

## **4 Methoden**

### **4.1 Datenerhebung und Datenauswertung**

Im folgenden Kapitel gebe ich einen Überblick über die in dieser Arbeit verwandten Forschungsstrategien: Teilnehmende Beobachtung, Problemzentrierte Interviews und die Aufzeichnung von Arzt-Patient-Gesprächen vor dem Hintergrund des Ansatzes der Grounded Theory.

Zunächst stelle ich den theoretischen Hintergrund der gewählten Forschungsstrategien dar, bevor ich die Methoden der Datenerhebung skizziere und den Prozess der Datenauswertung beschreibe.

Schließlich gehe ich auf die Auswahl der Analyseeinheiten ein, bevor ich am Ende des Kapitels Aussagen zur Darstellungsform der Ergebnisse in dieser Arbeit mache.

#### **4.1.1 Theoretischer Hintergrund der gewählten Forschungsstrategien**

Die Datenerhebung und -auswertung geschah vor dem theoretischen Hintergrund der Grounded Theory, einer Forschungsmethode, die von B. Glaser und A. Strauss entwickelt wurde (Glaser & Strauss, 1967; Strauss, 1994; Strauss & Corbin, 1996). Sie steht in engem Zusammenhang mit der Methode der teilnehmenden Beobachtung. Dies ist eine „Feldstrategie, die gleichzeitig Dokumentenanalyse, Interviews mit Interviewpartnern (...), direkte Teilnahme und Beobachtung sowie Introspektion kombiniert“ (Denzin, 1989, S. 157 f.). Das Eintauchen des Forschers in das untersuchte Feld, die Beobachtung aus der Teilnehmerperspektive sowie den Einfluss des Forschers auf den Beobachtungsgegenstand durch seine Teilnahme benennt Flick (1995) als wesentliche Kennzeichen teilnehmender Beobachtung.

Hier ist ein Bezug zur Ethnologie und zur Soziologie gegeben. In der Ethnologie ist besonders Malinowski ein bedeutender Vertreter der teilnehmenden Beobachtung. Sein Ziel war es, durch das vollständige Eintauchen in die fremde Kultur mit einer Haltung des gleichmütig-freundlichen Verstehens „den Standpunkt des Eingeborenen, seinen Bezug zum Leben zu verstehen und sich seine Sicht seiner Welt vor Augen zu führen“ (Malinowski, 1979, S. 49; vgl. auch Legewie, 1995). Dazu lebte er über mehrere Jahre hinweg in Neu Guinea und beobachtete das

Zusammenleben der Trobriander. Allerdings wurde spätestens mit der posthumen Veröffentlichung seiner Forschungstagebücher (Malinowski, 1985) deutlich, dass er große Schwierigkeiten mit dem Einhalten besonders der gleichmütig-freundlichen Haltung gegenüber den beforschten „Eingeborenen“ gehabt hatte, was dazu beitrug, dass Vertreter wie z.B. Geertz (1983) die ethnologische Feldforschung nüchterner und realistischer betrachteten (Legewie, 1995). In der amerikanischen Soziologie der 30er Jahre des zwanzigsten Jahrhunderts waren es besonders Vertreter der sog. Chicagoer Schule und des Symbolischen Interaktionismus, die die Methode der Feldforschung vorantrieben. Die Autoren der Grounded Theory, Glaser und Strauss, sind in diese Tradition einzuordnen.

Als kritischer Moment der Feldforschung gilt der **Zugang zum Feld**. Dies gilt nicht nur für die klassischen ethnologischen Forschungsfelder wie Stämme an entlegenen Orten fremder Länder und Kulturen. Hier erscheint es schnell einsichtig, dass ein Forscher, der eine andere Sprache spricht, einer fremden Kultur und Sozialisation entstammt und meistens eine andere Hautfarbe hat, nicht leicht in eine Dorfgemeinschaft zu integrieren ist. Dies gilt aber auch für medizinische Felder wie Kliniken oder Arztpraxen. Auch hier herrscht eine bestimmte Kultur vor, wird eine eigene Sprache gesprochen, sind Rituale üblich, die dem Forscher zunächst fremd sind. Wolff (1993, zitiert nach Flick 1995) weist darauf hin, dass Forschung immer eine Intervention in ein soziales System darstellt und für das zu beforschende soziale System ein Störfaktor ist. Dies gilt beim Ansatz der teilnehmenden Beobachtung besonders, da der Forscher hier selbst das Erhebungsinstrument ist und mit den zu beforschenden Subjekten über einen längeren Zeitraum hinweg interagiert. Damit erfordert dieser Zugang, ebenso wie die darin möglicherweise statt findenden Interviews, ein weitgehendes Sich-Einlassen der Beforschten auf das Forschungsthema als dies beim einmaligen Ausfüllen eines Fragebogens der Fall wäre (vgl. Flick, 1995).

Der Forscher nimmt für die Zeit seiner Anwesenheit im Feld Rollen ein, die wiederum Einfluss auf das Feld haben. Lau und Wolff (1983) sehen den Forscher als ungewöhnlichen Klienten, der eine (Ver-) Störung im beforschten System verursacht, und anhand dessen man Aufschlüsse darüber erhalten kann, wie ein System auf solche Unterbrechungen der Routine reagiert. Daher ist es entscheidend, dass der Forscher seine Erfahrungen beim Eintritt ins Feld zum Gegenstand der Datenanalyse macht, denn daran kann aufgezeigt werden, welche Handlungsspielräume und

Reaktionsweisen im Feld möglich sind. In Kapitel 5 (Der Zugang zum Feld) beschreibe ich, wie ich meinen Einstieg in die Praxen erlebt habe und wo dabei Probleme aufgetreten sind. Auch die Rollen, die ich während meiner Anwesenheit dort eingenommen habe, sind in diesem Kapitel dargestellt.

Die Möglichkeit der zu starken Identifizierung des Forschers mit den Bedingungen im Feld, das sog. „**going native**“, stellt eine weitere mögliche Schwierigkeit im gewählten Forschungsansatz dar. Dieses Thema habe ich in Kapitel 5.7.3 bearbeitet.

Es wird deutlich, dass im gewählten Forschungsansatz die Kommunikation des Forschers mit dem beforschten Feld und den beteiligten Personen expliziter Bestandteil der Erkenntnis ist. Auch im späteren Auswertungsprozess spielt der Forscher eine entscheidende Rolle bei der Interpretation des Datenmaterials. Damit ist das Thema der **Subjektivität des Forschers** angesprochen (vgl. Flick, 1995).

In diesem Zusammenhang wird häufig Devereux (1976) zitiert. Er zeigt auf, dass in der Konfrontation mit fremden Lebenswelten beim Forscher häufig Angst ausgelöst wird, die dieser durch vermeintlich objektive Datenerhebungsmethoden und Formen der Darstellung mehr oder weniger bewusst versucht zu kontrollieren. Es bestünde die Gefahr, dass unbewusste Verzerrungen und eine unreflektierte Gegenübertragung verfälschend in die Forschungsergebnisse einfließen. Indem sich der Forscher aber seine Ängste und Gegenübertragungsreaktionen bewusst mache anstatt sie abzuwehren, gewinne er eine neue Erkenntnisquelle hinzu. Es ist dementsprechend Ziel der Ethnopschoanalyse, wie auch Nadig (1985) sie vertritt, sich eine fremde Lebenswelt gerade durch die Irritationen zu erschließen, die die Begegnung mit dem Fremden im Forscher auslöst (vgl. Legewie, 1995; vgl. hierzu Kapitel 5.3: Erste Eindrücke von der Zusammenarbeit mit den Ärzten).

Die **Teilnahme an Forschungsgruppen**, in denen sich verschiedene Personen dem Datenmaterial und den Interpretationen des Auswertenden annähern, sowie das **Verfassen von Forschungstagebüchern** und Kontextprotokollen gelten als wichtige Instrumente, um die Subjektivität des Forschers in seinem Einfluss auf die Ergebnisse zu kontrollieren (vgl. Strauss, 1994). Sie tragen dazu bei, dass der Forscher sich seiner Vorannahmen und Interpretationen bewusst werden kann, indem sie ihn zwingen, eigene Vorannahmen und Sichtweisen explizit zu machen und in der Diskussion mit anderen zu überprüfen. Auch ich habe an solchen Forschungsgruppen teilgenommen (siehe unten in diesem Kapitel). Ebenso habe ich während des

Forschungsprozesses ein Forschungstagebuch verfasst, in dem ich meine Eindrücke und Irritationen, sowie Gedanken zur Auswertung festgehalten habe.

#### **4.1.2 Datenerhebung: Teilnehmende Beobachtung,**

##### **Problemzentrierte Interviews und Aufzeichnung von Arzt-Patient-Gesprächen**

In dieser Arbeit habe ich die teilnehmende Beobachtung in Arztpraxen durchgeführt. Ich habe Abläufe von Patiententerminen beobachtet, also den Prozess, in dem sich die Beteiligten befinden, von dem Moment an, an dem der Patient die Praxis betritt, bis zu dem, in dem er sie verlässt. Zu diesem Zweck habe ich mich in der Praxis Fried / Luhna viel im Wartezimmer aufgehalten. Ich habe außerdem an der Anmeldung gestanden und die Kontakte der Sprechstundenhilfe und der Ärzte mit den Patienten miterlebt. Dabei führte ich auch Gespräche mit der Sprechstundenhilfe und mit Patienten und protokollierte das Beobachtete oder Gehörte entweder direkt im Wartezimmer oder im Pausenraum. Mir kam zugute, dass eine psychiatrische Praxis ein Ort ist, an dem ungewöhnliches Verhalten häufig vorkommt, also auch eine Person, die schreibend im Wartezimmer sitzt, von den Patienten als nicht besonders störend empfunden wird. In der Praxis Becker / Handtke war ich auf Wunsch der Ärzte nur dann in der Praxis anwesend, wenn ich eine Verabredung mit einem Patienten zur Teilnahme an einem Behandlungstermin hatte.

Außerdem habe ich nach Einwilligung der Patienten an regulären **Behandlungsterminen** beobachtend teilgenommen und sie auf Tonbänder aufgezeichnet. Diese Gespräche wurden, ebenso wie die Interviews, anschließend vollständig transkribiert.

Schließlich habe ich mit den Psychiatern und Patienten **problemzentrierte Interviews** (Witzel, 2000, zuletzt aufgerufen am 24.2.2004) geführt. Der Vorteil problemzentrierter Interviews liegt darin, dass einerseits gezielte, das Thema betreffende Fragen erörtert werden können und andererseits ein flexibles Vorgehen möglich ist, das je nach der „Eloquenz der Befragten stärker auf Narrationen oder unterstützend auf Nachfragen im Dialogverfahren“ setzt (Witzel, 2000, Absatz 5). Somit stellten sie eine gute Unterstützung der Feldbeobachtungen dar und erlaubten mir, meine Hypothesen, die ich während des Forschungsprozesses bildete, im Gespräch mit den Patienten und Ärzten zu überprüfen. Gleichzeitig lieferten mir die

Gespräche mit den Patienten Hinweise, denen ich in der Folge während meiner Feldbeobachtungen nachgehen konnte.

Themenschwerpunkte der Interviews mit den Patienten waren

- die Geschichte der Psychose,
- diesbezügliche Erfahrungen mit Ärzten,
- Vorstellungen von einer idealen Zusammenarbeit mit einem Arzt (besonders: Wie sollen Entscheidungen getroffen werden?),
- Einschätzungen über die aktuelle Zusammenarbeit mit dem ambulant behandelnden Psychiater,
- Einstellung zu Medikamenten,
- die aktuelle Lebenssituation.

Mit den Psychiatern sprach ich über

- ihre bisherige Berufsbiografie,
- „innere Leitlinien“ für die Arbeit,
- ihre Ziele in der Behandlung,
- die ideale Zusammenarbeit mit einem Patienten (auch hier: Wie werden Entscheidungen getroffen?),
- Belastungen und Grenzen der Arbeit.

Die vollständigen Leitfäden sind im Anhang aufgeführt. Die Gespräche mit den Patienten fanden außerhalb der Praxis statt, entweder in Räumen der Universität oder bei den Interviewpartnern zu Hause. Es wurden nur diejenigen Patienten interviewt, deren Behandlungstermin teilnehmend beobachtet werden konnte. Die Interviews mit den Psychiatern wurden am Ende der Feldbeobachtungsphase in ihren Praxen außerhalb der Sprechzeiten geführt.

Ziel meines Vorgehens der Datenerhebung war es, zu einer „dichten Beschreibung“ im Sinne von Geertz (1987) zu kommen, also möglichst viele und vielfältige Informationen zu sammeln. Dazu habe ich einerseits eine Daten-Triangulation vorgenommen, also das Phänomen zu verschiedenen Zeitpunkten, an verschiedenen Orten und Personen erforscht (vgl. Denzin, 1989). Andererseits fand eine methodologische Triangulation statt, indem Problemzentrierte Interviews mit Feldbeobachtungen und der Teilnahme an Arzt-Patient-Gesprächen kombiniert

wurden. Es wurden also die Sichtweisen der Patienten auf die Behandlung denen der Psychiater gegenübergestellt. Zusätzlich war es mir durch die Teilnahme an Behandlungsgesprächen möglich, mir selbst ein Bild von der Behandlung und der darin statt findenden Interaktion zwischen Ärzten und Patienten zu machen, also zusätzlich Daten aus der Forscherperspektive zu sammeln. Die Beobachtungen aus dem Wartezimmer und die Gespräche mit der Sprechstundenhilfe erlaubten es mir schließlich, den Rahmen und Kontext der Behandlung zu beschreiben.

In der ersten Praxis (Praxis Fried / Luhna) dauerte der Erhebungszeitraum mit Unterbrechungen von Dezember 1999 bis Dezember 2000. Ab August 2000 forschte ich parallel dazu in der Praxis von Herrn Dr. Becker und Herrn Dr. Handtke. Das letzte Treffen mit den Ärzten hatte ich dort im Juli 2001.

Insgesamt war ich deutlich mehr in der Praxis von Frau Luhna und Herrn Dr. Fried anwesend, wo ich über ein halbes Jahr mehrere Tage die Woche ca. 4-5 Stunden pro Tag Feldbeobachtungen machte. Auf Wunsch von Herrn Dr. Becker und Herrn Dr. Handtke erfolgte dies in ihrer Praxis nicht so ausführlich. Mit dem Verweis auf ein überfülltes Wartezimmer hatten sie mich gebeten, nur zu verabredeten Patiententerminen in die Praxis zu kommen. Ich kam daher zu den Verabredungen mit den Patienten immer einige Zeit früher in die Praxis und nutzte zusätzlich die langen Wartezeiten, um Feldbeobachtungen anzustellen.

Während des Erhebungsprozesses analysierte ich die Daten, entwickelte daraus abgeleitet neue Forschungsfragen. Datenerhebung und Datenauswertung gingen damit, konform mit dem von Strauss und Corbin beschriebenen Vorgehen, parallel voran. Der Aufenthalt in der Praxis von Herrn Dr. Becker und Herrn Dr. Handtke diente maßgeblich der Überprüfung und Verfeinerung bereits gewonnener Hypothesen und Ergebnisse aus der Praxis Fried/Luhna.

### **4.1.3 Datenauswertung: Kategorienbildung und Teilnahme an Forschungsgruppen**

Ziel der Methode der Grounded Theory ist eine Entwicklung einer Theorie aus dem beforschten Material heraus. Dieses Material können alle möglichen schriftlichen Dokumente sein wie z.B. Interviewtranskripte oder Aufzeichnungen aus Feldbeobachtungen.

Dabei nähert sich der Forscher dem Material nicht mit einer expliziten Hypothese, die er auf ihre Gültigkeit hin überprüft, sondern er entwickelt offene Fragen zunächst

an das Feld und später an den Text. Schon bestehende Theorien oder Forschungsergebnisse und eigene Vermutungen lenken den Blick des Forschers auf bestimmte Phänomene. Es ist entscheidend, dass der Forscher sich seiner Vorannahmen bewusst ist, damit nicht implizit Interpretationen stattfinden, während andere unabsichtlich außer Acht gelassen werden (vgl. Subjektivität des Forschers). Als entsprechendes Kontextwissen, das meine Forschung begleitet hat, können die Konzepte der Arzt-Patient-Zusammenarbeit, wie sie im Kapitel 2.1 beschrieben wurden, angesehen werden.

Im Auswertungsprozess werden im Vorgehen der Grounded Theory Hinweisen im Text auf Phänomene Codes und Kategorien zugeordnet, die immer weiter zusammengefasst und gruppiert werden. Ziel ist es, Zusammenhänge zwischen verschiedenen Themenbereichen oder Kategorien zu erkennen, die Kategorien zu hierarchisieren, eine oder mehrere Schlüsselkategorie zu bilden, die Verbindungen zu allen anderen Kategorien aufweisen und schließlich eine Theorie über den beforschten Gegenstandsbereich zu entwickeln. Zentral ist dabei die immer wieder stattfindende Überprüfung der gefundenen Kategorien am Text, um so eine *in den Daten begründete* (grounded) Theorie zu entwickeln.

Um meine subjektiven Interpretationen den Perspektiven anderer auf dasselbe Datenmaterial gegenüber zu stellen, habe ich wöchentlich an einer **Forschungsgruppe** teilgenommen. Sie bestand neben mir aus drei Psychologinnen, die ihre Promotionen ebenfalls auf einem qualitativen Forschungsansatz gründen. Eine der Teilnehmerinnen forschte ebenfalls im medizinischen Feld, allerdings im stationären Bereich, so dass sich immer wieder spannende Kontrastierungen unserer Beobachtungen ergaben. Zusätzlich habe ich an einer Arbeitsgruppe teilgenommen, die sich ca. alle sechs Wochen traf und deren Teilnehmer neben Psychologinnen und Psychologen auch zwei Soziologen waren. Gemeinsam war uns unsere Forschungstätigkeit in Projekten, die im medizinischen Bereich angesiedelt waren. Interessante Kontraste ergaben sich aus den verschiedenen Forschungsstrategien und der Gegenüberstellung „Psychiatrie“ – „organmedizinisches Feld“. In beiden Gruppen waren konkretes Datenmaterial der einzelnen Teilnehmer bzw. schriftlich formulierte Interpretationen Grundlage der Diskussionen.

#### **4.1.4 Auswahl der Analyseeinheiten**

Anders, als die Beschäftigung mit der Literatur zum Thema geteilte Entscheidungsfindung nahe legt, waren nicht einzelne Entscheidungssituationen die dieser Arbeit zugrunde gelegten Analyseeinheiten. Zu Beginn der Auswertungsphase habe ich versucht, aus den Aufzeichnungen der Arzt-Patient-Gespräche Entscheidungssituationen zu extrahieren und an ihnen Partizipation nachzuweisen. Dieser Nachweis ist mir häufig nicht gelungen. Zum einen gab es nur wenige Entscheidungen in den Gesprächen. Entscheidungen, z.B. über die Dosis der Medikamente oder grundsätzlicher über die Einnahme der Medikamente, schienen häufig schon getroffen. Zum anderen habe ich Entscheidungssituationen miterlebt, in denen aus meiner Sicht die Ärzte massiv Einfluss genommen haben und die nicht meinem durch die Forschungsliteratur geprägten Idealbild einer geteilten Entscheidung entsprachen (vgl. Kapitel 6.2.3). Der Befürchtung, das falsche Sample ausgewählt zu haben, also keine Psychiater gefunden zu haben, die Partizipation in der Behandlung ermöglichten, widersprachen die Interviews mit den Patienten: Darin beschrieben sie die Behandlung als auf Kooperation angelegt. Somit erhielten im Zuge der Auswertung die Interviews, die zunächst eher als Ergänzung zu den Beobachtungsdaten geplant gewesen waren, zunehmende Bedeutung. Denn hier schilderten die Patienten retrospektiv ihre Erlebnisse in der Zusammenarbeit mit diesen und anderen Ärzten, machten ihre Präferenzen und Haltungen deutlich. Dies ergab in der Kombination mit den Interviews der Ärzte und den beobachteten Interaktionen ein anderes Bild der gewünschten und als partizipativ bewerteten Zusammenarbeit und verdeutlichte mir, dass eine reine Analyse der Arzt-Patient-Gespräche, also die Konzentration der Interpretation auf das Beobachtbare sowie die alleinige Orientierung an Kategorien aus eingangs geschilderten Modellen der Arzt-Patient-Zusammenarbeit (z.B. Shared decision-making) zu kurz greifen würde.

### 4.1.5 Vorliegendes Datenmaterial

Im Zuge der zweijährigen Datenerhebungsphase habe ich umfangreiches Material gesammelt. Einen Überblick dazu gibt Tabelle 2. Alle Interviews liegen in transkribierter Form vor.

<b>Datenmaterial</b>	<b>Umfang</b>
26 Interviews mit Patienten der beiden Praxen zusätzlich ein Interview mit einer Patientin außerhalb der Praxen	Je ca 1,5 h-2 h
4 Interviews mit Ärzten	Je ca. 1,5-2 h
26 Arzt-Patient-Gespräche	Je ca. 15 – 20 Minuten
Postskripte zu sämtlichen Interviews und Arzt-Patient-Gesprächen	
Feldnotizen und Protokolle	
Forschungstagebuch	
Transkripte der Treffen mit den Forschungsgruppen	25 Sitzungen à 1,5 h

Tabelle 2: Überblick über Art und Umfang des Datenmaterials

### 4.1.6 Darstellungsform der Ergebnisse

Der Prozess der Benennung der Kategorien hat sich in dieser Arbeit als Balanceakt erwiesen. In dem Bestreben, in dem politisch aufgeheizten Feld der Arzt-Patient-Zusammenarbeit im Bereich der Psychosenbehandlung möglichst die Beteiligten sprechen zu lassen und authentisch deren Sichtweise wiederzugeben, erwies es sich als schwierig, Abstraktionen zu erreichen und dennoch die subjektiven Sichtweisen angemessen widerzuspiegeln.

Ich habe das Problem so zu lösen versucht, dass die Kategorien, die ich gebildet habe, fett gedruckt sind, und meine Interpretationen im Indikativ und im Präsens formuliert sind. Auch die in den Schaubildern des Ergebnisteils dargestellten Begriffe stellen Kategorien dar, die ich während des Forschungsprozesses entwickelt und ausgearbeitet habe. Es wird Aufgabe der am Schluss stattfindenden Diskussion sein, die gebildeten Kategorien in die vorliegende Literatur einzuordnen.

Die Aussagen der Beteiligten selbst sind, sofern es sich um wörtliche Zitate handelt, durch Anführungsstrichen markiert und entweder in Blöcken oder im Text eingefügt.

Sofern es sich um indirekte Rede handelt, sind die Zitate im Konjunktiv bzw. in der Vergangenheitsform dargestellt. Diese Darstellungsform zeigt den Versuch, die Sicht der Patienten und Ärzte möglichst ungetrübt wiederzugeben und gleichzeitig eine Abstraktion der Ergebnisse vornehmen zu können und es dem Leser zu erlauben zu unterscheiden zwischen meinen Interpretationen und den Sichtweisen der Interviewpartner. Diesem Versuch ist es auch geschuldet, dass in der Darstellung der Ergebnisse teilweise recht lange Zitate der Interviewpartner eingefügt sind.

Die Zitate habe ich dabei sprachlich häufig zugunsten besserer Lesbarkeit „geglättet“. Dabei habe ich keine inhaltlichen Veränderungen vorgenommen. Allerdings habe ich es als einen wichtigen Beitrag zum Verständnis und zur Lesbarkeit empfunden, die Interviews nicht in ihrer transkribierten „Rohform“ zu belassen. Ich habe beispielsweise Wiederholungen gestrichen oder einen starken Dialekt auf Hochdeutsch übersetzt. Die zum Verständnis der Zitate relevanten Transkriptionsregeln sind im Anhang abgedruckt.

In der Forschungsliteratur wird die Terminologie für die gebildeten Kategorien nicht einheitlich verwandt. Ich habe in dieser Arbeit die Formulierung „Oberkategorien“ bzw. für die ihnen untergeordneten Kategorien „Unterkategorien“ verwandt. Eine Oberkategorie vereint somit verschiedene Unterkategorien in sich.

Ich verwende im Text die im Feld üblichen Begriffe „Arzt“ und „Patient“ ausschließlich in der männlichen Form, da es mir ebenfalls aus Gründen besserer Lesbarkeit praktikabler erschien. Natürlich sind damit auch die weiblichen Untersuchungsteilnehmerinnen eingeschlossen.

Wenn ich von „Ärzten“ spreche, meine ich im Ergebnisteil die hier beforschten Psychiater. Wenn ich den Begriff der Sprechstundenhilfen verwende, meine ich die nicht-ärztlichen Mitarbeiterinnen in den Praxen, die die Anmeldung gestalteten, die Abläufe organisierten und teilweise auch Spritzen gaben. Frau Walser aus der Praxis Fried / Luhna wurde dort Sekretärin genannt, obwohl sie von ihrer Profession her Psychiatrieschwester war. Aus Gründen der Einfachheit differenziere ich dies nicht weiter in der Darstellung der Ergebnisse.

Schließlich möchte ich darauf hinweisen, dass alle im folgenden genannten Namen der Patienten und Ärzte sowie die in den Interviews genannten Ortsbezeichnungen und Kliniken anonymisiert sind. Die Namen haben sich einige Patienten selbst ausgesucht bzw. ich habe sie vergeben.

## 4.2 Das Sample

### 4.2.1 Entwickelte Fälle partizipativer Zusammenarbeit

In dieser Studie wurden solche Psychiater als Untersuchungsteilnehmer ausgewählt, von denen angenommen werden konnte, dass sie mit den Patienten Interaktionsformen realisieren, in denen eine beiderseitige Einflussnahme auf die Behandlung möglich ist. Das heißt, es wurde eine hypothetische Fallgruppe definiert, bestehend aus Psychiatern und Patienten, die man als **entwickelte Fälle partizipativer Zusammenarbeit** bezeichnen kann.

Normative Modelle (vgl. Charles, Gafni & Whelan, 1997; Roter, 2000) zum Thema patientenzentrierte Behandlung, geteilte Entscheidungsfindung und Kooperation zwischen Arzt und Patient, die zentrale Bestimmungsstücke für diese Behandlungsformen definieren, boten eine Richtlinie für das Sampling und wurden an den erhobenen Daten überprüft.

Entsprechend der uneinheitlichen Befundlage zu den Themen Patientenzentriertheit und geteilte Entscheidungsfindung, war die zu untersuchende Gruppe der Psychiater schwer abzugrenzen. In den Interviews mit Patienten wurde bald deutlich, dass das, was in der Literatur als wünschenswerte Form der Interaktion zwischen Psychiater und Patient beschrieben wird, nicht unbedingt das ist, was auch alle Patienten als gelungene Zusammenarbeit beschreiben. Es deutete sich außerdem an, dass die z.B. von Roter (2000) postulierte ideale, nämlich partnerschaftliche Form der Arzt-Patient-Kooperation, bei den untersuchten Psychiatern und Patienten situationsabhängig ist.

Damit hat sich immer wieder die Frage gestellt, wie sich die zu untersuchenden Psychiater von nicht zu untersuchenden Psychiatern unterscheiden lassen. Um dieses methodische Problem zu lösen, wurde die Auswahl der Psychiater aufgrund von Einschätzungen durch Professionelle (Ärzte, Psychologen, Mitarbeiter in sozialpsychiatrischen Einrichtungen) vorgenommen, die mit diesem Themengebiet vertraut und in der sozialpsychiatrischen „Szene“ aktiv sind. Weiterhin führten Hinweise von Patienten, die in Betroffenenorganisationen engagiert sind, zu den teilnehmenden Psychiatern. Außerdem wurde in den Interviews mit den Patienten überprüft, ob sie das Verhalten der Ärzte ähnlich schildern und bewerten, wie bei der Auswahl der Professionellen unterstellt. Schließlich erfolgte die Einschätzung durch die befragten Ärzte selbst, denen das Forschungsanliegen unterbreitet wurde. Es wird

deutlich, dass die Samplingstrategie eine heuristische war, in der über die fortgesetzte Suche und mit fortschreitenden Ergebnissen das Konzept immer weiter verfeinert wurde.

Dementsprechend habe ich mich bei der Auswahl der Ärzte nicht am Vorgehen des theoretischen Samplings (Glaser & Strauss, 1967, 1976) orientiert. Folgende Gründe sprachen dagegen, dieses im Zusammenhang mit der Grounded Theory gebräuchliche Verfahren anzuwenden:

Mich interessierte nur eine bestimmte, nämlich eine partizipative, Form der Arzt-Patient-Zusammenarbeit. Es war daher nicht sinnvoll, im Sinne einer Fallkontrastierung (vgl. Kelle & Kluge, 1999) Ärzte zu suchen, bei denen dies *nicht* möglich ist.

Die Patienten gaben in ihren Interviews Hinweise darauf, wie, aus ihrer Sicht, eine nicht gelungene Form der Zusammenarbeit aussieht und beschrieben dies auf mein Nachfragen hin häufig anhand von selbst erlebten Episoden. Auf diese Weise war es mir möglich, die untersuchte Form der Zusammenarbeit in Abgrenzung zu den von den Patienten beschriebenen Faktoren zu untersuchen.

Hinzu kommt, dass es nach Auskunft von Patienten nicht viele Psychiater gibt, die eine entsprechende Zusammenarbeit begünstigen. Die Auswahl war also von daher deutlich begrenzt.

Die beforschten Psychiater lassen sich dennoch kontrastieren anhand der Länge ihrer Berufserfahrung: Frau Luhna und Herr Dr. Fried hatten die Praxis erst ein Jahr vor meinem Forschungsaufenthalt eröffnet, während Herr Dr. Becker und Herr Dr. Handtke schon über viele Jahre hinweg niedergelassen praktizierten. Sie unterschieden sich dementsprechend auch in ihrem Lebensalter.

Die Patienten habe ich über die Vermittlung der Ärzte kennen gelernt. Es war den Ärzten wichtig und schien auch mir sinnvoll, dass sie die Patienten ansprachen, bevor ich sie kennen lernte. Das heißt, mein Einfluss auf die Auswahl der Patienten war begrenzt. Ich habe den Ärzten gesagt, dass ich Patienten suche, die aufgrund ihrer Erfahrungen mit Psychosen bei ihnen in Behandlung sind. Für mich war nicht entscheidend, eine anhand der Diagnose nach ICD-10 einheitliche Gruppe von Patienten zu erhalten, weshalb ich meine Suchkriterien diesbezüglich nicht weiter eingeschränkt habe. Aber ich bat die Ärzte, mir möglichst verschiedene Patienten vorzustellen, variierend nach Lebensalter, Erkrankungsdauer, Schwere der Betroffenheit durch die Krankheit und Bildungsstand als mögliche Einflussfaktoren.

Tatsächlich haben mir die Ärzte relativ gemischte Patientengruppen vorgestellt, wobei sie offenbar vor allem Patienten mit Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis ausgesucht haben.

Die Ärzte haben den Patienten während der Behandlungstermine von der Studie erzählt und ihnen offen gelassen, daran teilzunehmen. Dabei betonten sie jeweils die Unabhängigkeit meiner Forschung von ihrer Tätigkeit. In der Praxis Fried / Luhna lag zusätzlich im Wartezimmer ein Informationsblatt aus. Herr Dr. Fried und Herr Dr. Handtke haben mir dann jeweils sofort im Anschluss an das Behandlungsgespräch ggf. die Patienten vorgestellt. Herr Dr. Becker hat den Patienten ein Informationsblatt mit meiner Adresse und Telefonnummer gegeben, so dass sich die Patienten bei mir melden konnten. Frau Luhna hat mich den Patienten gezeigt, was gut möglich war, da ich häufig im Wartezimmer saß, und hat es ihnen überlassen, mich beim nächsten Behandlungstermin über Frau Luhna kennen zu lernen.

#### **4.2.2 Warum niedergelassene Psychiater?**

Auf der Seite der Ärzte wurden ausschließlich *niedergelassene* Psychiater und Nervenärzte untersucht. Folgende Hypothesen über die Zusammenarbeit mit niedergelassenen Ärzten spielten hier eine Rolle:

Es wurde angenommen, dass niedergelassene Psychiater – im Gegensatz z.B. zu ihren Kollegen, die auf geschlossenen psychiatrischen Stationen in Kliniken arbeiten – stärker auf die Mitarbeit der Patienten angewiesen sind. Die Patienten haben im ambulanten Rahmen leicht die Möglichkeit, bei Unzufriedenheit mit dem Arzt einen anderen aufzusuchen oder Medikamente, die sie ablehnen, ohne Wissen des Arztes abzusetzen.

Patienten, die zu einem ambulant behandelnden Psychiater gehen, sind meist in besserer psychischer Verfassung als solche, die aufgrund einer akuten Psychose im Krankenhaus behandelt werden. Der Wunsch und auch die Möglichkeit zur Mitbestimmung spielen hier vermutlich eine größere Rolle.

Ambulant behandelnde Psychiater können sich nicht auf das Setting einer geschlossenen Station und die damit einher gehende Kontrollierbarkeit der Patienten verlassen. Grobe Fehleinschätzungen des Gesundheitszustands eines Patienten im Sinne einer Unterschätzung seiner Hilfsbedürftigkeit sind hier risikoreicher. Das

Bedürfnis der Psychiater nach Absicherung könnte dann ein Faktor sein, der gemeinsamen Entscheidungen mit den Patienten entgegen steht.

### 4.2.3 Warum psychoseerfahrene Patienten?

Folgende Kriterien waren entscheidend dafür, warum ich gerade die Zusammenarbeit von Psychiatern mit *psychoseerfahrenen* Patienten für ein aufschlussreiches Untersuchungsfeld hielt.:

- Es gibt zahlreiche Ansätze zur Erklärung der Ursachen des Auftretens von Psychosen. Allein schon die Wahl der Begrifflichkeiten variiert (vgl. Kapitel 5.6), wobei viele Patienten den Begriff der Schizophrenie als zu stigmatisierend erleben und den Begriff der Psychose vorziehen, während nach dem von Psychiatern in der Bundesrepublik verwandten Diagnoseschema ICD-10 Schizophrenie ein grundlegender Diagnosebegriff ist. In Abhängigkeit von den zugrunde gelegten Modellen variieren auch die Ansätze zur Behandlung. Im Extremfall können sich ein Arzt und ein Patient mit völlig divergierenden Erklärungsmodellen gegenüberstehen: Der Arzt vertritt die Ansicht, die Psychose sei auf eine Stoffwechselstörung im Gehirn zurückzuführen und damit eine Krankheit, die vor allem durch die Einnahme von Medikamenten zu beheben sei. Der Patient ist demgegenüber der Meinung, die Psychose sei eine besondere Grenzerfahrung, die soziale Ausgrenzung hervorruft, aber keinesfalls eine Krankheit. Dementsprechend ist er nicht dazu bereit, Medikamente einzunehmen, sondern höchstens dazu, eine Psychotherapie zu machen. Eine Verständigung kann hier schwierig werden. Das Vorliegen unterschiedlicher Krankheits- und Behandlungskonzepte ist somit ggf. ein entscheidender Hinderungsfaktor für das Gelingen einer Zusammenarbeit. Interessant ist hierzu die Studie von Colombo et al. (2003). Sie untersuchten anhand von Fallvignetten die Reaktionen verschiedener Berufsgruppen auf einen fiktiven Patienten mit psychotischen Verhaltensweisen. Sie interessierte dabei der Einfluss impliziter Modelle der Profis über seelische Erkrankungen auf ihr Verhalten gegenüber dem Patienten. Die unterschiedlichen Wahrnehmungen und Erklärungsmuster von Sozialarbeitern und Psychiatern führten zu völlig unterschiedlichen Vorstellungen der besten Behandlungsmethode. Die Psychiater favorisierten eine medikamentöse Behandlung und sahen den Patienten als krank an; die

Sozialarbeiter verstanden das Problem aus einer psychosozialen Perspektive und waren darum bedacht, die Bürgerrechte des Patienten zu schützen.

- Die Patienten erleben in den Phasen akuter Psychosen Zustände eingeschränkter oder nicht vorhandener Einwilligungsfähigkeit. Bei manchen Patienten ist dieser Zustand gekoppelt an eine akute Eigen- oder Fremdgefährdung im Sinne des PsychKG. Die Ärzte haben dann ggf. die Aufgabe, die Patienten auch gegen ihren Willen zu behandeln bzw. eine Unterbringung in einer psychiatrischen Klinik zu veranlassen. Die Patienten beschreiben diese „Zwangseinweisungen“ häufig rückwirkend als sehr unangenehm, das Gefühl der Ohnmacht und mangelnden Einflussnahme ist hier entscheidend. Somit gleichen diese Phasen akuten Notfällen, für die in der Literatur das Konzept der Patientenzentrierung und -beteiligung eingeschränkt bzw. aufgehoben wird. Eine partizipative Zusammenarbeit vor dem Hintergrund dieser immer gegebenen Möglichkeit zu etablieren, dass der Arzt doch gegen den Willen des Patienten handeln muss, habe ich als besonders schwierig angesehen und daher als interessantes Forschungsfeld identifiziert.
- Psychosen kehren bei den meisten Patienten wieder, sind also aus ärztlicher Sicht eine chronische Krankheit und erfordern so eine Integration in die alltägliche Lebensführung der Patienten. Dabei können die Auswirkungen von Psychosen auf das soziale Leben (z.B. Beruf, Partnerschaft, Familie) der Betroffenen sehr negativ sein. Die Vorstellungen darüber, wie die erfolgreiche Integration der Psychosen in den Lebensalltag aussehen soll, können zwischen Psychiatern und Patienten differieren. Gleichzeitig können die Ärzte einen hohen Behandlungsauftrag spüren, um die Patienten vor allzu großen sozialen Verlusten zu „bewahren“. Dies kann Grundlage für erhebliche Konflikte sein.
- Die Behandlung von Psychosen wird von den meisten Psychiatern an die dauerhafte Einnahme von Neuroleptika geknüpft. Hier können Konflikte mit Patienten entstehen, die aus vielfältigen Gründen (z.B. unerwünschte Nebenwirkungen, Nichtanerkennung des Krankheitsmodells) die Einnahme der Medikamente ablehnen bzw. sie eigenständig ohne Absprache mit dem Arzt niedriger dosieren. Erschwerend tritt hier der Umstand hinzu, dass auch die regelmäßige Einnahme der Medikamente Psychosen nicht absolut sicher verhindern kann (vgl. Olbrich et al. 2004).

Die dargestellten Faktoren stellen – so meine Vorannahme – eine besondere Bedrohung einer partizipativen Behandlungsgestaltung dar und deuten damit auf ein aufschlussreiches Forschungsfeld.

#### **4.2.4 Darstellung der Untersuchungsteilnehmer**

Es nahmen drei Psychiater und eine Psychiaterin an der Studie teil. Sie werden im folgenden kurz vorgestellt:

**Frau Luhna** ist vermutlich Ende dreißig und hat sich gemeinsam mit ihrem Kollegen, Martin Fried, ein Jahr vor Beginn meines Forschungsaufenthaltes in der Praxis niedergelassen. Die Praxis liegt in einem Innenstadtbezirk, der geprägt ist von einem hohen Anteil ausländischer Bewohner. Auch die Anzahl arbeitsloser Personen ist hier hoch. Frau Luhna sagt, dass dies nicht ihr Wunschbezirk gewesen wäre, sie aber unbedingt im „Westen“ habe bleiben wollen, da sie und ihre Patienten dann eine gemeinsame Sozialisation hätten. Vor ihrer Praxiszeit hat Frau Luhna in einer großen Nervenklinik gearbeitet. Sie ist Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie mit einer tiefenpsychologisch fundierten Ausbildung und bietet neben der ärztlichen Sprechstunde auch Psychotherapie an. Frau Luhna ist sehr engagiert im Bereich der Flüchtlingsarbeit.

**Herr Dr. Fried** ist ebenfalls Ende dreißig bis Anfang vierzig und hat in demselben Krankenhaus wie Frau Luhna gearbeitet. Außerdem war er eine Zeit lang für den Sozialpsychiatrischen Dienst tätig. Auch er ist Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie mit einer tiefenpsychologischen Ausbildung.

**Herr Dr. Becker** ist Facharzt für Nervenheilkunde und Psychoanalytiker, etwa Mitte fünfzig und arbeitet seit zwanzig Jahren gemeinsam mit seinem Kollegen Herrn Dr. Handtke in einer Praxis. Die Praxis liegt zentral in einem bürgerlichen Stadtbezirk. Herr Dr. Becker hat früher in derselben Nervenklinik wie Frau Luhna und Herr Dr. Fried gearbeitet. Er hat einen Verein zur Betreuung psychisch kranker Personen mit gegründet, der heute immer noch existiert. Herr Dr. Becker ist Psychoanalytiker.

Über den Lebenslauf von **Herrn Dr. Handtke**, der etwa im selben Alter ist wie Herr Dr. Becker, weiß ich wenig, da er dies im Interview nicht thematisiert hat. Er ist ebenfalls Facharzt für Nervenheilkunde, daneben Gesprächspsychotherapeut und sieht seine berufliche Ausrichtung eher mit einem neurologischen Schwerpunkt, während er seinen Kollegen als „Sozialpsychiater“ beschreibt.

Die an dieser Studie teilnehmenden **Patienten** sind hinsichtlich Alter und Geschlecht gemischt, das Alter variierend von Anfang zwanzig bis Ende fünfzig. Die meisten Patienten hatten schon jahrelange Erfahrungen mit Psychosen. Bis auf Herrn Kreiser, der in einer betreuten Wohneinrichtung lebte, wohnten alle Patienten in eigenen Wohnungen - die meisten von ihnen alleine. Einige lebten mit einem Partner zusammen. Herr Schiller, Patient von Frau Luhna, nahm keine dauerhaften Medikamente ein, sondern verwendete sie nur bei beginnenden Krisen. Alle anderen Patienten nahmen mehr oder weniger regelmäßig orale Neuroleptika ein. Eine Minderheit bekam eine Depotmedikation.

Nur die Minderheit der befragten Patienten ging einer „normalen“ Arbeit nach. Einzig Herr Schiller war in seinem alten Beruf verblieben, er hatte nach eigenem Bekunden allerdings auch erst eine psychotische Episode. Herr Werth hat nach seiner Psychose sein Studium wieder aufgenommen. Andere, wie Frau Viktor oder Frau Frisch, haben aufgrund der Psychose ihr Studium bzw. ihren akademischen Beruf aufgegeben. Manche arbeiteten in speziellen Einrichtungen für psychisch Kranke bzw. gingen einer leichteren Tätigkeit nach. Herr Kiri war zum Zeitpunkt des Interviews entschlossen, ein „normales“ Fernstudium an einer Universität zu absolvieren. Wie ich später erfuhr, scheiterte er damit. Einige andere Patienten waren aufgrund der Psychose vorzeitig berentet worden bzw. nicht in der Lage, selbst einer Arbeit mit geringstem Anspruch dauerhaft nachzugehen.

Da die Ärzte die Patienten auswählten, bestand zeitweise die Vermutung, sie würden nur die besonders unproblematischen Patienten ansprechen, bzw. solche, mit denen die Zusammenarbeit aus ihrer Sicht besonders gelungen war. Da mir allerdings die Patienten in den Interviews auch über Konflikte mit den Ärzten berichteten bzw. Kritik an deren Vorgehen übten, war zumindest nicht davon auszugehen, dass die ausgewählten Patienten immer der Meinung der Ärzte waren und ihnen bedingungslos folgten. Auffällig war jedoch deren Sympathie für die Ärzte. Alle Patienten hoben hervor, wie zufrieden sie mit den Ärzten seien und dass diese sich von vielen ihrer Kollegen positiv abheben würden. Die Aussagen der Patienten ließen darauf schließen, dass einige Patienten an der Studie teilnahmen, um dem behandelnden Arzt / der behandelnden Ärztin einen Gefallen zu tun. Eine weitere Selektion der Patienten bestand darin, dass sie freiwillig einen ambulant behandelnden Arzt aufsuchten. Damit kann eine gewisse Bereitschaft, medizinische Sichtweisen auf ihr Problem anzuerkennen bzw. zu tolerieren, vorausgesetzt werden

und eine gelungene Zusammenarbeit zwischen Arzt und Patient kann u.U. eher möglich sein als auf einer akuppsychiatrischen Klinikstation, auf der sich Patienten befinden, die gegen ihren Willen nach PsychKG untergebracht sind.

In Tabelle 3 sind die teilnehmenden Patienten in ihrer Zuordnung zu den teilnehmenden Psychiatern dargestellt.

<b>Ärzte (anonymisiert)</b>	<b>Patienten (anonymisiert)</b>
Herr Dr. Fried	Herr Aich Frau Christ Frau Berg Herr Werth Herr Dietz Frau Grün Herr Luis
Frau Luhna	Frau Viktor Herr Schiller Frau Rath Herr Kilian Herr Solm Frau Frisch Frau Hauser Frau Endres
Herr Dr. Becker	Herr Hölderlin Frau Andres Frau Lind Herr Sommer Frau Weinert Frau Klein Frau Maus
Herr Dr. Handtke	Frau Pflieger Frau Kast Herr Kiri Herr Kreiser
Herr Dr. Malik (Klinik)	Frau Lachner

Tabelle 3: Darstellung der befragten Patienten und Zuordnung zu den Ärzten