massive Proteste gesorgt hatten, weil von der diesbezüglichen Einstufung eines Patienten das Ausmaß seiner finanziellen Beteiligung an medizinischen Leistungen abhängt. Eine Krankheit gilt dann als

chronisch, wenn sie wenigstens ein Jahr lang, mindestens einmal pro Quartal ärztlich behandelt wurde und eines der folgenden Merkmale vorhanden ist:

- Pflegebedürftigkeit entsprechend Pflegestufe II oder III.
- Grad der Behinderung von mindestens 60 oder
- Minderung der Erwerbsfähigkeit von mindestens 60 %.
- „Es ist eine kontinuierliche medizinische Versorgung (ärztliche oder psychotherapeutische Behandlung, Arzneimitteltherapie, Versorgung mit Heil- und Hilfsmitteln) erforderlich, ohne die nach ärztlicher Einschätzung eine lebensbedrohliche Verschlimmerung der Erkrankung, eine Verminderung der Lebenserwartung oder eine dauerhafte Beeinträchtigung der Lebensqualität durch die aufgrund der Krankheit (...) verursachten Gesundheitsstörung zu erwarten ist.“ (vgl. Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Definition schwerwiegender chronischer Krankheiten im Sinne des § 62 SGB).

Nach diesen Kriterien können einige Patienten mit wiederkehrenden Psychosen als chronisch krank eingestuft werden.

Anhand der Ausführungen wird deutlich, dass die Bürgerorientierung im Gesundheitswesen und die Stärkung der Rolle der Patienten in der medizinischen Behandlung auch – oder maßgeblich – vor dem Hintergrund mangelnder finanzieller Ressourcen geschieht. Die Arzt-Patient-Zusammenarbeit wird zunehmend betrachtet unter Aspekten der Ökonomisierung und Effizienz. „Als Kunde umworben, [...] soll [der Patient] selbstbestimmt Produkte und Dienstleistungen erwerben.“ (Kranich, 1999, S. 6-7). Anbieter ist der behandelnde Arzt (Dencker & Liberman, 1995), dessen Handeln damit verstärkt an Wirtschaftlichkeit ausgerichtet ist und daran gemessen wird (vgl. Koerfer, Köhle & Obliers, 1994). Oder, anders formuliert: „Alles, was wir über den informierten Konsumenten wissen, ist, dass er [...] informationsfähig und mitentscheidungsfähig ist und wahrscheinlich eine der wichtigsten Ressourcen im Kampf gegen Unwissenheit, Qualitätsmängel und Verschwendung im Gesundheitswesen darstellt.“ (Schwartz, 1999, S. 9)

So sieht auch die Pharmaindustrie Patienten zunehmend in ihrer Eigenschaft als Kunden. Anstatt ausschließlich zu versuchen, das ärztliche Verschreibungsverhalten zu beeinflussen, nehmen diese Kontakt zu Betroffenen- und Angehörigenverbänden auf. Ziel ist es, dass diese auf der Grundlage der von den Pharmafirmen erhaltenen

Informationen und Vorschlägen zur Behandlungsdurchführung die behandelnden Ärzte zur Verschreibung spezieller Medikamente drängen (Zaumseil, 2000).

Der Arzt wird im Zuge dieser Entwicklungen immer deutlicher zum „gate keeper“ knapper gesellschaftlicher Ressourcen (Koerfer, Köhle & Obliers, 1994; Kühn, 1996), ihm fällt also eine Aufgabe zu, die keine primär ärztliche ist und die sogar ärztliches Handeln behindern kann. Vick & Scott (1998) bezeichnen Ärzte in dieser Situation als *Doppelagenten*, die sowohl im Sinne des Patienten als auch im Hinblick auf das Wohl der Gesellschaft handeln müssen. Man könnte hinzufügen: und zunehmend im Hinblick auf ihr eigenes Wohl, denn gerade niedergelassene Ärzte müssen auch den Erhalt ihrer Praxis gewährleisten – und dabei ihren eigenen Ansprüchen an ihr ärztliches Tun und ihren Werthaltungen im Umgang mit den Patienten gerecht werden. Dies wird besonders dann schwierig, wenn sie Leistungen in einem Umfang erbringen, der das Krankenkassenbudget überschreitet. Da ärztliche Leistungen prospektiv budgetiert sind, also im Voraus festgelegt wird, in welchem Umfang welche Leistungen pro Quartal von der Kasse erstattet werden, kann leicht die Situation entstehen, dass Ärzte schon vor Ende des Quartals das Budget ausgeschöpft haben und ab dann nicht mehr sicher gestellt ist, dass ihre weitere Arbeit von den Krankenkassen bezahlt wird. Einige Ärzte reagieren darauf, indem sie zum Ende des Quartals kaum noch Patienten annehmen, andere überschreiten das Budget wissentlich und sehen sich dann Regressforderungen gegenüber. Feuerstein & Kuhlmann (1999) bemerken dazu: „Während das leistungsbezogene Kostenerstattungssystem eher ökonomisch begründete Motive der Überversorgung in die Arzt-Patient-Beziehung einfließen ließ, orientieren moderne Kostenerstattungssysteme (feste Budgets, indikationsspezifische Pauschalen) exakt in die andere Richtung. Das Einkommensmotiv der Leistungsanbieter kann in aller Regel nicht mehr durch eigennützige Ausweitung, das heißt ein Übermaß an Diagnostik und Therapie, befriedigt werden, sondern viel eher schon durch die gezielte Einschränkung und Vorenthaltung medizinischer Maßnahmen. An Stelle der bestmöglichen Versorgung tritt das Konstrukt des medizinisch Notwendigen (vgl. Krimmel, 1997). Die konkrete Auslegung dessen, was medizinisch notwendig ist, hat sich zu einem Balanceakt zwischen professionellen Orientierungen und ökonomischen Zwängen entwickelt. Für die Arzt-Patient-Beziehung bedeutet dies vor allem, dass Patientinnen und Patienten nicht mehr sicher sein können, als wessen

Anwalt der Arzt handelt: als der des individuellen Kranken, als Anwalt seiner eigenen Interessen, als der des jeweiligen Leistungsanbieters oder als der des Versicherungssystems“ (S.10).

Dementsprechend beklagt die Deutsche Gesellschaft für Versicherte und Patienten (DGVP), dass vielen Patienten inzwischen aufgrund von fortschreitenden Kosteneinsparungen das Recht auf angemessene Behandlung verwehrt werde (DGVP, <http://www.dgvp.de/presse/>, letzter Zugriff am 24.11.1999). Ein Beispiel dafür ist die Verordnung atypischer Neuroleptika: Diese Medikamente ermöglichen vielen von Psychosen betroffenen Personen ein Leben mit weniger Einschränkungen als unter der Einnahme herkömmlicher Neuroleptika. Während Kliniken finanziell in der Lage sind, diese Medikamente in großem Umfang zu verschreiben, ist das bei niedergelassenen Psychiatern kaum der Fall, wollen sie das Arzneimittelbudget nicht überschreiten (vgl. Wimmer, <http://www.psychiatrie.de/utibin/shtml.dll/verlag/> letzter Zugriff am 24.11.1999). Doch nicht nur in Bezug auf die Verordnung kostenintensiver Medikamente sind die Ressourcen des niedergelassenen Arztes inzwischen deutlich beschränkt, auch der Faktor „Zeit“ im Gespräch mit Patienten erfährt eine immer stärkere Begrenzung.

Vor dem Hintergrund der Mittelknappheit und -beschränkung wird der Begriff der Patientenautonomie nach Feuerstein und Kuhlmann (1999) besonders fragwürdig. Denn ein Patient würde sich, wenn er wirklich autonom entscheiden könnte, vermutlich „für das medizinisch Optimale und nicht für das medizinisch (gerade noch) Notwendige entscheiden“ (S.11). Dennoch die Patientenautonomie zu betonen erlaube es, „geschickt inszeniert, auch ohne substantielle Realisierung“ (S.11), die Verantwortung an den Patienten zu delegieren.

Dadurch, dass Ärzte zunehmend vor dem Hintergrund mikroökonomischer Motive und Zwänge entscheiden würden, die in unterschiedlichem Ausmaß offen sichtbar wären, seien der „kontrollierende Blick der Versicherungen und die stumme Drohung juristischer Sanktionen“ (S.11) wichtige Einflussfaktoren auf die ärztliche Entscheidung und beschränkten die Entscheidungsautonomie der Ärzte. Hier entstünde ein Widerspruch, denn der implementierte Zwang zur Kosteneinsparung begrenze zum einen die ärztliche Autonomie, zum anderen erhöhe sich der Verantwortungsdruck gegenüber den Patienten und vor allem das Risiko, für unzureichende Diagnostik und Therapie in Regress genommen zu werden. Die Situation der Medizin in diesem Spannungsfeld beschreiben Feuerstein und

Kuhlmann (1999) wie folgt: „Aus professionspolitischer Perspektive ist die moderne Medizin (...) in eine Kompetenzfalle geraten. Denn die wachsenden Risiken, steigenden Kosten, sozialen Folgen und ethischen Probleme haben zu einer massiven Einflussnahme nicht-medizinischer Experten auf das medizinische System geführt“ (S.9). Daraus resultiere ein Dominanzverlust der Ärzte und eine Verschiebung der ärztlichen Rolle auf die von „Gesundheitstechnikern (...), die nach extern gesetzten Regeln handeln und eine extern sanktionierte Leistungsnachfrage bedienen müssen“ (S.9f.). Die Autoren prägen in diesem Zusammenhang den Begriff des Neopaternalismus. Sie verstehen darunter einen Paternalismus, der hinter ärztlicher Informationspolitik verborgen ist und der neben dem Wohl von Patientinnen und Patienten durchaus ökonomischen oder rechtlichen Motiven folgen kann. An die Stelle des aus der Fachkompetenz des Arztes abgeleiteten Paternalismus tritt so der auf ökonomischen Interessen begründete.

Konsequenzen für diese Arbeit: Die dargestellten gesellschaftlichen Prozesse pointieren stark den Aspekt der individuellen Freiheit und Verantwortlichkeit des Patienten für die eigene Gesundheit. Gleichzeitig werden medizinische Leistungen zunehmend gestrichen. Gerade für psychoseerfahrene Patienten, die häufig aufgrund ihrer Erkrankung über geringe finanzielle Ressourcen verfügen, kann daraus eine Benachteiligung entstehen.

Es ist möglich, dass diese Patientengruppe mit ihren besonderen Anforderungen an die ärztliche Behandlung die moderne Form der Gesundheitsversorgung eher als Vernachlässigung und Überforderung erlebt, weil sie nicht über die implizit notwendigen Eigenschaften verfügt, um in diesem Gesundheitssystem erfolgreich die eigene Lebenssituation zu managen.

Für die Arbeit des ambulanten Psychiaters bedeuten die Entwicklungen eine Erhöhung seines finanziellen Risikos. Wenn er als Unternehmer seine Praxis wirtschaftlich führen möchte, sind beispielsweise ausführliche Gespräche mit den Patienten eher zu vermeiden oder teure Medikamente wie atypische Neuroleptika nicht zu verschreiben und damit den Patientenwünschen ggf. nicht nachzukommen.

Es gibt also einen nicht primär medizinisch-fachlichen Kontext, der jenseits der konkreten Arzt-Patient-Zusammenarbeit den Entscheidungsspielraum von außen beschränkt. Wie kann eine partizipative Behandlung gelingen, wenn der Arzt diese wirtschaftlichen Beschränkungen vor Augen hat? Wie schafft er den Ausgleich zwischen den Patienteninteressen und seinen eigenen, wirtschaftlichen Interessen?

Die dargestellten Entwicklungen sind außerdem wichtig als Hintergrund zum Verständnis der unten beschriebenen aktuellen Modelle der Arzt-Patient-Zusammenarbeit.

2.1.3 Prozess der gesellschaftlichen Freisetzung und Individualisierung als Kontextbedingung von Patientenentscheidungen

Ein Aspekt zum umfassenden Verständnis und zur Einordnung der unten dargestellten Modelle sind Arbeiten, die aus soziologischer und philosophischer Perspektive den Prozess der Individualisierung und die Bedeutung persönlicher Freiheit in unserer Gesellschaft untersuchen.

Eine prominente Analyse aktueller gesellschaftlicher Bedingungen stammt von Beck (1986). Er benennt als bestimmende Merkmale der sog. „Risikogesellschaft“ die Individualisierung und Freisetzung der Individuen aus vorgegebenen Fixierungen. Konsequenz sei, dass traditionelle Formen der Unsicherheitsbewältigung durch Familie, Ehe, Geschlechtsrollen, Klassenbewusstsein und darauf bezogene politische Parteien und Institutionen zunehmend an Bedeutung verlören. In der Risikogesellschaft werde so der Umgang mit Angst und Unsicherheit den Individuen selbst abverlangt und biographisch und politisch zu einer Schlüsselqualifikation. Die Biographien des Einzelnen würden zunehmend offen, entscheidungsabhängig und als individuelle Aufgabe konstruiert. „Die Anteile der prinzipiellen entscheidungsverschlossenen Lebensmöglichkeiten nehmen ab, und die Anteile der entscheidungsoffenen, selbst herzustellenden Biografie nehmen zu. Individualisierung von Lebenslagen und –verläufen heißt also: Biografien werden selbstreflexiv; sozial vorgegebene wird in selbst hergestellte und herzustellende Biografie transformiert“ (S. 216). Dabei sei die Wahl der Individuen gleichzeitig beschränkt: Sie *müssten* und könnten nicht nur die Entscheidungen zum Beispiel über Wohnort, Ehepartner, Kinderzahl, Beruf etc. treffen (vgl. auch Rose, 1996). Der Einzelne werde zum Planungsbüro seines eigenen Lebenslaufs, müsse sich selbst zum Handlungszentrum machen. Strafe für Versagen sei die permanente Benachteiligung. Mitglieder der Gesellschaft müssten also in der Lage sein, gesellschaftliche Bedingungen, die den eigenen Lebenslauf negativ beeinflussen könnten, mit „Maßnahmenphantasie“ (S. 217) zu kontrollieren oder zu unterlaufen. Gefordert sei ein „aktives Handlungsmodell des Alltags, das das Ich zum Zentrum

hat, ihm Handlungschancen zuweist und eröffnet und es auf diese Weise erlaubt, die aufbrechenden Gestaltungs- und Entscheidungsmöglichkeiten in bezug auf den eigenen Lebenslauf sinnvoll klein zu arbeiten“ (S.217). Die Konsequenz dieses Prozesses sei, dass negative Auswirkungen gesellschaftlicher Bedingungen auf den eigenen Lebenslauf zunehmend nicht mehr als Schicksalsschlag, sondern auch als Konsequenz der vom Individuum (falsch) getroffenen Entscheidungen gewertet würden.

Murtagh & Hepworth (2003) verstehen mit Foucault (1988) den ständigen Bezug auf Autonomie und (Wahl)freiheit als ein Herrschaftsinstrument, das Machtasymmetrien verstärke anstatt sie zu vermindern. Am Beispiel des medizinischen Umgangs mit Frauen in der Menopause beleuchten sie aus feministischer Perspektive, wie bestimmte Menschenbilder und Vorgaben produziert werden, innerhalb derer die Frauen „ihren“ Umgang mit der Menopause wählen könnten. Tatsächlich seien durch den gesellschaftlichen Diskurs jedoch bestimmte Optionen bereits ausgeschlossen. Ähnlich kann es auch für Menschen mit sog. schizophrenen Psychosen konstruiert werden: Im gesellschaftlichen Diskurs gelten Psychosen zunehmend als eine durch regelmäßige Medikamenteneinnahme und Früherkennung weitgehend behandelbare Krankheit (z.B. Kompetenznetz Schizophrenie, <http://www.kompetenznetz-schizophrenie.de>, letzter Zugriff am 23.2.2004). Darin enthalten ist zum einen die Definition der Psychose als Krankheit - womit einige Betroffene nicht übereinstimmen. Zum anderen wird die Verantwortung des Patienten, ärztliche Hilfe in Anspruch zu nehmen und einem medizinischen Behandlungsplan zu folgen (sprich: Medikamente einzunehmen) und psychotische Episoden zu verhindern, dadurch erhöht. So positiv diese Sichtweise ist, um die Stigmatisierung der Betroffenen zu vermindern, indem die Psychose nicht als bedrohlicher, unkontrollierbarer Zustand konstruiert wird, so sehr schränkt sie die Wahlfreiheit des Patienten ein. Verzichtet er unter diesen Umständen auf die Inanspruchnahme ärztlicher Hilfe und ist nicht bereit, sich selbst als krank zu definieren, kann er angeschuldigt werden, sich nicht genügend bemüht zu haben. Dies kann zu einem Entzug sozialer Unterstützung beitragen.

Die tatsächliche Wahlfreiheit eines Menschen wird zusätzlich limitiert durch dessen Bestreben, gesellschaftliche Anerkennung zu erfahren (vgl. Honneth, 2003). Das Bedürfnis nach emotionaler Zuwendung und kognitiver Achtung durch andere sowie nach deren sozialer Wertschätzung macht ihn verwundbar und kann sein Verhalten

insofern steuern, als dass er versucht, diese Formen der Zuwendung durch eigenes Verhalten zu erfahren. Dies ist ein interessanter Ansatz in Bezug auf Personen mit Psychosen. Ihr Verhalten weicht psychosebedingt zeitweise sehr stark von der gesellschaftlich akzeptierten Norm ab, was zu einem sozialen Ausschluss beitragen kann. Dies kann zum Beispiel dazu führen, dass Betroffene Medikamente einnehmen, obwohl sie von deren Wirkung nicht überzeugt sind oder sie aus anderen Gründen ablehnen. Allein das Bewusstsein um die Werte, die auf dem Spiel stehen, wenn sie weiterhin gesellschaftlich so freigesetzt sind, kann die Entscheidungsfreiheit der Patienten limitieren. Wenn der Arzt im Gespräch zusätzlich auf diese Gefahr verweist, kann dies den Druck verstärken und die Autonomie beschränken. Selbst wenn der Arzt bereit wäre, die Behandlung auch ohne Medikamente fortzusetzen, wird die Entscheidung hier auf einer anderen Ebene als der konkreten Arzt-Patient-Interaktion getroffen.

Konsequenzen für diese Arbeit: Der Wille des Patienten nach einer Durchsetzung eigener Interessen kann vor diesem Hintergrund nicht als wirklich frei bezeichnet werden. Die Zusammenarbeit mit dem Arzt bzw. der Wunsch, in der Behandlung zu partizipieren, wird auch beeinflusst durch die drohende oder vollzogene gesellschaftliche Freisetzung bzw. den Verlust gesellschaftlicher Anerkennung. Dies gilt besonders bei Menschen mit Psychosen, da die Gefahr einer gesellschaftlichen Stigmatisierung bzw. Ausgrenzung bei ihnen sehr groß ist.

Diese Betrachtungsweise stellt die Prämissen der unten vorgestellten Modelle der Patientenpartizipation (Shared decision-making etc.) in Frage. Wie anwendbar sind Konzepte für die Praxis, die diese Entscheidungsfreiheit postulieren und dabei Kontextbedingungen, die freie Entscheidungen der Patienten erschweren, kaum berücksichtigen?

2.1.4 Modelle der Arzt-Patient-Zusammenarbeit

Aus den zahlreichen Zugangswegen zur Beschreibung der Zusammenarbeit zwischen Ärzten und Patienten habe ich folgende ausgewählt:

1. Den **Trajectory-Ansatz** von Corbin & Strauss (1993) sowie Strauss et al. (1997). Hier wird die Krankheitsbewältigung als Folge der Zusammenarbeit verschiedener Personen begriffen, des Patienten, seiner Angehörigen, des Pflegepersonals und der Ärzte.

2. **Modelle geteilter Informationen und Entscheidungen.** Sie betrachten die Zusammenarbeit stark unter dem Aspekt der Machtverteilung. Eng damit in Zusammenhang stehen Versuche, Patienten an Entscheidungen zu beteiligen (Stichworte: Shared decision-making, Patientenzentrierte Behandlung, Partnerschaftliche Zusammenarbeit). Hinter diesen Theorien und Modellen steckt die Annahme eines rational gesteuerten Verhaltens der Patienten und Ärzte, das durch Trainings und die Gabe von Informationen beeinflusst werden kann.
3. Ansätze, die aus der **Medizinethik** stammen und den Fokus vor allem auf die ärztliche Haltung sowie den Schutz der Patienten vor den inzwischen umfassenden technischen Möglichkeiten der Medizin richten. Die grundsätzliche Annahme der Autonomie der Patienten ist hierfür ein entscheidender Ausgangspunkt.
4. Den **Ansatz von Klaus Dörner**, der in seiner Beschreibung des „guten Arztes“ die unter 2. und 3. beschriebenen Ansätze vereint und darüber hinaus geht.

2.1.4.1 Trajectory-Ansatz

Der soziologische Ansatz der Trajectories (übersetzt: Verlaufskurven) befasst sich mit der Organisation der Arbeit, die im Verlauf einer Erkrankung anfällt (Strauss, Fagerhaugh, Suczek & Wiener, 1997; Corbin & Strauss, 1993; Strauss, 1993). Strauss et al. (1997) unterscheiden zwischen dem Krankheitsverlauf und Krankheitsverlaufskurven (trajectories). Während der Begriff Krankheitsverlauf die Entfaltung der Krankheit beschreibt, also z.B. das erste Auftreten, das Verschlimmern, die Zunahme / Abnahme von Symptomen und ggf. die Heilung von der Krankheit, beschreiben Krankheitsverlaufskurven (trajectories) zusätzlich „die gesamte Organisation der Arbeit, die in diesem Verlauf anfällt, und den Eingriff in das Leben der Menschen, die mit dieser Arbeit und der Organisation befasst sind“ (S.8). Der Krankheitsverlauf ist in diesem Verständnis nur ein Aspekt einer Verlaufskurve.

Für verschiedene Krankheiten beinhaltet die Verlaufskurve verschiedene medizinische und pflegerische Tätigkeiten, verschiedene Arten von Fertigkeiten und anderen Ressourcen und eine unterschiedliche Arbeitsteilung unter den Arbeitern.

Dabei weist der Begriff Verlaufskurve auf die aktive Rolle hin, die alle Beteiligten bei der Gestaltung eines Krankheitsverlaufs spielen.

Besonders bei schwierigen Verläufen, die nicht kontrollierbar und vorhersagbar sind, muss man eher davon ausgehen, dass die beteiligten Handelnden versuchen, den Verlauf zu beeinflussen und zu formen (shaping; Strauss et al., 1987) als ihn wirklich zu steuern (managing). Die Autoren sehen es als zentral an, davon auszugehen, dass die beteiligten Patienten und Professionellen den Verlauf auch erleben (experiencing), sprich: soziale und psychologische Auswirkungen der Arbeit für sie spürbar werden. Da sich Krankheitsverläufe über einen längeren Zeitraum erstrecken, werden sie in Phasen konstruiert. Dabei können beispielsweise akute Phasen, stabile und instabile Phasen, eine auf das Lebensende zuführende Phase oder eine Phase der Rückkehr ins normale Leben unterschieden werden. Gerade bei chronischen Krankheiten sind phasenhaft auftretende akute Schübe und Phasen der Beruhigung kennzeichnend. Bei Psychosen heißt das: Akute Psychosen heben sich ab von Phasen, in der der Betroffene mehr oder minder symptomfrei lebt. Je nach gerade aktueller Phase wird auch die anfallende Arbeit, die zu leisten ist, eine andere sein.

Die Verlaufskurven sind außerdem als variabel zu betrachten – sowohl in ihrer Form als auch in ihrer Dauer und im Hinblick auf die anfallende Arbeit und ihre Auswirkungen. Welche Form eine Verlaufskurve annimmt, hängt sowohl vom Wesen der Krankheit und der physischen und emotionalen Reaktion des Patienten auf diese Krankheit ab, als auch von den Bewältigungsstrategien, die das medizinische Personal, der Kranke und dessen Angehörige einsetzen. Die Stellen, an denen eine neue Phase des Krankheitsverlaufs beginnt, damit auch eine andere Form der Arbeit notwendig wird, nennen die Autoren Trajectory Sequenz Punkte.

Strauss et al. (1987) unterscheiden verschiedene Formen der Arbeit, die in der stationären Krankenhausarbeit eine Rolle spielen:

- Machine Work
- Safety Work
- Comfort Work
- Sentimental Work
- Articulation Work
- The work of Patients

In ihren Ausführungen beziehen sich die Autoren dabei stark auf die Arbeit, die von professioneller (Strauss et al., 1997) bzw. von der Angehörigen-Seite (Corbin & Strauss, 1993) geleistet wird. Dennoch wird auch die aktive Rolle der Patienten deutlich: Die Bewältigung der Krankheit wird jeweils als Produkt der Zusammenarbeit von Professionellem / Arzt und Patient verstanden – auch wenn der Anteil der geleisteten Arbeit ungleich verteilt sein kann. Dahinter steht die Annahme, dass Zusammenarbeit nicht von einem alleine geleistet werden kann. Diese Annahme kann besonders im ambulanten Setting als vorausgesetzt gelten, da die Mitarbeit des Patienten, die sich schon im Wahrnehmen der Termine äußert, die Grundlage der Behandlung ist.

Konsequenzen für diese Arbeit: Aus dem dargestellten Modell der Trajectories folgt, dass die Zusammenarbeit zwischen ambulantem Arzt und Patient als ein Teilaspekt einer Krankheitsverlaufskurve aufgefasst werden kann. Alle in diese Studie einbezogenen Patienten haben eine Geschichte mit Psychosen. Diese Geschichten haben unterschiedliche Längen, unterschiedliche Ausprägungen, aber im Laufe dieser Geschichte haben die Interviewpartner Erfahrungen gesammelt, die ihre aktuellen Erwartungen und Ziele an die Behandlung mit gestalten. Die aktuelle (untersuchte) Arzt-Patient-Zusammenarbeit ist nach diesem Verständnis Teil einer Verlaufskurve, die meistens schon lange vorher begonnen hat. In ihr haben verschiedene Ärzte eine Rolle gespielt und die Patienten auf der Grundlage ihrer Erfahrungen bestimmte Erwartungen an eine ärztliche Behandlung entwickelt (vgl. Abb. 2).

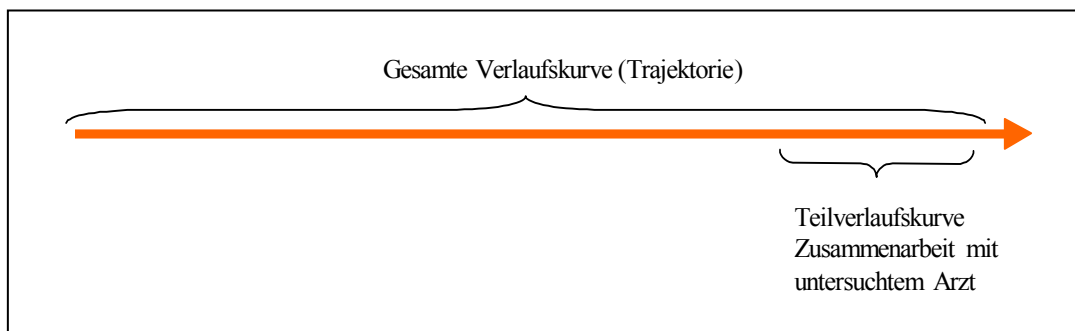


Abbildung 2: Die aktuelle Zusammenarbeit mit einem Arzt als Teil einer Verlaufskurve

Die Frage nach den Erfahrungen mit der Krankheitsbewältigung und der Interaktion mit Ärzten wird damit entscheidend für ein Verständnis dafür, wie Patienten die aktuelle Zusammenarbeit gestalten, welche Erwartungen sie haben etc. Die aktuelle Kooperation mit einem Arzt wird so in dem Kontext untersucht, in dem sie auch in der Erlebniswelt des Patienten statt findet und nicht als isoliertes Einzelereignis. Die Kenntnis der Lebenssituation der Patienten macht es eher möglich, ihr Verhalten in der Interaktion mit dem Arzt adäquat zu interpretieren.

Auch die Ärzte machen im Laufe ihres Berufslebens bestimmte Erfahrungen, ändern ihre Rolle, ihre Erwartungen in der Behandlung. So erlaubt es das Modell der Verlaufskurven auch, ihr Verhalten dementsprechend einzuordnen. Daher ist es sinnvoll, in den Interviews eine prozesshafte Sichtweise einzunehmen und zum Beispiel Berichte der Patienten über vorangegangene Erfahrungen, die mit der Bewältigung der Psychosen zusammenhängen, zu erfragen. Gleiches gilt für die Interviews mit den Ärzten.

Neben den ambulant behandelnden Ärzten und Patienten sind zahlreiche Personen und Institutionen außerhalb der konkreten Arzt-Patient-Interaktion Gestalter und Einflussnehmende auf diese Verlaufskurven, wie zum Beispiel Freunde, Partner und Angehörige der Patienten sowie Ärzte in Kliniken, Psychotherapeuten, Mitarbeiter in komplementären Einrichtungen, aber auch Institutionen wie Krankenkassen, Arbeitgeber und Rententräger. Diese Beteiligten haben zu unterschiedlichen Zeitpunkten verschieden großen Anteil und variierende Aufgaben bei der Bewältigung der Krankheit. Ich untersuche nur den Teilaspekt der Zusammenarbeit zwischen ambulant behandelndem Psychiater und Patient. Allerdings könnten die vorliegenden Modelle einen Hinweis darauf geben, dass der Einbezug anderer Teilsysteme durch die Ärzte ein wichtiger Beitrag zur Unterstützung der Zusammenarbeit mit dem Patienten ist.

2.1.4.2 Modelle geteilter Informationen und Entscheidungen

Die im folgenden dargestellten Modelle werden häufig in Abgrenzung zum Paternalismus und als Weiterentwicklung der Informed Consent-Ansätze behandelt. Im paternalistischen Modell (Parsons, 1951) tritt der Patient dem Arzt in einer passiven Rolle gegenüber. Dieser wiederum entlastet ihn für die Zeit seiner Krankheit von jeglicher Verantwortung bezüglich der Behandlung – bis auf die Tatsache, dass der Patient den Anweisungen des Arztes folgen muss. Seine

Behandlungsempfehlungen trifft der Arzt auf der Grundlage seiner Einschätzung der Situation und seines medizinischen Fachwissens. Eine Beteiligung des Patienten an Entscheidungen ist in diesem Modell nicht vorgesehen.

Der Informed Consent Ansatz hat eine starke Bindung an die rechtliche Gestaltung der Arzt-Patient-Zusammenarbeit (siehe Kapitel 2.1.1: Rechtliche Grundlagen der medizinischen Behandlung) und hat dort auch seinen Ursprung. Hier geht es um eine umfassende Aufklärung des Patienten durch den Arzt vor einem geplanten medizinischen Eingriff. Ziel ist es, den Patienten in die Lage zu versetzen, auf der Grundlage ausreichenden Fachwissens eine informierte Zustimmung zu einer Behandlung zu geben.

Auch Ergebnisse der Forschung aus dem Bereich Compliance – Adherence haben zu einer stärkeren Berücksichtigung der Mitbestimmungswünsche der Patienten geführt. Compliance wird meist definiert als die Bereitschaft des Patienten, die Anweisungen des Arztes zu befolgen (Aderhold & Bock, 1997) bzw. als das „Ausmaß der Übereinstimmung zwischen Behandlungsverhalten und Behandlungsstandard“ (Gaebel, 1997, S. 38). Faktoren wie Krankheitseinsicht, ein biologisches Krankheitsmodell, geringe Nebenwirkungen der Medikamente bzw. ein hoher Grad an Informiertheit des Patienten über den Umgang mit der Krankheit und der entsprechenden Medikation werden als zentral zur Erhöhung der Patientencompliance gesehen (Albus, 1995; Aderhold & Bock, 1997, Fleischhacker et al., 1994). Die Noncompliance-Rate lag in einer Studie von Linden & Boehlken (1992) bei als schizophren diagnostizierten Patienten im ambulanten Bereich nach vier bis sechs Wochen zwischen 40 und 48%. Die häufigste Form von Noncompliance bei oral verabreichten Psychopharmaka ist das Verschieben oder Auslassen der Medikamenteneinnahme (Donovan, 1995). Dies wird gerade bei Personen mit Psychoseerfahrung als wichtige Ursache für Rezidive und dadurch notwendige kostspielige Krankenhausaufenthalte gesehen. Dabei wird immer wieder betont, dass Noncompliance nicht nur gesundheitliche Risiken für den Patienten bergen kann, sondern außerdem eine enorme Belastung für die Krankenkassen darstellt, die Medikamente bezahlen, die von den Patienten nicht eingenommen werden.

Eine Methode, die Noncompliance-Rate bei Personen mit Psychosen zu vermindern, ist das Spritzen von Depotneuroleptika. Allerdings existieren bisher viele atypische

Neuroleptika noch nicht in Depotform. Außerdem wird dadurch die möglicherweise bestehende grundlegende Ablehnung der Medikamente durch die Patienten nicht vermindert (Gaebel, 1997).

Ein weit verbreiteter Ansatz zur Steigerung der Patient compliance sind Programme zur Psychoedukation. Nach Pekkala & Merrinder (2002) lassen sich die Rückfall- und Rehospitalisierungsraten mit Hilfe dieser Intervention zuverlässig senken (Evidenzstufe 1a: Pekkala & Merinder, Cochrane Review). Sie richten sich an die Patienten sowie oft auch an deren Bezugspersonen (vgl. Bäuml, Kissling, Meurer, Wais & Lauter, 1991; Buchkremer, Klingberg, Holle, Schulze, Mönking & Hornung, 1997). Obwohl sich die Programme im einzelnen unterscheiden, liegen ihnen meist folgende zentrale Komponenten und Ziele zugrunde (vgl. Petermann, 1997):

- Aufklärung, d.h. Vermittlung eines spezifischen medizinischen Krankheits- und Behandlungswissens und eines medizinischen Krankheitsmodells.
- Erhöhung der Krankheits- und Behandlungseinsicht sowie Erhöhung der Selbstwirksamkeit und Eigenverantwortlichkeit im Umgang mit der Krankheit.
- Erhöhung der Selbstmanagement-Kompetenzen z.B. im Umgang mit der Medikation.
- Erkennen und Verhindern von krankheitsauslösenden Faktoren, Früherkennung von ersten Anzeichen.
- Erwerb sozialer Kompetenzen und Mobilisierung sozialer Unterstützung.

In den Versuchen, Patienten durch Trainings und die Gabe von Informationen dazu zu befähigen, in einer aus Sicht der Ärzte sinnvollen Weise mit der Krankheit umzugehen, ist die Perspektive enthalten, dass der Patient nicht rein passives Opfer der Krankheit und der Arzt alleiniger aktiver Experte ist. Dem Patienten werden mehr Einflussmöglichkeiten auf den Krankheitsverlauf unterstellt. Böker (1991) sieht dies als eine grundlegende Voraussetzung für die Zunahme eher partnerschaftlicher Ausrichtungen der Arzt-Patient-Zusammenarbeit.

Das entsprechenden Ansätzen zu Grunde gelegte Modell von Compliance impliziert, dass ärztliches Ordnungsverhalten immer einem einzig richtigen Behandlungsstandard folgt, bzw. dass es diesen überhaupt gibt. Dies ist für

zahlreiche Krankheiten nicht der Fall (vgl. Frosch & Kaplan, 1999; Mulley & Eagle, 1988).

Auf der anderen Seite setzt diese Definition voraus, dass die Einnahme oder Nichteinnahme von Medikamenten vornehmlich aufgrund von rationalem, auf die Gesundheit ausgerichteten Handeln statt findet. Demgegenüber berichten Zaumseil & Leferink (1997) über Personen, bei denen die Einnahme oder die Verweigerung von Medikamenten andere Motive hatte: Zum Beispiel den Wunsch, Konflikte mit Betreuern und dem Psychiater zu vermeiden und deshalb die Medikamente einzunehmen oder den Versuch, über die Nichteinnahme der Medikamente und die Ablehnung jeder psychiatrischen Hilfe eine Form von Identität und Selbstachtung zu erhalten. Noncompliance oder Compliance kann dann, gemessen an den Lebensumständen des Betroffenen, ein Ergebnis wohl abgewägter Überlegungen oder Ausdruck von Bedürfnissen sein, die nicht nur mit dem Streben nach Symptomreduktion zusammen hängen und somit als Versuch der Selbstregulierung verstanden werden (vgl. auch Conrad, 1985; Donovan & Blake, 1992).

Es wird angenommen, dass dort, wo der Arzt verstärkt die Erwartungen der Patienten erfüllt und ihre Sorgen und Befürchtungen zur Kenntnis nimmt, darauf eingeht und ihnen Hilfe anbietet, die Bereitschaft der Patienten erhöht wird, dem vereinbarten Behandlungsplan zu folgen (Linden, Nather & Wilms, 1988; Donovan, 1995). Einiges deutet auch darauf hin, dass partnerschaftliche Modelle sich als effektiv zur Erhöhung der sog. Patientencompliance erweisen (vgl. Butler, Rollnick & Stott, 1996).

In der Fachliteratur finden sich verschiedene Modelle und Begriffe für eine Art der Interaktion zwischen Arzt und Patient, die ein größeres Maß an Symmetrie zwischen beiden anstrebt, als es beim paternalistischen Ansatz der Fall ist. Ich beziehe mich hier auf diejenigen Modelle, die unter den Begriffen Shared decision- making, Patientenorientierung und partnerschaftliche Zusammenarbeit behandelt werden.

Frosch & Kaplan (1999) nennen zwei Gründe als entscheidend für das Aufkommen dieser Ansätze: Zum einen, dass sich der Standard für medizinische Behandlungen rein rechtlich dahingehend geändert habe, dass eine informierte Einwilligung (Informed Consent) des Patienten vorliegen muss. Zum anderen, dass die Öffentlichkeit zunehmend informiert sei und gleichzeitig deren Skepsis gegenüber ärztlichem Handeln wachse. Dabei habe das Internet eine wichtige Rolle beim

Vorhalten von Informationen eingenommen – der Patient könne sich hier unabhängig vom Arzt Informationen über seine Erkrankung und verschiedene Behandlungsalternativen beschaffen. Gleichzeitig sei für viele Krankheiten keine eindeutige, allen anderen überlegene Behandlungsoption festzulegen. Häufig bestünde unter verschiedenen Ärzten Uneinigkeit darüber, welche Behandlungsform vorzuziehen sei. Und dennoch verträten die einzelnen Ärzte im Kontakt zum Patienten die Überzeugung, ihre vorgeschlagenen Behandlungsoption sei die einzig richtige (micro-certainty, macro-uncertainty Phänomen, Baumann, Deber & Thompson, 1991). Gerade auch deshalb halten es Frosch und Kaplan für wichtig, die Präferenzen der Patienten zur Grundlage von Entscheidungen zu machen. Ziel sei es, eine Entscheidung zu treffen, die anstelle eines von außen gesetzten „objektiven“ Kriteriums die vom Patienten erwünschten Ergebnisse fokussiere. Da die Präferenzen von Patienten beispielsweise bezüglich ihrer Schmerztoleranz oder ihrer Bereitschaft, gesundheitliche Beschränkungen in Kauf zu nehmen, interindividuell beträchtlich variierten, müsse der Arzt die entsprechenden Informationen beim Patienten erfragen.

Abbildung 3 verdeutlicht, wie die verschiedenen Ansätze in einen sinnvollen Zusammenhang gebracht werden können, wobei die Grenzen oft nicht trennscharf sind und die Begriffe in der Literatur nicht einheitlich verwendet werden.

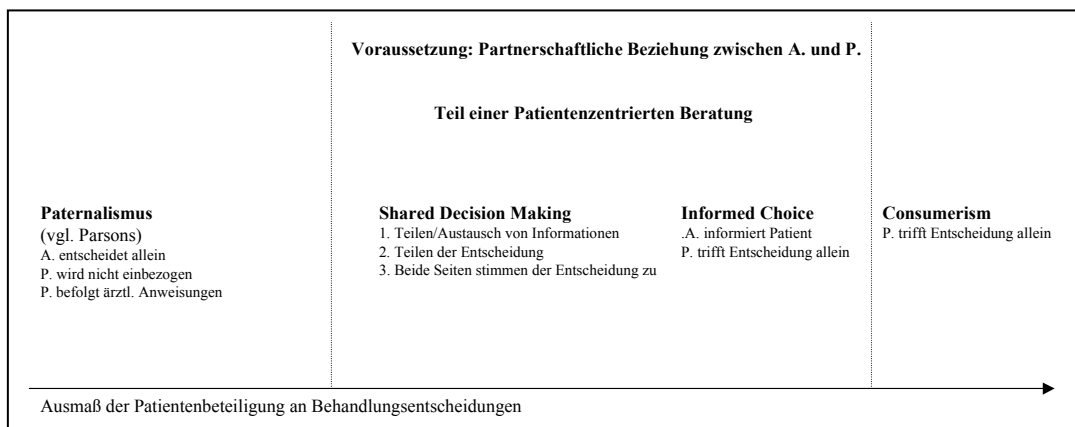


Abbildung 3: Modelle der Entscheidungsfindung im medizinischen Kontext (in Anlehnung an Charles, Whelan & Gafni, 1999, und Elwyn., Edwards & Kinnersley, 1999).

Die Ansätze sind angeordnet nach dem Ausmaß der Patientenbeteiligung. Am linken Ende steht der paternalistische Ansatz, nach dem der Patient nicht in Entscheidungen des Arztes einbezogen wird und passiv dessen Anweisungen befolgt. Im Modell des

Shared decision-making (SDM) teilen Arzt und Patient Informationen und tauschen sie aus. Beide Perspektiven, die des Patienten und die des Arztes, werden angesprochen und haben gleichberechtigte Bedeutung. Beide Parteien treffen gemeinsam eine Entscheidung, der sie zustimmen können und die sie anschließend gemeinsam umsetzen. Im Modell der Informed Choice informiert der Arzt den Patienten umfassend und überlässt dann die Entscheidung komplett dem Patienten. Der Ansatz des Consumerism schließlich sieht den Patienten als aktiven Part in der Behandlung: Er informiert sich umfassend – nicht unbedingt nur beim Arzt – und trifft dann die Entscheidung über die Behandlung allein. Besonders für das Modell der geteilten Entscheidungen (SDM) wird das Vorliegen einer partnerschaftlichen – im Gegensatz zu einer hierarchischen und paternalistischen – Behandlungsbeziehung als grundlegend erachtet. Geteilte Entscheidungen können auch als Teil einer patientenzentrierten Behandlung verstanden werden. Ähnliches gilt auch für den Informed Choice Ansatz. Der Consumerism und der Paternalismus sind aus diesen Bedingungen ausgeschlossen.

In den verschiedenen Ansätzen geht es vor allem um die Frage, wie viel Macht die einzelnen Beteiligten in der Interaktion und der Beziehung haben. Roter (2000) ordnet die vier Typen der Arzt-Patient-Beziehung Paternalismus, Gegenseitigkeit, Consumerism und Vernachlässigung anhand des Ausmaßes der Macht der Beteiligten sowie danach, inwieweit die jeweiligen Ziele, Behandlungsvorstellungen und Werte einfließen und wie jeweils die Rolle des Arztes ist. Die entsprechenden Zuordnungen sind in Tabelle 1 dargestellt. Dabei ähnelt der Typ der Gegenseitigkeit der Arzt-Patient-Zusammenarbeit stark der Interaktionsform im Sinne des Shared decision-making.

	Macht des Patienten	Macht des Arztes	
		Hoch	Gering
Ziele, Tagesordnung / Behandlungsplan	Hoch	Gegenseitigkeit -ausgehandelt	Consumerism -durch den Patienten bestimmt
Werte des Patienten		-gemeinsam erforscht	-unerforscht
Rolle des Arztes		-Berater / Ratgeber	-technischer Berater
Ziele und Werte des Patienten	Gering	Paternalismus -durch den Arzt bestimmt	Vernachlässigung -unklar
		-angenommen / vermutet	-unklar
Rolle des Arztes		-Wächter	-unklar

Tabelle 1: Prototypen der Arzt-Patient-Beziehung (Roter, 2000, S.6, übersetzt und leicht modifiziert)

Das **Modell der geteilten Entscheidungsfindung (Shared decision-making)** hat seinen Ursprung in der Patientenrechtsdebatte (Charles, Gafni & Whelan, 1997). Größere Patientenbeteiligung in Behandlungsentscheidungen soll nicht durch allein durch Informed Consent gewährleistet, sondern den Patienten soll zusätzliche Kontrolle über Behandlungs-Entscheidungen gegeben werden (interessanter Kontrast hierzu: Beauchamp & Childress, 2003, sehen umgekehrt den Informed Consent Ansatz als weit reichender als den Ansatz des Shared decision-making).

Butler, Rollnick & Stott (1996) definieren als eine Grundlage dieses Ansatzes, dass Patienten und Ärzte gleichermaßen als Experten verstanden werden. Das Ziel der Interaktion ist dann nicht mehr, dass der Arzt den Patienten von seiner Sichtweise überzeugt, sondern dass er ihn als therapeutischen Verbündeten gewinnt und zusammen beiderseitig akzeptable Pläne ausgehandelt werden. Charles, Gafni & Whelan (1997) als führende Vertreter dieses Ansatzes definieren den gegenseitigen Informationsaustausch zwischen Arzt und Patient als Grundprinzip. Dabei werden einerseits Informationen über Behandlungsalternativen, -konsequenzen und -risiken und andererseits Informationen über die jeweiligen Entscheidungspräferenzen und deren Begründungen ausgetauscht (vgl. Kasper, Kuch & Heesen, 2003). Geteilte Entscheidungen im Sinne des Konzeptes liegen erst vor, wenn auf eine gute und

umfassende Aufklärung eine offene Erörterung durch beide Beteiligten erfolgt. Zaumseil (2000, S.199) hat in Anlehnung an Charles, Gafni & Whelan (1999) folgende Etappen im Prozess der geteilten Entscheidungsfindung unterschieden:

Informationsaustausch → gemeinsame Beratung → gemeinsame Entscheidung → Umsetzung → Informationsaustausch → etc.

Abbildung 4: Etappen im Prozess der Entscheidungsfindung. (Zaumseil, 2003, in Anlehnung an Charles, Gafni & Whelan, 1999)

Zunächst schildert der Patient seine Beschwerden, seine Lebenssituation und seine Sicht auf die Krankheit, während der Arzt ihm Informationen über die Medikation und die Behandlungsoptionen zur Verfügung stellt. Dabei ist es wichtig, dass sich beide Interaktionspartner darüber verständigen, was das behandlungsbedürftige Problem des Patienten ist. Vereinbare Konzepte von Krankheit und Gesundheit spielen hier eine wichtige Rolle. Zaumseil (2000) weist darauf hin, dass der Professionelle neben seinem Fachwissen auch Werte in das Gespräch einbringt, wie z.B. Respekt und die Berücksichtigung der individuellen Besonderheit des Patienten. Werthaltungen liegen auf beiden Seiten vor und sollten vereinbar sein, um eine gute Zusammenarbeit zwischen Arzt und Patient zu ermöglichen. Eine gemeinsame Entscheidungsfindung ist schließlich nur möglich, wenn der Arzt grundsätzlich dem Patienten die Möglichkeit eröffnet, zwischen verschiedenen Alternativen zu wählen und nicht einzelne Handlungsoptionen von vorneherein ausschließt. Beide Beteiligten sollten am Ende der Entscheidung zustimmen. Im weiteren Verlauf des Prozesses werden die gewählten Entscheidungen umgesetzt und anschließend von beiden Seiten bewertet – es kommt zu einem erneuten Informationsaustausch, in dessen Verlauf möglicherweise Veränderungen im Behandlungskonzept beschlossen werden.

Frosch & Kaplan (1999) halten das Vorliegen folgender Kontextbedingungen für entscheidend dafür, ob Shared decision-making (SDM) gelingt: Die Gesprächsatmosphäre muss den Patienten zu einer aktiven Beteiligung an den Entscheidungen einladen. Dazu muss der Arzt dem Patienten das Gefühl geben, dass seine Beiträge wertgeschätzt werden. Die Patienten andererseits müssen offen über ihre Ziele und Präferenzen sprechen. Der Arzt kann dann dem Patienten helfen, eine zu diesen Zielen passende Behandlungsoption zu wählen.

Im Modell zur geteilten Entscheidungsfindung - wie auch beim Konzept des Informed Consent - spielen die Informationen, die der Arzt dem Patienten zukommen lässt, eine entscheidende Rolle. Daher werden viele Bemühungen darauf verwandt, Konzepte zu entwickeln, die die umfassende Information des Patienten sicherstellen (z.B. Decision Boards: vgl. Whelan et al., 1995; Whelan et al., 1999; webbasierte Entscheidungsunterstützung: vgl. Höldke, 2000).

Engert (1999) argumentiert dagegen, dass sich die Betonung der Bedeutung der umfassenden Information über Behandlungsmethoden in der täglichen Praxis oft nicht wiederfinde. Vielmehr sei der fachliche Inhalt des Gespräches mit einem Patienten von zweitrangiger Bedeutung, wenn die Beziehung von Vertrauen geprägt sei. „Die überwiegende Mehrheit der Patienten ist darauf angewiesen, sich auf die Richtigkeit des vom Arzt Gesagten zu verlassen und versteht häufig einen großen Teil der Erklärungen nicht oder nicht ausreichend. (...) Offensichtlich ist es wichtiger, den Patienten durch das Schaffen der nötigen Vertrauensbasis die Angst zu nehmen, als sie im Sinne einer technischen Gebrauchsanweisung über Details des zur Debatte stehenden Eingriffs zu informieren“ (S.28).

Charles et al. (1997) haben einschränkend darauf verwiesen, dass das Konzept des SDM besonders auf Settings anwendbar ist, die sich durch folgende Kriterien auszeichnen:

- Entscheidungen, die im Zusammenhang mit potenziell lebensbedrohlichen Erkrankungen getroffen werden
- Entscheidungen, die Schlüsselmomente im Krankheitsverlauf darstellen, wie die Entscheidung zwischen Behandlungsalternativen mit unterschiedlichen möglichen Resultaten
- Vorliegen einer ausgeprägten Ungewissheit bezüglich der medizinischen Entscheidungsgrundlage, da eine eindeutige Evidenz für das medizinische Handeln fehlt
- Hohe Bedeutung individueller Präferenzen bezüglich unterschiedlicher Maßnahmen für die Lebensqualität

Kasper, Kuch & Heesen (2003) argumentieren aus konstruktivistischer Perspektive, dass der Arzt seine Wirklichkeitskonstruktion kommuniziere, während der Patient daraufhin seine eigene Konstruktion über das Gesprächsthema entwickle. Mit Bezug auf Luhmann (2001) sowie Maturana & Varela (1987) schlagen sie vor, eher eine konsensuelle Validierung zwischen Arzt und Patient anzustreben. Die möglichst

große Annäherung der Wirklichkeitskonstruktionen von Arzt und Patient könne als das zentrale Effizienzkriterium der gelungenen Zusammenarbeit angesehen werden. Inhalt der geteilten Wahrnehmung sei der Konsens über eine verbleibende Ungewissheit in der Behandlung. Als Outcome einer geteilten Entscheidung eigne sich daher nicht das Ergebnis der Entscheidung, da sich die Situationen, die für geteilte Entscheidungen prädestiniert seien, gerade dadurch auszeichneten, dass ihnen ein großes Maß an Ungewissheit inhärent sei, es also keine Evidenz für die richtige oder gute Entscheidung gebe. Es bleibe für den Patienten immer die Unsicherheit, ob es ihm gelinge, die krankheitsbedingten Lebensveränderungen in seinen Alltag zu integrieren, inwieweit statistische Aussagen über seinen Krankheitsverlauf auf seinen individuellen Fall anwendbar seien, ob er dem Arzt vertrauen könne etc. Für den Arzt verbleibe die Unsicherheit der Diagnose, der eigenen Kompetenz und der Zuständigkeit. Würden diese Unsicherheiten explizit gemacht, könnten Arzt und Patient anschließend besser differenzieren zwischen Faktoren, auf die sie in der Behandlung Einfluss nehmen könnten und solchen, die sich ihrem Einfluss entziehen. Zudem könnte die Arzt-Patient-Beziehung verbessert werden, indem die zuvor möglicherweise auf den Arzt attribuierte Unsicherheit als nicht zu ihm gehörig deutlich werde. SDM kann so verstanden werden als eine Verhandlung von Ungewissheiten. Dies eröffnet neue Wege der Forschung und des Trainings ärztlicher Fähigkeiten.

In zahlreichen Studien wurde versucht herauszufinden, inwieweit Patienten an Entscheidungen beteiligt werden möchten. Coulter (1997) konnte zeigen, dass nicht alle Patienten daran interessiert sind, Entscheidungen bezüglich ihrer Gesundheit zu treffen und die Verantwortung für die Behandlungsentscheidungen zu übernehmen und dass selbst der verbal geäußerte Wunsch nach einer Beteiligung an Entscheidungen sich nicht in entsprechendem Handeln niederschlagen muss. Mead & Bower (2000) verweisen auf eine Studie von Savage & Armstrong (1990), in der deutlich wurde, dass die Gründe für das Aufsuchen des Arztes zentral dafür waren, ob Patienten an Entscheidungen partizipieren wollten. Patienten mit einfachen körperlichen Beschwerden bevorzugten eher einen direktiven Beratungsstil des Arztes, während Patienten mit chronischen und/oder psychischen Erkrankungen Wert auf mehr Mitbestimmung und Handlungsfreiheit legten (vgl. auch Charles, Gafni & Whelan, 1997). Viele Patienten bevorzugten außerdem, dass Experten die

Suche nach Problemlösungen übernehmen, sie selbst aber aktiv in die Entscheidungsfindung eingebunden werden (Deber, 1994).

Shared decision-making wird mit der Effizienz der kommunikativen Abläufe, der Patientenzufriedenheit und der Gesundheitsförderung in Zusammenhang gebracht (Frosch & Kaplan, 1999). Allerdings gibt es bisher keine Studien bzw. keine zuverlässigen Instrumente, die es erlauben, explizit die Effekte eines SDM-Prozesses nachzuweisen (Lerman et al., 1990). Kasper, Kuch & Heesen (2003) betonen, dass der positive Einfluss von Ärzte-Trainings und visuellen Entscheidungshilfen (Decision Aids) für Patienten – die am meisten gebräuchlichen Methoden zur Steigerung der aktiven Einflussnahme der Patienten auf Behandlungsentscheidungen – keineswegs nachgewiesen sei. Die Entscheidungshilfen würden zwar aller Wahrscheinlichkeit nach den Austausch über das Themengebiet erhöhen, damit sei aber noch nicht gesagt, wer danach die Entscheidung treffe. Auch das Trainieren der Ärzte sei in seinem Einfluss auf SDM-Prozesse unklar, zumal die meisten Kommunikationstrainings unspezifisch gestaltet seien und ein verändertes Kommunikationsverhalten des Arztes nicht zwingend ein größeres Maß an Patientenbeteiligung hervorrufe.

Ein Kernproblem der Messbarkeit von SDM-Prozessen besteht darin, dass mehrere Konstrukte untersucht werden, die sich nicht schlüssig aus einem eindeutig umgrenzten Grundprinzip von SDM ableiten lassen. Zudem sind Konzepte wie „gegenseitiges Verständnis“ oder „aktive Beteiligung“ so unscharf, dass sich kaum zuverlässige Messinstrumente zu deren Erhebung konstruieren lassen (Kasper, Kuch & Heesen, 2003). So empfehlen Elwyn, Edwards, Mowle, Wensing, Wilkinson, Kinnersley & Grol (2001) nach der Sichtung zahlreicher Forschungsarbeiten zum Thema SDM intensivere Forschungsbemühungen mit dem Ziel einer besseren Operationalisierung des Konzepts; verschiedene Studien hatten jeweils nur Teilaspekte geteilter Entscheidungen gemessen und waren auch aufgrund mangelhafter Gütekriterien der verwendeten Messinstrumente kaum vergleichbar.

Giersdorf, Loh & Härter (2003) haben nach einer umfassenden Literaturrecherche in verschiedenen Datenbanken Messinstrumente zur Erfassung des SDM zusammengestellt und deren Qualität bewertet. Sie verweisen auf die aktuelle Entwicklung, wonach Verfahren, die allein das primär beobachtbare Verhalten der Beteiligten auswerten, zunehmend abgelöst würden durch solche, die zusätzlich die

subjektive Sicht des Patienten erfassen. Dabei sei zu unterscheiden zwischen solchen Verfahren, die die Patientenpräferenzen hinsichtlich der Informationsvermittlung untersuchen und solchen, die die tatsächliche Teilhabe an Entscheidungen erfassen. Sie konstatieren einen Mangel an deutschsprachigen Messinstrumenten sowie unzureichende Validitätskennwerte und methodische Standards der vorliegenden Instrumente. Die meisten Studien wiesen keine zufriedenstellenden Itemanalysen auf und die Validierung erfolge häufig nur an kleinen Stichproben. Diejenigen Studien, die konkrete Handlungen von Arzt und Patient erfragten, erlangten dabei noch bessere Validitätswerte als solche, die Präferenzen erfragten, wofür die Autoren die größere Wahrscheinlichkeit sozial erwünschter Antworten in der zweiten Gruppe verantwortlich machen. Bei allen Messinstrumenten sei ferner die Verknüpfung mit der Theorie des SDM nur unzureichend. Außerdem berücksichtigten nur zwei Verfahren die affektive Reaktion des Patienten (COMRADE von Edwards, Elwyn, Hood, Robling, Atwell, Holmes-Rovner, Kinnersley, Houston & Russell, 2003; PDSS von Sainfort & Booske, 2000). Kein Verfahren erfasse die verschiedenen Phasen des Entscheidungsprozesses. Schließlich fragen die Autoren, warum die meisten Verfahren die per definitionem gesetzte Beteiligung von der Arzt und Patient nicht methodisch berücksichtigen, indem sie die Sichtweisen beider Parteien erheben.

Schon 1999 haben Elwyn, Edwards und Kinnersley Vermutungen darüber angestellt, warum SDM sich so sehr der Messbarkeit entzieht. Ihre Erklärung ist, dass geteilte Entscheidungsfindung nicht nach festen Regeln erfolgt. Daher würden Checklisten mit Verhaltensweisen der Komplexität des Entscheidungsprozesses nicht gerecht. Sie schlagen eine Erweiterung der Analyseverfahren vor, da Beobachtungen allein z.B. die Wirkung der Diskussion des Patienten über die Behandlung mit seinen Angehörigen nicht erfassen könnten. Auch der langfristige Prozess einer Entscheidungsfindung werde mit den angewandten Analysemethoden nicht abgebildet.

Offen ist weiterhin, wie die Beobachtung zu werten ist, wenn ein Arzt auf Wunsch des Patienten die Entscheidung trifft. Dies stellt zum einen eine klare Umsetzung der Patientenwünsche dar, ist aber in der Beobachtung ein paternalistischer Interaktionsstil, da der Patient sich nicht an der Entscheidung beteiligt.

Schwierig ist es auch, SDM in lange bestehenden Arzt-Patient-Beziehungen zu untersuchen. Möglicherweise hat sich hier bereits ein Interaktionsstil etabliert, der

für beide Seiten angemessen ist und in dem Prozesse des Austauschs von Informationen wenig sichtbar verlaufen. Ein explizites Aussprechen der Erlaubnis zur Beteiligung an Entscheidungen könnte hier störend wirken und somit eher nachteilige Effekte haben. Der Forscher kann dann ggf. keine Entscheidungsbeteiligung beobachten, weil die Form des Austausches nicht seinen Kategorien entspricht (vgl. Kasper, Kuch & Heesen, 2003).

Charles, Gafni & Whelan haben 1999 das SDM-Konzept erweitert. Sie haben damit die Tatsache berücksichtigt, dass die Beziehungsstruktur und die Absprachen zwischen Arzt und Patient sich während eines Behandlungstermins ändern können, also dynamische Aspekte aufweisen. Zudem wurden Kontextfaktoren wie Gespräche mit Angehörigen und anderen Ärzten in ihrem Einfluss auf die Zusammenarbeit in das Modell integriert. Somit greifen Untersuchungsansätze zu kurz, die diese Faktoren nicht einbeziehen. Sie beziehen sich damit auf eine Erkenntnis, die bezüglich des Überbringens schlechter Nachrichten im Medizinbereich bekannt ist: Informationsverarbeitungsprozesse laufen nicht linear ab, es ist also nicht garantiert, dass Patienten allein den sachlichen Inhalt einer Information bearbeiten. Individuelle Prozesse des Verstehens und Einordnens der Informationen würden nicht berücksichtigt, wenn man als Forscher nur die vom Arzt gegebene Information an sich bewertet.

Es gibt bisher wenige Studien, die Entscheidungsbeteiligung im Rahmen der ärztlichen Behandlung von Patienten mit Psychosen untersuchen. Hamann, Leucht & Kissling (2003) stießen bei einer Literaturrecherche in der Datenbank Medline gerade mal auf eine Studie, die das Entscheidungsverhalten schizophrener Patienten bezüglich der Aufrechterhaltung der Behandlung mit Neuroleptika zum Thema hatte (Bunn, O'Connor, Tansey, Jones & Stinson, 1997). Hamann, Langer & Kissling (2003) berichten von ihrer eigenen Studie, die allerdings noch im Stadium der Durchführung ist und in der im stationären Rahmen unter Verwendung zahlreicher Messinstrumente versucht wird, Shared decision-making von schizophrenen Patienten zu messen. Die Studie von Colombo, Bendelow, Fulford & Williams (2003) untersucht das Thema geteilter Entscheidungen im psychiatrischen Bereich auf einer anderen Ebene: Sie haben 100 Teilnehmer multiprofessioneller Teams zur gemeindenahen Betreuung von Patienten mit seelischen Erkrankungen untersucht und versucht, den Einfluss von deren impliziten Modellen über die Erkrankungen auf

ihre Bereitschaft, betroffene Patienten an Entscheidungen zu beteiligen, zu verdeutlichen. In dieser Studie wurden auch Patienten über ihre Erfahrungen mit den Profis befragt. Die Sichtweisen der Professionellen wurden anhand von Fallvignetten und Interviews erfragt. Ein für diese Arbeit bedeutsames Ergebnis war, dass die meisten befragten Psychiater zwar vorgaben, mit den Patienten verhandeln zu wollen, gleichzeitig aber deutlich wurde, dass sie diesen Verhandlungen sehr enge Grenzen setzten. So waren sie bereit, über die Art der Medikamente und die Dosierung zu verhandeln, jedoch nicht über die Frage, ob überhaupt medikamentös behandelt werden soll. Die Autoren kritisieren ferner, dass die Ärzte die Patienten mehr oder weniger bewusst in die passive, Hilfe empfangende Rolle drängen würden, indem sie die Patienten ermutigten, die Krankenrolle mit ihren Rechten und Verpflichtungen anzunehmen. Daraus entstehe ein Widerspruch, wenn die Ärzte gleichzeitig die Patienten aufforderten, mehr Verantwortung zu übernehmen. So interessant diese Ergebnisse sind, ist ein Schwachpunkt der Studie, dass nicht zusätzlich untersucht wurde, wie diese Haltungen sich in der konkreten Interaktion widerspiegeln.

Aufgrund der dünnen Forschungslage ist bisher unklar, inwieweit das Konzept der geteilten Entscheidungsfindung einerseits auf Patienten mit Psychosen und andererseits auf deren Behandlung im ambulanten Setting übertragbar ist.

Eine Voraussetzung für gemeinsame Behandlungsentscheidungen von Arzt und Patient kann eine **partnerschaftliche Zusammenarbeit** sein (siehe Abbildung 3, Modelle der Entscheidungsfindung im medizinischen Kontext). Koerfer, Köhle & Obliers (1994) definieren diese Zusammenarbeit wie folgt:

- Sie beruht auf diskursiver Verständigung zwischen gleichberechtigten Partnern.
- Die Anliegen des Patienten und sein Expertentum bezüglich seiner Erkrankung werden in der Behandlungsplanung berücksichtigt und vom Arzt akzeptiert.
- Der Arzt tritt als medizinischer Experte in Erscheinung und wird vom Patienten als solcher genutzt.
- Die Zustimmung des Partners erfolgt nicht durch Überredung, Anordnung oder Autorität.

Beide Partner kooperieren mit wechselseitiger Dominanz in einem zirkulären Prozess, in dem sie sich aufeinander beziehen: Der Patient als Experte seiner Leidensgeschichte, seines Alltags und seiner relevanten Kontexte und der Arzt als medizinischer Experte. Die Kommunikation über Medikamente könnte ein Kristallisationspunkt der Aushandlungsbemühungen sein. Hier zeigt sich möglicherweise die Art der Interaktion besonders deutlich (vgl. Bahrs & Pohl, 1999). Mead & Bower (2000) beschreiben nach ausführlicher Analyse zahlreicher quantitativer Untersuchungen zum Thema „**Patientenzentriertheit**“ fünf charakteristische Schlüsseldimensionen:

- Biopsychosoziale Perspektive: Die Erweiterung des Fokus‘ von der organischen Erkrankung auf ein weites Spektrum dysfunktionaler Zustände im Leben des Patienten.
- Der Patient als Person: Die Einbeziehung der Biographie des Patienten, um die Krankheit und das durch sie verursachte Leiden bzw. die persönliche Bedeutung der Krankheit für den Patienten zu verstehen.
- Macht und Verantwortung teilen: Entwicklung der Arzt-Patient-Beziehung hin zu wechselseitiger Partizipation, analog der Beziehung zwischen zwei Erwachsenen, wo Macht und Verantwortung geteilt werden.
- Therapeutische Allianz: Anerkennung der grundlegenden Bedeutung der persönlichen Beziehung zwischen Arzt und Patient.
- Der Arzt als Person: Arzt und Patient beeinflussen sich immer gegenseitig und sind nicht unabhängig voneinander zu betrachten.

Die Autoren stellen diese fünf Faktoren in einen umfassenden Bedingungs-zusammenhang. Dieser bezieht Arzt- und Patientenfaktoren (z.B. Einstellungen, Werthaltungen, Wissen, Persönlichkeit, Geschlecht etc.) genauso ein wie kulturelle Normen, den sozioökonomischen Hintergrund und die persönlichen Erfahrungen beider, berücksichtigt aber auch Einflüsse des professionellen Kontextes und Bedingungen der Behandlung (wie Kommunikationsbarrieren, Unterbrechungen, Zeitbeschränkungen).

Einen interessanten Ansatz stellt die Arbeit von Bensing (2000) dar. Sie befasst sich mit dem Zusammenhang zwischen evidenzbasierter und patientenzentrierter Medizin. Den zunehmend verbreiteten Ansatz der evidenzbasierten Medizin (EBM)

bewertet sie als nicht patientenorientiert. Er stütze sich auf randomisierte klinische Studien oder Meta-Analysen dieser Studien. Patienten nähmen an diesen Studien teil, weil sie bestimmte Einschlusskriterien bezüglich vorher festgelegter diagnostischer Kriterien erfüllten. Individuelle Patientencharakteristika wie zu hohes oder zu geringes Alter, mangelnde Bildung, eine weitere Erkrankung, psychiatrische Störungen etc. würden als Störfaktoren betrachtet und ausgeschlossen. Damit würden homogene Patientengruppen entstehen, die kaum die Situation in ärztlichen Wartezimmern widerspiegeln. Evidenzbasierte Medizin stütze sich außerdem auf Wissen aus wissenschaftlichen Untersuchungen an Populationen - nicht auf das einzigartige Wissen der Patienten und deren Erfahrungen, und auch nicht auf deren individuelle Bedürfnisse und Präferenzen. Somit sei evidenzbasierte Medizin vor allem eine arztzentrierte Medizin, weil sie auf die Interpretation des Arztes der vorliegenden „Evidenz“ fokussiere und die Wichtigkeit menschlicher Beziehungen sowie die Wichtigkeit des Patienten reduziere.

EBM berge außerdem die Gefahr, dass sich die persönliche Verantwortung des Arztes im Patientenkontakt verringere, da er sich auf die niedergeschriebenen Richtlinien der Vereinigung berufen und dabei die persönliche Entscheidung auf eine Gruppenentscheidung verlagern könne.

Der Versuch, die patientenzentrierte Medizin ebenso in der Empirie zu verwurzeln wie den evidenzbasierten Ansatz, scheitert allerdings - wie im SDM-Ansatz - an der mangelnden Operationalisierbarkeit des Konzeptes. Bensing spricht von einem Container-Konzept, das viele Elemente enthalte, multidimensional sei und dessen Bedeutung je nach Betrachter einen etwas anderen Schwerpunkt habe. Die verschiedenen Elemente würden sich auf verschiedene Phänomene und verschiedene Prozesse in der medizinischen Konsultation beziehen, selbst, wenn sie in eine ähnliche Richtung wiesen, und seien auch nur durch verschiedene Theorien zu erklären. Das heißt, in Abhängigkeit davon, welcher Teil des Konzeptes im Fokus einer Untersuchung läge, würden die Forscher verschiedene Möglichkeiten der Operationalisierung wählen.

Bensing (2000) spezifiziert das Konzept, indem sie zwei Dimensionen gegenüber stellt – den Aspekt der Kontrolle und den Inhaltsaspekt (siehe Abbildung 5). Diese zwei Dimensionen betrachtet sie als weitgehend voneinander unabhängig.

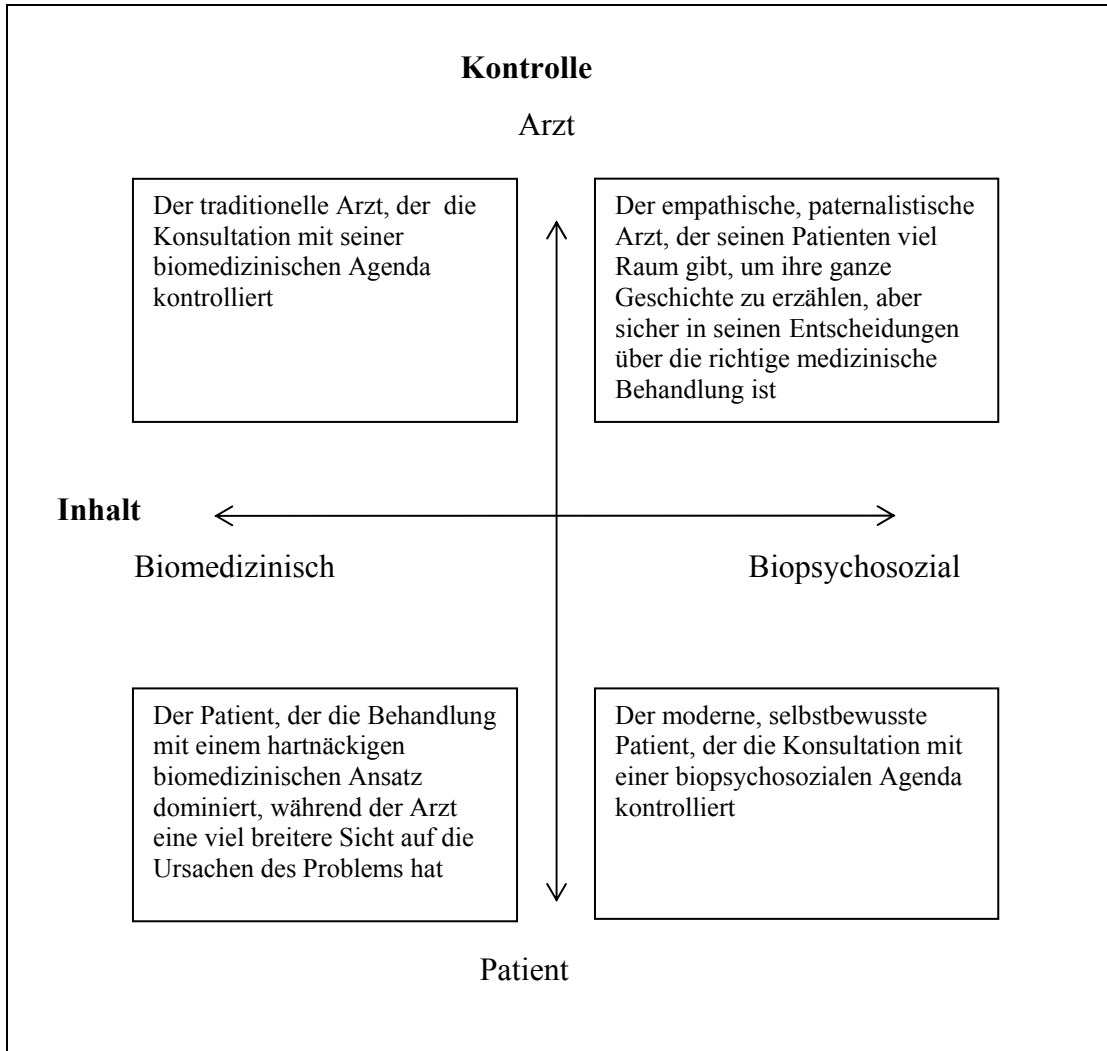


Abbildung 5: Die Dimensionen der Patientenzentriertheit nach Bensing (2000)

So kann der traditionelle Arzt, der die Konsultation mit seiner biomedizinischen Agenda kontrolliert, hier ebenso eingeordnet werden wie der moderne, selbstbewusste Patient, der die Konsultation mit einer biopsychosozialen Agenda dominiert. Es gebe auch den empathischen paternalistischen Arzt, der seinen Patienten viel Raum gibt, um ihre Geschichte zu erzählen, aber gleichzeitig sicher in seinen Entscheidungen über die richtige medizinische Behandlung ist, und den Patienten, der die Behandlung mit einem hartnäckigen biomedizinischen Ansatz dominiert, während der Arzt eine viel breitere Sicht auf die Ursachen des Problems hat.

Wenn patientenzentriert im Gegensatz zu arztzentriert gesehen werde, gehe es um Kontrolle über die Behandlungssituation, inklusive der Frage, wessen Anliegen behandelt wird, von wem erwartet wird und wer die Macht hat, Entscheidungen zu treffen. Das entscheidende Ziel ist die gegenseitige Feinabstimmung der Anliegen des Arztes und des Patienten und dass eine Entscheidung getroffen wird, mit der sich beide Parteien wohl fühlen.

Wenn patientenzentriert als Gegensatz gesehen werde zu krankheitszentriert, beschäftige sich der Ansatz mit dem Inhalt der Behandlung, der Auswahl der Themen, die angesprochen werden (sollten) – entsprechend den Bedürfnissen und Wünschen des Patienten. Ärzte sind in dieser Sichtweise patientenzentriert, wenn sie sich nicht auf die Krankheit des Patienten beschränken. Das entscheidende Ziel sei dann, das Verständnis des Arztes für die „wahren“ Ziele des Patienten und dessen Bedürfnisse und Wünsche zu erhöhen.

Obwohl primär die Situation, in der der Patient die Situation dominiert, als die eigentlich patientenzentrierte Position erscheint, weist Bensing darauf hin, dass die Patienten sich in ihren präferierten Modellen der Zusammenarbeit unterscheiden. Patientenzentrierte Medizin sei dann zu definieren als eine Zusammenarbeit, in der der Arzt sensibel für die Bedürfnisse des Patienten sei und die Kommunikationsfertigkeiten habe, um die verschiedenen Typen von Konsultationen zu ermöglichen. Die einzige Möglichkeit, den passenden Stil zu finden, bestünde darin, den Patienten zuzuhören. Deshalb sei, so Bensing, Kommunikation der Königsweg für die patientenzentrierte Medizin.

Mead & Bower (2000) haben die Korrelationen zwischen drei verschiedenen, weit verbreiteten Instrumenten zur Messung der Patientenzentriertheit untersucht: der Rating-Skala der sog. Eurocomm Studie (Van den Brink-Muinen, A., Bahrs, O., Deveuglele, M., Gask, L., Leiva-Fernandez, F., Perez, A., Messerli, V., Opizzi, L., Peltenburg, M., <http://www.nivel.nl/pdf/eurocomm.pdf>, letzter Zugriff am 19.2.2004) dem Roter Interaction Analysis System (RIAS, Roter, 1993) und der Henbest und Stewart-Methode (Henbest & Stewart, 1989, 1990). Die Korrelation zwischen den drei Instrumenten war gering, wobei die zwischen der Euro-Communication-Scale und der Roter-Scale am höchsten war. Die Ratings der Eurocomm-Skala waren signifikant korreliert mit den Variablen „Alter des Arztes“, „Bekanntheit mit dem Patienten“, „Länge der Konsultation“, „Anteil der direkten Augenkontakte mit dem

Patienten“ und „Ratings des Arztes über die Wichtigkeit psychologischer Faktoren“. Bis auf den ersten Faktor war auch der RIAS signifikant mit diesen Variablen korreliert. Die Autoren vermuten, dass die Reliabilität jeder beobachtungsbasierten Methode konfundiert sei mit einem Bias im Sample, der Kompetenz der Beobachter (Erfahrung und Training) sowie dem Ausmaß der erforderlichen subjektiven Beurteilung für die Einstufung. Einen Grund für die geringe Interrater-Reliabilität der Eurocomm-Scale vermuten die Autoren darin, dass versucht werde, relativ globale Attribute von Konsultationen zu messen.

Auch die Studie von Verhaak et al. (2000) hat ähnlich niedrige Interrater-Reliabilitäten für eine Patientenzentriertheits-Skala nachgewiesen, in der die Beobachter das Ausmaß der Beteiligung der Patienten in Entscheidungen in der Behandlung über Diagnose und Therapie beurteilen sollten. Die Ergebnisse deuten darauf hin, dass die fünf Faktoren der Euro-Comm-Scale nicht eindeutig zu trennen sind oder die Skala sensibel ist für Halo-Effekte. Möglicherweise werden also die Urteile über einzelne Verhaltensdimensionen beeinflusst durch den Gesamteindruck, den der Rater vom Arzt hat.

Mead & Bower (2000) schließen aus ihren Ergebnissen, dass Instrumente, die auf verbalem Verhalten basieren, reliabler sind als solche, die breiter definierte Verhaltensweisen erfassen wollen. Die Korrelation zwischen den drei Instrumenten sei zudem so niedrig, dass man anzweifeln könne, ob sie alle dasselbe Konstrukt messen. Da die Patientenzentriertheit schließlich so unterschiedlich konzeptualisiert wird, wird ihre Messung schwierig, denn die Ähnlichkeit der Benennung der Instrumente muss nicht notwendigerweise eine gemeinsame konzeptuelle oder empirische Grundlage haben.

Konsequenzen für diese Arbeit: Zahlreiche Probleme erschweren die Anwendbarkeit der dargestellten Modelle. Zum einen ist es die uneinheitliche Definition der Konzepte und ihre entsprechend schlechte Operationalisierbarkeit. Die existierenden Messinstrumente sind aufgrund ihrer Kennwerte ebenfalls nicht zuverlässig anwendbar.

Die vorliegenden Modelle unterstellen, dass - bis auf einige Ausnahmen - Patientenbeteiligung anzustreben sei. Sie sind damit normativ und zeichnen ein stark idealisiertes Bild der Zusammenarbeit. Dabei ist nicht belegt, ob Patienten diese Art der Beteiligung wünschen und welchen Nutzen sie tatsächlich hat. Gleichzeitig ist

unklar, woran aus der Forscherperspektive eine Realisierung der Beteiligung bemerkbar wäre.

Besonders der SDM-Ansatz postuliert, dass die Machtasymmetrie zwischen Arzt und Patient durch die Gabe von Informationen an den Patienten verringert wird. Diese Sichtweise vernachlässigt die Machtasymmetrie, die durch gesellschaftliche Zuschreibungen konstituiert wird. Da Ärzte nach wie vor bestimmte Entscheidungs- und Zuteilungsbefugnisse haben (z.B. Krankschreibung), und auch weiterhin Patienten mit psychischen Erkrankungen gesellschaftlich stigmatisiert werden, wird die Machtasymmetrie durch die Informiertheit des Patienten nur partiell bzw. nur scheinbar verringert.

Möglicherweise ist die Unterstellung unzulässig, Patienten könnten, mit ausreichenden Informationen ausgestattet, im medizinischen Sinne rational entscheiden. Trotz der Informationen, die der Arzt ihnen gibt, werden sie sehr wahrscheinlich nicht den Wissensstand eines Arztes erreichen, der die Informationen aufgrund seines Studiums und seiner Erfahrungen viel besser einordnen kann. Die Gefahr, dass hier nur die Illusion von Beteiligung entsteht bzw. dass der Patient überfordert wird, ist hoch.

In den vorliegenden Studien wird die Sicht des Arztes häufig nicht erfasst – ein Mangel, wenn man die Konzeption des SDM-Ansatzes zugrunde legt.

Auch die häufig praktizierte einmalige Beobachtung einzelner Gesprächssequenzen wird vermutlich der Realität der Entscheidungspraxis kaum gerecht, da von den einzelnen Situationen auf die Gesamtheit der Zusammenarbeit geschlossen wird.

Es ist weiterhin anzuzweifeln, dass alle Faktoren, die eine Entscheidung eines Patienten beeinflussen, sichtbar sind und in der Praxis des Arztes bzw. im Behandlungszimmer ablaufen.

Offen bleibt auch die Frage, ob das Konzept des SDM für psychoseerfahrene Patienten und die Gestaltung ihrer Zusammenarbeit mit Psychiatern im ambulanten Rahmen anwendbar ist, da bei dieser Patientengruppe zeitweise eine wichtige Voraussetzung angezweifelt werden kann, nämlich die unterstellte Fähigkeit zur vernünftigen Entscheidung über die eigene Behandlung.

Dies spricht für die Anwendung qualitativer Forschungsansätze, die in Interviews die Sichtweisen von Ärzten und Patienten erfassen sowie ein Einbeziehen der Kontextbedingungen erlauben.

2.1.4.3 Die Arzt-Patient-Beziehung aus ethischer Perspektive

Anfang der achtziger Jahre fand vor allem in den USA ein Paradigmenwechsel in der ethischen Betrachtungsweise der Arzt-Patient-Zusammenarbeit statt. An die Stelle des reinen Patientenwohles als leitendes ethisches Handlungsprinzip trat die Forderung nach einer informierten Einwilligung des Patienten in seine Behandlung (Informed Consent). Das heißt, in die Sorge um das Wohlergehen der Patienten wurde dessen Autonomie beim Treffen medizinischer Entscheidungen einbezogen. Die informierte Einwilligung ist so neben einem rechtlichen (s.o.) auch ein ethisches Thema, möglicherweise sogar in erster Linie ein ethisches Thema. Denn die rechtlichen Bedingungen regeln zwar das formale Vorgehen, doch geben sie wenig Handlungsanweisungen für konkrete Entscheidungssituationen, keinen moralischen Hintergrund für schwierige Entscheidungssituationen und sind zudem auch weniger handlungsleitend für die meisten Ärzte als die moralische Seite ihres Tuns.

Das ethische Konzept des Informed Consent hat zwei zentrale Voraussetzungen: Freie Zustimmung/Einwilligung und die Kompetenz zu verstehen und zu entscheiden. Diese Elemente spielen eine entscheidende Rolle in der Selbstbestimmung eines Patienten. Freie Zustimmung beinhaltet die Möglichkeit, die eine oder andere Option zu wählen oder auch alle vorgeschlagenen Optionen abzulehnen. Das Verstehen richtet sich auf ein Bewusstsein der eigenen Lage und ein Verständnis der Informationen.

Des Weiteren spielen Informationselemente eine Rolle: Die Eröffnung/Übermittlung von Informationen, die Empfehlung eines Behandlungsplanes, das Verständnis dieser beiden Schritte durch den Patienten. Die Zustimmungselemente umfassen die Entscheidung des Patienten anhand seiner Bevorzugung eines Behandlungsplanes und die Autorisierung des gewählten Vorgehens (s. Beauchamp & Childress, 2001, S.80).

Der Hintergrund für den Informed Consent ist die Annahme einer Nützlichkeit. Zum einen ist darin enthalten, dass das, was Patienten zur Behandlung beitragen können, hilfreich für die angemessene Gestaltung ihrer Behandlung sein kann. Zum anderen wird unterstellt, dass es besser für den Patienten ist, eine aktive anstelle einer passiven Krankenrolle einzunehmen.

Neben der Nützlichkeit ist der Respekt gegenüber den Patienten ein ethischer Hintergrund für ihre Beteiligung an Entscheidungen. Dahinter steht an Kant angelehnt die Forderung, einen Menschen nicht als Instrument für die Ziele eines

anderen zu nutzen und dabei dessen Ziele zu vernachlässigen sowie die Wahrnehmung menschlicher Wesen als durch bestimmte Eigenschaften ausgezeichnet, die ihre Würde ausmachen. Zu diesen Eigenschaften gehören ihre Autonomie und ihre Selbstbestimmung. Das heißt, persönliche Autonomie ist zu verstehen als eigenständige Machtausübung (*self rule*, Beauchamp & Childress, 2001, S.58), die ohne kontrollierende Beeinflussung anderer und ohne Begrenzungen wie beispielsweise mangelhaftes Verständnis von Informationen statt findet. Das autonome Individuum handelt nach einem selbstgewählten Plan. Daher ist es als unethisch zu betrachten, Menschen zu Entscheidungen zu zwingen oder ihnen Entscheidungsbeteiligung zu verweigern, wenn es um ihr eigenes Leben geht.

Feuerstein und Kuhlmann (1999) wählen den Begriff der qualifizierten Autonomie und spezifizieren damit den Begriff der Patientenautonomie. Sie zeichne sich dadurch aus, dass dem Patienten „das relevante Wissen über die jeweils gegebene Situation und die bestehenden Handlungsalternativen ohne manipulative Verzerrung vermittelt wird, dass (...) das angemessene Verstehen der vermittelten Inhalte sichergestellt werden kann, und (...) dass der Entscheidungsprozess des Patienten nicht einer externen oder abstrakten, sondern seiner ganz persönlichen „Rationalität“ folgt, das heißt als eine an individuellen Wertpräferenzen orientierte Abwägung von Handlungsalternativen (Nutzen, Risiken, Folgen) vorgenommen wird“ (S.11). Dabei gehe es „neben der letztlich empirischen Frage, ob und in welchem Umfang unter medizinischen Alltagsbedingungen tatsächlich eine autonome und qualifizierte Entscheidung realisiert werden kann oder soll, [...] in ethischer Perspektive auch um die Ambivalenz, die in der proklamierten Stärkung des Patientenwillens angelegt ist“ (S. 11). Zentral sei hier die Frage nach der Verantwortung für (Fehl)Entscheidungen. Paternalistische Entscheidungen stünden einerseits unter einem zunehmenden Legitimationszwang. Andererseits würden sie in verstärktem Maße das Risiko eines juristischen Regresses bergen, da eine unangemessene Entscheidung des Arztes viel besser sanktionierbar wäre als eine unangemessene Information, die den Patienten letztlich in der Illusion lässt, selbständig entschieden zu haben und ihm somit auch die Verantwortung für eine möglicherweise falsche Entscheidung überlässt. Und das selbst dann, wenn er aufgrund der Fehlinformation gar nicht in der Lage gewesen ist, die Konsequenzen korrekt abzuschätzen.

Der Aspekt der Autonomie wurde in den letzten Jahren ergänzt um den der Relationalität bzw. relationalen Autonomie (vgl. Beauchamp & Childress, 2001). Menschen werden darin in ihrer Eigenschaft als soziale Wesen berücksichtigt und eine alleinige Betonung ihrer Autonomiebedürfnisse würde dementsprechend zu kurz greifen. Dies hat sich besonders in der Anwendung des Informed Consents gezeigt: Wenn das paternalistische Modell ersetzt wird durch eine distanzierte und unpersönlich geführte Verhandlung zwischen Fremden, die ihre Rechte und Pflichten aushandeln, wird dieser Aspekt vernachlässigt (American College of Obstetricians and Gynaecologists, www.acog.org/from_home/publications/ethics, letzter Zugriff am 19.2.2004). Statt dessen wird zunehmend berücksichtigt, dass die Arzt-Patient-Beziehung, aber auch die Beziehungen des Patienten zu Angehörigen, anderen Professionellen, Freunden etc. wichtige Rollen in deren Entscheidungsprozesse spielen.

Die Frage, inwieweit das Individuum *verpflichtet* ist, sich an Entscheidungen zu beteiligen, ist unter Medizinethikern umstritten. Einige Vertreter des Autonomie-Ansatzes fordern möglicherweise eher das, was aus ihrer Sicht ein Patient wollen *sollte* als dass sie wirklich die Wünsche der Patienten widerspiegeln (zur Kritik an diesem Ansatz siehe Schneider, 1998). Andere, wie Beauchamp & Childress (2001), betonen, dass ihr Konzept von der Autonomie des Patienten eindeutig das *Recht* zu wählen, nicht die *Pflicht* dazu beinhaltet.

Andere Autoren kritisieren generell das gängige Verständnis der Patientenautonomie. Autonomie werde oft passiv definiert im Sinne eines „nicht Überfahrens“ der Wünsche des Patienten anstelle einer aktiven Ermächtigung des Patienten zu mehr Selbstbestimmung und der Fähigkeit, Verantwortung in Entscheidungen zu übernehmen (vgl. Shildrick, 1997). Shildrick hebt hervor, dass es unmöglich sei, dass eine Person für eine andere Autonomie herstelle und dass allein das Betreten der ärztlichen Praxis durch den Patienten einen Ausgleich in der Machtbeziehung unmöglich mache.

Thomas Beauchamp und James Childress (2001) haben neben dem Aspekt der Autonomie drei weitere zentrale ethische Prinzipien für das ärztliche Handeln postuliert:

- Nichtschaden
- Fürsorgepflicht – das für die Patienten Gute soll angestrebt werden
- Autonomie – die Zustimmung eines wohl informierten Patienten ist erforderlich
- Gerechtigkeit – die Vergünstigungen der Gesundheitsfürsorge sollten so gerecht wie möglich verteilt werden.

Hier findet sich die oft in Argumentationen über die Aufgaben des Arztes angeführte Fürsorgepflicht wieder und es wird deutlich, dass es sich dabei nicht um eine rechtliche Handlungsanweisung handelt sondern um eine moralische, die allerdings dadurch nicht an Bedeutung verliert.

Kritiker bemängeln die eingeschränkte Anwendbarkeit dieses weit verbreiteten Konzeptes auf aktuelle Fälle, die zu starke Abstraktion und die unzureichende Einbeziehung von tatsächlicher klinischer Praxis (O'Donovan, 2003).

Kühn (1996) bemerkt, dass die ethischen Kernprobleme einer künftigen Medizin nicht in der von den Bioethikern fokussierten Intensivmedizin zu suchen seien. Vielmehr seien die Alltagsentscheidungen der in Kliniken und Praxen tätigen Ärzte über Verschreibungen, Einweisungen und Entlassungen sowie der Verordnung kostenintensiver Diagnostik betroffen. Er betont dabei den Zusammenhang zwischen der oben skizzierten Ökonomisierung der Medizin und der Bedrohung des Arzt-Patient-Verhältnisses, das an ethischen Richtlinien ausgerichtet ist. Es sei paradox, dass faktisch die Entscheidungsmöglichkeiten der Ärzte und Patienten abnehmen und gleichzeitig ein „akademischer Ethikbetrieb“ blühe, „dessen bevorzugter Gegenstand die individuelle Entscheidung ist, während die zu Organisationen und Finanzierungssystemen geronnenen und entsubjektivierten Vor-Urteile unbeachtet bleiben“ (S.2). Er zeigt auf, dass Organisationsstrukturen im Gesundheitswesen geschaffen worden seien, die bestimmte Entscheidungen so subtil nahe legten, dass sie der kritischen Reflexion der Ärzte entzogen seien. Finanzielle Anreiz- oder Sanktionsmechanismen seien hier entscheidend. Indem eine prospektive Finanzierungsweise etabliert worden sei, wäre das wirtschaftliche Behandlungsrisiko auf die Anbieter medizinischer Dienstleistungen verlagert worden. Ethisch ergebe

sich ein Konflikt aus der Divergenz dieser monetären Steuerung des Arztverhaltens und der traditionellen westlichen hippokratischen Medizinethik, die immer noch als „positive Moral“ (S.3) die Erwartungen der Patienten und der Gesellschaft an den Arzt steuere. Nach dieser Ethik hätten die Ärzte uneingeschränkt loyal dem Patienten gegenüber zu sein, allein im Interesse des Patienten zu handeln, das Wohlergehen des Patienten über sein eigenes finanzielles Wohlergehen zu stellen und das Arztgeheimnis zu wahren. Mit diesen Grundsätzen werde der grundlegend bestehenden Hilfsbedürftigkeit des Patienten Rechnung getragen und der Arzt sei in der Rolle eines Treuhänders zu verstehen, der ausschließlich im Interesse des Patienten handele. Im aktuellen Gesundheitswesen sei jedoch der Arzt-Patient-Kontakt nicht mehr nur die Begegnung zweier Menschen, sondern hier sei die Schnittstelle „zwischen einem hoch arbeitsteiligen Medizinsystem und einem Individuum, das dessen Leistung in Anspruch nimmt“ (S.4). Der angestrebte wirtschaftliche Wettbewerb und der Rationalisierungsdruck, wie er zum Beispiel in der Gesundheitsreform ihren Ausdruck findet, lenkt nach Kühn (1996) die Ressourcen auf diejenigen Patientengruppen, die über die größte Zahlungsfähigkeit, die besten Bildungsvoraussetzungen, die höchste Artikulations- und Konfliktfähigkeit und sozialen Netze verfügten und zugleich das geringste Krankheitsrisiko hätten. Der Rationalisierungsdruck verschärfe damit den Druck auf Patienten, die von stark einschränkenden, meist chronischen Erkrankungen betroffen seien, älter seien und den unteren sozialen Schichten angehörten. Ein wettbewerblich hervorgerufener Kostendruck mache nur dann Sinn, wenn man unterstelle, dass die betroffenen Einrichtungen die Möglichkeit zu verbesserter Arbeitsteilung und Kooperation haben, also Spielraum zur Veränderung vorläge. Dies bezweifelt er in Bezug auf die Praxen vieler deutscher Kassenärzte. Somit könne sich der einzelne Patient in einer Beratung durch den Arzt nicht mehr sicher sein, wessen Agent dieser gerade sei – ob er tatsächlich allein im Sinne des Patienten von einer kostspieligen Behandlung abrate, oder ob eigene finanzielle Interessen diese Beratung leiten würden.

Durch die Standardisierung der Medizin, die sich in der Schaffung beispielsweise von Behandlungsleitlinien oder diagnosebezogenen Fallpauschalen äußert, verbunden mit der Tatsache, dass zunehmend medizinische Daten produziert und aufbereitet werden und gleichzeitig versucht wird, wirtschaftliche Daten für Ärzte,

Patienten, Fälle und Prozeduren transparent zu machen, entstehe die Grundlage für eine betriebswirtschaftliche Steuerung der Arztentscheidungen (Kühn, 1996).

Somit begreift Kühn monetäre Anreize unter ethischem Aspekt als eine „implizite Zurückweisung der Erwartungen der Kranken, der Arzt solle ihr loyaler Agent sein. Würden nämlich die ärztlichen Entscheidungen nur im Hinblick auf die Bedürfnisse des Patienten und nach dem Stand der medizinischen Wissenschaft gefällt (wie es jeder Patient erwartet und die Berufsethik vorschreibt), dann wäre die Art der Finanzierung völlig gleichgültig für das Leistungsgebaren. (...) Die Wirksamkeit der monetären Anreize steht und fällt also mit der Bereitschaft der Ärzte, das ethische Gebot der Loyalität zum Patienten zu verletzen und statt dessen ihrem Einkommensinteresse (oder dem ihrer Organisation) zu folgen“ (S.12). Der einzelne Patient sei hier nicht derjenige, der dafür sorgen könne, dass das Gebot der Loyalität zu seinem Recht komme. Er sei schon in gesundem Zustand nicht ausreichend konfliktfähig gegenüber Professionellen und durch die Krankheit verschärfe sich die Asymmetrie im Verhältnis zum Arzt. Daher seien diese ethischen Probleme nur auf der strukturellen Ebene lösbar und Kühn bezeichnet eine Medizinethik, die sich dieser Problematik nicht zuwende, als „Legitimationshilfe und Gewissensentlastung (...) bei der Preisgabe der Loyalitätserwartung der kranken Individuen (...) an das ökonomisch steuernde System“ (S.17) .

Einen interessanten Ansatz bietet Anselm (2003), der sich aus ethischer Perspektive dem Paradigma des Patienten als Partner im medizinischen Entscheidungsprozess annähert. Er ordnet diesen Anspruch in die Ethikentwürfe der Neuzeit ein, die postulieren, dass das, was in einer bestimmten Situation ethisch geboten sei, sich aus dem Ausgleich der Präferenzen und Verhaltensvorstellungen aller Beteiligten ergeben soll. Damit werden handlungsleitende Normen nicht mehr von Autoritäten wie der Familie, der Kirche, dem Staat oder der Gesellschaft vorgegeben, sondern müssen von Fall zu Fall ausgehandelt werden. Er zitiert Habermas (1992), der eine Theorie zur Begründung der Moral in modernen Gesellschaften begründet hat und darin forderte, dass nur diejenigen Handlungsnormen als moralisch gelten sollten, „denen alle möglicherweise Betroffenen als Teilnehmer an rationalen Diskursen zustimmen könnten“ (S. 38). Der öffentliche Diskurs ersetzt hier die autoritäre Durchsetzung einzelner Normvorstellungen. Die durch dieses Verfahren zustande gekommenen Entscheidungen sollen gerecht sein, da sie das berechtigte

Eigeninteresse aller und das Gemeinwohl bestmöglich austarieren. Diese Theorie ist in die Bildung eines demokratisch verfassten Rechtsstaates eingeflossen und finde sich nun auch in der Forderung nach partnerschaftlicher Zusammenarbeit zwischen Arzt und Patient wieder. Das Paradigma von partnerschaftlicher Entscheidungsfindung und Diskursethik verlange dabei nur eine schmale gemeinsame Basis, nämlich die Anerkennung des Anderen als gleichberechtigten Partner. Dieser egalitäre Ansatz bilde den Kern der modernen Ideen von Menschenwürde und Menschenrechten. Gleichwohl ist er in der Zusammenarbeit zwischen Arzt und Patient bedroht. Anselm führt an, dass in der Politik die Teilnahme des Einzelnen am gesellschaftlichen Diskurs an Zugangskriterien wie das Mindestalter bei Wahlen geknüpft sei und dass auch Habermas die gleichberechtigte Teilnahme am gesellschaftlichen Diskurs an die Kompetenz des Sprechers gebunden habe (Habermas, 1983, S. 86). In medizinethischen Konfliktlagen ergebe sich aus dieser Bindung der Teilnahme an eine unterstellte situationsbezogene Sachkompetenz eine Bedrohung der Gleichberechtigung, denn dadurch stehe Expertenmeinung über Laienverständnis. Er betont, dass die Ausbildung paternalistischer Strukturen keineswegs ein vormodernes Problem sei, das sich auf den Hippokratischen Eid beziehe, sondern dass gerade die Professionalisierungsprozesse der Neuzeit die Machtasymmetrie zwischen Arzt und Patient ausweiten würden. Im Gegenzug zu rechtlichen Festlegungen wie dem Informed Consent und Emanzipationsbestrebungen der Neuzeit führe die zunehmende Differenzierung des medizinischen Fachgebietes zu einer Verstärkung der Asymmetrie. Der Arzt bekomme die gesellschaftliche Definitionsmacht über Diagnosestellung, Krankschreibung und Therapievorschlüge übertragen, Expertenwissen spiele eine immer größere Rolle. Selbst wenn der Arzt den Patienten informieren würde, bliebe dieser stets unterlegen und auf die Informationen des Arztes angewiesen. Die Unterstellung, der Patient sei aufgrund seiner zu geringen Sachkenntnisse nicht in der Lage, angemessen über die Behandlung zu entscheiden und die darauf folgende Negierung seiner Wünsche sei daher häufig anzutreffen. Ebenso das Informieren der Patienten mit dem alleinigen Ziel, sie zu einer erhöhten Therapiecompliance zu bewegen. Würde in diesem Verständnis der Patient aufgeklärt, um selbst zum Fachmann der Krankheit zu werden und mit dem Arzt auf partnerschaftlicher Ebene als zweiter Experte zu entscheiden, würde das Paradigma zum „Trojanischen Pferd“ (S.31), das paternalistische Strukturen verfestige. Indem

versucht werde, den Patienten auf die Augenhöhe des Arztes zu holen, würde um so mehr im Subtext die Botschaft vermittelt, dass er eigentlich unterlegen sei. Als Ausweg aus diesem Dilemma schlägt Anselm vor, einen Horizont zu eröffnen, in dem die strukturellen Asymmetrien, wie sie zwischen Arzt und Patient vorliegen, gegenstandslos werden. In dieser Sichtweise würde das Definitionsmonopol der Medizin für das Vorliegen einer Entscheidungspartnerschaft zurückgedrängt zugunsten einer Sichtweise des Patienten als Experte seiner Interessen, Bedürfnisse und Wertentscheidungen. Der Arzt müsse sich dann ebenfalls im Kontext eigener Präferenzen dem Patienten zeigen. Die Professionalität des Arztes fungiere dann nicht mehr als alleinige Bezugsgröße, sondern zeige sich als Eigenschaft der Person des Arztes. „Maßgeblich ist hier nicht mehr allein die durch den Arzt und sein Expertenwissen eingebrachte Information, sondern ein „Wissen“ in einem umfassenderen Sinn, das auch die jeweiligen individuellen Präferenzen des einzelnen Patienten mit einbezieht“ (S. 33). Diese Sichtweise beinhaltet schließlich, den Anderen als Teil seiner persönlichen Beziehungen und sozialen Einbettung zu sehen – und dies gelte sowohl für den Arzt als auch für den Patienten und beeinflusse die jeweiligen Entscheidungen mit.

Für Bestrebungen, dies zu beeinflussen, bedeutet dieser Ansatz: Patienten würden durch Interventionsangebote in die Lage versetzt, ihre Präferenzen präziser zu artikulieren, ohne in die Rolle des Gegenexperten zu verfallen. Die Ärzte müssten lernen, die lebensweltlichen Bedingungen der Patienten in ihrem Einfluss auf Entscheidungspräferenzen besser wahrzunehmen und dies betreffe auch deren weltanschaulich-religiöse Orientierungen. Denn nur so sei es möglich, das Unverwechselbare einer Person in die Arzt-Patient-Zusammenarbeit einzubeziehen.

Konsequenzen für diese Arbeit: Offen bleibt auch aus ethischer Perspektive, wie Entscheidungen mit psychoseerfahrenen Patienten getroffen werden sollen. Die Darstellungen in den Publikationen aus dem medizinethischen Bereich beziehen sich meist auf spektakuläre Fälle von Patienten, die an unheilbaren körperlichen Erkrankungen leiden, nicht mehr bei Bewusstsein sind bzw. sich aufgrund ihrer Erkrankung nicht mehr äußern können und bei denen die Frage im Raum steht, wie „lebenswert“ ihr Leben noch ist und ob Angehörige die Beendigung der medizinischen Behandlung einleiten dürfen. Andere in der einschlägigen Literatur häufig zitierte Fälle sind die schwerst behinderter Neugeborener oder Föten. Auch hier wird die

Frage diskutiert, ob dem Kind eine medizinische Behandlung vorenthalten werden darf. Im Falle psychoserfahrener Patienten stellen sich andere Fragen: Sie sind bei Bewusstsein, gelten aber ggf. rechtlich in akuten Psychosen als nicht einwilligungsfähig. Das heißt, ihre Fähigkeit zur freien Einwilligung und die Kompetenz zu entscheiden, können phasenweise in Zweifel gezogen werden. Allerdings ist nicht leicht zu entscheiden, wann die Grenze der Einwilligungsfähigkeit erreicht ist, ab wann der Arzt „zum Wohle des Patienten“ handeln darf oder muss und ihn auch gegen seinen Willen in eine Klinik einweist. Es bleibt auch offen, wie viel Druck ein Arzt ausüben darf, wenn er merkt, dass sich der Zustand des Patienten destabilisiert, dieser aber dennoch eine medikamentöse Behandlung ablehnt, die aus ärztlicher Sicht eine Verbesserung des Zustands unterstützen könnte. Den ethischen Prinzipien der Fürsorgepflicht und des Nichtschadens verpflichtet, müsste der Arzt hier massiven Druck ausüben und versuchen, den Patienten zu einer Einnahme der Medikamente zu bewegen. Den Aspekt der Autonomie vor Augen, sollte der Arzt den Patienten zwar über seine Sicht aufklären, aber keinesfalls Druck auf ihn ausüben.

Verschiedene Autoren haben verdeutlicht, dass das (scheinbare) Ideal der Symmetrie zwischen Arzt und Patient auch durch die Gabe von Informationen nicht herzustellen ist. Möglicherweise ist der Ansatz von Anselm hier eine interessante Erweiterung, wenn er vorschlägt, den Patienten nicht zum „Gegenexperten“ in medizinischen Fragen zu machen. Wenn der Patient zu einem Experten für ein anderes „Fachgebiet“, nämlich seine eigene Lebenssituation gemacht werde und Berücksichtigung finde, entstehe eine neue Grundlage für die Gestaltung der Zusammenarbeit. Auch die Sichtweise, dass der Arzt mit seiner Person Eingang in die Behandlungsgestaltung findet, kann hilfreich sein. Das Einbeziehen lebensweltlicher Bedingungen auf Entscheidungen in der Behandlung schließlich eröffnet einen deutlich weiteren Rahmen für eine „ideale“ Zusammenarbeit als es das oben dargestellte SDM-Modell erlaubt. Es erscheint mir sinnvoll, die vorliegenden Daten auf der Grundlage eines entsprechend erweiterten Verständnisses von gelungener Zusammenarbeit zu analysieren.

2.1.4.4 Der Ansatz von Klaus Dörner

Die oben geschilderten Entwicklungen können für die Betroffenen neben dem Gewinn an Selbst- und Mitbestimmung auch einen Verlust an fürsorglicher

Unterstützung durch die Ärzte bedeuten (vgl. Prior, 1993). Möglicherweise wird zu Unrecht vorausgesetzt, dass alle Patienten in jedem Falle Verantwortung für ihre Behandlung übernehmen wollen und in der Lage sind, sich aktiv in die Behandlung einzubringen und Entscheidungen zu treffen. Manche Autoren weisen darauf hin, dass diese Art der Zusammenarbeit mit dem Arzt auch eine Überforderung gerade für chronisch psychisch kranke Personen bedeuten könne (z.B. Hornung, 1998).

Interessant ist vor diesem Hintergrund der Ansatz von Dörner (2003). Er kritisiert die aktuell gängigen Konzepte der Zusammenarbeit aufgrund ihrer begrenzten Anwendbarkeit: „In der Regelung zwischenmenschlicher Beziehungen setzt das Recht einen ‚Minimalkonsens‘, während Ethik aufgrund stets unterschiedlicher Sichtmöglichkeiten einen ‚maximalen Dissens‘ umgreift“ (S.65). Dörner gestaltet entsprechend ein Bild der idealen Arzt-Patient-Zusammenarbeit, das sowohl paternalistische als auch partnerschaftliche Aspekte enthält und zusätzlich eine Ebene integriert, in der sich der Arzt dem Patienten „aussetzt“, sich ihm als Objekt zur Verfügung stellt. Im Rahmen der paternalistischen Haltung, die er als „Subjekt-Objekt-Dimension“ bezeichnet, gehe es um eine beschützende Haltung des Arztes. Der Patient stehe hier unter dem Arzt. Aufgrund seines Vorsprungs an „Kompetenz, Wissen und Macht“ (S.73) sei der Arzt in der Lage, den Patienten zu diagnostizieren und zu therapieren. Und dies um so mehr, „je akuter eine Krankheit ist, je mehr es sich zudem um einen Notfall handelt oder je mehr es sich um einen Zulieferungs-Service eines Facharzt-Spezialisten dreht“ (S.73).

Die partnerschaftliche Haltung benennt er auch als Subjekt-Subjekt-Dimension bzw. als gegnerschaftliche Haltung. Dies bedeute, dass der Arzt nicht von einer Interessengleichheit ausgehen sollte, sondern, im Gegenteil, von unterschiedlichen Interessen von Arzt und Patient. Damit trage der Arzt der individuellen Besonderheit der Krankheitssituation Rechnung. Er kritisiert die gängigen Modelle einer partnerschaftlichen Arzt-Patient-Zusammenarbeit, die auf der Annahme einer grundsätzlichen Interessengleichheit aufbauen und unterstellen, dass Arzt und Patient gleichberechtigt in Verhandlung miteinander treten könnten mit dem Ziel, gemeinsam die Krankheit zu bewältigen.

Dörner betont vor allem, dass der Unterschied zwischen chronisch Kranken und akut erkrankten Personen entscheidend für die ihnen entgegen gebrachte Haltung sein sollte. Mische der Arzt sich aus Respekt vor der Autonomie des Patienten nicht in dessen Entscheidungen ein, sei das im Kontakt zu chronisch Kranken „absurd“ und

„inhuman“ (S.115). „Man würde den chronisch Kranken, ohne sich einzumischen, ohne ihn zu begleiten, auf brutale Weise in seiner Isolation alleine lassen. (...) Die Entscheidungsfreiheit des Akutkranken gleicht der Situation einer klar definierten Weggabelung, die des chronisch Kranken den diffusen und unendlich vielen Möglichkeiten, einen Wald zu durchqueren, wobei man sich ohne Begleitung leicht verirren kann. Hier schaffen Begleitung, Beziehung, Einmischung, Sorge und Verantwortung erst die Voraussetzung dafür, dass jemand seinen Weg findet.“ (S.116). Der Patient erkläre den Arzt aufgrund seiner Krankheitssituation zeitlich befristet zum „Ersatzspieler für vorübergehend ausgefallene Familienangehörige“ (S.116) und begeben sich in Abhängigkeit vom Arzt. Diese Abhängigkeit, so Dörner, lasse sich nicht einfach beseitigen, indem man die Zusammenarbeit in ein „Subjekt-Subjekt-Arbeitsbündnis umdefiniere“ (S.117). Wenn der Arzt die ihm vom Patienten angetragene Verantwortung annähme und entsprechend handele, komme er um die Bereitschaft, sich „die Finger schmutzig zu machen, nicht herum“ (S.116 – 117). Die Zusammenarbeit umfasse dann Elemente wie „Liebe, Verzeihung und moralische Tragfähigkeit (Toleranz)“ aber auch Elemente der „Unterstellung, der Erpressung, selbst der Gewaltanwendung“ (S. 117). „Je chronischer ein Kranker, ein desto schlechterer Kunde ist er, desto weniger Konsumentensouveränität ist ihm eigen. Um so mehr bedarf er der nicht-einspringenden, bloß präsenten Nähe eines kritisch-sympathischen Freundes, der sich ihm aussetzt“ (S. 121).

Dörner beschreibt schließlich die Rolle des Arztes als die einer „Zerreißprobe“ (S.54), möchte dieser das Selbstbestimmungsrecht des Patienten achten und ihn gleichzeitig in seinem Abhängigkeits- und Schutzbedürfnis nicht alleine lassen. „Hier sind die Gefahren für mich nach beiden Seiten gleich groß und verführerisch: Auf der einen Seite die autoritäre, patriarchalische Bevormundung und Vergewaltigung des Anderen. Auf der anderen Seite mein Rückzug auf den formal-korrekten Standpunkt ‚das müssen Sie schon selbst entscheiden, ich respektiere Ihr Selbstbestimmungsrecht‘, gleichgültig, in welcher Verfassung der Andere sich gerade wirklich befindet“ (S.54).

Dörner sieht eine intensive Beziehung zwischen Patient und Arzt als einzige Möglichkeit dafür, dass das situative Handeln des Arztes dem Patienten gerecht wird.

Konsequenzen für diese Arbeit: Besonders der Ansatz der „Gegnerschaft“ im Kontrast zu der in SDM-Modellen implizit enthaltenen unterstellten Interessengleichheit zwischen Arzt und Patient ist eine hilfreiche Betrachtungsweise für dieses Forschungsprojekt. Dörner bewertet außerdem gerade die Einmischung in die Angelegenheiten des Patienten als Ausdruck des Respekts des Arztes vor dessen schwieriger Lebenssituation mit der Krankheit. Der Arzt komme nicht umhin, den Patienten zeitweise seiner Autonomie zu berauben, um ihn in seiner Not nicht allein zu lassen. Dies eröffnet eine radikal andere Sichtweise auf das Thema Partizipation. Dörner betont zudem die besondere Bedeutung der persönlichen Beziehung zwischen Arzt und Patient mehr als alle anderen dargestellten Ansätze und hebt sich dadurch von ihnen ab.

2.1.5 Zusammenfassung und Bewertung

Es geht in den dargestellten Ansätzen um den erfolgreichen Umgang mit (chronischen) Erkrankungen und um die Frage, welche Arzt-Patient-Beziehung dafür besonders zielführend ist. Derzeit gilt eine auf Patientenpartizipation ausgerichtete ärztliche Behandlung als Ideal.

Dabei ist die Konzeptualisierung entsprechender Begriffe bisher unzulänglich und die Qualität von verschiedenen Instrumenten zu ihrer Messung gering. Dementsprechend uneinheitlich ist die Forschungslage zur Realisierung von Patientenbeteiligung.

Es wurden gesellschaftliche Entwicklungen dargestellt, die zu einem veränderten Selbstverständnis der Ärzte und Kranken geführt haben und deren Zusammenarbeit beeinflussen. Dabei bleibt zu berücksichtigen, dass selbst, wenn zunehmend ein gesellschaftlicher Modernisierungsprozess zu beobachten ist, der autoritative und paternalistische Einstellungen und Verhaltensweisen zurückdrängt, die Machtasymmetrie zwischen Arzt und Patient bestehen bleibt, bzw. in Zeiten der Industrialisierung, der zunehmenden Medikalisierung der Gesellschaft und der Institutionalisierung eines sozialstaatlich orientierten Krankenversicherungssystems sogar noch ausgeweitet worden ist. Sie ist gleichsam ein strukturelles Merkmal dieser Beziehung.

Die Bestrebungen zur Aktivierung des einzelnen Patienten sind nicht nur positiv zu bewerten. Zum einen kann damit auch eine Alibifunktion verbunden sein und Patienten nur die Illusion ihrer Beteiligung eröffnet werden. Zum Anderen kann eine

solche Situation für Menschen, die nicht gebildet, sprachlich kompetent, verhandlungserfahren, selbstbewusst, innerlich unabhängig und zusätzlich gesundheitlich dazu in der Lage sind, daraus eine Benachteiligung entstehen. Der Anspruch, die Autonomie des Patienten in der ärztlichen Behandlung handlungsleitend einfließen zu lassen, könnte also möglicherweise unrealistisch sein bzw. zu einer schlechteren medizinischen Versorgung der Patienten führen. Gleichzeitig kann aus soziologischer, ethischer und philosophischer Perspektive angezweifelt werden, ob es für Patienten überhaupt grundsätzlich möglich ist, eine freie Entscheidung zu treffen und Autonomie zu leben – selbst, wenn der Arzt bereit wäre, dies zu unterstützen.

Es ist bisher nicht geklärt, wo Nachteile der postulierten „Nutzersouveränität“ der Patienten liegen. Da die skizzierten Modelle implizit davon ausgehen, dass die Patienten rationale Entscheidungen treffen *können*, ist zu untersuchen, wie entsprechende Behandlungsformen mit psychoseerfahrenen Patienten gestaltet werden, also mit Personen, bei denen krankheitsbedingt die rationale Entscheidungs- und Einwilligungsfähigkeit in manchen Situationen umstritten ist und möglicherweise Aspekte wie Schutz und Fürsorge durch den Arzt eine besondere Rolle spielen.

Der Bereich der Psychosen ist in diesem Zusammenhang auch deshalb ein interessantes Untersuchungsfeld, weil die Psychiatrie tendenziell mit einer Autonomiebeschränkung der Patienten in Zusammenhang gebracht wird.

Aus dem Forschungsdefizit in diesem Feld folgt, dass es sinnvoll ist, einen Ansatz zu finden, der

- umfassend ist, also nicht nur einzelne Entscheidungssituationen als Indiz für erfolgte Partizipation untersucht,
- verschiedene Perspektiven erhebt, also sowohl die Perspektive der beteiligten Ärzte und Patienten als auch die der Forscherin einschließt,
- das vermeintliche Ideal der partizipativen Zusammenarbeit auf die Bedürfnisse der Patienten hin untersucht und schließlich
- eine Prozessperspektive einnimmt, also Entscheidungen und andere Faktoren der Zusammenarbeit in ihrer zeitlichen Erstreckung erfasst.

Am Ende eines solchen Forschungsprozesses lassen sich dann möglicherweise Aussagen darüber machen, wie sehr Autonomie und Selbstbestimmungsfreiheit des

Patienten in der psychiatrischen Behandlung zum Ausdruck kommen soll und worin sich eine gelungene Behandlung aus der Sicht psychoserfahrener Patienten zeigt.

2.2 Eigene Erfahrungen

Von 1999 bis 2001 habe ich im Kontext der Transplantationsmedizin geforscht. Ich habe mich damit befasst, wie Jugendliche und ihre Familien nach einer Herz- bzw. Lebertransplantation der Jugendlichen (weiter-)leben. Dabei drängte sich ein Thema immer wieder auf, das zunächst gar nicht der Fokus der damaligen Studie gewesen war: Die Interaktion der behandelnden Ärzte und der Eltern der transplantierten Jugendlichen.

In den Interviews mit den Eltern wurde deren Enttäuschung über den Umgang der Ärzte mit ihnen deutlich. Das Gefühl, von den Ärzten nach der Entlassung aus dem Krankenhaus „fallen gelassen“ worden zu sein, spielte hier ebenso eine Rolle wie die Erfahrung, den Transplantationsmedizinern vollkommen ausgeliefert zu sein und keinen Einfluss auf deren Entscheidungen nehmen zu können. Es schien, als wäre die Unzufriedenheit bei denjenigen Eltern besonders groß, die sich aufgrund mangelnden medizinischen Verständnisses in extremem Maße den Ärzten ausgeliefert fühlten.

In den Interviews mit den Ärzten fiel demgegenüber auf, wie sehr diese sich in ihrer Wahrnehmung für die Jugendlichen und deren Familien einsetzten, welche hohe Bedeutung der Erfolg oder Misserfolg der Transplantation für sie hatte und vor allem, welche enge persönliche Bindung sie zu jeder einzelnen Familie – zumindest während des Krankenhausaufenthaltes – empfanden.

Diese Sichtweisen widersprachen sich so dramatisch, dass der Schluss nahe lag, dass in der Beziehung zwischen Ärzten und Patienten bzw. deren Familien offenbar massive Probleme und hinderliche Missverständnisse bestanden, obwohl alle Beteiligten beste Absichten und häufig kongruente Ziele hatten.

Hier entwickelte sich mein Interesse für Fragen nach der Verantwortungsübernahme (Wer übernimmt wofür die Verantwortung in der Interaktion und gibt es vielleicht für den Verlauf günstigere bzw. ungünstigere Konstellationen?), nach einem Umgang mit Machtasymmetrien zwischen Ärzten und Patienten, und ich wollte erforschen, wie eine aus Patientensicht gelungene Zusammenarbeit gestaltet ist.

Meine Hypothese war zu diesem Zeitpunkt, dass Patienten, die das Gefühl haben, selbst Einfluss auf die Behandlung nehmen zu können, die selbst auch Experten ihrer Krankheit sind und als solche vom Arzt in die Behandlungsplanung einbezogen

werden, weniger abhängig vom Arzt sind und sich aufgrund dieser Autonomie und Selbstverantwortlichkeit deutlich zufriedener über die Zusammenarbeit mit dem Arzt äußern. Darauf deutete mein damaliges Ergebnis hin, dass die Mütter, die selbst Krankenschwestern gewesen waren oder in anderen medizinischen Kontexten gearbeitet hatten, deutlich weniger Erwartungen an die Transplanteure hatten, vor allem was die emotionale Seite der Beziehung betraf.

Um die Selbstverantwortlichkeit zu fördern, erschien es mir hilfreich, die Patienten durch Informationen und Gespräche mit nicht-beteiligten Professionellen zu unterstützen, um sie zu starken Verhandlungspartnern zu machen.

Gleichzeitig stellte ich mir immer wieder die Frage, wie es möglich ist, Patienten tatsächlich zu beteiligten Entscheidungsträgern in der Zusammenarbeit mit Ärzten zu machen. Denn es gibt Situationen, in denen sie faktisch diese Entscheidungen aufgrund der hohen Komplexität des medizinischen Feldes oder emotionaler Überforderung nicht treffen können. Wie sollte eine Verhandlung zwischen Arzt und Patient aussehen, in der der Patient als autonomer Verhandlungspartner einbezogen ist und ihm gleichzeitig genug ärztliche Fürsorge zuteil wird?

Die medizinische Behandlung von und mit Patienten mit Psychosen stellte sich als aufschlussreiches Untersuchungsfeld heraus: Da akute Psychosen die (unterstellte) rationale Entscheidungs- und Einwilligungsfähigkeit der betroffenen Person stark einschränken und dazu führen können, dass der Arzt im Falle einer angenommenen akuten Selbst- oder Fremdgefährdung sogar gegen den erklärten Willen des Patienten handeln muss, waren hier die Grenzen gewährter Mitbestimmung möglicherweise gut auszuloten. Häufig wechseln sich die akut psychotischen Phasen mit weitgehend symptomfreien Phasen ab. In den symptomfreien Phasen kann für viele Betroffene ein relativ normales Leben möglich sein, in dem sie wenig oder keine ärztliche Hilfe benötigen. Wie können kooperative Behandlungsformen zwischen Psychiatern und Personen gestaltet werden, die in manchen Situationen extrem hilfsbedürftig sind bzw. erscheinen und die in anderen Situationen durchaus in der Lage sind und das Recht für sich beanspruchen, in starkem Maße Einfluss und Kontrolle über ihr eigenes Leben auszuüben?

Auf der Suche nach Unterstützung in der Literatur stieß ich auf viele Modelle, die in unterschiedlicher Weise das Thema Patientenbeteiligung bearbeiteten. Im vorangegangenen Literaturteil habe ich ausführlich dargestellt, wo ich jeweils die

Begrenztheit der Modelle in der Anwendung auf meine Forschungsfragen wahrgenommen habe. Grundlegend war die Schwierigkeit zu definieren, ab wann eine Behandlung als partizipativ oder kooperativ zu bezeichnen ist, ab wann ich von geteilten Entscheidungen sprechen kann. Wie viel Beteiligung der Patienten ist dazu nötig? Wie viel Einflussnahme des Arztes ist erlaubt? Nehmen beide Partner zu je 50% Einfluss? Und ist der Einfluss wirklich immer in der konkreten Situation beobachtbar? Und wie bestimme ich das Ausmaß des Einflusses, den allein die zugeschriebene Macht- und Expertenposition des Arztes auf die Entscheidung eines Patienten hat? Kann man da grundsätzlich von geteilten Entscheidungen sprechen? Interessant war auch die Frage danach, worüber überhaupt Entscheidungen getroffen werden. Denn gleich zu Beginn machte mich einer der beforschten Ärzte darauf aufmerksam, dass entgegen meiner Annahme nicht die Verhandlungen über Medikamente den größten Raum einnehmen.

Und wie geht man in Konfliktsituationen vor – wenn also Arzt und Patient sich nicht einigen können. Sollte der Arzt Behandlungsentscheidungen akzeptieren, auch wenn sie aus ärztlicher Sicht falsch sind? Wo beginnt und endet dann der mögliche Widerspruch zwischen Fürsorglichkeit und Beraubung der Autonomie?

Immer deutlicher wurde mir dabei, dass die Definition „kooperativer“ oder „partizipativer“ Behandlungsbeziehungen immer auch einen stark normativen Charakter hat. Dass im Zweifel ich als Forscherin festlege, was ich unter Kooperation und Partizipation verstehe. Da die entsprechenden Konzepte nicht eindeutig formuliert sind, empfand ich ihre Anwendung auf das Datenmaterial problematisch. Eine Konsequenz aus der unzulänglichen Definition und Abgrenzung der Konzepte ist, dass ich im folgenden deutlich mache, wie die Art der Zusammenarbeit gestaltet war, die ich bei der Auswahl der Untersuchungsteilnehmer und zu Beginn der Datenerhebung als gelungen definiert habe:

Es sind Bemühungen, eine Behandlung so zu gestalten, dass die Wünsche des Patienten einbezogen werden und er auf Entscheidungen Einfluss nehmen kann.

Dies ist eine Definition, die stark die Rolle des Arztes betont. Ich verstehe ihn als denjenigen, der die Möglichkeit hat, einem Patienten Raum zur Partizipation zu eröffnen und dessen Partizipation maßgeblich zu fördern.

Entsprechend den hier beschriebenen Schwierigkeiten, das Phänomen, das beforscht werden sollte, angemessen einzugrenzen, haben sich auch die Titel der Arbeit

mehrfach geändert. Während zu Beginn der Titel ganz offen formuliert war: „Über die Zusammenarbeit von psychoseerfahrenen Patienten und niedergelassenen Psychiatern“, änderte er sich später in „Formen und Bedingungen der Kooperation zwischen niedergelassenen Psychiatern und psychoseerfahrenen Patienten in der ambulanten psychiatrischen Behandlung“, wo ich schon annahm, dass es verschiedene Arten von Kooperation geben kann.

Beide dargestellten Titel beinhalteten immer sowohl die Arzt- als auch die Patientenperspektive. Zunehmend wurde mir jedoch deutlich, dass ich zwar viele Patienten befragt hatte, jedoch immer die Ärzte im Blickpunkt meiner Untersuchung gestanden hatten. Das spiegelt sich auch in meiner Samplingtechnik wider: Ich suchte „kooperative“ Ärzte und stellte über sie den Kontakt zu Patienten her. Aber auch in den Interviews wird dies deutlich. Während ich mit den Patienten ausführlich über die jeweiligen Ärzte gesprochen habe, ist dies umgekehrt – allein schon aufgrund der ärztlichen Schweigepflicht – nicht erfolgt. Im Laufe des Forschungsprozesses wurde immer deutlicher, dass die Zusammenarbeit, die ich in dieser Arbeit vorstelle, zwar die Partizipation der Patienten als ein wichtiges Bestimmungsstück enthält, aber gleichwohl der Begriff der partizipativen Zusammenarbeit, den ich zunächst als zentrale Kategorie wählte, den Gegenstand nicht komplett abbildete. Denn es waren auch weniger partizipative Aspekte in der Zusammenarbeit enthalten, wie in Kapitel 6.2 darzustellen ist. Daher habe ich den Begriff der „gelungenen Zusammenarbeit“ als Titel gewählt. Der Titel beinhaltet somit die Schlüsselkategorie der Arbeit. Er repräsentiert vor allem die Bewertungen der Patienten, aber auch die der Ärzte, umfasste sowohl partizipative als auch absichernde, kontrollierende Aspekte ärztlichen Verhaltens und erlaubte es mir gleichzeitig, mich von den in der aktuellen Literatur verwandten Begriffen der Partizipation, der Kooperation, der geteilten Entscheidungsfindung etc. zu lösen, die ich aufgrund ihrer unscharfen Definition als schwer anwendbar bewertet hatte.

Anhand des geschilderten Prozesses wird deutlich, wie sich meine normative „Brille“ im Laufe des Forschungsprozesses verändert hat. Bezog ich die Normen zu Beginn des Projektes aus der Fachliteratur und dem in der aktuellen Sozialpolitik propagierten Menschenbild des selbstverantwortlichen Patienten oder Kunden medizinischer Dienstleistungen sowie dem Ideal des „aktivierenden Sozialstaats“, änderte sich dies im Zuge der Interviews mit den Patienten. Zunehmend nahm ich

deren Perspektive ein, entwickelte im Dialog mit ihnen neue Normen eines „guten“ Arztes bzw. einer „gelungenen Zusammenarbeit“. Dies musste nicht an allen Stellen denen der Shared-decision-making- und Patientenorientierungs-Modelle entsprechen. Vor diesem Hintergrund beschreibe ich nun die Verhaltensweisen der Ärzte unter der Fragestellung, die im folgenden Kapitel dargestellt wird. Die Kategorien, die ich aus dem Datenmaterial entwickelt habe, stellen den Versuch dar, aus der Forscherperspektive die Verhaltensweisen zu beschreiben, also über die einzelnen Patientenbeschreibungen hinweg zu generalisieren und zusätzlich eigene Beobachtungen einfließen zu lassen. Die Perspektive der Ärzte auf ihr eigenes Verhalten und die Zusammenarbeit mit Patienten wird unterstützend einbezogen. Verbunden mit dieser Ausrichtung meiner Darstellung ist die Hoffnung, dass die geschilderten ärztlichen Verhaltensweisen und dahinter stehenden Haltungen lehr- und lernbar sind und die Arbeit auch für andere Ärzte interessante Anregungen geben kann.