

Fachbereich Erziehungswissenschaft und Psychologie
der Freien Universität Berlin

Ausblenden der Fremdbestimmungen

Eine qualitative Studie über die Interaktionen von
Assistenzärzten und psychoseerfahrenen Patienten

Dissertation

zur Erlangung des akademischen Grades

Doktor der Philosophie (Dr. phil.)

Doctor of Philosophy (Ph. D.)

vorgelegt von

Dipl. Psych. Jörn Koepsell

Berlin, 2015

Erstgutachter:

Prof. Dr. Manfred Zaumseil

Zweitgutachter:

Prof. Dr. Dieter Kleiber

Datum der Disputation:

14.10.2015

Für meinen Sohn Jannik

Danksagung

Zuerst danke ich den Patienten, dass sie mir während einer akuten Krise, die einen Krankenhausaufenthalt erforderte, die Erlaubnis gaben, Forschungsdaten zu erheben. Und ich danke den Assistenzärzten, dass sie mir einen Einblick in ihre Arbeitstätigkeit ermöglichten. Die Bereitschaft meiner Forschungspartner sehe ich keineswegs als selbstverständlich an, so dass ihnen mein besonderer Dank gilt.

Ergänzend danke ich den weiteren Personen, die im Untersuchungsfeld anwesend waren und meine Forschung unterstützten. Zu ihnen zählen die Mitarbeiter der Klinikleitungen, die Chef- und Oberärzte, weitere Assistenzärzte, die Mitpatienten, die Krankenpfleger, Psychologen, Ergo- und Physiotherapeuten, Sozialarbeiter, Richter, Mitarbeiter des sozialpsychiatrischen Dienstes, Betreuer und die Angehörigen.

Für die wertvolle und anregende wissenschaftliche Betreuung danke ich meinem Doktorvater Prof. Dr. Manfred Zaumseil. Seine Anmerkungen ermöglichten es mir, stets neue Ideen zu entwickeln und gleichzeitig spezifische Themen zu fokussieren. Ohne Prof. Zaumseils Rückmeldungen würde die Arbeit nicht in der vorliegenden Form existieren.

Prof. Dr. Dieter Kleiber danke ich für sein Engagement, das Zweitgutachten zu übernehmen.

Außerdem möchte ich den zahlreichen Mitgliedern der Forschungsgruppen danken, von denen ich profitierte. Zu ihnen zählen insbesondere:

- Prof. Dr. Jarg Bergold, Prof. Dr. Anna Auckenthaler, Prof. Dr. Manfred Zaumseil und die Teilnehmer ihres gemeinsamen Doktorandencolloquiums an der FU Berlin sowie
- die Wissenschaftler und Praktiker aus dem Kontext der Psychiatrie, die eine interdisziplinäre Arbeitsgruppe am Institut für europäische Ethnologie der Humboldt Universität Berlin bildeten.

Eine besonders intensive und effektive interdisziplinäre Zusammenarbeit genoss ich innerhalb einer Forschungsgruppe zu der Prof. Dr. Manfred Zaumseil, Prof. Dr. Werner Vogd, Dr. Cornelius Schubert, Dr. Anja Hermann, Dr. Peri Terzioglu und Asita Behzadi gehörten. Ergänzend zu den intensiven wissenschaftlichen Diskussionen schätzte ich das Klima unserer Zusammenarbeit sehr.

Danken möchte ich ebenfalls Detsky Graffam für seine sprachliche Unterstützung beim Verfassen des englischen Abstracts.

Der Sonnenfeld – Stiftung danke ich für die Förderung im Rahmen eines Promotionsstipendiums. Dies erleichterte meine Forschungstätigkeit wesentlich.

Ein weiterer herausragender Dank gilt Prof. Dr. Manfred Zaumseil und dem ehemaligen Vorsitzenden der Sonnenfeld – Stiftung Prof. Dr. Dr. Frhr. von Villiez, die mir in ihrer besonderen Art über einen langen Zeitraum immer wieder Mut und Kraft gaben, meine Forschungstätigkeit fortzusetzen und schließlich erfolgreich abzuschließen. Ich bin mir nicht sicher, ob ich diese Studie ohne ihren Zuspruch beendet hätte.

Meinen Eltern und meiner Schwester danke ich, dass sie fortlaufend an die Fertigstellung der Arbeit glaubten und immer wieder ihre Unterstützung formulierten.

Zuletzt und in einer ganz besonderen Weise danke ich meiner Frau Kirsten und meinem Sohn Jannik. Ich danke ihnen für ihre Unterstützung und für ihre Bereitschaft, die zahlreichen Belastungen mitzutragen. Ihr Zuspruch trug wesentlich dazu bei, dass ich meine Forschungstätigkeit stets fortsetzte. Ergänzend waren Kirstens kritische Rückmeldungen häufig besonders hilfreich, um meine Gedanken hinterfragen und neu fokussieren zu können. Und vielen, vielen Dank für euer Verständnis, dass unser Familienleben häufig zu kurz kam.

Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung	1
I. Theoretischer Teil	5
Ia. Theoretische Ansätze über die Interaktionen von Ärzten und Patienten.....	5
2. Paternalismus und zusammenhängende klassische Ansätze (oder der Begriff der Patientenfremdbestimmung)	5
2.1 Paternalismus.....	5
2.2 Eid des Hippokrates	8
2.3 Compliance.....	9
3. Aktuelle Ansätze innerhalb eines normativen Wandels (oder der Begriff der Patientenselbstbestimmung)	15
3.1 Sozialpolitische, rechtliche und medizinethische Grundlagen.....	15
3.1.1 Informed Consent.....	24
3.2 Gesundheitswissenschaftliche Ansätze.....	29
3.2.1 Patient centred medicine.....	30
3.2.2 Shared decision making.....	34
3.2.3 Adherence	40
3.2.4 Patient als Partner und partizipative Entscheidungsfindung.....	43
3.2.5 Empowerment	47
3.2.6 Übergeordnete Betrachtung der gesundheitswissenschaftlichen Ansätze.....	52
4. Empirische Forschungen und Modelle in spezifischen Kontexten	62
4.1 Kontext der Psychiatrie	62
4.2 Kontext des Krankenhauses	71
4.2.1 Vogds medizinsoziologischen Forschungen und Modelle	75
4.2.2 Kontext des psychiatrischen Krankenhauses	77
5. Neopaternalistische Medizin	82
6. Herleitung relevanter Forschungsfragen	86

Ib. Methodentheorie	88
7. Handlungs- und Interaktionsbegriff	88
7.1 Symbolischer Interaktionismus	88
7.2 Kontextbegriff nach Strauss	93
7.3 Bourdieus Habituskonzept	98
8. Methoden der Datenerhebung	103
8.1 Teilnehmende Beobachtung	106
8.2 Problemzentriertes Interview.....	110
9. Methoden der Datenauswertung	115
9.1 Globalauswertung	115
9.2 Grounded Theory	116
9.3 ATLAS.ti.....	123
II. Empirischer Teil	125
10. Zentrale Aspekte innerhalb meines Forschungsprozesses	129
10.1 Auswahl der Forschungsfelder und -partner	129
10.1.1 Einleitende Beschreibung der Forschungsfelder.....	131
10.1.2 Tabellarische Übersichten über die Forschungspartner.....	133
10.2 Übersicht über die erhobenen Daten.....	137
10.3 Beziehungsgestaltung mit den Assistenzärzten und Patienten.....	140
10.4 Übergeordnete Behandlungsinhalte	143
11. Kontext der stationären Psychiatrie	153
11.1 Kontextfaktoren innerhalb der stationären Psychiatrie	153
11.1.1 Klinik als Teil des Gesundheitswesens.....	153
11.1.2 Personen im Kontext	156
11.1.2.1 Weisungsbefugte Personen.....	157
11.1.2.2 Mitarbeiter des stationären Behandlungsteams	163
11.1.2.3 Angehörige und Betreuer	166
11.1.2.4 Mitpatienten.....	167
11.2 Handlungsleitende Aspekte der Personen im Kontext.....	168
11.2.1 Verhindern von Aggressionen.....	169

11.2.2 Verhindern von Störungen.....	173
11.2.3 Bessern der akuten Symptomatik per Pharmakotherapie	176
11.2.4 Herstellen einer Compliance	178
12. Handlungsleitende Aspekte der Assistenzärzte.....	185
12.1 Herstellen von Sicherheiten, um Gefährdungen zu verhindern.....	186
12.2 Übernehmen einer Fürsorge	193
12.3 Bessern der akuten Symptomatik.....	197
12.4 Unterstützen einer Teilhabe am Leben durch Compliance	206
12.5 Assistenzärzte als Arbeitnehmer.....	211
13. Handlungsleitende Aspekte verschiedener Patiententypen.....	214
13.1 Paternalistisch und schutzorientierte Patienten	217
13.2 Mitbestimmungs- und hilfsangebotsorientierte Patienten.....	222
13.3 Selbstbestimmungs- und freiheitsorientierte Patienten.....	227
14. Interaktionen der Patienten und Assistenzärzte im Kontext der stationären Psychiatrie	236
14.1 Typenspezifische Interaktionskategorien.....	238
14.1.1 Paternalistisch orientiert handeln und behandeln.....	238
14.1.2 Herstellen und umsetzen eines gemeinsamen Behandlungsplans.....	245
14.1.3 Zwangsbehandeln.....	250
14.1.4 Ausnutzen eines zunehmenden Schweigens.....	261
14.1.5 Herstellen einer Selbstbestimmungsinsel und einer Compliance	268
14.2 Typenübergreifende Interaktionskategorien.....	283
14.2.1 Anbieten und (nicht) annehmen eines Wohlfühlklimas	283
14.2.2 Ausblenden der Fremdbestimmungen.....	287
15. Übersicht über die gegenstandsbegründete Theorie	304
16. Diskussion und Ausblick	307
16.1 Methodische Diskussion.....	307
16.2 Inhaltliche Diskussion.....	313
16.3 Ausblick.....	330

17. Zusammenfassungen	336
17.1 Zusammenfassung (dt.)	336
17.2 Abstract (engl.)	337
III. Literaturverzeichnis	338
IV. Anhang	378
A. Anschreiben an die Klinik (Beispiel Waldkrankenhaus)	378
B. Datenschutzvereinbarung (Beispiel Klinik am See)	380
C. Beobachtungsbögen	382
D. Interviewleitfäden	385
E. Transkriptionsregeln.....	396
F. Lebenslauf	397
G. Erklärung	398

Abbildungsverzeichnis

Abb. 1: Etappen eines Handlungszyklus des ‚shared decision makings‘ (in Anlehnung an: Zaumseil, 2000, S. 199)	35
Abb. 2: Kodierparadigma (zitiert nach Strübing, 2008, S. 28)	120
Abb. 3: Gliederung des empirischen Teils.....	126
Abb. 4: Übergeordnete Behandlungsinhalte: Bestandteile und Behandlungsprioritäten	144
Abb. 5: Klinik als Teil des Gesundheitswesens	154
Abb. 6: Personen im Kontext.....	156
Abb. 7: Weisungsbefugte Personen.....	157
Abb. 8: Mitarbeiter des stationären Behandlungsteams	163
Abb. 9: Handlungsleitende Aspekte der Personen im Kontext.....	169
Abb. 10: Verhindern von Aggressionen	169
Abb. 11: Unterteilung des Begriffs Störung	173
Abb. 12: Herstellen einer Compliance	178
Abb. 13: Handlungsleitende Aspekte der Assistenzärzte.....	185
Abb. 14: Herstellen von Sicherheiten, um Gefährdungen zu verhindern.....	186
Abb. 15: Sammeln von Zusatzinformationen	189
Abb. 16: Übernehmen einer Fürsorge	193
Abb. 17: Bessern der akuten Symptomatik	197
Abb. 18: Eingeschränkte Ansprechbarkeit der Assistenzärzte	203
Abb. 19: Unterstützen einer Teilhabe am Leben durch Compliance	206
Abb. 20: Assistenzärzte als Arbeitnehmer.....	211
Abb. 21: Paternalistische Orientierung.....	217
Abb. 22: Schutzorientierung	219
Abb. 23: Mitbestimmungsorientierung.....	222
Abb. 24: Hilfsangebotsorientierung	224
Abb. 25: Selbstbestimmungsorientierung.....	227
Abb. 26: Bewegungsfreiheit	231
Abb. 27: Ablehnen des stationären Aufenthalts.....	232
Abb. 28: Interaktionen der Patienten und Assistenzärzte im Kontext der stationären Psychiatrie	237
Abb. 29: Paternalistisch orientiert handeln und behandeln	238
Abb. 30: Herstellen und umsetzen eines gemeinsamen Behandlungsplans	245

Abb. 31: Interaktionen der Assistenzärzte und der selbstbestimmungs- und freiheitsorientierten Patienten.....	251
Abb. 32: Subjektive Perspektiven in Bezug auf das Zwangsbehandeln.....	254
Abb. 33: Ausnutzen eines zunehmenden Schweigens.....	261
Abb. 34: Herstellen einer Selbstbestimmungsinsel und einer Compliance	268
Abb. 35: Anbieten und (nicht) annehmen eines Wohlfühlklimas.....	283
Abb. 36: Ausblenden der Fremdbestimmungen (Teil 1: zentrales Phänomen, situationsspezifische Eigenschaften und Bedingungen für die Handlungs- und Interaktionsstrategien).....	288
Abb. 37: Ausblenden der Fremdbestimmungen (Teil 2: Aspekte, die zum Auftreten des zentralen Phänomens beitragen, Kontextbedingungen und Konsequenzen)	295
Abb. 38: Übersicht über die gegenstandsbegründete Theorie	304

Tabellenverzeichnis

Tab. 1: Bestandteile des problemzentrierten Interviews	111
Tab. 2: Übersicht über die Patienten, die an der Studie teilgenommen haben	135
Tab. 3: Übersicht über die Assistenzärzte, die an der Studie teilgenommen haben	136
Tab. 4: Übersicht über die erhobenen Daten	137
Tab. 5: Therapieplan (Klinik am See)	149
Tab. 6: Patiententypen	215

1. Einleitung

Der Titel meiner Arbeit lautet Ausblenden der Fremdbestimmungen. Das Ausblenden der Fremdbestimmungen ist die zentrale Kategorie innerhalb der Daten, die ich im Rahmen einer qualitativen Studie über die Interaktionen¹ von Assistenzärzten und psychoserefahrenen Patienten erhoben und ausgewertet habe.

In Bezug auf mein Forschungsinteresse steht die Frage im Mittelpunkt, welchen Beitrag die Assistenzärzte und die Patienten zur Handhabung der Patientenselbst- und –fremdbestimmungen leisten. Die Bedeutung des Begriffs Selbstbestimmung thematisiert Damm (2010). Er weist darauf hin, dass der Begriff unterschiedlich verwendet wird. „Neben Selbstbestimmung als normativem Anspruch (moralisch, rechtlich) und idealistischen Autonomieentwürfen (Willensfreiheit, Vernunftkonzept versus Determinismus) geht es um psychische Autonomie (persönliche Autonomiekompetenz) und soziale Autonomie (Abwesenheit äußeren, gesellschaftlichen Zwangs)“ (Damm, 2010, S. 452).

Innerhalb meiner Studie stehen die Begriffe Patientenselbst- und –fremdbestimmung in einem Zusammenhang mit zahlreichen normativen Beiträgen aus den Bereichen Politik, Recht, Ethik und insbesondere aus den Gesundheitswissenschaften. Die entsprechende Literatur thematisiere ich im theoretischen Teil. Im empirischen Teil fülle ich den Begriff mit meinen empirischen Erkenntnissen.

Im theoretischen Teil befasse ich mich einleitend mit unterschiedlichen theoretischen Ansätzen über die Interaktionen von Ärzten und Patienten. Im Kapitel 2 gehe ich auf den Paternalismus und zusammenhängende klassische Ansätze ein. Ich thematisiere Ansätze, in denen Aspekte der Patientenfremdbestimmung im Vordergrund stehen. Dies sind der Paternalismus (2.1), der Eid des Hippokrates (2.2) und die Compliance (2.3).

Anschließend berücksichtige ich im Kapitel 3 aktuelle Ansätze im Rahmen eines normativen Wandels. Innerhalb dieser Ansätze sind Aspekte der Patientenselbstbestimmung zentral. Ich verweise auf sozialpolitische, rechtliche und medizinethische Grundlagen (3.1) und den Ansatz des ‚Informed Consent‘ (3.1.1). Anschließend fokussiere ich verschiedene gesundheitswissenschaftliche Ansätze (3.2). Sie lauten ‚patient centred medicine‘ (3.2.1), ‚shared decision making‘ (3.2.2), ‚Adherence‘ (3.2.3), ‚Patient als Partner und partizipative Entscheidungsfindung‘ (3.2.4) sowie Empowerment (3.2.5). Abschließend folgt eine übergeordnete

¹ Die theoretischen Ansätze, die meinem Verständnis des Begriffs Interaktion zugrunde liegen, thematisiere ich im Kapitel 7.

Betrachtung (3.2.6), in der ich mich kritisch mit den gesundheitswissenschaftlichen Ansätzen auseinandersetze.

Meine Kritik beinhaltet, dass empirische Forschungen und Modelle in spezifischen Kontexten notwendig sind, um die Interaktionen von Ärzten und Patienten sowie die Handhabung der Patientenselbst- und –fremdbestimmungen angemessen erfassen zu können. Aufbauend auf dieser Kritik gehe ich im Kapitel 4 auf entsprechende empirische Forschungen und Modelle ein, und fokussiere dabei den Kontext der Psychiatrie (4.1) und den Kontext des Krankenhauses (4.2). Ich beschäftige mich unter anderem mit Vogds medizinsoziologischen Forschungen und Modellen (4.2.1) sowie mit dem Kontext des psychiatrischen Krankenhauses (4.2.2).

Als Zusammenfassung der zuvor thematisierten Beiträge gehe ich im Kapitel 5 auf den Ansatz der neopaternalistischen Medizin ein. Schließlich leite ich im Kapitel 6 aufbauend auf den theoretischen Ansätzen zu den Interaktionen von Ärzten und Patienten die für meine Studie relevanten Forschungsfragen her.

In Bezug auf die Methodentheorie starte ich im Kapitel 7 mit einer Darstellung, welcher Handlungs- und Interaktionsbegriff meinem Forschungsprozess zugrunde liegt. Ich thematisiere den symbolischen Interaktionismus (7.1), den Kontextbegriff nach Strauss (7.2) und Bourdieus Habitusbegriff (7.3). Im achten Kapitel stelle ich die Methoden der Datenerhebung dar, die innerhalb meiner Studie angemessen sind. Zu ihnen gehören die teilnehmende Beobachtung (8.1) und das problemzentrierte Interview (8.2). Ergänzend weise ich im neunten Kapitel darauf hin, dass eine Globalauswertung, die Grounded Theory und das Verfahren ATLAS.ti in Bezug auf die Datenauswertung angemessen sind.

Den empirischen Teil starte ich im Kapitel 10 mit einer Darstellung über die zentralen Aspekte innerhalb meines Forschungsprozesses. Ich gehe auf die Auswahl der Forschungsfelder und –partner ein (10.1), beschreibe die Forschungsfelder einleitend (10.1.1) und gebe tabellarische Übersichten über die Forschungspartner (10.1.2). Anschließend stelle ich in Form einer Übersicht dar, welche Daten ich erhoben habe (10.2) und thematisiere meine Beziehungsgestaltung mit den Assistenzärzten und Patienten (10.3). Die Datenauswertung verdeutlicht, dass verschiedene Behandlungsinhalte immer wieder Gegenstand der Patientenselbstbeziehungsweise –fremdbestimmungen werden. Die Behandlungsinhalte sind in allen Behandlungsprozessen präsent und haben einen übergeordneten Charakter. Diese übergeordneten Behandlungsinhalte thematisiere ich im Abschnitt 10.4 einleitend.

Im Rahmen der weiteren Ergebnisdarstellung fokussiere ich im Kapitel 11 den Kontext der stationären Psychiatrie. Ich stelle dar, welche Kontextfaktoren mehrfach in den Daten enthalten sind (11.1). Kontextfaktoren können daraus resultieren, dass die Klinik ein Teil des Gesundheitswesens ist (11.1.1). Außerdem sind verschiedene Personen im Kontext zu beachten (11.1.2). Zu ihnen zählen weisungsbefugte Personen (11.1.2.1), Mitarbeiter des stationären Behandlungsteams (11.1.2.2), Angehörige und Betreuer (11.1.2.3) sowie die Mitpatienten (11.1.2.4).

Die Ergebnisse meiner Analyse, welche Aspekte in Bezug auf die Personen im Kontext handlungsleitend sein können, thematisiere ich im Abschnitt 11.2. Zu den handlungsleitenden Aspekten zählen das Verhindern von Aggressionen (11.2.1), das Verhindern von Störungen (11.2.2), das Bessern der akuten Symptomatik per Pharmakotherapie (11.2.3) und übergeordnet das Herstellen einer Compliance (11.2.4).

Vergleichbar gehe ich im Kapitel 12 darauf ein, welche Aspekte in Bezug auf die Assistenzärzte handlungsleitend sein können. Dies sind ein Herstellen von Sicherheiten, um Gefährdungen zu verhindern (12.1), das Übernehmen einer Fürsorge (12.2), das Bessern der akuten Symptomatik (12.3) und das Unterstützen der Teilhabe am Leben durch eine Compliance (12.4). Schließlich sind die Assistenzärzte als Arbeitnehmer (12.5) zu berücksichtigen.

Im Zusammenhang mit einer Analyse der handlungsleitenden Aspekte der Patienten unterteile ich die Patienten im Kapitel 13 in drei Typen. Dies sind die paternalistisch und schutzorientierten Patienten (13.1), die mitbestimmungs- und hilfsangebotsorientierten Patienten (13.2) sowie die selbstbestimmungs- und freiheitsorientierten Patienten (13.3).

Im Kapitel 14 fokussiere ich die Interaktionen der Patienten und Assistenzärzte im Kontext der stationären Psychiatrie. Innerhalb der Ergebnisse sind typenspezifische Interaktionskategorien (14.1) relevant. In Bezug auf die Interaktionen der paternalistisch und schutzorientierten Patienten mit den Assistenzärzten steht ein paternalistisch orientiertes Handeln und Behandeln (14.1.1) im Vordergrund, und betreffend der mitbestimmungs- und hilfsangebotsorientierten Patienten ist das Herstellen und Umsetzen eines gemeinsamen Behandlungsplans (14.1.2) zentral. Die Interaktionen der selbstbestimmungs- und freiheitsorientierten Patienten mit den Assistenzärzten können in das Zwangsbehandeln (14.1.3), das Ausnutzen eines zunehmenden Schweigens (14.1.4) sowie das Herstellen einer Selbstbestimmungsinsel und einer Compliance (14.1.5) gegliedert werden.

Ergänzend sind typenübergreifende Interaktionskategorien (14.2) zu beachten. Dies sind das Anbieten und (nicht) Annehmen eines Wohlfühlklimas (14.2.1) und als zentrale Kategorie das Ausblenden der Fremdbestimmungen (14.2.2).

Das Kapitel 15 dient schließlich einer Übersicht über die gegenstandsbegründete Theorie, die auf den vorherigen Darstellungen beruht, und das Kapitel 16 beinhaltet eine methodische (16.1) und eine inhaltliche (16.2) Diskussion sowie einen Ausblick (16.3). Zum Abschluss der Darstellungen fasse ich den Forschungsprozess auf deutsch (17.1) und auf englisch (17.2) zusammen. Ergänzend folgt ein Literaturverzeichnis und ein Anhang.

In meinen Darstellungen verwende ich die männliche Schreibweise. Dies soll der Lesbarkeit des Textes, aber keinesfalls einer Diskriminierung des weiblichen Geschlechts dienen. Auch wenn ich es sprachlich nicht berücksichtige, ist für mich die weibliche Form gleichberechtigt.

I. Theoretischer Teil

Ia. Theoretische Ansätze über die Interaktionen von Ärzten und Patienten

2. Paternalismus und zusammenhängende klassische Ansätze (oder der Begriff der Patientenfremdbestimmung)

2.1 Paternalismus

Der Begriff Paternalismus wird kaum einheitlich definiert, sondern die einzelnen Autoren betonen in der Regel unterschiedliche Aspekte.

- Beispielsweise ist ein Paternalismus nach Roter (2000) dadurch charakterisiert, dass die Ärzte die Gesprächsthemen, die Ziele der Behandlung und die Entscheidungen dominieren. Die Ärzte handeln im vermuteten besten Interesse der Patienten. Die Perspektiven der Patienten werden kaum beachtet, und eine biomedizinische Ausrichtung steht im Vordergrund.
- Abholz (1993a) bildet die Interaktionen von Ärzten und Patienten auf einem Kontinuum mit den zwei Polen Paternalismus und die Patienten als Konsumenten ab. Innerhalb des Paternalismus führen die Ärzte die Patienten beispielsweise per Bevormundung oder indem sie die Wahrheit verschweigen.
- Dörner (2001) bezeichnet den Paternalismus als eine Subjekt – Objekt – Beziehung. Die Ärzte haben als Subjekte und Experten eine dominante Rolle. Da sie Menschen nicht ändern können und dürfen, machen sie die Patienten zu Objekten. Dies soll nach Dörner unter anderem einen Schutz der Patienten beinhalten.
- Und nach Beauchamp (2009) verweist der Begriff Paternalismus auf Väter, die Entscheidungen zum Wohl ihrer Kinder treffen, ohne dass die Präferenzen der Kinder Berücksichtigung finden. In Bezug auf die Interaktionen von Ärzten und Patienten bedeutet dies, dass der Arzt die aus seiner Perspektive beste Option festlegt. Wenn die Zustimmung des Patienten zur Entscheidung des Arztes fehlt, obwohl der Patient selbstbestimmt handeln könnte, spricht Beauchamp von einem Paternalismus, innerhalb dessen die Selbstbestimmung des Patienten limitiert ist. Ergänzend thematisiert Beauchamp einen Paternalismus, innerhalb dessen der Arzt die Präferenzen des Patienten kennt, diese aber seinen eigenen Präferenzen unterordnet.

Neben Beauchamp (2009) unterscheiden weitere Autoren (z. B. Schöne – Seifert, 2009) zwischen verschiedenen Formen des Paternalismus. Ein zentrales Kriterium ist dabei die Autonomie der Patienten. „Nach der engen Paternalismus – Konzeption (...) muss es sich (...) um

autonome Präferenzen oder Handlungen handeln, während die weite Konzeption (...) begrifflich keine Autonomie des ‚Paternalisierten‘ bzw. seiner Handlungen voraussetzt“ (Schöne – Seifert, 2009, S. 109). Diese Ansätze werden auch als starker beziehungsweise schwacher Paternalismus bezeichnet.

Ein Beispiel für einen engen oder starken Paternalismus ist ein Arzt, der dem Patienten schlechte Nachrichten vorenthält, obwohl der autonomiefähige Patient ausdrücklich nach Informationen fragt. Hingegen stehen innerhalb des weiten oder schwachen Paternalismus eine mangelnde Autonomiefähigkeit des Patienten und ein fürsorglich handelnder Arzt im Vordergrund. Die weite Konzeption bezeichnet Schöne – Seifert als wertneutraler.

Ein Paternalismus wird häufig mit den Begriffen Fürsorge sowie Selbst- und Fremdbestimmungen in einen Zusammenhang gestellt (Erbguth, 2012). Beispielsweise beinhaltet der Paternalismus nach Hell (2001) eine väterliche Fürsorge. „Der fürsorglich vorgebrachte Schutzgedanke kann (...) Ausdruck einer paternalistischen Haltung sein, die der Psychiatrie immer wieder zum Vorwurf gemacht wird. In einem solchen Fall verbindet sich die Fremdfürsorge mit einer Haltung, die weiss, was für den anderen gut ist. Der paternalistisch motivierte Schutz erhält den Beigeschmack von Fremdbestimmung“ (Hell, 2001, S. 3). Dies bedeutet jedoch nicht, dass die Begriffe Paternalismus und Fremdbestimmung gleichgesetzt werden können, da eine Fremdbestimmung auch ohne den Fürsorgeaspekt erfolgen kann. Außerdem fügt Schöne – Seifert (2009) an, dass die Fürsorge eine paternalistische Handlung nicht grundsätzlich rechtfertigt. Beispielsweise kann die Fürsorge auf ein falsch verstandenes Wohl abzielen oder das Wohlergehen ist zu gering.

Ergänzend thematisiert Geisler (2004) das Verhältnis der Begriffe Autonomie und Fürsorge. Er geht davon aus, dass sich beide Konzepte gegenseitig bedingen. Ein scheinbarer Widerspruch zwischen einer Autonomie und einer Fürsorge „löst sich auf, wenn Fürsorge als ärztliche oder pflegerische Antwort auf das Hilfsbegehren des autonomen Patienten verstanden wird. Aus dieser Perspektive erscheinen Fürsorge und Autonomie dann nicht als einander nachgeordnete oder gar sich gegenseitig ausschließende, sondern als einander bedingende Konzepte. Fürsorge kann nicht losgelöst von der Selbstbestimmtheit desjenigen ausgeübt werden, dem sie gilt. Wem am Wohl des Anderen liegt, der muss dessen Willen beachten. Wer die Autonomie des Anderen achten will, dem kann dessen Wohl nicht gleichgültig sein. Damit ist auch die Achtung der Würde gewährleistet. Diese impliziert sowohl die Achtung der Autonomie wie die Verpflichtung zur Fürsorge“ (Geisler, 2004, S. 456).

Das Konzept des Paternalismus wird heute sowohl kritisiert als auch verteidigt (Beauchamp, 2009). Innerhalb einer anti - paternalistischen Grundhaltung steht die Annahme im Mittelpunkt, dass der Paternalismus ausnahmslos ethisch oder rechtlich inakzeptabel ist (Quante, 2009). Kritik äußert auch Holzem (1999), denn „durch das Festhalten an der traditionellen Ethik (... zeigt sich), dass Institutionen und Einstellungen gestützt bleiben, welche den Patienten nicht wirklich ernst nehmen“ (Holzem, 1999, S. 16). Und Rosenbrock (2002) fordert, dass „die alte paternalistische Orientierung auf individueller Vorsorge, Betreuung und Erziehung (...) von Strategien zielgruppen- und lebensweltspezifischer Aktivierung und Mobilisierung abgelöst werden“ (Rosenbrock, 2002, S. 29).

Abweichend diskutiert beispielsweise Beauchamp (2009) die Frage, ob ein Paternalismus auch gerechtfertigt sein kann. In diesem Zusammenhang verweist er auf die Themen Verhütung eines Suizidversuchs oder Unterbringung von selbstgefährdenden Patienten. Außerdem geht er darauf ein, inwieweit das Zurückhalten von Informationen angemessen sein kann. Beauchamp kommt zu dem Ergebnis, dass eine Vielzahl an paternalistischen Interventionen ungerechtfertigt sind. Gleichzeitig kennzeichnet er eine prinzipielle Verurteilung des Paternalismus als zu kurzfristig.

Vergleichbar widerspricht Borgetto (2006) einer allgemeinen Ablehnung des paternalistischen Modells sowie einer generellen Bevorzugung der Patientenselbstbestimmung. „Es ist vielmehr von der Art des gesundheitlichen Problems und den Präferenzen und Kompetenzen des jeweiligen Patienten abhängig, welches Modell angemessen erscheint“ (Borgetto, 2006, S. 1969). Ein Paternalismus ist nach Borgetto beispielsweise in Notsituationen gerechtfertigt oder wenn der Patient nicht die Fähigkeit besitzt, am Entscheidungsprozess teilzunehmen. Patientenselbstbestimmungen gewinnen hingegen bei chronischen Erkrankungen an Bedeutung. „Insgesamt spricht also viel dafür, dass der Arzt über die Kompetenzen zur Realisierung paternalistischer und partnerschaftlicher Interaktionsstile verfügen sollte, um auf die unterschiedlichen Bedürfnisse und gesundheitlichen Problemlagen angemessen reagieren zu können“ (Borgetto, 2006, S. 1969).

Auch Rehbock (2002) fordert, dass Ärzte unabhängig von den Kompetenzen der Patienten ihre Selbstbestimmung und gleichzeitig eine Fürsorge zu achten haben. Ansonsten besteht „insbesondere in der Psychiatrie (...) die Gefahr, durch ‚fürsorgerischen Freiheitsentzug‘, Zwangsmedikation oder sonstige Zwangsmaßnahmen völlig seiner Rechte beraubt und als bloßer Krankheitsfall betrachtet zu werden. Einsprüche, Proteste, Abwehrmaßnahmen lassen

sich allzu leicht von vornherein ignorieren, indem man sie (...) als ein Symptom der Krankheit definiert und ‚behandelt‘, statt sie als mögliche, wenn auch (zunächst) schwer zu verstehende Willensäußerung zu begreifen“ (Rehbock, 2002, S. 138).

2.2 Eid des Hippokrates

Der Eid des Hippokrates, der eine zentrale Grundlage der medizinischen Ethik und des ärztlichen Handelns ist, wird häufig in einem Zusammenhang mit einem Paternalismus gestellt (Steger, 2008). Der Eid lautet:

„Ich schwöre und rufe Apollon, den Arzt, und Asklepios und Hygieia und Panakeia und alle Götter und Göttinnen zu Zeugen an, dass ich diesen Eid und diesen Vertrag nach meiner Fähigkeit und nach meiner Einsicht erfüllen werde. (...)

Ich werde ärztliche Verordnungen treffen zum Nutzen der Kranken nach meiner Fähigkeit und meinem Urteil, hüten aber werde ich mich davor, sie zum Schaden und in unrechter Weise anzuwenden.

Auch werde ich niemandem ein tödliches Gift geben, auch nicht, wenn ich darum gebeten werde, und ich werde auch niemanden dabei beraten; auch werde ich keiner Frau ein Abtreibungsmittel geben. Rein und fromm werde ich mein Leben und meine Kunst bewahren.

Ich werde nicht schneiden, sogar Steinleidende nicht, sondern werde das den Männern überlassen, die dieses Handwerk ausüben.

In alle Häuser, in die ich komme, werde ich zum Nutzen der Kranken hineingehen, frei von jedem bewussten Unrecht und jeder Übeltat, besonders von jedem geschlechtlichen Missbrauch an Frauen und Männern, Freien und Sklaven.

Was ich bei der Behandlung oder auch außerhalb meiner Praxis im Umgange mit Menschen sehe und höre, das man nicht weiterreden darf, werde ich verschweigen und als Geheimnis bewahren.

Wenn ich diesen Eid erfülle und nicht breche, so sei mir beschieden, in meinem Leben und in meiner Kunst voranzukommen indem ich Ansehen bei allen Menschen für alle Zeit gewinne; wenn ich ihn aber übertrete und breche, so geschehe mir das Gegenteil“ (http://de.wikipedia.org/wiki/Eid_des_Hippokrates, letzter Zugriff am 16.03.2015).

Die Inhalte des hippokratischen Eids gelten zum Teil noch heute, oder sie sind Gegenstand aktueller medizinethischer Debatten. Beispielsweise werden im Eid die Schweigepflicht der Ärzte und die Ablehnung von Sexualkontakten mit Patienten angesprochen. Er enthält, dass eine Behandlung zum Nutzen der Kranken erfolgen und die Ärzte Schäden von den Patienten abwenden sollen. Außerdem sind die Themen Sterbehilfe und Abtreibung Bestandteile des hippokratischen Eids. Tress & Erny (2008) bezeichnen den hippokratischen Eid als Grundlage einer „(traditionellen und paternalistischen medizinischen) Ethik: Der Arzt ist gehalten, in väterlich – fürsorglicher Art für den Patienten, anstelle des Patienten zu entscheiden, ggf. auch gegen dessen Willen“ (Tress & Erny, 2008, S. 329).

Heute wird der hippokratische Eid von den Ärzten nicht mehr verpflichtend abgelegt, und er hat keine rechtliche Relevanz. Trotzdem kann er nach wie vor von Bedeutung sein für die Interaktionen von Ärzten und Patienten. Zum Beispiel enthält die (Muster)Berufsordnung für die in Deutschland tätigen Ärzte² in ihrer Version von 2011 ein Gelöbnis, das an den hippokratischen Eid angelehnt ist. „Es scheint zumindest so zu sein, dass die Moderne Medizin ohne den Hippokratischen Eid nicht auszukommen vermag, in dem Hippokrates als Paternalist einem Arzt – Patienten – Verhältnis gegenübersteht, das heute nach den Maximen eines ‚Informed consent‘³ (Aufklärung, Verstehen, Freiwilligkeit, Entscheidungskompetenz und Einwilligung) ausgerichtet sein sollte“ (Steger, 2008, S. 31). Auf diesem Spannungsfeld zwischen Aspekten der Patientenfremd- und -selbstbestimmung baut mein Forschungsinteresse auf.

2.3 Compliance

Ein weiterer klassischer Ansatz, der in einem Zusammenhang mit dem Begriff Paternalismus steht⁴, ist die Compliance der Patienten. Heuer & Heuer (1999) definieren „Compliance (... als) das Ausmaß, in dem das Verhalten des Patienten (...) mit dem medizinischen Rat übereinstimmt“ (Heuer & Heuer, 1999, S. 17). Nach dieser Definition sollen die Patienten die Ver-

² <http://www.bundesaerztekammer.de/page.asp?his=1.100.1143#A>, letzter Zugriff am 16.03.2015

³ vergleiche 3.1.1

⁴ siehe hierzu die Darstellungen der Kritiker des Begriffs Compliance am Ende des Abschnitts

ordnungen der Ärzte befolgen, aber ansonsten haben sie eine überwiegend passive Rolle. Inhaltlich stehen häufig Medikamentenverordnungen im Vordergrund, aber die Compliance kann auch Themen wie die Ernährung der Patienten oder ihre Bewegung betreffen.

Sofern der Patient die Verordnung des Arztes nicht einhält, wird dies als Non – Compliance bezeichnet. Petermann (1998a) beziehungsweise Mühlig & Petermann (1999) unterscheiden verschiedene Typen der Non – Compliance:

- Der Patient lehnt die Verordnungen des Arztes grundsätzlich ab (absolute Non – Compliance).
- Der Patient nimmt die Verordnungen des Arztes an, setzt sie aber nicht in eine Handlung um und täuscht eine Compliance vor (primäre Non – Compliance).
- Der Patient nimmt die Verordnungen des Arztes an, setzt sie aber nicht richtig um (sekundäre Non – Compliance).
- Der Patient nimmt ohne eine Verordnung des Arztes und ohne eine Indikation Medikamente ein (Hyper – Compliance).

Empirisch steht häufig die Frage nach dem Ausmaß an Compliance beziehungsweise an Non – Compliance im Vordergrund. Die Ergebnisse schwanken massiv (Petermann, 1998b). Die Angaben zur Non – Compliance variieren zwischen 8 % und 92 % (Schmeling – Kludas, 1988). Der Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen kommt zu folgendem Ergebnis: „Knapp ein Drittel aller verkauften Arzneimittel werden bei Apotheken oder kommunalen Sammelstellen zurückgegeben, eine weitere Dunkelziffer an Arzneimitteln wird mit dem Hausmüll entsorgt. Bei den in deutschen Apotheken zurückgegebenen verschreibungspflichtigen Arzneimitteln sind mehr als 30 % der Packungen unangebrochen“ (Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen, 2001, S. 193).

Entsprechend kann eine Non – Compliance als gesellschaftliche Norm bezeichnet werden (Wright, 1999). Außerdem thematisieren Heuer & Heuer & Lennecke (1999) Compliance als einen nahezu unerreichbaren Idealzustand. Sie verweisen darauf, dass selbst hochmotivierte Patienten kaum absolut compliant handeln. Die sozioökonomischen Belastungen, die durch eine Non – Compliance in Deutschland entstehen, sind enorm. Bereits im Jahr 1998 bezifferten Volmer & Kielhorn (1998) die Gesamtkosten für Non – Compliance in Deutschland auf ungefähr 15,8 bis 21 Milliarden DM beziehungsweise auf 8,1 bis 10,7 Milliarden € jährlich.

Die Ursachen für eine Non – Compliance werden klassischerweise den Patienten zugeschrieben. Empirisch konnten jedoch keine Persönlichkeits- oder soziodemografischen Merkmale gefunden werden, die „etwas über das Verhalten des Patienten / der Patientin gegenüber medizinischen Behandlungen aussagen. Weder Alter noch Ausbildung, weder Geschlecht noch sozialer Status oder andere übliche Merkmale beschreiben – in welcher Kombination auch immer – den ‚typischen‘ Patienten, der seine Therapie nicht befolgt“ (Wright, 1999, S. 29).

Stattdessen scheinen Merkmale der Krankheit und der Therapie, die Arzt – Patient – Beziehung und die Rahmenbedingungen der Behandlung einen Einfluss darauf zu haben, inwieweit die Patienten compliant sind beziehungsweise nicht.

Um das Ausmaß an Compliance steigern zu können, empfiehlt Petermann (1998b) unter anderem eine Aufklärung der Patienten. Sie sollte nach Hättenschwiler & Haker (2004) die folgenden Themen umfassen:

- „Wahl des Medikamentes,
- Indikation der Behandlung,
- Dauer bis zum Wirkungseintritt,
- Nebenwirkungen sowie deren Behandelbarkeit,
- notwendige Laborkontrollen,
- voraussichtliche Dauer der Behandlung,
- Prognose der Erkrankung mit oder ohne Behandlung,
- Behandlungsalternativen,
- Abgabe von Informationsbroschüren“ (Hättenschwiler & Haker, 2004, S. 419).

Ergänzend sind der Aufbau einer positiven Einstellung zur Erkrankung und ihrer Bewältigung, eine Sensibilisierung der Körperwahrnehmung, die Vermittlung von Selbstmanagement – Kompetenzen, Maßnahmen zur Rückfallprophylaxe und Prävention, ein Erwerb sozialer Kompetenzen und die Mobilisierung einer sozialen Unterstützung zu beachten (Petermann, 1998b). Wichtig ist außerdem eine kommunikative Kompetenz der Ärzte innerhalb einer vertrauensvollen Beziehung zu den Patienten (Schmeling – Kludas, 1988). Bonelli & Thau (2001) bezeichnen schließlich die Berücksichtigung der Patientenperspektiven sowie gleichberechtigte Interaktionen der Ärzte mit selbstbestimmten Patienten als erfolgversprechende Strategien zur Verbesserung der Compliance.

Nach Wright (1999) dürfen die Maßnahmen zur Erhöhung der Compliance nicht ausschließlich auf die Patienten ausgerichtet sein. Stattdessen thematisiert er

- personalbezogene Strategien: zum Beispiel Fortbildung der Ärzte und des weiteren Personals zur Erweiterung ihrer Kommunikationsfähigkeiten
- regimebezogene Strategien, die sich mit den Eigenschaften der Therapie beschäftigen: zum Beispiel einmalige statt mehrmalige Tabletteneinnahme pro Tag
- kontextbezogene Strategien, die Probleme beim Zugang oder bei der Inanspruchnahme des medizinischen Angebots verhindern: zum Beispiel kurze Wartezeiten oder Koordination der Leistungen verschiedener Fachkräfte.

Entsprechende Maßnahmen sollen ein fester Bestandteil der medizinischen Dienstleitung sein, und sie müssen mehrdimensional erfolgen.

Der Ansatz der Compliance wird häufig in einen Zusammenhang mit dem Begriff Krankheitseinsicht gestellt. Beispielsweise thematisieren Hättenschwiler & Haker (2004) in Bezug auf das Krankheitsbild einer Manie, dass „die Beeinträchtigung der Krankheitseinsicht eine Rolle für das Ausmaß der Compliance spielt“ (Hättenschwiler & Haker, 2004, S. 415). Garlipp (2008) geht davon aus, dass eine fehlende Krankheitseinsicht teilweise auf die Erkrankung zurückgeführt werden kann. Ergänzend verweist sie auf Situationen, in denen die Patienten ihre Krankheit eigentlich wahrnehmen müssten. In diesen Fällen kann die fehlende Krankheitseinsicht einen Schutz für die Patienten und eine Form des Copings darstellen. Vergleichbar sagt Rehbock (2002), eine „mangelnde Krankheitseinsicht kann eine Form autonomer Selbstbehauptung sein, die zu respektieren ist“ (Rehbock, 2002, S. 147), und Bock et. al. (2013) gehen davon aus, ein „Eigensinn verweist auf Lebensqualität und innere Kraft. Wenn also in Zukunft ein Patient allzu brav alles annimmt, was der Therapeut ihm verschreibt oder vorschreibt, dann sollte der Therapeut skeptisch sein und sich fragen, was schief läuft und was er falsch gemacht hat“ (Bock et. al., 2013, S. 365).

Inwiefern die Ärzte die Krankheitseinsicht und Compliance der Patienten beeinflussen können, untersuchen unter anderem Bäuml et. al. (2012), indem sie ein psychoedukatives Programm⁵ verwenden. Die Forschungsergebnisse zeigen, dass die Äußerungen der Patienten im Anschluss an eine Psychoedukation ein signifikant höheres Maß an Krankheitseinsicht und an

⁵ Psychoedukative Programme dienen vor allem dazu, den Patienten Informationen über ihre Erkrankung zu vermitteln (Garlipp, 2008). Das Ziel besteht unter anderem darin, eine Grundlage für die Behandlung zu schaffen.

Compliance beinhalten. Entsprechende psychoedukative Programme sind jedoch umstritten⁶. Beispielsweise kritisiert Garlipp (2008), dass eine Edukation im Sinne einer Erziehung der Patienten im Gegensatz zu gleichberechtigten Interaktionen von Ärzten und Patienten steht. Ergänzend verweist sie darauf, dass ausführliche Informationen auch eine Belastung für die Patienten darstellen können. Nach Garlipp sollten die Patienten, die auch ein Recht auf Nicht – Informiertheit haben, darüber entscheiden können, in welchem Umfang sie informiert werden möchten.

Ergänzend thematisiert unter anderem Petermann (1997a) den Begriff Behandlungseinsicht im Zusammenhang mit der Compliance der Patienten. Die fehlende Behandlungseinsicht kann in Bezug auf eine Non – Compliance von Bedeutung sein, und sie stellt eines der Kriterien dar, die zur Rechtfertigung einer Zwangsbehandlung beitragen (Vollmann, 2014).

Die Behandlungseinsicht muss von der Krankheitseinsicht unterschieden werden. Beispielsweise sagen Vollmann et. al. (2011), dass in ihrer Studie viele Patienten eine reduzierte Krankheitseinsicht äußern, aber trotzdem behandlungseinsichtig sind. Und Garlipp (2008) weist darauf hin, dass sie keinen signifikanten Zusammenhang zwischen der Krankheitseinsicht sowie dem Abbruch der Behandlung finden konnte.

Zusammengefasst bezeichnen die Kritiker einer Compliance das Konzept als veraltet (Donovan, 1995) und als nicht zeitgemäß (Holm, 1993). Sie weisen unter anderem darauf hin, dass der Begriff Compliance ein traditionelles Rollenverständnis von Ärzten und Patienten mit einem paternalistischen Arzt beinhaltet. Außerdem kritisieren sie, dass die Ursachen für eine Non – Compliance klassischerweise fast ausschließlich den Patienten zugeschrieben werden, anstatt die Non – Compliance als ein komplexes, dynamisches und situationsabhängiges Phänomen anzusehen (Petermann, 1998b). Beispielsweise thematisieren Petermann & Mühlig (1998), dass eine Non – Compliance das Ergebnis einer aktiven und rationalen Entscheidung der Patienten darstellen kann. Einige Patienten verzichten bewusst auf eine Therapiemöglichkeit, gegen die sie Vorbehalte haben. Andere Autoren thematisieren die Handlungen der Ärzte als Ursachen einer Non – Compliance der Patienten (Kruse, 1996). „Die Frage, inwieweit der Behandler compliant ist, z. B. im Eingehen auf die individuellen Bedürfnisse des Patienten, wird nicht abgebildet und die Gründe des Patienten für mangelnde Compliance, die durchaus nachvollziehbar sein können, werden nicht berücksichtigt. Dem Patienten wird die Rolle des

⁶ vergleiche 4.1 in Bezug auf den Kontext der Psychiatrie

passiv Behandelten zugewiesen, nicht jedoch die des aktiv und autonom verantwortlich handelnden Patienten“ (Garlipp, 2008, S. 26).

Schließlich weisen verschiedene Kritiker darauf hin, dass Non – Compliance ein Interaktionsproblem von Ärzten und Patienten darstellt. „Compliance kann letztlich nur im Rahmen eines partnerschaftlich ausgehandelten Therapieplans befriedigend realisiert werden“ (Mühlig & Petermann, 1999, S. 73). Daher „muss die Bearbeitung von Compliance – Barrieren eingebettet sein in einen dialogischen Einigungsprozess zwischen Therapeut und Patient“ (Petermann & Mühlig, 1998, S. 98).

Die oben dargestellten Ansätze zu den Interaktionen von Ärzten und Patienten sind dadurch gekennzeichnet, dass Aspekte einer Patientenfremdbestimmung im Vordergrund stehen. Die Ärzte haben als Subjekte und Experten eine dominante Rolle, während die Patienten eher passive Objekte darstellen, deren Perspektiven kaum Beachtung finden.

Einzelne Autoren kritisieren entsprechende Ansätze als veraltet, nicht zeitgemäß und als inakzeptabel. Gleichzeitig haben die Ansätze eine aktuelle Relevanz. Die Inhalte des hippokratischen Eids und das Thema Compliance sind Gegenstand verschiedener Diskurse. Es gibt zahlreiche aktuelle theoretische Beiträge zur Compliance der Patienten.

Klärungsbedarf sehe ich insbesondere in Bezug auf die Fragen, welche Bedeutung Aspekte der Patientenfremdbestimmung im klinischen Alltag haben, wie Aspekte der Patientenselbst- und –fremdbestimmung in der Praxis gehandhabt werden können und wie die Ärzte und die Patienten zu dieser Handhabung beitragen.

3. Aktuelle Ansätze innerhalb eines normativen Wandels (oder der Begriff der Patientenselbstbestimmung)

Die Rollen der Ärzte beziehungsweise der Patienten unterliegen gegenwärtig einer Neubestimmung (Borgetto, 2006). „Insgesamt wird in dieser Entwicklung der ‚Selbstbestimmungsgedanke als neues Paradigma‘ wahrgenommen. Er gilt als Motor eines Wandels“ (Damm, 2010, S. 453), innerhalb dessen der Paternalismus und die zusammenhängenden Ansätze eher kritisch betrachtet werden. Die theoretischen Grundlagen dieses normativen Wandels thematisiere ich im folgenden.

3.1 Sozialpolitische, rechtliche und medizinethische Grundlagen

Eine rot – grüne Bundesregierung unter dem Kanzler Gerhard Schröder führte Ende der 1990er Jahre den aktivierenden Sozialstaat in die deutsche Sozialpolitik ein (Schröder, 2000). Der Wandel zum aktivierenden Sozialstaat wurde unter der folgenden Bundeskanzlerin Angela Merkel fortgeführt.

Der aktivierende Sozialstaat ist nach Schröder dadurch gekennzeichnet, dass die Bürger mehr Selbstbestimmung und Eigenverantwortung erhalten. Der Staat muss den dafür notwendigen Raum herstellen „und zugleich den Beitrag jedes Einzelnen zur Gestaltung seines eigenen und des gesellschaftlichen Lebens einfordern“ (Schröder, 2000, S. 203). Entsprechend ist ein „fördern und fordern“ (Schröder, 2000, S. 203) von zentraler Bedeutung.

Innerhalb des aktivierenden Sozialstaats sollen die Bürger und der Staat zu gleichberechtigten Partnern bezüglich des Gemeinwohls werden (BMI, 1999). Beispielsweise entscheiden die Bürger verstärkt mit, und der Staat führt verschiedene bisher öffentliche Aufgaben nicht mehr selber aus. Außerdem sind ökonomische Aspekte von Bedeutung. Der aktivierende Sozialstaat wird als eine Möglichkeit betrachtet, begrenzte finanzielle Mittel effektiver zu nutzen.

Bürsch (2001) kennzeichnet den aktivierenden Sozialstaat als einen neuen Gesellschaftsvertrag und eine neue Gewaltenteilung, in der die Bedürfnisse der Bürger eher Berücksichtigung finden. Gleichzeitig sagt er, dass „engagierte Bürgerinnen und Bürger (...) nicht Lückenbüßer für einen Sozialstaat im Rückzug sein (dürfen)“ (Bürsch, 2001, S. 1). Kritik äußert ebenfalls

Evers (2000): „Womöglich ist vieles, das sich rhetorisch mit der Floskel von der Aktivierung bürgerschaftlichen Engagements schmückt, in Wahrheit eher ein Versuch, die bereits geschwächte Sphäre des Politischen zu 'entlasten' und nicht ein Aufbruch dazu, sie zu aktivieren und damit auch wieder belastbarer werden zu lassen“ (Evers, 2000, S. 29).

Den aktivierenden Sozialstaat bezeichnen Dahme & Wohlfarth (2001) als einen neuen Typ von Sozialstaat. Er beinhaltet einen Abbau staatlicher Leistungen und die Forderung nach einer Gegenleistung der Bürger. Kritisch äußern sie sich über einen autoritären Charakter des aktivierenden Sozialstaats. Dahme & Wohlfarth sprechen davon, dass eine Anpassung des Einzelnen an politische Ziele sowie an gesellschaftliche Normen gefordert wird.

Schließlich verweist Lessenich (2012) darauf, dass eine gleichberechtigte Teilhabe der Bürger in der Praxis kaum gegeben ist. Stattdessen hat die „individualistische, fordernde, verpflichtende Variante der ‚Aktivierung‘ hierzulande sozialpolitisch die Oberhand“ (Lessenich, 2012, S. 49), und die fördernden Interventionen des Sozialstaates bleiben in der Regel im Hintergrund. Nach seiner Auffassung scheint die Sozialpolitik ökonomischen Aspekten untergeordnet zu sein.

Ergänzend zu diesen sozialpolitischen Veränderungen, in denen Aspekte der Selbstbeziehungswise Fremdbestimmung relevant sind, müssen politische Veränderungen in Bezug auf das Gesundheitssystem beachtet werden. Zum Beispiel weisen Forster & Kranich (2007) darauf hin, dass die Politik zuerst die Krankenkassen verpflichtete, Einrichtungen der Patientenunterstützung finanziell zu fördern. Diesem Modellprojekt folgten die Schaffung von Patientenberatungsstellen und finanzielle Abgaben an Selbsthilfegruppen. Außerdem stellte die Bundesregierung Gelder zur Verfügung, um die Umsetzung einer partizipativen Entscheidungsfindung von Ärzten und Patienten⁷ zu fördern. Schließlich wurde „mit der Gesundheitsreform 2004 (...) im Sozialgesetzbuch geregelt, dass Patientenvertreter im mächtigsten Gremium der gemeinsamen Selbstverwaltung, dem Gemeinsamen Bundesausschuss, und einigen weiteren Gremien auf Landesebene als rede- und antrags-, jedoch nicht stimmberechtigte Mitglieder beteiligt werden“ (Forster & Kranich, 2007, S. 102). Horch et. al (2012) verweisen ergänzend auf „die Gründung des Aktionsbündnisses Patientensicherheit oder die Verankerung des Themas im nationalen Zieleprozess ‚gesundheitsziele.de‘. Auch sind Patientenvertreter aktiv an der Erstellung von Leitlinien und Patientenleitlinien beteiligt“ (Horch et. al., 2012, S. 739).

⁷ vergleiche 3.2.4

Die Forderungen nach einer Nutzerorientierung und Partizipation, die beispielsweise im Mittelpunkt des Gutachtens des Sachverständigenrats für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesens (2003) steht, scheinen Beachtung zu finden. Forster & Kranich bezeichnen diese Entwicklungen als erste Schritte aus einer langjährigen Stagnation, die aus ihrer Perspektive jedoch nicht ausreichen. Vergleichbar thematisieren Horch et. al., dass zusätzliche Unterstützungsangebote notwendig sind, damit die Patienten im Gesundheitssystem selbstbestimmt sein können. Hierzu zählen sie eine Erweiterung der Patientenberatung sowie von Informations- und Schulungsangeboten.

In Bezug auf das Gesundheitswesen betrachtet Schmidt (2010a) den aktivierenden Sozialstaat kritisch. Er thematisiert, dass das Prinzip ‚fördern und fordern‘ kaum Aspekte einer Patientenselbstbestimmung beinhaltet. Stattdessen scheint eine Fremdbestimmung der Patienten im Vordergrund zu stehen. „Die Menschen sollen nicht zu autonomer Lebensführungsfreiheit befähigt werden, sondern gefordert und gefördert wird die folgsame Umsetzung gesundheitlicher Normvorstellungen und Handlungsregularien“ (Schmidt, 2010a, S. 24). Schließlich verweist Schmidt (2010b) darauf, dass mehr Eigenverantwortung nicht mit mehr Selbstbestimmung gleichgesetzt werden kann.

Neben den sozialpolitischen Gegebenheiten bilden rechtliche Aspekte eine zentrale Grundlage der Interaktionen von Ärzten und Patienten. Beispielsweise beinhaltet der erste Artikel des Grundgesetzes⁸, dass die menschliche Würde unantastbar ist, und im zweiten Artikel wird das allgemeine Persönlichkeitsrecht sowie ein Recht auf Leben und körperliche Unversehrtheit thematisiert. Aus diesen Regelungen geht hervor, dass die Patienten ein Selbstbestimmungsrecht haben (Wachenhausen, 2001). „Das Selbstbestimmungsrecht des Patienten soll gewährleisten, dass jeder einzelne über sich selbst und seinen Körper und das, was mit ihm geschehen oder nicht geschehen soll, grundsätzlich frei bestimmen kann“ (Wachenhausen, 2001, S. 47).

Außerdem haben die Patienten nach dem fünften und dem neunten Sozialgesetzbuch einen Anspruch auf eine Versorgung, in der ihre Vorstellungen zu berücksichtigen sind. Das fünfte Sozialgesetzbuch enthält die Forderung nach einer aktiven Mitwirkungsmöglichkeit für die

⁸ Das Grundgesetz und die im folgenden erwähnten Gesetzestexte sind beispielsweise unter <http://dejure.org/> abrufbar (letzter Zugriff am 16.03.2015).

Patienten in der Krankenbehandlung und Rehabilitation. Im Paragraphen 27 wird darauf hingewiesen, dass die Bedürfnisse psychisch erkrankter Menschen in der Behandlung zu berücksichtigen sind. Ergänzend hat der Begriff Teilhabe im neunten Sozialgesetzbuch eine zentrale Stellung. Bei der Wahl einer Leistung sowie bei ihrer Umsetzung sind die Perspektiven der Patienten zu beachten. Freiräume für Eigenverantwortungen und Selbstbestimmungen sollen erhalten und gefördert werden. Sowohl nach dem fünften als auch nach dem neunten Sozialgesetzbuch zählt eine Aktivierung von Selbsthilfepotentialen zu den Leistungen der medizinischen Rehabilitation. Selbsthilfegruppen, -organisationen und -kontaktstellen sollen gefördert werden.

Verschiedene Rechtswissenschaftler kritisieren eine einseitige Betonung der Patientenselbstbestimmungen. Beispielsweise spricht Damm (2010) davon, dass die Gesetzestexte zur Patientenselbstbestimmung in einem Spannungsverhältnis zu Aspekten der Fürsorge stehen. Er plädiert für eine Wechselseitigkeit von Selbstbestimmungen und Fürsorge. Für ihn ist in Anlehnung an ein Urteil des Bundesgerichtshofs der Einzelfall ausschlaggebend dafür, wie die Aspekte der Selbstbestimmung beziehungsweise der Fürsorge ins Verhältnis zu setzen sind.

Ein Patientenrechtegesetz wurde in Deutschland erst im Frühjahr 2013 eingeführt (Thole, 2013). Zuvor wurden die Rechte der Patienten durch verschiedene Gesetzesbücher geregelt. In der Rechtssprechung resultierte eine unüberschaubare Fülle an Einzelentscheidungen und Sonderregelungen, die zum Teil widersprüchlich waren. Das neue Patientenrechtegesetz dient hingegen einer Strukturierung der Gesetzeslage und einer höheren Transparenz für die Patienten. Das Ziel besteht darin, „für alle Beteiligten im Gesundheitswesen Rechtsklarheit und Rechtssicherheit herzustellen. Zugleich soll ein Ausgleich zwischen den Interessen der Patienten, der Behandelnden und der sonstigen Beteiligten im Gesundheitswesen geschaffen werden“ (Thole, 2013, S. 146). Gegenstand der Gesetzestexte sind Bestimmungen zum Behandlungsvertrag und zur umfassenden sowie verständlichen Informierung der Patienten. Außerdem werden die Dokumentationspflichten der Ärzte, das Recht auf Einsichtnahme durch die Patienten sowie die Beweislast beim Auftreten von Behandlungs- und Aufklärungsfehlern geregelt.

Thole (2013) geht davon aus, dass die Rechte der Patienten mit dem neuen Gesetz gestärkt und erweitert werden. Auch Katzenmeier (2012) hebt positiv hervor, dass aus den Gesetzes-

texten für die Patienten eine höhere Transparenz resultiert, über welche Rechte sie verfügen. Außerdem trägt es zu einer Rechtssicherheit bei.

Gleichzeitig thematisiert er „eine Gefahr für die Vertrauensbeziehung. Bei einer übermäßigen Verrechtlichung droht ein Rückzug des Arztes auf den Rechtsstandpunkt. Der Arzt leistet dann nur noch, was rechtlich garantiert und eingeklagt werden kann“ (Katzenmeier, 2012, S. 1097). Die Stellungnahme Harts (2011a) zum damaligen Entwurf des Patientenrechtegesetzes ist deutlich negativer. Er spricht davon, dass die Planung „weit von einem kohärenten und anspruchsvollen Konzept eines (Patientenrechtegesetz) entfernt“ (Hart, 2011a, S. 31) ist.

Entgegen der bisherigen Darstellungen zur Patientenselbstbestimmung können in Bezug auf die Behandlung psychiatrischer Patienten Gesetzestexte von Bedeutung sein, die unter bestimmten Voraussetzungen einen stationären Aufenthalt gegen den Willen des Patienten erlauben. Sie sind in den Psychisch – Kranken – Gesetzen und im Betreuungsgesetz enthalten. Die Psychisch – Kranken – Gesetze werden von den jeweiligen Bundesländern geregelt. Zu den Voraussetzungen für eine Unterbringung heißt es beispielsweise in Berlin: „Psychisch Kranke können (...) gegen oder ohne ihren Willen nur untergebracht werden, wenn und solange sie durch ihr krankheitsbedingtes Verhalten ihr Leben, ernsthaft ihre Gesundheit oder besonders bedeutende Rechtsgüter anderer in erheblichem Maße gefährden“⁹. Als Zweck der Unterbringung wird auf die Abwendung dieser Gefahr verwiesen. Wenn jedoch keine Gefährdungssituation vorhanden ist und der Patient widerspricht der Behandlung, rechtfertigt die Ablehnung alleine keine Unterbringung. „Auch der psychisch Kranke hat in gewissen Grenzen ein 'Recht auf Krankheit'. (... Wenn er ...) lieber die Erkrankung als mögliche Nebenwirkungen der medikamentösen Behandlung in Kauf nehmen will, dann fordert die autonome Entscheidung des Patienten unsere unbedingte Achtung“ (Bernardi et. al., 2000, S. 23).

Während innerhalb der Psychisch – Kranken – Gesetze das Verhindern einer Selbst- oder Fremdgefährdung im Vordergrund steht, ist im Betreuungsrecht ein Wiedererlangen der Selbstbestimmungsfähigkeiten der Patienten zentral (Koller, 2014). „Der Unterschied zwischen zivilrechtlicher Unterbringung gemäß § 1906 BGB (durch ein Betreuungsgericht) und öffentlich - rechtlicher Unterbringung (nach den Psychisch – Krankengesetzen der Länder) besteht im Wesentlichen darin, dass die erstgenannte Form vorrangig dem Interesse des Be-

⁹ Der Gesetzestext ist abrufbar unter: <http://gesetze.berlin.de/jportal/?quelle=jlink&query=PsychKG+BE&psml=bsbeprod.psml&max=true&aiz=true#jlr-PsychKGBErahmen>, letzter Zugriff am 16.03.2015.

troffenen zu dienen bestimmt ist, während die letztgenannte Form der Gefahrenabwehr zu Gunsten Dritter dient“ (Deutsch & Spickhoff, 2014, S. 798).

Erfolgt der Zwangsaufenthalt aufgrund des Betreuungsgesetzes, muss ergänzend zum Betreuer ein Betreuungsgericht die Zwangsmaßnahme genehmigen, wenn schwere oder länger dauernde gesundheitliche Schäden zu den möglichen Nebenwirkungen der Behandlung zählen (Deutsch & Spickhoff, 2014). „Der Betreuer kann für einen nach Betreuungsrecht untergebrachten einsichtsunfähigen Patienten zwar medizinisch notwendige Behandlungen ohne dessen Einwilligung veranlassen, aber nach aktueller Rechtsprechung des Bundesgerichtshofs (...) nicht mehr gegen dessen Willen“ (Müller et. al., 2012, S. 1146 – 1148). Vollmann (2014) kritisiert, dass mit den Gesetzestexten ausschließlich die Unterbringung der Patienten geregelt ist. Die Frage, wie die Zwangsaufenthalte in der Praxis gestaltet werden können, bleibt jedoch offen.

Im Jahr 2003 plante die damalige Bundesregierung, das Betreuungsrecht in Bezug auf eine ambulante Zwangsbehandlung zu verändern. Den Gesetzentwurf kritisieren beispielsweise Aderhold et. al. (2004) in der Form, „dass eine gesetzliche Regelung sowohl der zwangsweisen Zuführung zur ärztlichen Behandlung wie auch einer ambulanten Zwangsbehandlung aus fachlich psychiatrischer Sicht insgesamt eher schädlich und im Übrigen weder sinnvoll noch notwendig ist“ (Aderhold et. al., 2004, S. 95). Eine Zwangsbehandlung wird nach ihrer Auffassung durch die Veränderungen im Betreuungsrecht leichter durchsetzbar. Aderhold et. al. befürchten, dass somit die notwendigen und unvollendeten Strukturreformen in der Psychiatrie stoppen. Sie sprechen von einer gefährlichen „Rückentwicklung der Behandlungskultur“ (Aderhold et. al., 2004, S. 96). Der Dialog zwischen Ärzten und Patienten weicht einer Konfrontation, und der Prozess einer Entstigmatisierung wird erheblich gestört.

Der Gesetzentwurf wurde letztendlich nicht in der geplanten Form umgesetzt. Eine Neuregelung erfolgte erst 2013. Unter dem Begriff Zwang wird nunmehr jede ärztliche Maßnahme verstanden, die dem Willen des Patienten widerspricht (Koller, 2014). Eine Zwangsbehandlung kann nicht ambulant erfolgen, sondern eine Unterbringung und die Zustimmung eines Gerichts sind notwendig. Nach Koller „engt das reformierte Betreuungsrecht die Möglichkeiten einer betreuungsrechtlichen Zwangsbehandlung gegenüber dem früheren Rechtszustand spürbar ein“ (Koller, 2014, S. 4).

Aderhold (2013) kritisiert das Gesetz hingegen. Er spricht davon, dass „mit der Verabschiedung des ‚Gesetzes zur Regelung der betreuungsrechtlichen Einwilligung in eine ärztliche

Zwangsmaßnahme' eine historische Chance zu einer grundlegenden Verbesserung der therapeutischen Möglichkeiten auf dem Weg zu einer humaneren Psychiatrie versäumt wurde“ (Aderhold, 2013, S. 42). Aus seiner Sicht werden innerhalb des Gesetzes Mängel und Missstände der psychiatrischen Versorgung ignoriert. Er thematisiert seine Bedenken, dass die Entwicklung von zeitgemäßen Alternativen stoppt und dass das Gesetz zu einer Schädigung von Patienten beitragen kann.

Eng verknüpft mit den obigen Darstellungen zu den sozialpolitischen und rechtlichen Aspekten sind medizinethische Diskussionen. Als Ausgangspunkt einer medizinischen Ethik wird in der Regel der Eid des Hippokrates¹⁰ genannt (Heindl, 1998; Pöltner, 2006). Forderungen nach einem Wandel dominieren jedoch seit mehreren Jahren die medizinethischen Diskussionen (Vollmann, 2008; Leino – Kilpi et. al., 2000). Aspekte der Selbstbestimmung haben aufgrund von gesellschaftlichen Veränderungen und aufgrund von Entwicklungen innerhalb der Medizin an Bedeutung gewonnen. Heute existieren meist eine Vielzahl alternativer Behandlungsmöglichkeiten, zwischen denen eine Auswahl erfolgen muss. Zu beachten ist außerdem, dass ärztliche Maßnahmen teilweise zu schwerwiegenden Nebenwirkungen führen. Die Entscheidung für oder gegen eine Behandlung beinhaltet eine Güterabwägung. Deshalb müssen Patienten die Möglichkeit haben, in Anlehnung an ihre individuellen Werte die von ihnen bevorzugte Behandlung bestimmen zu können (Baumann – Hölzle, 1999).

Eine zentrale Bedeutung innerhalb der medizinethischen Diskussion haben die Überlegungen von Beauchamp & Childress (1994). Sie fordern, dass in den Interaktionen von Ärzten und Patienten die Prinzipien

- Autonomie,
- Schadensvermeidung,
- Fürsorge und
- Gerechtigkeit

im Vordergrund stehen. Eine Entscheidung muss auf einer Abwägung möglicher Handlungen nach diesen Prinzipien beruhen.

¹⁰ vergleiche 2.2

Autonomie bedeutet bei Beauchamp & Childress, dass die Patienten auf der Grundlage ihrer individuellen Werte frei entscheiden und handeln. Dazu müssen sie die erhaltenen Informationen verstehen und den möglichen Nutzen sowie Risiken in die Entscheidung einbeziehen.

Kottje – Birnbacher & Birnbacher (1999) ergänzen, dass die Ärzte die Vorstellungen der Patienten nach dem Prinzip der Autonomie auch zu beachten haben, wenn sie kaum nachvollziehbar erscheinen. „Dass der Wille anderer – und zwar gleichgültig, ob er seinerseits selbstbestimmt oder fremdbestimmt, rational oder affektgeleitet ist – geachtet statt einer wie immer gut gemeinten Fremdbestimmung unterworfen wird, ist eine Bedingung dafür, dass jeder Herr seines eigenen Lebens bleibt“ (Kottje – Birnbacher & Birnbacher, 1999, S. 37).

Das Prinzip der Schadensvermeidung, das auch als Prinzip der Unschädlichkeit oder Nichtschädigung bezeichnet wird, beinhaltet die Forderungen, nicht zu töten, anderen keinen Schmerz oder Leid zuzufügen, sie nicht zu hindern und zu kränken sowie ihre Lebensgüter zu achten. In Bezug auf die Interaktionen von Ärzten und Patienten betreffen diese Forderungen vor allem mögliche Nebenwirkungen. Ob ein Schaden durch eine Behandlung oder durch die Nichtbehandlung des Patienten vermieden werden kann, ist vom Einzelfall abhängig.

Ergänzend beinhaltet eine Fürsorge vor allem, zum Nutzen der Patienten zu intervenieren. Hierzu gehört, dass die Rechte der Patienten verteidigt werden. Personen mit Behinderungen ist zu helfen, und Menschen in Gefahr sind zu schützen.

Nach Kottje – Birnbacher & Birnbacher „gebietet das Prinzip der Fürsorge, dass mögliche Schäden verhindert, eingetretene Schäden gelindert und die Situation anderer auch dann, wenn von einem Schaden keine Rede sein kann, verbessert wird“ (Kottje – Birnbacher & Birnbacher, 1999, S. 38). Die Fürsorge kann im Kontrast zur Autonomie der Patienten stehen.

Der Begriff Gerechtigkeit, der auch mit Gleichheit übersetzt wird, bedeutet schließlich, dass der Zugang zu den Gütern des Gesundheitswesens gerecht gestaltet sein muss. Die Patienten dürfen beispielsweise nicht abgewiesen werden, da sie als arm, anstrengend oder schwierig angesehen werden (Kottje – Birnbacher & Birnbacher, 1999).

Ergänzend zu diesen Prinzipien sollen die Ärzte wahrhaftig sein. Die Wahrhaftigkeit ist abzugrenzen von einer eingeschränkten Aufklärung oder Täuschung. Auch die Privatsphäre der Patienten muss gewahrt werden. Die Feststellung, wann die Privatsphäre verletzt ist, kann nur individuell erfolgen. Informationen, die die Ärzte von den Patienten erhalten, dürfen nicht an

Dritte weitergeben. Die Interessen der Patienten müssen die höchste Priorität haben, und die Ärzte sollen ein Mitgefühl und eine Urteilskraft zeigen sowie vertrauenswürdig sein. Zuverlässigkeit, Ganzheitlichkeit und ein einheitlicher moralischer Charakter müssen für die Patienten erkennbar werden.

Kritik an den Darstellungen von Beauchamp & Childress äußert unter anderem Holzem (1999). Er sagt, dass das Prinzip der Autonomie zu stark betont wird und dass „grundlegende philosophische und ethische Begriffe wie Autonomie (...) für eine angemessene Diskussion nicht mehr tragfähig sind“ (Holzem, 1999, S. 312). Holzem bezeichnet die Darstellungen als zu abstrakt und als nicht ausreichend für den klinischen Alltag. Ergänzend weist Baumann – Hölzle (1999) darauf hin, dass einige Patienten krankheitsbedingt nicht autonom sind und überfordert werden. Eine angemessene Entscheidung ist in diesen Fällen unmöglich.

Zusammenfassend beinhalten die obigen Darstellungen, dass die aktuelle deutsche Sozialpolitik durch einen Wandel zum aktivierenden Sozialstaat gekennzeichnet ist. Die Befürworter sagen, dass die Bürger im aktivierenden Sozialstaat mehr Möglichkeiten der Selbstbestimmung haben. Auch in Bezug auf das Gesundheitswesen ist eine Förderung der Selbstbestimmungen ein aktuelles Thema. Vergleichbare normative Veränderungen betreffen den Bereich des Rechts und der Medizinethik.

Die Kritiker weisen darauf hin, dass innerhalb der theoretischen Beiträge Aspekte der Fürsorge oder in Bezug auf den Kontext der Psychiatrie das Thema Zwangsbehandlung in der Regel ausgeklammert bleiben. Die Patientenselbstbestimmung wird einseitig betont. Im klinischen Alltag sind jedoch Aspekte der Patientenselbst- und –fremdbestimmung gleichzeitig relevant. Dies führt zu der Frage, inwieweit die theoretischen Beiträge in Bezug auf die klinische Praxis geeignet sind. Offen bleibt, wie Aspekte der Patientenselbst- und –fremdbestimmung in Beziehung gesetzt werden können. Es erscheint mir sinnvoll und notwendig, entsprechende Fragen empirisch zu klären.

3.1.1 Informed Consent

In Bezug auf die Umsetzung der dargestellten Forderungen in der klinischen Praxis hat im Bereich des Rechts und innerhalb der medizinethischen Debatte der Ansatz des Informed Consent eine zentrale Bedeutung. Dieser Ansatz heißt in der deutschsprachigen Literatur auch informierte Zustimmung oder Einwilligung nach Aufklärung.

Beauchamp & Childress (1994) unterscheiden sieben Elemente des Informed Consent:

- Der Patient muss die Kompetenz haben, verstehen und entscheiden zu können.
- Bei der Entscheidung steht die Freiwilligkeit im Vordergrund.
- Der Arzt und der Patient sollen im Gespräch herausfinden, welche Informationen die relevanten sind, in welchen Kontext sie gesetzt und wie sie verwendet werden müssen.
- Ergänzend soll der Arzt Empfehlungen zur Behandlung geben,
- und der Patient muss die Informationen verstehen.
- Die Zustimmung setzt sich aus der Entscheidung für eine Behandlung und
- einer Autorisierung des Arztes durch den Patienten zusammen.

Aufbauend thematisieren Vollmann (2008) sowie Giese (2002) in Bezug auf die klinische Praxis folgende Aspekte:

- Aufklärung und Informationen: Der Patient muss über Ziel, Nutzen und Risiken der ärztlichen Maßnahme informiert sein. Außerdem hat der Arzt innerhalb eines persönlichen Gesprächs unter Berücksichtigung der Individualität des Patienten auf mögliche Alternativen zu verweisen. Der Patient erhält die Möglichkeit, Fragen zu stellen.
- Verständnis: Der Patient muss die Aufklärung und die Informationen verstehen. Dazu ist beispielsweise eine medizinische Fachsprache zu vermeiden.
- Freie Willensentscheidung: Die Aufklärung und Zustimmung des Patienten darf nicht durch Drohungen, Zwang, psychischen Druck oder Abhängigkeiten beeinträchtigt sein.
- Einwilligungsfähigkeit: Zu einer Einwilligungsfähigkeit gehört unter anderem, dass der Patient seine Wahlmöglichkeiten nutzen und kommunizieren kann und dass der Patient Einsicht in seine Krankheit sowie in seine aktuelle Situation hat.

„Durch das Informed – Consent – Modell soll sichergestellt werden, dass der Patient nicht nur als Objekt der modernen Medizin, sondern als selbstbestimmte und eigenverantwortliche Person anerkannt wird, dessen Menschenwürde und Persönlichkeitssphäre respektiert werden“ (Vollmann, 2008, S. 23). Giese (2002) zählt außerdem die ärztliche Zustimmung und Autorisierung zu den Elementen des Informed Consent.

Ergänzend ist der Begriff Aufklärung zentral. Er kann nach verschiedenen Arten und Funktionen differenziert werden (Jorzig, 2007; Hart, 2011a; Weissauer, 1996). Der Arzt muss dem Patienten den Krankheitszustand, die Diagnose und mögliche Prognosen mitteilen. Innerhalb einer Verlaufsaufklärung sind Art, Umfang und Durchführung der Intervention zu thematisieren. Die Risikoaufklärung beinhaltet Informationen über die Schwere und Häufigkeit möglicher Nebenwirkungen sowie über Behandlungsalternativen, wenn diese mit anderen Risiken verbunden sind. Während der therapeutischen Aufklärung, die auch Beratungsaufklärung genannt wird, informiert der Arzt „den Patienten, was er kurz- und langfristig zu tun und zu lassen hat, um den Behandlungserfolg zu erreichen oder zu sichern, insbesondere also, wie er seine Lebensgewohnheiten gestalten muss und wie er drohende Komplikationen erkennen und Rezidive oder ein Fortschreiten der Krankheit vermeiden kann“ (Weissauer, 1996, S. 115). Schließlich ist der Arzt dazu verpflichtet, den Patienten über wirtschaftliche oder versicherungsrechtliche Begleitumstände der Behandlung zu informieren. Die Aufklärung kann nicht durch Informationsblätter ersetzt werden, sondern sie hat frühzeitig in einem persönlichen Gespräch zu erfolgen (Leino – Kilpi, 2000).

Diese Forderungen an eine Aufklärung werden im klinischen Alltag nur begrenzt erfüllt (Rothärmel et. al., 2006; Vollmann, 2008; Vollmann & Schildmann, 2011). Empirische Studien weisen darauf hin, dass die Patienten zum Teil nicht ausreichend aufgeklärt sind (Stevenson et. al., 2000; Bauer & Vollmann, 2002; Rothärmel et. al., 2006). Beispielsweise beurteilen in einer Studie von Schildmann et. al. (2003) im Bereich der Psychiatrie mehr als die Hälfte der Patienten die ärztliche Aufklärung als nicht positiv, und eine knappe Mehrheit der Studienteilnehmer äußern, dass sie noch weitere Fragen zur Pharmakotherapie haben. Nur ein Fünftel der Patienten gibt an, dass der Arzt Behandlungsalternativen thematisiert.

Schließlich ist innerhalb des Ansatzes des Informed Consent die Einwilligung des Patienten von zentraler Bedeutung. Aus rechtlicher Perspektive benötigt der Arzt die Einwilligung des Patienten beispielsweise, damit seine Behandlung keine strafbare Körperverletzung darstellt (Deutsch & Spickhoff, 2014). Eine Einwilligung des Patienten gilt als rechtswirksam, wenn

der Patient einwilligungsfähig sowie aufgeklärt ist. Die Einwilligung muss freiwillig erfolgen, also in Abwesenheit von Gewalt, Zwang und Drohung. Hollmann (1982) verweist darauf, dass ein intensiver Versuch des Arztes, einen Patienten überreden und überzeugen zu wollen, eine starke Beeinflussung darstellt. Die Entscheidungsfreiheit des Patienten wird eingeschränkt, so dass die Einwilligung nicht rechtswirksam ist.

In der klinischen Praxis kann die Frage von Bedeutung sein, wann ein Patient einwilligungsunfähig ist (z. B. Amelung, 1995; Bauer & Vollmann, 2002). „Einwilligungsunfähig ist, wer wegen Minderjährigkeit, geistiger Behinderung oder psychischer Erkrankung nicht erfassen kann, welchen Wert oder Rang die von der Einwilligungsentscheidung berührten Güter und Interessen für ihn haben, um welche Tatsachen es bei der Entscheidung geht, welche Folgen oder Risiken sich aus der Einwilligungsentscheidung ergeben, welche Mittel es zur Erreichung der mit der Einwilligung erstrebten Ziele gibt, die ihn möglicherweise weniger belasten. Das gleiche gilt, wenn der Minderjährige, geistig Behinderte oder psychisch Erkrankte zwar die erforderliche Einsicht hat, aber nicht in der Lage ist, sich nach ihr zu bestimmen“ (Amelung, 1995, S. 26).

Außerdem verweist Amelung darauf, dass die Einwilligung in eine medizinische Behandlung einen Konflikt darstellen kann, wenn diese mit Nebenwirkungen verbunden ist. Ob die Krankheit oder die ärztliche Maßnahme den größeren Nachteil darstellt, hängt von der Bewertung des Patienten ab und nicht vom Urteil einer dritten Person oder des Gesetzgebers. Bei psychisch erkrankten Menschen soll beachtet werden, ob sich das subjektive Wertesystem des Patienten mit dem Beginn der akuten Krankheitsphase verändert.

Zur Beurteilung der Einwilligungsfähigkeit wurden insbesondere im angloamerikanischen Bereich verschiedene Testinstrumente entwickelt (Bauer & Vollmann, 2002; Vollmann et. al., 2011). Die Verfahren beruhen teilweise auf unterschiedlichen Definitionen der Einwilligungsfähigkeit, so dass verschiedene Inhalte erfasst werden. Mit einigen Instrumenten können die Aspekte Verständnis, Einsicht, Treffen einer Entscheidung und Urteilsvermögen gleichzeitig getestet werden. In anderen Verfahren sind nur einzelne dieser Aspekte berücksichtigt. Die Frage, ab welchem Testergebnis ein Patient einwilligungsunfähig ist, „bleibt weiterhin eine offene Forschungsfrage (...). Daher kann ein formales Testinstrument nicht die klinische Einschätzung der Einwilligungsfähigkeit ersetzen, aber dem beurteilenden Arzt als objektives Hilfsmittel zu ihrer systematischen und mehrdimensionalen Erfassung dienen“ (Bauer & Vollmann, 2002, S. 1036). Innerhalb einer klinischen Einschätzung gilt der Patient als selbst-

bestimmungsfähig, wenn er die vom Arzt mitgeteilten Informationen versteht, das Vermögen besitzt, diese Informationen in Bezug auf seine individuelle Lebenswirklichkeit und Werthaltung zu beurteilen, wenn er krankheits- und behandlungseinsichtig ist und wenn er in der Lage ist, eine Entscheidung zu treffen und diese zum Ausdruck zu bringen.

Sofern ein Patient einwilligungsunfähig ist und ein Aufschub der Entscheidung eine Gefahr für den Patienten beinhaltet, benötigt der Arzt keine Einwilligung des Patienten. Der Arzt kann sich auf eine mutmaßliche Einwilligung berufen, die an die berechnete Geschäftsführung ohne Auftrag angelehnt ist (Brennecke, 2010). Zur Bestimmung des mutmaßlichen Willens muss sich der Arzt in den individuellen Patienten versetzen. Dazu können Informationen von Angehörigen und Freunden des Patienten hilfreich sein.

In Bezug auf die Einwilligungsunfähigkeit ist außerdem das Patientenverfügungsgesetz zu beachten, das in Deutschland seit 2009 gilt. „Ziel des Patientenverfügungsgesetzes ist es, dass autonome Bürger selbstbestimmte Entscheidungen für ihre zukünftige medizinische Behandlung im Falle der Selbstbestimmungsunfähigkeit verbindlich dokumentieren können“ (Vollmann, 2012, S. 25). Verbindlich bedeutet, dass der Wille des Patienten beispielsweise auch bei lebensbedrohenden Erkrankungen Vorrang vor dem ärztlichen Rat hat. Der Patient muss „seine Verfügung im Zustand der Selbstbestimmungsfähigkeit bzw. Einwilligungsfähigkeit und aus freiem Willen verfasst (haben). Weiterhin müssen die Angaben zu Behandlungswünschen in bestimmten medizinischen Situationen in der Patientenverfügung möglichst konkret angegeben werden und mit der real vorliegenden Situation übereinstimmen“ (Vollmann, 2012, S. 25). Vollmann spricht unter Berufung auf empirische Daten aus den USA am Beispiel der Psychiatrie von positiven Erfahrungen bezüglich der praktischen Anwendung von Patientenverfügungen. Die Patientenverfügung stellt aus seiner Perspektive eine Möglichkeit dar, dass der Arzt und der Patient den Behandlungsprozess gemeinsam planen.

Kritik am Ansatz des Informed Consent äußert unter anderem Hildt (2008). Aus ihrer Sicht beinhaltet der Ansatz einen zu eng gefassten Autonomiebegriff. „Fragen der langfristigen Lebensgestaltung, der Selbstgestaltung im umfassenden Sinn und des Selbstentwurfs“ (Hildt, 2008, S. 827) finden innerhalb des Informed Consent keine Berücksichtigung, stellen aber wichtige Inhalte einer medizinischen Ethik dar.

Ergänzend verweist Vollmann (2000b) kritisch darauf, dass in verschiedenen Studien ein hoher Anteil an selbstbestimmungsunfähigen psychiatrischen Patienten nachgewiesen wird. Diese Ergebnisse widersprechen dem Ansatz, die Selbstbestimmung des Patienten in den

Vordergrund zu stellen. Im klinischen Alltag kann es notwendig sein, die Selbstbestimmung in Relation zu den Aspekten Fürsorge und Schadensvermeidung zu setzen. Dabei geht es nicht um die Dominanz eines der Prinzipien, sondern um ihre Verbindung. „Aber die entscheidende Frage (...) bleibt die, wie weitgehend diese Obhut sein soll, zu der man als Hüter seiner Mitmenschen legitimiert ist. Sie wird jetzt nicht beantwortet werden können, wenn es überhaupt eine allgemein verbindliche, eine normative Antwort auf diese Frage geben sollte“ (Lungerhausen, 1996, S. 18 / 19).

Als Beitrag zu einer Lösung thematisiert Vollmann (2000b) ein relationales Modell. „Das relationale Informed – Consent – Modell verbindet (...) die Dimensionen psychische Selbstbestimmungsfähigkeit des Patienten und Nutzen – Risiko – Abwägung und integriert damit die meist konträr diskutierten medizinethischen Prinzipien ‚Respekt vor der Autonomie des Patienten‘ und die Pflicht zur Fürsorge (...) und zur Schadensvermeidung“ (Vollmann, 2000b, S. 713).

Ergänzend verweist Holzem (1999) auf den Ansatz der Care – Ethics, der Aspekte der Autonomie und Fürsorge gemeinsam beinhaltet. An diesem Modell ist für Holzem zentral, dass der abstrakte Autonomiebegriff aus der wissenschaftlichen Diskussion gelöst und anwendbar ist. Der autonome Mensch steht im Mittelpunkt der Überlegungen. Die Autonomie ist jedoch nicht der höchste Wert, sondern Aspekte wie Fürsorge und Gerechtigkeit sind gleichrangig. Gerechtigkeit heißt, die eigene Selbstverwirklichung und die Rechte weiterer Menschen zu schützen. Verkerk (2001) kritisiert hingegen, dass der Ansatz der Care – Ethics teilweise als moderner Paternalismus bezeichnet wird.

Eine weitere Möglichkeit, wie im Spannungsfeld zwischen Fürsorge und Selbstbestimmung Entscheidungen getroffen werden können, diskutiert Reiter – Theil (1999). Sie verweist auf den Ethik – Konsil. Innerhalb des Ethik – Konsils bietet eine ethisch geschulte Fachkraft eine Hilfestellung bei der Beantwortung problematischer ethischer Fragen in der klinischen Praxis. An dieser ethischen Beratung können neben den Ärzten weitere Klinikmitarbeiter oder auch die Patienten sowie ihre Angehörigen teilnehmen.

Der Ansatz des Informed Consent soll dazu dienen, rechtliche und medizinethische Forderungen an eine Patientenselbstbestimmung in der Praxis umzusetzen. Dies scheint jedoch kaum zu gelingen. Beispielsweise werden im klinischen Alltag die Erwartungen an eine Aufklärung nur begrenzt erfüllt. Den Ansatz des Informed Consent möchte ich als normativ kritisieren. Kognitive Aspekte stehen einseitig im Vordergrund, die Relation zu einer Fürsorge bleibt of-

fen und der Kontext findet keine Berücksichtigung. Im Gegensatz hierzu scheint es mir hilfreich zu sein, den Praxiskontext zu beachten und vom klinischen Alltag zu lernen. Differenzierte sozialwissenschaftliche Analysen sind dringend notwendig, um die Interaktionen von Ärzten und Patienten sowie die Handhabung von Aspekten der Patientenselbst- und -fremdbestimmung angemessen erfassen zu können.

3.2 Gesundheitswissenschaftliche Ansätze

Ein Wandel der Interaktionen von Ärzten und Patienten ist seit mehreren Jahren ein zentrales Thema innerhalb der gesundheitswissenschaftlichen Literatur (z. B. Dierks & Schwartz, 2001; Geisler, 2002). Verschiedene Beiträge dieser Diskussion referiere ich im folgenden. Der Versuch einer erschöpfenden Darstellung erscheint mir aufgrund des enormen Umfangs der Literatur nicht sinnvoll. Stattdessen berücksichtige ich einzelne Ansätze, die den Wandel beispielhaft kennzeichnen. Sie haben die Gemeinsamkeit, dass eine Abgrenzung zur Patienten-fremdbestimmung erfolgt und Aspekte der Patientenselbstbestimmung fokussiert werden.

Mit der ‚patient centred medicine‘ gehe ich auf einen Ansatz ein, der bereits am Beginn des Wandels formuliert wurde und auch heute noch aktuell ist. Ergänzend thematisiere ich den vielleicht am häufigsten zitierten Ansatz des ‚shared decision makings‘. Im Abschnitt 3.2.3 berücksichtige ich den Begriff ‚Adherence‘, der im Rahmen des Wandels den klassischen Ansatz der Compliance ersetzt. Anschließend beachte ich den Ansatz ‚Patient als Partner und partizipative Entscheidungsfindung‘, um den Wandel in Deutschland darzustellen, und im Abschnitt 3.2.5 referiere ich den Ansatz Empowerment, um den Bereich der Psychiatrie zu fokussieren. Zum Schluss thematisiere ich innerhalb einer übergeordneten Betrachtung positive und kritische Äußerungen zu den Ansätzen.

3.2.1 Patient centred medicine

Als theoretische Grundlage der ‚patient centred medicine‘ gelten insbesondere die Darstellungen von Balint (Holmström & Röing, 2010). Nach Balint (2001) werden die Interaktionen des Arztes und des Patienten durch die Persönlichkeit des Arztes beeinflusst. Beispielsweise intervenieren nicht alle Ärzte zum gleichen Zeitpunkt, wenn der Patient Schmerzen hat. Balint führt dies auf unterschiedliche Einstellungen der Ärzte zurück, wie viel Leid zur menschlichen Existenz gehört. Er spricht von einer apostolischen Funktion. „Wir meinen mit der apostolischen (...) Funktion in erster Linie, dass jeder Arzt eine vage, aber fast unerschütterlich feste Vorstellung davon hat, wie ein Mensch sich verhalten soll, wenn er krank ist“ (Balint, 2001, S. 284). Die apostolische Funktion muss ein Arzt bewusst und nicht automatisch einsetzen.

Gleichzeitig hat er die individuelle Vorstellung des Patienten zu berücksichtigen. Zentral ist eine Balance zwischen einer Abhängigkeit des Patienten und seiner Selbstbestimmung. Die Frage, wie diese beiden Aspekte abzuwägen sind, kann nur in Bezug auf den Einzelfall beantwortet werden. Der Arzt und der Patient sollen sich gegenseitig kennenlernen und erziehen. Balint bezeichnet diesen Prozess als Investierungsgesellschaft auf Gegenseitigkeit. „Wir meinen damit, dass der praktische Arzt nach und nach ein sehr wertvolles Kapital in seinem Patienten anlegt und dass umgekehrt auch der Patient wertvolles Kapital erwirbt, das in seinem Arzt angelegt ist“ (Balint, 2001, S. 327). Die Interaktionen sollen außerdem dadurch gekennzeichnet sein, dass der Arzt als Zuhörer auftritt und Situationen herstellt, die dem Patienten ein freies Sprechen ermöglichen.

Die Frage, wodurch eine ‚patient centred medicine‘ gekennzeichnet ist, diskutieren zahlreiche Autoren. Beispielsweise sprechen Laine & Davidoff (1996) davon, dass innerhalb einer ‚patient centred medicine‘ der Patient als ein Experte gilt. Ohne einen kooperierenden und informativen Patienten kann der Arzt seine Arbeit meist nicht zufriedenstellend ausführen. Er ist vor allem in Bezug auf das individuelle Erleben der Symptomatik vom Wissen des Patienten abhängig.

Ergänzend verweist Kreß (2012) darauf, dass innerhalb einer patientenzentrierten Medizin der Arzt den Patienten als eine individuelle Person wahrnimmt. Er toleriert dessen persönliches Wertesystem, und er informiert den Patienten umfassend. Der Patient soll befähigt werden, über komplexe und komplizierte medizinische Sachverhalte eigenverantwortlich zu entscheiden. In Bezug auf eine entsprechende Entscheidung thematisiert Kreß den Ansatz des ‚shared

decision makings'¹¹. Beim Auftreten von Konflikten wünscht er sich eine dialogische Lösung, und der Arzt soll „gegenüber einem Patienten eigene Entscheidungsunsicherheiten, Zweifel oder Fehltritte einräumen“ (Kreß, 2012, S. 1091).

Die Darstellungen zur ‚patient centred medicine‘ sind jedoch nicht einheitlich, sondern zum Teil verwenden verschiedene Autoren unterschiedliche Definitionen (Mead & Bower, 2000, 2002). Um die einzelnen Beiträge zusammenzufassen, führen Mead & Bower einen Review der theoretischen und empirischen Literatur durch und identifizieren fünf Schlüsseldimensionen der ‚patient centred medicine‘. Dies sind:

- die biopsychosoziale Perspektive: Um gesundheitliche Probleme umfassend betrachten zu können, ist eine Kombination aus einer biologischen, psychologischen und sozialen Perspektive notwendig. Dies beinhaltet, dass der Arzt auch für nicht – medizinische Themen zuständig ist.
- der Patient als Person: Mead & Bower thematisieren, dass ein gebrochenes Bein für einen Büroangestellten eine andere Bedeutung hat als für einen Leichtathleten, dessen Karriere aufgrund der Erkrankung gefährdet ist. Entsprechend muss der Arzt das individuelle Krankheitserleben des Patienten erfassen. Dazu ist die Biografie des Patienten zentral.
- eine geteilte Macht und Verantwortung: Innerhalb der ‚patient centred medicine‘ gilt eine Gleichberechtigung von Arzt und Patient als Ideal. Im Zusammenhang mit einer sozio – politischen Kritik wird das Wissen und das Erleben des Patienten als wichtig bezeichnet und Respekt vor seiner Autonomie gefordert. Der Patient entwickelt sich vom passiven Empfänger zu einem aktiven Konsumenten. Dies beinhaltet eine umfassende Informierung des Patienten, seine respektvolle Behandlung und eine aktive Rolle beim Treffen von Entscheidungen.
- die therapeutische Allianz: Eine Interaktion, die durch eine Freundlichkeit und gegenseitige Sympathie gekennzeichnet ist, kann sich positiv auf das Behandlungsergebnis auswirken. Als Grundlage für eine entsprechende therapeutische Allianz soll der Arzt in Anlehnung an die Gesprächspsychotherapie nach Rogers empathisch und kongruent sein sowie eine unbedingte Wertschätzung anbieten.
- der Arzt als Person: Im Unterschied zum biomedizinischen Modell, innerhalb dessen die Anwendung diagnostischer und therapeutischer Techniken als objektivierbar

¹¹ vergleiche 3.2.2

gelten, weisen Mead & Bower darauf hin, dass die individuelle Person des Arztes den Behandlungsprozess beeinflusst.

Ergänzend thematisieren Mead & Bower zahlreiche Faktoren¹², die die fünf Dimensionen beeinflussen können:

- formende Faktoren: kulturelle Normen und gesellschaftliche Erwartungen, der sozioökonomische Hintergrund, formale und informelle Lernprozesse (z. B. durch die Medien), persönliche Erfahrungen, die medizinische Ausbildung und die klinische Erfahrung des Arztes
- berufliche Kontexteinflüsse: professionelle Normen, Leistungsanreize und Ziele, Akkreditierungen, politische Initiativen
- arztbezogene Faktoren: Einstellungen, Werte, Wissen, Persönlichkeit, Geschlecht, Alter, ethnische Zugehörigkeit, Wissen über den Patienten
- patientenbezogene Faktoren: Einstellungen und Erwartungen, Wissen, Persönlichkeit, Geschlecht, Alter, ethnische Zugehörigkeit, Art der Probleme, Wissen über den Arzt
- Einflüsse auf der Interaktionsebene: kommunikative Grenzen, körperliche Barrieren, Unterbrechungen, Anwesenheit einer dritten Person, zeitliche Limitierungen, Arbeitsbelastungen
- Faktor Zeit

Diese Faktoren wirken direkt oder indirekt auf die Handlungen des Arztes beziehungsweise des Patienten und auf die oben dargestellten Schlüsseldimensionen der ‚patient centred medicine‘. Mead & Bower weisen darauf hin, dass die Faktoren als Hypothesen zu verstehen sind. Weitere theoretische und empirische Beiträge sind notwendig, um die Beziehungen zwischen den beeinflussenden Faktoren und den fünf Dimensionen zu bestimmen.

Vertiefend wird innerhalb der Leitlinie psychoonkologische Diagnostik, Beratung und Behandlung von erwachsenen Krebspatienten (Leitlinienprogramm Onkologie, 2014) dargestellt, wodurch eine Kommunikation charakterisiert ist, die als patientenzentrierte Kommunikation bezeichnet werden kann. Sie beinhaltet folgende Grundprinzipien:

- ‚Gewährleistung einer atmosphärisch angemessenen und ungestörten Umgebung ohne Unterbrechungen

¹² Die folgenden Begriffe sind sinngemäß aus dem englischen übersetzt.

- Aufbau einer tragfähigen Beziehung zum Patienten
- Gesprächsführung auf der Basis des Aktiven Zuhörens
- direktes und einfühlsames Ansprechen schwieriger Themen
- Vermittlung von bedeutsamen Informationen in einer patientennahen Sprache unter Vermeidung von medizinischem Fachvokabular, ggf. Erklärung von Fachbegriffen. Sie soll aufrichtig sein und gleichzeitig Raum für realistische Hoffnung lassen
- Verwendung von Strategien, um das Verständnis zu verbessern (Wiederholung, Zusammenfassung wichtiger Informationen, Nutzung von Grafiken u.ä.)
- Ermutigung, Fragen zu stellen wie auch Gefühle auszudrücken
- Einbeziehung von Angehörigen oder Bezugspersonen in Abhängigkeit vom Wunsch des Patienten
- Anbieten weiterführender Hilfen“ (Leitlinienprogramm Onkologie, 2014, S. 84).

Die Frage, durch welche Aspekte eine ‚patient centred medicine‘ aus der Sicht der Patienten gekennzeichnet sein sollte, untersuchen unter anderem Dancet et. al. (2011). Die Antworten beinhalten zehn Dimensionen, die sie als Systemfaktoren und als menschliche Faktoren zusammenfassen:

- Systemfaktoren: Informierung des Patienten, Kompetenz der Klinik und des Personals, Koordination der Behandlung (z. B. geringe Wartezeiten), Erreichbarkeit des Personals, Kontinuität innerhalb der Behandlung und Begleitung beim Übergang in eine andere Einrichtung, Förderung des körperlichen Wohlbefindens (z. B. durch eine Schmerzmedikation oder eine gemütliche Raumgestaltung)
- menschliche Faktoren: Beziehung zum Personal und deren Haltung (z. B. Freundlichkeit), Kommunikation (z. B. ausreichend Zeit, Möglichkeiten Fragen zu stellen, Verständlichkeit), Patientenbeteiligung (z. B. an Entscheidungen) und Achtung der Privatsphäre, emotionale Unterstützung (durch das Klinikpersonal und durch andere Patienten)

Vergleichbar thematisieren die Patienten innerhalb einer Studie von Marshall et. al. (2012) den aktiven Einbezug des Patienten im Gegensatz zu einem passiven Empfänger, eine Aufmerksamkeit des Klinikpersonals für den individuellen Patienten sowie eine Bindung zwischen Patient und Klinikpersonal, die durch eine offene Kommunikation, Gleichberechtigung, Respekt und Wertschätzung gekennzeichnet ist. Schließlich benennen mehrere Patienten eine

Vertretung ihrer Interessen durch das Klinikpersonal als wichtigen Bestandteil einer ‚patient centred medicine‘.

In Bezug auf die ‚patient centred medicine‘ möchte ich kritisch fragen, inwieweit es sinnvoll ist, eine Gleichberechtigung von Arzt und Patient als Ideal anzustreben. Abweichend weisen beispielsweise Dörner (2001) oder Vogd (2011) darauf hin, dass die Interaktionen von Ärzten und Patienten durch eine Asymmetrie gekennzeichnet sind. Ergänzend sehe ich einen Forschungsbedarf in Bezug auf die Darstellungen von Mead & Bower (2000, 2002). Sie thematisieren Faktoren, die auf die Handlungen des Arztes beziehungsweise des Patienten und auf die Schlüsseldimensionen der ‚patient centred medicine‘ wirken. Inwiefern diese Faktoren die Handlungen und Interaktionen beeinflussen, bleibt innerhalb ihrer Darstellungen jedoch offen. Eine empirische Forschung erscheint mir zur Klärung notwendig.

3.2.2 Shared decision making

Innerhalb der Darstellungen zum ‚shared decision making‘ haben die Beiträge von Charles et. al. (1997; 1999) eine zentrale Stellung (Makoul & Clayman, 2006). Charles et. al. formulieren Minimalkriterien, die beim ‚shared decision making‘ erfüllt sein sollen. Zu diesen Kriterien gehört, dass zumindest der Arzt und der Patient beteiligt sind. Der Patient übernimmt die Verantwortung für seine Präferenzen, stellt Fragen und beurteilt Alternativen. Außerdem soll er dem Arzt seine Krankengeschichte, seinen Lebensstil und seinen sozialen Kontext sowie seine Ängste und sein Wissen über Behandlungsmöglichkeiten verdeutlichen. Gleichzeitig hat der Arzt eine Atmosphäre herzustellen, in der die Sicht des Patienten zentral ist. Die individuellen Präferenzen des Patienten müssen erkennbar sein, damit die diskutierten Optionen mit seinem Lebensstil und seinen Werten übereinstimmen.

Der Arzt muss die natürliche Geschichte der Krankheit, die Vorteile und Risiken von verschiedenen Alternativen, eine Beschreibung des Vorgehens bei der Behandlung, Ressourcen der Gemeinde und mögliche Informationsquellen so thematisieren, dass die ärztliche Meinung nicht die Perspektive des Patienten dominiert. Die Informationen sollen der Situation und dem Verständnis des Patienten angepasst werden. Beim ‚shared decision making‘ ist es schließlich wichtig, eine Übereinstimmung zu erzielen. Wenn im Anschluss an die gegenseitige Informie-

rung kein Konsens besteht, ist der Arzt aufgrund seines Wissens häufig in einer stärkeren Position. Deshalb ist es zentral, eine Atmosphäre der Gleichberechtigung herzustellen, in der Angst oder Befürchtungen überflüssig sind.

Diese Kriterien verstehen Charles et. al. nicht als Verhaltensanweisungen, sondern der Entscheidungsprozess muss flexibel strukturiert sein, um individuelle Unterschiede in den Präferenzen des Patienten beispielsweise auch über die Zeit berücksichtigen zu können.

Zaumseil (2000) unterscheidet in Anlehnung an Charles et. al. verschiedene Etappen eines Handlungszyklus im Prozess des ‚shared decision makings‘:

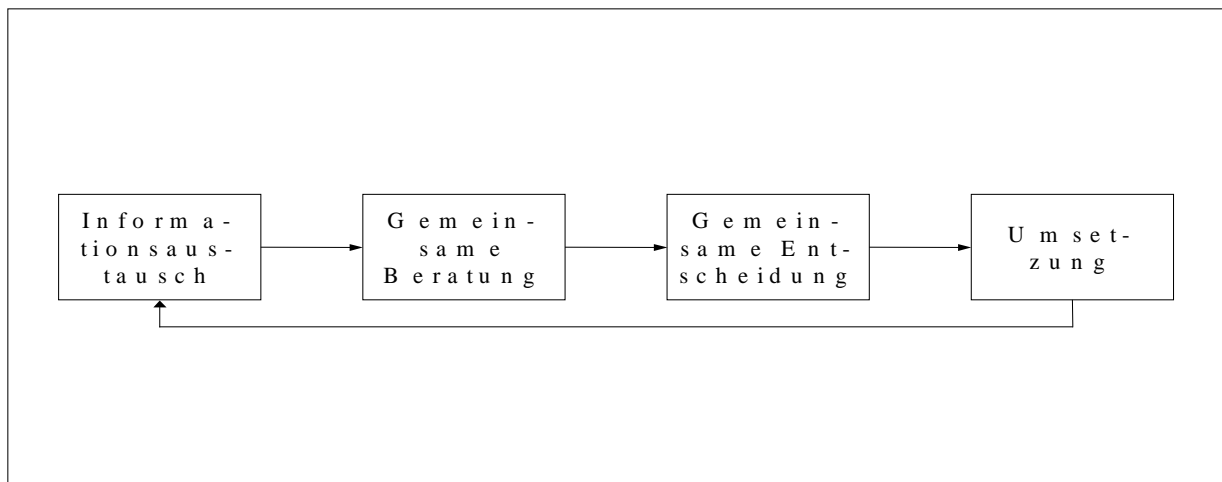


Abb. 1: Etappen eines Handlungszyklus des ‚shared decision makings‘ (in Anlehnung an: Zaumseil, 2000, S. 199)

Dem Informationsaustausch folgt eine gemeinsame Beratung, eine gemeinsame Entscheidung und deren Umsetzung. Im Anschluss tauschen der Arzt und der Patient erneut Informationen aus, um beispielsweise die Entscheidung korrigieren zu können. „Erst wenn dieser Zyklus vielfach durchlaufen ist, kann es zu einer allmählichen Veränderung der Haltungen und Umgangsweisen auf beiden Seiten kommen“ (Zaumseil, 2000, S. 204). Der Arzt soll eine Entscheidung des Patienten auch in dem Fall akzeptieren, dass er eigentlich eine andere Option bevorzugt. Eine gegenseitige Zustimmung beinhaltet, dass der Arzt und der Patient die Verantwortung teilen.

Als theoretische Grundlage des ‚shared decision makings‘ gelten ergänzend die Darstellungen von Elwyn et. al. (Caspari, 2007). Das empirische Prozessmodell von Elwyn et. al. (2001) besteht aus verschiedenen Stufen:

- **Problemdefinition:** Der Arzt beschreibt das Problem und versucht eine Übereinstimmung mit dem Patienten zu erzielen.
- **Herstellen eines Gleichgewichts (Equipose):** Der Arzt verdeutlicht, dass es keine festgelegte professionelle Sicht gibt. Stattdessen diskutiert er verschiedene Optionen im Detail.
- **Optionen und Informationen zu den Optionen (Risikokommunikation):** Der Arzt listet zwei oder mehrere Behandlungsoptionen auf und beschreibt sie detailliert.
- **Aktivieren des Patienten, Fragen und Sorgen zu formulieren:** Der Arzt gibt dem Patienten die Möglichkeit, seine Fragen und Sorgen in Bezug auf die einzelnen Optionen auszudrücken. Dabei sollen auch die Ängste des Patienten und Missverständnisse thematisiert werden.
- **Decision making:** Der Arzt weist darauf hin, dass es Zeit ist, eine Entscheidung zu treffen. Alternativ können der Arzt und der Patient übereinkommen, dass sie die Entscheidung verschieben.
- **Rückblick vereinbaren:** Der Arzt und der Patient verabreden, dass sie die Entscheidung zu einem späteren Zeitpunkt überprüfen.

Zahlreiche weitere Beiträge zum ‚shared decision making‘ werden von Makoul & Clayman (2006) zusammengefasst. Sie thematisieren aufbauend auf einer Literaturanalyse notwendige Elemente, Idealvorstellungen und allgemeine Eigenschaften des ‚shared decision makings‘:

- **notwendige Elemente:** Zuerst müssen der Arzt und der Patient das Problem definieren und / oder erklären. Sie sollen mögliche Optionen sowie deren Vor- und Nachteile auflisten. Dabei sind die Werte und Präferenzen des Patienten zu beachten. Anschließend folgt eine Diskussion der Fähigkeiten oder der Selbstwirksamkeit des Patienten sowie der ärztlichen Empfehlungen. Während dieses Prozesses überprüfen der Arzt und der Patient ihr subjektives Verständnis der Fakten. Schließlich treffen oder verschieben sie die Entscheidung, und sie verabreden sich in Bezug auf die Überprüfung des Ergebnisses.
- **Idealvorstellungen:** Für eine unvoreingenommene Informierung kann es hilfreich sein, dass der Arzt seine Prioritäten nicht thematisiert. Außerdem sind eine Definition der Rollen sowie der Verweis auf Evidenzen sinnvoll. Makoul & Clayman kennzeichnen schließlich ein gegenseitiges Einvernehmen als ein Ideal des ‚shared decision makings‘, das jedoch keine Notwendigkeit darstellt.

- allgemeine Eigenschaften: Die folgenden Stichworte verdeutlichen die allgemeinen Eigenschaften, mit denen ein ‚shared decision making‘ beschrieben werden kann: Beratungen / Verhandlungen, Flexibilität / individualisierter Ansatz, Informationsaustausch, Einbezug von mindestens zwei Personen, Mittelweg, gegenseitige Achtung, Partnerschaft, Aufklärung des Patienten, Partizipation des Patienten, Prozessorientierung / Stufenmodell

Ergänzend verweist Caspari (2007) darauf, dass für die Umsetzung eines ‚shared decision makings‘ im klinischen Alltag verschiedene Bedingungen von zentraler Bedeutung sind. „Dabei spielen neben den jeweiligen personenabhängigen Variablen von Arzt und Patientin folgende Kontextbedingungen eine Rolle:

- Erkrankungsdauer: chronisch / akut
- Erkrankungsart: lebensbedrohlich / nicht lebensbedrohlich
- Setting: stationär / ambulant
- Therapiemodus: standardisiert / individualisiert

Je nach Ausprägung der unterschiedlichen Kontextbedingungen gestaltet sich die Umsetzung des SDM - Modells in der Praxis einfacher oder schwieriger“ (Caspari, 2007, S. 232).

Vergleichbar thematisieren Müller – Engelmann et. al. (2011), dass unterschiedliche situatio-nale Faktoren die Anwendung eines ‚shared decision makings‘ beeinflussen. Wenn der Pa-tient nicht an der Entscheidung teilhaben möchte oder kann sowie in Notfällen, rücken pater-nalistische Interaktionen in den Vordergrund. Bei schweren und chronischen Krankheiten, bei präventiven Maßnahmen, bei Unsicherheit und fehlender Evidenz, in Bezug auf Nebenwir-kungen und wenn mehrere Behandlungsoptionen möglich sind, gewinnt stattdessen ein ‚shared decision making‘ an Bedeutung.

Um die Umsetzung eines ‚shared decision makings‘ im klinischen Alltag beurteilen zu kön-nen, wurden verschiedene Messinstrumente entwickelt (z. B. Elwyn et. al., 2003). Die For-schungsergebnisse weisen darauf hin, dass die theoretischen Grundlagen des ‚shared decision makings‘ den Ärzten weitestgehend bekannt sind (siehe z. B. Charles et. al., 2003). Trotzdem stellt der Ansatz eher ein Ideal dar, „that is far from reality in the everyday practice of doctors and experiences of patients“ (Edwards & Elwyn, 2009, p. 4).

Barrieren, die hinderlich für ein ‚shared decision making‘ sind, stellen unter anderem Gravel et. al. (2006) dar. Sie verweisen auf zeitliche Probleme, spezifische Patientenmerkmale und Hindernisse in Bezug auf die klinische Situation. Außerdem thematisieren sie, dass die Ärzte

zum Teil nicht bereit sind, die Patienten nach ihrer bevorzugten Rolle zu fragen und davon ausgehen, dass einzelne Patienten kein ‚shared decision making‘ möchten.

Zusammenfassend beinhalten die obigen Darstellungen, dass der Ansatz des ‚shared decision makings‘ in Bezug auf die Theorie enorm an Bedeutung gewonnen hat. Die klinische Praxis spiegelt diese Entwicklung jedoch (noch) nicht wieder. Um diese Diskrepanz reduzieren zu können, thematisieren Elwyn et. al. (2012) Möglichkeiten der praktischen Umsetzung eines ‚shared decision makings‘. Aus ihrer Sicht sind ein choice talk, ein option talk und ein decision talk zentral:

- choice talk: Der Arzt sagt dem Patienten, dass unterschiedliche angemessene Optionen verfügbar sind. Innerhalb dieses Gesprächs soll der Arzt:
 - zurücktreten: z. B.: ‚Da wir nun das Problem identifiziert haben, ist es Zeit darüber nachzudenken, was als nächstes sinnvoll ist.‘
 - Wahlmöglichkeiten anbieten: z. B.: ‚Es gibt gute Informationen darüber, wie sich die Optionen unterscheiden, und dies möchte ich mit Ihnen diskutieren.‘
 - Optionen vertreten: Der Arzt berücksichtigt die individuellen Präferenzen des Patienten (z. B.: ‚Die Optionen haben unterschiedliche Konsequenzen und einige werden für Sie mehr oder weniger Bedeutung haben als für andere Menschen.‘), und er thematisiert Unsicherheiten (z. B.: ‚Die Optionen sind nicht immer effektiv und auch die Nebenwirkungen variieren.‘).
 - Reaktionen des Patienten überprüfen: z. B.: ‚Wollen wir fortfahren?‘
 - Schluss des Gespräches verschieben: z. B.: ‚Bevor Sie entscheiden und ich Sie dabei unterstütze, lassen Sie mich die Optionen detaillierter darstellen.‘

- option talk: Der Arzt stellt dem Patienten detaillierte Informationen über die Optionen zur Verfügung. Dabei soll er:
 - Wissen des Patienten überprüfen: z. B.: ‚Was haben Sie bisher über verschiedene Behandlungsmöglichkeiten gehört oder gelesen?‘
 - Optionen auflisten: z. B.: ‚Bevor wir ins Detail gehen, lassen Sie mich die Optionen auflisten.‘
 - Optionen sowie deren Nutzen beziehungsweise deren Nebenwirkungen beschreiben: z. B.: ‚Diese Optionen werden unterschiedliche Auswirkungen für Sie beziehungsweise für andere Patienten haben, deshalb möchte ich sie beschreiben.‘

- Entscheidungsunterstützung anbieten: z. B.: ‚Es gibt Issues Cards und Decision Boards und Option Grids. Diese Methoden wurden entwickelt, damit Sie die Optionen detaillierter kennenlernen können.‘
- zusammenfassen: Der Arzt listet die Optionen nochmals auf und überprüft dabei das Verständnis des Patienten, indem er neue Formulierungen verwendet.
- decision talk: Der Arzt unterstützt den Patienten bei der Entscheidung für eine Option durch ein:
 - Fokussieren von Präferenzen: z. B.: ‚Was spielt aus Ihrer Sicht die wichtigste Rolle?‘
 - Benennen einer Präferenz: Falls dies dem Patienten noch nicht möglich ist, soll der Arzt dem Patienten mehr Zeit und eine weitere Beratung anbieten.
 - Hinführen zu einer Entscheidung: z. B.: ‚Sind Sie bereit für eine Entscheidung?‘
 - Anbieten eines Rückblicks: Durch einen Rückblick kann der Arzt die Entscheidung verfestigen.

Bisher spiegeln die normativen Forderungen, die einem ‚shared decision making‘ zugrunde liegen, den klinischen Alltag jedoch nicht wieder. Hier sehe ich einen Forschungsbedarf, die Diskrepanz anhand von empirischen Studien zu klären. Sinnvoll erscheint mir unter anderem die Forschungsfrage, inwieweit es möglich ist, eine Gleichberechtigung des Arztes und des Patienten herzustellen. Oder ist es angemessen, von einer Asymmetrie auszugehen? Fraglich ist aus meiner Perspektive außerdem, ob im Ansatz des ‚shared decision making‘ kognitive Aspekte zu stark betont werden, während weitere Aspekte, die handlungsleitend sein können, kaum Berücksichtigung finden. Schließlich weist Caspari (2007) darauf hin, dass im klinischen Alltag die Kontextbedingungen von zentraler Bedeutung sind. Es ist wichtig, den Einfluss des Kontexts empirisch zu konkretisieren.

3.2.3 Adherence

Adherence ist definiert als “the extent to which a person’s behaviour – taking medication, following a diet, and / or executing lifestyle changes, corresponds with agreed recommendations from a health care provider” (WHO, 2003, S. 3). Diese Definition beinhaltet eine Nähe zum Begriff Compliance, und gleichzeitig stellen Compliance und Adherence unterschiedliche Ansätze dar. Während die Bezeichnung Compliance auf eine paternalistische Interaktion verweist, ist der Ansatz der Adherence durch eine Partnerschaft von Arzt und Patient gekennzeichnet. Der Patient gestaltet den Behandlungsprozess aktiv mit, anstatt eine passive Rolle zu haben.

Verschiedene Studien zur Adherence fassen Fleischhacker et. al. (2011) in der Form zusammen, „dass etwa 40 – 50 % der Medikamente nicht so eingenommen oder verschrieben werden, dass die anvisierten Therapieziele erreicht werden. Über 10 % aller chronisch kranken Patienten unterlassen eine oder mehrere Medikamenteneinnahmen pro Tag, wobei ein Drittel der Patienten angibt, innerhalb des letzten Monats zumindest einmal ihre Medikation nicht eingenommen zu haben. Gemäß Schätzungen beträgt die Rate der Therapieabbrüche bei chronisch Kranken innerhalb des ersten Jahres 50 %; bei Patienten mit psychischen Erkrankungen liegt dieser Anteil bei 30 – 80 %“ (Fleischhacker et. al., 2011, S. 98).

Eine Non – Adherence ist somit keine Ausnahme, sondern ein verbreitetes Phänomen, obwohl sie zu einem körperlichen Leid oder dem Tod beitragen kann (Bosworth et. al., 2006). Zu den Folgen einer Non – Adherence zählen außerdem eine Abnahme der Lebensqualität, Frustrationen, Ärger und Hoffnungslosigkeit sowie eine Erhöhung der Gesundheitsausgaben. Stattdessen steht eine Steigerung der Adherence in einem Zusammenhang mit einer Verbesserung des Behandlungsergebnisses, einer Reduzierung der Gesundheitskosten und einer Erhöhung der Patientensicherheit (WHO, 2003).

Einen Einfluss auf das Ausmaß an Adherence haben nach der WHO (2003) fünf interagierende Dimensionen. Dies sind:

- soziale und ökonomische Faktoren: Zum Beispiel haben ein schlechter sozioökonomischer Status, Armut, Analphabetismus, ein niedriges Bildungsniveau, Arbeitslosigkeit, ein Mangel an wirksamen sozialen Unterstützungsnetzwerken, instabile Lebensbedingungen, Kosten für Medikamente und zahlreiche weitere Faktoren einen signifikanten Einfluss auf die Adherence.

- **Behandlungsteam und systembezogene Faktoren:** Die Forschungsergebnisse sind bisher gering. Sie weisen jedoch darauf hin, dass beispielsweise eine gute Beziehung des Patienten zum Behandlungsteam die Adherence steigert. Gleichzeitig können unter anderem überarbeitete Mitarbeiter oder geringe Systemressourcen in Bezug auf die Aufklärung des Patienten einen negativen Einfluss haben.
- **zustandsbezogene Faktoren:** Zu diesen Faktoren gehören vor allem krankheitsbedingte Aspekte. Beispiele sind die Schwere der Erkrankung oder der Grad der körperlichen, psychischen, sozialen und beruflichen Behinderung. Zentral ist die Frage, inwieweit diese Faktoren die Wahrnehmung des Patienten beeinflussen.
- **therapiebezogene Faktoren:** Hierzu zählen beispielsweise die Komplexität der medizinischen Therapie, die Behandlungsdauer, frühere (negative) Therapieverläufe, häufige Änderungen in der Behandlung, die Unmittelbarkeit der positiven Wirkungen und Nebenwirkungen.
- **patientenbezogene Faktoren:** In Bezug auf den Patienten sind seine Ressourcen, sein Wissen, Einstellungen, Überzeugungen, seine Wahrnehmungen und seine Erwartungen zu beachten.

Innerhalb dieser Auflistung stellen die patientenbezogenen Faktoren eine Dimension von fünf dar. Eine Non – Adherence kann somit nicht ausschließlich auf die Handlung des Patienten zurückgeführt werden, sondern gleichzeitig müssen die weiteren Dimensionen und ihr Zusammenwirken Beachtung finden.

Verschiedene Möglichkeiten zur Steigerung der Adherence untersuchen Lin et. al. (1995). Am Beispiel der Medikamenteneinnahme bei einer depressiven Erkrankung zeigen sie, dass die Adherence zunimmt, wenn der Patient mehr Informationen über die Pharmakotherapie erhält und wenn der Arzt die empfohlenen Verhaltensstrategien mit dem Patienten diskutiert. Gleichzeitig ist die Adherence geringer, sofern die Nebenwirkungen stärker werden.

Auch Seehausen & Hänel (2011) gehen darauf ein, wie eine Adherence gefördert werden kann. Nach ihren Darstellungen ist es sinnvoll, das Selbstvertrauen des Patienten zu stärken, einen konkreten Handlungsplan aufzustellen, ein Prozessverständnis zugrunde zu legen und die persönlichen Überzeugungen des Patienten zu berücksichtigen.

Außerdem thematisieren Zolnierek & di Matteo (2009) aufbauend auf einem Review der Literatur, dass die Kommunikationsanteile des Arztes einen Einfluss auf die Adherence haben und dass ein Kommunikationstraining zu einer signifikanten Erhöhung der Adherence beitragen

kann. „Physician skill at communicating in the medical visit may be a central factor in achieving patient adherence because it improves the transmission and retrieval of important clinical and psychosocial information, facilitates patient involvement in decision making, allows open discussion of benefits, risks, and barriers to adherence, builds rapport and trust and offers patients verbal and nonverbal support and encouragement“ (Zolnierek & di Matteo, 2009, p. 830).

Simon et. al. (2013) untersuchen schließlich die zeitliche Konstanz der Adherence. Am Beispiel von Patienten mit einer depressiven Erkrankung beinhaltet ihre Studie, dass das Ausmaß an Adherence während einer Psychotherapie oder während einer Pharmakotherapie, die bis zu drei Jahre zurückliegt, einen signifikanten Prädiktor für die aktuelle Adherence darstellt. Ferner sprechen Simon et. al. davon, dass das Ausmaß an Adherence während der Psychotherapie als Prädiktor für die Pharmakotherapie dient. Auch umgekehrt kann mit der Adherence bezüglich der Pharmakotherapie die Adherence für die Psychotherapie vorhergesagt werden.

Die normativen Erwartungen in Bezug auf eine Adherence des Patienten werden im klinischen Alltag nicht erfüllt, sondern eine Non – Adherence stellt ein verbreitetes Phänomen dar. Diese Diskrepanz gilt es empirisch zu untersuchen. Die WHO (2003) weist darauf hin, dass zahlreiche Aspekte einen Einfluss auf die Adherence haben. Offen ist jedoch, in welcher Form sie die Interaktionen des Arztes und des Patienten beeinflussen und welche Konsequenzen folgen müssen. Außerdem führt die Diskrepanz zu der Frage, inwieweit eine Partnerschaft von Arzt und Patient im klinischen Alltag möglich ist und inwieweit es ein angemessenes Normkonzept darstellt, um ihre Interaktionen zu erfassen. Obwohl der Ansatz der Adherence aus dem Ansatz der Compliance hervorgeht, bleibt unklar, wie Aspekte der Patientenselbst- und –fremdbestimmung im klinischen Alltag gehandhabt werden können.

3.2.4 Patient als Partner und partizipative Entscheidungsfindung

In der Regel wird der Begriff ‚partizipative Entscheidungsfindung‘ mit der englischen Bezeichnung ‚shared decision making‘ gleichgesetzt¹³. Um jedoch die Entwicklungen in Deutschland fokussieren zu können, gehe ich im folgenden gesondert auf den Ansatz der ‚partizipativen Entscheidungsfindung‘ ein, der aus dem Modellprojekt ‚Der Patient als Partner‘¹⁴ hervorging.

Das Bundesministerium für Gesundheit und soziale Sicherung startete im Jahr 2000 eine Ausschreibung für ein Modellprojekt unter dem Titel ‚Der Patient als Partner im medizinischen Entscheidungsprozess - Shared Decision Making‘. Das Modellprojekt ist eine Reaktion auf die Veränderungen der Rollen von Arzt und Patient, auf Veränderungen durch die Forderung nach einer evidenzbasierten Medizin und auf die umfassende Forschung zum ‚shared decision making‘ im angloamerikanischen Bereich (Caspari, 2007).

Von insgesamt 150 Projektanträgen, deren Anzahl die Zentralität des Themas in Deutschland verdeutlicht, wurden zehn Projekte ausgewählt, „die über unterschiedliche Orte in der Bundesrepublik verteilt waren und chronische sowie epidemiologisch relevante Patientengruppen einschlossen. Die Zusammenarbeit zwischen Forschung und Selbsthilfeorganisationen wurde von Anfang an gefordert und gefördert. Die Perspektive der Nutzerseite (Patientenorientierung) wurde ausdrücklich formuliert, und bei den jeweiligen Treffen der Forschungsprojekte wurden Patientenvertreter zu der jeweiligen Erkrankung eingeladen“ (Caspari, 2007, S. 11 + 12).

Im Vordergrund standen zwei Ziele. Das Bedürfnis der Patienten nach Partizipation sollte untersucht werden, und in Anlehnung an den Ansatz des ‚shared decision makings‘ sollten Interventionen durchgeführt, evaluiert und in der Praxis implementiert werden. Außerdem war die Frage zentral, wie eine ‚partizipative Entscheidungsfindung‘ definiert und in Form von Prozessschritten operationalisiert werden kann.

Die entsprechende Definition der ‚partizipativen Entscheidungsfindung‘, die im Rahmen des Modellprojekts ‚Der Patient als Partner‘ entwickelt wurde, lautet:

¹³ Zum Beispiel schreiben Härter et. al. (2011) in ihrem Artikel: „Shared Decision Making = Partizipative Entscheidungsfindung – PEF“ (Härter et. al., 2011, S. 266).

¹⁴ siehe unter anderem <http://www.patient-als-partner.de/index.php>, letzter Zugriff am 16.03.2015.

„Partizipative Entscheidungsfindung (PEF) ist ein Interaktionsprozess mit dem Ziel, unter gleichberechtigter aktiver Beteiligung von Patient und Arzt auf Basis geteilter Information zu einer gemeinsam verantworteten Übereinkunft zu kommen.

Kernelemente von partizipativer Entscheidungsfindung sind:

- Mindestens zwei Teilnehmer (Patient und i.d.R. Arzt) sind beteiligt.
- Informationsaustausch findet in beide Richtungen statt.
- Beide sind sich bewusst, dass und welche Wahlmöglichkeiten bezüglich der medizinischen Entscheidung bestehen.
- Beide Partner bringen ihre Entscheidungskriterien aktiv und gleichberechtigt in den Abwägungs- und Entscheidungsprozess ein.
- Beide Partner übernehmen für die Entscheidung Verantwortung“ (Caspari, 2007, S. 26).

Ergänzend thematisiert Caspari „Prozessschritte der partizipativen Entscheidungsfindung:

1. Mitteilung, dass eine Entscheidung ansteht
2. Angebot der partizipativen Entscheidungsfindung / Rollen klären und Gleichberechtigung der Partner formulieren („Equality“)
3. Aussage über Vorliegen verschiedener Wahlmöglichkeiten – ‚Equipoise‘
4. Information über Optionen (mindestens EBM - Alternativen, Vor- und Nachteile), eventuell mit Decision Aids
5. Rückmeldung über Verständnis der Optionen und Erfragen weiterer Optionen aus Sicht des Patienten
6. Präferenzen ermitteln (First Choice), Arzt und Patient
7. Aushandeln
8. Gemeinsame (partizipative) Entscheidung
9. Vertrag / Selbstverpflichtung (Plan zur Umsetzung der Entscheidung)“ (Caspari, 2007, S. 26).

Caspari verweist auf Ähnlichkeiten zwischen dieser Definition und den Beiträgen von Elwyn et. al.. Gleichzeitig sieht sie einen Unterschied darin, dass innerhalb des Modellprojekts ‚Der Patient als Partner‘ eine Problembeschreibung in den Hintergrund rückt und der Aushandlungsprozess über die Rollen der Beteiligten an Bedeutung gewinnt.

Eine ‚partizipative Entscheidungsfindung‘ ist nach Loh et. al. (2006) sinnvoll, wenn mehrere Behandlungsmöglichkeiten vorhanden sind, der Patient beteiligt werden möchte und wenn der

Arzt und der Patient über die entsprechenden kommunikativen Kompetenzen verfügen. Für die Behandlungsmöglichkeiten sollte nach Buchholz et. al. (2011) eine Evidenz nachweisbar sein. Außerdem sprechen Buchholz et. al. davon, dass sowohl der Arzt als auch der Patient die Rolle eines Experten haben. Der Arzt ist ein medizinischer Experte, der neben dem wissenschaftlichen Hintergrund seine beruflichen Erfahrungen berücksichtigt. Und der Patient bringt eine Expertise in Bezug auf seine Lebensbedingungen und –gewohnheiten, seine Bedürfnisse, seine Ziele und seine Motivation zum Erreichen der Ziele ein.

Die Ergebnisse der Studien, die im Rahmen des Modellprojekts ‚Der Patient als Partner‘ durchgeführt wurden, fasst Merten (2005) zusammen: „Zwischen 80 und 90 Prozent der Patienten möchten ausführlich über ihre Behandlung informiert werden, auch über Risiken, Nebenwirkungen oder schlechte Prognosen. Den Forscherteams zufolge besaßen die Patienten, die in die Modellprojekte einbezogen wurden, jedoch nicht nur ein großes Bedürfnis nach Information, sondern auch nach Mitentscheidung: Über 70 Prozent möchten entweder alleine oder mit dem Arzt entscheiden, zudem waren diejenigen Patienten, die an Entscheidungen beteiligt worden waren, weitaus zufriedener. Patienten an ärztlichen Entscheidungen zu beteiligen, auch das ergaben die Modellprojekte, stellte sich für die Ärzte als weniger belastend heraus als zunächst angenommen“ (Merten, 2005, S. 254).

Hamann et. al. (2006) sprechen außerdem davon, dass eine ‚partizipative Entscheidungsfindung‘ insbesondere für Patienten mit einer psychischen oder neurologischen Erkrankung geeignet ist. Als Gründe thematisieren sie, dass

- „es sich häufig um chronische bzw. wiederkehrende Erkrankungen handelt, bei denen eine Einbeziehung beider Parteien (Ärzte und Patienten) in therapeutische Entscheidungen dazu beitragen könnte, gute Langzeitergebnisse zu erzielen,
- für die meisten neuropsychiatrischen Erkrankungen mehrere verschiedene Behandlungsalternativen existieren, die sich teilweise deutlich in ihren Nebenwirkungen unterscheiden,
- Mitbestimmung bei psychiatrischen Therapien von vielen Patienten dringend gefordert wird,
- psychisch Kranke meistens zu Unrecht als ‚entscheidungsunfähig‘ angesehen werden und somit eine wissenschaftlich nachgewiesene Partizipationsfähigkeit auch zur Entstigmatisierung dieser Patientengruppe beitragen könnte“ (Hamann et. al., 2006, S. 1074).

Diese Annahme, dass der Ansatz einer ‚partizipativen Entscheidungsfindung‘ im Bereich der Neurologie und Psychiatrie gut umsetzbar ist, bestätigen verschiedene Studien, die innerhalb des Modellprojekts ‚Der Patient als Partner‘ erfolgten.

In Bezug auf die Anwendung einer ‚partizipativen Entscheidungsfindung‘ im klinischen Alltag fordern Bergelt & Härter (2010) Ausbildungsinhalte für Studierende und Fortbildungsprogramme für Ärzte, die einer Schulung von Gesprächs- und Handlungskompetenzen dienen. Auch die Patienten sollten innerhalb von Patiententrainings auf ihre veränderte Rolle vorbereitet werden, und ergänzend erscheinen ihnen Patienteninformationen sowie Entscheidungshilfen sinnvoll.

Die ersten Forschungsergebnisse über entsprechende Ärztefortbildungen deuten auf einen positiven Effekt hin. Beispielsweise sprechen Dirmaier & Härter (2011) davon, dass im Anschluss an eine Ärztefortbildung zur ‚partizipativen Entscheidungsfindung‘ die Beteiligung der Patienten an Entscheidungen und ihre Zufriedenheit mit der Behandlung erhöht ist. Auch die Ärzte äußern eine Zufriedenheit und Entlastung. Verbessert werden außerdem der Umgang mit dem Anliegen des Patienten sowie die Qualität der Diagnostik.

Schließlich greifen unter anderem Simon et. al. (2008) die Frage auf, mit welchen Messmethoden eine ‚partizipative Entscheidungsfindung‘ evaluiert werden kann. Sie thematisieren, dass bisher keine allgemeingültigen Messmethoden vorliegen. Aufbauend auf dem ‚Ottawa Decision Support Framework‘ stehen dem Forscher jedoch Instrumente für einzelne Entscheidungsdeterminanten zur Verfügung, die auch zur Messung der ‚partizipativen Entscheidungsfindung‘ geeignet erscheinen. Dies sind Instrumente zur Erfassung der Determinanten einer Entscheidung, Instrumente zur Evaluation der Unterstützung einer Entscheidung sowie Instrumente zur Bewertung von Entscheidungsfindung und Ergebnissen der Entscheidung. Simon et. al. verweisen auch auf den ‚Fragebogen zur partizipativen Entscheidungsfindung‘¹⁵, der innerhalb des Förderschwerpunkts ‚Der Patient als Partner‘ entwickelt wurde (Kriston et. al., 2010; Scholl et. al., 2011).

Der Ansatz der partizipativen Entscheidungsfindung geht auf empirische Daten zurück. Interventionen, die eine Partizipation des Patienten ermöglichen, sollten in der Praxis implementiert und evaluiert werden. Dabei wurde Wert darauf gelegt, die Perspektive der Patienten zu berücksichtigen. Das Ergebnis sind normative Forderungen, wie der Arzt und der Patient Ent-

¹⁵ Für diesen Fragebogen wird die Abkürzung PEF – FB verwendet.

scheidungen treffen sollten. Weitere Aspekte, die für die Interaktionen des Arztes und des Patienten bedeutsam sein können, finden kaum Beachtung. Eine Patientenselbstbestimmung steht einseitig im Vordergrund und Aspekte einer Patientenfremdbestimmung sind ausgeklammert. Offen bleibt, inwieweit die Forderung nach einer Gleichberechtigung von Arzt und Patient in Bezug auf den klinischen Alltag angemessen ist. Außerdem findet der Kontext ihrer Interaktionen keine Beachtung.

3.2.5 Empowerment

Der Ansatz Empowerment hat seinen Ursprung nicht in den Gesundheitswissenschaften, sondern als Wurzel verweisen Knuf & Osterfeld (2007) auf die Emanzipationsbemühungen der Frauen und die Befreiungsbewegung der afrikanischstämmigen Bevölkerung in den USA. Im Zusammenhang mit einer antipsychiatrischen Orientierung fand ein Empowerment auch Eingang in den Bereich der Psychiatrie (Lauber & Rössler, 2004). Unterdessen stellt Empowerment innerhalb der psychiatrischen Literatur - als Teil der Gesundheitswissenschaften - einen häufig zitierten Ansatz dar, so dass ich ihn unter der Überschrift gesundheitswissenschaftliche Ansätze thematisiere.

Rappaport (1981) war als Vertreter der Gemeindepsychologie einer der ersten Autoren, der den Ansatz des Empowerments innerhalb der Gesundheitswissenschaften verwendete. Das Ziel eines Empowerments besteht nach Rappaport darin, „to enhance the possibilities for people to control their own lives“ (Rappaport, 1981, S. 15). Dazu sollen die Settings identifiziert werden, in denen das jeweilige Problem durch verschiedene Individuen erfolgreich gelöst wird. Aufbauend auf einer Analyse dieser Settings können auch die Menschen Unterstützung erhalten, die bisher nicht über entsprechende Lösungsansätze verfügen. Dabei gibt es nicht eine richtige Lösung, sondern wichtig ist die Suche nach individuellen Lösungen.

Seitdem folgten zahlreiche Beiträge zum Empowerment. Häufig wird auf die Darstellungen von Zimmermann (1995, 2000) verwiesen. Nach Zimmermann ist Empowerment keine umfassende Theorie mit spezifischen Regeln oder Definitionen, sondern er kennzeichnet Empowerment als ein offenes und dynamisches Konstrukt. „(A) process is empowering if it helps

people develop skills so they can become independent problem – solvers and decision – makers” (Zimmermann, 2000, S. 46). Dieser Prozess kann Unterschiede zwischen verschiedenen Individuen und Kontexten sowie über die Zeit beinhalten. Außerdem thematisiert Zimmermann intrapersonelle, interaktionale und Verhaltenskomponenten des Empowerments, und er weist darauf hin, dass die individuelle Ebene, die Ebene der Organisation sowie die Ebene der Gemeinde zu beachten sind.

Innerhalb der deutschsprachigen Literatur werden wiederholt die Darstellungen von Stark (1998), Keupp (2009) oder Knuf (2007) zitiert. Nach Stark (1998) ist das „Ziel von Empowerment (...) die Förderung der Fähigkeit der Menschen, ihr Leben selbst zu gestalten. Professionelle HelferInnen sollen dabei durch ihre Arbeit dazu beitragen, die Bedingungen zu schaffen, die eine ‚Bemächtigung‘ der Betroffenen fördern, und es ihnen ermöglichen, ein eigenverantwortliches und selbstbestimmtes Leben zu führen“ (Stark, 1998, S. 179 / 180).

Ergänzend thematisiert Keupp (2009) Empowerment als ein Netz von Ideen, das dem Arzt als Orientierung für sein psychosoziales Handeln dient. Der Patient kann seine Stärken weiterentwickeln, und der Arzt fördert die Möglichkeiten, mit denen der Patient Kontrolle über das eigene Leben gewinnt. Hilfreich ist eine Ressourcen- und Kompetenzperspektive, die Keupp von einer Defizit- und Krankheitsorientierung abgrenzt. Der Arzt bietet nicht als Experte Lösungen an, sondern im Mittelpunkt steht die Selbstorganisation des Patienten. Innerhalb dieses Empowermentprozesses sind die individuelle Ebene des Patienten, die Gruppenebene¹⁶ und die strukturelle Ebene¹⁷ zu berücksichtigen.

Schließlich ist ein Empowerment nach Knuf (2007b) dadurch gekennzeichnet, dass der Patient keine Hilflosigkeit erlebt, sondern die Erfahrung macht, mit seinen Handlungen die Ereignisse beeinflussen zu können. Eine Erweiterung des Handlungsspielraums des Patienten ist wichtig, um eine Selbstwirksamkeit zu verdeutlichen und um die negativen Folgen von traumatischen Erfahrungen zu mindern. Ergänzend verweist Knuf auf das Konzept der Salutogenese von Antonovsky und fordert, dass der Arzt das Kohärenzgefühl des Patienten stärkt. Um entsprechend ein Empowerment fördern zu können, bedarf es einer veränderten ärztlichen Haltung. Der Arzt soll Vertrauen in die Fähigkeiten jedes individuellen Patienten haben und keine urteilende Grundhaltung einnehmen, sondern auch unkonventionelle Lebensentwürfe des Patienten unterstützen.

¹⁶ zum Beispiel in Form von Selbsthilfeinitiativen

¹⁷ zum Beispiel als politische Veränderungen

Ergänzend zu diesen theoretischen Überlegungen sind empirische Beiträge zu beachten. Zum Beispiel thematisieren Kliche & Kröger (2008) aufbauend auf einem Review der Literatur acht Dimensionen, die in dem Ansatz Empowerment enthalten sind und in Bezug auf das Mikro-, Makro- und Mesosystem erhoben werden können:

- Beteiligung an Entscheidungen: dies betrifft die therapeutische, die organisationale, die gesellschaftliche und die politische Ebene
- Selbstwirksamkeitserwartung: dabei werden individuelle, kollektive und politische Aspekte berücksichtigt
- soziale Unterstützung und soziales Kapital: Beispiele sind eine erlebte Hilfe und Ermutigung durch das Nahfeld, Identifikation mit einer Gruppe / Organisation, Bindungsdichte und -stärke, Vertrauen in Bezugsgruppen, ...
- Kompetenzen: Kliche & Kröger sprechen von kulturellen Techniken (Informationsweitergabe und -beschaffung), sozialen Fertigkeiten (Bündnisse bilden, Zielgruppen überzeugen), Wissen und Fähigkeiten zur gesundheitsgerechten Alltagsgestaltung sowie von einer Selbstbildung oder einem selbstgesteuerten Lernen
- Inanspruchnahmeverhalten: zentral ist hier, inwieweit eine Person die bestmögliche Versorgung findet und nutzt
- Zielsetzung und -verfolgung: dies betrifft vor allem die Frage, ob Ziele bestimmt und aufrechterhalten sowie als Handlungsplanung umgesetzt werden
- Reflexionsvermögen: in Bezug auf das Leben und Verhalten sowie auf seine Determinanten
- Innovation: Empowerment wird schließlich als Veränderungsmotivation unter Unklarheit oder als Offenheit gegenüber dem eigenen Verhalten und Umfeld thematisiert

Die Studie von Kliche & Kröger verdeutlicht außerdem, dass der Ansatz Empowerment auf drei unterschiedlichen Grundauffassungen beruht. Dies sind eine klinische Orientierung, die Fokussierung organisationaler und professioneller Aspekte sowie eine politische Orientierung.

In Bezug auf den Arzt beinhaltet ein Empowerment, dass er Settings kreiert, in denen Prozesse angestoßen und selbständig fortgeführt werden können (Perkins & Zimmermann, 1995). Er soll die Kompetenzen des Patienten fokussieren und mit weiteren Ressourcen verknüpfen. Ärzte „können Empowerment unterstützen, begleiten, fördern, aber sie können es nicht „ma-

chen’“ (Knuf, 2007a, S. 29). Das Vorgehen des Arztes unterscheidet sich von einer traditionellen Beratung, Betreuung, Therapie und Anleitung. Stattdessen müssen aufbauend auf dialogischen und trialogischen Prozessen die Erfahrungen des Patienten und seiner Angehörigen Beachtung finden (Keupp, 1998).

Den individuellen Lösungsweg eines Patienten soll der Arzt auch dann berücksichtigen, wenn er seiner Meinung nach nicht zum erwünschten Ergebnis führt. Die Aufgabe des Arztes besteht darin, Hindernisse in Bezug auf eine Patientenselbstbestimmung zu identifizieren und zu beseitigen (Knuf, 2007b). Diesbezüglich unterscheidet Knuf (2003) drei Bereiche:

- „Steine aus dem Weg räumen: Empowerment nicht behindern; zum Beispiel:
 - erlernte Hilflosigkeit und Traumatisierungen vermeiden
 - behindernde Medikation vermeiden
 - zu viel professionelle Aktivität und Verantwortungsübernahme vermeiden.
- Ermutigung zur Selbsthilfe und Selbstbestimmung; zum Beispiel:
 - Selbstsicherheits- und Selbstwirksamkeitsgefühl fördern
 - Absprachen und Selbstbestimmung für die akute Krisenbehandlung ermöglichen
 - selbsthilfeorientierte Krisenvorsorge fördern.
- Gemeinschaftliches und politisches Empowerment fördern; zum Beispiel:
 - Ressourcen wie Geld, Wissen, Räumlichkeiten und so weiter für Selbsthilfeaktivitäten anbieten
 - Bereitschaft, ‚Macht‘ zu teilen, zum Beispiel in Gremien oder auf institutioneller Ebene
 - Partizipation von Betroffenen in Bereichen wie Forschung und Öffentlichkeitsarbeit
 - Beteiligung von Betroffenen an Behandlungsangeboten (Peer Specialists), nutzerrinitiierte und nutzerkontrollierte Einrichtungen wie etwa Weglaufhäuser“ (Knuf, 2003, S. 18).

Die Sicht der Patienten thematisiert unter anderem Chamberlin (2007). Aufbauend auf einer Diskussion zwischen ehemaligen Patienten einer Psychiatrie versteht sie Empowerment als einen komplexen und multidimensionalen Prozess. Dieser beinhaltet:

- „die Entwicklung der Fähigkeit, eigene Entscheidungen zu treffen;
- über den Zugang zu Informationen und Ressourcen zu verfügen;

- über Handlungsalternativen zu verfügen, unter denen man wählen kann (nicht nur ja / nein, entweder / oder);
- Durchsetzungsfähigkeit;
- das Gefühl zu haben, als Individuum etwas bewegen zu können (Hoffnung zu haben);
- kritisch denken zu lernen, also Konditionierungen zu durchschauen und abzulegen sowie einen neuen Blick auf die Dinge einzuüben:
 - zu lernen, neu zu definieren, wer wir sind (mit eigener Stimme zu sprechen);
 - zu lernen, neu zu definieren, was wir zu tun vermögen;
 - zu lernen, unser Verhältnis zu institutioneller Macht neu zu definieren;
- Wut zu erkennen und äußern zu lernen;
- sich nicht allein zu fühlen, sondern als Teil einer Gruppe zu begreifen;
- zu der Einsicht zu gelangen, dass jeder Mensch Rechte hat;
- Veränderungen im eigenen Leben und im Umfeld zu bewirken;
- neue Fähigkeiten zu erlernen (etwa die Fähigkeit zur Kommunikation), die der Betroffene für wichtig hält;
- die Wahrnehmung anderer bezüglich der eigenen Handlungskompetenz und -fähigkeit zu korrigieren;
- sich zu outen;
- ein niemals abgeschlossener, selbst gesteuerter Prozess inneren Wachstums und innerer Entwicklung;
- sich ein positives Selbstbild zu erarbeiten und die Stigmatisierung zu überwinden“ (Chamberlin, 2007, S. 21 + 22).

Auch Rogers et. al. (1997) gehen auf verschiedene Aspekte ein, die einem Empowerment aus der Perspektive der Patienten zugrunde liegen. Sie verweisen auf die Faktoren Selbstachtung und Selbstwirksamkeit, Macht und Ohnmacht, Aktivitäten in der Gemeinschaft und Autonomie, Optimismus und Kontrolle über die Zukunft sowie auf einen gerechtfertigten Zorn. Der Faktor gerechtfertigter Zorn beinhaltet insbesondere, dass ein berechtigter Ärger oft der erste Schritt für eine Veränderung ist.

Ergänzend sprechen Corrigan et. al. (1999) davon, dass diese Faktoren als Orientierung nach innen und nach außen zusammengefasst werden können. Eine Orientierung nach innen steht in einem signifikanten Zusammenhang mit einer Selbstwirksamkeit, einer positiven Selbst-

achtung, einem Optimismus bezüglich der Zukunft sowie mit den Variablen Lebensqualität, soziale Unterstützung, Selbstachtung und Symptomatik. Der Faktor Orientierung nach außen beinhaltet ein Interesse an Aktivitäten in der Gemeinschaft, die Abwesenheit eines Ohnmachtgefühls in der Gemeinde und ein Vertrauen in wirksame Veränderungen. Es bestehen signifikante Korrelationen mit einer Selbstachtung, den verfügbaren Ressourcen, einer verbalen Intelligenz und der ethnischen Zugehörigkeit.

Fraglich ist aus meiner Sicht, inwieweit die normativen Forderungen innerhalb des Ansatzes Empowerment in Bezug auf den klinischen Alltag realistisch sind. Dies betrifft insbesondere die Rolle des Patienten. Entgegen der normativen Forderungen steht im klinischen Alltag häufig eine Asymmetrie zwischen dem Arzt und dem Patienten im Vordergrund (Dörner, 2001; Vogd, 2011). Außerdem sind im Ansatz des Empowerment Aspekte der Patientenfremdbestimmung ausgeklammert, so dass beispielsweise der Diskurs über eine Fürsorge des Arztes oder Fragen nach der Handhabung von Aspekten der Patientenselbst- und –fremdbestimmung unberücksichtigt bleiben. Der Ansatz des Empowerment scheint ein Idealbild zu beschreiben und der Bezug zum klinischen Alltag ist eher gering. Stattdessen kann es hilfreich sein, die klinische Praxis zu beforschen.

3.2.6 Übergeordnete Betrachtung der gesundheitswissenschaftlichen Ansätze

Im folgenden gehe ich auf positive und kritische Äußerungen über die dargestellten Ansätze ein. Die Beiträge zu den verschiedenen Ansätzen ähneln sich, so dass ich sie übergeordnet und nicht einzeln berücksichtige. Abschließend thematisiere ich die Konsequenzen in Bezug auf meine Studie.

Positive Aspekte der gesundheitswissenschaftlichen Ansätze, die ich oben einführe, benennen zahlreiche Autoren. Beispielsweise spricht Koelbing (2013) aufbauend auf einem Review der Literatur zum ‚shared decision making‘ von einem größeren Wissen der Patienten über die Behandlungsoptionen, realistischeren Erwartungen bezüglich des Verlaufs, einer besseren Umsetzung der Behandlungen durch die Patienten, einer höheren Patientenzufriedenheit und von einer Abnahme der Entscheidungskonflikte.

Vergleichbar gehen Loh et. al. (2007) auf eine Erweiterung des Wissens, veränderte Erwartungen gegenüber dem Behandlungsverlauf, eine aktivere Beteiligung der Patienten am Behandlungsprozess, eine Minderung an Entscheidungskonflikten, eine Abnahme der Unentschlossenheit der Patienten sowie auf eine Verbesserung der Kommunikation und der Risikowahrnehmung der Patienten ein.

Mit einer ‚partizipativen Entscheidungsfindung‘ können außerdem „patientenrelevante Zielindikatoren, wie die Erhöhung der Entscheidungszufriedenheit, die Verringerung des Entscheidungskonfliktes, die Akzeptanz der Diagnose, der Zuwachs an Wissen, die Adhärenz und die Zufriedenheit der Studienteilnehmer (...) verbessert werden“ (Scheibler, 2005, S.798).

In Bezug auf die positiven Effekte eines Empowerments thematisiert Corrigan (2002), dass die Patienten eher medikamentöse und psychotherapeutische Angebote sowie Einrichtungen der Rehabilitation nutzen. Ergänzend sind aufgrund einer Reduzierung der Selbststigmatisierung und der Stigmatisierung durch andere positive Veränderungen bezüglich der Selbstwirksamkeit, des Arbeitslebens und einer unabhängigen Lebensgestaltung zu erwarten.

Ähnlich zählen Lauber & Rössler (2004) ein Ausbau an sozialen Kontakten, eine Erhöhung der Lebensqualität, eine Erweiterung des Selbstbewusstseins, eine vertrauensvollere Beziehung zu den Ärzten, eine Symptomreduktion, eine veränderte Nutzung von psychiatrischen Institutionen und eine Entstigmatisierung zu den Wirkungen eines Empowerments. Sie thematisieren auch einen Wandel innerhalb der Einstellungen der Ärzte und weiterer Berufsgruppen sowie einen Wandel innerhalb der psychiatrischen Institutionen.

Loh et. al. (2007) ergänzen, dass aufbauend auf einem ‚shared decision making‘ die Zufriedenheit der Ärzte mit dem Patientenkontakt zunimmt. Sie erfassen mehr Informationen der Patienten, und sie thematisieren zusätzliche Behandlungsoptionen.

In den oben zitierten und zahlreichen weiteren Beiträgen wird in der Regel darauf hingewiesen, dass eine Steigerung der Patientenselbstbestimmung zu einer Erhöhung der Adherence führt (Schrauth & Zipfel, 2005; Taylor, 2009). Aufbauend werden häufig ökonomische Effekte thematisiert. Die informierten und mitgestaltenden Patienten gelten als „eine der wichtigsten Ressourcen im Kampf gegen Unwissenheit, Qualitätsmängel und Verschwendung im Gesundheitswesen“ (Schwartz, 1999, S. 9).

Bisher sind die Forschungsergebnisse zu den Effekten einer Patientenselbstbestimmung jedoch nicht einheitlich (Mead & Bower, 2002). Joosten et. al. (2008) sprechen am Beispiel des

„shared decision makings“ davon, dass positive Effekte vor allem in Bezug auf langfristige Entscheidungen und bei chronischen Erkrankungen zu beobachten sind. Bei singulären Entscheidungen, die während einer einzelnen Begegnung von Arzt und Patient getroffen werden, kann hingegen kein eindeutiger Effekt nachgewiesen werden. Joosten et. al. führen dies auf einen Prozesscharakter des „shared decision makings“ zurück.

Außerdem gehen Michie et. al. (2003) im Rahmen eines Reviews der Literatur darauf ein, wann der Behandlungserfolg positiv beeinflusst wird beziehungsweise wann nicht. Ihrer Untersuchung liegt der Ansatz der „patient centred medicine“ zugrunde, den sie in zwei Typen unterteilen. Liegt der Fokus auf einer aktiven Rolle der Patienten, scheint ein positiver Einfluss auf den Behandlungserfolg zu resultieren. Wenn jedoch die subjektiven Perspektiven der Patienten im Mittelpunkt der „patient centred medicine“ stehen, werden die Behandlungserfolge kaum beeinflusst. Stattdessen resultiert eine höhere Patientenzufriedenheit. „It may be that eliciting the patient’s perspective may increase patient satisfaction and knowledge whilst not changing more distal outcomes, such as adherence, health and quality of life. Further, activating patients to take control within and beyond the consultation may increase adherence without necessarily improving health and quality of life“ (Michie et. al., 2003, p. 204)

Ergänzend kritisieren verschiedene Autoren die dargestellten Ansätze inhaltlich. Unter anderem weist Caspari (2007) darauf hin, dass innerhalb des Ansatzes des „shared decision makings“ die Eröffnung eines Entscheidungsraumes im Vordergrund steht, während im klinischen Alltag hingegen Entscheidungsbäume und ein Ausschluss nach objektiven Kriterien zentral sind. Caspari spricht davon, „dass die realen Entscheidungsprozesse häufig nicht einer rationalen Logik mit klar gegliederten Präferenzen folgen, wie in der kognitiven Entscheidungstheorie postuliert, sondern eher einer pragmatischen Handlungsfähigkeit“ (Caspari, 2007, Zusammenfassung).

Casparis Studie, in der sie Brustkrebspatientinnen interviewt, zeigt auch, dass die Beziehungsebene ein relevantes Kriterium für eine gemeinsame Entscheidung darstellt. Die Patientinnen „empfanden eine Entscheidung als gemeinsam, wenn ihnen der Arzt vertrauenswürdig schien, sie als Person ernst nahm oder ihre Ängste berücksichtigte“ (Caspari, 2007, S. 249). Caspari thematisiert einen Wunsch nach Sicherheit, den die Patientinnen im Vertrauen zu den Ärzten suchen. In diesem Zusammenhang stellt eine Delegation der Entscheidung an die Ärzte für die Patientinnen keine Abschiebung der Entscheidung dar.

Und „für die Ärzte bedeutete SDM häufig ein Verfahren, um medizinische Informationen zu transportieren und Patientinnen in die Therapie miteinzubinden. Damit gerät SDM sehr nah an eine Compliance – Vorstellung und könnte somit manipulativ genutzt werden. SDM kann deshalb nicht nur Informationsvermittlung sein, sondern sollte in ein Interaktionsmodell eingebettet sein“ (Caspari, 2007, Zusammenfassung).

Eibach & Schaefer (2001) fragen ob Patienten „im Zustand des tatsächlichen Krankseins von ihren Ärzten nicht vielmehr etwas anderes als bloße medizinische Sachinformationen als Voraussetzung für eine mehr oder weniger autonome Entscheidung erwarten, ob und unter welchen Rahmenbedingungen sie überhaupt zu autonomen Entscheidungen über ihr Leben und die Art ihrer Behandlung bereit und fähig sind und ob sie solche Entscheidungen auch zugleich zur verpflichtenden Richtlinie ärztlichen und pflegerischen Handelns machen wollen“ (Eibach & Schaefer, 2001, S. 22). Aus ihrer Perspektive kann ein rationales Entscheidungsmodell, das beispielsweise dem Ansatz des ‚Informed Consent‘ zugrunde liegt, zu einer Verunsicherung der Patienten beitragen.

Folglich sollten Entscheidungsmodelle in den Hintergrund rücken und stattdessen die Beziehungsgestaltung der Ärzte und der Patienten mehr Beachtung finden. Damit die Patienten als Subjekte berücksichtigt werden können, fordern Eibach & Schaefer eine vertrauensvolle Beziehung zu den Ärzten, die eine mitfühlende Beratung beinhaltet. „Geborgenheit in der Solidarität menschlicher Gemeinschaft und Vertrauen in verlässliche mitmenschliche Beziehungen sind den betroffenen Menschen in den Krisensituationen des Lebens meist wesentlich wichtiger und entsprechen ihren tiefsten seelischen Bedürfnissen viel mehr als das recht unterschiedlich ausgeprägte Bedürfnis nach autonomer Selbstbestimmung“ (Eibach & Schaefer, 2001, S. 26). Aspekte der Patientenselbstbestimmung müssen nach Eibach & Schaefer in eine vorrangige Ethik der Fürsorge eingebettet sein.

Kritik in Bezug auf den Ansatz des Informed Consent formuliert auch Bister (2010). Sie stellt dar, dass die normative Annahme, ein Informed Consent sei eine Entscheidung und eine informationsbasierte Wahl zwischen Optionen, in ihrer Studie nicht zutrifft. Die Patienten erleben ihre Frage nach einer Zustimmung zur Teilnahme an einem Forschungsprojekt vielmehr als eine Bitte des Krankenhauses. In diesem Zusammenhang „bleibt für die Patientin nur mehr die Möglichkeit, das Vorhaben durchzuwinken oder sich möglicherweise als ‚schwierige‘ Patientin in einen Konflikt mit der Forscherin bzw. dem Krankenhauspersonal einzulassen“

(Bister, 2010, S. 171). Eine entsprechende Einwilligung interpretiert Bister als ein soziales Phänomen und nicht als eine Entscheidung.

Den normativen Charakter der Ansätze thematisiert ebenfalls Herriger (2006) kritisch. Nach Herriger ist „der Empowerment – Begriff (...) eine offene normative Form. Er ist ein Begriffsregal, das mit unterschiedlichen Grundüberzeugungen, Werthaltungen und moralischen Positionen aufgefüllt werden kann“ (Herriger, 2006, S. 13).

Vergleichbar verweisen mehrere Kritiker auf eine unklare Verwendung der Begriffe. Beispielsweise kommen Rockenbauch & Schildmann (2011) aufbauend auf einem Review der Literatur zur ‚partizipativen Entscheidungsfindung‘ zu dem Ergebnis, dass die Begriffe in den verschiedenen Beiträgen zum Teil heterogen benutzt werden.

Ergänzend weisen Gillespie et. al. (2004) nach, dass verschiedene Akteure im Gesundheitswesen, die an einer Implementierung der ‚patient centred medicine‘ im klinischen Alltag beteiligt sind, zum Teil ein unterschiedliches Verständnis des Ansatzes haben. Die Aussagen der Interviewten beinhalten eine Unsicherheit, wie die ‚patient centred medicine‘ definiert ist. Außerdem sprechen Gillespie et. al. von einer Tendenz, dass die Akteure ihre gewohnten Handlungen als patientenzentriert umetikettieren.

Rockenbauch & Schildmann (2011) thematisieren ferner, dass die Beziehungen zwischen den unterschiedlichen Ansätzen zum Teil unklar sind, und Holmström & Röing (2010) kritisieren anhand eines Vergleichs der ‚patient centred medicine‘ mit einem ‚empowerment‘, dass innerhalb der zu trennenden Ansätze verschiedene Inhalte übereinstimmen. „As a process (...) patientcenteredness is of great value in the process of patient empowerment (...). The patient empowerment concept appears to be broader than the patient - centred concept, and may place greater demands on caregivers and the organisation of healthcare“ (Holmström & Röing, 2010, p. 171).

Die Frage, inwieweit die Ansätze ‚shared decision making‘ und ‚patient centred medicine‘ übereinstimmen beziehungsweise sich unterscheiden, untersuchen Wensing et. al. (2002). Ihre Studie zeigt, dass beide Ansätze einen Einfluss auf die Kommunikation der Ärzte und der Patienten haben, wobei die Beziehung zwischen den Ansätzen eher gering ist. Als wesentlichen Unterschied thematisieren die Autoren, dass der Ansatz des ‚shared decision makings‘ eher einem kognitiven und rationalen Paradigma folgt, während innerhalb der ‚patient centred medicine‘ die subjektive Perspektive der Patienten im Mittelpunkt steht. Außerdem verdeutlicht die Studie von Wensing et. al., dass der Ansatz einer ‚patient centred medicine‘ als starr zu

bezeichnen ist. Ein ‚shared decision making‘ ist hingegen variabler und leichter zu beeinflussen. Diese ersten Ergebnisse müssen nach Wensing et. al. jedoch durch weitere Studien ergänzt werden.

Auch das Buch „Der gute Arzt“ (Dörner, 2001, Titel) von Dörner enthält eine Kritik an den dargestellten Ansätzen. Nach Terzioglu (2004) kritisiert Dörner „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“ (Terzioglu, 2004, S. 62). Die Beziehung zwischen dem Arzt und einem Patienten ist nach Dörner stattdessen asymmetrisch. Der Patient gibt zumindest einen Teil seiner Autonomie ab, wenn er einen Arzt aufsucht.

Dörner unterscheidet drei Typen der Interaktion von Arzt und Patient. Den Paternalismus bezeichnet er als Subjekt – Objekt – Beziehung. Ergänzend thematisiert er eine Subjekt – Subjekt – Beziehung, die durch die Begegnung auf einer Ebene mit einer partnerschaftlichen Haltung charakterisiert ist. Sie wird in der Öffentlichkeit oft als Ideal angesehen, aber Dörner bezeichnet sie als ein Wunschdenken. In der Praxis haben Arzt und Patient häufig unterschiedliche Interessen, und die Interaktionen sind meist durch eine gegnerschaftliche Haltung gekennzeichnet. Nach Dörner ist es deshalb wichtig, dass der Arzt die Fremdheit des Patienten respektiert und die Besonderheit der Krankheitssituation sowie den veränderten Bezug zur Welt beachtet. In der Objekt – Subjekt – Beziehung dominiert schließlich der Patient, und der Arzt handelt als Objekt.

Nach Dörner kann keine dieser Beziehungen eine andere ersetzen, sondern in der Praxis sind alle drei Formen notwendig. Es „ist und bleibt die schwierigste Gratwanderung für den Arzt, sich zwar zu einem objektiv möglichen Besserwissen zu bekennen, sich gerade darin aber so vorbehaltlos und ohne Selbstschonung, so verwundbar dem Anderen auszusetzen, dass ich für ihn glaubwürdig bleibe in meiner ‚Fehlerfreundlichkeit‘, in meiner Bereitschaft, mich zu korrigieren, und in meiner Fähigkeit, auch seine andersartige Position zu respektieren“ (Dörner, 2001, S. 225).

Ergänzend verweist Dörner (2008) darauf, dass der Arzt in einem Spannungsfeld zwischen dem Willen des Patienten und einer medizinischen Indikation steht. In diesem Zusammenhang ist unter anderem die evidenzbasierte Medizin zu beachten. Grundlage dieses normati-

ven Ansatzes ist ein rational angelegtes Entscheidungsmodell. Die evidenzbasierte Medizin trägt nach Taylor (2009) zu einer Einschränkung einer Patientenzentrierung bei. Vergleichbar sagt Nowak (2009), dass „die Suche nach evidenzbasiertem und stärker standardisiertem Vorgehen eine Stütze der ärztlichen Expertenrolle“ (Nowak, 2009, S. 5) und eine Patientenfremdbestimmung beinhaltet.

Epstein & Street (2011) teilen diese Kritik nicht. Nach ihrer Auffassung akzeptieren heute auch die Vertreter einer evidenzbasierten Medizin, dass die Individualität des Patienten beachtet werden muss, um gute Behandlungsergebnisse zu erzielen. Ähnlich gehen Premji et. al. (2014) davon aus, dass die Ansätze ‚patient centred care‘ und ‚evidenzbasierte Medizin‘ verknüpft werden können. “In order to provide patient - centred care in applying evidence - based guidelines, we need to know not only the clinical recommendation itself, but also the probability of the benefits and harms (certainty of evidence). Bearing in mind the probabilistic nature of evidence, we must be able to critically appraise evidence and determine the validity and relevance of specific recommendations, and to do this with an understanding of the patient’s life circumstances, preferences, and values, and the costs of implementing the recommendation” (Premji et. al., 2014, p. 410).

Ergänzend thematisiert Bensing (2000), dass die beiden unterschiedlichen Ansätze voneinander profitieren können. Die Bedingungen dafür sind: “(a) evidence - based medicine should become more patient - centered, for instance by incorporating patient preferences in (randomized clinical trials) designs, and (b) patient - centered medicine should become more evidence - based by more focused study designs in communication research and more synthesizing meta - analyses” (Bensing, 2000, p. 24).

Die Kritik an den gesundheitswissenschaftlichen Ansätzen beinhaltet schließlich den Hinweis, dass Aspekte der ärztlichen Fürsorge vernachlässigt werden. Dabei scheint nach Magnus (2012) die Annahme von Bedeutung zu sein, dass eine Fürsorge und eine Selbstbestimmung in einem Spannungsverhältnis zueinander stehen können. Katzenmaier (2012) sagt hingegen, dass „eine Rückbesinnung auf eine ‚Ethik der Fürsorge‘ unabdingbar (ist), ohne überkommene Modelle von ärztlichem Paternalismus wiederzubeleben“ (Katzenmaier, 2012, S. 1096). Vergleichbar äußert sich Damm (2002, 2006, 2010), der einen positiven und einen negativen Neopaternalismus thematisiert¹⁸.

¹⁸ Auf den Ansatz der neopaternalistischen Medizin gehe ich im Kapitel 5 ein.

Trotz der zahlreichen theoretischen Beiträge ist die praktische Relevanz der Ansätze gering. Beispielsweise wird der Ansatz einer ‚partizipativen Entscheidungsfindung‘ im klinischen Alltag kaum umgesetzt (Loh et. al., 2006, 2007). Auch Baumgart (2010) spricht davon, dass eine Patientenselbstbestimmung in der Praxis bisher nur eingeschränkt Beachtung findet.

Eine mögliche Erklärung gibt Badura mit seinem Hinweis, dass „die letztverantwortlichen Akteure des Staates und der Selbstverwaltung (...) gegenwärtig in der Gesundheitspolitik primär arbeitsmarkt- oder finanzpolitische Ziele auf Kosten der Interessen und Belange der Versicherten und Patienten (verfolgen ...). Sollte sich diese Entwicklung weiter fortsetzen, droht die eigentliche Zielbestimmung des Gesundheitswesens zuallererst dem Wohlbefinden und der Gesundheit der Bevölkerung zu dienen, nur noch eine nachgeordnete Rolle zu spielen“ (Badura, 2002, S. 256 / 257).

Die Differenz zwischen der Theorie zur Patientenselbstbestimmung und dem klinischen Alltag analysieren auch Anderson & Funnell (2010): “During their professional education, HCPs are socialized to a set of responsibilities and expectations that define their professional identity. These responsibilities and expectations become so embedded in their professional identity they do not consciously think about them; rather they see their practices through them. (...) The power of this socialization process is such that one can believe in the empowerment approach intellectually and yet behave in ways that completely contradict it, without being aware of the contradiction” (Anderson & Funnell, 2010, S. 278). Passend empfehlen Loh et. al. (2006), dass neue Lehrmaterialien für die medizinische Ausbildung entwickelt und verwendet werden.

In den Kapiteln 2 und 3 gehe ich auf normative Ansätze und Diskurse ein, wie in Bezug auf das Rahmenkonzept Patientenselbst- und –fremdbestimmung die Interaktionen der Ärzte und der Patienten sein sollten beziehungsweise nicht sein sollten. Die theoretischen Ansätze unterliegen einem normativen Wandel. Aktuell wird die Patientenselbstbestimmung fokussiert, und Aspekte der Patientenfremdbestimmung bleiben ausgeklammert. Die zugehörigen empirischen Daten beziehen sich darauf, ob eine erwünschte oder unerwünschte Interaktion innerhalb einer spezifischen Stichprobe und in Bezug auf ein bestimmtes Setting vorhanden ist beziehungsweise nicht. Dabei wird deutlich, dass die theoretischen Ansätze die klinische Praxis kaum verändert haben. Zum Beispiel sprechen Dirmaier & Härter (2011) von Defiziten in Be-

zug auf eine partizipative Versorgung oder Reichardt et. al. (2008) thematisieren, dass eine Patientenbeteiligung im klinischen Alltag eher nicht vorhanden ist.

Resultierend formuliert Damm (2002, 2006, 2010) die normative Frage, inwieweit Selbstbestimmung und Partnerschaft angemessene Normkonzepte für die Interaktionen von Ärzten und Patienten darstellen. Außerdem verweist er auf die empirische Frage, inwieweit eine Patientenselbstbestimmung im klinischen Alltag möglich ist. Ergänzend fordert Schmacke (2012), dass zukünftige Entwicklungen auf empirischen Studien aufbauen müssen.

Hier schließt mein Forschungsinteresse an. Aus den obigen Darstellungen können verschiedene Konsequenzen für eine entsprechende Studie abgeleitet werden. Es gilt zu klären, inwieweit normative Ansätze den klinischen Alltag angemessen beschreiben können und inwieweit die normativen Theorien mit der tatsächlichen Gestaltung der Interaktionsprozesse übereinstimmen. Schäfer (2011) stellt dar, dass Patienten sich hinsichtlich ihrer Compliance und ihres Informationsverhaltens unterscheiden. Dies führt zu der Frage, inwieweit die Perspektiven der Patienten verschieden sind und inwieweit sie von den Perspektiven der Ärzte abweichen.

In den theoretischen Ansätzen werden in der Regel einseitig Aspekte der Patientenselbstbeziehungsweise –fremdbestimmung fokussiert. Im klinischen Alltag können hingegen gleichzeitig Aspekte der Patientenselbstbestimmung und Aspekte der Patientenfremdbestimmung bedeutsam sein. Anstatt das Verhältnis zwischen den klassischen und den aktuellen Ansätzen offen zu lassen, ist es aus meiner Perspektive wichtig, danach zu fragen, wie Aspekte der Patientenselbst- und –fremdbestimmung im klinischen Alltag gehandhabt werden können. Dies betrifft beispielsweise Fragen zur ärztlichen Fürsorge. Dabei muss auch beachtet werden, in welcher Beziehung eine Patientenselbstbestimmung und weitere handlungsleitende Aspekte stehen und wie Widersprüche gehandhabt werden können. „Es ist wichtig, sich noch einmal grundlegend mit der Frage zu beschäftigen, wie überhaupt Voraussetzungen für eine Partnerschaft in der Arzt – Patient – Beziehung geschaffen werden können“ (Schmacke, 2012, S. 61). Es gilt „die offenkundig schwer zu überwindenden Barrieren (...) besser zu verstehen“ (Schmacke, 2012, S. 63).

Die oben formulierten Fragen müssen unter Beachtung des Kontexts mit seinen fördernden Bedingungen und möglichen Hindernissen innerhalb eines offenen Forschungsprozesses un-

tersucht werden. Anstatt einen theoretischen Ansatz in der Praxis zu implementieren, möchte ich danach fragen, was im klinischen Alltag passiert, wenn Ärzte und Patienten interagieren.

4. Empirische Forschungen und Modelle in spezifischen Kontexten

Im vorherigen Kapitel resümiere ich, dass es notwendig ist, den klinischen Alltag empirisch zu analysieren, um die Interaktionen von Ärzten und Patienten angemessen erfassen zu können. Sinnvoll sind fachübergreifende, sozialwissenschaftliche empirische Forschungen, die einen Bezug zu spezifischen Kontexten haben. Aufbauend auf den Erkenntnissen, wie die Ärzte und die Patienten ihre Interaktionen in der Praxis gestalten, ist es möglich, empirische Modelle zu entwickeln.

Auf entsprechende Forschungen und Modelle gehe ich im folgenden ein. Die Ansätze haben die Gemeinsamkeit, dass die Interaktionen der Ärzte und der Patienten innerhalb eines spezifischen Kontexts betrachtet werden. Die Autoren gehen nicht von normativen Idealen aus, sondern ihre Beiträge beruhen auf empirischen Erkenntnissen. Zuerst fokussiere ich den Kontext der Psychiatrie (4.1), bevor ich den Kontext des Krankenhauses (4.2) beachte. Dabei bilden Vogds medizinsoziologische Forschungen und Modelle (4.2.1) einen besonderen Schwerpunkt. Abschließend thematisiere ich den Kontext des psychiatrischen Krankenhauses (4.2.2).

4.1 Kontext der Psychiatrie

Innerhalb meines Forschungsinteresses sind die Interaktionen von Ärzten und Patienten sowie die Frage zentral, wie sie Aspekte der Patientenselbst- und –fremdbestimmung handhaben. Der Kontext der Psychiatrie bietet eine Besonderheit in Bezug auf eine entsprechende Analyse. In der Psychiatrie können Menschen unter bestimmten Bedingungen gegen ihren Willen stationär untergebracht werden. Auf die gesetzlichen Grundlagen des Zwangsaufenthalts gehe ich im Abschnitt 3.1 ein.

Die empirischen Daten verdeutlichen, dass ungefähr jeder zehnte psychiatrische Klinikaufenthalt gegen den Willen des Patienten erfolgt (Pieters, 2003). Die Häufigkeit der Zwangsaufenthalte lag in Deutschland während der 1990'er Jahre deutlich höher als beispielsweise in Frankreich oder England (Müller, 2007), und die Zahl der Zwangseinweisungen steigt seitdem (Müller, 2004). Die „Häufigkeit der Anwendung von Zwangsmaßnahmen zeigt versorgungsepidemiologisch eine hohe Varianz unter den Kliniken, (sie) scheint stark kulturgebun-

den und von lokalen Gegebenheiten beeinflusst zu sein“ (Sollberger & Lang, 2014, S. 314). Auch Brieger et. al. (2014) weisen darauf hin, dass die Kontextbedingungen einen wesentlichen Einfluss auf die Durchführung von Zwangsaufenthalten haben.

Lincoln et. al. (2014) identifizieren Möglichkeiten zur Vermeidung von Zwangseinweisungen. Sie „liegen in einer stärker aufsuchenden Behandlung, dem systematischen Einsatz milderer Mittel in Krisensituationen, Behandlungsvereinbarungen und der Weiterentwicklung von psychotherapeutischen Behandlungsalternativen“ (Lincoln et. al., 2014, S. 22). Ergänzend weist Pieters (2007) darauf hin, dass sich die „Qualität einer Behandlung gegen den Willen deutlich verbessern lässt, wenn die Betroffenen in ihren Rechten, Kompetenzen, Anliegen und Sorgen ernst genommen, und wenn in Notfallsituationen notwendige Zwangsmaßnahmen nachbesprochen werden“ (Pieters, 2007, S. 17). In der klinischen Praxis scheint dies jedoch kaum stattzufinden (Pieters, 2003). Entsprechend ist es aus meiner Perspektive wichtig, danach zu fragen, wie die Ärzte und Patienten Aspekte der Patientenselbst- und –fremdbestimmung im Zusammenhang mit einer Zwangsbehandlung handhaben und welche fördernden beziehungsweise hemmenden Kontextbedingungen vorhanden sind.

Ein weiterer Behandlungsinhalt, der im Kontext der Psychiatrie häufig im Mittelpunkt steht und unter anderem im Zusammenhang mit den Themen Patientenselbst- und –fremdbestimmungen diskutiert wird, ist die Pharmakotherapie. Beispielsweise bezeichnet Lehmann (1990) aufbauend auf seinen Erfahrungen als Patient die Pharmakotherapie als einen chemischen Knebel. Er spricht von einer emotionalen Abstumpfung, von einer Entfremdung vom Selbst, von einer Einschränkung der körperlichen Integrität und von einem Anschlag auf die freie Persönlichkeitsentfaltung. Lehmann erlebt die Pharmakotherapie als eine Fremdbestimmung und Selbstentfremdung.

Auch zahlreiche Ärzte und Wissenschaftler äußern sich aufbauend auf empirischen Daten kritisch zur Pharmakotherapie. Der Einsatz von Neuroleptika hat nach Aderhold (2007a) „zu enttäuschenden Ergebnissen geführt und keine wirkliche Verbesserung der Behandlung und des Verlaufs psychotischer Störungen bewirkt“ (Aderhold, 2007a, S. 5). Beispielsweise reagieren 20 % der Patienten mit der Diagnose Schizophrenie nicht oder kaum auf Neuroleptika und rund 20 % erleben trotz einer Depotmedikation innerhalb eines Jahres eine erneute akute Krankheitsphase (Aderhold & Bock, 2000).

Ergänzend zu zahlreichen gravierenden Nebenwirkungen (Aderhold, 2007b) thematisiert Aderhold (2007a) Studien, die dafür sprechen, dass Neuroleptika eine erhöhte Mortalität ver-

ursachen. Er kritisiert, dass Neuroleptika häufig in einer zu hohen Dosierung verabreicht werden, und Ärzte unterschiedliche Präparate ohne eine Evidenzbasierung kombinieren. Als Konsequenz fordert Aderhold eine „maximale Zurückhaltung bei der Anwendung von Neuroleptika“ (Aderhold, 2007a, S. 8). Die Affekte des Patienten sollen erträglicher, aber nicht ausgelöscht werden (Aderhold & Bock, 2000). Vergleichbar äußert Knuf (2009), dass im Gegensatz zur heutigen Praxis Psychopharmaka gering dosiert sein müssen. Eine hohe Dosierung behindert in der Regel eine Selbsthilfe, während eine geringe Dosierung zur Selbsthilfe und Selbstbestimmung des Patienten beitragen kann.

Innerhalb der biologisch orientierten Psychiatrie ist die Pharmakotherapie zentral. „Sowohl in den offiziellen Leitlinien deutscher Fachgesellschaften – exemplarisch sei die Leitlinie ‚Schizophrenie‘ der DGPPN genannt – als auch im Alltag der klinischen und ambulanten Behandlung dominieren medikamentöse Behandlungsstrategien“ (Greve, 2009, S. 4). In medizinischen Lehrbüchern wird der Einsatz von Psychopharmaka als routinemäßig bezeichnet oder in Bezug auf die Behandlung von Psychosen als unverzichtbar angesehen (Laux, 2013), während nichtpharmakologische Therapien eine „additive Rolle“ (Fleischhacker & Hummer, 2006, S. S88) einnehmen. Vergleichbar bezeichnen Lambert et. al. (2012) die Pharmakotherapie als Voraussetzung für die erfolgreiche Gesamtbehandlung einer Schizophrenie. In den entsprechenden Darstellungen ist häufig die Compliance des Patienten zentral.

Verschiedene Vertreter einer biologisch orientierten Psychiatrie weisen außerdem darauf hin, dass Psychopharmaka wesentlich zur Humanisierung der Psychiatrie beigetragen haben (Laux, 2013). Die Erkrankungen wurden durch den Einsatz von Psychopharmaka behandelbar, und so konnten die Voraussetzungen für beispielsweise soziotherapeutische Behandlungsinhalte hergestellt werden. Laux weist darauf hin, dass vor allem die Pharmakotherapie die sozialpsychiatrischen Entwicklungen der vergangenen Jahrzehnte ermöglicht hat.

Entsprechende Aussagen der Befürworter einer Pharmakotherapie unterscheiden sich von den Beiträgen der Kritiker. Nach den Befürwortern stellt eine Pharmakotherapie eher eine Voraussetzung für eine Patientenselbstbestimmung dar. Die Kritiker sprechen abweichend davon, dass beispielsweise eine zu hohe Dosierung negative Auswirkungen auf die Selbstbestimmung des Patienten hat. Somit scheint eine Beachtung der Psychopharmakotherapie sinnvoll zu sein, um Aspekte der Patientenselbst- und –fremdbestimmung zu analysieren.

Ergänzend zur Pharmakotherapie bezeichnen Bock & Nika (2000) eine Psychoedukation als derzeitigen Mainstream im Kontext der Psychiatrie. „Unter dem Begriff der Psychoedukation werden (...) systematische didaktisch – psychotherapeutische Interventionen zusammengefasst, um Patienten und ihre Angehörigen über die Krankheit und ihre Behandlung zu informieren, ihr Krankheitsverständnis und den selbstverantwortlichen Umgang mit der Krankheit zu fördern und sie bei der Krankheitsbewältigung zu unterstützen“ (Arbeitsgruppe „Psychoedukation bei schizophrenen Erkrankungen“, 2008, S. 3). Als übergeordnetes Ziel thematisiert die Arbeitsgruppe „Psychoedukation bei schizophrenen Erkrankungen“ (2008) eine Gesundheitsförderung. Die Psychoedukation soll zu einer Ressourcenerweiterung sowie zu einer informierten und selbstverantwortlichen Krankheitsbewältigung beitragen. Ergänzend zählt eine emotionale Entlastung des Patienten zu den Zielen, und die Zahl der Wiedererkrankungen soll mit einer Psychoedukation gesenkt werden. Die Arbeitsgruppe „Psychoedukation bei schizophrenen Erkrankungen“ verweist schließlich auf eine Steigerung der Behandlungszufriedenheit und der medikamentösen Compliance. Nach Pitschel – Walz (2009) unterstützt eine Psychoedukation außerdem die Umsetzung des Ansatzes ‚shared decision making‘. Die Informierung der Patienten, die innerhalb der Psychoedukation zentral ist, trägt dazu bei, dass die Patienten mitentscheiden können.

Zur Durchführung einer Psychoedukation existieren verschiedene Manuale. In den Programmen werden einzelne Diagnosen fokussiert oder eine diagnoseübergreifende Psychoedukation angeboten¹⁹. Zum Stellenwert der Psychoedukation schreiben Bäuml & Pitschel – Walz (2012): „Ein Blick in die Leitlinien der American Psychiatric Association (APA 2006) oder der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN 2006) vermittelt das beruhigende Gefühl, dass eine psychiatrisch - psychotherapeutische Behandlung ohne begleitende Psychoedukation völlig obsolet wäre“ (Bäuml & Pitschel – Walz, 2012, S. 289). Aufbauend kritisieren sie, dass die Psychoedukation nach wie vor nicht zum Standardprogramm der psychiatrischen Versorgung zählt (Bäuml & Pitschel – Walz, 2012; Rabovsky & Stoppe, 2006).

¹⁹ Beispiele sind das Arbeitsbuch PsychoEdukation bei Schizophrenie (Bäuml et. al., 2010) und PEGASUS für die psychoedukative Gruppenarbeit mit schizophren und schizoaffektiv erkrankten Menschen (Wienberg et. al., 2013) beziehungsweise die diagnoseübergreifende und multimodale Psychoedukation (Rabovsky & Stoppe, 2009) sowie die diagnosenübergreifende Psychoedukation nach Jensen et. al. (2014).

Deutlich kritischer äußert sich Klinitz (2006). Er weist darauf hin, dass innerhalb einer Psychoedukation neurobiologische Aspekte im Vordergrund stehen. Dies widerspricht dem Ansatz der Selbstbefähigung der Patienten. Außerdem kennzeichnet Klinitz die Psychoedukation als ein Defizitmodell, und die Compliance der Patienten wird zu stark betont.

Schließlich kritisiert Schmidt (2012) aufbauend auf ihren empirischen Daten die psychoedukativen Interventionen. Im klinischen Alltag werden häufig kurze Programme der Psychoedukation angewendet, die informationszentriert sind. Aspekte der Krankheitseinsicht, der Compliance und der Rückfallprophylaxe stehen im Vordergrund, während der Einbezug von Angehörigen in der Regel fehlt. Eine entsprechende Psychoedukation beinhaltet nach Schmidt Risiken. Ihre Studie verdeutlicht, dass aus diesen psychoedukativen Interventionen eine starke Identifikation mit der Krankheit und eine passive Patientenrolle resultieren kann. Oder die Patienten versuchen, sich von der Krankheit abzugrenzen, und lehnen in diesem Zusammenhang Behandlungsmöglichkeiten ab.

Innerhalb meiner Darstellung, dass der Kontext der Psychiatrie besonders angemessen in Bezug auf mein Forschungsinteresse ist, möchte ich außerdem auf die Psychoseseminare verweisen. Ihre Grundlage ist eine dialogische Psychiatrie oder in anderen Worten ausgedrückt ein gleichberechtigtes Gespräch zwischen psychoseerfahrenen Menschen, Angehörigen und Mitarbeitern des psychiatrischen Versorgungssystems (Bock, 2002). Die psychoseerfahrenen Menschen gelten als Experten und die Angehörigen als ihre Kenner, während sich die vermeintlichen Profis erst einen persönlichen Zugang zur Psychose erarbeiten müssen.

Das erste Psychoseseminar entstand nach Bock eher zufällig, stieß jedoch auf ein großes Interesse bei allen Beteiligten und fand dann schnell Verbreitung. Die Ziele des Psychoseseminars sind:

- „Wechselseitige Fortbildung, Austausch subjektiver Erfahrungen,
- Begegnung als Experten, Üben einer gleichberechtigten Begegnung,
- Entwicklung einer gemeinsamen Sprache, Überwindung von Sprachbarrieren,
- Förderung eines weiteren, anthropologischen Psychoseverständnisses, Unterstützung bei der Suche nach Sinn,
- Förderung individueller Selbsthilfe- und Behandlungsstrategien,
- Abbau von Vorurteilen, Förderung gegenseitiger Achtung,
- Veränderung des öffentlichen Bildes, Antistigmakampagne von unten“ (Bock, 2002, S. 229 + 230).

Bock (2005) bezeichnet die Psychoseminare als eine Therapie ohne Absicht für die psychoseerfahrenen Menschen, als eine Familientherapie ohne Familie für die Angehörigen und als eine dreifache Supervision ohne Bezahlung für die Mitarbeiter des psychiatrischen Versorgungssystems. Er plädiert dafür, entsprechende Interaktionen nicht ausschließlich im Psychoseminar, sondern auch im klinischen Alltag anzustreben, da sie sich beispielsweise positiv auf einen Empowermentprozess auswirken (Bock et. al., 2012). Und „die Umsetzung des Triologs auf verschiedenen Ebenen (klinische Praxis, Lehre, Fortbildung, Öffentlichkeitsarbeit, Planung, Qualitätssicherung, Forschung u. a.) verändert das Bild des Psychoseerfahrenen und damit auch die Art der Behandlung in Richtung von mehr Respekt, Selbstbestimmung und Eigenverantwortung“ (Bock et. al., 2012, S. 515). Die Frage, inwieweit entsprechende Forderungen im klinischen Alltag bereits umgesetzt werden, gilt es empirisch zu klären.

Der Kontext der Psychiatrie ist außerdem dadurch gekennzeichnet, dass die Patientenselbsthilfe eine wichtige Bedeutung hat. Mehrere Patienten organisieren sich beispielsweise im Bundesverband Psychiatrie - Erfahrener²⁰ oder auf Landesebene²¹. Die gemeinsamen Erfahrungen der Patienten, dass ihre Würde und ihre Grundrechte in vielen Psychiatrien zu wenig Beachtung finden, ist nach Buck & Barteld – Paczkowski (2002) ein zentraler Ausgangspunkt einiger Selbsthilfeinitiativen. Eine kritische Perspektive und die Ablehnung einer Zwangspsychiatrie ist innerhalb dieser Selbsthilfeinitiativen in der Regel charakteristisch. Zu ihnen zählt unter anderem die Irren – Offensive²².

Eine neue Entwicklung in Bezug auf die Selbsthilfe thematisieren Bock et. al. (2013). Sie verweisen auf eine sogenannte Experienced – Involvement – Ausbildung. Dabei steht die Idee im Mittelpunkt, dass ehemalige Patienten in unterschiedlichsten Institutionen und Bereichen der Psychiatrie als Berater tätig sind. „Sie üben unterschiedliche Funktionen aus, verstehen sich als Genesungshelfer, Gesundheitslotsen und eben Peer - Berater. Wesentlicher Wirkmechanismus der Peer - Beratung sind Ermutigung und ‚Empowerment‘, die Stärkung von Selbstverantwortung und Selbstmanagement sowie die Abwehr von (Selbst-)Stigmatisierung. Dies geschieht eher selbstverständlich und unaufgeregt durch die Begleitung auf Augenhöhe und das ‚Vorbild‘ des Peer - Beraters im Umgang mit der Erkrankung“ (Bock et. al., 2013, S. 316). Die ersten Forschungsergebnisse weisen auf positive Effekte einer entsprechenden Peer

²⁰ siehe <http://www.bpe-online.de/>, letzter Zugriff am 16.03.2015.

²¹ siehe beispielsweise für Berlin <http://www.bopp-ev.de/>, letzter Zugriff am 16.03.2015.

²² siehe <http://www.irrenoffensive.de/>, letzter Zugriff am 16.03.2015.

– Beratung hin. Aufbauend möchte ich innerhalb meiner Studie beachten, inwieweit Aspekte der Patientenselbsthilfe im klinischen Alltag präsent sind.

Eine zentrale Grundlage der oben dargestellten Diskussionen sind Veränderungen, die auf eine Psychiatriereform zurückzuführen sind. In Deutschland ist die sogenannte Psychiatrie-enquête ein wichtiger Ausgangspunkt der Psychiatriereform. Aufbauend auf einer Sachverständigenkommission des Deutschen Bundestags wurden eine Bestandsaufnahme und Reformvorschläge erarbeitet, wie der Weg von einer Psychiatrie als Institution der Verwahrung (Brückner, 2010) zu einer Gemeindepsychiatrie gestaltet werden kann. Die Gemeindepsychiatrie definieren Mosher & Burti (1994) als „das Angebot unmittelbarer, angemessener und einheitlicher Antworten auf reale soziale, psychische und gesundheitliche Bedürfnisse einer definierten Bevölkerung. Gemeindepsychiatrie stellt eine genügend breite Palette von Diensten, Programmen und Einrichtungen bereit. Dadurch sollte jeder, der Hilfe sucht oder zu diesem Zweck geschickt wird, die seinen Bedürfnissen entsprechenden Wahlmöglichkeiten (...) haben. Gemeindepsychiatrie ist ein Versorgungssystem, das für und durch die Kunden organisiert ist“ (Mosher & Burti, 1994, S. 281).

In den letzten Jahren erfuhr die Gemeindepsychiatrie durch die gesetzlichen Regelungen zur Integrierten Versorgung innerhalb des Sozialgesetzbuches V eine neue Aufwertung (Bock, 2010). Die Integrierte Versorgung „ist eine Form der Bezahlung von Gesundheitsleistungen und soll als solche ökonomische Anreize für die Erbringung von psychiatrischen Angeboten bilden, die im Rahmen des Finanzierungssystems für die Leistungsträger nicht attraktiv sind, z. B. Home Treatment, Fallmanagement und ein 24 - Stunden - Krisendienst“ (Brieger & Kilian, 2013, S. 250). Sie trägt nach Faulbaum – Decke (2013) zu einem selbstbestimmten Leben der Patienten bei. Bedingung dafür ist, dass innerhalb der Integrierten Versorgung nicht ausschließlich die Finanzierungs- und Versorgungsstrukturen verändert werden, sondern sich auch die Verstehens- und Behandlungsmuster wandeln (Bock, 2013). Inwieweit ein entsprechender Wandel bereits stattgefunden hat, muss empirisch analysiert werden.

Leferink (1997) weist darauf hin, dass „mit der Psychiatriereform (...) die illusorische Vorstellung verbunden (war), die Gesellschaft, in die die psychisch Kranken entlassen wurden, sei noch die gleiche wie die, die sie ausgegrenzt hatte. Tatsächlich hatten sich die traditionellen Strukturen, die für die Ausgrenzung verantwortlich waren und in die man hätte ‚reintegrieren‘ können, längst mehr oder weniger verflüchtigt“ (Leferink, 1997, S. 140). Zaumseil

& Leferink (1997b) sprechen außerdem davon, dass nicht alle Hoffnungen erfüllt werden konnten, die an die Psychiatriereform gerichtet waren. „Das emanzipatorische Anliegen, psychisch Kranke aus fremdbestimmter Herrschaft und Kontrolle zu befreien und zur Selbstbestimmung zu verhelfen, erwies sich als problematischer. Die Betroffenen spielten nicht die ihnen zugedachten Rollen und es entstanden neue subtilere Formen der Kontrolle und Fürsorge“ (Zaumseil & Leferink, 1997b, S. 15).

Schließlich kritisiert Dörner (1998), dass im Zusammenhang mit der Psychiatriereform ein System von Heimen entstand. Die Patienten wurden nicht mehr in den Krankenhäusern, sondern in den Heimen hospitalisiert. Dörner spricht von einer „Welle der Re - Institutionalisation“ (Dörner, 1998, S. 331), und Siemen (2002) resümiert: „Für die Menschen, die in Heime verlegt worden waren, hatte die Psychiatriereform folglich keine grundlegende Verbesserung ihrer Lebenssituation zur Folge. Sie wurden in Einrichtungen verlegt, die oft die unwürdigen und unmenschlichen Lebensumstände der alten Anstalten reproduzierten“ (Siemen, 2002, S. 11). Vergleichbar äußert auch Lehmann als Psychiatriebetroffener, dass psychiatrischen Patienten auch heute noch eine Selbstbestimmung verweigert wird (Lehmann, 2013).

Als aktuelle Studie zur Frage, wie Psychiatrie im klinischen Alltag praktiziert wird, möchte ich auf die Arbeit von Klausner (2014) verweisen. Klausners empirische Untersuchung baut auf den Grundlagen der Science and Technology Studies (Beck et. al., 2012) auf. Innerhalb der Science and Technology Studies ist die Annahme zentral, dass die Wissenschaft, die Technologie und die Gesellschaft untrennbar miteinander verknüpft sind und gegenseitig aufeinander einwirken. Wissen wird als das Ergebnis praktischen Tuns und sozialen Handelns verstanden und kann somit Gegenstand der Empirie sein. „Beide, Wissen und Technologie, werden im Forschungsfeld der sozialanthropologischen Science and Technology Studies immer als Teil von Praxis begriffen und beforscht“ (Beck et. al., 2012, S. 40).

Entsprechende Studien sind unter anderem in Bezug auf den Kontext der Psychiatrie relevant. Beispielsweise stellt Klausner (2014) dar, dass die Sozialpsychiatrie eine Machtasymmetrie beinhaltet. „In den verschiedenen empirischen Beispielen (...) zeigte sich, dass im sozialpsychiatrischen Behandeln Patienten als Partner im Behandlungsprozess einbezogen werden sollen. Diese Partnerschaft wird dabei von den Professionellen der Klinik maßgeblich gesteuert und changiert zwischen einem stärker fürsorglichen Modus (...) und einem kooperativen Modus, der den Patienten mehr Eigenständigkeit zugesteht“ (Klausner, 2014, S. 290). Die Pa-

tienten werden nicht im klassischen Sinne diszipliniert, aber der Kontext der Sozialpsychiatrie beinhaltet zahlreiche Praktiken, die als ein Einwirken auf die Patienten interpretiert werden können. Den Patienten ist es kaum möglich, sich diesem Einwirken zu entziehen. Eine Kooperation und eine aktive Teilhabe der Patienten ist insbesondere dann begrenzt, wenn sie die impliziten Normen und Erwartungen in Frage stellen oder wenn sie nicht in Lage sind, sich diesen anzupassen.

Ergänzend verdeutlicht Klausner am Beispiel der Pharmakotherapie, dass eine sozialpsychiatrische Sorge und eine institutionelle Gewalt derselben Logik folgen und sich nicht ausschließen. Die Behandelnden legen fest, inwieweit ein Patient sorgebedürftig ist. „Problematisch erscheint dabei, dass jegliche Verweigerung seitens der Betroffenen, diese Fürsorge zu akzeptieren, potentiell pathologisiert werden kann. Anders als beispielsweise in biomedizinischen Diskursen und Praktiken, in denen die Pathologie letztendlich dem Körper zugeschrieben wird, besteht im sozialpsychiatrischen Behandeln das Risiko jeglichen Widerstand und Eigensinn als Symptom zu deuten und damit eine ‚Pathologisierung des Sozialen‘ zu betreiben“ (Klausner, 2014, S. 292).

Klausner verdeutlicht mit ihrer Studie die Wichtigkeit, im klinischen Alltag unter Berücksichtigung des Kontexts empirische Daten zu erheben, um die Interaktionen von Ärzten und Patienten angemessen beschreiben zu können.

Zusammenfassend sagen Portwich & Demling (2000), dass ein Widerstreit zwischen Paternalismus und Autonomie seit Jahrzehnten charakteristisch für die Psychiatrie ist. Diese Aussage und die obigen Darstellungen verdeutlichen, dass der Kontext der Psychiatrie besonders geeignet ist, um Erkenntnisse darüber zu gewinnen, wie die Ärzte und die Patienten im klinischen Alltag Aspekte der Patientenselbst- und –fremdbestimmung handhaben. An diese Überlegungen schließt die Frage an, welche Patienten ich in meine Studie einbeziehe.

In diesem Zusammenhang sind die Darstellungen von Vollmann (2000b, 2008) interessant. Er verweist unter anderem auf eine Studie zur Feststellung der Einwilligungsfähigkeit, die verdeutlicht, dass knapp über die Hälfte der Patienten mit der Diagnose Schizophrenie als einwilligungsunfähig gelten. In der klinischen Praxis führt dies häufig dazu, dass sich der Arzt auf das Wohl des Patienten und nicht auf seine Selbstbestimmung beruft. Vollmann thematisiert außerdem Studien über die Einwilligungsfähigkeit von schizophrenen Patienten, in denen die Autoren schlussfolgern, dass schizophrene Patienten überwiegend nicht in der Lage sind, beispielsweise an einem Informed Consent teilzunehmen.

Patienten mit der Diagnose Schizophrenie scheinen Gefahr zu laufen, von einem Informed Consent beziehungsweise von einer Selbstbestimmung ausgeschlossen zu werden. Dies ist jedoch nicht prinzipiell gerechtfertigt. Vollmann referiert gleichzeitig Studien, die zeigen, dass auch schizophrene Patienten die erhaltenen Informationen verstehen und erinnern können. Somit thematisiert Vollmann in Bezug auf die Diagnose Schizophrenie ein Spannungsfeld, das von besonderem Interesse für meine Studie ist.

Ergänzend möchte ich auf die Überlegungen von Terzioglu (2004) verweisen. Aus ihrer Sicht sind für die Analyse einer gelungenen Zusammenarbeit von Ärzten und Patienten insbesondere psychoseerfahrene Menschen geeignet. Terzioglu thematisiert, dass Ärzte und psychoseerfahrene Patienten zum Teil stark unterschiedliche Krankheitsmodelle und Behandlungsansätze präferieren. Eine Verständigung ist dann erschwert und Konflikte sind wahrscheinlich. Außerdem kann die Einwilligungsfähigkeit beeinträchtigt sein, und das Thema Zwang kann in den Vordergrund rücken. Weitere Fragen, die häufig kontrovers diskutiert werden, betreffen die Integration der Psychose in den Lebensalltag und das Verhindern von sozialen Verlusten. Terzioglu verweist auch auf Konflikte, die durch unterschiedliche Vorstellungen über eine Pharmakotherapie entstehen können.

Die Interaktionen von Ärzten und Patienten finden nach Terzioglu innerhalb eines besonderen Spannungsfelds statt, das mir auch für eine Analyse der Handhabung der Patientenselbst- und -fremdbestimmungen interessant erscheint. In Anlehnung an ihre Argumentation und an die Darstellungen von Vollmann ist es aus meiner Perspektive sinnvoll, innerhalb meiner Studie psychoseerfahrene Patienten zu fokussieren.

4.2 Kontext des Krankenhauses

Die Interaktionen der Ärzte und der Patienten sowie die Handhabung der Patientenselbst- und -fremdbestimmungen unterliegen im stationären beziehungsweise im ambulanten Bereich unterschiedlichen Kontextbedingungen (Erdwien, 2005).

In Bezug auf den Kontext des Krankenhauses ist beispielsweise zu beachten, dass ein Klinikaufenthalt sachliche Zwänge beinhaltet (Schmelting – Kludas, 1988; Berg et. al., 2001). Der Patient kann in der Regel den behandelnden Arzt nicht frei wählen, und er kriegt ein Zimmer

sowie ein Bett zugewiesen. Außerdem reglementiert ein festgelegter Stationsablauf den Lebens- und den Schlaf – Wach – Rhythmus der Patienten.

Ein Klinikaufenthalt ist nach Erdwien (2005) für die Patienten unter anderem durch einen Kontrollverlust über die eigene Lebenssituation und durch eine fehlende Autonomie gekennzeichnet. Eine mangelnde Autonomie thematisieren ebenfalls Berg et. al. (2001). Sie weisen darauf hin, dass in einem Krankenhaus die Interaktionen durch Regeln und Routinen vorbestimmt sind, die insbesondere dazu dienen, dass das Personal seine Arbeit effektiv ausführen kann. Die Regeln unterstützen jedoch kaum autonome Handlungen der Patienten. Salomon & Ziegler (2007) ergänzen, dass „das Krankenhaus als Ganzes in ein System von Abhängigkeiten eingebunden (ist), die die Freiheitsgrade bei zu treffenden Entscheidungen und damit die Autonomie jedes Einzelnen (...) einschränken, und zwar auf allen Ebenen einer Krankenhaus-hierarchie“ (Salomon & Ziegler, 2007, S. 176). Die Darstellungen verdeutlichen, dass im Kontext des Krankenhauses nicht ausschließlich Aspekte der Patientenselbstbestimmung untersucht werden können. Gleichzeitig müssen Aspekte der Patientenfremdbestimmung Beachtung finden.

Innerhalb der Ansätze zur Patientenselbstbestimmung ist die Informierung der Patienten häufig ein zentrales Thema²³. In der Klinik scheinen die Patienten jedoch kaum informiert zu sein, obwohl die Ärzte und die Patienten fast täglich interagieren (Raspe & Siegrist, 1979). Um dieses Defizit erklären zu können, fassen Raspe & Siegrist empirische Ergebnisse zur Kommunikation im Krankenhaus am Beispiel der Visite zusammen. Ihre Darstellung beinhaltet, dass eine Visite durchschnittlich 3 bis 3½ Minuten dauert. Der Arzt redet über die Hälfte der Zeit, während der Gesprächsanteil des Patienten ungefähr ein Drittel beträgt. Die restliche Zeit entfällt auf das Pflegepersonal. Das Gespräch zwischen dem Arzt und dem Patienten hat einen Anteil von circa zwei Drittel und das zwischen Arzt und Pflegepersonal von ungefähr einem Drittel. Die Aussagen, die der Patient macht, sind zu etwa 80 % Reaktionen auf den Arzt. Im Durchschnitt stellt der Patient nur eine Frage pro Visite, und diese wird teilweise nicht beantwortet.

Die Visite ist nach Caspari (2007) durch ein tradiertes Bild gekennzeichnet. Der Patient muss sich für die Visite zur Verfügung halten und seine Tätigkeit sofort unterbrechen, sobald die Visite beginnt. In der Visite wird häufig über, aber nicht mit dem Patienten gesprochen. Gleichzeitig ist zu beachten, dass insbesondere die Chefarztvisite eine große Bedeutung im

²³ vergleiche Kapitel 3

Kontext des Krankenhauses hat. Fragen und Entscheidungen werden häufig bis zur Chefarztvisite zurückgestellt.

Diese empirische Daten unterscheiden sich von den normativen Forderungen, die ich im Kapitel 3 darstelle. Es scheint nicht sinnvoll zu sein, die normativen Ansätze als Startpunkt der Forschung zu wählen. Stattdessen ist es notwendig, die klinische Praxis zu analysieren, um die Interaktionen von Ärzten und Patienten erfassen zu können.

Eine weitere Besonderheit des Kontexts des Krankenhauses besteht darin, dass neben den Ärzten auch andere Klinikmitarbeiter in den Behandlungsprozess involviert sind. Zu ihnen zählen vor allem die Pflegekräfte. Hermann (2004) stellt anschaulich dar, dass sich die Ärzte und die Pflegekräfte in unterschiedlichen Welten bewegen. Eine Zusammenarbeit im multiprofessionellen Team beinhaltet unter anderem, dass die Pflegekräfte Erwartungen an die Handlungen des Arztes haben. Auch Strauss et. al. (1985) thematisieren, dass in Bezug auf die Klinik neben dem Arzt und dem Patienten die Krankenpfleger oder in der Regel Angehörige am Behandlungsprozess beteiligt sind und dass eine Zusammenarbeit aller Mitwirkenden hilfreich für die Bewältigung der Krankheit sein kann. Außerdem ist die Kommunikation zwischen allen Beteiligten von Bedeutung dafür, inwieweit eine Patientenorientierung erfolgt (Körner, 2010). Und Simon & Härter (2010) verweisen am Beispiel der partizipativen Entscheidungsfindung kritisch darauf, dass es „speziell für die Umsetzung im Krankenhaus (...) bisher kein Konzept (gibt), wie die Partizipative Entscheidungsfindung, die zunächst für die dyadische Interaktion zwischen Arzt und Patient konzipiert wurde, in einem interdisziplinären Setting mit mehreren Behandlern praktiziert werden kann“ (Simon & Härter, 2010, S. 240). Dies gilt es empirisch zu klären.

Die Studien, in denen die Sicht der Patienten erhoben wird, beinhalten zum Teil eine negative Perspektive der Patienten in Bezug auf die stationäre Behandlung. Eine Befragung des Allensbacher Instituts für Demoskopie ergab, „dass der Begriff ‚inhumanes Krankenhaus‘ nicht etwa (...) ein Produkt der Medien ist, vielmehr spiegelt sich hier die Erwartung und die Erfahrung von Bürgern bzw. Patienten wieder“ (Stucke, 1987, S. 1). Im Jahr 1985 verbanden beispielsweise 56 % der Befragten das Krankenhaus mit dem Begriff Angst, während der Anteil 1970 erst 43 % betrug. Stucke (1987) führt dies insbesondere darauf zurück, dass Krankenhäuser teilweise Reparaturwerkstätten darstellen, in denen die Patienten allein gelassen werden.

Außerdem kennzeichnen Feuerstein & Badura (1991; Badura & Feuerstein, 1994) eine technisch – naturwissenschaftliche Orientierung bei gleichzeitiger Zunahme an chronischen Erkrankungen als zentralen Grund für das inhumane Bild der Kliniken in der Öffentlichkeit. Die Patienten scheinen als organischer Funktionskomplex in den Vordergrund zu rücken, während soziale, emotionale und lebensweltliche Aspekte an Bedeutung verlieren. „Die Größe einer Klinik, die Aufgabenteilung zwischen den bettenführenden Einheiten und den Funktionsabteilungen, die professionelle Spezialisierung, die Arbeitsteilung innerhalb einer Station, Arbeitszeitregelungen, die Verschiebung des Tätigkeitsspektrums auf patientenferne Handlungen, eine hohe Personalfuktuation, nicht ausreichende und nicht besetzte Planstellen verstärken die depersonalisierenden Faktoren medizinischer Handlungsabläufe“ (Feuerstein & Badura, 1991, S. 8). Der Aufenthalt in einer Klinik kann bei den Patienten zu einer Erhöhung der psychischen Belastung führen und sich negativ auf die Krankheit auswirken. Dabei bleibt die Frage offen, inwieweit Aspekte der Patientenselbstbestimmung in einem solchen Kontext überhaupt bedeutsam sein können.

Die Arbeitsbelastungen für Krankenhausärzte analysiert Herschbach (1993). Die untersuchten Ärzte bezeichnen das Miterleben von langen Krankheitsprozessen, die Unsicherheit des Behandlungserfolgs, die Aufklärung über Rückfälle, eine mangelnde Unterstützung durch Angehörige, die Intensität an Büroarbeit, ein häufig klingelndes Telefon und eine Reduzierung von privaten Kontakten aufgrund des Arbeitsumfangs als belastend. Auf die Frage nach Beschwerden thematisieren sie eine Reizbarkeit, Grübeleien, Müdigkeit, ein übermäßiges Schlafbedürfnis, innere Unruhe und Kreuzschmerzen. Herschbach weist darauf hin, dass die Symptome charakteristisch für ein Erschöpfungssyndrom sind. Vergleichbar thematisieren Geissler & Hollmann (2012), dass das Thema Burnout bei Ärzten an Bedeutung gewinnt. Sie bezeichnen Krankenhäuser in Bezug auf die Arbeitsbedingungen für die Ärzte als gesundheitsgefährdende Orte. Inwieweit sich ein entsprechender Kontext auf die Handhabung der Patientenselbst- und –fremdbestimmungen auswirken kann, muss empirisch Beachtung finden.

Eine Alternative stellt das gesundheitsfördernde Krankenhaus dar (Pelikan & Wolff, 1999). Dieser Ansatz, der sich auf die Patienten, die Mitarbeiter, die Bevölkerung im Einzugsgebiet des Krankenhauses und die Klinik selber bezieht, geht insbesondere auf die Ottawa - Charta der Weltgesundheitsorganisation zurück. Die Aufbau- und Ablaufstrukturen sowie die Organisationskultur des Krankenhauses sollen einem Zugewinn an Gesundheit dienen.

Im Jahr 1993 wurde ein Netzwerk der gesundheitsfördernden Krankenhäuser gegründet, das heute über 600 Kliniken weltweit umfasst (Berger, 2013). Zu den Prinzipien eines gesundheitsfördernden Krankenhauses zählen:

- „A holistic view of health and illness
- A holistic view of patients within their psychosocial framework
- Advocating active participation, empowerment and responsibility for the own health of patients, relatives and employees of mental health services
- Supporting the given resources
- Supporting healthy work place conditions
- Close cooperation and networking with other mental health and general health services in the field
- A learning organization referring to total quality management“ (Berger, 2013, S. 2).

Die theoretischen Grundlagen einer entsprechenden Gesundheitsförderung stehen nach Forster et. al. (2013) in einem engen Zusammenhang mit dem Ansatz der Selbsthilfe. Beide „formierten sich in den 1970er und 1980er Jahren als kritische Gegenentwürfe zu einer professionell dominierten, biomedizinisch - kurativ und am Individuum ausgerichteten Medizin. Dabei verbindet sie das Verständnis, dass der Weg zu Gesundheit und Wohlbefinden über einen Prozess der Selbstbestimmung und Kontrolle über die eigenen Lebensbedingungen führt („empowerment“); und dass dieser Prozess nicht (nur) durch Top – down - Interventionen geleistet werden kann, sondern einer aktiven Mitwirkung der betroffenen Menschen bedarf (Partizipation)“ (Forster et. al., 2013, S. 9). Die Darstellungen deuten darauf hin, dass auch im Kontext des Krankenhauses Aspekte der Patientenselbstbestimmung im Vordergrund stehen können, wenn der Kontext in Anlehnung an das gesundheitsfördernde Krankenhaus gestaltet wird.

4.2.1 Vogds medizinsoziologischen Forschungen und Modelle

Der aktuelle Diskurs zur Krankenhausbehandlung ist wesentlich durch die Studien von Vogd (2004a, 2004b, 2004c, 2005, 2006, 2011, 2013) geprägt, so dass ich seine Darstellungen in einem gesonderten Abschnitt hervorheben möchte. Vogd (2013) thematisiert, dass für Kran-

kenhausärzte nicht die Patientenautonomie, sondern andere Aspekte zentral sind. „In den Vordergrund der ärztlichen Aufmerksamkeit tritt (...) eher die Frage, wie man elegant mit diagnostischer Unsicherheit (kann man dem Krankheitsbefund und den Untersuchungsergebnissen trauen?) mit Netzwerkunsicherheit (an wen kann ich den Patienten weiterleiten, um ihn gut betreut zu wissen?), mit ökonomischer und rechtlicher Unsicherheit (knappe Mittel bei gleichzeitiger Sorgfaltspflicht) und nicht zuletzt mit organisatorischer Unsicherheit (wie kommt man mit dem Team und der Hierarchie zurecht?) umgehen kann“ (Vogd, 2013, S. 458).

Ein Teil dieser Fragen geht auf das Forschungsergebnis zurück, dass Krankenhausärzte häufig in einen Konflikt zwischen den medizinischen Behandlungsmöglichkeiten und den ökonomisch – administrativen Bedingungen geraten (Vogd, 2004a). Die medizinisch wünschenswerte Behandlung ist aus finanziellen oder beispielsweise aus zeitlichen Gründen nicht immer umsetzbar. Die ökonomisch – administrativen Bedingungen können einen wesentlichen Einfluss auf die Handlungen der Ärzte haben. Dies gilt es empirisch zu analysieren.

Ergänzend thematisiert Vogd (2004a), dass die jeweilige Stellung innerhalb der ärztlichen Hierarchie eine besondere Bedeutung hat, wenn eine komplexe Entscheidung getroffen wird. Für komplexe Entscheidungen sind insbesondere die Chefarzte und zum Teil die Oberärzte zuständig, während sich die Assistenzärzte unterordnen. „Die Rollen des Lehrenden und Lernenden sind gleich einer quasi militärischen Ordnung mit der formalen Hierarchie festgeschrieben“ (Vogd, 2004c, S. 300). Dabei sind auch Aspekte der Verteilung und Verschiebung von Verantwortung sowie ein Bedürfnis nach Absicherung zentral. Treten Entscheidungsprobleme auf, werden diese in der Regel nicht diskursiv verhandelt. „Selbst wenn der Chef Unrecht hat (...) oder diesem gar offensichtliche Fehler unterlaufen, so obliegt es den untergeordneten Ärzten nicht, den Chef diesbezüglich offen in Diskussionen zu verwickeln oder gar eigenständig eine Entscheidung zu treffen“ (Vogd, 2004c, S. 290). Außerdem haben die Chefarzte die Rolle eines Meta – Entscheiders, denn sie entscheiden, ob sie überhaupt entscheiden (Vogd, 2004a). Entsprechende Erkenntnisse fehlen innerhalb der normativen Ansätze zur Patientenselbstbestimmung und müssen Beachtung finden, um die Interaktionen von Ärzten und Patienten angemessen darstellen zu können.

Gleichzeitig kann der ökonomische Druck, dem Krankenhäuser ausgesetzt sind, zu einer Abflachung der ärztlichen Hierarchie führen (Vogd, 2006). Als Vogd im Anschluss an seine erste Studie zwei Jahre später erneut Daten im Kontext des Krankenhauses erhebt, kommt er

zu dem Ergebnis, dass die Arbeitsdichte der Ärzte zugenommen hat und schnellere Abläufe erforderlich sind. Dies verringert die Möglichkeiten, hierarchische Stellungskämpfe auszutragen. Beispielsweise können Chefärzte heutzutage ihre Macht nicht mehr dadurch demonstrieren, dass sie sich einer Kommunikation entziehen oder die Assistenzärzte warten lassen. Sie müssen schneller und unmittelbarer zu erreichen sein. Der Zeitdruck trägt auch dazu bei, dass Entscheidungen seltener bis zur Ober- oder Chefarztvisite verschoben werden. Stattdessen übernehmen die Stationsärzte mehr Entscheidungsverantwortung. Vogds Ergebnisse unterstreichen die Wichtigkeit, dass innerhalb von Studien zu den Interaktionen von Ärzten und Patienten der Kontext Beachtung finden muss.

Vogd (2011) schlussfolgert aus seinen empirischen Studien, dass eine polykontexturale Perspektive sinnvoll ist, um die moderne Krankenbehandlung erfassen zu können. Gesellschafts-, organisations- und netzwerktheoretische Perspektiven müssen berücksichtigt werden. Die Kontextbedingungen, die einen Einfluss auf die Interaktionen der Ärzte und Patienten haben, sind gleichzeitig relevant, ohne kausal verbunden zu sein. Vogd verweist auf vielfältige Kontextbedingungen einer organisierten Krankenbehandlung. Ergänzend spricht er von einer strukturellen Asymmetrie medizinischen Handelns. Die Soziologie der Subjektivierung, innerhalb der Aspekte der Selbstbestimmung dominieren, trifft auf einen Kontext, in dem ein Patientenobjekt im Vordergrund steht. Die normativen Ansätze konnten die Asymmetrie innerhalb der Interaktionen von Ärzten und Patienten kaum verändern. Anstatt eine Patientenselbstbestimmung zu fokussieren scheint es angemessen zu sein, die Handhabung von Aspekten der Patientenselbst- und –fremdbestimmung in den Vordergrund zu rücken.

4.2.2 Kontext des psychiatrischen Krankenhauses

Im Abschnitt 4.1 stelle ich dar, dass der Kontext der Psychiatrie besonders geeignet erscheint, um die Interaktionen der Ärzte und Patienten in Bezug auf die Handhabung der Patientenselbst- und –fremdbestimmungen zu untersuchen. Aufbauend fokussiere ich im folgenden Abschnitt das psychiatrische Krankenhaus.

Als Klassiker ist Goffmans (1972) Studie ‚Asyle‘ zentral. Er analysierte in den fünfziger Jahren psychiatrische Großkrankenhäuser und kommt zu dem Ergebnis, dass die Patienten vor

allem durch die Einrichtung und nicht durch ihre Erkrankung geprägt werden. Goffman bezeichnet die Patienten als Insassen und die Klinik als totale Institution. Sie ist dadurch charakterisiert, dass die Insassen „für längere Zeit von der übrigen Gesellschaft abgeschnitten sind und miteinander ein abgeschlossenes, formal reglementiertes Leben führen“ (Goffman, 1972, S. 11). Goffman kennzeichnet die totale Institution als einen Versuch der Gesellschaft, den Charakter von Menschen zu ändern. Die Handlungen sind größtenteils in Form eines Regelsystems von den obersten Hierarchieebenen vorgegeben, um die offiziellen Ziele der Einrichtung erreichen zu können. Das Personal hat unter anderem die Aufgabe, die Einhaltung der Bestimmungen per Strafen und Privilegien zu überwachen. Teilweise werden den Insassen auch Informationen mit dem Ziel der Distanzierung und Kontrolle vorenthalten.

In totalen Institutionen wird ein „Unterschied zwischen zwei konstruierten Personenkategorien“ (Goffman, 1972, S. 112) inszeniert. Eine Folge der distanzierten Interaktionen besteht darin, dass das Personal und die Insassen sich zum Teil mit feindseligen Stereotypen begegnen. Die Behandelnden bezeichnen die Patienten beispielsweise als verbittert, verschlossen und kaum vertrauenswürdig, und die Insassen kennzeichnen das Personal als herablassend, hochmütig und niederträchtig. „Es entwickeln sich zwei verschiedene soziale und kulturelle Welten, die mit einigen offiziellen Berührungspunkten nebeneinander bestehen, sich jedoch kaum gegenseitig durchdringen“ (Goffman, 1972, S. 20).

Gleichzeitig ist es möglich, dass ein Mitarbeiter der Institution Mitleid empfindet, sich fürsorglich verhält oder kameradschaftliche Gefühle auftreten. Außerdem existieren in jeder totalen Institution Anstaltszeremonien, die eine Nähe und gegenseitige Identifizierung von Personal und Insassen beinhalten. Die Weihnachtsfeier ist ein Beispiel. In einer geselligen Atmosphäre erfolgt ein Rollentausch. Das Personal bedient die Patienten oder überreicht Geschenke. Weitere Anstaltszeremonien sind die Hauszeitung, verschiedene Formen der Selbstverwaltung und Gruppen, die ein Patient leitet. Teilweise erhalten die Insassen das Recht, Kritik zu äußern. Im Gegenzug wird erwartet, dass die Patienten das vom Personal definierte Ideal stärker beachten.

Goffman verdeutlicht mit seinen empirischen Daten eindrucksvoll, dass der Kontext des psychiatrischen Krankenhauses die Handlungen und Interaktionen der Ärzte und Patienten beeinflusst. Aufbauend muss die Frage gestellt werden, ob eine Patientenselbstbestimmung ein angemessenes Normkonzept darstellt, um die Interaktionen von Ärzten und Patienten im psychiatrischen Krankenhaus untersuchen zu können.

Den Alltag auf der geschlossenen Aufnahmestation eines psychiatrischen Großkrankenhauses untersuchen Fengler & Fengler (1980). Sie kennzeichnen selbst- und fremdgefährdende Handlungen als wesentlichen Unterschied zum allgemeinen Krankenhaus. Um diese verhindern zu können, sind die Themen Sicherheit und geordnete Verhältnisse insbesondere beim Pflegepersonal von zentraler Bedeutung. Eine Selbst- und Fremdgefährdung ist nie ganz auszuschließen, da fast jeder Gegenstand auf der Station zu einem gefährlichen Objekt werden kann. Zur Reduktion der Gefahr führen die Mitarbeiter beispielsweise bei Neuaufnahmen oder nach Ausgängen Kontrollen des Gepäcks durch. Eine andere Strategie besteht darin, den Patienten nicht zu widersprechen, um keine Unruhe zu erzeugen.

Dies bedeutet aber nicht, dass das Personal die Aussagen der Patienten als wahr ansieht. Stattdessen thematisieren Fengler & Fengler einen methodischen Entzug von Glaubwürdigkeit. Die Äußerungen der Patienten werden innerhalb einer Haltung des generalisierten Zweifels häufig als Behauptung angesehen, deren Wahrheit es zu überprüfen gilt. Beispielsweise achten die Ärzte darauf, ob die Darstellungen der Patienten kongruent sind, mit dem ärztlichen Wissen übereinstimmen oder im Widerspruch zu Informationen stehen, die die Angehörigen geben. Zur Sicherheit tragen auch eine fürsorgliche Kontrolle und eine spezifische Raumordnung bei. Zum Beispiel lassen die Pflegekräfte bestimmte Türen offen, um visuelle und akustische Gefahrensignale wahrzunehmen, und sie vertrauen darauf, dass Mitpatienten sie über mögliche Gefahren informieren.

Innerhalb der empirischen Daten von Fengler & Fengler ist die Zusammenarbeit der Ärzte mit den Pflegekräften ein zentrales Thema. Dies wird in den normativen Ansätzen hingegen nicht berücksichtigt. Im Mittelpunkt der Ergebnisse stehen Aspekte der Patientenfremdbestimmung. Im Kontext des psychiatrischen Krankenhauses scheint es kaum angemessen zu sein, ausschließlich eine Patientenselbstbestimmung zu analysieren. Stattdessen sollte die Handhabung von Aspekten der Patientenselbst- und -fremdbestimmung in den Vordergrund rücken.

Verschiedene Autoren thematisieren die Zufriedenheit der Patienten mit der stationären psychiatrischen Behandlung. Die Beiträge unterscheiden sich inhaltlich. Nach Rentrop et. al. (1999) verweisen die Ergebnisse mehrerer Studien auf eine hohe generelle Zufriedenheit. Ergänzend thematisieren Falkum & Førde (2001), dass Psychiater im Vergleich mit anderen Ärzten eher die Autonomie der Patienten beachten und sich seltener paternalistisch äußern. Entsprechende Darstellungen legen die Vermutung nahe, dass Psychiater zumindest im Vergleich mit anderen Medizinerinnen eher an einer Patientenselbstbestimmung interessiert sind.

Die Äußerungen von Patienten stehen teilweise im Gegensatz zu dieser These. Stöckle (1983) fordert beispielsweise eine Abschaffung des psychiatrischen Krankenhauses. „Ich war während meiner Lehrerinnentätigkeit mehrmals in der Klapse und musste erfahren, dass mir das überhaupt nicht half, sondern mich nur noch mehr zerstörte“ (Stöckle, 1983, S. VII). Ihre Erwartungen nach Rückzugsmöglichkeiten, Freiraum und Ruhe, Verständnis, Wärme, Geduld und Toleranz werden in der psychiatrischen Klinik nicht erfüllt. Ärzte hören nach Stöckle nicht zu, nehmen die Patienten nicht ernst und geben weder Hilfestellung noch Unterstützung. Die weiteren Kritikpunkte Stöckles betreffen das Konzept der Krankheitseinsicht, die Diagnostik, die Pharmakotherapie, die Macht der Ärzte, Zwangstherapien und eine Missachtung der Menschenwürde. „In dem Moment, wo die Profis sich selbst und sich als ‚Experten‘ in Frage stellen, können sie den Anspruch aufgeben, anderen etwas vorschreiben zu wollen, und geben somit den Betroffenen die Chance, sich wirklich mit ihnen auseinanderzusetzen“ (Stöckle, 1983, S. 275). Die Beiträge anderer psychoseerfahrener Menschen (Kempker & Lehmann, 1993; von Trotha, 1995; Beitler, 1997) sind vergleichbar. Außerdem weisen die Internetseiten der Irren - Offensive²⁴ oder des Landesverbands Psychiatrie - Erfahrener Berlin – Brandenburg²⁵ exemplarisch darauf hin, dass entsprechende Darstellungen aktuell sind und nicht ausschließlich der Vergangenheit angehören. Schließlich beinhalten die Darstellungen, dass sich die Perspektiven der Ärzte und der Patienten unterscheiden können. Entsprechend ist es sinnvoll, die jeweiligen subjektiven Perspektiven zu erheben.

Möglichkeiten, wie der Weg zu einer gewaltfreien Psychiatrie aussehen kann, thematisieren Krisor & Pfannkuch (1996; 1998; 2000; Krisor, 1992) anhand ihrer Erfahrungen in einer gemeindepsychiatrischen Abteilung eines Krankenhauses. Sie gehen davon aus, dass eine spezifische Gestaltung des Settings zu einer Vermeidung von Gewalt beiträgt. „Die psychiatrische Abteilung arbeitet gemeinde- und sozialpsychiatrisch in der Tradition emanzipatorischer Ansätze der Psychiatriegeschichte; besondere Wertschätzung gilt den lokalen und regionalen Traditionen der Nachbarschaftshilfe und des Selbsthilfepotentials“ (Krisor & Pfannkuch, 1996, S. 397). Zu den ethischen Prinzipien, die in der Klinik vertreten werden, zählen die Beachtung der Menschenwürde sowie eine Interaktions-, Autonomie-, Subjekt-, Ressourcen-, Bedürfnis- und Gesellschaftsorientierung.

In der Praxis beinhaltet dies, dass auf eine Aufnahmestation verzichtet wird, dass die Türen offen sind und dass jede Station in Bezug auf die Krankheitsbilder heterogen zusammenge-

²⁴ <http://www.irrenoffensive.de>, letzter Zugriff am 16.03.2015.

²⁵ <http://www.psychiatrie-erfahrene.de>, letzter Zugriff am 16.03.2015.

setzt ist, um Voraussetzungen für sich ergänzende Begegnungen zu schaffen. Mit der offenen Tür werden empirische Ergebnisse berücksichtigt, dass Probleme wie Gewalt, Entweichungen oder Drogenkonsum auf einer offenen Station nicht höher, sondern eher niedriger sind. Sie soll auch als Symbol für die Verhandlungsbereitschaft des Personals dienen. Außerdem stehen die Patienten anderen Mitpatienten in Form eines Krisenassistenten als Ansprechpartner und für Betreuungsaufgaben zur Verfügung.

Ein sogenanntes Atelier, in dem Vorträge, Diskussionsabende, Feste, Ausstellungen oder sonstige öffentliche Veranstaltungen stattfinden, schafft Raum für eine Begegnung von Patienten, Mitarbeitern der Klinik, Bürgern und sonstigen Interessierten. Ergänzend ermöglichen diese Angebote eine soziale Kontrolle des Krankenhauses. Als Beschäftigungstherapie werden unter anderem sportliche Aktivitäten angeboten, an denen auch das Personal und Bürger der Gemeinde teilnehmen. Die Organisation von Festen oder eine Öffentlichkeitsarbeit durch die Patienten dient dem Training sozialer Kompetenzen, der Belastungserprobung, der Befindlichkeitsveränderung sowie der Sinn- und Identitätsfindung. Die Patienten können die Institution mitgestalten.

Die Daten von Krisor & Pfannkuch verdeutlichen, dass die Gestaltung des Kontext einen wesentlichen Einfluss auf die Interaktionen der Ärzte und der Patienten haben kann. Folglich muss der Einfluss des Kontexts innerhalb einer Analyse ihrer Interaktionen empirisch berücksichtigt werden.

Zusammengefasst zeigen die obigen Darstellungen, dass die Patientenselbst- und –fremdbestimmungen im Kontext des Krankenhauses beziehungsweise im Kontext des psychiatrischen Krankenhauses ein umfangreich diskutiertes Thema sind. Verschiedene Autoren weisen darauf hin, dass im Kontext des (psychiatrischen) Krankenhauses Aspekte der Patienten-fremdbestimmung zentral sind. Gleichzeitig thematisieren andere Autoren Entwicklungen, die darauf hindeuten, dass Aspekte der Patientenselbstbestimmung an Bedeutung gewinnen. Der Kontext des psychiatrischen Krankenhauses scheint besonders geeignet zu sein, um die Handhabung der Patientenselbst- und –fremdbestimmungen untersuchen zu können.

5. Neopaternalistische Medizin

Zum Abschluss meiner Darstellungen über die theoretischen Ansätze zu den Interaktionen von Ärzten und Patienten gehe ich im folgenden auf die neopaternalistische Medizin ein. Dieser Ansatz, der vor allem auf den Beiträgen von Feuerstein & Kuhlmann (1999a) beruht, soll mir als Zusammenfassung der bisher thematisierten Beiträge dienen. Feuerstein & Kuhlmann nehmen Bezug zu empirischen Erkenntnissen über die Interaktionen von Ärzten und Patienten in spezifischen Kontexten. Anhand ihrer Darstellungen können die Fragen betrachtet werden, inwieweit die klinische Praxis den klassischen theoretischen Ansätzen entspricht beziehungsweise inwieweit die klinische Praxis dem theoretischen Wandel entspricht.

Nach Feuerstein & Kuhlmann werden die Interaktionen von Ärzten und Patienten durch unsichtbare Dritte beeinflusst. Dies trägt zu einem Verantwortungsverlust der Ärzte und einer Begrenzung ihrer Entscheidungsautonomie bei. Beispiele sind institutionelle Normen, ökonomische Zwänge oder mögliche juristische Sanktionen. „Denn der implementierte Zwang zur Kosteneinsparung begrenzt zum einen die ärztliche Autonomie, zum anderen erhöht sich der Verantwortungsdruck gegenüber dem Patienten und vor allem dem Risiko, für unzureichende Diagnostik und Therapie in Regreß genommen zu werden“ (Feuerstein & Kuhlmann, 1999b, S. 11).

Eine Patientenselbstbestimmung im Rahmen entsprechender Kontextbedingungen kann nach Feuerstein & Kuhlmann nur ein schillernder Begriff sein. Wenn beispielsweise Patienten selbstbestimmt entscheiden, wählen sie in der Regel das medizinisch Optimale und nicht das medizinisch Notwendige. Die Kosten für das medizinisch Optimale werden aufgrund von Rationierungen zum Teil jedoch nicht übernommen, so dass einer Patientenselbstbestimmung die materielle Basis fehlen kann.

Die theoretischen Ansätze zur Patientenselbstbestimmung stellen nach Feuerstein & Kuhlmann kein Abbild der klinischen Praxis, aber auch keine reine Rhetorik dar. Sie gehen vielmehr davon aus, dass der Paternalismus nicht überwunden ist, sondern ein Formwandel stattgefunden hat. Das Ergebnis ist eine neopaternalistische Medizin. „Neopaternalismus bezeichnet (...) einen Paternalismus, der hinter ärztlicher Informationspolitik verborgen ist, die neben dem Wohl von Patientinnen und Patienten durchaus auch anderen Motiven folgen kann“ (Feuerstein & Kuhlmann, 1999b, S. 12). Die Patientenselbstbestimmung bezeichnen Feuerstein & Kuhlmann als einen Mythos. Dieser Mythos ist unter anderem notwendig, da ein of-

ferer Paternalismus das Risiko eines Regresses erhöht. Innerhalb des Neopaternalismus kann die Verantwortung jedoch an den Patienten delegiert werden.

Aufbauend auf diesen Überlegungen fokussiert Kuhlmann (1999) die Informierung der Patienten im klinischen Alltag. Für sie beinhaltet eine vollständige und wahrheitsgemäße Informierung beispielsweise auch die Mitteilung, dass eine vorhandene Behandlungsmöglichkeit nicht umgesetzt werden kann, da sie nicht im Leistungskatalog der Krankenkassen enthalten ist. Nach Kuhlmann widerspricht dies aber einer Patientenselbstbestimmung. „Um die Fiktion selbstbestimmter Patientenentscheidungen dennoch aufrecht zu erhalten, wird der Autonomiebegriff nicht mehr individuell, sondern populationsbezogen definiert und Entscheidungen mit statistischen Kriterien legitimiert“ (Kuhlmann, 1999, S. 40).

Eine entsprechende Informierung bezeichnet Kuhlmann als eine konfliktvermeidende Informationspolitik. Außerdem spricht sie davon, dass medizinische Standards gesellschaftspolitischen und betriebswirtschaftlichen Interessen untergeordnet sind. Das deutsche Gesundheitswesen beinhaltet Rahmenbedingungen, die dazu führen, dass ökonomische Aspekte in Therapieentscheidungen einfließen. Dies erfolgt zum Teil gegen den erklärten Anspruch der Ärzte. Beispielsweise können ökonomische Zwänge eine Behandlungsentscheidung beeinflussen, ohne dass dies den Ärzten bewusst ist. Kuhlmann spricht von einer Verinnerlichung ökonomischer Vorgaben und verweist auf das Habitusmodell von Bourdieu²⁶. Schließlich kann der Wunsch nach Konfliktvermeidung dazu beitragen, dass die Ärzte falsch informieren, Informationen vorenthalten oder gezielt Einfluss auf die Entscheidungen der Patienten nehmen.

Zusammengefasst bedeutet dies, dass im klinischen Alltag „individuelle situative Aushandlungsprozesse zwischen medizinisch – ethischen Ansprüchen, institutionellen und arbeitsorganisatorischen Rahmenbedingungen und den einzelfallabhängigen Bedürfnissen und Möglichkeiten von PatientInnen“ (Kuhlmann, 1999, S. 64) zentral sind.

Ihre Darstellungen unterstützt Kuhlmann mit empirischen Daten. Zu den Teilnehmern ihrer Untersuchung zählen Vertreter von Ärztekammern, Kassenärztlichen Vereinigungen, medizinischen Berufsgesellschaften und Fachverbänden, Krankenhausgesellschaften, Mitglieder der Akademie für Ethik und Medizin sowie Vertreter von Patienteninitiativen. Fast die Hälfte dieser Studienteilnehmer bezeichnen Rationierungen in Form eines Vorenthaltens notwendiger und medizinisch sinnvoller Leistungen als die Realität in deutschen Krankenhäusern. Die Rationierungen erfolgen implizit und werden nicht explizit benannt.

²⁶ vergleiche 7.3

Ergänzend verdeutlicht Kuhlmanns Studie, dass die ökonomischen Zwänge zu einem Personalabbau führen. Aber „Aufklärungsgespräche erweisen sich als hochsensibel und störanfällig für die Personalreduktionen. Die selbstbestimmte Entscheidung eines Patienten wird unter diesen Bedingungen allein deshalb zur Illusion, weil nicht einmal die minimale Voraussetzung – die vollständige Information über die Behandlung und die Kenntnis der Alternativen – erfüllt ist. Vielmehr wird die Entscheidungsfindung zum Produkt ärztlicher Steuerungs- und Manipulationstaktiken“ (Kuhlmann, 1999, S. 85). Kuhlmann spricht von neuen Formen des Paternalismus.

Ein solcher Neopaternalismus beinhaltet eine Reduzierung der ärztlichen Verantwortung (Feuerstein, 1999). Dies kann nach Feuerstein dazu führen, dass der Arzt die Interessen des Patienten vernachlässigt und eine Patientenselbstbestimmung mit negativen medizinischen, psychischen und sozialen Folgen resultiert. Als Lösung thematisiert Feuerstein einen schwachen Paternalismus, in dem der Arzt als Anwalt des individuellen Patienten gestärkt wird.

Vergleichbar äußert sich Damm (2002, 2006, 2010) innerhalb seiner Darstellungen zum Neopaternalismus. Er favorisiert eine „mehr oder weniger gelingende und wechselbezügliche ‚Perfektionierung‘ von Medizin, Patientenwohl und Patientenrechten“ (Damm, 2002, S. 375) und kritisiert gleichzeitig eine einseitige Betonung der Patientenselbstbestimmung. In diesem Zusammenhang verweist Damm auf Kritiker, die eine Relativierung der Patientenselbstbestimmung und eine Rückbesinnung auf eine Ethik der Fürsorge in Bezug auf eine imperfekte Autonomie der Patienten fordern. Dies beinhaltet, dass die Fähigkeiten der Patienten zu einer eigenständigen Entscheidung krankheitsbedingt oder in Krisensituationen vermindert sein können. Außerdem thematisiert Damm, dass mit einer Betonung der Patientenselbstbestimmung auch die Entscheidungs- und Verantwortungslast der Patienten zunimmt.

Aufbauend auf diesen Überlegungen betrachtet Damm den Ansatz der neopaternalistischen Medizin differenziert. Er unterscheidet zwischen einem positiven und einem negativen Neopaternalismus. Charakteristisch für einen positiven Neopaternalismus ist eine Rückbesinnung auf eine Ethik der Fürsorge in Abgrenzung zu einer Überbewertung der Patientenselbstbestimmung. Das Wohl der Patienten und die ärztliche Verantwortung erhalten unter Beachtung des Einzelfalls wieder mehr Gewicht, ohne das Ziel zu verfolgen, die Patientenselbstbestimmung abzuschaffen. Stattdessen geht Damm davon aus, dass eine nicht paternalistische Für-

sorge bei Patienten mit einer imperfekten Autonomie eine Selbstbestimmung ermöglichen kann.

Ergänzend thematisiert Damm einen negativen Neopaternalismus. Dabei greift er auf die Darstellungen von Feuerstein & Kuhlmann zurück. Er kennzeichnet den negativen Neopaternalismus als einen verdeckten Paternalismus. Die Informationen der Ärzte können dem Patientenwohl, aber auch anderen Motiven dienen. Im Vordergrund des negativen Neopaternalismus steht ein abstrakter, statistischer und zukünftiger Patient. Dies bedeutet unter anderem, dass Vor- und Nachteile patientenübergreifend und somit losgelöst vom individuellen Patienten thematisiert werden. Außerdem dient die Patientenselbstbestimmung innerhalb eines negativen Neopaternalismus als Deckmantel für patientenexterne Interessen, zu denen unter anderem ökonomische Aspekte zählen können.

„Zusammenfassend kann man sagen, daß es dem positiven Neopaternalismus um eine Rück- und Neubesinnung auf kontextangemessene Regeln guter ärztlicher Praxis in der Individualbeziehung zwischen Arzt und Patient geht, der Kritik an einem negativen Neopaternalismus dagegen um die Offenlegung systembedingt fehlgeleiteter ärztlicher Praxis“ (Damm, 2002, S. 382).

Die Darstellungen von Feuerstein & Kuhlmann sowie von Damm müssen innerhalb einer Studie zur Handhabung der Patientenselbst- und –fremdbestimmungen berücksichtigt werden. Als Forscher sollte ich beachten, inwieweit die Interaktionen als eine neopaternalistische Medizin bezeichnet werden müssen. Zentral ist nach Damm die empirische Frage, inwieweit in der täglichen Praxis Aspekte einer Patientenselbstbestimmung umgesetzt werden können. Ergänzend ist die normative Frage wichtig, inwieweit die Normkonzepte Selbstbestimmung und Partnerschaft geeignet sind, um die Interaktionen von Ärzten und Patienten zu betrachten.

6. Herleitung relevanter Forschungsfragen

In den klassischen Ansätzen über die Interaktionen von Ärzten und Patienten dominieren Aspekte der Patientenfremdbestimmung. Hingegen stehen innerhalb der aktuellen Ansätze, die auf einem normativen Wandel beruhen, Aspekte der Patientenselbstbestimmung im Vordergrund. Diese Ansätze sind dadurch gekennzeichnet, dass die Autoren darstellen, welche Handlungen und Interaktionen wünschenswert sind beziehungsweise nicht. Ausgehend von theoretischen Modellen wird empirisch überprüft, ob entsprechende Interaktionen im klinischen Alltag vorhanden sind. Die Ergebnisse zeigen, dass die Ansätze normativ sind und den klinischen Alltag nicht angemessen beschreiben können. Innerhalb entsprechender Studien werden die Interaktionen von Ärzten und Patienten einseitig betrachtet. Die Forschungsprozesse sind in der Regel nicht offen gestaltet. Sie lassen kaum neue Fragen zu und führen kaum zu neuen wissenschaftlichen Erkenntnissen. Außerdem bleibt mit Ausnahme der Beiträge zur neopaternalistischen Medizin das Verhältnis zwischen den klassischen und den aktuellen Ansätzen in der Regel ungeklärt.

Bisher stehen normative Ansätze im Vordergrund, die den Kontext der Interaktionen vernachlässigen, und es mangelt an differenzierten sozialwissenschaftlichen Untersuchungen der klinischen Praxis unter Beachtung der jeweiligen Praxisbedingungen. Eine Studie, wie die Patientenselbst- und –fremdbestimmungen im klinischen Alltag gehandhabt werden, erscheint mir dringend notwendig. Dabei möchte ich die Frage fokussieren, welche Beiträge die Ärzte und die Patienten zur Handhabung der Patientenselbst- und –fremdbestimmungen leisten.

Innerhalb dieser Studie sind aus meiner Perspektive die folgenden Forschungsfragen zentral, die ich in Anlehnung an die Theorie über die Interaktionen von Ärzten und Patienten formuliert habe:

- Welche Aspekte sind für die Ärzte beziehungsweise für die Patienten handlungsleitend in Bezug auf die Handhabung der Patientenselbst- und –fremdbestimmungen?
- Wie selbst- oder fremdbestimmt möchten die Patienten sein?
- Wie äußern sich die Ärzte in Bezug auf eine Patientenselbst- und -fremdbestimmung?
- Welche fördernden Bedingungen und welche Hindernisse sind im Kontext vorhanden?
- Wie selbstbestimmt sind die Ärzte?

- Wie gestalten Ärzte und Patienten ihre Interaktionsprozesse?
- Welche Unterschiede bestehen über die Zeit und zwischen verschiedenen Individuen?
- Wie werden Aspekte einer Patientenselbstbestimmung und –fremdbestimmung in Beziehung gesetzt?
- Sind neopaternalistische Tendenzen erkennbar?
- Inwieweit ist im klinischen Alltag eine Patientenselbstbestimmung möglich?
- Inwieweit ist das Normkonzept Selbstbestimmung geeignet, um die Interaktionen von Ärzten und Patienten darzustellen?
- Inwiefern ist die Patientenselbstbestimmung ein Mythos?

Zur Beantwortung dieser Fragen betrachte ich innerhalb eines offenen Forschungsprozesses den klinischen Alltag. Ich berücksichtige die Sicht der Ärzte, die Sicht der Patienten und meine Perspektive als Forscher. Dabei ist es dringend notwendig, die Kontextbedingungen zu analysieren. Erst mit Hilfe entsprechender empirischer Daten ist es möglich, theoretische Ansätze zu formulieren.

Die Methoden, die zur Durchführung einer entsprechenden Studie angemessen sind, thematisiere ich im folgenden.

Ib. Methodentheorie

Die Beiträge der Interaktionen der Assistenzärzte und Patienten zur Handhabung der Patientenselbst- und -fremdbestimmungen stehen im Fokus meines Forschungsinteresses. Meine Analyse erfolgt vor dem Hintergrund der wissenschaftlichen Diskussion über den Neopateralismus in der Medizin, mit dem ich mich im vorherigen Abschnitt beschäftige. Welche Theorien meinem Verständnis der Begriffe Interaktion beziehungsweise Handlung zugrunde liegen, thematisiere ich im Kapitel 7. Anschließend gehe ich in den Kapiteln 8 und 9 auf die Fragen ein, welche Methoden zur Erhebung und Auswertung entsprechender Daten angemessen sind, und ich führe die Methoden theoretisch ein.

7. Handlungs- und Interaktionsbegriff

Für den Handlungs- und Interaktionsbegriff sind innerhalb meiner Studie insbesondere Blumers Darstellungen zentral, dass Handlungen und Interaktionen vor allem als symbolische Interaktionen zu verstehen sind. Ergänzend thematisiere ich in Anlehnung an Strauss, dass Handlungen und Interaktionen in einen Kontext eingebettet sind. Schließlich führe ich Bourdieus Habitusbegriff in Bezug auf nicht symbolische Handlungen ein.

7.1 Symbolischer Interaktionismus

Im Mittelpunkt meines Forschungsinteresses steht eine Analyse, welche Beiträge die Interaktionen von Assistenzärzten und psychoseerfahrenen Patienten zur Handhabung der Patientenselbst- und -fremdbestimmungen haben. Dabei muss ich mir als Forscher unter anderem die Frage stellen, wie ich den Begriff Interaktion theoretisch fassen und untersuchen kann.

Eine nützliche Perspektive zur Beantwortung dieser Frage bieten die Darstellungen zum symbolischen Interaktionismus (Mead, 1973; Blumer, 1973, 1986). Der symbolische Interaktionismus geht auf verschiedene Autoren zurück. Einen geschichtlichen Überblick in Bezug auf

den symbolischen Interaktionismus ermöglicht Denzin (1992). Von besonderer Bedeutung für die Entwicklung des symbolischen Interaktionismus waren Mead (1973) und sein Schüler Blumer (1973, 1986), dessen Überlegungen im Zentrum meiner Darstellungen stehen. Blumer bezeichnet den symbolischen Interaktionismus als einen Ansatz zur Erforschung des menschlichen Verhaltens und Zusammenlebens. Inwieweit dieser Ansatz hilfreich innerhalb meiner Untersuchung sein kann, thematisiere ich in diesem Abschnitt.

Kennzeichnend für den symbolischen Interaktionismus sind die folgenden drei Prämissen. „Die erste Prämisse besagt, dass Menschen ‚Dingen‘ gegenüber auf der Grundlage der Bedeutungen handeln, die diese Dinge für sie besitzen. Unter ‚Dingen‘ wird hier alles gefasst, was der Mensch in seiner Welt wahrzunehmen vermag (...). Die zweite Prämisse besagt, dass die Bedeutung solcher Dinge aus der sozialen Interaktion, die man mit seinen Mitmenschen eingeht, abgeleitet ist oder aus ihr entsteht. Die dritte Prämisse besagt, dass diese Bedeutungen in einem interpretativen Prozess, den die Person in ihrer Auseinandersetzung mit den ihr begegnenden Dingen benutzt, gehandhabt und abgeändert werden“ (Blumer, 1973, S. 81). Bedeutungen sind im symbolischen Interaktionismus soziale Produkte. Eine Bedeutung ist nicht vorab festgelegt, sondern entscheidend ist die jeweilige Situation und die Frage, worauf die Handlung ausgerichtet ist. Innerhalb des symbolischen Interaktionismus haben die „subjektiven Interpretationen, Deutungen und Handlungsentwürfe einen (... großen ...) Spielraum (...). Soziales Handeln ist wesentlich davon abhängig, wie Menschen eine Situation definieren und eine gemeinsame Sichtweise der Wirklichkeit aushandeln“ (Reiger, 2009). Ergänzend zu dieser einleitenden Zusammenfassung betrachte ich die zentralen Grundlagen des symbolischen Interaktionismus im folgenden ausführlicher.

Blumer (1973) thematisiert in Anlehnung an Mead (1973), dass ein Mensch ein Selbst besitzt. Zentral ist in diesem Zusammenhang die Annahme, dass der Handelnde aufbauend auf seiner Wahrnehmung mit sich selbst interagiert. „Der Handelnde (...) nimmt (...) Dinge wahr, mit denen er sich auseinandersetzen muss, er interpretiert und beurteilt sie. Er kann dies aufgrund der Tatsache tun, dass er mit sich selbst interagieren und kommunizieren kann. Durch eine solche Interaktion mit sich selbst baut er seine Handlungslinie auf, indem er wahrnimmt, was er will oder was man von ihm verlangt, indem er sich ein Ziel setzt, die Möglichkeiten der Situation beurteilt und seine Handlungslinien entwirft. In einer solchen Selbst - Interaktion kann er seine voraussichtliche Handlung in der Schwebe halten, er kann sie fallen lassen, an dem einen oder anderen Punkt überprüfen, abändern oder einen Ersatz für sie erfinden. Der

symbolische Interaktionismus erklärt, dass dies die Art ist, in der der Mensch seine soziale Handlung eingeht“ (Blumer, 1973, S. 138 + 139).

Eine entsprechende Interaktion mit sich selbst versteht Blumer als einen sozialen Prozess. Der Handelnde macht das Wahrgenommene zu einem Objekt. Diesem Objekt gibt er eine Bedeutung, und diese Bedeutung bildet die Grundlage für seine Handlungsausrichtung. Bei der Frage, welche der wahrgenommenen Dinge berücksichtigt werden, können die Wünsche und Bedürfnisse des Handelnden, seine Ziele, die Mittel zum Erreichen dieser Ziele, die Handlungen und die antizipierten Handlungen der Anderen, das Selbstbild und das erwartete Ergebnis einer Handlung von Bedeutung sein. Ein Forscher muss „den Definitionsprozess des Handelnden erschliessen, um sein Handeln zu verstehen“ (Blumer, 1973, S. 96).

Für meine Studie ergibt sich somit die Notwendigkeit, die Bedeutungen zu rekonstruieren, die die „Dinge“ für die Assistenzärzte beziehungsweise für die Patienten haben. Entsprechend meines Forschungsinteresses stehen die Kategorien der Selbst- und Fremdbestimmung im Vordergrund. Ergänzend möchte ich offen danach fragen, welche weiteren „Dinge“ innerhalb der Handlungen und Interaktionen der Assistenzärzte und Patienten von welcher Bedeutung sind beziehungsweise welche weiteren Handlungslinien sie verfolgen. Dabei berücksichtige ich entsprechend Blumers Ausführungen den Definitionsprozess der Assistenzärzte und der Patienten.

Ein zentrales Thema innerhalb Blumers (1973, 1986) Darstellungen sind – ergänzend zu den Handlungen eines Individuums – die Interaktionen von Menschen. Dieses gemeinsame Handeln stellt keine Zusammenfassung einzelner Teilhandlungen dar, sondern eine Interaktion besteht „aus und in dem gegenseitigen Aufeinander – Abstimmen der Handlungslinien durch die Beteiligten“ (Blumer, 1973, S. 96). Blumer (1986) kennzeichnet die soziale Interaktion als einen Prozess. Menschen müssen ihre Handlungen mit den Handlungen der Anderen in einen Einklang bringen. Zentral ist dabei die gegenseitige Rollenübernahme. Dies bedeutet, dass ich die Handlung des Anderen von seinem Standpunkt aus betrachte, während der Andere meinen Bezugsrahmen berücksichtigt, um mir mitzuteilen, wie ich handeln soll. Dabei entsteht eine Beziehung zwischen Subjekten.

„Indem die Menschen in sozialen Interaktionen ihre Vorstellungen über Objekte kreieren, verändern, umformen und verwerfen, konstruieren sie Realität. Es gibt also aus der Sicht des

symbolischen Interaktionismus keine objektive Wirklichkeit, vielmehr wird bei situativen Begegnungen der Sinn der Interaktion permanent ausgehandelt, es kommt zu einer – nicht immer bewussten – gemeinsamen Definition der Situation, die den Fortgang der weiteren Interaktion strukturiert“ (Reiger, 2009, S. 143).

Auch bei wiederkehrenden Handlungen stellt die gemeinsame Handlung einen Prozess dar. „Es ist der soziale Prozess des Zusammenlebens, der die Regeln schafft und aufrechterhält, und es sind nicht umgekehrt die Regeln, die das Zusammenleben schaffen und erhalten“ (Blumer, 1973, S. 99). Die Handelnden bringen „immer die Welt von Objekten, die Sets von Bedeutungen und die Interpretationsentwürfe mit, die sie schon besitzen. So geht die neue Form gemeinsamen Handelns immer aus dem Zusammenhang früherer gemeinsamer Handlungen hervor und ist mit diesen verbunden“ (Blumer, 1973, S. 100). Auch die Menschen, die wiederholt interagieren, handeln auf der Grundlage von Bedeutungen (Blumer, 1986). Sie müssen jedoch weniger Anstrengungen aufwenden, um gemeinsam zu Handeln.

In Bezug auf meine Studie beinhalten die Darstellungen Blumers, dass die Handhabung der Patientenselbst- und -fremdbestimmungen innerhalb von sozialen Interaktionen erfolgt. Zentral sind die Fragen, welche Bedeutungen den Interaktionen zugrunde liegen und wie die Assistenzärzte und die Patienten ihre Handlungen während eines Aushandlungsprozesses aufeinander abstimmen.

Blumers (1973, 1986) Position unterscheidet sich grundlegend von den Beiträgen, in denen menschliches Verhalten als eine Reaktion auf äußere Faktoren verstanden wird. Menschliches Zusammenleben ist „ein formender Prozess und nicht reines Wirkungsfeld bereits existierender Faktoren“ (Blumer, 1973, S. 90).

Außerdem versteht Blumer (1986) die Ordnung innerhalb einer menschlichen Gesellschaft und Veränderungen innerhalb dieser Ordnung nicht als die Determinante, sondern als das Produkt von Handlungen. „Im symbolischen Interaktionismus wird Gesellschaft als Verkettung sozialer Handlungen verstanden, als ein Interaktionszusammenhang, in dem symbolisch vermitteltes und damit immer interpretationsbedürftiges Handeln stattfindet“ (Reiger, 2009, S. 150). Die Ordnung ist der Rahmen für soziale Interaktionen.

Die Darstellungen Blumers (1973, 1986) beinhalten allgemeine Konsequenzen für die Forschung und somit auch für meine Studie. Entsprechend der Prämisse, dass Menschen auf der Grundlage von Bedeutungen der Objekte in ihrer Welt handeln, muss der Forscher „die Situ-

ation so sehen, wie sie vom Handelnden gesehen wird, er muss beobachten, was der Handelnde berücksichtigt, er muss die alternativen Handlungsweisen wahrnehmen, die dieser im voraus entwirft, und er muss versuchen, der Interpretation zu folgen, die zu der Auswahl und der Ausführung einer dieser vorentworfenen Handlungen führte“ (Blumer, 1973, S. 140). Dabei sind nach Blumer eine Exploration und Inspektion notwendig. Dies sind eine Beschreibung und eine Analyse als Verfahren zur Prüfung der empirischen sozialen Welt. Die Rekonstruktion subjektiver Sichtweisen rückt in den Mittelpunkt der Untersuchung sozialer Welten (Flick, 2007) und bildet entsprechend auch eine wichtige Grundlage meiner Studie.

Ergänzend zu meinen bisherigen Darstellungen thematisiert Blumer (1973, 1986) kurz, dass es nicht – symbolische Interaktionen gibt, führt diesen Gedanken jedoch kaum weiter aus. Als Beispiel für eine nicht – symbolische Interaktion spricht er von einem Boxer, der reflexartig seinen Arm hochnimmt, um einen Schlag des Anderen abzuwehren. Es handelt sich um ein sofortiges und unreflektiertes Reagieren auf den Anderen, ohne dass die Bedeutung der Handlung des Anderen Beachtung findet.

Außerdem thematisiert Blumer „... cases of human association which are heavily ritualized, as in a stylized religious ceremony, wherein each overt action of each participant is definitely prescribed at each given point, with the total interaction involving the taking account of one another only in terms of such prescriptions. Here the fit of the conceptions of culture, social structure, and role playing approximates perfection. But such instances are relatively infrequent in human group life and should not be used as the prototype of human group life“ (Blumer, 1986, S. 115 + 116).

Auf die nicht – symbolischen Interaktionen und die Frage, wie sie beforscht werden können, geht Blumer kaum ein. Diese Überlegungen sind in Bezug auf meine Studie jedoch relevant. Feuerstein & Kuhlmann (1999b) kennzeichnen den Neopaternalismus als einen verborgenen Paternalismus. Die Annahme, dass Menschen auf der Grundlage von Bedeutungen handeln, scheint nicht auszureichen, um das Verborgene innerhalb der Interaktionen der Assistenzärzte und der Patienten umfassend analysieren zu können. Entsprechend thematisiere ich ergänzend zum symbolischen Interaktionismus im Abschnitt 7.3 Bourdieus Darstellungen zum Habitus.

Bourdieu (1976) kritisiert am symbolischen Interaktionismus unter anderem, dass die sozialen Strukturen keine Beachtung finden. Beispielsweise werden gesellschaftliche sowie Herrschafts- und Machtaspekte nicht berücksichtigt. Innerhalb von Bourdieus Habituskonzept ha-

ben die sozialen Strukturen hingegen einen zentralen Stellenwert. Sie können somit durch einen Rückgriff auf das Habituskonzept während der Analyse der nicht symbolischen Interaktionen in meine Studie einfließen.

Außerdem führt Bourdieus Kritik zu der Frage, wie der Kontext in Bezug auf die symbolischen Interaktionen analysiert werden kann. Diese Frage steht im Mittelpunkt des folgenden Abschnitts.

7.2 Kontextbegriff nach Strauss

Der Kontextbezug von Handlungen beziehungsweise Interaktionen ist ein zentrales Thema verschiedener Darstellungen von Strauss (1978, 1993, 1994), der als Schüler von Blumer in die Tradition des symbolischen Interaktionismus einzuordnen ist (Mey & Mruck, 2007). Strauss geht unter anderem darauf ein, wie die Gesellschaft analysiert und konzeptualisiert werden kann. Beispielsweise thematisiert er, welche Bedeutung spezifische Variablen wie die soziale Klasse, Rasse, Geschlecht oder andere soziale Einheiten haben. Nach seiner Auffassung können diese Variablen in Abhängigkeit vom spezifischen Kontext des sozialen Lebens einen unterschiedlichen Einfluss haben. Eine Berücksichtigung des Kontexts ist wichtig, um Handlungen beziehungsweise Interaktionen und somit auch den Beitrag der Interaktionen von Assistenzärzten und psychoseerfahrenen Patienten zur Handhabung der Patientenselbst- und -fremdbestimmungen analysieren zu können.

In den Beiträgen von Strauss (1993) ist unter anderem der Begriff der sozialen Welten zentral. Eine soziale Welt ist dadurch gekennzeichnet, dass mindestens eine evidente Handlung vorhanden ist. Strauss definiert soziale Welten mit einem Verweis auf Clarke als „groups with shared commitments to certain activities, sharing resources of many kinds to achieve their goals, and building shared ideologies about how to go about their business“ (Strauss, 1993, S. 212). Eine soziale Welt hat verschiedene Eigenschaften. Hierzu zählen die Größe, Dauer, die Ursprünge, die Geschichte, die Veränderungsrate, Typ und Summe an Ressourcen sowie die Beziehung zur Technik und zur Staatsmacht. Außerdem können das Geschlecht oder die soziale Klasse sowie der Ort von Bedeutung sein. Das Konzept der sozialen Welten ermöglicht dem Forscher, die Gesellschaft in ihrer Komplexität und Unterschiedlichkeit, in ihren perme-

ablen Grenzen, der Unterteilung in Gruppen und unter Berücksichtigung eines schnellen Wandels untersuchen zu können (Strauss, 1993).

Strauss (1993) geht davon aus, dass der Mensch in der modernen Gesellschaft Mitglied mehrerer sozialer Welten ist. Der Handelnde kann hoch oder geringfügig in den einzelnen sozialen Welten involviert sein. Beim Vergleich sozialer Welten wird deutlich, dass sie sich in Bezug auf die charakteristischen Handlungen unterscheiden. Beispielsweise können intellektuelle, kommerzielle, politische, religiöse oder sonstige Themen im Vordergrund stehen. Zwischen den verschiedenen sozialen Welten besteht aufgrund von Handlungs- und Interaktionsprozessen eine Verbindung, und die Grenzen sind fließend. „Soziale Welten sind dynamische Gefüge. Wegen der hohen Variabilität von Handlungen und deren sozialsymbolischen Gehalt sind einerseits die Grenzen der Welt extrem durchlässig, eine interne Zersplitterung sehr typisch“ (Müller, 2002, S. 91). Wenn die Grenzen einer sozialen Welt von mehreren Mitgliedern als zu restriktiv erlebt werden, kann dies zu einer neuen sozialen Welt oder zu einer Subwelt führen. „Segmentation subprocesses refer to how these subworlds originate, evolve, maintain themselves, distinguish themselves from others, break apart in further segmentation, also decline and vanish, and so on“ (Strauss, 1993, S. 215). Es existieren soziale Welten und Subwelten, die kaum sichtbar beziehungsweise sehr präsent sind.

In Bezug auf meine Studie verstehe ich die Psychiatrie als eine soziale Welt. Unter anderem ist der Patient während seines Klinikaufenthalts Mitglied dieser sozialen Welt. In der Regel ist er außerdem Mitglied weiterer sozialer Welten. Beispiele sind der Patient als Familienvater oder als Berufstätiger. Ergänzend ist die Unterteilung der sozialen Welt in verschiedene Subwelten zu beachten. Hierzu zählen unter anderem die einzelnen Stationen eines psychiatrischen Krankenhauses oder die Ebene der Klinikleitung als eine Subwelt.

„Soziale Welten sind Sinngemeinschaften, die sich durch die Gemeinsamkeit von Weitsicht, Zielen und Handeln ihrer Mitglieder auszeichnen. Durch das Aushandeln von Konflikten werden sie zu Arenen, wobei sie sich häufig in Subwelten aufspalten. (...) Soziale Welten sind Gruppierungen von Menschen, die durch gemeinsame Ziele und Sichtweisen verbunden sind, ohne dass es scharfe Grenzen der Mitgliedschaft gäbe, wie sie für Organisationen typisch sind. Gesellschaftliche Kontroversen oder Konflikte werden in unterschiedlichen Arenen ausgehandelt, sei es innerhalb einer sozialen Welt oder zwischen verschiedenen Welten“ (Legewie & Schervier - Legewie, 2004).

Dieses Zitat führt zu dem Begriff der Arena. „In sogenannten ‚Arenen‘ definieren und bearbeiten die Angehörigen unterschiedlicher sozialer Welten Probleme. Hier formen sie Koalitionen, verhandeln, wie die Probleme angegangen werden und stimmen divergierende Perspektiven miteinander ab“ (vom Lehn, 2006). Außerdem verweist Strauss auf größere politische Arenen und berücksichtigt so Phänomene der Makroebene innerhalb seiner Handlungstheorie. „Arenas exist at every level of organizational action, from the most microscopic to the most macroscopic“ (Strauss, 1993, S. 227).

In Bezug auf meine Studie beinhalten Strauss' Darstellungen, dass die Interaktionen der Assistenzärzte und der Patienten in Arenen stattfinden. Eine Analyse der Arenen ist sinnvoll, um die Interaktionen von Assistenzärzten und psychoseerfahrenen Patienten sowie ihren Beitrag zur Handhabung der Patientenselbst- und -fremdbestimmungen erfassen zu können.

Handlungen werden nach Strauss (1993) in einer beziehungsweise zwischen den sozialen Welten debattiert und verhandelt. Diese Aushandlungsprozesse, die Strauss als negotiations bezeichnet, sind wesentlich für das Entstehen einer sozialen Ordnung. Die soziale Ordnung stellt somit eine ausgehandelte Ordnung oder in den Worten von Strauss eine negotiated order dar.

Strauss entwickelt sein Konzept der negotiated order im Zusammenhang mit der Interpretation von Feldbeobachtungen in einem Krankenhaus. Die negotiated order ist die Summe der Regeln oder Grundsätze, die in einer Organisation gelten, in Verbindung mit den spezifischen Vereinbarungen, die die Handelnden treffen. Eine negotiated order stellt eine Handlungsvoraussetzung dar, und gleichzeitig wirken die negotiations auf die Organisation zurück. Die Ergebnisse der Aushandlung sind zeitlich begrenzt. Sie können im Rahmen von fortlaufenden negotiations reproduziert, verändert oder ergänzt werden. Um diesen Prozesscharakter zum Ausdruck zu bringen, spricht Strauss zusammenfassend von processual ordering.

Ein täglicher Aushandlungsprozess bildet die Grundlage dafür, die Arbeit in einem Krankenhaus erledigen zu können. Beim Arbeiten koordinieren die Akteure ihre Handlungen, so dass unterschiedliche Perspektiven einbezogen und abgestimmt werden. Die Aushandlungen können von strukturellen Bedingungen abhängen. Strauss thematisiert verschiedene Ergebnisse aus seiner Forschung im Krankenhaus, die ebenfalls für meine Studie relevant sind. Dies betrifft unter anderem die Frage, wer mit wem eine Aushandlung führt, wann und über was. Beispielsweise ist im Kontext des Krankenhauses eine Aushandlung zwischen einem Chefarzt und einem Pflegehelfer unwahrscheinlich.

Den Begriff Kontext definieren Corbin & Strauss (2008) zusammenfassend als „structural conditions that shape the nature of situations, circumstances, or problems to which individuals respond by means of action / interaction / emotions. Contextual Conditions range from the most macro to the micro“ (Corbin & Strauss, 2008, S. 87). Zum Kontext gehören die besonderen Bedingungen, die in der Aushandlungssituation verfügbar sind und innerhalb derer Handlungen sowie interaktionale Strategien stattfinden (Strauss & Corbin, 1996). Auf einen weiter gefassten und strukturellen Kontextbegriff, der nicht fallspezifisch ist, verweist hingegen die Bezeichnung intervenierende Bedingungen. Die intervenierenden Bedingungen wirken auf die Handlungs- sowie auf die interaktionalen Strategien. Sie erleichtern oder hemmen diese Strategien in einem spezifischen Kontext. Zentral ist somit der Unterschied zwischen eher situationsspezifischen Eigenschaften des Phänomens und allgemeinen Zusammenhängen wie sozial – strukturellen Aspekten.

Strübing (2008) kritisiert, dass der Kontextbegriff und der Begriff der intervenierenden Bedingungen zum Teil verwechselt werden. Für eine wissenschaftliche Analyse sollte in Anlehnung an Strübing der Begriff Kontext nur das betreffen, was zum Verständnis des zu untersuchenden Phänomens in seiner konkreten Ausprägung relevant ist. Diese Begriffsbestimmung möchte ich für meine Studie übernehmen. Im Fokus meines Interesses stehen die Assistenzärzte und die Patienten. Die weiteren Personen, die an einer Handlung oder Interaktion beteiligt sind, ordne ich dem Kontext zu. Zu ihnen zählen beispielsweise das Pflegepersonal, die Chef- und Oberärzte oder Angehörige.

Nach Strauss (1994) ist es für mich als Forscher wichtig, sowohl Daten über die Interaktionen als auch über die Strukturen zu berücksichtigen. „Reduziert der Forscher die strukturellen Bedingungen, die in einem eher direkten Kontext stehen oder aber ‚weiter weg‘ (oder, wie manche Sozialwissenschaftler sagen, makroskopisch oder mikroskopisch) sein können, auf ein Mindestmaß, oder lässt er sie einfach weg, dann sind die Schlussfolgerungen zu kurz gegriffen. Umgekehrt wird die Überbetonung struktureller Bedingungen den reichen interaktionalen Daten nicht gerecht“ (Strauss, 1994, S. 119). Der Forscher muss die spezifischen Bedingungen mit den spezifischen Interaktionen, Strategien und Konsequenzen verbinden. „In der Grounded Theory begreift man Struktur nicht als etwas, was ‚da oben ist‘ und (...) die Interaktionen bestimmt. Man geht auch nicht davon aus, dass gegebene Strukturbedingungen (...) notwendigerweise für die interaktionalen / prozesshaften Phänomene, die untersucht werden,

relevant sein müssen. Der Forscher muss vielmehr nach relevanten strukturellen Bedingungen suchen, d. h. dass er diese so spezifisch wie möglich mit den interaktionalen / prozesshaften Bedingungen verknüpfen muss“ (Strauss, 1994, S. 121).

Für die Analyse von Handlungen und Interaktionen unter Beachtung des Kontexts entwickeln Strauss & Corbin (1996) die Bedingungsmatrix. Sie ist ein „analytisches Hilfsmittel, ein Diagramm, das beim Berücksichtigen des weiten Bereichs von Bedingungen und Konsequenzen in bezug auf das untersuchte Phänomen dienlich ist. Die Matrix ermöglicht dem Analysierenden, die Untersuchung wie auch die Verknüpfung der verschiedenen Ebenen von Bedingungen und Konsequenzen“ (Strauss & Corbin, 1996, S. 132).

Wichtig ist nach Strauss & Corbin ein transaktionales System, ein „Analysesystem, das Handlung / Interaktion in Beziehung zu ihren Bedingungen und Konsequenzen untersucht“ (Strauss & Corbin, 1996, S. 132). Clarke ergänzt: „Strauss’ interaktionistische Soziologie basierte vor allem auf der Auffassung, dass Handeln situierte Tätigkeit sei. Folglich sind die Bedingungsmatrizen für ihn Hilfsmittel der Situierung – Instrumente, die den Forscher in die Lage versetzen, die spezifischen Bedingungen, unter denen die jeweilige Handlung geschieht, leichter und vollständiger zu erfassen“ (Clarke, 2012, S. 107).

Die Bedingungsmatrix enthält mehrere Ebenen (Strauss & Corbin, 1996). Im Zentrum steht die Handlung, die ausgeführt wird, um beispielsweise mit einem Phänomen umzugehen oder um auf das Phänomen zu reagieren. Auf der folgenden Ebene, die Strauss & Corbin als interaktionale Ebene bezeichnen, ist berücksichtigt, dass Menschen gemeinsam oder in Bezug auf andere Handeln. „Dann erreichen wir die Ebene von Kollektiv, Gruppe und Individuum. Diese Ebene beinhaltet Biographien, Philosophien, Wissen und Erfahrungen von Einzelpersonen, Familien und verschiedenen Gruppierungen (z. B. Interessen-, Berufs- und Wissenschaftsgruppen)“ (Strauss & Corbin, 1996, S. 137). Des Weiteren sind die Ebene von Unter-einheiten in Organisationen beziehungsweise Gruppen, die organisatorische beziehungsweise institutionelle Ebene, die Ebene der Gemeinde und schließlich die nationale sowie internationale Ebene zu berücksichtigen. Die Bestandteile der nationalen und internationalen Ebene sind beispielsweise politische, rechtliche, kulturelle, wirtschaftliche und geschichtliche Aspekte.

„Die Bedingungsmatrix wird durch das Verfolgen von Bedingungspfaden erstellt. Das Verfolgen von Pfaden beinhaltet das Nachzeichnen eines Ereignisses oder Vorkommnisses von der Handlungs- und Interaktionsebene ausgehend durch die verschiedenen Bedingungebenen

hindurch, um festzustellen, wie sie miteinander in Beziehung stehen. Dies wird getan, um Bedingungen und Konsequenzen unmittelbar mit Handlungen / Interaktionen zu verknüpfen“ (Strauss & Corbin, 1996, S. 139).

Eine entsprechende Verwendung der Bedingungsmatrix erscheint mir innerhalb meiner Studie sinnvoll, um den Kontext zu berücksichtigen. Dabei ist zu beachten, dass sich der Kontextbegriff von Strauss auf symbolische Interaktionen bezieht. Ergänzend gehe ich im folgenden Abschnitt auf nicht – symbolische Interaktionen ein.

7.3 Bourdieus Habituskonzept

Eine weitere theoretische Grundlage in Bezug auf die Interaktionen der Assistenzärzte und der Patienten unter Berücksichtigung des Kontexts bietet ergänzend zu den Darstellungen in den vorherigen Abschnitten Bourdieus Habituskonzept. Bevor ich die zentralen Inhalte von Bourdieus Überlegungen wiedergebe, möchte ich kurz die wichtigsten Unterschiede zu den Vertretern des symbolischen Interaktionismus thematisieren. Außerdem gehe ich am Ende des Abschnitts auf kritische Anmerkungen zum Habituskonzept ein.

Nach Lenger et. al. (2013b) ist in Bourdieus Ausführungen die Frage zentral, „wieso Menschen in immer neuen Situationen strukturiert und geregelt handeln, ohne (...) einer bewussten Regel oder formellen Anweisung zu folgen“ (Lenger et. al., 2013b, S. 21). Während im symbolischen Interaktionismus die Bedeutungen der Dinge für die Handelnden im Vordergrund sind, strukturiert bei Bourdieu (1997) der Habitus die Handlung eines Akteurs.

Mit dem Habituskonzept wird der „Boden der Bewusstseinsphilosophie (...) verlassen“ (Bourdieu, 1997a, S. 63). Die Aneignung des Habitus erfolgt unbewusst. Wenn ich einen Akteur bitte, sein Handeln in Bezug auf die Handhabung der Patientenselbst- und -fremdbestimmungen zu reflektieren, beinhaltet dies aus Bourdieus Perspektive eine Verkenning, da dem Akteur seine Dispositionen nicht zugänglich sind (Fuchs – Heinritz & König, 2011). Auch Lenger et. al. (2013b) weisen darauf hin, dass sich Bourdieu mit dem Habituskonzept gegen die Vorstellung wendet, soziales Handeln sei das Ergebnis einer bewussten Entschei-

dung oder des Befolgens von Regeln. Nach diesen Autoren stellt das Habituskonzept einen Paradigmenwechsel innerhalb der Sozialwissenschaften dar.

Ergänzend verweist Bourdieu (1976) darauf, dass die Wahrheit einer Interaktion nie gänzlich in dieser selbst gründet. Interpersonale Beziehungen sind nicht die Beziehungen eines Individuums zu einem anderen, sondern zentral sind die Herrschaftsstrukturen. Bourdieu kritisiert, dass im symbolischen Interaktionismus die sozialen Strukturen zu wenig Berücksichtigung finden. Im Unterschied hierzu sind innerhalb des Habituskonzepts Hinweise auf die gesellschaftlichen Positionen zentral und somit auf die gesellschaftliche Distanz, die gewahrt oder vermindert oder verstärkt wird.

Ein Habitus ist ein Wahrnehmungs-, Denk- und Handlungsschemata, das als ein System von dauerhaften Dispositionen Handlungen, Einstellungen und Bewertungen beeinflusst (Bourdieu, 1978, 1995; Fuchs – Heinritz & König, 2011). Soziale Strukturen werden einverleibt und prägen so individuelle Dispositionen (Weiß, 2009), die zur Grundlage der Wahrnehmung und Beurteilung aller weiteren Erfahrungen werden. Somit ist der Habitus eine „leibhaftig gewordene Geschichte“ (Bourdieu, 1995, S. 69). Die entsprechend erzeugten Praktiken sind „wechselseitig verstehbar und unmittelbar den Strukturen angepasst, und außerdem aufeinander abgestimmt und mit einem zugleich einheitlichen und systematischen, über subjektive Absichten wie individuelle und kollektive Vorhaben hinausreichenden objektiven Sinn ausgestattet“ (Bourdieu, 1987, S. 108).

Ergänzend spricht Bourdieu (1997) davon, dass der Habitus ein ‚opus operatum‘ und ein ‚modus operandi‘ ist. Dies bedeutet, dass der Habitus sowohl ein strukturiertes Produkt als auch eine strukturierende Struktur oder „mit anderen Worten (... ein) Erzeugungs- und Strukturierungsprinzip von Praxisformen und Repräsentationen“ (Bourdieu, 1976, S. 165) darstellt. Der Habitus erzeugt Strategien, die es ermöglichen, neuen Situationen entgegenzutreten, ohne dass es sich um eine geplante Tätigkeit handelt. Diese Praktiken weisen die Tendenz auf, die objektiven Bedingungen zu reproduzieren, deren Produkt sie sind. „Der Habitus stellt das Produkt einer Einprägungs- und Aneignungsarbeit dar, die erforderlich ist, damit die Hervorbringungen der kollektiven Geschichte sich in Form dauerhafter Dispositionen (...) erfolgreich reproduzieren können“ (Bourdieu, 1976, S. 186).

Entsprechende Praktiken können an ein Ziel angepasst sein, ohne dass ein bewusstes Anstreben von Zwecken gegeben ist (Bourdieu, 1978). Die Praktiken sind geregelt und regelmäßig, ohne das Ergebnis von Regeln zu sein, und sie sind aufeinander abgestimmt, ohne dass ein

Dirigent dies leitet. Die Vorstellungen und Handlungsweisen, die der Habitus erzeugt, entsprechen den Umständen, denen sie entstammen (Bourdieu, 1997). Der Habitus, der in der Gegenwart von Bedeutung ist, wurde in der Vergangenheit geschaffen (Fuchs – Heinritz & König, 2011), und er reproduziert die Vergangenheit. „Der Habitus ist also ein (...) Mechanismus, der die Praxis der Struktur anpasst und damit die praktische Reproduktion der Struktur gewährleistet. In Bourdieus Augen ist daher der Habitus ‚die Lösung des Paradoxons vom objektiven Sinn ohne subjektive Absicht‘“ (Müller, 2002, S. 164).

Der Habitus sucht seine eigene Konstanz und die Abwehr von Veränderungen durch eine Auswahl zwischen Orten, Ereignissen und Personen (Bourdieu, 1978). Dadurch schützt sich der Habitus vor Krisen und einer kritischen Befragung. Er schafft sich ein Milieu, an das er so weit wie möglich vorangepasst ist. Der Habitus ist Grundlage einer selektiven Wahrnehmung, die eher seiner Bestätigung als einer Veränderung dient. Er nimmt die Zukunft vorweg und führt sie mit herbei. Außerdem bietet der Habitus eine Möglichkeit, sich eine Institution anzueignen und sie damit am Leben zu halten. Der Habitus erzeugt in der Institution Praktiken, die mit der Logik und den Erfordernissen der Institution übereinstimmen. Welche Praktiken dies im Setting der stationären Psychiatrie sind, ist innerhalb einer Analyse der Handhabung der Patientenselbst- und -fremdbestimmung zu berücksichtigen.

„Die im Körper gespeicherten und ihrer Erzeugung nach vergessenen Gehalte des Habitus werden pädagogisch oft an Kleinigkeiten (z. B. Höflichkeitsregeln, Vorschriften für die Körperhaltung von Jungen und Mädchen, Regeln für die Benutzung der Esswerkzeuge) vermittelt, enthalten aber gewöhnlich mit ihnen verknüpfte weiter reichende (die Ethik, den Kosmos, die Politik betreffende) Glaubensgehalte“ (Fuchs – Heinritz & König, 2011, S. 135). Dabei sind insbesondere die Faktoren Geschlecht, soziale Stellung, soziale Herkunft und ethnische Zugehörigkeit von Bedeutung (Treibel, 2006).

Die Strukturen des Habitus entstehen, indem der Handelnde mit der sozialen Praxis vertraut wird (Bourdieu, 1976). Bourdieu spricht von einem Einverleiben, ohne dass die Ebene des Bewusstseins von Bedeutung ist. In Bezug auf den Erwerb des Habitus verweist er außerdem auf das Nachahmen von praktischen Handlungen. Aufbauend möchte ich innerhalb meiner Untersuchung die soziale Praxis analysieren, die für das Setting der stationären Psychiatrie charakteristisch ist.

„Das Konzept des Habitus, so können wir zusammenfassen, beruht auf vier Momenten. Er repräsentiert ein Stück verinnerlichter Gesellschaft, deren Strukturen über die Sozialisation einverleibt wurden (Inkorporationsannahme); als ein so generiertes System von Dispositionen leitet er unbewusst spezifische Praxisstrategien an (Unbewusstheitsannahme); obgleich unbewusst, folgen die Individuen dabei doch nur ihren eigenen Interessen (Strategieannahme); diese dauerhaften, in frühkindlicher Sozialisation erworbenen Dispositionen bleiben über die Zeit hinweg stabil und leiten die individuellen Praxisstrategien auch dann noch an, wenn sie zur Struktur einer gewandelten Umwelt gar nicht länger passen (Stabilitätsannahme), ein Phänomen, das Bourdieu als Hysteresis - Effekt bezeichnet“ (Müller, 2002, S. 164).

Bourdieu (1978) unterscheidet zwischen einem Klassen- oder Gruppenhabitus und einem individuellen Habitus. Der Klassen- oder Gruppenhabitus ist Ausdruck und Widerspiegelung einer Klasse beziehungsweise Gruppe. Entsprechend kann ich den Gruppenhabitus der Assistenzärzte beziehungsweise der psychoseerfahrenen Patienten untersuchen. Er ist in Form gemeinsamer Wahrnehmungs-, Denk- und Handlungsschemata ein subjektives, aber nicht individuelles System verinnerlichter Strukturen. Durch die Verinnerlichung der gleichen Strukturen besteht in Bezug auf die Handlungen einer Gruppe oder Klasse eine Übereinstimmung zwischen den Handelnden (Fuchs – Heinritz & König, 2011). Der Habitus begrenzt die Wahrnehmungs-, Denk- und Handlungsmöglichkeiten, aber er legt sie nicht umfassend fest, so dass ebenfalls Variationen zwischen den Handelnden möglich sind.

„Die zu erklärende Praxis ergibt sich demnach aus der Kombination von Handlungsmöglichkeiten (Habitus und Kapital) innerhalb bestimmter Strukturen (Feld). Kapitalsorten können für Bourdieu alle handlungsrelevanten Ressourcen auf einem Feld sein, insbesondere aber ökonomisches, kulturelles und soziales sowie symbolisches Kapital (...). Felder sind in der Bourdieu'schen Theorie historische, durch Ausdifferenzierung entstandene und von Machtstrukturen durchzogene gesellschaftliche Teilbereiche“ (Lenger et. al., 2013b, S. 21). Während der Habitus die Leib gewordene Geschichte charakterisiert, ist das Feld die Ding gewordene Geschichte (Bourdieu, 1995). In meiner Studie stellt das Setting der stationären Psychiatrie das entsprechende Feld dar, das im Zusammenhang mit einer Analyse des Habitus zu beachten ist.

Die Kritik am Habituskonzept führt zum Beginn dieses Abschnitts zurück. Einleitend weise ich darauf hin, dass Bourdieu mit seinem Ansatz den „Boden der Bewusstseinsphilosophie“

(Bourdieu, 1997a, S. 63) verlässt. Die Bedeutungen der Dinge für die Handelnden, die innerhalb des symbolischen Interaktionismus zentral sind, finden bei Bourdieu keine Berücksichtigung. Dies kritisiert unter anderem Schneikert (2013). „Insbesondere die Notwendigkeit der Weiterentwicklung der qualitativ - rekonstruktiven Sozialforschung unterstreicht, dass die Sozialwissenschaften einer ausgereifteren Konzeptualisierung subjektiver Erfahrung bedarf (...). Dies gilt auch und insbesondere für den Bourdieu'schen Habitus, der als Konzept in dieser weiteren Entwicklung eine tragende Rolle spielen könnte. Das Beispiel der Interviewerhebungen in *Das Elend der Welt* (...) veranschaulicht, dass eine stärkere Berücksichtigung subjektiver Erfahrung eine bessere Ausschöpfung des empirischen Materials erlaubt hätte. Hier muss sich Bourdieu den Vorwurf gefallen lassen, mit seiner Analyse der Reichhaltigkeit der empirischen Daten nicht immer gerecht geworden zu sein“ (Schneikert, 2013, S. 86).

Innerhalb meiner Studie greife ich diese Kritik an Bourdieus Habituskonzept auf, indem ich die Überlegungen der Vertreter des symbolischen Interaktionismus und Bourdieus Ansatz gemeinsam verwende. Obwohl ich damit Bourdieu widerspreche, gehe ich von der Vorannahme aus, dass Menschen gegenüber Objekten auf der Grundlage von Bedeutungen handeln, die die Objekte für sie haben. Neben diesen symbolischen Interaktionen gibt es nicht – symbolische Interaktionen. Um die nicht – symbolischen Interaktionen erfassen zu können, verwende ich Bourdieus Habituskonzept. Es stellt ergänzend zum symbolischen Interaktionismus eine zweite sinnvolle Perspektive dar, um die Handhabung der Patientenselbst- und -fremdbestimmung zu untersuchen.

8. Methoden der Datenerhebung

Im folgenden gehe ich darauf ein, dass die Methoden teilnehmende Beobachtung und problemzentriertes Interview sinnvoll und angemessen sind, um die Handhabung der Patientenselbst- und -fremdbestimmungen zu untersuchen. Ergänzend gebe ich in den Abschnitten 8.1 und 8.2 einen kurzen theoretischen Überblick über diese Methoden.

Nach Steinke (1999; 2009) zählt eine intersubjektive Nachvollziehbarkeit zu den Beurteilungskriterien qualitativer Studien²⁷. Als Forscher habe ich die Aufgabe, mein Vorgehen während der Datenerhebung beziehungsweise -auswertung möglichst transparent darzustellen. Um dies zu ermöglichen, gehe ich auf die Bestandteile der Forschungsmethoden ein, die innerhalb meiner Studie Anwendung finden. Die Darstellungen sind recht ausführlich, damit möglichst auch die Leser meine Forschungstätigkeit nachvollziehen können, die bisher kaum Kenntnisse über qualitative Forschungsmethoden haben²⁸. Forscher, die in der Anwendung qualitativer Methoden geübt sind, können die Lektüre der folgenden zwei Kapitel gegebenenfalls überspringen.

Ich kritisiere oben die aktuellen Ansätze zur Patientenselbstbestimmung in der Form, dass die Autoren mit normativen theoretischen Ansprüchen starten, wie die Interaktionen von Ärzten und Patienten gestaltet werden sollten. Innerhalb der empirischen Forschung steht die Frage im Vordergrund, inwieweit diese Ansprüche im klinischen Alltag umgesetzt werden. Abweichend möchte ich die tägliche Praxis analysieren und herausarbeiten, wie die Ärzte und Patienten im Kontext der stationären Psychiatrie tatsächlich interagieren. Gegenstand meiner Untersuchung ist die soziale Wirklichkeit, und der Forschungsprozess muss offen gestaltet werden. „Methoden so offen zu gestalten, dass sie der Komplexität im untersuchten Gegenstand gerecht werden(,) wird in qualitativer Forschung beschränkt“ (Flick, 1995, S. 14). Die Verwendung einer qualitativen Forschungsmethodik ist innerhalb meiner Studie notwendig und angemessen.

Der symbolische Interaktionismus gehört zum theoretischen Rahmen meiner Untersuchung. In Bezug auf den symbolischen Interaktionismus ist die teilnehmende Beobachtung eine

²⁷ vergleiche 16.1

²⁸ Gegenstand meiner Studie sind die Interaktionen von Assistenzärzten und psychoseerfahrenen Patienten. Ich muss davon ausgehen, dass die meisten Mediziner und die meisten Betroffenen eher nicht mit qualitativen Forschungsmethoden vertraut sind.

wichtige Forschungsmethode (Winter, 2010). „Methodologische und soziologisch - theoretische Überlegungen verweisen auf die teilnehmende Beobachtung als wissenschaftlich - empirische Methode, wenn man z. B. den Gegenstand der Sozialwissenschaften symbolisch - interaktionistisch definiert“ (Lamnek, 2010, S. 498). Girtler (1989) ergänzt, dass Forscher innerhalb einer Untersuchung „welche ‚Wirklichkeiten‘ hinter (einem) Handeln stehen, welche Bedeutung in den Symbolen und Ritualen des Alltagshandelns stecken u. ä., (...) die qualitativen Verfahren und vor allem die Teilnehmende Beobachtung einzusetzen (haben)“ (Girtler, 1989, S. 103).

Bourdieu's Habituskonzept stellt eine weitere zentrale Grundlage meiner Forschung dar. Innerhalb seiner eigenen Untersuchungen „nutzt (... Bourdieu) nicht nur ein Verfahren, sondern zeigt sich aufgeschlossen für unterschiedliche Ideen, sammelt vielfältige Informationen, führt Interviews, zieht systematische Beobachtungen hinzu (...). In einer einzigen Studie verwendet er verschiedene Herangehensweisen“ (Fuchs – Heinritz & König, 2011, S. 225). Bourdieu greift zur Datenerhebung unter anderem auf Beobachtungen zurück, kritisiert aber gleichzeitig die teilnehmende Beobachtung (Buschmeyer, 2013). Da die Teilnahme des Forschers die Situation beeinflusst, bezeichnet er sie als einen Widerspruch in sich. Nach Buschmeyer „schließt (Bourdieu's Kritik) eine solche Vorgehensweise nicht aus, zwingt jedoch dazu, sich mit ihr auseinanderzusetzen. Die Ergebnisse der Reflexion fließen in die Auswertung der Beobachtung ein und werden damit zum Teil der Ergebnisse“ (Buschmeyer, 2013, S. 58). Bei einem entsprechenden Vorgehen scheint die teilnehmende Beobachtung auch eine angemessene Methodik darzustellen, um Handlungen und Interaktionen entsprechend Bourdieu's Verständnis zu erheben.

Außerdem weist Girtler (1980, 1989) in Bezug auf den Kontext darauf hin, dass mit einer teilnehmenden Beobachtung die Handlungen situationsspezifisch erhoben werden. Vergleichbar sagt Hermann (2004), „durch meine Teilnahme als Beobachterin an den Interaktionen im Feld und die zeitweise Identifikation mit dem Feld, ohne eine kritische, analytische Distanz ganz zu verlieren (...), ist es möglich, die handlungsleitenden Bedeutungen ganz genau auf die Situationsbedingungen zu beziehen“ (Herrmann, 2004, S. 17). Eine teilnehmende Beobachtung ermöglicht mir als Forscher, den Kontext der Handlungen berücksichtigen zu können. In Bezug auf die im Kapitel 7 dargestellten Überlegungen zum Handlungs- und Interaktionsbegriff ist es sinnvoll, die Methode der teilnehmenden Beobachtung einzusetzen. Eine teilnehmende Beobachtung ist innerhalb meines Forschungsprozesses angemessen.

Die Selbstbestimmung des Patienten ist ein zentraler Gegenstand meiner Studie. Bei einer verdeckten Beobachtung kann der Patient jedoch nicht selbst über seine Teilnahme an meiner Untersuchung bestimmen. Mein Forschungsinteresse erfordert eine offene Beobachtung in den natürlichen Situationen des klinischen Alltags.

Für meine Entscheidung, die teilnehmende Beobachtung als angemessene Methode einzusetzen, ist ebenfalls von Bedeutung, dass sie in verschiedenen Studien erfolgreich zur Analyse vergleichbarer Fragestellungen verwendet wurde (Goffman, 1972; Fengler & Fengler, 1980; Estroff, 1985; Barrett, 1996). Als teilnehmender Beobachter ist es mir möglich, beispielsweise den Kontext, den prozesshaften Charakter der Ereignisse, nonverbale Kommunikationsanteile und Unterschiede zwischen Aussagen und Handlungen zu berücksichtigen, die in der Interaktion zwischen Ärzten und Patienten von Bedeutung sind (Estroff, 1985).

Außerdem ist es sinnvoll, ergänzend qualitative Interviews zu verwenden. Ich weise oben darauf hin, dass Bourdieu innerhalb einer Studie unterschiedliche Methoden einsetzt, um Handlungen und Interaktionen zu analysieren. Auch „Blumer führt als mögliche methodische Zugänge u. a. die direkte Beobachtung, Interviews, (...) an.“ (Winter, 2010, S. 84). Vergleichbar thematisiert Flick (2007), dass Studien, die einen Bezug zum symbolischen Interaktionismus haben, methodisch mit der teilnehmenden Beobachtung und verschiedenen Interviewverfahren umgesetzt werden können.

Eine Kombination aus teilnehmender Beobachtung und problemzentrierten Interviews verwendet beispielsweise Vogd (2004a). Dabei „entwickelt sich aus diesen beiden unterschiedlichen Erhebungsformen ein Spannungsfeld, das im Sinne meiner Untersuchungsfragestellung produktiv genutzt werden kann, denn gerade in der Differenz zwischen der Theorie über die Praxis und der Handlungspraxis zeigen sich einige interessante Hinweise für die Rekonstruktion des Entscheidungsverhaltens“ (Vogd, 2004a, S. 67) von Ärzten. Auch innerhalb dieser Studie bildet Bourdieus Habituskonzept eine theoretische Grundlage, um die Handlungen von Ärzten zu untersuchen.

Zusammenfassend scheint ergänzend zur teilnehmenden Beobachtung der Einsatz qualitativer Interviews sinnvoll und angemessen zu sein, um die Handhabung der Patientenselbst- und -fremdbestimmung zu analysieren.

8.1 Teilnehmende Beobachtung

Die Datenerhebung mit der teilnehmenden Beobachtung stellt nach Legewie (1995) einen Prozess dar, der aus einer Forschungstätigkeit im Feld sowie einer Vor- und Nachbereitung besteht.

In der Vorbereitungsphase soll ich als Forscher mein Erkenntnisinteresse und die Fragestellung der Studie konkretisieren. Dies ist zur Auswahl des Untersuchungsfeldes und der zu beobachtenden Aspekte sinnvoll. Während des Forschungsprozesses muss ich mein Vorverständnis fortlaufend überprüfen und modifizieren. Girtler (2001) thematisiert die Aufgabe des Forschers, „von seinen vorgefassten Interpretationen abzurücken. Dies ist allerdings erst dann möglich, wenn ein intensiver Kontakt zu den betreffenden Menschen besteht“ (Girtler, 2001, S. 19).

Bevor ich mit der Beobachtung beginnen kann, muss ich den Zugang zum Feld planen. Ich möchte in der stationären Psychiatrie teilnehmend beobachten. Dies ist kein öffentlicher Ort, sondern ich benötige eine Erlaubnis der Klinikleitung. Dabei können neben einem offiziellen Schreiben, in dem ich mein Anliegen darstelle, informelle Kontakte hilfreich sein. Personen, die mir den Einstieg ins Feld ermöglichen, bezeichnet Legewie (1995) als Türhüter.

Ergänzend ist es wichtig, den Kontakt zu den Forschungspartnern zu gestalten. Nach Girtler (2001) kann eine Distanz zu den Menschen entstehen, die ich beobachten möchte, sofern ich durch ein Mitglied der Gemeinschaft in diese eingeführt werde, das eine besondere Position innerhalb der Gemeinschaft hat. In Bezug auf meine Studie sind entsprechende Überlegungen relevant, wenn beispielsweise meine Vorstellung bei den Patienten durch einen Arzt erfolgt. Der teilnehmende Beobachter soll „aus einem Neuling, dem man eher skeptisch gegenübersteht, zu einem echten Wissenden werden. Er muss eine Nähe zum sozialen Handeln bekommen und es verstehen lernen“ (Girtler, 2001, S. 107). Als Forscher habe ich die Aufgabe darauf zu achten, wann ich eine Nähe herstellen kann beziehungsweise wann ich mich zurückziehen sollte.

Dabei muss ich eine vertrauensvolle Beziehung zu den Menschen aufbauen, die ich beobachten möchte, und Misstrauen reduzieren. Herrmann (2004) beschreibt, dass eine Vertrauensbildung eine zentrale Grundlage ihrer teilnehmenden Beobachtung im Krankenhaus darstellte. Berücksichtige ich ergänzend, dass beispielsweise einzelne Patienten aufgrund der akuten

Krankheitsphase zu einem Misstrauen neigen können²⁹, ist es innerhalb meiner Untersuchung besonders wichtig, eine vertrauensvolle Beziehung zu den Forschungspartnern herzustellen, um teilnehmend beobachten zu können. Schatzmann & Strauss (1979) weisen darauf hin, dass der Aufbau von Kontakten teilweise mehrmals zu wiederholen ist.

„Die Einstiegsphase geht fließend über in die Explorations- und Ausarbeitungsphase“ (Legewie, 1995, S. 192). Während der Explorationsphase soll ich die Fragestellung präzisieren sowie besonders zentrale Personen und Schauplätze bestimmen und einbeziehen (Legewie, 1995). Dies ist notwendig, um in der Ausarbeitungsphase einzelne Aspekte zu fokussieren. Girtler (2001) empfiehlt, die erhobenen Daten fortlaufend kritisch zu überprüfen. Dabei kann es hilfreich sein, die bisherigen Beobachtungen im Feld zur Diskussion zu stellen, um neue Erkenntnisse zu gewinnen (Girtler, 2001). Ein entsprechendes Vorgehen kann auch den Ausstieg aus dem Untersuchungsfeld einleiten. Es dient dem Rückzug, ohne die Forschungspartner als reine Objekte der Forschung zurückzulassen.

Das offene Vorgehen ermöglicht mir danach zu fragen, welche Aspekte in Bezug auf mein Forschungsinteresse überhaupt relevant sind. Ergänzend kann ich beispielsweise aufbauend auf den im Theorieteil dargestellten wissenschaftlichen Erkenntnissen oder am Ende des Forschungsprozesses einzelne Kategorien fokussieren, indem ich meine Beobachtungen zunehmend strukturiere³⁰. An regelmäßig stattfindenden Terminen nehme ich mehrmals teil. Dies ermöglicht mir zum Beispiel während einer Visite zuerst die Redehalte ins Zentrum meiner Aufmerksamkeit zu stellen beziehungsweise während einer weiteren Visite die nonverbalen Kommunikationsanteile zu fokussieren. Einen Schwerpunkt möchte ich auf die Einzelgespräche zwischen dem Assistenzarzt und dem Patienten legen. Ich plane, ihre Gespräche an verschiedenen Zeitpunkten innerhalb des Behandlungsprozesses zu beobachten. Einzelne dieser Gespräche möchte ich auf Tonband aufzeichnen und für die Auswertung transkribieren.

Als teilnehmender Beobachter habe ich die Aufgabe, den Status eines Fremden einzunehmen, um das Besondere in den alltäglichen Handlungen erkennen zu können (Flick, 1995). Gleichzeitig soll ich das Feld aus der Innenperspektive verstehen. Dabei besteht eine Gefahr, die

²⁹ Unter anderem stellt Bäuml (2008) die Frage, „Warum reagieren viele Patienten so misstrauisch während der akuten Psychose?“ (Bäuml, 2008, S. 46).

³⁰ Ein Beispiel für einen Beobachtungsbogen, der innerhalb meiner Studie einer Strukturierung der Datenerhebung dient, ist im Anhang enthalten.

kritische Perspektive von außen zu verlieren und die Sichtweise der Handelnden zu übernehmen. Dieses wird als *going native* bezeichnet und häufig als Forschungsfehler thematisiert. „Unter ‚going native‘ wird die Tatsache verstanden, dass der teilnehmende Beobachter die Urteilsmaßstäbe und Verhaltensmuster der Akteure im Feld übernimmt und damit beginnt, sich mit ihnen zu identifizieren. Als negativ wird dabei angesehen, dass dadurch der Forscher die Fähigkeit verlieren wird, sich auf seine Beobachtungsaufgaben zu konzentrieren“ (Girtler, 2001, S. 78).

Eine Steuerung und Planung der Beobachtung, eine Selbstreflexion im Forschungstagebuch und eine Supervision tragen dazu bei, eine Absorption durch das Feld zu reduzieren. In Bezug auf die Reliabilität der Daten ist es sinnvoll, verschiedene Bedingungen systematisch zu variieren. Beispiele hierfür sind Erhebungen zu verschiedenen Zeiten und an unterschiedlichen Orten. Um die Validität der Daten zu erhöhen, kann ich andere Wissenschaftler in den Untersuchungsprozess einbeziehen. Ich soll außerdem gezielt nach abweichenden Informationen suchen, die Auswertungsergebnisse mit den Studienteilnehmern diskutieren und die Ergebnisdarstellung nachvollziehbar gestalten (Adler & Adler, 1994).

Entgegen der Kritik kennzeichnet Girtler (1984) ein ‚going native‘ als einen wichtigen Bestandteil der Datenerhebung. Er thematisiert mehrere Beispiele, in denen er den Menschen, die er beobachtet, seinen privaten Lebensbereich zeigt. Girtler weist ergänzend darauf hin, dass sich während seiner Forschungstätigkeit einzelne Freundschaften zu den Forschungspartnern entwickelt haben. Hieraus können Erkenntnisse resultieren, die mit einer distanzierteren Beobachtung nicht zugänglich sind. Dem Forscher „gelingt es erst auf einem solchen Weg, die Alltagswirklichkeiten der betreffenden Menschen in ihrer ganzen Tiefe zu erfassen“ (Girtler, 2001, S. 79). Dabei ist es wichtig, den Aufgaben des Forschers nachzugehen, anstatt die Aufgaben eines Sozialarbeiters oder in meiner Studie die Aufgaben des behandelnden Psychologen zu übernehmen.

Meine Beobachtungen muss ich als Forscher in Form von Feldnotizen festhalten. „Wenn der Beobachter nicht ununterbrochen aufschreibt, was geschieht, ist er kaum besser als die Mitglieder in der Lage, die Wirkungsweise einer Welt zu analysieren und zu verstehen“ (Lofland, 1979, S. 110). Legewie (1995) empfiehlt, unmittelbar nach den Feldkontakten Stichwörter zu notieren und diese am gleichen Tag zu einem ausführlichen Protokoll auszuarbeiten. Die Feldnotizen müssen eine fortlaufende, konkrete und verhaltensorientierte Beschreibung des Beobachteten darstellen (Lofland, 1979). Insbesondere am Beginn des Forschungsprozesses

soll ich möglichst umfassend protokollieren, um nicht einzelne Handlungen zu übersehen, die als zu gewöhnlich erscheinen.

Als Grundlage für die Feldnotizen nutzt Girtler (2001) die folgenden Fragen: „Wie handelt das Mitglied der zu beobachtenden Gruppe, aufgrund welchen Alltagswissens wird gehandelt, wie sehen die Interaktionen zwischen den Mitgliedern aus u. ä.“ (Girtler, 2001, S. 133). Er achtet darauf,

- wie die räumliche Situation gestaltet ist und welcher Einfluss auf die Handelnden besteht,
- welche aktiven und passiven Teilnehmer in der beobachteten Situation anwesend sind,
- welche Strategien die Teilnehmer anwenden, um ihre Ziele zu erreichen,
- unter welchen Zwängen und Normen die Handelnden stehen und wie sie auf diese reagieren,
- wie die Teilnehmer handeln, die den Erwartungen nicht entsprechen, die an sie gerichtet werden,
- welcher Unterschied zwischen der Handlung und dem Gesagten besteht und
- wie typisch oder einmalig die beobachtete Situation ist.

Entsprechende Fragen können auch meine Feldnotizen leiten.

Ergänzend möchte ich ein Forschungstagebuch schreiben, um den Forschungsprozess zu dokumentieren und zu reflektieren (Flick, 2007). Als Forscher kann ich persönliche Hypothesen und Gefühle sowie erste Auswertungsideen im Forschungstagebuch notieren. Unklarheiten sind zu beachten und in weiteren Feldkontakten zu klären. Im Forschungstagebuch „sollten der Prozess der Annäherung an ein Feld, die Erfahrungen und Probleme im Kontakt mit dem Feld oder Interviewpartnern und bei der Anwendung der Methode(n) dokumentiert werden. Ebenso sollte Wichtiges, Nebensächliches oder Verlorengegangenes bei der Interpretation, Geltungsbegründung, Verallgemeinerung und Darstellung der Ergebnisse etc.“ (Flick, 2007, S. 377) festgehalten werden. Das Forschungstagebuch ist ein zusätzliches Erkenntnisinstrument.

Die Feldnotizen und das Forschungstagebuch stellen keine Repräsentation der Wirklichkeit dar, sondern sie sind „Texte von Autoren, die mit den ihnen jeweils zur Verfügung stehenden sprachlichen Mitteln ihre ‚Beobachtungen‘ und Erinnerungen nachträglich sinnhaft verdich-

ten, in Zusammenhänge einordnen und textförmig in nachvollziehbare Protokolle gießen“ (Lüders, 2000, S. 396). Die Aufzeichnungen beinhalten meine Interpretation als Forscher (Lueger, 2000). Um negative Auswirkungen auf den Forschungsprozess reduzieren zu können, möchte ich einzelne Gespräche der Patienten mit den Assistenzärzten auf Tonband aufzeichnen. Außerdem ist entsprechend der einleitenden Überlegungen des Kapitels 8 ergänzend zur teilnehmenden Beobachtung eine Datenerhebung mit qualitativen Interviews sinnvoll. Dies thematisiere ich im folgenden Abschnitt detaillierter.

8.2 Problemzentriertes Interview

Innerhalb meiner Studie ist es sinnvoll und angemessen, das problemzentrierte Interview zu verwenden. Hierauf gehe ich im folgenden kurz ein, bevor ich die Methodentheorie darstelle. Das problemzentrierte Interview (Witzel, 1982, 1985, 2000; Flick, 1995; Flick et. al., 1995) beruht insbesondere auf der Theorie des symbolischen Interaktionismus. Die Methode beinhaltet ein offenes Vorgehen, so dass die Assistenzärzte und die Patienten ihre Perspektive darstellen können. Gleichzeitig kann ich mein Forschungsthema fokussieren. „Der Forscher geht zwar mit einem theoretischen Konzept ins Feld, wobei aber die Dominanz der Konzeptgenerierung durch den Befragten erhalten bleibt. Die theoretischen Konzepte des Forschers werden laufend durch das Interview modifiziert, also durch das Interview auch geprüft“ (Lamnek, 2010, S. 336). Ergänzend kann ich den Kontext berücksichtigen. Es „sind die objektiven Rahmenbedingungen zu untersuchen, von denen die betroffenen Individuen abhängig sind“ (Witzel, 1982, S. 68). Eine Datenerhebung mit dem problemzentrierten Interview erscheint in Bezug auf die Darstellungen in den Abschnitten 7.1 und 7.2 angemessen.

In der Einleitung des Abschnitts 7.3 verweise ich darauf, dass Bourdieu unter anderem qualitative Interviews zur Datenerhebung innerhalb seiner Studien verwendet. Aufbauend erscheint mir das problemzentrierte Interview für eine Analyse von Handlungen und Interaktionen im Zusammenhang mit dem Habituskonzept als geeignet. Anhand der Aussagen der Interviewten habe ich die Möglichkeit, die Aspekte eines Habitus innerhalb der Handlungen und Interaktionen der Assistenzärzte und der Patienten zu analysieren.

Die teilnehmende Beobachtung und das problemzentrierte Interview beruhen auf einem vergleichbaren Prozessverständnis. Durch eine Kombination beider Methoden erhalten die Forschungspartner im Interview die Möglichkeit, meine Vorannahmen und Thesen zu korrigieren, die aus der Beobachtung resultieren und im Interviewleitfaden enthalten sind. Die teilnehmende Beobachtung und das problemzentrierte Interview kann ich als sich ergänzende Methoden gemeinsam innerhalb einer Studie verwenden. Dies wird beispielsweise in der Studie von Terzioglu (2004) deutlich.

Das problemzentrierte Interview ist eine Methodenkombination. Die folgende Abbildung ermöglicht einen ersten Überblick in Bezug auf die Bestandteile des problemzentrierten Interviews.

Programmatik	Teilelemente	Instrumente	Kommunikationsstrategien
Problemzentrierung	Qualitatives Interview	Kurzfragebogen	Kontaktaufnahme
Gegenstandsorientierung	Biographische Methode	Leitfaden	Gesprächseinstieg
Prozessorientierung	Fallanalyse	Tonbandaufzeichnung	allgemeine Sondierungen
	Gruppendiskussion	Postscriptum	Spezifische Sondierungen
			Ad – hoc – Fragen

Tab. 1: Bestandteile des problemzentrierten Interviews

Eine Problemzentrierung ist für die Formulierung meiner Fragestellung relevant. Als Forscher soll ich mein Wissen über das zu untersuchende Phänomen systematisieren. Dies erfolgt innerhalb meiner Studie insbesondere während der teilnehmenden Beobachtung. Die Problemzentrierung ist hilfreich, um das Interview auf das Forschungsproblem auszurichten, um die Gesprächspartner zu verstehen und um den Gegenstand vollständig zu erfassen.

Der Begriff Gegenstandsorientierung verweist darauf, dass ich die Methodik am spezifischen Gegenstand der Untersuchung auszurichten habe und der Fragestellung anpassen muss. Eine Gegenstandsorientierung wird unter anderem durch die verschiedenen Teilelemente gewährleistet. Ihre Gewichtung soll in Abhängigkeit von der jeweiligen Forschungsfrage erfolgen.

Als mögliche Gegenstände einer Untersuchung nennt Witzel in Übereinstimmung mit meinem Forschungsinteresse Handlungs- und Bewusstseinsprozesse.

Die Forderung nach einer Prozessorientierung bezieht sich auf den Verlauf der Untersuchung, die Gesprächsgestaltung im Interview und den Gegenstand der Untersuchung. Die Prozessorientierung ist an Blumer³¹ als Vertreter des symbolischen Interaktionismus und an die Grounded Theory nach Glaser & Strauss³² angelehnt. Während des Interviews beinhaltet eine Prozessorientierung, dass ich ein Vertrauensverhältnis zum Gesprächspartner aufbauen muss. Der Interviewte soll sich in seiner Problemsicht ernst genommen fühlen und mich korrigieren können. Schließlich verdeutlicht der Begriff Prozessorientierung, dass der Gegenstand sozialwissenschaftlicher Untersuchungen meist kein Einzelereignis darstellt. Vergleichbar liegt der Handhabung der Patientenselbst- und -fremdbestimmungen nach meinem Verständnis ein Prozess zugrunde.

Zu den Teilelementen des problemzentrierten Interviews gehört das qualitative Interview, das aus mehreren Instrumenten besteht. Vor dem eigentlichen Interview soll ich einen Kurzfragebogen verwenden, um insbesondere demographische Daten zu klären. Dies ist für meine Studie jedoch kaum relevant, da ich die entsprechenden Daten bereits während der teilnehmenden Beobachtung erhebe.

Der Leitfaden enthält den zu untersuchenden Gegenstand in Form von thematischen Feldern. Der Interviewleitfaden darf „dem Untersuchten nicht aufoktroiert werden“ (Witzel, 1982, S. 90), sondern der Gesprächsfaden des Interviewten steht im Mittelpunkt. Witzel bezeichnet den Interviewleitfaden als „Gedächtnisstütze und Orientierungsrahmen zur Sicherung der Vergleichbarkeit der Interviews“ (Witzel, 2000, S. 4) und als „Hintergrundfolie, die zur Kontrolle dient, inwieweit seine einzelnen Elemente im Laufe des Gesprächs behandelt worden sind“ (Witzel, 2000, S. 4).

Witzel empfiehlt, die Interviews per Tonbandgerät aufzuzeichnen, um authentische und präzise Daten zu erheben. So ist es mir beispielsweise möglich, nach einer Transkription der Aufnahme Pausenlängen und Lautstärkeschwankungen bei der Interpretation zu berücksichtigen. „Der Interviewer hat mit Hilfe des Tonbandgerätes die Chance, sich voll auf das Ge-

³¹ vergleiche 7.1

³² vergleiche 9.2

spräch zu konzentrieren und gleichzeitig situative und nonverbale Elemente beobachten zu können“ (Witzel, 1982, S. 91).

Alle Informationen, die nicht auf dem Tonband festgehalten sind, soll ich in einem Postscriptum thematisieren. Zu diesen Notizen zählen beispielsweise Eindrücke über die Kommunikation, die Person des Interviewten, sein Verhalten, äußere Einflüsse und über weitere Ereignisse vor und nach dem Gespräch.

Die aktuelle Definition eines Ereignisses hängt nach Witzel von früheren Erfahrungen und der Antizipation von Situationen ab. In diesem Zusammenhang soll die biographische Methode eine Hilfe darstellen, um verstehen zu können, wie der Interviewpartner zu einer Sichtweise gekommen ist, mit welchen Ereignissen eine Meinung zusammenhängt und wie Widersprüche aufzulösen sind.

Die Fallanalyse trägt dazu bei, dass ich mich durch die Beschränkung auf einen oder wenige Gesprächspartner intensiv mit den Daten befasse und komplexe Ergebnisse erhalte. Ich muss jedes Interview einzeln analysieren, bevor ich individuelle Variationen festlege und beurteile. Witzel kennzeichnet die Fallanalyse als eine Chance, eine Handlung aus der Sicht des Handelnden innerhalb der Kontextbedingungen erheben zu können.

Schließlich kann eine Gruppendiskussion zur Vorbereitung der Interviews sinnvoll sein. Sie hat die Funktion, eventuelle Unsicherheiten des Interviewers bei der Kontaktaufnahme zu reduzieren, Vertrauen des Interviewpartners gegenüber dem Forscher aufzubauen und sie führt zu Anknüpfungspunkten in Bezug auf die Einzelgespräche. Diese Funktionen erfüllt innerhalb meiner Studie die teilnehmende Beobachtung, so dass ich auf die Durchführung einer Gruppendiskussion verzichte.

Zu den Kommunikationsstrategien gehört die Kontaktaufnahme. Ich muss dem Interviewpartner eine Anonymisierung der Daten zusichern und die Fragestellung, den Zweck der Untersuchung sowie die Gesprächsform erklären. Ich soll verdeutlichen, dass ich die Aussagen des Gesprächspartners als individuelle Vorstellungen und Meinungen akzeptiere und intellektuelle Leistungen ohne Bedeutung sind.

Die Gestaltung des Interviewanfangs ist von zentraler Bedeutung, da er häufig den Gesprächsverlauf vorbestimmt. Mit dem im Interviewleitfaden formulierten Gesprächseinstieg

soll ich eine narrative Struktur aufbauen. Ich muss gleichzeitig darauf achten, den Beginn in Inhalt und Form an den Gesprächspartner anzupassen.

In Ergänzung des narrativen Interviewbeginns sind die weiteren Kommunikationsstrategien dialogisch ausgerichtet. Mit allgemeinen Sondierungen kann ich den Erzählfaden des Interviewten aufgreifen und weitere Daten sowie Details und Zusammenhänge des zuvor Dargestellten explorieren. Auslassungen, das Zurückhalten von Informationen und Verzerrungen können verhindert werden.

Die Kommunikationsstrategie der spezifischen Sondierung hilft mir, die Darstellungen besser zu verstehen und die Zusammenhänge zwischen einzelnen Details einer Vorinterpretation zu unterziehen. Ich kann per Zurückspiegelungen eine Bilanz in Form eines Interpretationsangebots ziehen. Dies beinhaltet, dass die Assistenzärzte und die Patienten mich im Sinne einer kommunikativen Validierung korrigieren können.

Die Verständnisfrage „dient dazu, widersprüchliche Antworten oder ausweichende Äußerungen zu thematisieren“ (Lamnek, 2010, S. 334). Innerhalb meiner Untersuchung ist es beispielsweise möglich, dass ein Patient in Bezug auf einen späteren Klinikaufenthalt Bedenken hat, den Assistenzarzt zu kritisieren. Der Leitfaden sowie die Formulierung von Verständnisfragen und Konfrontationen stellen eine Hilfe bei der Entdeckung und Exploration entsprechender Äußerungen dar. Bei konfrontativen Fragen muss ich beachten, dass ich nicht das Klima des Interviews zerstöre (Lamnek, 1995).

Schließlich kann ich mit Ad – hoc – Fragen die zuvor ausgelassenen Bereiche des Leitfadens ansprechen. Dies dient auch der Vergleichbarkeit einzelner Interviews.

Im problemzentrierten Interview sind verschiedene Leitgedanken der qualitativen Forschung miteinander verbunden. Flick (1995) kritisiert, dass Witzel die Kombination der Teilelemente kaum begründet und ihre Beziehungen nicht geklärt sind. Die Möglichkeiten, die die einzelnen Bestandteile bieten, werden nicht ausgeschöpft. Außerdem regt Flick an, den Kurzfragebogen erst zum Schluss des Interviews einzusetzen. Der Frage – Antwort – Stil kann sich negativ auf die Erzählbereitschaft auswirken, wenn das Gespräch mit dem Kurzfragebogen beginnt. Diese Kritik rückt innerhalb meiner Studie in den Hindergrund, da ich die entsprechenden Daten überwiegend während der teilnehmenden Beobachtung und nicht mit dem Kurzfragebogen erhebe. Sollte er ergänzend zum Einsatz kommen, möchte ich den Kurzfragebogen zum Abschluss des Interviews verwenden.

9. Methoden der Datenauswertung

Im folgenden führe ich die Methoden ein, die zur Auswertung der Daten sinnvoll und angemessen sind, die ich mit einer teilnehmenden Beobachtung sowie mit problemzentrierten Interviews erhebe. Dies sind eine Globalauswertung, die Grounded Theory sowie eine computerunterstützte Analyse mit ATLAS.ti. In Übereinstimmung mit dem vorherigen Kapitel ist es mir wichtig, dass mein Vorgehen möglichst auch den Lesern nachvollziehbar wird, denen qualitative Forschungsmethoden kaum vertraut sind. Forscher, die regelmäßig qualitative Methoden anwenden, bitte ich, die entsprechenden Beiträge gegebenenfalls zu überspringen.

9.1 Globalauswertung

Der qualitative Forschungsprozess beinhaltet eine Gefahr, dass sich der Forscher in den Daten verliert (Kelle, 2007b). Ich erhebe Daten per teilnehmender Beobachtung und führe ergänzend problemzentrierte Interviews mit den Ärzten sowie mit den Patienten. Um das umfangreiche Datenmaterial erschließen zu können, möchte ich zuerst eine Globalauswertung (Böhm et. al., 1992; Legewie, 1994; Bortz & Döring, 2006) durchführen. Die Globalauswertung bietet eine Hilfe bei der Orientierung über die Daten und bezüglich der Entscheidung, ob sich das Material für eine spätere kodierende Auswertung eignet (Flick, 1995).

Eine Globalauswertung besteht aus mehreren Arbeitsschritten (Böhm et. al., 1992; Legewie, 1994; Bortz & Döring, 2006). Der Arbeitsschritt Orientierung ermöglicht mir eine erste Übersicht über die Daten. Ich unterteile das umfangreiche Material in Abschnitte und erstelle eine grobe Gliederung des Textes. Irrelevante Inhalte werden ausgeklammert. Anschließend soll ich mir den Kontext vergegenwärtigen, innerhalb dessen die Daten erhoben wurden. Beim Durcharbeiten des Textes habe ich die Aufgabe, das Datenmaterial in Abhängigkeit von meiner Fragestellung zu erfassen. Als Forscher soll ich die Zusammenhänge zwischen Form und Inhalt, Hinweise auf die Rollen und Motive der Gesprächsteilnehmer, Besonderheiten im Verlauf der Interaktionen, Themenbrüche sowie Hinweise auf Auslassungen, unausgesprochene Handlungsmotive und Täuschungsabsichten beachten. Die Einfälle, die ich während der Globalauswertung der Daten entwickle, notiere ich als Memos.

Zur schnellen Orientierung im Text ist die Ausarbeitung eines Stichwortverzeichnisses hilfreich. Als Alternative kann eine Liste über die im Text enthaltenen Schlüsselwörter, über Hinweise auf Auffälligkeiten und über sämtliche Ideen zu den Daten angefertigt werden. Ergänzend fasse ich die Daten in wenigen Zeilen zusammen und formuliere ein Motto oder eine Kernaussage. Danach habe ich die Aufgabe, die Relevanz und Wichtigkeit des Materials zu beurteilen. Außerdem soll ich die Aspekte Glaubwürdigkeit und Verständlichkeit beachten, und die Konsequenzen für den Forschungsprozess notieren. Die Ergebnisse dieser Arbeitsschritte stelle ich abschließend innerhalb eines kurzen Berichts zusammen.

9.2 Grounded Theory

In Übereinstimmung mit den bisherigen Darstellungen zu den Methoden der Datenerhebung und –auswertung gehe ich im folgenden zuerst darauf ein, inwiefern die Auswahl der Forschungsmethode angemessen ist. Anschließend stelle ich die zentralen Merkmale der Grounded Theory theoretisch vor.

Die Grounded Theory entstand im Rahmen der gemeinsamen Forschungstätigkeit von Glaser & Strauss (1974; 1979; 1984; 1998). Glaser & Strauss gaben ihre Zusammenarbeit jedoch auf und entwickelten die Grounded Theory unterschiedlich weiter. Auf die Differenzen weisen verschiedene Autoren hin (Kelle, 1994, 2007a; Strübing, 2008; Mey & Mruck, 2011). Meine Darstellungen beruhen auf den anfänglichen Überlegungen von Glaser & Strauss (1974; 1979; 1984; 1998) und den Ergänzungen von Strauss (Strauss, 1994; Strauss & Corbin, 1996; Strauss & Corbin, 1998; Strübing, 2008; Mey & Mruck, 2011).

Bei meiner Entscheidung für die Grounded Theory als angemessene Auswertungsmethode ist von Bedeutung, dass sie eine Analyse von Handlungen und Interaktionen ermöglicht (Strauss, 1994; Clarke, 2012). Außerdem ist die Nähe von Strauss zum symbolischen Interaktionismus relevant (Strauss, 1994; Flick, 2007). Die Grounded Theory „ist ein wissenschaftstheoretisch begründeter Forschungsstil und gleichzeitig ein abgestimmtes Arsenal von Einzeltechniken, mit deren Hilfe aus Interviews, Feldbeobachtungen, Dokumenten und Statistiken schrittweise eine in den Daten begründete Theorie (eine ‚grounded theory‘) entwickelt werden kann. (...) Überall dort, wo eine komplexe soziale Wirklichkeit nicht allein durch Zahlen erfassbar ist,

sondern wo es um sprachvermittelte Handlungs- und Sinnzusammenhänge geht, lassen sich die Techniken der Grounded Theory zur Modell- bzw. Theoriebildung einsetzen“ (Strauss & Corbin, 1996, S. VII).

Die Grounded Theory ist zur Auswertung von Daten geeignet, die per teilnehmender Beobachtung und mit einem problemzentrierten Interview erhoben werden (Strauss & Corbin, 1998; Flick, 1995). Das Verständnis des Forschungsprozesses stimmt in der teilnehmenden Beobachtung, im problemzentrierten Interview und in der Grounded Theory überein. Eine Analyse nach der Grounded Theory kann ich mit der Globalauswertung sinnvoll vorbereiten, da sie kategorisierende Methoden ergänzt. Die Grounded Theory ist innerhalb meiner Untersuchung angemessen.

Eine Weiterentwicklung der Grounded Theory, die in den vergangenen Jahren an Popularität gewonnen hat, ist die Situationsanalyse von Clarke (2012). „Sie verbindet eine Neuinterpretation der Strauss’schen (Grounded Theory) - Variante mit dem postmodernen Interesse an der Analyse von Diskursen als einer neben Interaktion und Sozialstruktur dritten Ebene von Sozialität“ (Strübing, 2013, S. 128). Gegenstand meiner Analyse ist die Handhabung der Patientenselbst- und -fremdbestimmungen. Mich interessiert, welche Beiträge die Interaktionen von Assistenzärzten und psychoseerfahrenen Patienten zur Handhabung leisten. Innerhalb der postmodernen Ausrichtung der Situationsanalyse verlieren die Akteure und ihre Beiträge zu einem Phänomen im Vergleich zur Grounded Theory jedoch an Bedeutung. Um stattdessen mein Forschungsinteresse fokussieren zu können, erscheint mir der Kontextbegriff nach Strauss³³ und dessen Umsetzung innerhalb der Grounded Theory angemessen zu sein, so dass ich Clarkes Darstellungen nicht berücksichtige³⁴.

Eines der zentralen Prinzipien innerhalb der Grounded Theory ist das theoretische Sampling (Strauss & Corbin, 1996). „Zu Anfang sind wir offen für alle Möglichkeiten. Und es ist diese Offenheit – eher als Spezifität – die die anfängliche Sampling – Auswahl leitet“ (Strauss & Corbin, 1996, S. 153). Die weiteren Entscheidungen, welche Daten ich berücksichtige, erfolgen schrittweise, theoriegeleitet und in Abhängigkeit vom Forschungsprozess nach der Relevanz für die sich entwickelnde Theorie. Der Forscher soll möglichst verschiedene Fälle beachten. Die Frage nach der Repräsentativität bleibt ohne Bedeutung.

³³ vergleiche 7.2

³⁴ beachte ergänzend die Diskussion im Kapitel 16

Der Begriff Sättigungsprinzip kennzeichnet das Ende der Datenerhebung. Ich kann den Forschungsprozess abschließen, wenn

- „1. keine neuen oder bedeutsamen Daten mehr in bezug auf eine Kategorie aufzutauchen scheinen;
2. die Kategorienentwicklung dicht ist, insoweit als alle pragmatischen Elemente einschließlich Variation und Prozess berücksichtigt wurden;
3. die Beziehungen zwischen Kategorien gut ausgearbeitet und validiert sind“ (Strauss & Corbin, 1996, S. 159).

Durch eine Analyse der Ähnlichkeiten und Unterschiede ist es möglich, ein Phänomen in seiner maximalen Variation zu erfassen. Das Sättigungsprinzip beinhaltet die Annahme, dass die Theorie durch die Berücksichtigung der verschiedensten Fälle in Bezug auf den untersuchten Gegenstandsbereich verallgemeinerbar ist.

Ergänzend hat das Konzept – Indikator – Modell (Strauss, 1994) einen zentralen Stellenwert innerhalb der Grounded Theory. „Empirische Indikatoren sind konkrete Daten wie Verhaltensweisen und Ereignisse, die in Dokumenten und Interviewtexten beobachtet oder beschrieben werden“ (Strauss, 1994, S. 54). Diese Daten werden zu Indikatoren für ein Konzept. Durch einen ständigen Vergleich bestimme ich den kleinsten gemeinsamen Nenner der Indikatoren. Den konzeptuellen Kode vergleiche ich mit weiteren Indikatoren, so dass ich den Kode verfeinere.

„Kodieren stellt die Vorgehensweise dar, durch die die Daten aufgebrochen, konzeptualisiert und auf neue Art zusammengesetzt werden“ (Strauss & Corbin, 1996, S. 39). Dem empirischen Material ordne ich Begriffe zu – sogenannte Codes, die zuerst eng am Text sind und im Laufe des Forschungsprozesses immer abstrakter werden. Im Sinne einer Kategorisierung fasse ich die Begriffe zu Oberbegriffen zusammen und erarbeite Beziehungen zwischen den Begriffen beziehungsweise Oberbegriffen. Mit diesen Arbeitsschritten entwickle ich als Forscher eine im Gegenstand verankerte Theorie. Sie ist ein Netz von miteinander in Beziehung stehenden Kategorien, in dessen Mittelpunkt sich eine Kernkategorie befindet. Der Grounded Theory liegt nach Strübing (2008) ein pragmatischer Theoriebegriff zugrunde. Die Theorie beruht auf Beziehungen zwischen empirisch entdeckten Konzepten.

Für die Datenanalyse stehen mir als Forscher die Kodierverfahren offenes, axiales und selektives Kodieren sowie weitere Techniken zur Verfügung. Der Analyseprozess beginnt mit einem offenen Kodieren (Strauss, 1994; Strauss & Corbin, 1996). Während des offenen Kodie-

rens „werden die Daten zunächst zerlegt (...): Aussagen werden in ihre Sinneinheiten (einzelne Worte, kurze Wortfolgen) zergliedert, um sie mit Anmerkungen und vor allem mit ‚Begriffen‘ (Kodes) zu versehen“ (Flick, 1995, S. 198). Ich sichte die Daten beispielsweise in einer Wort – für – Wort – Analyse und teile jedem relevanten beziehungsweise interessanten Aspekt eine Bezeichnung zu. Dieser Vorgang heißt konzeptualisieren. Die von den Teilnehmern der Untersuchung verwendeten Ausdrücke, die eine besondere Aussagekraft haben, können wörtlich übernommen werden. Sie heißen In – Vivo – Kodes. Es ist außerdem möglich, konstruierte Kodes zu vergeben. Ein Beispiel hierfür sind Begriffe aus der Fachliteratur.

Zum offenen Kodieren gehört außerdem die Bestimmung der Eigenschaften und Dimensionen der Kategorien. Die Begriffe Eigenschaften und Dimensionen stehen für die Charakteristika einer Kategorie und die Variationen entlang eines Kontinuums. Beispielsweise besitzt eine Farbe mehrere Eigenschaften. Sie setzt sich aus einer bestimmten Intensität und Schattierung sowie einem spezifischen Farbton zusammen. Der Farbton als Eigenschaft hat wiederum verschiedene Dimensionen. Er kann beispielsweise hell oder dunkel sein.

„Das Ergebnis des ersten Arbeitsschrittes bildet eine (möglicherweise sehr umfangreiche) Liste von konzeptuellen Bezeichnungen, die im nächsten Schritt zu Kategorien zusammengefasst werden sollen, ein Vorgang, der von Strauss und Corbin als Kategorisierung (categorizing) bezeichnet wird: Kodes werden auf Unterschiede und Ähnlichkeiten hin untersucht und auf der Grundlage zu Kategorien zusammengefasst“ (Kelle, 1994, S. 324).

Beim axialen Kodieren stehen entsprechend die empirischen Beziehungen zwischen den einzelnen Kategorien im Mittelpunkt (Strauss, 1994; Strauss & Corbin, 1996). Während der Analyse kann das Kodierparadigma hilfreich sein. Es ermöglicht mir als Forscher, systematisch über die Daten nachdenken und sie miteinander in Beziehung setzen zu können.

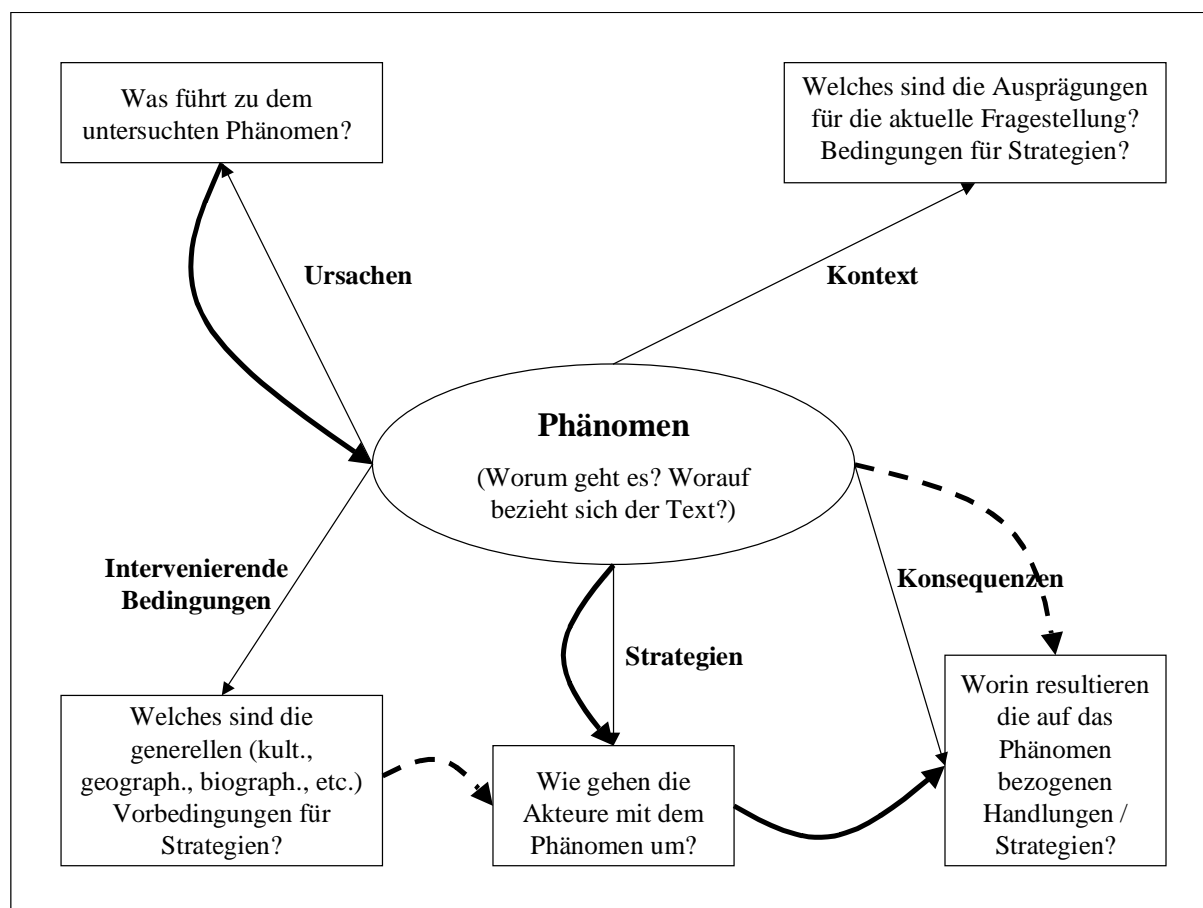


Abb. 2: Kodierparadigma (zitiert nach Strübing, 2008, S. 28)

Zuerst muss der Forscher ein zentrales Phänomen identifizieren (Strauss & Corbin, 1996). Es soll ein Ereignis sein, auf das eine Vielzahl von Handlungen bezogen sind. Die Aspekte, die zur Entwicklung beziehungsweise zum Auftreten des Phänomens beitragen, werden als Ursachen bezeichnet. Ergänzend stelle ich als Forscher den Kontext dar. Zum Kontext gehören die eher situationsspezifischen Eigenschaften des Phänomens und der „Satz von Bedingungen (...), innerhalb dessen die Handlungs- und Interaktionsstrategien stattfinden, um ein spezifisches Phänomen zu bewältigen, damit umzugehen, es auszuführen und darauf zu reagieren“ (Strauss & Corbin, 1996, S. 80 + 81). Außerdem soll ich die intervenierenden Bedingungen berücksichtigen. „Unter ‚intervenierenden Bedingungen‘ verstehen Strauss und Corbin (...) eher den weiteren, strukturellen und nicht notwendig fallspezifischen Kontext“ (Strübing, 2008, S. 29). Die intervenierenden Bedingungen wirken erleichternd oder hemmend auf die Handlungs- und interaktionalen Strategien, die wiederum als die Reaktionen auf das Phänomen zu verstehen sind und dies gleichzeitig beeinflussen. Schließlich muss der Forscher die Konsequenzen und Ergebnisse der Handlungen beachten. Die Kategorien, die entsprechend

ausgearbeitet sind, heißen Achsenkategorien. Ergänzend erleichtert die Verwendung der Bedingungsmatrix³⁵ (Strauss & Corbin, 1996) das axiale Kodieren.

Beim selektiven Kodieren steht die Integration der axial kodierten Kategorien in ein umfassendes theoretisches Konzept im Mittelpunkt (Strauss, 1994; Strauss & Corbin, 1996). Ich muss eine Kernkategorie festlegen. Dazu kann ich beispielsweise eine beschreibende Erzählung über das zentrale Phänomen anfertigen. Ich soll den roten Faden der Geschichte bestimmen sowie die Eigenschaften und Dimensionen der Kernkategorie erarbeiten. Aufbauend sind die Verbindungen der Kategorien auf der dimensional Ebene zu beachten. Auch beim selektiven Kodieren kann das Kodierparadigma hilfreich sein, um die Verbindung der Kernkategorie zu den weiteren Kategorien zu erkennen. Abschließend muss ich die hypothetischen Aussagen über die Beziehungen der Kategorien anhand der Daten überprüfen und gegebenenfalls weiterentwickeln.

Ergänzend zu den Kodierv Verfahren stehen mir als Forscher weitere Techniken zur Verfügung, die eine Theorieentwicklung erleichtern sollen (Strauss & Corbin, 1996). Zu diesen Verfahren gehören beispielsweise die W – Fragen, die Flip – Flop – Technik und das Schwenken der roten Fahne. Außerdem ist übergeordnet das Prinzip des ständigen Vergleichs von zentraler Bedeutung. Mit den W – Fragen kann das Material erschlossen werden. Die Fragen, die ich beim Sichten der Daten stellen soll, lauten wer, wann, wo, was, wie, wie lange, wie stark, wie viel, warum, wozu und womit. Zur Beantwortung muss ich den einzelnen Fall und allgemeine Aspekte wie mein Alltagswissen oder wissenschaftliche Erkenntnisse berücksichtigen. Die Flip – Flop – Technik dient dazu, neue Fragemöglichkeiten und Anregungen zum Vergleich zu erarbeiten. Ich soll mir das genaue Gegenteil zu den Aspekten vorstellen, die in den Daten enthalten sind. Die Technik des Schwenkens der roten Fahne beinhaltet schließlich die Forderung, nichts als selbstverständlich anzusehen. Ich muss beispielsweise die Aussagen nie, immer, jeder weiß oder es besteht kein Grund besonders beachten und hinterfragen.

Außerdem sind das Schreiben von Memos und eine Darstellung von Beziehungen in Diagrammen weitere Hilfen (Strauss, 1994; Strauss & Corbin, 1996). Ein Memo ist eine vorläufige und veränderbare Idee oder ein Kommentar zum Forschungsgegenstand. Während der Erarbeitung von Memos soll ich mich als Forscher beispielsweise fragen, welche Inhalte nicht in den Daten enthalten sind oder welches weitere Vorgehen sinnvoll erscheint. Ich habe

³⁵ vergleiche 7.2

außerdem die Aufgabe, Diagramme über die Ergebnisse der Analyse zu erstellen. Ich soll zuerst einfache Listen anfertigen und im Laufe des Forschungsprozesses komplexe Diagramme erarbeiten, die die gesamte Theorie verdeutlichen.

Die Kritik an der Grounded Theory beinhaltet unter anderem Glasers Reaktion auf die Weiterentwicklungen der Grounded Theory durch Strauss & Corbin (Kelle, 1994, 2007a; Mey & Mruck, 2011). Glaser kritisiert insbesondere das Kodierparadigma. Wenn der Forscher das Kodierparadigma verwendet, besteht die Gefahr, den Daten ein Konzept von außen aufzuzwingen und nicht aus ihnen zu entwickeln. Kelle (2007a) stimmt dieser Kritik in der Form zu, dass der Forscher Gefahr läuft, mit dem Kodierparadigma eine mikro – soziologische Perspektive in seine Studie einzuführen, die er möglicherweise nicht teilt.

Gleichzeitig schränkt Kelle Glasers Kritik ein. Aus Kelles Sicht ist das Kodierparadigma geeignet, verschiedene Handlungsmodelle zu integrieren. Es ermöglicht dem Forscher aufbauend auf einem theoretischen Pluralismus empirisch fundierte Kategorien zu entwickeln. Somit verstehe ich das Kodierparadigma innerhalb meiner Untersuchung als angemessen, um die in den Abschnitten 7.1 und 7.3 dargestellten Überlegungen Blumers und Bourdieus gemeinsam berücksichtigen zu können.

Außerdem kritisiert Glaser die abduktive Forschungslogik, die Strauss & Corbin thematisieren (Reichertz, 2011; Strübing, 2008). Glaser fordert ein induktives Vorgehen (Glaser & Strauss, 1998). Der Forscher soll ohne theoretische Vorannahmen eine Theorie aus den Daten entwickeln. Strauss teilte diese Position zuerst mit Glaser, weist jedoch später gemeinsam mit Corbin (Strauss & Corbin, 1996) darauf hin, dass das theoretische Vorwissen des Forschers in die Datenauswertung einfließen soll. Entsprechend muss der Forscher seine theoretischen Vorannahmen benennen, um sie gegebenenfalls modifizieren zu können. Dies kennzeichnet Reichertz (2011) als eine abduktive Forschungslogik. In Übereinstimmung mit Strauss & Corbin gehe ich davon aus, dass ich als Forscher bereits vor dem Einstieg ins Feld beispielsweise aufgrund eines Literaturstudiums über Vorannahmen in Bezug auf den zu untersuchenden Gegenstand verfüge. Glasers Kritik teile ich nicht.

Schließlich äußert Kelle (1994) die Kritik, dass innerhalb der Grounded Theory die Entwicklung und Veränderung von Hypothesen im Vordergrund steht. Dabei wird vernachlässigt, dass es sinnvoll sein kann, eine Hypothese zu verwerfen. Diese Kritik möchte ich während meiner Datenauswertung berücksichtigen.

9.3 ATLAS.ti

Während der Datenauswertung berücksichtige ich das Material aus der teilnehmenden Beobachtung in mehreren Kliniken und die problemzentrierten Interviews mit verschiedenen Assistenzärzten sowie zahlreichen Patienten. „Die Verwaltung solcher Textmengen kann schnell zu organisatorischen Mammutaufgaben werden, ihre Vernachlässigung schwer wiegende methodologische Konsequenzen nach sich ziehen“ (Kelle, 2000, S. 489). Um dem Forscher seine Forschungstätigkeit mit einem umfangreichen Datenmaterial zu erleichtern, wurden computergestützte Verfahren entwickelt (Flick, 2007; Kelle, 2000; Huber, 1995). Der Einsatz eines entsprechenden Programms ist innerhalb meiner Studie hilfreich für die Auswertung.

Eine Software zur computerunterstützten Analyse, die auf der Grounded Theory beruht und in Bezug auf meine Studie angemessen erscheint, ist das Programm ATLAS.ti (Flick, 2007; Mühlmeier – Mentzel, 2011). ATLAS.ti stellt keine Methode, sondern ein Werkzeug dar. Das Programm dient vor allem der Strukturierung und Organisation des Materials. Es beinhaltet keine restriktiven Regeln, sondern ATLAS.ti wird dem Prozesscharakter der Grounded Theory gerecht (Strübing, 1997).

Muhr (1996) unterscheidet zwischen einer textuellen und einer konzeptuellen Bearbeitungsebene innerhalb von ATLAS.ti. „Die textuelle Ebene umfasst alle direkt auf die untersuchten Texte (Primärtexte) bezogenen Tätigkeiten“ (Muhr, 1996, S. 248). Als Forscher markiere ich beispielsweise relevante Textpassagen, kodiere sie und schreibe Anmerkungen. Auf der konzeptuellen Ebene werden die Ergebnisse der textuellen Phase weiterverarbeitet. Der direkte Bezug zu den Textsegmenten verliert an Bedeutung, und ich beschäftige mich mit den Codes selbst. Entsprechend des Forschungsverständnisses von Glaser und Strauss³⁶ stellen die textuellen und konzeptuellen Bearbeitungsphasen keine strikt zu trennenden Tätigkeiten dar. Stattdessen sind sie ineinander verschränkt, und als Forscher wechsele ich fortlaufend zwischen den verschiedenen Bearbeitungsebenen.

Im Vordergrund der Forschungstätigkeit mit ATLAS.ti steht das Erstellen und Weiterentwickeln von Codes und Memos (Friese, 2012; Gibbs, 2007). Dabei sind unterschiedliche Suchfunktionen sowie die Möglichkeiten zum Gruppieren zu Familien und innerhalb von Netzwerken zentral (Mühlmeier – Mentzel, 2011). Ich habe die Möglichkeit, die unterschiedlichen Daten oder Texte sowie meine Codes und Memos übersichtlich zu organisieren

³⁶ vergleiche 9.2

(Strübing, 1997). Dies erleichtert den Vergleich der Daten. Verschiedene Editoren unterstützen das Erstellen von Netzwerken und Kodierfamilien. Ich kann Verbindungen zwischen dem Datenmaterial, den Zitaten, den Kodes und den Memos erarbeiten. Die Kodes werden „nicht unspezifisch miteinander verbunden, sondern anhand einer Relation qualifizierend zueinander in Beziehung gesetzt“ (Mühlmeier – Mentzel, 2011, S. 4). Dies dient der Entwicklung und Überprüfung meiner Theorie. Außerdem beinhaltet die Software interaktive Eigenschaften. Zum Beispiel kann ich als Forscher mit einem Klick auf einen Kode alle mit diesem Kode zusammenhängenden Textstellen aufrufen, und ich kann auf sämtliche Kommentare zu diesem Kode zugreifen.

Eine Kritik an ATLAS.ti äußert Mühlmeier – Mentzel (2011). Sie merkt an, dass der Forscher zwischen zwei Kodes nur eine Relation herstellen kann. Im Forschungsprozess ist es aber teilweise sinnvoll, mehrere Beziehungen zwischen zwei Kodes zu benennen. Dieses Problem möchte ich durch das Schreiben entsprechender Memos reduzieren.

II. Empirischer Teil

Im folgenden stelle ich die Ergebnisse meiner Untersuchung zur Handhabung der Patientenselbst- und –fremdbestimmungen dar. Die Codes und Kategorien, die ich während der Datenauswertung gebildet habe, gebe ich **fett** wieder. Sofern ich aus dem Datenmaterial zitiere, verwende ich eine *kursive* Schrift. Die Daten stammen aus einer teilnehmenden Beobachtung und aus qualitativen Interviews mit Assistenzärzten beziehungsweise mit Patienten, so dass die Daten unterschiedliche Perspektiven beinhalten. Für den Leser ist erkennbar, auf welche Datenquelle ich mich jeweils beziehe. Die Angaben über die Kliniken, die Assistenzärzte, die Patienten und verschiedene weitere Daten sind anonymisiert. In diesem Zusammenhang habe ich einzelne Details gezielt verändert, damit die Quelle möglichst nicht identifiziert werden kann.

Corbin & Strauss (1993; Strauss et. al., 1985) weisen darauf hin, dass der Verlauf einer Erkrankung in Form einer Trajectory abgebildet werden kann. In der Trajectory ist die gesamte Geschichte des Patienten unter Beachtung des Kontexts berücksichtigt. Die Trajectory beinhaltet sämtliche Erfahrungen, die der Patient macht. Aufbauend auf den Darstellungen von Corbin & Strauss beachtete ich während der Datenauswertung, dass ich mit dem aktuellen Aufenthalt in der Regel nur einen kurzen Ausschnitt aus der Krankengeschichte der Patienten, aus der beruflichen Tätigkeit der Assistenzärzte oder aus der Interaktionsgeschichte zwischen dem Assistenzarzt und dem Patienten erfasse. Beispielsweise nehmen an der Untersuchung Patienten teil, die bereits zuvor in derselben Klinik waren und mit demselben Assistenzarzt interagierten.

Ein entsprechendes Vorgehen erscheint mir sinnvoll, denn unter anderem sagt Herr Vollmers, die ...

„... Station gefalle ihm, er habe auch schon ganz andere Dinge erlebt. Er war zu DDR – Zeiten in der Forensik und wurde dort sogar geschlagen und angebrüllt.“ (Forschungstagebuch B, Zeile 170 – 174)

Herr Vollmers thematisiert einen Aufenthalt in der Forensik, der dadurch gekennzeichnet ist, dass der Patient geschlagen wird. Diese negativen Erlebnisse verknüpft er mit der Äußerung, dass ihm das Waldkrankenhaus gefällt. Für seine Aussage über den aktuellen Aufenthalt sind die vergangenen Krankenhausaufenthalte wichtig. Außerdem können die Erfahrungen von Bedeutung sein, die die Patienten ambulant machen.

Sofern ich über entsprechende Daten verfüge, interpretiere ich auch die Aussagen der Assistenzärzte, indem ich den Bezug zu ihren eigenen Erfahrungen sowie zur Trajectory des Patienten berücksichtige.

Eine erste Übersicht über die Gliederung des empirischen Teils ermöglicht die folgende Grafik:

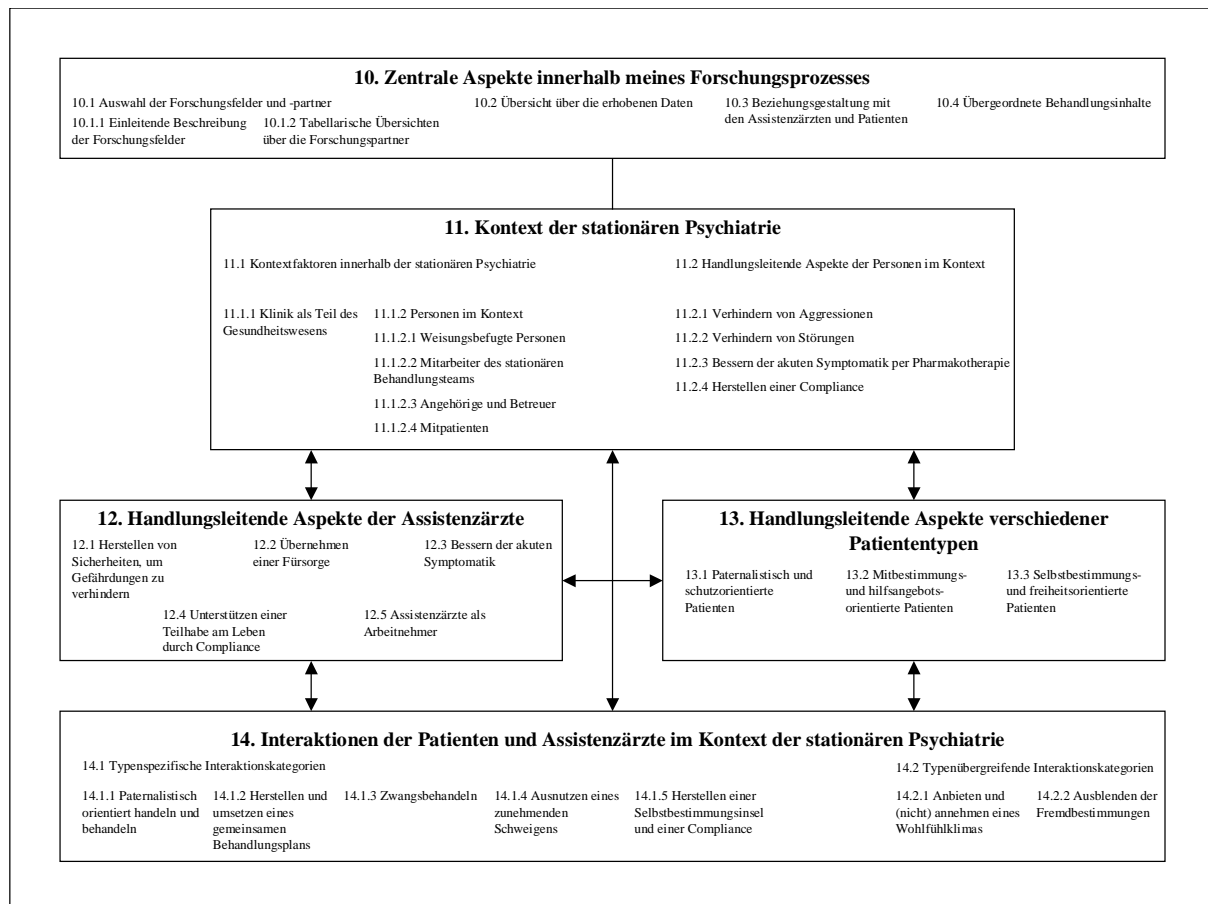


Abb. 3: Gliederung des empirischen Teils

Die Methoden der Datenerhebung und – auswertung, die ich zur Untersuchung der Handhabung der Patientenselbst- und –fremdbestimmungen verwende, sind durch ein offenes und kaum standardisiertes Vorgehen charakterisiert. Mit einem Verweis auf die Validität entsprechender Daten fordern Adler & Adler (1994) unter anderem, dass der Forscher die Ergebnisdarstellung nachvollziehbar gestalten soll. Entsprechend möchte ich dem Leser einleitend die Möglichkeit geben, zentrale Aspekte innerhalb meines Forschungsprozesses kennenzulernen (10.). Ich gehe darauf ein, auf welcher Grundlage ich die Forschungsfelder und –partner ausgewählt habe (10.1). Ergänzend beschreibe ich die Forschungsfelder einleitend (10.1.1) und gebe in Form einer Tabelle eine Übersicht über die Forschungspartner, die am Forschungs-

prozess beteiligt waren (10.1.2). Darauf folgt eine Übersicht, welche Daten ich insgesamt erhoben habe (10.2), bevor ich darstelle, wie ich die Beziehung zu den Assistenzärzten und zu den Patienten gestaltet habe (10.3). Innerhalb eines qualitativen Forschungsprozesses ist ein ständiger Vergleich der Daten zentral³⁷. Aufbauend auf einer entsprechenden Datenauswertung wurde deutlich, dass verschiedene Behandlungsinhalte in allen Behandlungsprozessen relevant sind. Diese übergeordneten Behandlungsinhalte, die immer wieder Gegenstand der Patientenselbst- beziehungsweise –fremdbestimmung sind, thematisiere ich im Abschnitt 10.4.

Im Abschnitt 7.2 stelle ich dar, dass Handlungen und Interaktionen in einen je spezifischen Kontext eingebettet sind. Ergänzend gehe ich im Abschnitt 9.2 darauf ein, dass eine Analyse des Kontexts zur Methode der Grounded Theory gehört. Aufbauend auf diesen Beiträgen beschäftige ich mich im Kapitel 11 mit dem Kontext der stationären Psychiatrie. Ich thematisiere zuerst, welche Kontextfaktoren in der stationären Psychiatrie zentral sind (11.1) und fasse sie zu zwei Kategorien zusammen. Die Auswertungsergebnisse beinhalten, dass die Klinik als Teil des Gesundheitswesens beachtet werden muss (11.1.1) und dass im Kontext verschiedene Personen sind, die einen Einfluss auf die Handlungen beziehungsweise Interaktionen der Assistenzärzte und der Patienten haben können (11.1.2). Zu diesen Personen im Kontext zählen weisungsbefugte Personen (11.1.2.1), Mitarbeiter des stationären Behandlungsteams (11.1.2.2), Angehörige und Betreuer (11.1.2.3) sowie Mitpatienten (11.1.2.4). Mein Verständnis des Handlungs- und Interaktionsbegriffs thematisiere ich im Kapitel 7. Nach Blumer (1973) wird die Handlung gegenüber einem ‚Ding‘ vor allem durch die Bedeutung geleitet, die dieses Ding für den Menschen hat. Ergänzend ist nach Bourdieu (1978, 1995) der Habitus handlungsleitend. In Anlehnung an diese Darstellungen gehe ich im Abschnitt 11.2 darauf ein, welche handlungsleitenden Aspekte in Bezug auf die Patientenselbst- und –fremdbestimmungen bei den Personen im Kontext erkennbar sind. Relevant sein können ein Verhindern von Aggressionen (11.2.1), das Verhindern von Störungen (11.2.2), das Bessern der akuten Symptomatik per Pharmakotherapie (11.2.3) und schließlich das Herstellen einer Compliance (11.2.4).

Vergleichbar zu diesen Darstellungen frage ich in den Kapiteln 12 und 13, welche Aspekte für die Assistenzärzte beziehungsweise für die Patienten in Bezug auf die Patientenselbst- und –fremdbestimmungen handlungsleitend sein können. Die Auswertungsergebnisse über die

³⁷ siehe Kapitel 9

Assistenzärzte beinhalten, dass in Abhängigkeit von den individuellen Behandlungsprozessen das Herstellen von Sicherheiten, um Gefährdungen zu verhindern (12.1), das Übernehmen einer Fürsorge (12.2), das Bessern der akuten Symptomatik (12.3) und das Unterstützen einer Teilhabe am Leben durch Compliance (12.4) relevant sind. Teilweise sind auch handlungsleitende Aspekte als Arbeitnehmer (12.5) von Bedeutung.

Bei den Patienten unterscheide ich die handlungsleitenden Aspekte nach verschiedenen Patiententypen (13.). Ich gehe auf die Patiententypen paternalistisch und schutzorientierte Patienten (13.1), mitbestimmungs- und hilfsangebotsorientierte Patienten (13.2) sowie selbstbestimmungs- und freiheitsorientierte Patienten ein (13.3).

Anschließend fokussiere ich entsprechend meines Forschungsthemas die Interaktionen der Assistenzärzte und der Patienten im Kontext der Psychiatrie (14.). Aufbauend auf den Patiententypen thematisiere ich typenspezifische Interaktionskategorien (14.1). Dies sind ein paternalistisch orientiertes Handeln und Behandeln (14.1.1) beziehungsweise ein Herstellen und Umsetzen eines gemeinsamen Behandlungsplans (14.1.2) in Bezug auf die paternalistisch und schutzorientierten Patienten beziehungsweise in Bezug auf die mitbestimmungs- und hilfsangebotsorientierten Patienten. Die Interaktionen der selbstbestimmungs- und freiheitsorientierten Patienten mit den Assistenzärzten unterteile ich in drei Interaktionskategorien. Dies sind das Zwangsbehandeln (14.1.3), das Ausnutzen eines zunehmenden Schweigens (14.1.4) sowie das Herstellen einer Selbstbestimmungsinsel und einer Compliance (14.1.5).

Ergänzend gehe ich typenübergreifend auf die Interaktionskategorien ein (14.2). Ich thematisiere das Anbieten und (nicht) annehmen eines Wohlfühlklimas (14.2.1) und die Kernkategorie, die ich entsprechend der Auswertungsmethode der Grounded Theory (u.a. Strauss & Corbin, 1996) identifizieren konnte. Sie lautet Ausblenden der Fremdbestimmungen (14.2.2).

Zum Abschluss der Darstellungen folgt eine Zusammenfassung der Auswertungsergebnisse zu einer gegenstandsbegründeten Theorie (15.), eine Diskussion und ein Ausblick (16.) sowie eine Zusammenfassung (17.).

10. Zentrale Aspekte innerhalb meines Forschungsprozesses

10.1 Auswahl der Forschungsfelder und -partner

Im Mittelpunkt meiner Studie steht der Beitrag der Interaktionen von Assistenzärzten und psychoseerfahrenen Patienten zur Handhabung der Patientenselbst- und –fremdbestimmungen in der stationären Psychiatrie. Eine psychiatrische Klinik ist kein öffentlicher Ort. Um die Assistenzärzte und die Patienten beobachten und interviewen zu können, muss ich Zugang zu einer beziehungsweise mehreren psychiatrischen Kliniken erhalten.

Dies führte zu der Frage, zu welchem Krankenhaus ich Kontakt aufnehmen. Ich interessiere mich für die Handhabung der Patientenselbst- und –fremdbestimmungen. Die theoretischen Ansätze, die diese Begriffe charakterisieren, stelle ich oben ausführlich dar. Ich ging von der Vorannahme aus, dass in jeder stationären Psychiatrie Aspekte einer Patientenfremdbestimmung zu beobachten sind. Ein Beispiel ist die Zwangsbehandlung. Ergänzend suchte ich eine psychiatrische Klinik, die den Ruf hat, dass die Patienten möglichst selbstbestimmt handeln und interagieren können. Meine Aufgabe bestand darin, entsprechende Krankenhäuser zu identifizieren. Die Suche erfolgte in Zusammenarbeit mit meinem Doktorvater Prof. Zaumseil. Wir fragten im psychiatrischen Bereich tätige Praktiker und Wissenschaftler sowie psychoseerfahrene Menschen, in welchen Berliner Krankenhäusern die Patienten möglichst selbstbestimmt handeln und interagieren können. Die Hinweise ergänzten wir mit unseren Kenntnissen über das psychiatrische Versorgungssystem und einer Recherche auf den Webseiten von Krankenhäusern.

Mehrere psychoseerfahrene Menschen und mehrere Praktiker verwiesen auf das Waldkrankenhaus. Ergänzend wird auf den Internetseiten dieser Klinik beispielsweise der Anspruch formuliert, „sich an den Bedürfnissen der Betroffenen (...) angemessen zu orientieren“³⁸, und die Patienten werden als Experten ihrer Erkrankung bezeichnet. Entsprechende Aussagen erinnern an die Darstellungen im Kapitel 3, in dem ich auf die theoretischen Grundlagen einer Patientenselbstbestimmung eingehe. Die Informationen werteten wir als Hinweis, dass das Waldkrankenhaus als Forschungsfeld geeignet ist.

Während der Kontaktaufnahme zum Waldkrankenhaus stellte Prof. Zaumseil einen Türöffner dar. Er telefonierte mit dem ihm persönlich bekannten Chefarzt. Nachdem sich der Chefarzt mit einer Durchführung der Studie einverstanden erklärte, stellte ich ihm die Planung meines

³⁸ Bei diesem Zitat fehlt die Angabe der Quelle, um eine Anonymisierung zu ermöglichen.

Forschungsprozesses dar. Am Ende dieses Gesprächs schlug der Chefarzt den Assistenzarzt Dr. Schneider als einen geeigneten Teilnehmer meiner Untersuchung vor. Dieser wurde mir ebenfalls von verschiedenen Praktikern und Betroffenen empfohlen. Ich ging von der Vorannahme aus, dass Dr. Schneider als Forschungspartner geeignet erschien, und nahm Kontakt zu dem Assistenzarzt auf. Er äußerte eine Bereitschaft, an der Studie teilzunehmen.

Die Analyse im Waldkrankenhaus verdeutlichte, dass der Kontext eine zentrale Bedeutung für die Handlungen und Interaktionen der Assistenzärzte und der Patienten hat. Diese Erkenntnis war zentral für die Auswahl der zweiten Klinik. Ich suchte nach einem Krankenhaus, in dem die Assistenzärzte und die Patienten möglichst einen Kontext vorfinden, der eine Patientenselbstbestimmung erleichtert. Meine Vorannahme bestand darin, dass dieses Setting am wahrscheinlichsten ist, wenn die Krankenhausleitung eine Patientenselbstbestimmung als wichtig bezeichnet. Prof. Zaumseil befragte Kollegen mit detaillierten Kenntnissen über die psychiatrische Versorgung in Berlin, in welchen Kliniken dies der Fall ist. Dabei wurde ihm die Klinik am See empfohlen, so dass ich Kontakt zum Chefarzt dieses Krankenhauses aufnahm. Er antwortete, dass er mein Forschungsvorhaben interessant finde und unterstützen möchte. In der Klinik am See gibt es auf den verschiedenen Stationen unterschiedliche Behandlungsschwerpunkte in Abhängigkeit von der gestellten Diagnose. Der Chefarzt schlug vor, die Datenerhebung auf der Station zu beginnen, die den höchsten Anteil an psychoseerfahrenen Patienten hat. Die beiden Ärztinnen, die auf dieser Station arbeiteten, bezeichneten eine Patientenselbstbestimmung als wichtig³⁹. Aufgrund der Aussagen des Chefarztes und der Ärztinnen ging ich von der Vorannahme aus, dass das ausgewählte Forschungsfeld geeignet erscheint.

Die Datenerhebung erfolgte abschließend aufgrund der Empfehlung einer Forschungskollegin im Städtischen Klinikum. Sie erzählte, dass sie mit einer Oberärztin des Städtischen Klinikums über die im Kapitel 3 dargestellten Ansätze zur Patientenselbstbestimmung diskutiert habe. Dabei formulierte die Oberärztin den Anspruch, entsprechend handeln zu wollen. Da sie nicht auf einer psychiatrischen Station beschäftigt war, nahm diese Ärztin nicht an der Untersuchung teil. Sie empfahl jedoch einen Kollegen aus dem Städtischen Klinikum und vermittelte einen Kontakt. Für die Auswahl dieses Assistenzarztes, der einer Teilnahme an der Studie zustimmte, war zusätzlich von Bedeutung, dass er auf einer offenen Station arbeitete. Die

³⁹ Eine entsprechende Aussage ist nicht selbstverständlich. Im Gegensatz zu diesen Assistenzärztinnen sagte ein weiterer Assistenzarzt, der in der Klinik am See arbeitete, dass Patienten mit der Diagnose Psychose entscheidungsunfähig seien. Er bezeichnete eine Berücksichtigung ihrer Perspektiven als kaum sinnvoll.

Datenerhebung im Waldkrankenhaus und in der Klinik am See erfolgte auf Stationen, deren Türen nicht generell, aber während meiner Forschungstätigkeit meistens geschlossen waren. Eine Datenerhebung auf einer offenen Station schien zur Kontrastierung sinnvoll zu sein.

Meine Auswahl der Patienten erfolgte in allen drei Kliniken nach dem Prinzip des theoretischen Samplings. Am Beginn der Datenerhebung beachtete ich nur, dass der Betroffene psychoseerfahren ist. In Anlehnung an Stark (1997) verwende ich den Begriff Psychose für die Störungsbilder Psychosen aus dem schizophrenen Formenkreis und affektive Psychosen. Im Laufe des Forschungsprozesses versuchte ich, Patienten für eine Teilnahme an der Studie zu gewinnen, die sich in ihren demographischen Eigenschaften unterscheiden. Neben dem Geschlecht beachtete ich das Alter, den Familienstand, die Wohnsituation sowie die berufliche Tätigkeit. Außerdem variierten die Patienten in Bezug auf die Dauer seit der Ersterkrankung, die Anzahl früherer Klinikaufenthalte, die Anzahl früherer Kontakte mit dem Assistenzarzt und in Bezug auf die Aufenthaltsdauer.

Ich berücksichtigte außerdem, inwieweit sich der Patient zufrieden beziehungsweise unzufrieden über den Aufenthalt äußert. Die Datenauswertung zeigte, dass eine Analyse insbesondere zu neuen Erkenntnissen führt, wenn sich die favorisierten Behandlungsinhalte des Assistenzarztes und des Patienten unterscheiden. Schließlich wählte ich mehrere Betroffene aus, da sie den Klinikaufenthalt verweigerten und eine Zwangsunterbringung erfolgte.

10.1.1 Einleitende Beschreibung der Forschungsfelder

Das Waldkrankenhaus hat drei psychiatrische Abteilungen mit insgesamt sechs Stationen. Den Patienten stehen 186 vollstationäre sowie 60 teilstationäre Betten in zwei Tageskliniken zur Verfügung. In zwei Institutsambulanzen und zwei therapeutischen Wohngemeinschaften wird eine ambulante Behandlung angeboten. Das Waldkrankenhaus ist für die Pflichtversorgung eines Berliner Großbezirkes zuständig.

Die sechs psychiatrischen Stationen sind in zwei eingeschossigen Neubauten untergebracht, die erst vor wenigen Jahren gebaut und eingerichtet wurden. Die Station, auf der ich Daten erhob, hat 22 Betten und zwei Notbetten. Sie sind auf Einzel-, Zweibett- und Dreibettzimmer verteilt. Jedes Zimmer verfügt über eine Dusche, Toilette und Sitzgruppe. Wenn ich die Sta-

tion betreute, gelange ich in einen großen und offenen Raum. Hier stehen den Patienten und den Besuchern mehrere voneinander separierte Sitzgruppen zur Verfügung. Im hinteren Teil der Station befindet sich ein Speisesaal. Die beiden Bereiche werden durch das Schwesternzimmer voneinander getrennt, das im Zentrum der Station liegt. Die verschiedenen Patientenzimmer gehen beidseitig von dem offenen Innenraum ab.

Auf der Station arbeiten während meiner Forschungstätigkeit drei Assistenzärzte, von denen einer sein praktisches Jahr absolviert. Zu den weiteren Mitarbeitern gehören neben dem Pflegepersonal ein Sozialarbeiter und eine Ergotherapeutin. An einzelnen Besprechungen nimmt zusätzlich die Physiotherapeutin der Klinik teil. Am Ende meines Forschungsprozesses beginnt eine Psychologin eine einjährige Tätigkeit als Hospitantin.

Des Weiteren erhob ich in der Klinik am See Daten. Auf dem parkähnlichen Gelände dieses Krankenhauses befinden sich über fünfzig verschiedene Gebäude mit insgesamt 624 Behandlungsplätzen. Den Patienten stehen eine Bibliothek, eine Cafeteria und ein Patiententreff zur Verfügung. Die psychiatrische Abteilung ist eine von acht Fachabteilungen, und sie ist für die Pflichtversorgung eines Berliner Bezirkes zuständig.

Die Station, auf der ich forschte, befindet sich in einem viergeschossigen alten Backsteingebäude, das demnächst modernisiert werden sollte. Sie besteht aus einem langen Flur, von dem alle Räume abgehen. Die 21 Betten sind auf Dreibett-, Zweibett- und ein Einbettzimmer verteilt. In Abhängigkeit von der Patientenzahl werden zeitweise einzelne Räume zu Vierbettzimmern erweitert. Die Zimmer der Betroffenen verfügen über ein Waschbecken, während die Duschen und Toiletten auf dem Flur sind. Ein Arztzimmer sowie der Raum der Psychologin liegen außerhalb der Station.

In der Klinik am See gibt es in Abhängigkeit vom Therapieprogramm drei Patientengruppen. Die Patienten können ein sogenanntes niedrigschwelliges Angebot nutzen oder die Therapieprogramme, die speziell auf die Störungsbilder Depression beziehungsweise Psychose ausgerichtet sind. Während meines Forschungsprozesses arbeiten zwei Ärztinnen auf der Station. Zeitweise ist zusätzlich ein Medizinstudent beziehungsweise ein dritter Arzt anwesend. Zum Stationsteam gehören außerdem eine Sozialarbeiterin und eine Psychologin. Die Ergo- und die Physiotherapeutin sind für mehrere Stationen zuständig.

Am Ende des Forschungsprozesses erhebe ich schließlich Daten im Städtischen Klinikum. Dabei handelt es sich um eine Universitätsklinik außerhalb Berlins, die über mehr als 1000

Betten verfügt. Die Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie besteht aus drei Stationen und einer Tagesklinik. Zusätzlich wird eine ambulante Sprechstunde angeboten.

Die Station, auf der ich forschen konnte, befindet sich in einem alten Gebäude. Dies beinhaltet neben anderen Stationen beispielsweise einen Hörsaal und verschiedene Büroräume. Auf der Station gehen alle Zimmer von einem langen Gang ab. Die insgesamt 20 Betten sind auf Einzel- bis Vierbettzimmer verteilt. Diese verfügen je über eine Sitzecke sowie Waschbecken, und sie sind unterschiedlich eingerichtet. Einzelne Zimmer wurden vor kurzem renoviert und neu möbliert. Die Toiletten und die verschlossenen Duschräume der Betroffenen befinden sich auf dem Gang.

Während meiner Forschungstätigkeit sind auf der Station vier Ärzte beschäftigt, von denen einer sein praktisches Jahr absolviert. Ihnen stehen zwei Arztzimmer zur Verfügung. Auf der Station ist außerdem ein Psychologe tätig, der während meiner Datenerhebung mit einer Hospitantin und einer Praktikantin zusammenarbeitet. Die Sozialarbeiterin, die Ergo- und die Physiotherapeutin sind für mehrere Stationen zuständig. In einer Universitätsklinik haben die Klinikmitarbeiter häufig Arbeitsaufgaben in der Forschung. Dieser Aspekt bleibt im Zusammenhang mit meiner Datenerhebung im Hintergrund, da auf der Station keine Untersuchung in Bezug auf psychoseerfahrene Patienten stattfand.

10.1.2 Tabellarische Übersichten über die Forschungspartner

Im Laufe des Forschungsprozesses beobachtete ich die Interaktionen von vier Assistenzärzten mit insgesamt über fünfzig psychoseerfahrenen Patienten. Mit der Tonbandaufzeichnung von Einzelgesprächen und der Durchführung problemzentrierter Interviews fokussierte ich die Behandlungsprozesse von achtzehn Patienten. Eine Übersicht über diese Forschungspartner ermöglichen die folgenden Tabellen.

Name (anonymisiert)	Alter	Diagnose (ICD – 10)	Medikation	Dauer des Aufenthalts	Ersterkrankung vor ...	Anzahl früherer Klinikaufenthalte	Familienstand	Wohnsituation	Derzeitige Tätigkeit	Zentrales Auswahlkriterium für die Studie	Sonstiges
Frau Albrecht	38	Akute schizophreiforme psychotische Störung (F23.2) DD ⁴⁰ : Paranoide Schizophrenie (F20.0)	Risperdal	2 ½ Monate	ca. 10 Jahren	1	verheiratet 2 Kinder	gemeinsame Wohnung mit dem Ehemann und den Kindern	Hausfrau	Zwangsaufenthalt; Ablehnung der Medikation	sagte in der akuten Krankheitsphase, dass sie nicht verheiratet sei und nur ein Kind habe; während des Aufenthalts erster Kontakt seit Jahren zur Mutter
Frau Bode	52	Paranoide Schizophrenie (F20.0)	Seroquel, Timonil, Lyogen	3 ½ Wochen	22 Jahren	ca. 4	verwitwet 2 Kinder	lebt alleine	Rentnerin	Psychoseerfahrung	keine akute Krankheitsphase
Frau Dressler	32	Schizoaffective Störung, gegenwärtig manisch (F25.0)	Zyprexa, Orfiril	4 Wochen	7 Jahren	5	lebt in Scheidung	lebt alleine	Kauffrau	Absetzen der Medikation vor dem Aufenthalt; Forderung nach mehr Ausgang	Beginn der akuten Krankheitsphase während einer therapeutischen Gruppenreise
Herr Emmerich	20	Paranoide Schizophrenie (F20.0)	Haldol, Seroquel, Remergil, Akineton	1 Monat (davon 1 Woche als Tagespatient)	1 Jahr	1	ledig	lebt bei den Eltern	Student	Absetzen der Medikation vor dem Aufenthalt	Einweisung auf Initiative der Eltern
Herr Francke	24	Paranoide Schizophrenie (F20.0)	Fluanxol, Seroquel, Bifiteral, Akineton	3 ½ Monate (davon 2 Wochen als Tagespatient)	3 Jahren	2	ledig	lebt alleine hat einen Betreuer	arbeitslos	Absetzen der Medikation vor dem Aufenthalt; Fixierung über die Dauer von drei Wochen	extremer Gewichtsverlust vor der Aufnahme; derzeitige Bewährungsstrafe; erschien als Tagespatient nicht täglich
Herr Gerken	38	Schizoaffective Störung, gegenwärtig manisch (F25.0)	Seroquel, Fluanxol, Stangyl, Tegretal, Akineton	5 Wochen (fast ausschließlich als Tagespatient)	ca. 16 Jahren	ca. 8	ledig 1 Kind	lebt alleine hat einen Betreuer	Rentner	Absetzen der Medikation vor dem Aufenthalt; „krankheitsuneinsichtig“ (Zitat aus der Akte); fordert mehr Ausgang	ab dem 3. Tag des Aufenthalts Tagespatient; nutzt ambulant gemeindepsychiatrische Einrichtungen
Herr Hellmann	47	Schizoaffective Störung, gegenwärtig manisch (F25.0)	Haldol, Zyprexa, Taxilan	4 Wochen	ca. 18 Jahren	ca. 6	ledig	gemeinsame Wohnung mit der Freundin hat einen Betreuer	Rentner	Zwangsunterbringung	frühere Aufenthalte im Gefängnis und in der Forensik
Frau Ingenhorst	38	Gemischte schizoaffective Störung (F25.2)	Haldol, Seroquel, Bifiteral, Akineton, L - Thyroxin	2 Monate (davon 1 ½ Wochen als Tagespatientin)	jetzige Krankheitsphase	0	verheiratet 1 Kind	gemeinsame Wohnung mit dem Ehemann	Sachbearbeiterin	Zwangsunterbringung; Ersterkrankung	kannte die Klinik und teilweise das Personal trotz Ersterkrankung aufgrund einer depressiven Störung ihres Kindes
Frau Kunz	30	Schizoaffective Störung, gegenwärtig manisch (F25.0)	Seroquel, Diazepam	4 Tage	8 Jahren	3	verheiratet 1 Kind	lebt alleine mit dem Kind	Studentin	Ablehnung der Medikation	Entlassung nach wenigen Tagen gegen den ärztlichen Rat; nicht wohnhaft in Berlin

⁴⁰ Die Abkürzung DD steht für das Wort Doppeldiagnose.

Name (anonymisiert)	Alter	Diagnose (ICD – 10)	Medikation	Dauer des Aufenthalts	Ersterkrankung vor ...	Anzahl früherer Klinikaufenthalte	Familienstand	Wohnsituation	Derzeitige Tätigkeit	Zentrales Auswahlkriterium für die Studie	Sonstiges
Frau Lunau	39	Schizoaffective Störung, gegenwärtig depressiv (F25.1)	Haldol, Diazepam, Taxilan	3 Wochen	21 Jahren	über 10	ledig	lebt in einer therapeutischen Wohngemeinschaft	Rentnerin	Psychoseerfahrung	vorheriger Aufenthalt in der gleichen Klinik wenige Wochen zuvor
Frau Martin	22	Paranoide Schizophrenie (F20.0)	Leponex, Soloft, Bifiteral	5 Monate (davon 2 Wochen als Tagespatientin)	5 Jahren	3	ledig	Wohnung im betreuten Einzelwohnen	arbeitslos	Dauer des Aufenthaltes	Auftreten eines epileptischen Anfalls; früher: intensiver Drogenkonsum
Herr Niehaus	23	Paranoide Schizophrenie (F20.0)	Risperdal, Timonil	2 Wochen	3 Jahren	13	ledig	lebt in einer therapeutischen Wohngemeinschaft	arbeitslos	Ablehnung der Teilnahme am Stationsprogramm	letzter Aufenthalt wenige Wochen zuvor; nutzt ambulant gemeindepsychiatrische Einrichtungen
Herr Otte	21	Akute polymorphe psychotische Störung (F23.1) DD: Paranoide Schizophrenie (F20.0)	Remergil, Taxilan	5 ½ Wochen (davon 3 Wochen als Tagespatient)	jetzige Krankheitsphase	0	ledig	lebt alleine	arbeitslos	Ersterkrankung; Ablehnung der Teilnahme am Therapieprogramm	Status als Tagespatient auf eigenen Wunsch; erschien als Tagespatient nicht täglich
Frau Paulsen	32	Akute polymorphe psychotische Störung (F23.1) DD: Paranoide Schizophrenie (F20.0)	Seroquel, Fluaxol, Remergil, Diazepam, Bifiteral, Akineton	5 Wochen	jetzige Krankheitsphase	0	geschieden 3 Kinder	gemeinsame Wohnung mit dem Freund und den zwei Kindern	Hausfrau	Ersterkrankung	Unterstützung im Alltag durch ihre Mutter
Frau Schelling	42	Paranoide Schizophrenie (F20.0)	Lyogen, Ciatyl, Diazepam, Dipeperon, Atosil	4 Tage	28 Jahren	ca. 6	ledig	gemeinsame Wohnung mit dem Freund hat eine Betreuerin	Rentnerin	Psychoseerfahrung	Freund und Betreuerin initiierten Aufenthalt nach der Vorbereitung eines Suizidversuchs
Frau Reinke	39	Akute polymorphe psychotische Störung (F23.1) DD: Paranoide Schizophrenie (F20.0)	Haldol, Seroquel, Remergil, Taxilan, Akineton	3 Monate (davon 3 Wochen als Tagespatientin)	jetzige Krankheitsphase	0	verheiratet 2 Kinder	gemeinsame Wohnung mit dem Ehemann	Bürohilfe	Ersterkrankung; „krankheitsuneinsichtig“ (Zitat aus der Akte)	in den 3 Monaten des Aufenthalts zwei mal Entlassung je für wenige Tage und anschließend Wiederaufnahme; beide Kinder sind vor kurzem ausgezogen
Frau Trautner	36	Schizoaffective Störung, gegenwärtig depressiv (F25.1)	Zyprexa, Taxilan, Orfiril	2 ½ Monate (davon 2 Wochen als Tagespatientin)	10 Jahren	ca. 4	ledig	gemeinsame Wohnung mit dem Partner	arbeitslos	Psychoseerfahrung	Nutzung einer gemeindepsychiatrischen Einrichtung (als Planung nach dem Aufenthalt)
Herr Ulrich	48	Paranoide Schizophrenie (F20.0)	Haldol, Zyprexa	2 ½ Monate	ca. 16 Jahren	ca. 3	geschieden	lebt in einer therapeutischen Wohngemeinschaft	Rentner	Zwangsunterbringung	Grund der Unterbringung: Vorwurf der Brandstiftung;

Tab. 2: Übersicht über die Patienten, die an der Studie teilgenommen haben

Name	Alter und Geschlecht	in der Klinik bzw. auf der Station tätig seit ...	vorherige Berufserfahrung	derzeitige berufliche Weiterbildung	Familienstand und Wohnsituation	Sonstiges
Dr. Berthold	36 weiblich	fast ½ Jahr	Tätigkeit in einer psychosomatischen Rehabilitationsklinik sowie in der Kinder- und Jugendpsychiatrie	Weiterbildung für psychotherapeutische Medizin	verheiratet; lebt gemeinsam mit ihrem Ehemann	Tätigkeit als Psychiaterin im Zusammenhang mit der Weiterbildung; kündigte im Laufe des Forschungsprozesses ihre Anstellung
Dr. Friedrichs	30 männlich	½ Jahr	Tätigkeit in der Psychiatrie (praktisches Jahr und als Arzt im Praktikum)	Therapieausbildung (Verhaltenstherapeut)	ledig; lebt in einer gemeinsamen Wohnung mit einem Kollegen	ursprüngliches Berufsziel vor dem Studium: Fotograf; Honorarkraft in der Psychiatrie während des Studiums
Dr. Michaelis	31 weiblich	1 ½ Jahren bzw. 1 Monat	Tätigkeit in der Neurologie und Gerontopsychiatrie	Therapieausbildung (Verhaltenstherapeutin)	ledig; lebt in einer Wohngemeinschaft	ursprüngliches Berufsziel: medizinische Forschung; derzeitiges Berufsziel unsicher (Fachärztin Psychiatrie oder Neurologie vs. sonstiges)
Dr. Schneider	32 männlich	fast 3 Jahren bzw. 1 ½ Monaten	Tätigkeit in der Psychiatrie (Famulatur und praktisches Jahr)	Therapieausbildung (tiefenpsychologische und systemische Orientierung)	ledig; lebt alleine	Berufsziel Facharzt und in dem Zusammenhang auf der Suche nach einer Anstellung in der Neurologie; der Oberarzt der Station ist gleichzeitig ein Kollege in der Therapieausbildung; länger als der Chefarzt in der Klinik angestellt

Tab. 3: Übersicht über die Assistenzärzte, die an der Studie teilgenommen haben⁴¹

⁴¹ Um eine Anonymisierung gewährleisten zu können, sind die Namen und weitere Angaben gezielt verändert, die für die Ergebnisse der Studie nicht von zentraler Bedeutung sind.

10.2 Übersicht über die erhobenen Daten

Die folgende Abbildung ermöglicht einleitend eine Orientierung darüber, welche Daten ich im Laufe des Forschungsprozesses erhoben habe.

	Teilnehmende Beobachtung		Qualitative Interviews	
	Beobachtungsdauer auf der Station	Tonbandaufzeichnung (Einzelgespräche)	Patienten	Assistenz-ärzte
Waldkran-kenhaus	310 Std. (Zeitraum: 6 Monate bzw. 60 Tage)	1 Assistenzarzt mit 7 Patienten (Dauer: 12 – 39 Min.)	8 (Dauer: 31 – 72 Min.)	1 (Dauer 88 Min.)
Klinik am See	120 Std. (Zeitraum: 3 Monate bzw. 36 Tage)	2 Assistenzärztinnen mit insgesamt 7 Betroffenen (Dauer: 3 – 39 Min.)	9 (Dauer: 19 – 98 Min.)	2 (Dauer 90 + 83 Min.)
Städtisches Klinikum	30 Std. (Zeitraum: 2 Wochen bzw. 9 Tage)	- ⁴²	-	1 (Dauer 76 Min.)
Insgesamt	460 Std. (Zeitraum: 9½ Monate bzw. 105 Tage)	3 Assistenzärzte mit 14 Patienten (Dauer: 3 – 39 Min.)	17 (Dauer: 19 – 98 Min.)	4 (Dauer: 76 – 90 Min.)

Tab. 4: Übersicht über die erhobenen Daten

Während der teilnehmenden Beobachtung stand eine Beobachtung auf den drei Stationen im Vordergrund. Dabei nahm ich auch mehrere Gespräche der verschiedenen Assistenzärzte mit einzelnen Patienten auf Tonband auf. Insgesamt betrug die Beobachtungsdauer 460 Stunden während eines Zeitraums von 9½ Monaten beziehungsweise an 105 verschiedenen Tagen. Ergänzend nahm das Schreiben des Forschungstagebuches mindestens die gleiche und zeitweise die doppelte Zeit in Anspruch.

Am Beginn des Forschungsprozesses schrieb ich das Tagebuch zu Hause, so dass ich nur halbtags beobachten konnte und zum Teil für mich interessante Ereignisse versäumte. Deshalb entschied ich mich, das Forschungstagebuch direkt in der Klinik zu schreiben. Ich zog mich mit einem Notebook in einen leerstehenden Raum zurück. Die Assistenzärzte oder die Patienten konnten mich informieren, wenn sie beispielsweise kurzfristig einen Gesprächstermin verabredeten. Im Städtischen Klinikum war dieses Vorgehen nicht möglich. Es gab weder auf der Station noch in der Nähe einen Raum, in den ich mich zurückziehen konnte.

⁴² Während meiner Forschungstätigkeit im Städtischen Klinikum befanden sich drei psychoseerfahrene Patienten auf der Station. Sie waren nicht einverstanden, dass ich ihre Einzelgespräche mit dem Assistenzarzt beobachte.

Insgesamt nahm ich vierzehn Einzelgespräche von Patienten und ihren Assistenzärzten auf Tonband auf. Mit diesen Patienten führte ich anschließend zusätzlich ein Interview. Nur mit Frau Kunz scheiterte die Vereinbarung eines Interviewtermins, da sie kurzfristig um ihre Entlassung bat. Vier Patienten konnte ich als Interviewpartner gewinnen, ohne zuvor ein Einzelgespräch aufgezeichnet zu haben, da beispielsweise Frau Trautner und Frau Lunau die Tonbandaufnahme ablehnten. Sie bezeichneten das Einzelgespräch als Intimsphäre und die Aufnahme als Störung. Frau Albrecht vermutete, dass ihr die Kinder weggenommen werden sollen und der Assistenzarzt die Beweise gegen sie sammle. Um diesen Eindruck nicht zu unterstützen, bat mich der Assistenzarzt, auf eine Tonbandaufzeichnung zu verzichten. Bei Herrn Francke plante ich, das Entlassungsgespräch aufzunehmen. Dieses fand jedoch nicht statt, da Herr Francke die Station vorzeitig verließ.

Die Interviewtermine variierten in Bezug auf den Zeitpunkt im Behandlungsprozess. Um Informationen über den gesamten Aufenthalt erheben zu können, fanden die Gespräche meistens kurz vor der Entlassung statt. Zur Kontrastierung führte ich einzelne Interviews am Beginn und in der Mitte eines Aufenthalts. Ich wollte Hinweise sammeln, ob zu verschiedenen Zeitpunkten unterschiedliche Inhalte zentral sind. Während der Interviews, die ich am Beginn eines Aufenthalts führte, war ein themenbezogenes Gespräch in der Regel schwierig. Beispielsweise beschäftigten sich mehrere Patienten eher mit den Inhalten der akuten Psychose als mit meinen Fragen.

Im Waldkrankenhaus führte ich die Interviews mit den Patienten überwiegend in einem Zimmer auf der Station, das für die Stationsschwester vorgesehen war, von dieser aber nicht genutzt wurde. In der Klinik am See fanden die Interviews in einem sogenannten Diagnostikraum statt. Er wurde teilweise von den Psychologen zur Durchführung diagnostischer Tests verwendet und lag außerhalb der Station. Mit Frau Albrecht und Frau Paulsen musste ich auf ein Arztzimmer ausweichen, da der Diagnostikraum belegt war. Herr Niehaus wollte während des Interviews rauchen, so dass wir uns in der Cafeteria der Klinik verabredeten. Der öffentliche Charakter der Cafeteria schien teilweise meine Konzentration, aber nicht die Erzählbereitschaft des Patienten zu stören.

Mit den Assistenzärzten fanden die Interviews je am Ende der Datenerhebung in der entsprechenden Klinik statt. Dies ermöglichte mir, die Erkenntnisse aus der vorherigen Forschungstätigkeit in dem jeweiligen Krankenhaus berücksichtigen zu können. Mit Dr. Berthold und Dr. Friedrichs führte ich die Interviews in ihren Arztzimmern, und mit Dr. Michaelis nutzte ich

den Diagnostikraum der Klinik am See. Dr. Schneider schlug vor, das Interview nicht in der Klinik zu machen, um Störungen vermeiden zu können. Ich lud ihn zu mir nach Hause ein. Dabei verfolgte ich den Gedanken, dass der Assistenzarzt außerhalb der Klinik eventuell weniger in der Rolle eines Krankenhausmitarbeiters ist.

Der im Anhang enthaltene Leitfaden ermöglicht eine Übersicht über die im Interview angesprochenen Themen. Er gibt jedoch nicht den exakten Verlauf der Gespräche wieder, da ich mich vor allem an den Erzählungen der Interviewpartner orientierte. Den Leitfaden veränderte ich mehrmals. Dies betraf vor allem Nachfragen, die aus der Auswertung der zuvor erhobenen Daten resultierten. In den Interviews mit akut erkrankten Patienten waren einzelne Kürzungen notwendig, da die Erzählbereitschaft der Betroffenen insbesondere zum Ende der Gespräche abnahm. Die Patienten gaben mir die Rückmeldung, dass das Interview zu lang sei. Eine Betroffene brach das Gespräch nach 19 Minuten ab, da sie sich nicht konzentrieren konnte. Wir planten, das Interview am nächsten Tag fortzusetzen. Ein zweiter Termin kam jedoch nicht zustande. Die Patientin wollte nicht mehr am Interview teilnehmen, da es zu anstrengend sei. Das längste Interview, bei dem ich den gleichen Leitfaden verwendete, dauerte 98 Minuten. Der Gesprächspartner erzählte sehr ausführlich und themenbezogen von verschiedenen Ereignissen, ohne dass ich Nachfragen stellte. Während der Transkription der Interviews ließ ich teilweise einzelne Gesprächsabschnitte aus, die für meine Forschungsfragen nicht relevant waren.

Vor dem Einstieg ins Feld formulierte ich meine Bedenken, dass beispielsweise die Assistenzärzte mich als Kontrolleur ihrer Arbeit verstehen und mir distanziert begegnen. Insgesamt war ich jedoch von der Offenheit der Assistenzärzte überrascht. Beispielsweise erzählte Dr. Michaelis ausführlich über ihre teilweise schlechte Zusammenarbeit mit dem Ober- und Chefarzt, obwohl entsprechende Äußerungen im Forschungsfeld nicht üblich waren.

Einzelne Patienten äußerten sich in den Interviews kaum kritisch, obwohl während der teilnehmenden Beobachtung deutliche Konflikte zwischen dem Patienten und dem Assistenzarzt zu erkennen waren. Andere Patienten schienen hingegen besonders kritisch antworten zu wollen. Insgesamt hatte ich den Eindruck, dass auch bei den Patienten eine Offenheit im Vordergrund stand. Zum Beispiel erzählte mir ein Interviewpartner, er mache dem Personal etwas vor, um möglichst schnell entlassen zu werden. Dass der Patient hiervon berichtete, wertete ich als Zeichen für seine Offenheit.

Die Entscheidung, wann die Datenerhebung beendet werden kann, erfolgte nach dem Sättigungsprinzip. Während der teilnehmenden Beobachtung im Waldkrankenhaus und in der Klinik am See beachtete ich verschiedenste Situationen. In Bezug auf die Patienten beobachtete und berücksichtigte ich die Variationen in ihren Handlungen und Äußerungen betreffend der Patientenselbst- beziehungsweise -fremdbestimmungen. Außerdem wählte ich sie aufgrund von unterschiedlichen Vorlieben betreffend der Behandlungsinhalte und aufgrund der Abweichungen in den demographischen Merkmalen aus. Trotz dieser Variationen bemerkte ich beim Schreiben des Tagebuchs mit zunehmender Dauer des Forschungsprozesses häufig, dass ich vergleichbare Beobachtungen bereits gemacht habe. Auch in den Interviews wiederholten sich verschiedene Aussagen der Patienten. Ich interpretierte dies als Zeichen, die Handhabung der Patientenselbst- und -fremdbestimmungen in den jeweiligen Forschungsfeldern ausreichend darstellen zu können. Vor dem Untersuchungsbeginn im Städtischen Klinikum wertete ich die in den beiden anderen Krankenhäusern erhobenen Daten aus. Obwohl ich den Kontrast wählte, auf einer offenen Station zu forschen, resultierten kaum neue Erkenntnisse. Dies verstand ich als Hinweis, dass die Datenerhebung gesättigt ist und beendet werden kann.

Zum Abschluss der Datenerhebung nahm ich nochmals Kontakt zu Dr. Schneider auf. Ich stellte ihm meine Auswertungsergebnisse in Form einer kommunikativen Validierung vor. Er widersprach wenigen Aussagen und kritisierte einzelne Begriffe. Diese neuen Daten arbeitete ich in die Ergebnisdarstellung ein.

10.3 Beziehungsgestaltung mit den Assistenzärzten und Patienten

Am Beginn der teilnehmenden Beobachtung in den einzelnen Kliniken stellte ich mich und mein Forschungsvorhaben in Einzelgesprächen sowie in Gruppenveranstaltungen vor. Zusätzlich verteilte ich einen Informationszettel. Ich fragte die Patienten und die Klinikmitarbeiter nach ihrer Erlaubnis, auf der Station beobachten zu dürfen. Dabei ergaben sich häufig die ersten Gespräche, die ich im weiteren Forschungsprozess vertiefte, um zu den Patienten und zum Personal Beziehungen aufbauen zu können.

Einige meiner Handlungen waren denen des Klinikpersonals identisch und unterschieden mich von einem Patienten. Beispielsweise kam ich morgens auf die Station und ging nach wenigen Stunden nach Hause, während ein Patient in der Klinik übernachtet. Ich nahm an Besprechungen teil, in denen nur das Klinikpersonal, aber keine Patienten anwesend waren. In den Visiten machte ich mir in Übereinstimmung mit einzelnen Mitarbeitern Notizen, die ich als Erinnerungshilfe zum Schreiben des Forschungstagebuches benötigte. Zeitweise hielt ich mich im Schwesternzimmer auf, was einem Patienten in der Regel nicht gestattet war. Und im Städtischen Klinikum wurde ich aufgefordert, einen Arztkittel zu tragen. In den beiden anderen Kliniken vermied ich dies, um nicht alleine anhand der Kleidung als Mitarbeiter zu wirken. Der Oberarzt des Städtischen Klinikums machte das Tragen einer Krankenhauskleidung jedoch zur Bedingung für seine Zustimmung zu meiner Forschungstätigkeit.

Diese Handlungen waren kaum vermeidbar, um Daten erheben zu können. Zusätzlich entschied ich mich, im Waldkrankenhaus und in der Klinik am See einen Stationsschlüssel zu benutzen. Am Beginn der Datenerhebung hatte ich keinen Schlüssel, so dass ich mich auf den geschlossenen Stationen nur eingeschränkt bewegen konnte. Wenn ich beispielsweise ins Schwesternzimmer gelangen oder die Station verlassen wollte, mussten mir die Mitarbeiter die Tür öffnen. Dabei äußerten sie zum Teil Kommentare, die ich als Hinweis interpretierte, dass ich die Arbeit des Personals störte und eine Belastung darstellte. Um die Beziehungsgestaltung nicht zu gefährden, verwendete ich einen Schlüssel. Im Städtischen Klinikum war dies nicht notwendig, da die Station offen war.

Um nicht ausschließlich der Gruppe der Klinikmitarbeiter zugeordnet zu werden, versuchte ich mich in anderen Situationen gezielt von ihnen zu distanzieren. Beispielsweise fand in der Klinik am See jeden Morgen eine kurze Besprechung statt, an der alle Mitarbeiter und Patienten teilnahmen. In dieser Morgenrunde war es üblich, dass die Patienten saßen, während das Personal stand. Beide Gruppen waren sichtbar getrennt. Um mich von den Mitarbeitern zu unterscheiden, setzte ich mich meistens zu den Patienten. Außerdem achtete ich darauf, häufig an den Orten zu sein, die vor allem von den Betroffenen, aber nicht vom Klinikpersonal genutzt wurden. Beispielsweise suchte ich im Aufenthalts- oder Raucherraum den Kontakt zu den Patienten, um gemeinsam Zeitung zu lesen oder um Gespräche mit ihnen zu führen. Ich betonte, dass ich nicht in der Klinik beschäftigt und nicht für die Behandlung zuständig sei. Wenn sich ein Patient mit einer Behandlungsfrage an mich wendete, verwies ich ihn an das

Personal. Den meisten Patienten schien meine Rolle als Forscher deutlich zu sein. Ich wurde häufig als der Student bezeichnet, der auf der Station beobachtet.

Meine Beziehungen zu den Assistenzärzten waren unterschiedlich. Beispielsweise duzte ich mich mit zwei Assistenzärzten, siezte mich aber mit den beiden anderen. Zu einem Assistenzarzt entwickelte sich ein teilweise privater und freundschaftlicher Kontakt. Girtler weist darauf hin, „um eine wirkliche gute und gründliche Untersuchung durchzuführen, bedarf es (...) der zeitweiligen Hereinnahme von Personen aus den zu erforschenden Gruppen in den eigenen Lebensbereich“ (Girtler, 1984, S. 59). Ich ging von der These aus, Informationen erheben zu können, die der Assistenzarzt in einem distanzierten Kontakt nicht mitteilt.

Gleichzeitig lief ich Gefahr, eine kritische Perspektive zu verlieren und die Sichtweise des Assistenzarztes zu übernehmen⁴³. Die Auswertungsergebnisse der Daten, die ich im Waldkrankenhaus erhoben hatte, stellte ich unter anderem im Forschungscolloquium für Doktoranden an der FU Berlin vor. Ich erhielt die Rückmeldung, dass ich die Selbstbestimmung des Patienten zu stark betone und die Aussagen des Assistenzarztes kaum kritisch hinterfrage. Während ich zuvor Auswertungs- und Forschungsgruppen nur gelegentlich nutzte, nahm ich nun regelmäßig an einer Forschungsgruppe teil. Sie diente insbesondere der Supervision meiner Tätigkeit. Der regelmäßige Austausch mit anderen Wissenschaftlern trug dazu bei, beispielsweise meine Rolle als Forscher, meinen Einfluss auf die Ereignisse und die Bedeutung meiner Tätigkeit für die Forschungspartner eher erkennen und im weiteren Forschungsprozess berücksichtigen zu können.

Für die Assistenzärzte und das Pflegepersonal schien ich vereinzelt die Rolle zu haben, ihre Arbeit zu bewerten. Sie fragten beispielsweise, ob sie besser oder schlechter seien als das Personal der anderen Krankenhäuser. Außerdem wurde ich zum Teil als Klinikmitarbeiter angesprochen. Zum Beispiel fragte mich Dr. Michaelis im Anschluss an ein Gespräch, an dem ich als Beobachter teilnahm, nach meinem fachlichen Urteil als klinischer Psychologe. Ich wurde außerdem zu einer Weihnachtsfeier des Personals und in einer anderen Klinik zu einem Grillnachmittag der Mitarbeiter eingeladen. Um nicht die Rolle eines Klinikmitarbeiters, sondern die eines Forschers einzunehmen, versuchte ich mich von entsprechenden Äußerungen und Ereignissen zu distanzieren. Beispielsweise antwortete ich Dr. Michaelis, dass ich aufgrund meiner Forschungsaufgabe, den Beitrag der Interaktionen zu analysieren, nicht die Psycho-

⁴³ Dieses thematisiere ich im Theorieteil als going native.

pathologie des Patienten, sondern andere Aspekte beachtet habe. Und die Einladungen zu den Mitarbeiterfesten nahm ich nicht an.

Die Kontakte mit den Patienten waren im Vergleich zu der Beziehung mit den Assistenzärzten von kürzerer Dauer und teilweise distanzierter. Frau Schelling war beispielsweise nur vier Tage auf der Station und Herr Ulrich schien keine intensiven Kontakte zu wünschen. Wir interagierten nur während meiner Beobachtung eines seiner Einzelgespräche mit dem Assistenzarzt, in den Visiten und im Interview. Mit anderen Patienten waren die Interaktionen weniger distanziert. Ich ging mit einzelnen Betroffenen in der Cafeteria etwas trinken oder wir führten Alltagsgespräche auf der Station. Mit zwei Patienten duzte ich mich auf ihre Initiative.

Die Reaktionen der Patienten auf meine Forschungstätigkeit waren verschieden. Einige Patienten lehnten eine Teilnahme an der Studie ab. Die Begründungen waren unterschiedlich. Beispielsweise gab mir ein Patient die Rückmeldung, dass er nichts mit Psychologen zu tun haben möchte. Außerdem sagten einzelne Patienten, dass sie eine Beobachtung der Einzelgespräche als störend erleben.

Eine andere Patientin lehnte es hingegen ab, Gespräche mit der Assistenzärztin zu führen, wenn ich nicht anwesend war. Sie sagte, dass die Assistenzärztin sich nicht an ihre Absprachen halte. Meine Teilnahme bedeute, einen Zeugen zu haben. Ergänzend bezeichnete mich ein Patient als Kontrolleur, der aufpasse, dass auf der Station alles richtig laufe, und mehrere Betroffene wendeten sich mit einer Beschwerde über den Assistenzarzt an mich. In Bezug auf die Meinungsverschiedenheiten von Assistenzärzten und Patienten versuchte ich mich in Anlehnung an Girtler (1984) möglichst neutral zu verhalten.

10.4 Übergeordnete Behandlungsinhalte

Während des Forschungsprozesses wurde aufbauend auf einem ständigen Vergleich der Daten deutlich, dass verschiedene Behandlungsinhalte immer wieder Gegenstand der Patientenselbst- beziehungsweise –fremdbestimmungen werden. Diese Behandlungsinhalte sind in al-

len Behandlungsprozessen präsent und haben in der Form einen übergeordneten Charakter. Entsprechend bezeichne ich sie als übergeordnete Behandlungsinhalte.

Im folgenden stelle ich die übergeordneten Behandlungsinhalte genauer dar. Dabei thematisiere ich, aus welchen einzelnen Bestandteilen die übergeordneten Behandlungsinhalte jeweils zusammengesetzt sind. Außerdem gehe ich darauf ein, welche Prioritäten die Patienten beziehungsweise die Assistenzärzte äußern, wie der jeweilige Behandlungsinhalt gestaltet werden sollte. Ergänzend thematisiere ich, welche Behandlungsprioritäten im Kontext vorhanden sein können.

Einen ersten Überblick hinsichtlich der übergeordneten Behandlungsinhalte ermöglicht die folgende Grafik.

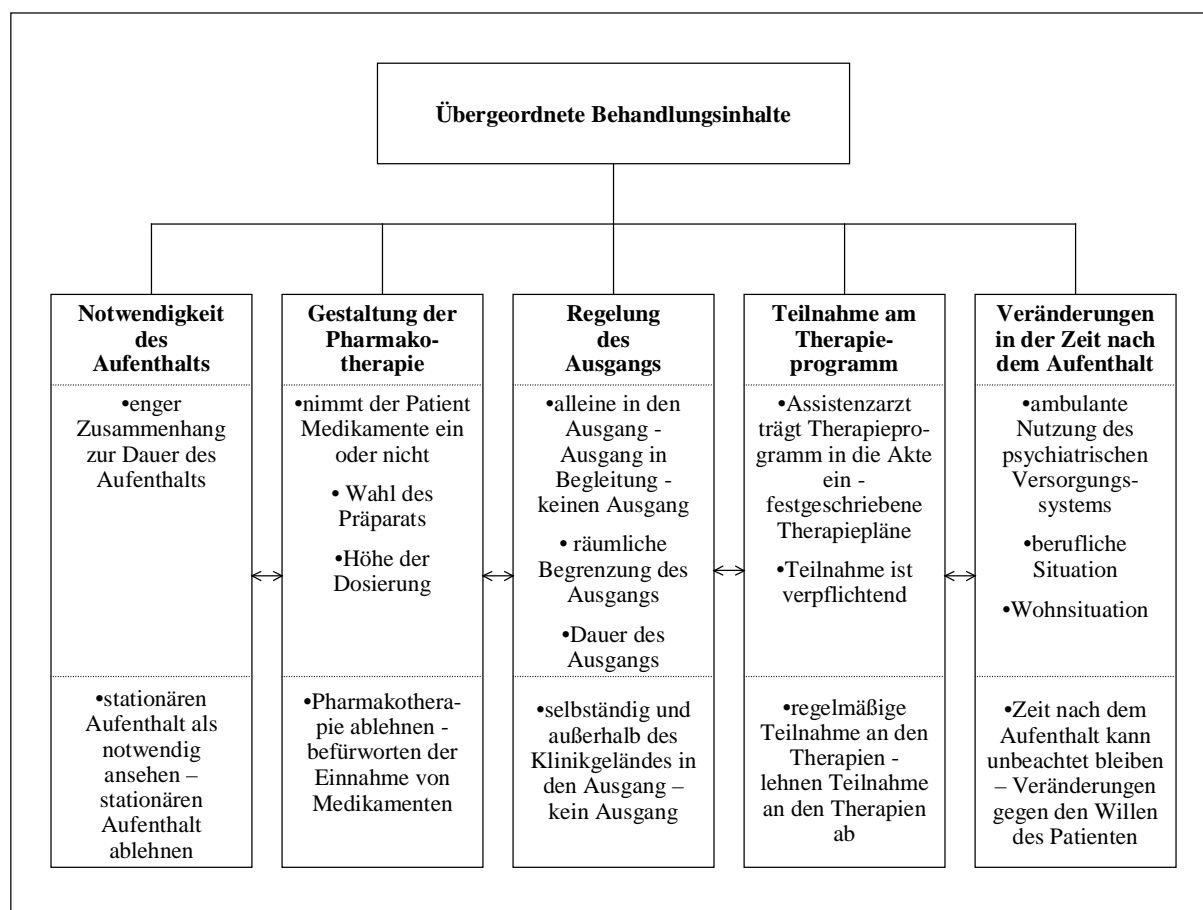


Abb. 4: Übergeordnete Behandlungsinhalte: Bestandteile und Behandlungsprioritäten

In der Regel äußern die Patienten bereits vor der Aufnahme im Krankenhaus, inwieweit ein Klinikaufenthalt notwendig ist beziehungsweise nicht. Ergänzend nehmen häufig der ambulant behandelnde Arzt, ein Angehöriger oder ein Betreuer Stellung. Die **Notwendigkeit des Aufenthalts** ist zuerst in der Zeit vor dem stationären Aufenthalt relevant.

Am Beginn des stationären Behandlungsprozesses ist der übergeordnete Behandlungsinhalt Notwendigkeit des Aufenthalts meistens zentral. In den Kliniken, in denen ich meine Daten erhob, findet zuerst ein Gespräch mit einem Arzt in der Aufnahme des Krankenhauses statt. Während dieses Gesprächs formulieren der aufnehmende Arzt und der Patient ihre Behandlungsprioritäten, inwieweit der Aufenthalt notwendig ist beziehungsweise nicht. Im Erstgespräch des behandelnden Assistenzarztes und des Betroffenen ist die Notwendigkeit des Aufenthalts in der Regel auch ein wichtiges Thema.

Während des weiteren Behandlungsprozesses kann die Notwendigkeit des Aufenthalts fortlaufend von Bedeutung sein. Wenn ein Patient entlassen werden möchte, thematisiert er in der Regel die Notwendigkeit des Aufenthalts. Dabei besteht häufig ein **enger Zusammenhang zur Dauer des Aufenthalts**. Beispielsweise lehnen einzelne Patienten den stationären Aufenthalt ab, wenn er aus ihrer Sicht zu lang ist.

Ergänzend zum Patienten und zum Assistenzarzt äußern sich teilweise Personen im Kontext zur Notwendigkeit des Aufenthalts. Die folgenden Beispiele ermöglichen einen ersten Eindruck, wie unterschiedlich die Behandlungsprioritäten sein können:

- Herr Langhans bezeichnet den Aufenthalt als notwendig, während der Assistenzarzt und die Krankenpfleger keinen Grund für einen Aufenthalt sehen. Bei diesem Patienten stellt sich heraus, dass er obdachlos ist. Er sagt dem Assistenzarzt schließlich, dass die Obdachloseneinrichtungen derzeit überfüllt sind und er ins Krankenhaus möchte, um essen und duschen zu können.
- Herr Mühlmann und sein Betreuer der Wohneinrichtung sagen, dass ein Aufenthalt notwendig ist. Der Assistenzarzt widerspricht ihnen. Er äußert die These, dass der Betroffene und sein Betreuer nach einem stationären Aufenthalt fragen, da die Wohngruppe eine Urlaubsreise plant und der Betroffene nicht verreisen möchte.
- Der Betreuer von Herrn Nashein äußert den Wunsch nach einem stationären Aufenthalt, aber der Assistenzarzt und der Patient widersprechen gemeinsam.
- Die Krankenpfleger stellen die Behandlungsprioritäten des Patienten Herrn Otte und der Assistenzärztin in Frage, dass der stationäre Aufenthalt länger dauern soll.
- Frau Lohmöller und ihre Mutter stimmen überein, dass eine Entlassung möglich ist. Der Assistenzarzt verneint dies.

Der Assistenzarzt und der Patient können als Behandlungsprioritäten den **stationären Aufenthalt als notwendig ansehen** oder einen **stationären Aufenthalt ablehnen**. Außerdem

kann eine Person im Kontext⁴⁴ von Bedeutung sein. Die Beispiele enthalten unterschiedlichste Konstellationen ihrer Behandlungsprioritäten. Häufig stimmen der Assistenzarzt, der Patient und die Person im Kontext überein, dass ein stationärer Aufenthalt notwendig ist. Andere Behandlungsprozesse sind dadurch gekennzeichnet, dass die Forschungspartner verschiedene Behandlungsprioritäten äußern. Teilweise lehnt der Betroffene einen stationären Krankenhausaufenthalt ab, während der Assistenzarzt und eine Person im Kontext ihn als notwendig bezeichnen. In diesen Fällen kann die Behandlung des Patienten gegen seinen Willen folgen. Eine Zwangsbehandlung wird durch einen Richter legitimiert. Außerdem sind oft ein gesetzlicher Betreuer oder ein Mitarbeiter des sozialpsychiatrischen Dienstes beteiligt.

Die **Gestaltung der Pharmakotherapie** hat ebenfalls einen übergeordneten Charakter. Zu den Bestandteilen der Gestaltung der Pharmakotherapie zählt die Frage, **ob der Patient Medikamente einnimmt oder nicht**. Sofern diese Frage gestellt wird, geht sie in der Regel auf die Initiative des Patienten zurück. In Bezug auf die Assistenzärzte und den Kontext scheint die Antwort, dass der Patient Medikamente einnimmt, in den von mir untersuchten Kliniken weitestgehend festzustehen. Meine Daten beinhalten nur einen Behandlungsprozess, der dadurch gekennzeichnet ist, dass der Patient Herr Naumann während des gesamten Aufenthalts die Pharmakotherapie erfolgreich ablehnt. Alle anderen Patienten nehmen zumindest zeitweise Medikamente ein, obwohl sie zum Teil verbal eine Ablehnung äußern. Diese Behandlungspriorität kann auch kurzzeitig auf der Handlungsebene zum Ausdruck kommen. Mehrere Behandlungsprozesse sind dadurch gekennzeichnet, dass der Patient beispielsweise in den ersten Tagen oder am Ende des Aufenthalts keine Medikamente einnimmt.

Die Gestaltung der Pharmakotherapie umfasst außerdem die **Wahl des Präparats** und die **Höhe der Dosierung**. Meistens wird die Pharmakotherapie bereits im Aufnahmegespräch festgelegt. Da im Laufe des stationären Aufenthalts häufig Veränderungen an der Pharmakotherapie erfolgen, ist die Gestaltung der Pharmakotherapie während des gesamten Behandlungsprozesses relevant. Zentral sind dabei die Wirkungen sowie die Nebenwirkungen der Medikamente.

Die Behandlungsprioritäten der Patienten sind unterschiedlich⁴⁵. Während einzelne Betroffene die **Pharmakotherapie ablehnen**, fragen andere nach einem weiteren Präparat oder nach ei-

⁴⁴ vergleiche 11.1.2 und 11.2

⁴⁵ Im Kapitel 13 gehe ich ausführlich darauf ein, dass zwischen verschiedenen Patiententypen unterschieden werden kann.

ner höheren Dosierung. Die Assistenzärzte und die Personen im Kontext **befürworten** in der Regel **die Einnahme von Medikamenten**. Zu ihnen zählen Chef- und Oberärzte, aufnehmende und diensthabende Ärzte sowie Krankenpfleger, Psychologen, Angehörige und Betreuer.

Nur in Einzelfällen beobachtete ich, dass sie oder die Assistenzärzte eine Dosierung als zu hoch bezeichnen. Zum Teil lehnen die Assistenzärzte ein spezifisches Präparat ab, wenn die Einnahme süchtig machen kann oder zu Nebenwirkungen führt. Außerdem thematisiert beispielsweise die Mutter von Herrn Emmerich ausführlich die Nebenwirkungen von Medikamenten und ergänzt, dass ihr Sohn die ambulante Pharmakotherapie aufgrund ihres Rats abgesetzt hat. Diese und wenige weitere Aussagen der Angehörigen interpretiere ich als Hinweis auf eine Ablehnung der Pharmakotherapie.

In Bezug auf die **Regelung des Ausgangs** können die Fragen von Bedeutung sein, ob der Patient **alleine in den Ausgang** geht, ob ein **Ausgang in Begleitung** stattfindet oder ob der Patient **keinen Ausgang** möchte beziehungsweise erhält. Die letzte Frage betrifft vor allem die Patienten, die gegen ihren Willen behandelt werden. Beim Ausgang in Begleitung dienen insbesondere die Klinikmitarbeiter, ein Betreuer, ein Angehöriger oder in Ausnahmefällen ein Mitpatient als Begleitperson.

Einzelne Patienten dürfen das Klinikgelände nicht verlassen oder sie müssen bestimmte Orte meiden. Beispielsweise soll Herr Steinmüller nicht zu seinem Betreuer gehen. Der Betreuer beschwert sich, dass Herr Steinmüller täglich zu ihm kommt und nach Geld fragt. Der **Ausgang** kann **räumlich begrenzt** sein.

Schließlich ist die **Dauer des Ausgangs** relevant. Einzelne Patienten erhalten nur 15 Minuten Ausgang, um sich zum Beispiel in der Cafeteria etwas kaufen zu können. Kurz vor der Entlassung beobachtete ich hingegen mehrfach, dass ein Betroffener von Freitag Nachmittag bis Sonntag Abend in den Ausgang geht und in seiner Wohnung schläft.

Auf die Regelung des Ausgangs hat der Kontext einen wesentlichen Einfluss. In der Klinik am See dürfen die Patienten an den ersten beiden Tagen ihres Aufenthalts prinzipiell nicht in den Ausgang gehen. Außerdem erhalten die Betroffenen in allen Kliniken während der Therapiezeiten keinen Ausgang. Und es gibt allgemeine Vorgaben, wann die Patienten spätestens wieder auf der Station sein müssen. Somit existieren allgemeine Behandlungsregeln⁴⁶, wie der Ausgang gestaltet sein soll. Gleichzeitig beobachtete ich, dass ein Patient einen Termin beim

⁴⁶ vergleiche Abschnitt 11.1.2.1

Arbeitgeber oder beim Arbeitsamt auch dann wahrnehmen können, wenn er während der Therapiezeiten stattfindet. Es gibt entsprechend Ausnahmen von den allgemeinen Behandlungsregeln.

Die Patienten äußern in der Regel die Behandlungspriorität, möglichst **selbständig und außerhalb des Klinikgeländes in den Ausgang** zu wollen. Hingegen sprechen die Assistenzärzte und zum Beispiel der Oberarzt, die Krankenpfleger oder die Betreuer teilweise von einer Überforderung für den Betroffenen und sagen, dass der Patient nicht zu viel in den Ausgang soll.

Ergänzend machte ich die folgende Beobachtung:

„Der Oberarzt fragt nach ihrem Ausgang und ob sie schon außerhalb des Geländes gewesen sei. ‚Nein, bisher noch nicht alleine.‘ Er sagt dann, sie solle in die Stadt fahren und in ihre Wohnung. Sie müssten aufpassen, dass es keine Vermeidung sei ...“ (Forschungstagebuch C, Zeile 11077 – 11081)

Der Oberarzt regt an, dass die Patientin alleine und außerhalb des Klinikgeländes in den Ausgang geht. Die Patientin, die unter anderem eine Angstsymptomatik hat, nimmt bisher **keinen Ausgang** wahr. Aus der Sicht des Oberarztes scheint eine Erweiterung des Ausgangs therapeutisch sinnvoll zu sein.

Zu den übergeordneten Behandlungsinhalten zähle ich außerdem die **Teilnahme am Therapieprogramm**. Die folgende Abbildung ermöglicht am Beispiel der Klinik am See eine Übersicht, welche Therapien in einer psychiatrischen Klinik angeboten werden⁴⁷.

⁴⁷ Zwecks einer Anonymisierung der Daten habe ich den Therapieplan nicht exakt wiedergegeben. Unverändert ist die Anzahl der Therapien.

Uhrzeit	Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag	Samstag		
07:30-08:00	Frühstück	Frühstück	Frühstück	Frühstück	Frühstück	Frühstück		
08:00-08:30	Morgenrunde	Morgenrunde	Morgenrunde	Morgenrunde	Morgenrunde			
08:30-09:15	Visite	Visite (Chef- bzw. Oberarzt)	Gruppentherapie (Außenaktivitäten)	Visite	Kognitives Training	09:00-11:00 Kulturprogramm oder Bewegungstherapie		
09:30-10:00		Bewegungstherapie			Gruppentherapie			
10:00-10:45							Kognitives Training	Gruppentherapie
11:00-11:45								
12:00-13:30	Mittagspause	Mittagspause	Mittagspause	Mittagspause	Mittagspause	Mittagspause		
13:30-14:30	Ergotherapie	Haushaltstraining		Ergotherapie	Einkaufstraining			
14:30-15:15	Kaffeepause	Kaffeepause	Kaffeepause	Kaffeepause	Kaffeepause	Kaffeepause		
15:15-16:15	Kommunikationstraining	Gemeinsamer Spaziergang	Musiktherapie	Kommunikationstraining				
ab 18:00	Abendbrot	Abendbrot	Abendbrot	Abendbrot	Abendbrot	Abendbrot		

Tab. 5: Therapieplan (Klinik am See)

Die Daten über die Teilnahme am Therapieprogramm unterscheiden sich in den untersuchten Krankenhäusern. Im Waldkrankenhaus und im Städtischen Klinikum **trägt der Assistenzarzt in die Akte ein**, an welchen Therapien der Patient teilnimmt. Dies erfolgt in der Regel aufbauend auf einem Gespräch mit dem Betroffenen. In der Klinik am See gibt es hingegen drei **festgeschriebene Therapiepläne in Abhängigkeit von der Diagnose**. Der Patient wird entsprechend der Diagnose einer Gruppe zugeordnet, und er soll alle Therapieangebote dieser Gruppe wahrnehmen.

„Nach der Übergabe unterhält sich Dr. Berthold mit der Ergotherapeutin. Es scheint um eine Patientin zu gehen, die zu Dr. Berthold gesagt habe, sie wolle nicht an der Ergotherapie teilnehmen. Die sei zu anstrengend für sie. Als Dr. Berthold dies der Ergotherapeutin sagt, antwortet sie: ‚Die Therapie ist aber Pflicht.‘“ (Forschungstagebuch C, Zeile 1813 – 1818)

Verschiedene Personen im Kontext weisen darauf hin, dass die **Teilnahme** am Therapieprogramm **verpflichtend ist**. Die Behandlungspriorität eines Patienten, an einer Therapie nicht teilzunehmen, akzeptieren sie nur in Ausnahmesituationen. Beispielsweise muss der Patient nicht teilnehmen, wenn die Klinikmitarbeiter davon ausgehen, dass die Therapie aufgrund der

akuten Symptomatik des Patienten zu einer Überforderung führt. Eine weitere Ausnahme thematisiere ich oben. Einzelne Termine, die für die Zeit nach dem Aufenthalt wichtig sind, kann der Betroffene in der Regel auch während der Therapiezeiten wahrnehmen. Beispiele hierfür sind Kontakte zum Arbeitgeber, zum Arbeitsamt, zu anderen Behörden, zum Betreuer oder für eine Wohnungssuche.

In der Regel fordern die Assistenzärzte und die weiteren Klinikmitarbeiter von den Patienten eine Teilnahme am Therapieprogramm. Abweichend weist lediglich Dr. Schneider darauf hin, dass einzelne Patienten aus seiner Sicht nicht am Therapieprogramm teilnehmen müssen.

Die Aussagen der Betroffenen sind unterschiedlich. Mehrere Patienten bezeichnen das Therapieprogramm als

„... angenehm (...) tolle Sache.“ (Interview Herr Emmerich, Zeile 1454 – 1464)

Diese Betroffenen **nehmen regelmäßig an den Therapien teil** und sprechen ergänzend davon, dass die Therapien zu einer Besserung der Symptomatik beitragen können.

Andere Patienten **lehnen eine Teilnahme an den Therapien ab**.

„... Therapie ist auch eigentlich Pflicht so wie sie sagen, (...) ich glaube das müsste alles auf freiwilliger Basis sein.“ (Interview Herr Gerken, Zeile 402 – 404)

Diese Patienten kritisieren häufig die Verpflichtung, teilnehmen zu müssen. Sie bevorzugen eine freiwillige Teilnahme. Außerdem äußern sie, dass sie die Therapieinhalte nicht als hilfreich erleben.

Schließlich zählen **Veränderungen in der Zeit nach dem Aufenthalt** zu den übergeordneten Behandlungsinhalten. Dies betrifft beispielsweise die **ambulante Nutzung des psychiatrischen Versorgungssystems**. Die Assistenzärzte und die Patienten diskutieren unter anderem eine Weiterbehandlung in der Tagesklinik, der Ambulanz des Krankenhauses oder in einer psychiatrischen Arztpraxis, psychotherapeutische Angebote, eine Anbindung an ambulante Träger sowie die Einrichtung einer Betreuung.

„(Dr. Berthold) sagt, da sollten sie später nochmals genau gucken, wie es mit dem Überfordern sei. Sie ergänzt, ein Studium könne sehr anstrengend sein und sie müssten schauen, dass es keine Überforderung darstelle.“ (Forschungstagebuch C, Zeile 17367 – 17371)

Außerdem thematisieren die Assistenzärzte häufig die **berufliche Situation** der Betroffenen. Der Fokus liegt in der Regel auf der Frage, inwieweit die berufliche Situation eine Überforderung für den Patienten darstellt. Die Assistenzärzte sagen, dass eine Überforderung zu einer erneuten akuten Krankheitsphase beitragen kann.

Ergänzend berichten verschiedene Patienten von Schwierigkeiten in Bezug auf die aktuelle Wohnsituation. Herr Neumaier möchte zum Beispiel aus dem Elternhaus ausziehen, oder Herr Ulrich muss eine neue Wohnung finden, als ihm die aktuelle gekündigt wird. Entsprechend kann die **Wohnsituation** des Betroffenen ebenfalls ein zentrales Thema sein.

Die Behandlungsprioritäten der Assistenzärzte und der Patienten variieren. Zum Teil sagen die Assistenzärzte, dass die **Zeit nach dem Aufenthalt unbeachtet bleiben kann**. Dies betrifft insbesondere die Patienten, die bereits ambulant psychiatrische Angebote nutzen. Andere Behandlungsprozesse sind dadurch gekennzeichnet, dass die Assistenzärzte **Veränderungen gegen den Willen der Patienten** initiieren. Ein Beispiel ist die Einrichtung einer gesetzlichen Betreuung.

Einzelne Patienten betonen, dass der Assistenzarzt aus ihrer Sicht nicht berechtigt ist, sich zur Zeit nach dem Aufenthalt zu äußern, sondern ausschließlich für die Zeit des stationären Aufenthalts zuständig ist. Sie weisen darauf hin, dass sie eine Empfehlung des Assistenzarztes ignorieren werden. Andere Patienten sprechen davon, dass sie den Assistenzarzt als eine Unterstützung für die Zeit nach dem Aufenthalt erleben und kennzeichnen die Veränderungen als einen wichtigen Behandlungsinhalt.

In der Zeit nach dem Aufenthalt gewinnen die Interaktionen des Patienten mit seinen Angehörigen oder seinem Betreuer an Bedeutung. Ihre Behandlungsprioritäten, wie die Zeit nach dem Aufenthalt gestaltet werden soll, sind ebenfalls nicht einheitlich. Ich beobachtete, dass einzelne Personen im Kontext vielfältige Ideen für die Zeit nach dem Aufenthalt benennen. Andere sagen im Gegensatz dazu, dass keine Veränderungen notwendig sind.

Am Beginn des Forschungsprozesses bezeichnete ich die übergeordneten Behandlungsinhalte als übergeordnete Behandlungsentscheidungen. Vergleichbar zu der Studie von Bister (2010)⁴⁸ zeigen meine Auswertungsergebnisse jedoch, dass der Begriff Entscheidung nicht angemessen ist. Entscheidungen sind psychologisch definiert als „Situationen, in denen eine Person sich zwischen mindestens zwei Optionen ‚präferentiell‘ entscheidet. Damit ist gemeint, dass sie eine Option gegenüber einer anderen bzw. mehreren anderen ‚präferiert‘, d. h. vorzieht. Die Optionen mögen Objekte (z. B. Medikamente, Computer, Wohnungen) oder Handlungen (z. B. Operation, Abschaltung eines technischen Systems, Anweisung an eine Person) sein“ (Jungermann & Pfister & Fischer, 2005, S. 3).

⁴⁸ vergleiche Abschnitt 3.2.6

Hingegen sind in Bezug auf die übergeordneten Behandlungsinhalte nicht immer mindestens zwei Optionen verfügbar. Ich stelle oben beispielsweise dar, dass die Regelung des Ausgangs oder die Teilnahme am Therapieprogramm zum Teil aufgrund von allgemeinen Behandlungsregeln erfolgt. Auch die Gestaltung der Pharmakotherapie ist in der Form weitestgehend fremdbestimmt, dass mit Ausnahme eines Patienten alle Betroffenen Medikamente einnehmen, obwohl die Patienten häufig die Behandlungspriorität äußern, auf Medikamente verzichten zu wollen. Diese Beispiele verdeutlichen, dass eine Wahl zwischen mindestens zwei Optionen zum Teil nicht gegeben ist. Entsprechend ist die Definition der Entscheidung nicht erfüllt.

11. Kontext der stationären Psychiatrie

11.1 Kontextfaktoren innerhalb der stationären Psychiatrie

Handlungen beziehungsweise Interaktionen sind nach Strauss (1993; Strübing, 2007) in einen Kontext eingebettet, der sie beeinflusst. Die Kontextbedingungen können unter anderem anhand einer Bedingungsmatrix⁴⁹ analysiert werden (Strauss & Corbin, 1996). Das Ergebnis dieses Auswertungsschritts fasse ich im Abschnitt 11.1 zusammen. Zuerst thematisiere ich die Einflüsse, die daraus resultieren, dass die psychiatrische Klinik in Verbindung zu zahlreichen weiteren Institutionen des Gesundheitswesens steht (11.1.1). Anschließend gehe ich unter der Überschrift Personen im Kontext (11.1.2) darauf ein, welche Personen im Untersuchungsfeld anwesend sind und einen Kontextfaktor darstellen können. Dies sind weisungsbefugte Personen (11.1.2.1), Mitarbeiter des stationären Behandlungsteams (11.1.2.2), Angehörige und Betreuer (11.1.2.3) sowie Mitpatienten (11.1.2.4).

11.1.1 Klinik als Teil des Gesundheitswesens

Während der Datenauswertung identifizierte ich zahlreiche Einrichtungen des Gesundheitswesens, die die Bedeutung eines Kontextfaktors haben können. Im folgenden thematisiere ich mehrere Beispiele, um zu verdeutlichen, dass die unterschiedlichsten Institutionen des Gesundheitswesens zu den Kontextfaktoren zählen. Die Ausführungen haben keinen Anspruch auf Vollständigkeit, sondern im Einzelfall können weitere Einrichtungen einen Einfluss haben. Um den Umfang der Darstellungen angemessen zu gestalten, beschränke ich mich auf die Kontextfaktoren, die mehrfach in den Daten enthalten sind. Eine erste Übersicht über diese Institutionen ermöglicht die folgende Abbildung:

⁴⁹ vergleiche Abschnitt 7.2

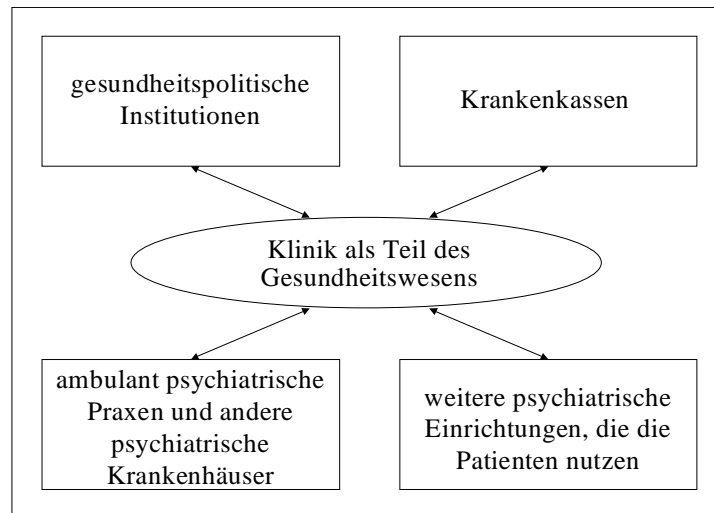


Abb. 5: Klinik als Teil des Gesundheitswesens

Einen Teil meiner Daten erhob ich in Berlin. Hier legt die Senatsverwaltung für Gesundheit, Umwelt und Verbraucherschutz unter anderem fest, dass es in jedem Stadtteil mindestens in einem Krankenhaus eine psychiatrische Fachabteilung mit einem Versorgungsauftrag für diesen Stadtteil gibt⁵⁰. Die Senatsverwaltung **formuliert gesundheitspolitische Vorgaben**. Einzelne Patienten berichten, dass sie in einem anderen Krankenhaus behandelt werden wollten. Dort wurden sie nicht aufgenommen und an das Krankenhaus ihres Stadtteils verwiesen. Diese Patienten können nicht mitbestimmen, in welchem Krankenhaus sie behandelt werden⁵¹. Im Gegensatz zur ambulanten Versorgung besteht **keine freie Arztwahl**. Die gesundheitspolitische Vorgabe hat einen Einfluss auf die stationäre Behandlung. Entsprechend zähle ich **gesundheitspolitische Institutionen** zu den Kontextfaktoren.

Außerdem haben die **Krankenkassen** einen Einfluss. Beispielsweise berichtet Dr. Schneider, dass sich die Krankenkassen wiederholt an die Kliniken wenden. Der Assistenzarzt muss begründen, wieso eine stationäre Behandlung notwendig ist. Dr. Schneider sagt, dass die Krankenkassen seine Begründung zum Teil nicht akzeptieren und in diesen Fällen die **Kosten nicht übernehmen**.

Auch in Bezug auf den übergeordneten Behandlungsinhalt Gestaltung der Pharmakotherapie kann die Krankenkasse einen Kontextfaktor darstellen.

⁵⁰ siehe zum Beispiel: http://www.berlin.de/lb/psychiatrie/_assets/landespsychiatrieirat/empfehlungen_zum_krankenhausplan_2016.pdf, letzter Zugriff 16.03.2015.

⁵¹ Im Abschnitt 11.1.2.1 thematisiere ich ergänzend, dass die Patienten in der Regel die Station und den behandelnden Assistenzarzt ebenfalls nicht auswählen können.

„... ich persönlich denke, dass man heutzutage eine (...) psychotische Erkrankung in erster Linie mit einem atypischen Neuroleptikum behandeln könnte. (...) das Verhältnis von Gewinn und Einschränkung für die Patientin ist bei diesen Medikamenten mit Abstand am besten.“ (Interview Dr. Schneider Zeile 2086 – 2097)

Gleichzeitig sagt Dr. Schneider, er ...

„... möchte nicht, dass alle Patienten die teuren Atypika kriegen, da der ambulant behandelnde Arzt die sowieso nicht bezahlen könne und es so unsinnig sei, die Patienten entsprechend einzustellen.“ (Forschungstagebuch A, Zeile 1012 - 1016)

Dr. Schneider verordnet nicht jedem Patienten *die teuren Atypika*, obwohl ein atypisches Neuroleptikum aus seiner Sicht *mit Abstand am besten* ist. Den Widerspruch zwischen diesen Äußerungen führe ich auf den Einfluss der Krankenkassen zurück. Dr. Schneider begründet seine zweite Aussage damit, dass der Patient stationär und ambulant dieselbe Pharmakotherapie erhalten soll. Er ergänzt, dass die ambulant behandelnden Psychiater jedoch atypische Neuroleptika aufgrund der hohen Kosten teilweise nicht verschreiben. Die **ökonomischen Bedingungen** aufgrund einer Krankenkassenfinanzierung beeinflussen die Behandlungspriorität des Assistenzarztes.

Ergänzend können weitere Einrichtungen des Gesundheitswesens die Bedeutung eines Kontextfaktors haben.

„Dann will ich die (ambulante Ärztin) gerne fragen, (...) was die uns empfehlen kann. Ja? Das wir das mit ihr absprechen.“ (APG⁵² Dr. Schneider – Frau Bode, Zeile 526 – 529)

Wenn der Patient bereits vor dem Aufenthalt in psychiatrischer Behandlung ist, nehmen die Assistenzärzte häufig Kontakt zu den **ambulanten psychiatrischen Praxen** auf. Dabei steht die Pharmakotherapie im Vordergrund. Als Dr. Schneider im Erstgespräch mit Frau Bode die Medikation thematisiert, verweist er auf die ambulant behandelnde Ärztin. Der Assistenzarzt möchte **ihre Empfehlung erfragen** und die **Pharmakotherapie** mit ihr **absprechen**. In der Regel übernimmt er die Empfehlung der ambulant behandelnden Ärztin. Vergleichbar beeinflussen die Ärzte aus **anderen psychiatrischen Krankenhäusern** die Behandlungspriorität des Assistenzarztes, wenn der Betroffene bereits stationär behandelt wurde.

„(Herr Emmerich) fragt, ob er nicht in die Tagesklinik versetzt werden könne und fügt an, dass er sich davon einen schnelleren Heilungsprozess verspreche. Dr. Berthold antwortet, sie halte es schon für eine gute Idee, aber es sei nicht möglich, da in der Tagesklinik zur

⁵² Die Abkürzung APG verwende ich für die Arzt – Patient – Gespräche, die ich während der Feldforschung auf Tonband aufnahm.

Zeit keine freien Plätze seien.“ (Forschungstagebuch C, Zeile 18130 – 18136)

In diesem Beispiel stimmen der Patient und die Assistenzärztin überein, dass eine Behandlung in der Tagesklinik sinnvoll ist. Trotzdem wird Herr Emmerich nicht entlassen. Die Klinikmitarbeiter sagen in der Regel, dass der Besuch der Tagesklinik am Tag nach dem vollstationären Aufenthalt beginnen soll. Wenn in der Tagesklinik keine freien Plätze sind, dauert der vollstationäre Aufenthalt länger. Die Dauer des Aufenthalts kann **von der Weiterbehandlung abhängen**. Ergänzend beobachtete ich, dass ein Patient früher entlassen wird als zuvor verabredet, da in der Tagesklinik kurzfristig ein Platz frei ist. Die Beispiele verdeutlichen, dass **die weiteren psychiatrischen Einrichtungen, die die Patienten nutzen**, einen Kontextfaktor darstellen können.

11.1.2 Personen im Kontext

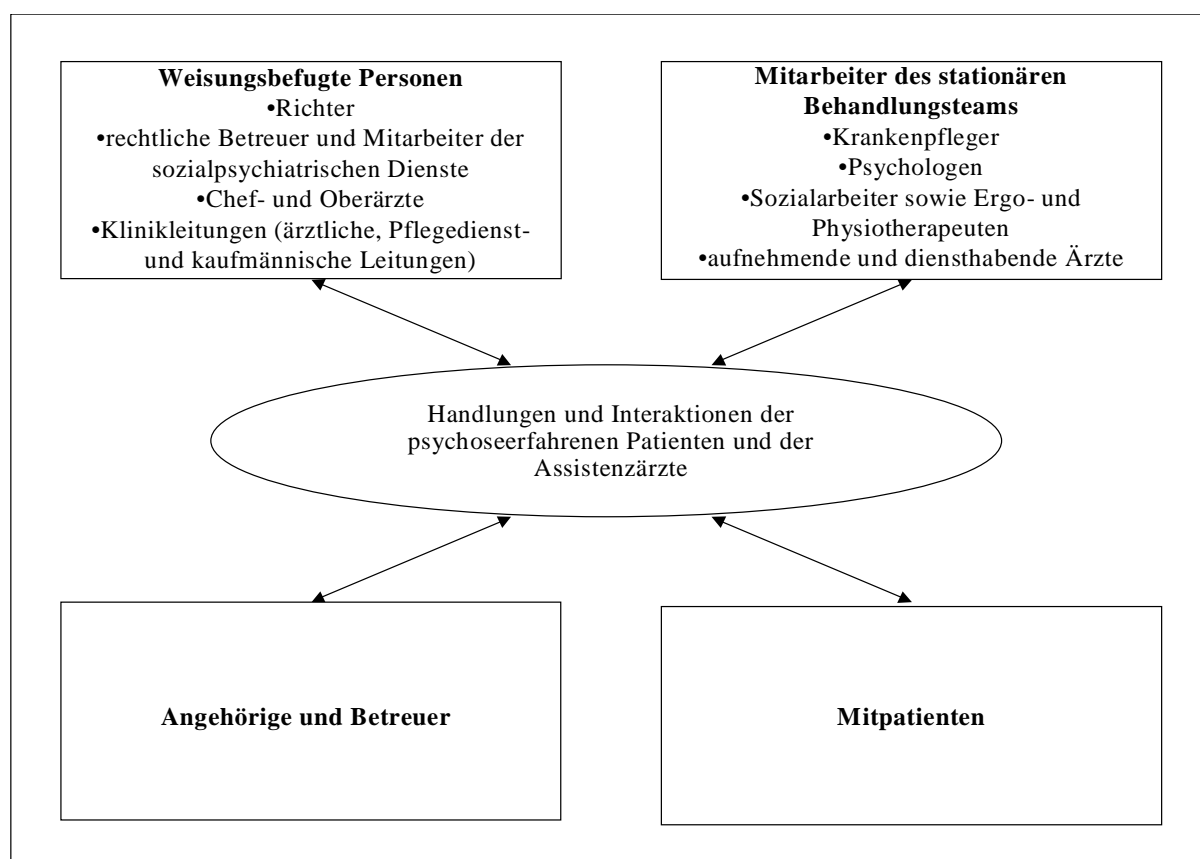


Abb. 6: Personen im Kontext

Ergänzend zu den Darstellungen im vorherigen Abschnitt können verschiedene Personen im Kontext einen Einfluss auf die Handlungen und Interaktionen der psychoseerfahrenen Patienten und der Assistenzärzte haben. Auf die entsprechenden Auswertungsergebnisse gehe ich in den Abschnitten 11.1.2.1 bis 11.1.2.4 ein. Die Gliederung meiner Darstellung beruht auf der Frage, wer zu den Personen im Kontext gehört.

11.1.2.1 Weisungsbefugte Personen

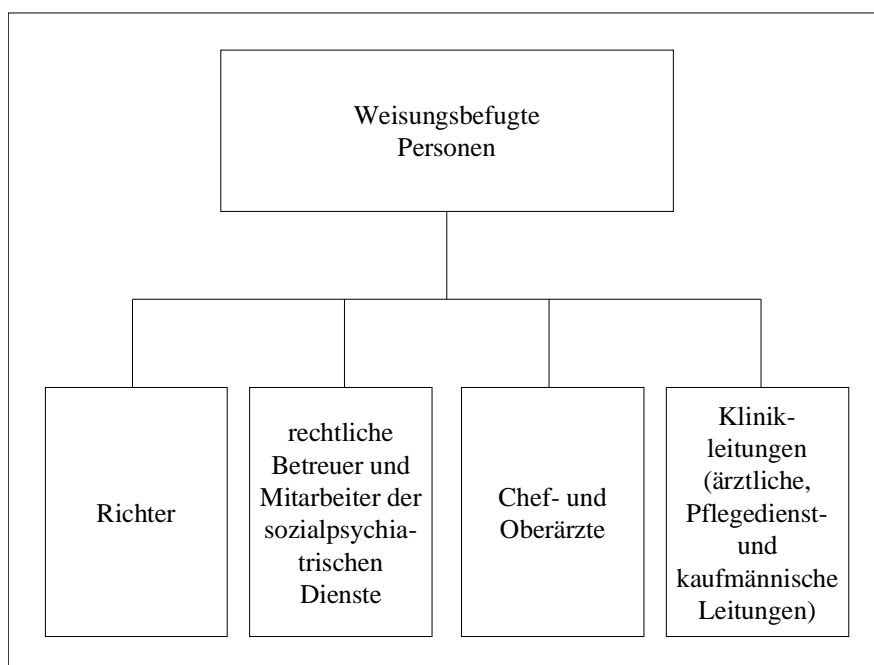


Abb. 7: Weisungsbefugte Personen

„... sagt (...) zu ihr, es sei (...) nachher auch noch die Anhörung und es werde ja dann der Richter entscheiden.“ (Forschungstagebuch C, Zeile 10909 – 10913)

Ein **Richter** kann einen Einfluss auf einzelne übergeordnete Behandlungsinhalte haben. Er **ist gesetzlich legitimiert, eine Behandlung gegen den Willen des Patienten anzuordnen**, wenn er den Patienten als selbst- oder fremdgefährdend erlebt⁵³. Dies betrifft insbesondere die Notwendigkeit und die Dauer des Aufenthalts.

Der Richter und die weiteren Personen, auf die ich im aktuellen Abschnitt eingehe, haben die Gemeinsamkeit, dass sie im Unterschied zu den anderen Personen im Kontext berechtigt sein

⁵³ siehe zum Beispiel <http://dejure.org/gesetze/BGB/1906.html>, letzter Zugriff am 16.03.2015.

können, einen Behandlungsinhalt festzulegen, den der Assistenzarzt beziehungsweise der Patient umsetzen muss. Diese Personen im Kontext bezeichne ich als **weisungsbefugte Personen**. Der Begriff beinhaltet jedoch nicht in allen Fällen, dass die Patienten beziehungsweise die Assistenzärzte nicht mitbestimmen. Stattdessen sind die weisungsbefugten Personen zum Teil auf die Patienten und die Assistenzärzte angewiesen. Inwiefern dies in der Praxis eine Möglichkeit der Mitbestimmung eröffnet, thematisiere ich weiter unten.

Die Zwangsbehandlung eines Patienten kann außerdem auf der Grundlage der Psychisch – Kranken – Gesetze⁵⁴ erfolgen. Die Gesetze erlauben einem **rechtlichen Betreuer** oder einem **Mitarbeiter des sozialpsychiatrischen Dienstes**, einen **Patienten vorläufig unterzubringen**. Ein Richter muss die Unterbringung bis zum Ende des folgenden Tages bestätigen, wenn sie länger dauern soll. Die Zwangsbehandlung von Herrn Ulrich initiiert zum Beispiel sein rechtlicher Betreuer, und Herr Hellmann wird durch die Mitarbeiter des sozialpsychiatrischen Dienstes eingewiesen. Der rechtliche Betreuer beziehungsweise die Mitarbeiter des sozialpsychiatrischen Dienstes beeinflussen insbesondere den übergeordneten Behandlungsinhalt Notwendigkeit des Aufenthalts.

Zu den weisungsbefugten Personen im Kontext zähle ich außerdem die **Chef- und Oberärzte**.

„Also diese Anordnungen, wir (...) haben hier ein (HOLT LUFT) Regelwerk (...) es gibt (LACHT) immer nur Dienstanweisungen (...) und es wird nicht gesagt ‚Wir sollten doch mal.‘ und ‚Wäre es möglich?‘ und so weiter, sondern (...) irgendwie Gesetz.“ (Interview Dr. Michaelis, Zeile 3255 – 3265)

Eine Klinik ist durch eine **hierarchische Ordnung**⁵⁵ gekennzeichnet. Als Vorgesetzte **formulieren** die Chef- und Oberärzte **Anweisungen**, die beispielsweise für Dr. Michaelis den Charakter eines Gesetzes haben. Ein Gesetz stellt eine verbindliche Vorschrift dar. Die **Weisungsbefugnis** der Chef- und Oberärzte **besteht gegenüber den Assistenzärzten**.

„Der Oberarzt, (...) der entscheidet natürlich ganz viel auf so einer Station.“ (Interview Dr. Michaelis, Zeile 2997 – 2998)

In den Daten sind für alle übergeordneten Behandlungsinhalte Beispiele enthalten, dass der Chef- beziehungsweise der Oberarzt eine Anweisung formuliert. Der **Einfluss** der Chef- und Oberärzte ist **umfangreich**.

⁵⁴ siehe zum Beispiel <http://de.wikipedia.org/wiki/Psychisch-Kranken-Gesetz>, letzter Zugriff am 16.03.2015.

⁵⁵ vergleiche auch die Darstellungen im Abschnitt 4.2 des Theorieteils

In der Regel äußern sich die Chef- und Oberärzte in Anwesenheit des Assistenzarztes und des Patienten während der Visite. Außerdem nutzen sie die Dienstbesprechungen an denen die Assistenzärzte teilnehmen, aber nicht die Patienten. Schließlich berichtet Dr. Michaelis, dass der Oberarzt sich Patientenakten nimmt und die Pharmakotherapie ändert, ohne mit ihr oder dem Betroffenen Rücksprache zu halten.

„... als erstes muss ich gucken, was ist der Rahmen, in dem ich verhandeln kann. (JK: Mhm.) Weil, es ist ja nichts schlimmer, als wenn du am Anfang was versprichst und es nicht halten kannst (...) du versprichst was, nächsten Tag kommt dein Chef- oder Oberarzt, und denn stimmt alles nicht mehr. (...) Du musst also wirklich ein Auge auch selber dafür haben, was ist realistisch, was nicht.“ (Interview Dr. Schneider, Zeile 996 – 1019)

Der Chef- und der Oberarzt können eine Festlegung des Assistenzarztes ändern. Dies möchte Dr. Schneider verhindern, um seine Absprache mit dem Patienten einzuhalten. Der Assistenzarzt **antizipiert**, welche **Behandlungsprioritäten der Chef- und der Oberarzt** voraussichtlich akzeptieren. Die Antizipation bildet die Grundlage dafür, wie sich der Assistenzarzt äußert. Der Chef- und Oberarzt beeinflussen die Handlung des Assistenzarztes indirekt.

In den von mir untersuchten Kliniken haben die Chefärzte die **ärztliche Leitung**. Sie bilden gemeinsam mit der **Pflegedienstleitung** und einer **kaufmännischen Leitung** die **Klinikleitung**⁵⁶, die einen Kontextfaktor darstellen kann. Beispielsweise erfolgt in der Klinik am See die Zuteilung, auf welche Station der Patient kommt, in Abhängigkeit von der Diagnose, da die Stationen unterschiedliche Behandlungsschwerpunkte haben. Außerdem muss der aufnehmende Arzt die Anzahl der freien Betten auf den jeweiligen Stationen beachten.

Diese Regelungen bezeichne ich als allgemeine Behandlungsregel. Eine allgemeine Behandlungsregel ist eine Anweisung der Klinikleitung, die abgesehen von individuellen Ausnahmen für alle Behandlungsprozesse gilt. Die Vertreter der Klinikleitung ordne ich den Kontextfaktoren zu, da sie die **allgemeinen Behandlungsregeln formulieren**. Die allgemeinen Behandlungsregeln sind in den untersuchten Kliniken nicht identisch, sondern sie stellen klinikspezifische Kontextfaktoren dar.

In den oben wiedergegebenen Beispielen betreffen die allgemeinen Behandlungsregeln den Beginn des Krankenhausaufenthalts. Sie tragen dazu bei, dass der Patient die Station sowie den behandelnden Arzt nicht frei wählen kann.

⁵⁶ Um eine Anonymisierung zu ermöglichen, verzichte ich an dieser Stelle auf einen Verweis auf die Internetseiten der beforschten Kliniken, wo unter anderem ein Organigramm dargestellt ist.

„... man muss schon sagen, dass (...) die gesamte Klinikleitung neurobiologisch orientiert ist (...) (Medikamente) nehmen (...) einen ganz großen Stellenwert ein ...“ (Interview Dr. Friedrichs, Zeile 1491 – 1495)

Die allgemeinen Behandlungsregeln beeinflussen ebenfalls die Gestaltung der Pharmakotherapie. Dr. Friedrichs stellt einen Zusammenhang zwischen den Behandlungsprioritäten der Klinikleitung und der zentralen Bedeutung der Pharmakotherapie her. Der große Stellenwert der Pharmakotherapie kommt auch dadurch zum Ausdruck, dass mit Ausnahme von Herrn Naumann alle Patienten, denen ich im Untersuchungsfeld begegnete, Psychopharmaka einnehmen. Ich interpretiere die Daten als eine allgemeine Behandlungsregel, dass der **Patient an der Pharmakotherapie teilnehmen soll**. Die Pharmakotherapie von Herrn Naumann bildet eine Ausnahme. Er wird von einer Ärztin behandelt, die ihr praktisches Jahr absolviert und erst seit wenigen Wochen im Krankenhaus arbeitet. Denkbar ist, dass diese unerfahrene Ärztin die allgemeinen Behandlungsregeln der Klinikleitung noch nicht verinnerlicht hat.

„... (den) Anfang (...) machen wir ja doch meistens mit Haldol und Diazepam. (JK: Mhm.) Und das ist sozusagen (...) gar nicht so viel Entscheidung.“ (Interview Dr. Michaelis, Zeile 1965 - 1972)

Ergänzend ist zu beachten, dass in der Klinik am See die Pharmakotherapie am Beginn des Aufenthalts bei verschiedenen Patienten identisch ist. Die Pharmakotherapie scheint in diesen Fällen in Abgrenzung zu einer individuellen Behandlungsplanung eher auf einer **allgemeinen Behandlungsregel** zu beruhen, **welche Medikamente ein Patient erhält**.

„Dr. Berthold sagt dann zu ihm, die Regel hier sei, in den ersten drei Tagen keinen Ausgang alleine.“ (Forschungstagebuch C, Zeile 7091 + 7092)

Außerdem gibt es in der Klinik am See die allgemeine Behandlungsregel, dass ein Patient in den ersten drei Tagen seines Aufenthalts nicht alleine in den Ausgang gehen darf.

Und im Waldkrankenhaus antwortet eine Krankenpflegerin auf die Beschwerde eines Patienten, die Pflegedienstleitung ist dafür verantwortlich, dass die Betroffenen in den Wintermonaten maximal bis 18:00 Uhr in den Ausgang dürfen. Ferner verweist die Krankenpflegerin auf versicherungsrechtliche Gründe. Diese **allgemeinen Behandlungsregeln beeinflussen die Regelung des Ausgangs**.

Weitere übergeordnete Behandlungsinhalte können durch die Klinikleitung beeinflusst sein. Als ich mich zum Beispiel im Waldkrankenhaus der kaufmännischen Leitung vorstelle, äußert der kaufmännische Direktor unter anderem, dass er derzeit das Therapieprogramm der Klinik überarbeitet. Oder Dr. Schneider erzählt, dass der Chefarzt eine Veranstaltung aus dem Therapieprogramm streicht, die der Assistenzarzt als medizinische Info bezeichnet. Hier können

die Patienten Fragen stellen, die ihren individuellen Behandlungsprozess betreffen. Dr. Schneider möchte diese Therapieveranstaltung fortführen, muss aber stattdessen ein psychoedukatives Training mit einer vorgegebenen Struktur anbieten. Auch das **Therapieprogramm wird durch die Klinikleitung festgelegt**. Die Vertreter der Klinikleitung bestimmen, welche Therapien angeboten werden, und sie bezeichnen die **Teilnahme am Therapieprogramm als verpflichtend**. Der Chefarzt der Klinik am See begründet dies mit den Forderungen der Krankenkassen.

„Also der Oberarzt (...) der macht manchmal auch Anordnungen, die ich vielleicht manchmal nicht (...) für so sinnvoll halte, (...) da kann ich aber nun auch nichts ändern ...“ (Interview Dr. Michaelis, Zeile 2977 – 2985)

Die Assistenzärztin deutet an, dass sie auch Anordnungen umsetzt, die aus ihrer Perspektive nicht sinnvoll sind. Der Kontext der stationären Psychiatrie ist dadurch gekennzeichnet, dass die **Assistenzärzte eine Weisung in der Regel nicht verändern können**, sofern sie erteilt wurde.

„JK: Ist es auch möglich, dem Oberarzt zu widersprechen in diesem Setting hier?“

Dr. M.: Äh, also ich denke man (...) sollte es wirklich so aufbauen (LACHT LEICHT), dass man ihm schon gar nicht widersprechen muss, sondern man sollte ... (JK: ... (LACHT LEICHT) ...) ... von einer ganz anderen Seite kommen und (...) dass er eigentlich auch sagt, ‚Was (...) schlagen Sie vor?‘ (JK: Ja.) Und (...) man eigentlich sehr gut mit ihm reden kann. (HOLT LUFT) (...) ich versuche das immer mehr (...) von einer anderen Seite zu kommen ...“ (Interview Dr. Michaelis, Zeile 3000 – 3021)

Dr. Michaelis vermeidet es, dem Oberarzt zu widersprechen. Trotzdem **nimmt** sie einen **Einfluss auf die Weisung** des Oberarztes. Von zentraler Bedeutung scheint der Zeitpunkt der Einflussnahme zu sein. Die Assistenzärztin **sucht das Gespräch** mit dem Oberarzt, **bevor er eine Weisung erteilt**. Beispielsweise schlägt Dr. Michaelis dem Oberarzt ihre Behandlungspriorität vor, wenn dieser noch keine eigene geäußert hat. Sie widerspricht dem Oberarzt nicht, sondern diskutiert mit ihm.

Ergänzend beobachtete ich, dass Dr. Schneider einen Richter beeinflusst.

„Unterdessen war der Richter bezüglich Frau Charmen da. (...) Ich frage, wie der Richter entschieden habe. Die Krankenschwester sagt mir, zuerst wollte der Richter sie nicht unterbringen (...). Erst als Dr. Schneider dazu kam, habe er sie doch untergebracht.“ (Forschungstagebuch B, Zeile 3395 – 3403)

In der Regel kommt der Richter in die Klinik und führt ein Gespräch mit dem Patienten. Dies wird im Untersuchungsfeld Anhörung genannt. Der Richter muss beurteilen, inwieweit die

psychische Erkrankung zu einer Selbst- oder Fremdgefährdung führt. Größtenteils hat ein Richter aber keine Ausbildung als psychiatrische Fachkraft und fragt den Assistenzarzt nach seiner Einschätzung. In dem Beispiel ändert der Richter, der die Anhörung von Frau Charmen durchführt, seine Aussage aufgrund des Gesprächs mit dem Assistenzarzt. Die Äußerungen des **Assistenzarztes können einen Einfluss auf den Richter haben**.

Außerdem versuchen einzelne Patienten, das Ergebnis der Anhörung zu verändern, indem sie einen Widerspruch einlegen. In diesem Fall überprüft ein zweiter Richter den Widerspruch des Betroffenen.

Abweichend von den bisherigen Darstellungen weist Dr. Schneider darauf hin, dass er den Oberarzt kritisiert, wenn er dessen Behandlungsprioritäten nicht für sinnvoll hält. Diese Äußerung steht im Gegensatz zu den Aussagen der anderen Assistenzärzte. Aus der Sicht von Dr. Schneider ist seine Persönlichkeit ausschlaggebend dafür, dass er dem Oberarzt widerspricht. Außerdem gehe ich von der These aus, dass eine strenge hierarchische Ordnung zwischen ihm und dem Oberarzt zeitweise nicht gegeben ist. Der Oberarzt arbeitete vor seiner Beförderung über einen langen Zeitraum als Assistenzarzt in derselben Klinik und war somit über einen langen Zeitraum ein gleichgestellter Kollege von Dr. Schneider. Zusätzlich absolvieren Dr. Schneider und der Oberarzt derzeit in demselben Institut eine psychotherapeutische Ausbildung. Sie befinden sich dabei in einem Ausbildungsjahrgang und nicht auf unterschiedlichen hierarchischen Stufen.

Welche weiteren Personen im Kontext einen Einfluss auf die übergeordneten Behandlungsinhalte haben können, thematisiere ich in den folgenden Abschnitten.

11.1.2.2 Mitarbeiter des stationären Behandlungsteams

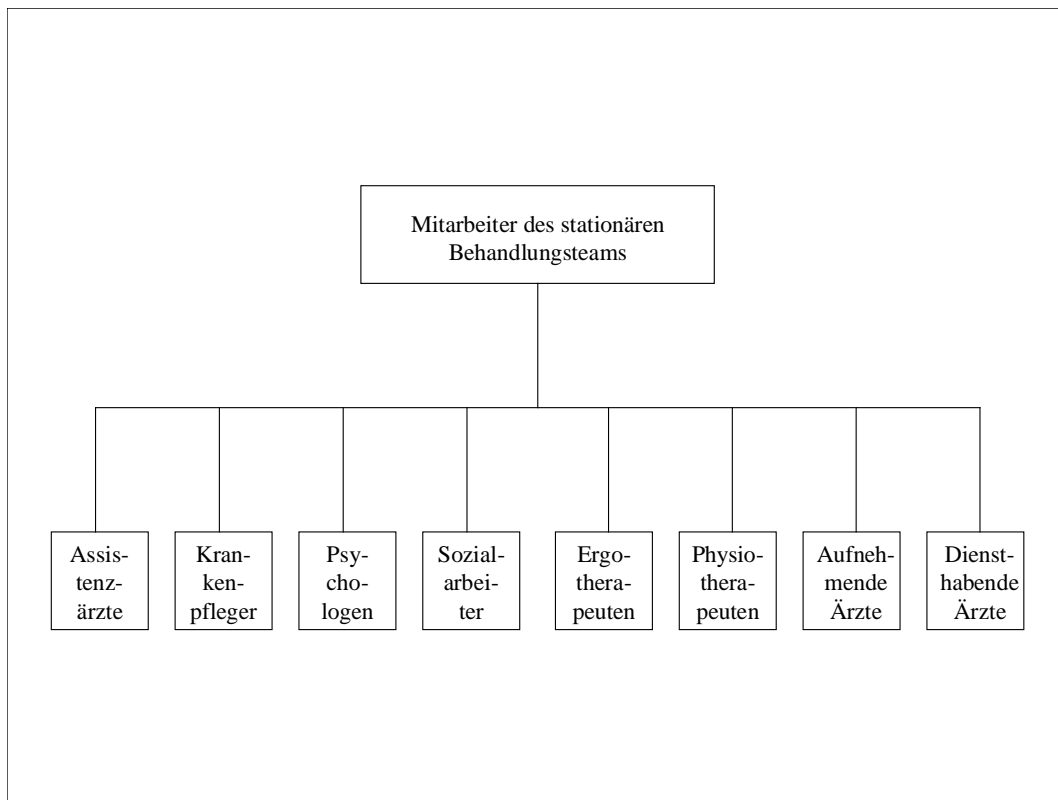


Abb. 8: Mitarbeiter des stationären Behandlungsteams

Ergänzend zu den Assistenzärzten sind in der Regel die Krankenpfleger, Psychologen⁵⁷, Sozialarbeiter, Ergotherapeuten, Physiotherapeuten, die aufnehmenden Ärzte und die diensthabenden Ärzte am Behandlungsprozess beteiligt. Für die Behandlung ist ein **stationäres Behandlungsteam** zuständig. Eine **multidisziplinäre Zusammenarbeit** ist unter anderem in Form von Übergaben, Teambesprechungen oder Visiten vorgegeben und **zählt zum Konzept der Kliniken**.

Am Beginn meiner Datenerhebung empfiehlt mir Dr. Schneider die Teilnahme an einer sogenannten Soziobesprechung, da hier eine Vielzahl an Behandlungsinhalten festgelegt werden. An dieser Besprechung nehmen neben dem Assistenzarzt die Krankenpfleger sowie der Sozialarbeiter, die Ergotherapeutin und die Physiotherapeutin teil. Eine Zusammenarbeit im Behandlungsteam beinhaltet, dass einzelne **übergeordnete Behandlungsinhalte** während einer Teambesprechung und **in Abwesenheit des Patienten diskutiert** werden.

⁵⁷ Mit Ausnahme des Waldkrankenhauses: hier ist während meiner Forschungstätigkeit kein Psychologe auf der Station tätig, auf der ich meine Daten erhebe.

„... es gibt natürlich immer wieder auch einen Druck von den Schwestern. Die sagen ‚So, jetzt muss das und das passieren hier.‘“
(Interview Dr. Michaelis, Zeile 3633 – 3635)

In Bezug auf das Pflegepersonal äußern die Assistenzärzte, dass die Krankenpfleger zum Teil versuchen, die Behandlungspriorität des Assistenzarztes zu beeinflussen. Sie üben dabei aus der Sicht der Assistenzärztin einen Druck aus. Die **Krankenpfleger fordern eine bestimmte Behandlungspriorität**. Dies betrifft alle übergeordneten Behandlungsinhalte, wobei die Pharmakotherapie häufig im Vordergrund steht.

„Die Schwester sagte, sie sei aber immer noch so akut und ob man da nicht auch Accuphase geben könne. Dr. Michaelis sagte, sie habe gehört, man solle es nicht geben (...), da extreme Nebenwirkungen auftreten können. Die Schwester sagte, aber früher hätten sie es doch auch gemacht.“ (Forschungstagebuch A, Zeile 15479 – 15486)

Über die Pharmakotherapie darf ausschließlich ein Arzt bestimmen. Trotzdem sagen die Krankenpfleger teilweise, welches Medikament in welcher Dosierung aus ihrer Perspektive sinnvoll ist. Als Begründung verweisen sie unter anderem auf die Assistenzärzte, die zuvor auf der Station gearbeitet haben. Wenn der Patient bereits in der Klinik behandelt wurde, berufen sich die Krankenpfleger außerdem auf die früheren Aufenthalte.

„Ich sage, dass es ja auch schwierig sei, eine Anordnung zu befolgen. Also so zu handeln, wie er eigentlich nicht wolle. Pfleger Konrad sagt, dass er das nie machen würde. Dann müsse die Ärztin die Anordnung selber durchführen. Das habe er schon in der Ausbildung gelernt, dass er das nicht müsse.“ (Forschungstagebuch A, Zeile 3864 - 3871)

Pfleger Konrad sagt unter anderem, dass ein Assistenzarzt gegenüber dem Pflegepersonal nicht weisungsbefugt ist. Beispielsweise geben die Assistenzärzte den Patienten zum Teil Ausgang in Begleitung des Pflegepersonals. Einen Einfluss nehmen die Krankenpfleger in Einzelfällen dadurch, dass sie solche **Behandlungsprioritäten** des Assistenzarztes **nicht umsetzen**. Als Begründung sagen sie, dass sie keine Zeit haben.

Im Waldkrankenhaus arbeitet im Gegensatz zu den anderen Kliniken kein **Psychologe** auf der Station, auf der ich meine Daten erhebe. Ein Vergleich zwischen den Krankenhäusern verdeutlicht, dass einzelne Behandlungsinhalte, die im Waldkrankenhaus der Assistenzarzt **übernimmt**, in den anderen Kliniken zum **Aufgabenbereich** der Psychologen zählen.

„R.: Frau Berthold ist ja (...) keine Psychotherapeutin, (...) das ist ja die Frau Damm (...). Mit der habe ich mich auch darüber unterhalten.
(...)“

JK: Ja, ja. Aber Sie wollten das nicht mit Frau Berthold #(EIN WORT UNVERSTÄNDLICH; UNGEFÄHR: BESPRECHEN)#?

R.: Na wollten, weiß ich jetzt nicht, ich habe sie nicht angesprochen darauf. (JK: Ja.) Weil sie ja keine Therapeutin ist. (JK: Ah ja.) Ist ja die Ärztin auch.“ (Interview Frau Reinke, Zeile 1229 - 1276)

Frau Reinke trennt zwischen psychotherapeutischen und medizinischen Gesprächsthemen. Für ein psychotherapeutisches Gespräch wendet sich die Patientin an die Psychologin und nicht an die Assistenzärztin. Neben psychotherapeutischen Angeboten zählen im Kontext der stationären Psychiatrie insbesondere eine Informierung und Aufklärung des Patienten, eine Psychoedukation sowie eine Beteiligung an der Diagnostik zu den Tätigkeiten der Psychologen.

Der **Einfluss der Sozialarbeiter, Ergotherapeuten und Physiotherapeuten** steht in der Regel **im Hintergrund**. Die Sozialarbeiter sind insbesondere an dem übergeordneten Behandlungsinhalt Veränderungen in der Zeit nach dem Aufenthalt beteiligt, und die Ergo- oder Physiotherapeuten thematisieren überwiegend die Teilnahme am Therapieprogramm. Während einzelner Dienstbesprechungen äußern sie sich auch zur Notwendigkeit beziehungsweise Dauer des Aufenthalts, zur Regelung des Ausgangs oder zur Gestaltung der Pharmakotherapie.

Schließlich zählen der **aufnehmende und der diensthabende Arzt** zu den Kontextfaktoren⁵⁸. Der aufnehmende Arzt **legt** verschiedene **Behandlungsinhalte am Beginn des Aufenthalts fest**. Er diskutiert mit dem Patienten die Frage, ob ein Aufenthalt notwendig ist. Meistens bestimmt der aufnehmende Arzt auch über die Gestaltung der Pharmakotherapie und die Regelung des Ausgangs. Der diensthabende Arzt **interagiert in Krisensituationen, die nachts oder am Wochenende auftreten, mit den Patienten**. Dabei verändert er häufig die Gestaltung der Pharmakotherapie oder die Regelung des Ausgangs.

⁵⁸ In Ausnahmefällen ist der behandelnde Assistenzarzt auch der aufnehmende oder der diensthabende Arzt. In den Krankenhäusern, in denen ich Daten erhob, übernehmen die Assistenzärzte die Funktionen des aufnehmenden und diensthabenden Arztes im Wechsel. Entsprechend können sie als aufnehmender oder diensthabender Arzt mit einem Patienten interagieren, für den sie auch als Assistenzarzt zuständig sind.

11.1.2.3 Angehörige und Betreuer

Die Auswertungsergebnisse zum Einfluss der **Angehörigen und Betreuer** stimmen weitestgehend überein, so dass ich sie im folgenden Abschnitt gemeinsam thematisiere. Mit dem Begriff Betreuer fasse ich verschiedene Fachkräfte zusammen, die ambulant mit dem Patienten interagieren. Typische Beispiele sind Einzelfallhelfer oder die Mitarbeiter von ambulant psychiatrischen Einrichtungen. Den Betreuer unterscheide ich von einem rechtlichen Betreuer⁵⁹. Der Betreuer ist nicht weisungsbefugt.

Die Internetseiten des Waldkrankenhauses enthalten den Hinweis, dass die Angehörigen in den Behandlungsprozess einbezogen werden und ihre Bedürfnisse Berücksichtigung finden. Es gibt Angehörigengruppen, und monatlich findet eine Veranstaltung statt, auf der die Mitarbeiter von ambulantlypsychiatrischen Einrichtungen ihre Institution vorstellen. Eine **Zusammenarbeit** mit den Angehörigen und Betreuern **zählt zum Angebot der Kliniken**.

„(Dann) begrüßt Dr. Schneider den Betreuer (...). Dr. Schneider fragt ihn, ob sie sich erst ohne Herrn Johannsen unterhalten wollen. ‚Ja, gerne ...‘“ (Forschungstagebuch B, Zeile 7297 – 7300)

Der Assistenzarzt redet zuerst mit dem Betreuer alleine. Der Patient ist von diesem Gespräch ausgeschlossen, und er kann seine Sicht nur nachfolgend darstellen. Der Betroffene scheint zweitrangig zu sein. Die Zusammenarbeit des Assistenzarztes mit dem Angehörigen oder dem Betreuer kann **zu einer Distanz zwischen dem Assistenzarzt und dem Patienten beitragen**. Ein weiteres Beispiel betrifft den Behandlungsprozess von Herrn Kattler. Am Aufnahmegespräch nimmt der Vater des Patienten teil. Der Patient und sein Vater weisen darauf hin, dass sich ihre subjektiven Perspektiven häufig unterscheiden, und sie sprechen von Konflikten. Als der Vater seine Sicht auf die Ereignisse vor dem stationären Aufenthalt darstellt, verlässt der Betroffene den Raum. Herr Kattler distanziert sich zumindest räumlich und nimmt an dem Aufnahmegespräch zeitweise nicht teil.

Schließlich beeinflussen einzelne Angehörige oder Betreuer einen übergeordneten Behandlungsinhalt dadurch, dass sie dem Assistenzarzt Informationen geben, die der Patient ihm vorenthält. Hierauf gehe ich im Abschnitt 12.1 ausführlich ein.

⁵⁹ vergleiche Abschnitt 11.1.2.1

11.1.2.4 Mitpatienten

Auch die Mitpatienten können einen Einfluss auf einzelne übergeordnete Behandlungsinhalte haben.

„... das macht ja natürlich extreme Angst, wenn jemand ausflippt (...) und schreit (...) das reißt einen mit runter.“ (Interview Herr Emmerich, Zeile 2440 – 2443)

„... weil ich dann hier auch Ängste bekommen habe (...) vor Mitpatienten, und dadurch war diese eigentliche Entspannung oder dieses Auftanken sozusagen ein bisschen behindert (...), weil ich dann eben hier auch solche Ängste entwickelt habe, wo ich mich dann eigentlich auch wieder gestresst gefühlt habe.“ (Interview Frau Trautner, Zeile 482 – 493)

Mehrere Betroffene sprechen davon, dass sie **Angst vor einem Mitpatienten haben**. Ausschlaggebend sind aus ihrer Sicht die Aggressionen der Mitpatienten⁶⁰. Diese Patienten deuten an, dass die Angst vor einem Mitpatienten die Besserung der eigenen Symptomatik beeinflusst. Außerdem kennzeichnen einzelne Betroffene die aggressiven Mitpatienten als einen Grund für eine Ablehnung des Krankenhausaufenthalts, für eine Ablehnung der Teilnahme am Therapieprogramm sowie für die Forderung nach möglichst viel Ausgang. Aufgrund ihres Einflusses ordne ich die **Mitpatienten** den Kontextfaktoren zu.

„Aber ich bin natürlich auch genötigt, den Sicherheitsbedürfnissen der Mitpatienten (...) zu entsprechen ...“ (Interview Dr. Schneider, Zeile 2135 – 2137)

Dr. Schneider thematisiert fremdgefährdende Patienten und weist auf die Notwendigkeit hin, den **Mitpatienten eine Sicherheit zu geben**. Auch die Assistenzärzte sprechen davon, dass die Mitpatienten einen Einfluss auf einen Behandlungsinhalt haben können.

Im Gegensatz zu diesen Aussagen **erleben** andere Betroffene **den Kontakt zu den Mitpatienten positiv**.

„... die Klinik ist einfach eine Chance, Freunde auch zu finden (...) das macht die Klinik angenehm.“ (Interview Herr Gerken, Zeile 2612 – 2622)

Beispielsweise kennzeichnet Herr Gerken den stationären Aufenthalt als eine Möglichkeit, **Mitpatienten als Freunde zu finden**. Herr Gerken, der den Klinikaufenthalt überwiegend ablehnt, erlebt das Krankenhaus in Bezug auf die Mitpatienten als einen angenehmen Ort.

⁶⁰ Außerdem ist denkbar, dass die Angst das Ergebnis der akuten Symptomatik ist. Die Frage nach dem Grund für die Angst der Patienten kann hier jedoch im Hintergrund bleiben. Wesentlich ist, dass die Betroffenen eine Angst vor einem Mitpatienten erleben.

*„... ich glaube mir haben auch viel mehr die Patienten geholfen als die Ärzte ...“ (Interview Frau Dressel, Zeile 543 + 544)
„Und die psychische Ebene (...), da wird man völlig im Unklaren gelassen. Man kann sich da höchstens mit den Mitpatienten darüber unterhalten (HOLT LUFT) die einigermassen weit sind.“ (Interview Herr Emmerich, Zeile 1945 – 1949)*

Herr Emmerich kritisiert, dass „die psychische Ebene“ während eines Klinikaufenthalts kaum berücksichtigt wird. Im Gegensatz zum Angebot der Krankenhäuser bieten ihm jedoch die Mitpatienten eine Möglichkeit, entsprechende Inhalte zu thematisieren. Seine Aussage weist darauf hin, dass er die **Mitpatienten als eine therapeutische Hilfe** wahrnimmt. In diesem Beispiel erlebt Herr Emmerich den Einfluss der Mitpatienten positiv.

Die Darstellungen verdeutlichen, dass verschiedenste Personen im Kontext die Bedeutung eines Kontextfaktors haben können. Ergänzend gehe ich im folgenden Abschnitt auf die Frage ein, welche Inhalte dabei relevant sein können.

11.2 Handlungsleitende Aspekte der Personen im Kontext

Aufbauend auf dem Handlungs- und Interaktionsbegriff, der meiner Studie zugrunde liegt, beschäftige ich mich im Abschnitt 11.2 mit der Frage, welche handlungsleitenden Aspekte in Bezug auf die Patientenselbst- und -fremdbestimmungen bei den Personen im Kontext erkennbar sind. Die Darstellungen gehen auf die Fragen zurück, welche Bedeutungen die ‚Dinge‘ für die Personen im Kontext haben und welche habituellen Aspekte identifiziert werden können.

Als Ergebnisse thematisiere ich ein Verhindern von Aggressionen (11.2.1), das Verhindern von Störungen (11.2.2), das Bessern der akuten Symptomatik per Pharmakotherapie (11.2.3) und schließlich das Herstellen einer Compliance (11.2.4). Diese Aspekte können inhaltlich relevant sein. Sie sind jedoch nicht grundsätzlich während jedes Behandlungsprozesses und nicht für jede Person im Kontext handlungsleitend. Beispielsweise bleibt das Verhindern von Aggressionen ohne Bedeutung, wenn der Patient nicht als aggressiv erlebt wird.

Eine erste Übersicht über diese Auswertungsergebnisse ermöglicht die folgende Abbildung.

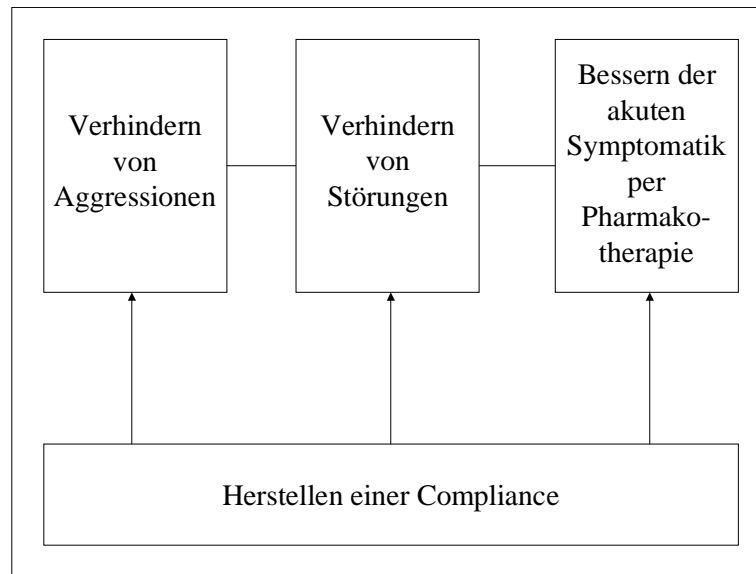


Abb. 9: Handlungsleitende Aspekte der Personen im Kontext

11.2.1 Verhindern von Aggressionen

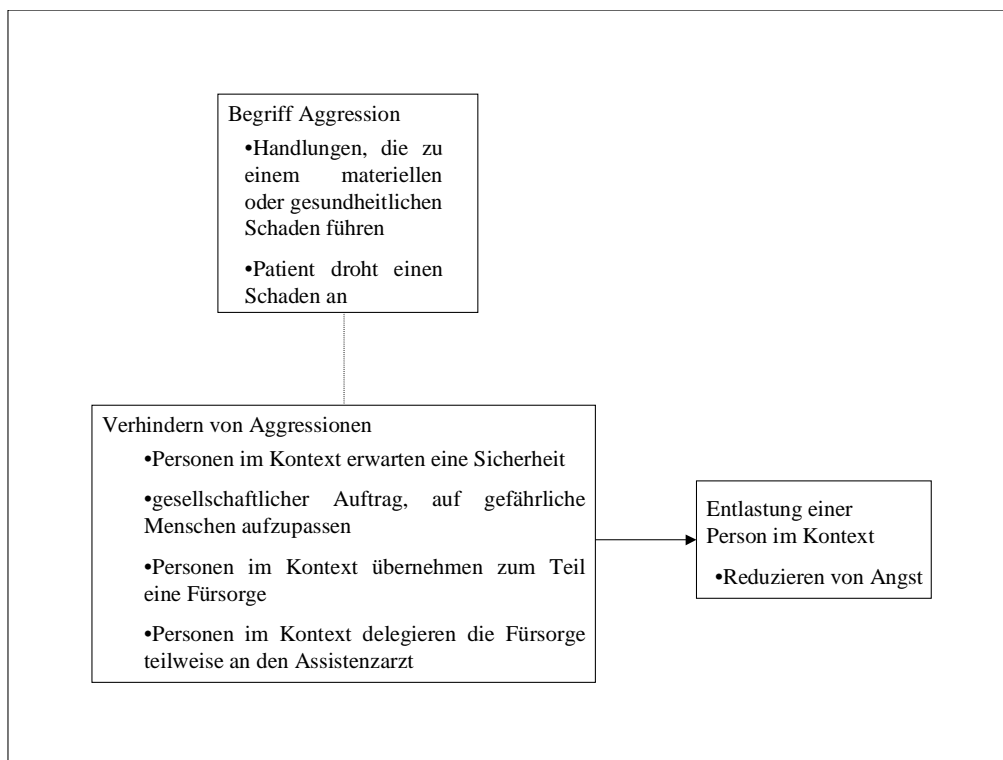


Abb. 10: Verhindern von Aggressionen

Bevor ich darauf eingehe, dass ein Verhindern von Aggressionen für eine Person im Kontext handlungsleitend sein kann, möchte ich kurz darstellen, wie ich den Begriff Aggressionen in Anlehnung an das Untersuchungsfeld verwende. Beispielsweise bezeichnen seine Mitpatienten Herrn Späthmann als aggressiv, nachdem er eine Tür einschlägt. Und die Krankenpfleger in der Klinik am See sprechen in Bezug auf Herrn Francke von einem aggressiven Patienten. Er greift einen Pfleger körperlich an und verletzt ihn am Arm. In diesen Beispielen betrifft der Begriff Aggressionen Handlungen eines Patienten, die **zu einem materiellen oder gesundheitlichen Schaden führen**. Die Aggressionen können auch gegen die eigene Person gerichtet sein. Mehrere Personen im Kontext charakterisieren einen Selbstmordversuch als eine aggressive Handlung.

„Wie er die Pfleger und wie er die Schwestern manchmal angeht, da wird mir ganz anders. (...) gestern hat er auf dem Zimmer geraucht. (...) Und da hat die Schwester ihn ins Raucherzimmer schicken wollen und da hat er ganz schön die Fäuste gezeigt.“ (Interview Frau Bode, Zeile 1785 – 1798)

Schließlich sagt Frau Bode, dass der Betroffene, den sie im Verlauf des Interviews als aggressiv bezeichnet, seine Fäuste gegen eine Krankenpflegerin richtet. Der Schaden tritt nicht tatsächlich ein, sondern eine Aggression kann auch darin bestehen, dass der Patient einen **Schaden androht**.

Die Personen im Kontext nehmen in ihren Äußerungen über die Aggressionen eines Patienten in der Regel keinen Bezug zu der Psychose des Betroffenen. Sie thematisieren die Handlung des Patienten, ohne die akute psychische Störung zu fokussieren. Dies stellt einen wesentlichen Unterschied zum Begriff Gefährdung dar. Im Psychisch – Kranken – Gesetz für Berlin heißt es beispielsweise „Psychisch Kranke können nach § 1 Abs. 1 Nr. 2 Buchstabe a gegen oder ohne ihren Willen nur untergebracht werden, wenn und solange sie durch ihr krankheitsbedingtes Verhalten ihr Leben, ernsthaft ihre Gesundheit oder besonders bedeutende Rechtsgüter anderer in erheblichem Maße gefährden und diese Gefahr nicht anders abgewendet werden kann“⁶¹. Der Begriff Gefährdung wird mit einer Handlung in einen Zusammenhang gestellt, die krankheitsbedingt ist. Diese Verknüpfung zur akuten Psychose fehlt beim Begriff Aggression.

Sofern Aggressionen auftreten, thematisieren in der Regel verschiedene Personen im Kontext ein Verhindern von Aggressionen.

⁶¹ Das Zitat ist zu finden unter <http://gesetze.berlin.de/default.aspx?vpath=bibdata%2Fges%2FBlnPsychKG%2Fcont%2FBlnPsychKG.P8.htm>, letzter Zugriff am 16.03.2015.

„Herr Jung nimmt das Thema, um auf Aggressionen zu sprechen zu kommen. Er spricht den Umgang der Patienten untereinander an und berichtet über Herrn Bärmann und Frau Lehmöller. Er kenne keine Aggressionen untereinander. Er fragt: ‚Wo ist das Personal?‘ Es müsse da eingreifen.“ (Forschungstagebuch A, Zeile 4815 – 4821)

Herr Jung weist auf die aktuelle Situation hin, dass er Herrn Bärmann und Frau Lehmöller als aggressiv erlebt, und fordert, dass die Klinikmitarbeiter bei aggressiven Handlungen eingreifen. Innerhalb dieses Beispiels kann ein **Verhindern von Aggressionen** als ein handlungsleitender Aspekt interpretiert werden. Für das Verhindern von Aggressionen ist aus der Sicht des Patienten das Klinikpersonal zuständig.

Vergleichbar äußert sich Dr. Schneider.

„Aber ich bin natürlich auch genötigt, den Sicherheitsbedürfnissen der Mitpatienten und der Krankenschwestern zu entsprechen, (...) denen meiner Chefin, (...) den Anforderungen der Angehörigen ...“ (Interview Dr. Schneider, Zeile 2135 – 2139)

„Denn habe ich als Auftraggeber (...) die Gesellschaft. Also ich habe ja auch eine Ordnungsfunktion. (JK: Mhm.) Ich bin ja auch dafür da, Menschen, die für andere Menschen gefährlich sind (...) auf die aufzupassen.“ (Interview Dr. Schneider, Zeile 736 – 744)

Dr. Schneider thematisiert, dass verschiedene Personen im Kontext **eine Sicherheit erwarten**. Im zweiten Zitat spricht er davon, dass er *auf gefährliche Menschen aufpasst*. Zusammengefasst interpretiere ich seine Aussagen als ein Verhindern von Aggressionen. Das Verhindern von Aggressionen ist nach den Aussagen des Assistenzarztes für verschiedene Personen im Kontext relevant. Dr. Schneider spricht von **einem gesellschaftlichen Auftrag**, den er erhält.

„... ich habe sie (...) verpflichtet, (...) dass sie hier stationär aufgenommen wird, weil ich es in ihrem Interesse nicht mehr verantworten konnte. Weil das war sehr, sehr massiv (...) wo sie sich dann mit Frau Lumrich alleine unterhalten hatte, dass dieser Drang eben ziemlich stark (...) gewesen ist, und da hatte ich mich mit ihr kurzgeschlossen, (...) dass wir sie einliefern, dass sie eingewiesen wird. (...) die ich nicht verantworten kann.“ (APG Frau Schelling, Zeile 312 – 368)

Der Angehörige entdeckt, dass seine Freundin Frau Schelling Tabletten sammelt. In einem Gespräch mit der Betreuerin Frau Lumrich äußert die Betroffene, dass sie einen Drang hat, sich umzubringen. Die Betreuerin und der Angehörige sehen die Gefahr, dass die Betroffene einen Suizid durchführt. Der Angehörige erlebt sich als verantwortlich, einen Suizid beziehungsweise eine Aggression zu verhindern, indem er in Absprache mit der Betreuerin den stationären Aufenthalt initiiert. Sie **übernehmen eine Fürsorge**.

„Und die (Betreuerin) hat mir jetzt erzählt ‚Also das können Sie unmöglich machen, Sie können die nicht so schnell wieder entlassen, das ist zu gefährlich.‘ Sie würden dann versuchen, sich das Leben zu nehmen.“ (APG Dr. Schneider – Frau Schelling, Zeile 299 – 303)

Die Patientin möchte zwei Nächte auf der Station bleiben. Ihre Betreuerin spricht jedoch von einer Gefahr, dass Frau Schelling einen Suizid versucht. Sie fordert eine längere Dauer des Aufenthalts, um einen Suizid abzuwenden. Die Dauer des Aufenthalts wird in einen Zusammenhang damit gestellt, die Gefahr eines Suizides zu mindern beziehungsweise zu erhöhen. Die Betreuerin äußert als Appell *das können Sie unmöglich machen*. Sie **delegiert** die Verantwortung und **die Fürsorge**, die sie und der Angehörige zuvor übernommen haben, an den Assistenzarzt.

„Die Schwester sagt, (Frau Harms) setzt uns ja auch unter Druck’ und sie würden es nicht mehr schaffen. Sie seien 8 Stunden mit ihr zusammen, müssten sie 8 Stunden bewachen. Sie hätten ständig Angst und hätten ja auch die ständige Verantwortung und seien mit den Nerven am Ende.“ (Forschungstagebuch C, Zeile 12533 - 12538)

Frau Harms handelt in der Form aggressiv, dass sie nachts auf der Station ein Feuer legt und sich zusätzlich eine Tüte über den Kopf zieht, um sich zu ersticken. Die Pflegerin sagt, dass sie und ihre Kollegen mit den *Nerven am Ende* sind. Die Krankenpfleger **erleben** die Aggressionen der Patientin als **eine psychische Belastung**.

„(Die Psychologin) erzählt mir, dass heute ein Großteam sei. Es gehe darum, dass die Schwestern sich von Frau Harms angegriffen fühlen und teilweise das Gefühl haben, an ihren Grenzen zu sein. (...) und nun wollten sie sich zusammensetzen und gemeinsam überlegen, was man machen könne und ob man vielleicht eine Lösung finde.“ (Forschungstagebuch C, Zeile 15459 – 15466)

Es findet eine Teamsitzung statt, in der die Behandlung der Patientin Frau Harms diskutiert werden soll. Ergänzend zum Verhindern von Aggressionen scheint dabei eine Lösung in Bezug auf die Belastung der Personen im Kontext von Bedeutung zu sein. Aus einem Verhindern von Aggressionen resultiert in diesem Zusammenhang eine **Entlastung der Personen im Kontext**.

„JK: Was meinen Sie mit Aggressivität?

T.: Na, wenn jemand rumgeschrien hat (...) ich habe (...) vor verschiedenen Leuten einfach Angst gehabt.“ (Interview Frau Trautner, Zeile 2168 – 2173)

Die Aggressionen eines Patienten **führen** bei den Personen im Kontext teilweise **zu einer Angst**. Mehrere Mitpatienten sprechen davon, dass sie den Klinikaufenthalt ablehnen oder möglichst schnell entlassen werden möchten, da sie Angst vor einem aggressiven Patienten

haben. Sie führen außerdem eine Verschlechterung ihrer Symptomatik auf die Angst vor Aggressionen zurück. Die Angst kann zu einer Belastung beitragen.

Vergleichbar thematisiert die Krankenpflegerin in der oben wiedergegebenen Aussage, dass in Bezug auf Frau Harms die psychische Belastung unter anderem aus einer *ständigen Angst* resultiert. Sofern innerhalb entsprechender Behandlungsprozesse Aggressionen verhindert werden, steht die Entlastung der Person im Kontext vermutlich in einem Zusammenhang mit einem **Reduzieren von Angst**.

Zusammengefasst bedeutet dies, dass in Bezug auf die Personen im Kontext ein Verhindern von Aggressionen handlungsleitend sein kann, wenn der Patient aus der Perspektive der Person im Kontext nicht selbst für sich sorgen kann und wenn die Handlung beispielsweise in Form einer Angst als Belastung erlebt wird.

11.2.2 Verhindern von Störungen

Die Bezeichnung Störung ist ein Oberbegriff, der folgendermaßen unterteilt werden kann:

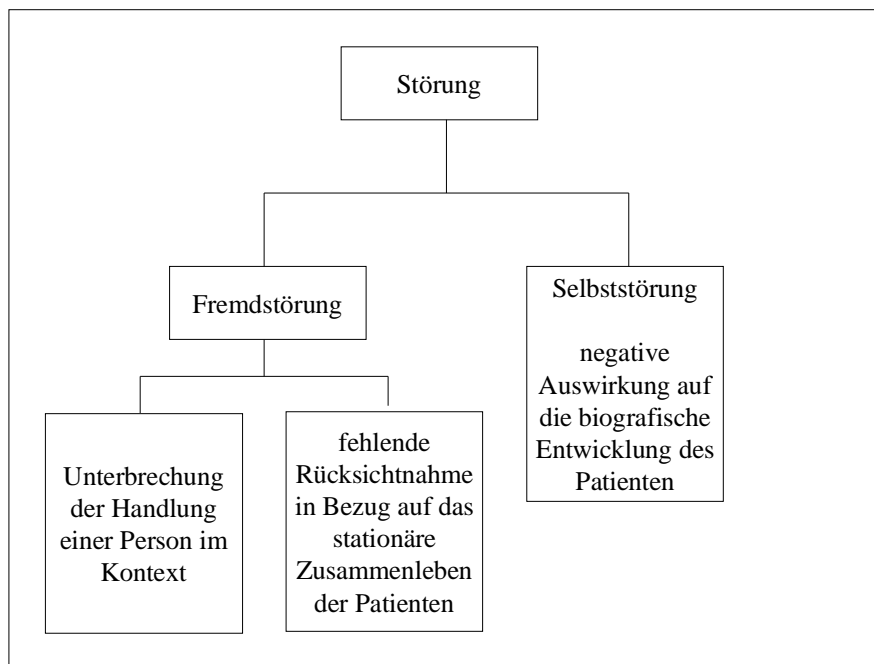


Abb. 11: Unterteilung des Begriffs Störung

Den Begriff Störung unterteile ich in eine Fremd- und eine Selbststörung. Charakteristisch für die Unterscheidung ist, dass der Patient eine Person im Kontext beziehungsweise seine eigene biografische Entwicklung stört.

Ein typisches Beispiel für eine Fremdstörung ist das Klopfen eines Patienten während der Dienstübergabe. Im Waldkrankenhaus kleben die Krankenpfleger einen Zettel mit den Worten ‚Übergabe - Bitte nicht stören‘ an die Tür, wenn die Dienstübergabe stattfindet. Die meisten Patienten warten das Ende der Übergabe ab, bevor sie sich an das Pflegepersonal wenden. Sofern ein Patient jedoch während der Übergabe klopft, sprechen die Krankenpfleger in der Regel von einer Störung. Der **Patient unterbricht** in diesem oder dem folgenden Beispiel **die Handlung der Person im Kontext**.

„Als schon die nächste Patientin im Zimmer war, klopfte es noch mal. Es war Frau Koru. Sie machte die Tür auf und sagte, sie müsse mit ihrer Anwältin telefonieren. Der Oberarzt drehte sich zu ihr und sagte in einem recht lauten und energischen Ton: ‚Es geht nicht, dass Sie uns hier stören.‘“ (Forschungstagebuch C, Zeile 20785 - 20791)

Die Patientin betritt den Raum, in dem die Visite des Oberarztes stattfindet, und beginnt zu reden. Der Oberarzt wird im Gespräch mit dem Mitpatienten gestoppt und kann seine Visite nicht führen. Er weist die Patientin auf ihre Störung hin. Dabei bestimmt der Oberarzt was eine Störung darstellt, und er maßregelt die Patientin. Er scheint eine machtvollere Position einzunehmen. Ergänzend sagt der Oberarzt zur Patientin *es geht nicht*. Seine Aussage kann als Versuch verstanden werden, die Handlung der Patientin zu kontrollieren.

Die Bezeichnung Störung hat im Untersuchungsfeld weitere Bedeutungen. Während eines Klinikaufenthalts lebt der Patient vorübergehend auf einem engen Raum mit anderen Menschen zusammen. In den Kliniken gibt es hauptsächlich Mehrbettzimmer, die Patienten nutzen die Aufenthaltsräume gemeinsam und die Therapien finden überwiegend in Gruppen statt. Eine Möglichkeit, sich zurückziehen zu können, gibt es kaum.

„Es meldet sich dann Herr Unstett. Es werde hier in den Zimmern und im Bad geraucht. Er sei Nichtraucher und es würde ihn stören.“ (Forschungstagebuch B, Zeile 2113 – 2115)

Herr Unstett verweist auf die Störung, dass ein Patient in ihrem gemeinsamen Zimmer raucht. Der Patient missachtet die Stationsregel, dass in den Patientenzimmern nicht geraucht werden darf, und er nimmt keine Rücksicht auf den Nichtraucher Herrn Unstett. Weitere Beispiele, in denen die Mitpatienten von einer Störung sprechen, sind eine Unordnung und Dreck in den Patientenzimmern, nächtlicher Lärm, durch den sie geweckt werden, oder ein Körpergeruch, wenn ein Patient längere Zeit nicht duscht. Die Mitpatienten thematisieren eine **fehlende**

Rücksicht in Bezug auf das stationäre Zusammenleben der Patienten. Die entsprechenden Aussagen stimmen weitestgehend mit den Ordnungsprinzipien der Klinik überein.

Sofern ein Patient stört, thematisieren verschiedene Personen im Kontext dies in der Regel kritisch. Zum Beispiel wendet sich der Betreuer von Herrn Gunther an den Assistenzarzt. Der Patient kommt wiederholt in sein Büro und fragt nach Geld. Normalerweise vereinbaren ein Patient und sein Betreuer einen Termin, an dem der Betroffene sein Geld erhält. Herr Gunther geht hingegen fast täglich zu seinem Betreuer. Dies stellt eine Fremdstörung dar, denn der Betreuer sagt zum Assistenzarzt, dass er kaum zum Arbeiten komme. Ergänzend fragt er den Assistenzarzt, ob er den Ausgang des Patienten begrenzen kann. Für die Begrenzung des Ausgangs ist das **Verhindern einer Störung** handlungsleitend.

Ergänzend kann für eine Person im Kontext eine Selbststörung relevant sein. Zum Beispiel ist innerhalb des Behandlungsprozesses von Herrn Kattler die Gestaltung der Pharmakotherapie von besonderer Bedeutung. Der Patient möchte während seines stationären Aufenthalts keine Medikamente einnehmen. Der Oberarzt drängt hingegen auf eine Teilnahme an der Pharmakotherapie. Ich frage den Assistenzarzt, ob er die Gründe des Oberarztes kennt. Dr. Schneider antwortet, der Oberarzt möchte die akute Krankheitsphase verkürzen. Herr Kattler ist sozial gut eingebunden. Er hat einen Job, eine Freundin und einen guten Kontakt zu seinen Eltern. Sofern der Patient seine Psychose auslebt, sieht der Oberarzt die Gefahr, dass Herr Kattler seinen Job verliert und die Eltern sowie die Freundin sich abwenden. Der Oberarzt äußert ein Interesse, eine Störung in dem Sinn zu vermeiden, dass **negative Auswirkungen auf die biografische Entwicklung des Patienten verhindert werden**. Nach seiner Aussage ist für die Pharmakotherapie das Verhindern einer Selbststörung handlungsleitend. Dabei setzt der Oberarzt in Bezug auf das Wohl des Patienten sein Verständnis durch. Dies ist charakteristisch für eine Fremdbestimmung in Form eines Paternalismus⁶².

⁶² vergleiche 2.1

11.2.3 Bessern der akuten Symptomatik per Pharmakotherapie

Innerhalb der Therapie psychotischer Störungen hat häufig die Behandlung der Symptome per Pharmakotherapie eine wichtige Bedeutung. Dies veranschaulichen unter anderem die Beiträge des Deutschen Cochrane Zentrums. Ein Beispiel sind Leuchts (2007) Darstellungen zur evidenzbasierten Therapie der Schizophrenie. Im folgenden gehe ich darauf ein, dass vergleichbar das Bessern der akuten Symptomatik per Pharmakotherapie für eine Person im Kontext handlungsleitend sein kann.

Die Symptomatik des Patienten und ihre Veränderung **ist** in den von mir erhobenen Daten ein **zentrales** Thema. Dies wird unter anderem während der Visiten deutlich. Die Ober- und Chefarzte erkundigen sich beim Assistenzarzt meistens bereits vor dem Kontakt mit einem Patienten über seine Symptomatik. Außerdem ist der Beginn einer Visite in der Regel durch die Frage nach den Symptomen gekennzeichnet, und auch im weiteren Gesprächsverlauf steht die Symptomatik in der Regel im Mittelpunkt.

„Der Oberarzt fragt dann, wie sich während des bisherigen Aufenthalts die Symptomatik verändert habe.“ (Forschungstagebuch B, Zeile 5278 – 5280)

„(Der Chefarzt) habe Angst, ihre Symptomatik könne mehr werden ...“. (Forschungstagebuch A, Zeile 7941 + 7942)

Der Chefarzt thematisiert die Veränderung der Symptomatik und verwendet in Bezug auf eine mögliche Zunahme der Symptome den Begriff Angst. Häufig ist eine **Besserung der Symptomatik** handlungsleitend, während eine Zunahme der Symptomatik verhindert werden soll.

Die Besserung der Symptomatik ist jedoch nicht in allen Behandlungsprozessen zentral.

„(Dr. Berthold) sagt dann, dass er auch Ende der Woche entlassen werde. Er sei zwar noch paranoid, aber die Schwestern haben gesagt, dass er noch nie so gut gewesen sei.“ (Forschungstagebuch C, Zeile 18207 – 18210)

Der Patient hat eine paranoide Symptomatik. Trotzdem soll er entlassen werden. Die Krankenpfleger kennen den Patienten von früheren Aufenthalten und sagen, dass die Symptomatik aktuell gering ist. Der Patient zeigt immer ein gewisses Maß an Symptomen. Diese Symptomatik ist chronisch. Folglich kann **zwischen einer chronischen und einer akuten Symptomatik unterschieden** werden, wenn bei einem Patienten das sonst übliche Maß an Symptomen überschritten ist. Hingegen ist mit einer chronischen Symptomatik eine Entlassung möglich.

„Der Oberarzt sagt, er denke, es werde ohne Medikamente nicht besser.“ (Forschungstagebuch C, Zeile 8323 + 8324)

Die Aussagen der Klinikmitarbeiter enthalten schließlich, dass eine **Pharmakotherapie** die zentrale Intervention **zur Besserung der akuten Symptomatik** darstellt. Insbesondere am Beginn des Aufenthalts oder bei einer Zunahme der Symptomatik benennen sie kaum eine Alternative. Die zentrale Stellung der Pharmakotherapie thematisieren unter anderem die Chef- und Oberärzte. Sie äußern wiederholt, dass eine Pharmakotherapie notwendig ist und ansonsten keine Besserung der akuten Symptomatik zu erwarten ist. Zu der Einnahme von Medikamenten scheint es aus der Sicht der Chef- und Oberärzte in der Regel keine Alternative zu geben.

„Der Chefarzt sagt dann zu der Patientin, es sei wichtig und sie müsse die Medikamente in den nächsten Monaten nehmen. (...) Er ergänzt, dass sie sonst Gefahr laufe, einen Rückfall zu haben.“ (Forschungstagebuch C, Zeile 15146 – 15152)

In diesem Beispiel sagt der Chefarzt ergänzend, dass ein Absetzen der Medikamente die Wahrscheinlichkeit für eine Zunahme der Symptomatik erhöht.

Mehrere weitere Personen im Kontext äußern sich vergleichbar.

„Die Stationsschwester sagt zu Dr. Michaelis, dass Herr Francke immer noch nicht besser geworden sei, eher noch schlechter. Da müsse wohl die Medikation noch mal erhöht werden.“ (Forschungstagebuch C, Zeile 3516 – 3519)

Beispielsweise sagt diese Stationsschwester, dass eine Steigerung der Pharmakotherapie sinnvoll ist, um eine Zunahme der Symptomatik zu verhindern und um eine Besserung zu erreichen.

Während meiner Anwesenheit im Untersuchungsfeld beobachtete ich nur einen Behandlungsprozess, der ohne Pharmakotherapie erfolgt. Die Einnahme von Medikamenten während des stationären Aufenthalts kann als selbstverständlich bezeichnet werden.

Im Unterschied hierzu formulieren nur wenige Personen im Kontext eine Kritik in Bezug auf die Pharmakotherapie. Die Mutter von Herrn Emmerich sagt beispielsweise, dass sie ihrem Sohn geraten habe, ambulant die Medikamente abzusetzen. Oder die Mutter von Frau Lehmöller begleitet ihre Tochter zu einem Gespräch mit dem Assistenzarzt, um die Patientin in ihrer Forderung nach einer Reduzierung der Medikamentendosierung zu unterstützen. Entsprechende Daten über die Personen im Kontext stellen jedoch eine Ausnahme dar. Als Grund verweisen beide auf die Nebenwirkungen von Psychopharmaka.

Schließlich steht das Bessern der akuten Symptomatik per Pharmakotherapie im Gegensatz zu den Behandlungsprioritäten mehrerer Patienten⁶³. Diese Betroffenen verneinen zum Teil die Aussage, dass die Pharmakotherapie dem Wohl des Patienten dient. Sie erleben die Einnahme von Medikamenten nicht als eine Hilfe, sondern kennzeichnen insbesondere die Nebenwirkungen der Medikamente als einen Grund für eine Ablehnung der Pharmakotherapie. Einzelne dieser Patienten stellen andere Behandlungsinhalte als hilfreich dar. Zum Teil kennzeichnen die Betroffenen ihre kritische Sicht auf die Pharmakotherapie auch als Grund für eine Ablehnung des stationären Aufenthalts.

11.2.4 Herstellen einer Compliance

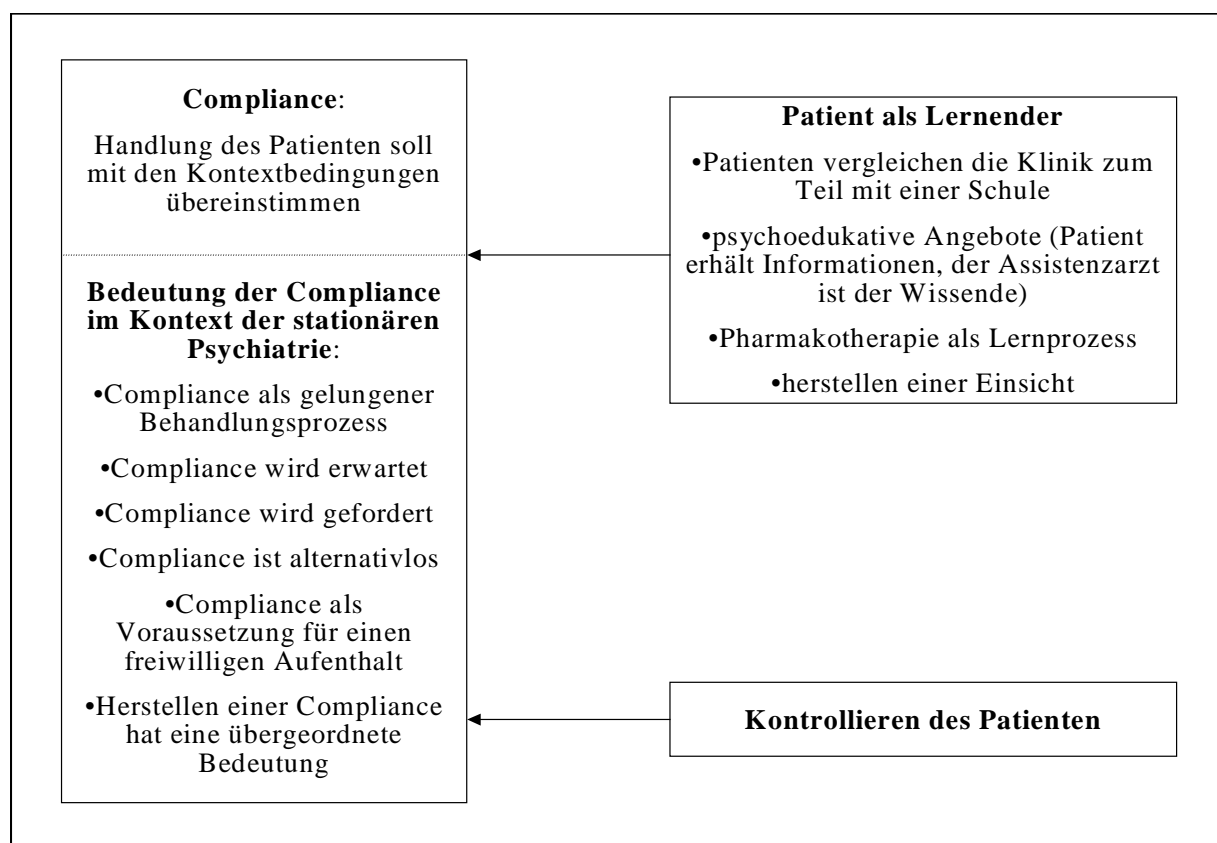


Abb. 12: Herstellen einer Compliance

⁶³ Auf die Patienten gehe ich im Kapitel 13 ausführlich ein.

Auf den Begriff Compliance gehe ich bereits im Theorieteil dieser Arbeit ein⁶⁴. Er ist definiert als Übereinstimmung zwischen dem Verhalten des Patienten und dem Rat des Arztes. Diese Definition ist in modifizierter Form für den Kontext der stationären Psychiatrie zentral.

„... dass (...) die Aufgabe der Ärzte vor allem darin bestehe, (...) den Patienten den Rahmen zu setzen.“ (Forschungstagebuch D, Zeile 308 – 310)⁶⁵

„... hier sich so eingliedern (...), diesen Stationsalltag.“ (Interview Dr. Michaelis, Zeile 345 – 348)

Die Krankenpflegerin und die Assistenzärztin nehmen Bezug zum Kontext der stationären Psychiatrie. Ein Krankenhausaufenthalt ist dadurch gekennzeichnet, dass es einen festgelegten Rahmen oder einen Stationsalltag gibt. Die **Handlung des Patienten soll mit diesen Kontextbedingungen übereinstimmen**. Er soll sich an den Rahmen anpassen, während eine Veränderung der Rahmenbedingungen kaum thematisiert wird. Der Assistenzarzt hat die Aufgabe, eine **Compliance** des Patienten in Bezug auf die Kontextbedingungen **herzustellen**.

„JK: Und aus Ihrer täglichen Erfahrung hier auf der Station (...), welche Bedeutung hat es, dass die Patientin compliant handelt?

Dr. F.: (LACHT LEICHT) Das ist schon recht bedeutungsvoll.“ (Interview Dr. Friedrichs, Zeile 1091 – 1096)

Dr. Friedrichs spricht davon, dass die **Compliance eine große Bedeutung** im Kontext der stationären Psychiatrie **hat**. Ergänzend charakterisiert der Assistenzarzt zu einem späteren Zeitpunkt im Interview eine fehlende Compliance als einen typischen Konflikt im Untersuchungsfeld.

„(Der Oberarzt) sagte, Herr Spallig sei sehr gut, sei sehr compliant diesen Aufenthalt. (...) Er sagt dann noch, dass es hier zur Zeit gut vorangehe und lobt die Arbeit.“ (Forschungstagebuch C, Zeile 13361 – 13374)

Der Oberarzt hebt hervor, dass Herr Spallig compliant ist. Dies bezeichnet er als sehr gut, und er verstärkt die Arbeit der Assistenzärztin positiv. Die Zufriedenheit des Oberarztes deutet darauf hin, dass eine Compliance des Patienten eine zentrale Bedeutung für ihn hat. Die vorherigen Aufenthalte von Herrn Spallig sind dadurch gekennzeichnet, dass der Patient nicht in der Klinik bleiben möchte, sondern eine Entlassung und mehr Ausgang fordert. Außerdem verweigert er die Einnahme von Medikamenten. Im Gegensatz hierzu ist der Patient während des aktuellen Aufenthalts compliant. Der Oberarzt kennzeichnet die **Compliance als einen gelungenen Behandlungsprozess**.

⁶⁴ vergleiche 2.3

⁶⁵ Diese Aussage stammt von einer Krankenpflegerin im Städtischen Krankenhaus, der ich meine Forschungsarbeit vorstelle.

„... soll ich (...) zu den Therapien erscheinen und (...) regelmäßig meine Medikamente nehmen.“ (Interview Herr Otte, Zeile 807 – 810)

Auch die Äußerungen der Patienten enthalten, dass eine **Compliance** von ihnen **erwartet wird**. In dieser Aussage betrifft die Compliance eine Teilnahme am Therapieprogramm und die Pharmakotherapie.

Forderungen nach einer Compliance formulieren unter anderem die Ober- und Chefarzte als weisungsbefugte Personen.

„Dr. Ruhr sprach bezüglich Herrn Patrecht darüber, dass es bei ihm schwierig mit der Compliance sei, er ihn aber unterdessen zumindest dazu motivieren konnte, Anafranil einzunehmen. Der Chefarzt schaute dabei in die Akte und fragte, warum die Medikation gestern reduziert wurde. Dr. Ruhr sagte, Herr Patrecht habe gesagt, die Medikation solle entweder so sein, oder er nehme sie gar nicht. Der Chefarzt fragte ihn dann, ob er nicht zurück gesagt habe, die Medikation solle entweder so sein wie er es gesagt habe, oder er werde entlassen.“ (Forschungstagebuch C, Zeile 21687 – 21697)

Der Chefarzt fordert vom Assistenzarzt, der erst seit wenigen Tagen auf der Station arbeitet⁶⁶, eine machtvollere Position und eine Dominanz in Bezug auf die Pharmakotherapie. Für den Chefarzt scheint es **keine Alternative zu einer Compliance** des Patienten zu geben. Herr Patrecht muss compliant handeln oder er wird entlassen. Der Patient ist freiwillig in der Klinik und möchte eine stationäre Behandlung. **Compliance ist** in diesem Beispiel **eine Voraussetzung für die freiwillige stationäre Behandlung**.

Weitere Aspekte können in einem Zusammenhang mit der Kategorie Compliance stehen.

„Herr Gerken geht zum Oberarzt und erzählt von den Ereignissen des Vortags. Der Oberarzt antwortet: ‚Da haben Sie schon was ganz Wichtiges gelernt.‘“ (Forschungstagebuch C, Zeile 6789 – 6792)

Die **Patienten** erscheinen während ihres Klinikaufenthalts häufig **als Lernende**. Frau Ingenhorst spricht unter anderem davon, dass die Assistenzärztin etwas

„... schulmeisterhaftes ...“ (Interview Frau Ingenhorst, Zeile 782)

hat. Und Herr Francke sagt in Bezug auf das Therapieprogramm,

„... es komme ihm hier vor wie in der Schule“. (Forschungstagebuch C, Zeile 20567 + 20568)

Die Patienten **vergleichen die Klinik** zum Teil **mit einer Schule**.

Der Patient als Lernender ist auch in Bezug auf das Therapieprogramm von Bedeutung.

⁶⁶ Da ich zu diesem Zeitpunkt bereits den Ausstieg aus der Datenerhebung in der Klinik am See plante, nahm der Arzt nicht an meiner Studie teil. Eine Ausnahme sind einzelne Daten, die ich als teilnehmender Beobachter sammelte.

„Dr. Berthold (ergänzt ...), sie habe eben schon was ganz wichtiges gesagt und erzählt (...), dass es hier auch Therapien gebe, wo ihr Sohn lerne, mit der Krankheit umzugehen.“ (Forschungstagebuch C, Zeile 17210 – 17213)

Ein wesentlicher Bestandteil des Therapieprogramms sind **psychoedukative Angebote**. Die Psychoedukation beinhaltet unter anderem eine Informationsvermittlung an den Patienten. Er lernt die Psychose als eine Krankheit kennen und **erhält Informationen** über die Ursachen, die Symptome und den Verlauf einer Psychose. In der Regel werden ergänzend die Frühwarnsymptome einer Psychose und die Behandlungsmöglichkeiten thematisiert.

Im Waldkrankenhaus nahm ich wiederholt an einer Therapieveranstaltung teil, die einen psychoedukativen Charakter hat. Dr. Schneider bezeichnet sie als medizinische Info. Der Verlauf ist dadurch gekennzeichnet, dass die Patienten Fragen stellen, die Dr. Schneider als ein medizinischer Experte beantwortet. Somit **ist der Assistenzarzt der Wissende**, während die Patienten zuhören, um medizinisches Fachwissen kennenzulernen.

Diese Auswertungsergebnisse thematisiere ich im Zusammenhang mit der Kategorie Compliance, da ich von der These ausgehe, dass der Patient als Lernender eine zentrale Bedeutung beim Herstellen einer Compliance hat.

„Und nun ist er hier und jetzt versteht er es. Also ich glaube jetzt ist er wirklich so weit, da hat er gesagt, ‚(...) Vielleicht hilft mir das Soljan doch.‘ (...) ich habe jetzt das Gefühl, dass er es verstanden hat. (JK: Mhm.) Und wie gesagt, dieses Lehrgeld ...“ (Interview Dr. Berthold, Zeile 1569 – 1585)

„... und dann irgendwann verstehen es die Patienten auch, dann merken sie plötzlich, ‚Mensch, ich brauch’s eigentlich‘. Und das ist einfach so ein Lernprozess.“ (Interview Dr. Berthold, Zeile 743 – 746)

Dr. Berthold bezeichnet die **Pharmakotherapie als einen Lernprozess**, der dadurch charakterisiert ist, dass die Patienten ihre Behandlungspriorität verändern. Nach Dr. Berthold erkennt der Patient aufbauend auf den wiederholten akuten Krankheitsphasen, dass er Medikamente benötigt. Er entwickelt eine Behandlungseinsicht.

„... meine Hoffnung ist (...) immer ein bisschen, dass nach einer gewissen Zeit derjenige einsichtsfähiger wird oder sagt ‚Okay (HOLT LUFT), das könnte man mal probieren.‘ (... sich) auch dann besser drauf einlassen kann.“ (Interview Dr. Michaelis, Zeile 1017 – 1025)

Dr. Michaelis stellt einen Zusammenhang zwischen einer Behandlungseinsicht und einer Compliance des Patienten her. Der einsichtige Patient lässt sich eher auf die Kontextbedingungen ein. Seine Bereitschaft, in Bezug auf den Kontext compliant zu handeln, nimmt zu. Der **Patient als Lernender kann somit einen Einfluss auf das Ausmaß an Compliance haben**.

Dr. Michaelis spricht von einer Hoffnung, dass *nach einer gewissen Zeit derjenige einsichtsfähiger wird*. Das Herstellen einer Einsicht ist ein Prozess, der in der Regel nicht auf den aktuellen Aufenthalt beschränkt ist. Außerdem sind die früheren Aufenthalte sowie die ambulante Behandlung von Bedeutung, und Dr. Schneider weist darauf hin, dass für ihn nicht der stationäre Aufenthalt, sondern die Handlung des Patienten in der Zeit nach dem Aufenthalt im Vordergrund steht.

Ergänzend sagt ein Oberarzt ...

„... es sei immer das Problem mit der Krankheitseinsicht und manchmal sei es nötig, da Druck zu machen und dann über viele male hinweg eine Kooperation zu entwickeln“ (Forschungstagebuch C, Zeile 21169 – 21175)

Aus der Perspektive des Oberarztes der Klinik am See ist eine Krankheitseinsicht des Patienten wichtig. Um eine **Krankheitseinsicht herzustellen**, kann es nach den Worten des Oberarztes notwendig sein, Druck auf den Patienten auszuüben. Die Patienten, die zuerst keine Krankheitseinsicht haben, sollen während ihrer Klinikaufenthalte lernen, dass die Psychose eine Krankheit darstellt. Die Krankheitseinsicht dient dazu, eine *Kooperation zu entwickeln*. In diesem Zusammenhang scheint Kooperation die Bedeutung zu haben, dass der Patient kooperiert oder in anderen Worten ausgedrückt compliant ist. Auf der Grundlage dieser Interpretation stellt aus der Sicht des Oberarztes die Krankheitseinsicht eine Voraussetzung für eine Compliance des Patienten dar. Der Oberarzt scheint davon auszugehen, dass das Herstellen einer Krankheitseinsicht zentral ist, um die Handlungen des Patienten beeinflussen zu können.

Den Begriff der Krankheitseinsicht verwenden im Untersuchungsfeld fast ausschließlich die Mediziner. Die Aussagen der Assistenzärzte gleichen den obigen Darstellungen über den Oberarzt. Beispielsweise thematisiert Dr. Michaelis einen Patienten, der mit zunehmender Dauer des Aufenthalts ...

„... einsichtsfähiger wird“ (Interview Dr. Michaelis, Zeile 1019 + 1020).

Aufbauend stimmt der Patient einer Pharmakotherapie zu, die er am Beginn des Behandlungsprozesses ablehnte. Wie die Assistenzärzte die Handlungen eines Patienten beeinflussen, thematisiere ich ausführlicher im Kapitel 14.

Für das Herstellen einer Compliance können weitere Aspekte bedeutsam sein.

„Pfleger Charlie stand wieder mit dem Medikamentenwagen am Essensraum und verteilte die Medikamente. Die Patienten, die vom Es-

sen kamen, gingen hin, und es bildete sich ein richtig kleiner Stau. Sie mussten Schlange stehen, um ihre Medikamente zu erhalten.“ (Forschungstagebuch C, Zeile 1350 – 1355)

Im Waldkrankenhaus stellen die Krankenpfleger während der Essenszeiten den Medikamentenwagen neben die Tür des Speiseraums. Sie kontrollieren den Ausgang aus dem Speiseraum. Die Patienten müssen an den Krankenpflegern vorbeigehen, um den Raum zu verlassen. Wenn die Einnahme von Medikamenten angeordnet ist, schlucken die Betroffenen das Medikament vor den Augen des Pflegepersonals. Dadurch können die Krankenpfleger kontrollieren, dass der Patient das Medikament tatsächlich einnimmt. An diesem Beispiel wird deutlich, dass ein **Kontrollieren des Patienten** dem Herstellen einer Compliance dient.

In Bezug auf die handlungsleitenden Aspekte der Personen im Kontext kann das Herstellen einer Compliance einen übergeordneten Charakter haben.

„Also zum Beispiel gibt es Patienten, da kann ich sagen, ‚Entweder Sie nehmen jetzt diese Medikamente, oder ich muss Sie fixieren‘ ... (JK: mhm) ... weil das Nehmen der Medikamente ist für mich erst mal eine Geste, wo ich sehe, ja, wir können irgendwie kooperieren, das Nehmen der Medikamente heißt, die Spannung wird eher nicht mehr, sondern eher weniger werden ... (JK: mhm) ... und das Nehmen der Medikamente heißt für die Schwestern, er hat Medikamente gekriegt und was weiß ich, was es noch alles heißt, (...) das macht die Situation für mich berechenbarer, überschaubarer, weniger gespannt, weniger angstvoll.“ (Interview Dr. Schneider, Zeile 555 – 573)

Anhand der Pharmakotherapie weist Dr. Schneider darauf hin, welche Bedeutung die Compliance eines Patienten haben kann. Er verwendet das Wort Kooperation, die darin besteht, dass der Patient entsprechend der Kontextbedingungen Medikamente einnimmt. Dies interpretiere ich als eine Compliance⁶⁷. In diesem Beispiel scheint Dr. Schneider von einem aggressiven Patienten zu sprechen. Das Herstellen einer Compliance dient dazu, eine Aggression zu verhindern.

Ein weiteres Beispiel ist die Pharmakotherapie bei Herrn Kattler⁶⁸. Sie ist von Bedeutung, um eine Störung zu verhindern. Auch für die Besserung der akuten Symptomatik kann eine Compliance innerhalb der Pharmakotherapie zentral sein. Das **Herstellen einer Compliance**

⁶⁷ Der Assistenzarzt verwendet nicht den Begriff Compliance, sondern er spricht von einer Kooperation. Im Kapitel 14.2.2 gehe ich ausführlich darauf ein, dass ein Ausblenden der Fremdbestimmung die Kernkategorie innerhalb meiner Auswertung darstellt. In diesem Zusammenhang interpretiere ich auch die Wortwahl Kooperation anstatt Compliance. Der Begriff Compliance betont die Fremdbestimmung, während Kooperation eher auf eine Gleichberechtigung hinweist und somit zum Ausblenden der Fremdbestimmung beitragen kann.

⁶⁸ vergleiche Abschnitt 11.2.2

hat eine übergeordnete Bedeutung in Bezug auf die handlungsleitenden Aspekte der Personen im Kontext.

Die Compliance, die die Personen im Kontext erwarten, muss nach Donovan (1995) als veraltet bezeichnet werden. Die Handlung des Patienten soll mit einem Rahmen oder einem Stationsalltag übereinstimmen, der durch Personen im Kontext festgelegt ist. Die Betroffenen sind an der Formulierung der Kontextbedingungen nicht beteiligt. Innerhalb dieses Compliancebegriffs werden die Aspekte der Fremdbestimmung betont, während eine Selbstbestimmung des Patienten kaum Beachtung findet.

12. Handlungsleitende Aspekte der Assistenzärzte

Innerhalb einer Analyse von Interaktionen ist es sinnvoll zu beachten, welche Aspekte für die Akteure handlungsleitend sein können⁶⁹. Mit der Frage, welche handlungsleitenden Aspekte in Bezug auf die Assistenzärzte erkennbar sind, beschäftige ich mich im folgenden. Dabei liegt entsprechend meines Forschungsschwerpunkts ein besonderer Fokus auf der Handhabung der Patientenselbst- und –fremdbestimmungen. Eine erste Übersicht über die Auswertungsergebnisse ermöglicht die folgende Abbildung.

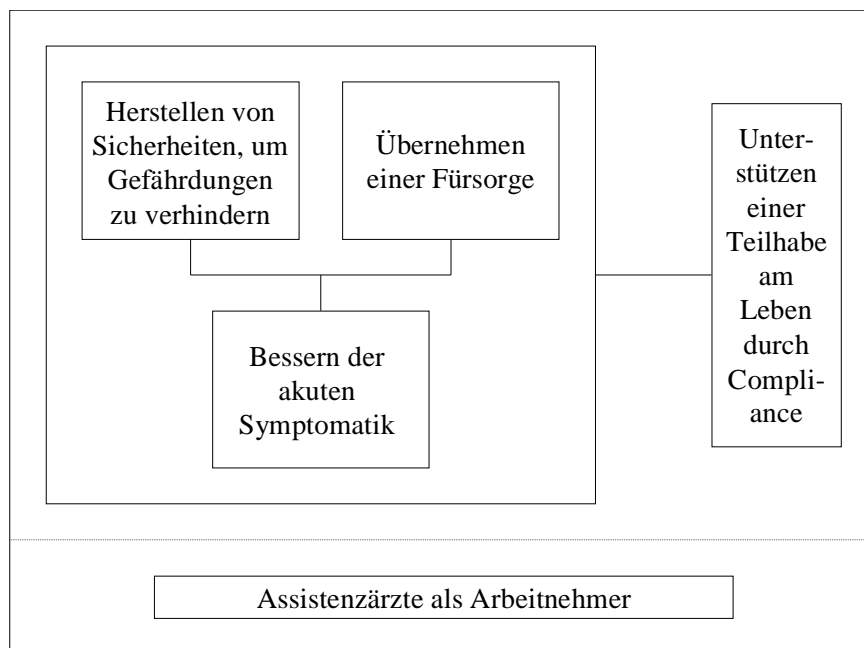


Abb. 13: Handlungsleitende Aspekte der Assistenzärzte

Zu den handlungsleitenden Aspekten der Assistenzärzte zählen das Herstellen von Sicherheiten, um Gefährdungen zu verhindern (12.1), das Übernehmen einer Fürsorge (12.2), das Bessern der akuten Symptomatik (12.3) und das Unterstützen einer Teilhabe am Leben durch Compliance (12.4). Abschließend verweise ich darauf, dass die Assistenzärzte auch als Arbeitnehmer betrachtet werden muss (12.5).

⁶⁹ vergleiche Kapitel 7

12.1 Herstellen von Sicherheiten, um Gefährdungen zu verhindern

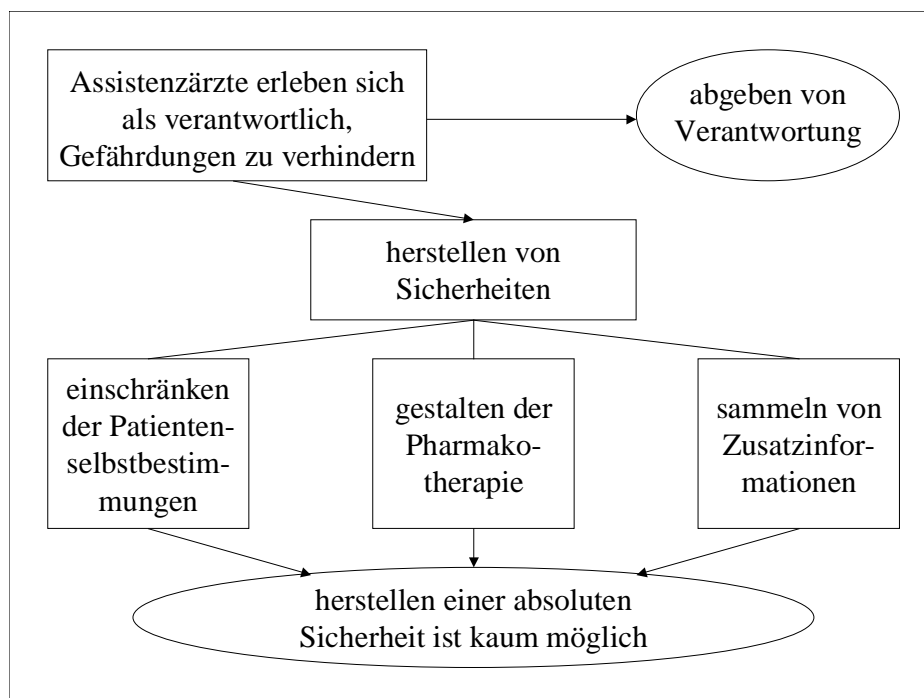


Abb. 14: Herstellen von Sicherheiten, um Gefährdungen zu verhindern

„Er fragt sie, wie gut sie aufpassen müssten und spricht das Thema Suizidalität an.“ (Forschungstagebuch A, Zeile 8370 - 8372)

Die Aussagen der Assistenzärzte beinhalten, dass sie unter anderem die **Aufgabe übernehmen aufzupassen**, und sie sprechen davon, dass sie eine

„... Ordnungsfunktion ...“ (Interview Dr. Schneider, Zeile 738)

haben. Dies betrifft die Patienten, die akut selbst- oder fremdgefährdend handeln, sowie die Behandlungsprozesse, in denen der Assistenzarzt oder eine Person im Kontext eine Selbstbeziehungsweise Fremdgefährdung erwarten. Im Unterschied zu den Personen im Kontext stellen die Assistenzärzte häufig einen Bezug zwischen den Handlungen des Patienten und der akuten Psychose her. Entsprechend verwende ich in Bezug auf die handlungsleitenden Aspekte der Assistenzärzte abweichend zum Abschnitt 11.2.1 nicht den Begriff Aggressionen, sondern die Bezeichnung Gefährdung.

„... wenn die für sich oder für andere so gefährlich sind, (...) weil man sich jeden Schritt dreimal überlegen muss, weil man alles verantworten muss (...) weil man vielen Zwängen unterliegt.“ (Interview Dr. Schneider, Zeile 2060 – 2064)

„... den Anforderungen (...) des vermeintlichen Staatsanwalts, wenn was schief geht. (Interview Dr. Schneider, Zeile 2138 – 2140)

Unter anderem am Beispiel des Staatsanwalts thematisiert Dr. Schneider, dass er sich rechtfertigen muss, wenn ein Patient gefährdend handelt. Die **Assistenzärzte erleben sich als verantwortlich, Gefährdungen zu verhindern**. Die Behandlung scheint in diesen Fällen eine hohe Arbeitsbelastung für den Assistenzarzt darzustellen, und Aspekte der Fremdbestimmung rücken in den Vordergrund.

Gleichzeitig sagen die Assistenzärzte:

„Wenn ich eine Entscheidung treffe und ein Ober- oder Chefarzt stimmt dem zu, dann trage ich die Verantwortung dafür nicht mehr allein.“ (Kommunikative Validierung Dr. Schneider, Zeile 38 - 40)

Der Assistenzarzt und der Ober- beziehungsweise Chefarzt befinden sich auf unterschiedlichen hierarchischen Stufen. Sofern der Assistenzarzt den Ober- beziehungsweise Chefarzt in den Behandlungsprozess einbezieht, trägt anschließend sein Vorgesetzter zumindest einen Teil der Verantwortung. Der Oberarzt und der Chefarzt bieten dem Assistenzarzt eine **Möglichkeit, Verantwortung abzugeben**.

„... ich habe auch ein Bedürfnis (...) nach Kontrolle im Sinne von (...) Berechenbarkeit oder von Überschaubarkeit“. (Interview Dr. Schneider, Zeile 695 - 697)

„... ich kann nur ein bestimmtes Maß an Risiko mitgehen ...“ (Interview Dr. Schneider, Zeile 620 + 621)

Um ihrer Verantwortung im Zusammenhang mit Selbst- und Fremdgefährdungen gerecht zu werden, thematisieren die Assistenzärzte unterschiedliche Möglichkeiten. Dr. Schneider spricht von einer Kontrolle, Berechenbarkeit, Überschaubarkeit und einer Risikobegrenzung. Gemeinsam ist diesen Begriffen der handlungsleitende Aspekt, eine **Sicherheit herstellen** zu wollen.

Mehrere Handlungen können zu einer Sicherheit beitragen.

„Und dann bin ich vielleicht auch nicht kooperativ (...) dann kann es auch sein, dass ich sage, ‚Sie bleiben heute Nacht hier. Und alles andere besprechen wir morgen.‘ (JK: Mhm.) Und wenn der dann aufmuckt, sage ich, ‚Das ist jetzt so, und das ist jetzt auch nicht verhandelbar ...‘ (JK: ... mhm ...) ,... und alles andere besprechen wir morgen.‘ (...) Und das ist natürlich nicht besonders kooperativ. Aber das kann passieren, wenn ich drei Patienten gleichzeitig habe im Dienst, und jeder (...) hat nachweislich (...) andere bedroht, dann ist der vom Tisch. Ja, (...) dann ist die Sache gegessen, dann bleibt er heute Nacht hier.“ (Interview Dr. Schneider, Zeile 2755 – 2783)

Der Assistenzarzt diskutiert in diesem Beispiel die Notwendigkeit des Aufenthalts nicht mit dem Patienten, sondern er bestimmt alleine. Ein Gespräch mit dem Patienten verschiebt der Assistenzarzt auf einen späteren Zeitpunkt innerhalb des Behandlungsprozesses. Dr. Schnei-

der legt fest, dass der Patient in dieser Nacht im Krankenhaus bleibt. Der Patient kann somit die Menschen, die er in der Zeit vor dem Aufenthalt bedroht hat, nicht mehr gefährden. Die Fremdbestimmung steht in einem Zusammenhang mit dem Herstellen einer Sicherheit. Das Beispiel verdeutlicht, dass die Assistenzärzte zum Teil **die Selbstbestimmung des Patienten einschränken**, wenn das Verhindern von Gefährdungen in den Vordergrund rückt.

Außerdem ist der übergeordnete Behandlungsinhalt Gestaltung der Pharmakotherapie von Bedeutung.

„Dr. Schneider sagt auch noch etwas zur Medikation von Herrn Herlen. Es sei wichtig, dass er zur Ruhe kommen kann. Er könne auch sehr aggressiv werden (...). Er empfiehlt, die Medikamente so hoch anzusetzen, dass es erst gar nicht zu Aggressionen kommt.“ (Forschungstagebuch A, Zeile 2207 – 2215)

„... das Nehmen der Medikamente heißt, die Spannung wird eher nicht mehr, sondern eher weniger werden (...) das macht die Situation für mich berechenbarer, überschaubarer, weniger gespannt, weniger angstvoll.“ (Interview Dr. Schneider, Zeile 563 – 573)

Die Assistenzärzte schreiben den Psychopharmaka unter anderem eine entspannende Wirkung zu. Wenn ein Patient die Medikamente in einer hohen Dosierung erhält, führt dies in der Regel dazu, dass sich der Patient beruhigt, anstatt gefährdend zu handeln. Die Assistenzärzte sprechen ergänzend zu den Zitaten von einer sedierenden Wirkung einzelner Medikamente. Die Pharmakotherapie kann die Handlungen des Patienten in der Form beeinflussen, dass sie *berechenbarer* und *überschaubarer* werden und *es erst gar nicht zu Aggressionen kommt*. Der übergeordnete Behandlungsinhalt **Gestaltung der Pharmakotherapie dient** in diesem Fall **dem Herstellen einer Sicherheit**, um eine Gefährdung zu verhindern.

Für das Herstellen einer Sicherheit sind außerdem die Informationen von Bedeutung, über die der Assistenzarzt verfügt.

„... aber das machen viele Patienten, (...) natürlich halten die Patienten Informationen zurück, klar.“ (Interview Dr. Schneider, Zeile 2392 – 2399)

Dr. Schneider spricht davon, dass viele **Patienten dem Assistenzarzt Informationen vorenthalten**. Dies betrifft auch das Thema Gefährdungen. Zum Beispiel erzählt Frau Schelling dem Assistenzarzt nicht, dass sie suizidale Gedanken hat. Sie möchte möglichst schnell entlassen werden. Im Kontext der stationären Psychiatrie kann der Assistenzarzt jedoch aus verschiedenen Quellen **Zusatzinformationen sammeln**.

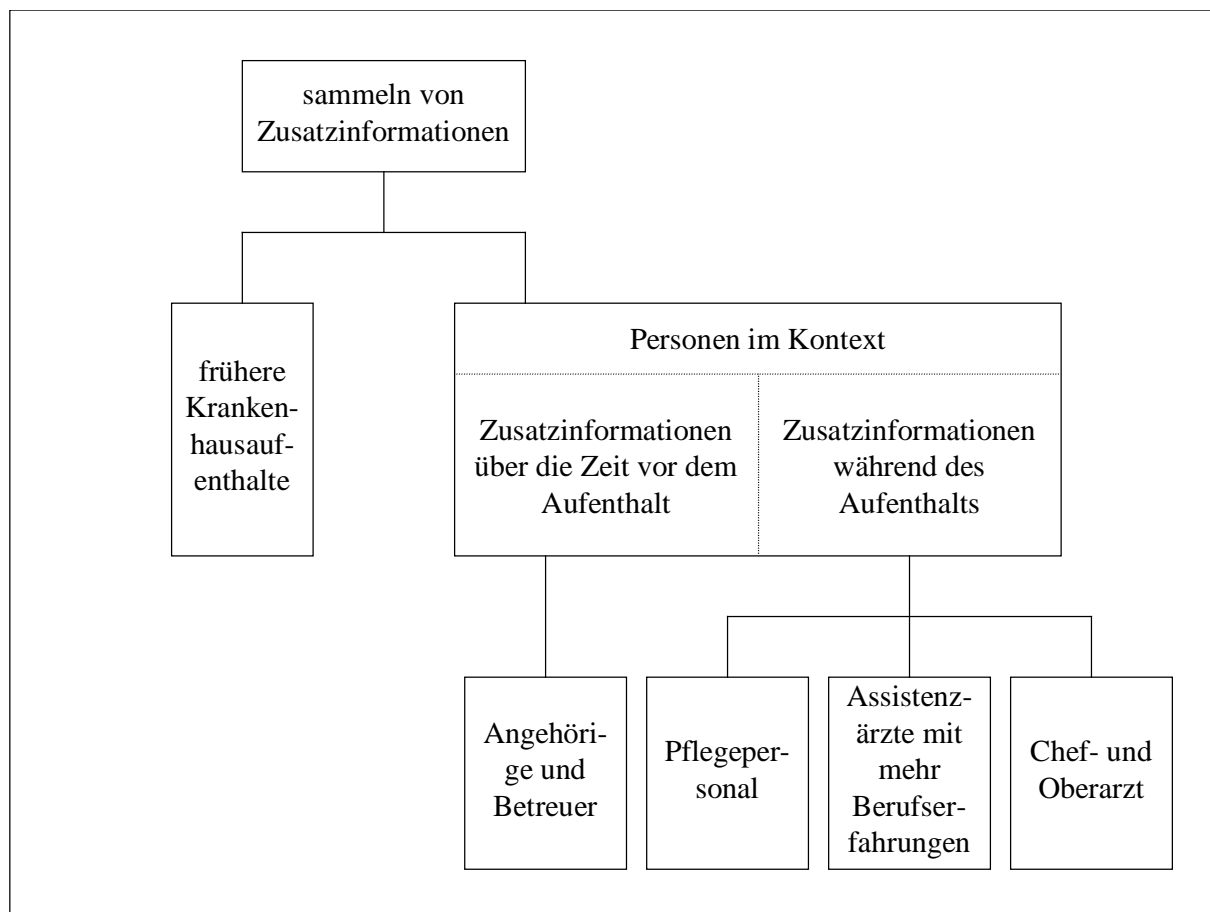


Abb. 15: Sammeln von Zusatzinformationen

Im Aufnahmegespräch von Dr. Schneider und Frau Kopfler thematisiert die Patientin unter anderem eine suizidale Symptomatik. Nachdem sie dem Assistenzarzt zusichert, aus dem Ausgang zurückzukommen und sich nicht zu suizidieren, erhält sie Ausgang. Ich spreche Dr. Schneider nach dem Aufnahmegespräch auf die Regelung des Ausgangs an. Der Assistenzarzt antwortet, dass Frau Kopfler während der früheren Aufenthalte die Absprachen eingehalten hat. **Die früheren Krankenhausaufenthalte dienen als Informationsquelle.** Die **Zusatzinformationen** aufgrund der früheren Aufenthalte scheinen dem Assistenzarzt aktuell **eine Sicherheit zu geben, wie er eine Gefährdung verhindern kann.**

Zusatzinformationen erhält der Assistenzarzt auch **von** verschiedenen **Personen im Kontext**. Beispielsweise thematisieren der Freund von Frau Schelling und ihre Betreuerin eine Gefährdung, als die Betroffene ihre Suizidgedanken verschweigt. Anschließend lehnt der Assistenzarzt den Wunsch der Patientin nach einer schnellen Entlassung ab. Als Grund benennt er das Verhindern einer Gefährdung und verweist auf die Zusatzinformationen des Angehörigen und der Betreuerin. In Bezug auf die Ereignisse in der Zeit vor dem Aufenthalt stellen häufig **die Angehörigen und die Betreuer eine Informationsquelle** dar. Die **Infor-**

mationen, die der Assistenzarzt von den Personen im Kontext erhält, **ergänzen die Aussagen der Patientin**. Der Assistenzarzt kann **sie nutzen, um eine Gefährdung zu verhindern**.

„... auch viel näher an den Patienten im Endeffekt ja dran.“ (Interview Dr. Berthold, Zeile 3360 + 3361)

Die Assistenzärzte interagieren eher selten mit den Patienten. Ein Krankenpfleger verbringt hingegen viel Arbeitszeit in den Patientenzimmern, den Gemeinschaftsräumen oder auf dem Gang der Station. Im Waldkrankenhaus und im Städtischen Klinikum kann das Pflegepersonal aus dem Schwesternzimmer einen Großteil der Station einsehen. Die Assistenzärzte sind stattdessen überwiegend in ihrem Arztzimmer, ohne die Station überblicken zu können. Die **Krankenpfleger** haben häufiger Kontakt zu den Betroffenen und sammeln mehr Informationen über die Patienten. Sie **können dem Assistenzarzt Zusatzinformationen geben**.

„Dr. Schneider sagt zu der Schwester, es sei oft so, dass die Patienten zu den Schwestern einen ganz anderen Kontakt hätten als zu den Ärzten. Und das sei dann wichtig zu wissen.“ (Fallkonferenz Herr Ulrich, Zeile 307 – 311)

Dr. Schneider spricht davon, dass die Patienten zu den Krankenpflegern oft *einen ganz anderen Kontakt* haben. Neben der Menge kann auch der **Inhalt der Informationen unterschiedlich** sein. Der Austausch mit dem Pflegepersonal trägt dazu bei, dass der Assistenzarzt Informationen über den Patienten bekommt, die er ansonsten nicht erhalten würde.

„... das auch hilfreich ist, wenn dann (HOLT LUFT) im Team, also vom Pflegepersonal, (...) derjenige⁷⁰ natürlich auch viel beobachtet wird (...) und (...) dann von den Schwestern auch noch mal eine ganz gute Einschätzung ja meistens kommt.“ (Interview Dr. Michaelis, Zeile 2886 – 2892)

Die Assistenzärzte bezeichnen die Informationen des Pflegepersonals als hilfreich, da sie aufbauend eine *gute Einschätzung* abgeben. In Bezug auf Gefährdungen bedeutet dies, dass die **Krankenpfleger einschätzen, inwieweit sie eine Gefährdung erwarten**.

Ein Austausch von Informationen zwischen dem Pflegepersonal und den Assistenzärzten findet täglich mehrmals während der Übergaben statt. Im Waldkrankenhaus und in der Klinik am See beginnt beispielsweise der Arbeitstag des Assistenzarztes mit einer Übergabe. Darin berichten die Krankenpfleger von den Ereignissen seit dem Dienstende des Assistenzarztes am Vortag. Im Städtischen Klinikum erfolgt dieser Informationsaustausch per Akte. Außerdem informieren die weiteren Krankenhausmitarbeiter den Assistenzarzt während der Visiten

⁷⁰ In diesem Interviewausschnitt spricht die Assistenzärztin über einen Patienten, der im Zusammenhang mit Wahnvorstellungen seine Schwester geschlagen hat, die daraufhin im Krankenhaus behandelt werden musste.

und im Rahmen verschiedener Dienstbesprechungen. In den Visiten beobachtete ich ergänzend, dass die Krankenpfleger die Aussagen der Patienten korrigieren. Dies erfolgt zum Teil nonverbal, indem das Pflegepersonal beispielsweise den Kopf schüttelt, während der Patient erzählt.

„Für mich ist das schwierig, weil ich einfach die Erfahrungen nicht habe (...) da fühle ich mich auch nicht sicher genug.“ (Interview Dr. Michaelis, Zeile 3125 – 3131)

Die Assistenzärzte sprechen mit Ausnahme von Dr. Schneider davon, dass sie **wenig Berufserfahrungen** haben und sich zum Teil **unsicher fühlen**. Dies kann auch das Verhindern von Gefährdungen betreffen. Dr. Berthold arbeitet seit knapp sechs Monaten auf der allgemeinpsychiatrischen Station und Dr. Michaelis seit einem Monat. Die Assistenzärztinnen waren zuvor in der Kinder- und Jugendpsychiatrie beziehungsweise in der Gerontopsychiatrie tätig. Dr. Friedrichs sammelte während des Studiums psychiatrische Berufserfahrungen und als Arzt im Praktikum. Im Städtischen Klinikum arbeitet er seit sechs Monaten. Dr. Schneider ist hingegen seit mehreren Jahren in der Allgemeinpsychiatrie beschäftigt.

„... da fühle ich mich auch nicht sicher genug. Also ich brauche schon die Hilfe von ihm⁷¹ oder die Erfahrungen auch.“ (Interview Dr. Michaelis, 3130 – 3132)

„... also vom Oberarzt (...) da gibt es auf jeden Fall Unterstützung ...“ (Interview Dr. Friedrichs, Zeile 2328 – 2336)

Die Assistenzärzte, die sich als unsicher bezeichnen, weisen darauf hin, dass sie eine **Unterstützung des Oberarztes** benötigen. Ein Oberarzt hat zahlreiche Berufserfahrungen. Ein **Rückgriff auf diese Kenntnisse dient den Assistenzärzten als Sicherheit**. Vergleichbar thematisieren die Assistenzärzte den **Chefarzt als eine Hilfe**.

„... ich hole mir ja manchmal Hilfe bei Frau Bär⁷² zum Beispiel. Also wenn ich hier ... (JK: ... mhm ...) ... das Gefühl habe, (...) den Oberarzt will ich (...) jetzt irgendwie nicht fragen (...) und (...) ich das einfach nicht weiß, dann rufe ich da irgendwie jemand von meinen guten Kollegen an, (LACHT KURZ) die ja irgendwie sehr viel Erfahrungen haben (...) und sag ‚So und so ist es und was mache ich jetzt?‘“ (Interview Dr. Michaelis, Zeile 3400 – 3417)

Ergänzend zu den Chef- und Oberärzten **suchen die Assistenzärzte Hilfe bei anderen Assistenzärzten mit mehr Berufserfahrungen**.

„... die Schwestern haben hier sehr viel mehr Erfahrung als ich. Und (...) auf die Erfahrung greife ich auch gerne zurück, und ich frage schon oft die Schwestern auch, wie sie das jetzt handhaben würden.“

⁷¹ Aus dem Gesprächszusammenhang wird deutlich, dass Dr. Michaelis vom Oberarzt spricht.

⁷² Frau Bär arbeitet in derselben Klinik als Assistenzärztin.

Also (...) wenn jemand sogar fixiert ist (...) spreche ich schon noch mit den Schwestern, (...) wie sie das jetzt einschätzen, wie lange noch oder so (...) die haben auch einen ganz guten Blick dafür, (...) ob jemand sehr gespannt ist oder nicht und (...) solche Dinge. Also das (...) finde ich schon auch hilfreich.“ (Interview Dr. Michaelis, Zeile 2915 – 2940)

Außerdem können die Krankenpfleger mehr Berufserfahrungen in Bezug auf das Verhindern von Gefährdungen haben. Beispielsweise arbeitet Dr. Michaelis erst seit einem Monat auf der psychiatrischen Station. Die Stationsschwester und andere Krankenpfleger sind hingegen bereits seit Jahrzehnten in der Klinik am See angestellt. Diese Krankenpfleger verfügen im Gegensatz zur Assistenzärztin über sehr viele Berufserfahrungen betreffend der Interaktion mit gefährdenden Patienten. Aufbauend scheinen sie gut einschätzen zu können, inwieweit ein Patient gefährdend ist. **Die Krankenpfleger dienen der Assistenzärztin als Hilfe.**

„Ein Restrisiko gebe es bei suizidalen Patienten aber immer ...“ (Forschungstagebuch A, Zeile 2505 + 2506)

Trotz aller Möglichkeiten, eine Sicherheit herzustellen, um eine Gefährdung zu verhindern, gelingt dies den Assistenzärzten nicht immer. Einzelne Patienten handeln während ihres stationären Aufenthalts gefährdend. Beispielsweise schubst in der Klinik am See ein zwangseingewiesener Patient die Krankenpflegerin, als sie mit dem Betroffenen zum EKG in ein Nachbargebäude geht. Der Patient verlässt das Klinikgelände und suizidiert sich. **Das Herstellen einer absoluten Sicherheit ist kaum möglich.**

„So eine Patientin hat sich neulich gerade umgebracht, auf bestialische Art und Weise, (...) Und (...) wir haben wirklich alle uns den Arsch aufgerissen, und die Patientin hat, zumindest zeitweise mitgemacht, und das Umfeld hat es versucht.“ (Interview Dr. Schneider, Zeile 1976 – 1985)

Selbst wenn die Patientin, der Assistenzarzt und die Personen im Kontext gemeinsam Sicherheiten herstellen, um eine Gefährdung zu verhindern, kann dies misslingen.

Am Beginn des Abschnitts gehe ich darauf ein, dass die Assistenzärzte sich als verantwortlich erleben, Gefährdungen zu verhindern. Vergleichbar thematisieren die Personen im Kontext das Verhindern von Aggressionen. Ein Unterschied besteht darin, dass die Assistenzärzte die Aggressionen der Patienten in einen Zusammenhang mit der psychischen Erkrankung stellen. Deshalb spreche ich in Bezug auf die Assistenzärzte von Gefährdungen. Eine wesentliche Übereinstimmung zwischen den Personen im Kontext und den Assistenzärzten sehe ich darin, dass beide eine Sicherheit herstellen möchten. Außerdem ist jeweils die Übernahme beziehungsweise das Delegieren von Verantwortung von Bedeutung. Zwischen den oben darge-

stellen handlungsleitenden Aspekten der Personen im Kontext beziehungsweise der Assistenzärzte besteht weitestgehend eine Passung.

12.2 Übernehmen einer Fürsorge

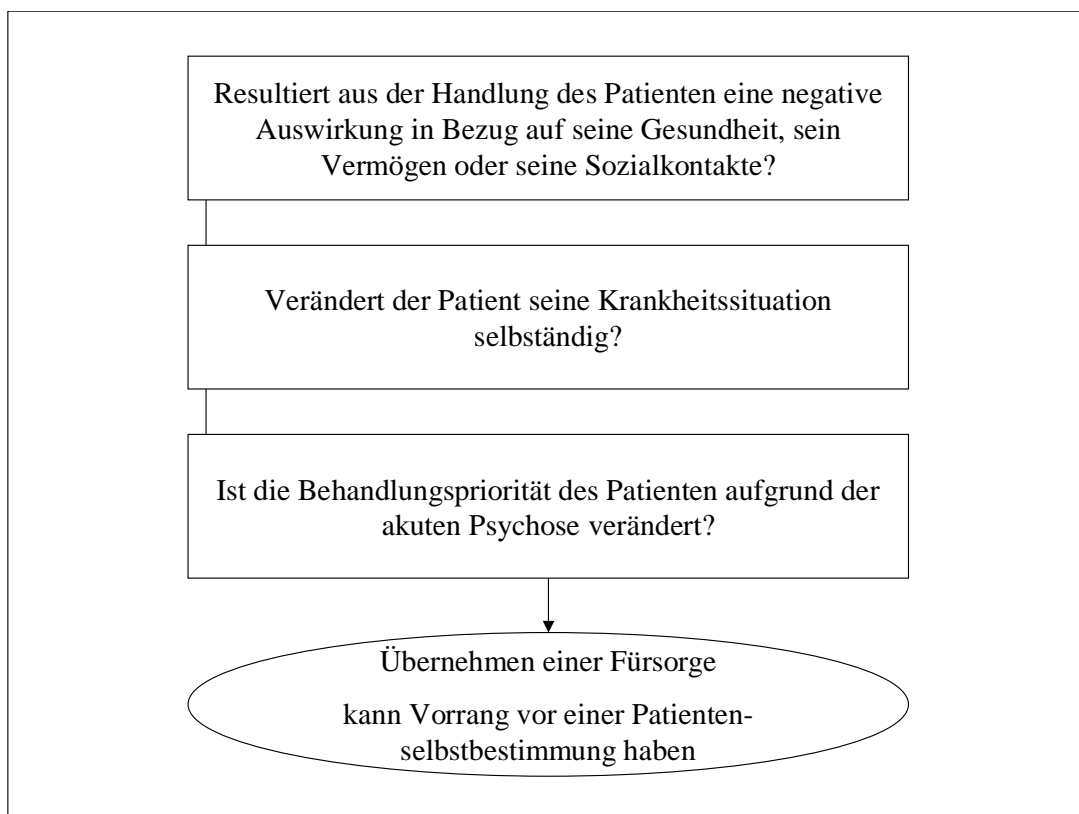


Abb. 16: Übernehmen einer Fürsorge

„Und das gibt es eben auch mit der Psyche, es gibt eben auch Menschen, die haben im Moment nicht die Fähigkeit, für sich zu sorgen aufgrund psychischer Schwierigkeiten, und auch denen muss man helfen ...“ (Interview Dr. Schneider, Zeile 1608 – 1612)

Eine psychische Erkrankung kann aus der Sicht der Assistenzärzte dazu führen, dass die Patienten nicht ausreichend für sich sorgen. Die Assistenzärzte formulieren eine Notwendigkeit, diesen Betroffenen zu helfen. Mit ihrer Hilfe **übernehmen** sie **eine Fürsorge**.

„... der trifft keine sinnvollen Entscheidungen mehr, und der kann für sich nicht mehr sorgen. (...) und auch denen muss man helfen, notfalls indem man ihre Autonomie einschränkt.“ (Interview Dr. Schneider, Zeile 1589 – 1613)

Der Patient sorgt aus der Sicht des Assistenzarztes nicht für sich, da er keine sinnvollen Entscheidungen trifft, so dass Dr. Schneider gegebenenfalls die Selbstbestimmung des Patienten einschränkt. **Fürsorge bedeutet, dass der Assistenzarzt die Handlung des Patienten nicht akzeptiert und ihn fremdbestimmt. Die Fürsorge kann Vorrang vor einer Selbstbestimmung des Patienten haben**, und sie kann in Form einer Zwangsbehandlung erfolgen.

Die Abwägung des Assistenzarztes, ob er fürsorglich behandelt oder nicht, baut auf mehreren Fragen auf.

„Also, als da wären, Lebenserhaltung, Nahrungsaufnahme, sozialer Kontakt, Schutz von Vermögen, Gesundheit und Leben, (... solche) Dinge. (...) ich glaube, das steht sogar so im Gesetz, (...) Entscheidungen, die einer allgemein menschlichen Vernunft (...) entsprechen. (...) und wenn das jemand nicht tut, dann denke ich, kann er die Entscheidung für sich nicht treffen.“ (Interview Dr. Schneider, Zeile 1535 – 1555)

Eine Handlung des Patienten, die Dr. Schneider nicht anerkennt, ist zum Beispiel dadurch gekennzeichnet, dass der Patient seine Gesundheit, sein Vermögen oder seine Sozialkontakte nicht schützt. Für das Übernehmen einer Fürsorge ist die **Frage** von Bedeutung, **ob aus der Handlung des Patienten eine negative Auswirkung in Bezug auf seine Gesundheit, sein Vermögen oder seine Sozialkontakte resultiert.**

Dies beinhaltet eine Übereinstimmung zu dem handlungsleitenden Aspekt der Personen im Kontext, Störungen zu verhindern. Eine Störung kann in Form einer negativen Auswirkung auf die biografische Entwicklung des Patienten bestehen. Passend möchten die Assistenzärzte negative Auswirkung auf die Gesundheit, das Vermögen oder die Sozialkontakte verhindern. Eine negative Auswirkung auf die Gesundheit, das Vermögen oder die Sozialkontakte kann auch beim Verhindern von Gefährdungen beziehungsweise beim Verhindern von Aggressionen von Bedeutung sein. Die obigen Darstellungen zum Verhindern von Gefährdungen beziehungsweise zum Verhindern von Aggressionen sind auf die akute Krankheitsphase bezogen. Liegt der negativen Auswirkung hingegen eine längerfristige zeitliche Perspektive zugrunde, ordne ich dies dem Übernehmen einer Fürsorge zu.

„Und da gibt es natürlich die jungen Kiffer, die sagen, ‚Ich will kiffen, Spaß haben, (...) keinen Bock auf Arbeit.‘ Gut, die sind meist durch ihre Psychose nicht besonders behindert, soll er psychotisch sein, mir doch wurscht.“ (Interview Dr. Schneider, Zeile 1062 – 1066)

Dr. Schneider spricht davon, dass es ihm egal ist, wenn die jungen Kiffer psychotisch sind. Er thematisiert, dass die Psychose aus seiner Sicht bei diesen Patienten kaum negative Auswir-

kungen hat. Wenn beispielsweise ein Patient *keinen Bock auf Arbeit* hat, ist der Verlust des Arbeitsplatzes keine negative Auswirkung. Die Assistenzärzte übernehmen nach ihrer Aussage keine Fürsorge, wenn keine negative Auswirkung vorhanden ist.

*„Der (...) hatte schon seit dem fünfzehnten Lebensjahr eine Schizophrenie. (JK: Mhm.) War ein mal in der Klinik gewesen und (...) seitdem war der (...) integriert (...). Und (...) dem ging es gut dabei. (...) und Medikamente hat er ganz abgelehnt. (...) War aber im Endeffekt auch okay, wo ich dann auch gesagt habe, ‚Na ja, ich meine gut, er lebt ja gut damit.‘ Ich meine er war (...) Ende dreißig (...) und hat mittlerweile einen systematisierten Wahn. Aber wenn er damit lebt.“
(Interview Dr. Berthold, Zeile 781 – 817)*

Obwohl der Patient scheinbar fortlaufend Wahnvorstellungen hat, akzeptiert Dr. Berthold die Ablehnung der Pharmakotherapie und übernimmt keine Fürsorge. Ausschlaggebend scheint dabei zu sein, dass die Psychose nicht zu einer negativen Auswirkung führt. Der Betroffene *lebt ja gut damit*. Er ist beispielsweise sozial integriert.

In Bezug auf das Übernehmen einer Fürsorge sind weitere Fragen relevant.

„... und ich denke, ihn sich selbst überlassen wäre (...) menschenverachtend. (...) Ich finde, man kann nicht jemanden, der krank (...) im Rinnstein liegt, liegen lassen und sagen, ‚Könnte ja aufstehen, wenn er wollte.‘“ (Interview Dr. Schneider, Zeile 1601 – 1608)

Der Patient *liegt krank im Rinnstein*. Aus der Perspektive von Dr. Schneider ist es *menschenverachtend*, dies nicht zu verändern. Die Aussage des Assistenzarztes führt zu der zweiten **Frage, ob der Patient seine Krankheitssituation selbständig verändert**. Sofern dies nicht der Fall ist, behandelt der Assistenzarzt in der Regel fürsorglich.

*„Also, ich versuche mich daran zu orientieren, (...) wenn dieser Mensch jetzt keine Psychose hätte, wie würde der das dann sehen.“
(Interview Dr. Schneider, Zeile 648 – 651)*

Schließlich berücksichtigt Dr. Schneider, wie der Patient handeln würde, wenn er nicht akut erkrankt wäre. Zum Teil waren die Patienten bereits zuvor in derselben Klinik. In diesen Fällen beobachtete ich unter anderem, dass die Assistenzärzte und die Betroffenen eine Behandlungsvereinbarung abgeschlossen haben. Die Patienten äußern am Ende des vorherigen Aufenthalts nach dem Abklingen der akuten Symptomatik ihre Behandlungspriorität. Der Assistenzarzt kennt somit die Behandlungspriorität des Patienten, wenn er nicht akut krank ist. Ansonsten kann er nur vermuten, inwieweit **die Behandlungspriorität des Patienten aufgrund der akuten Psychose verändert ist**.

Zur Beurteilung dieser Frage ist die Symptomatik des Patienten zentral.

„... keine Ahnung, was die genau für eine Vorstellung hat, also die nimmt das ganze Krankenhaus und die ganze Situation paranoid wahr ... (JK: ... ja ...) ... hat das alles in ihr Wahngebäude (...) eingebaut (...) weil die in der Psychose einfach so wahnhaft ist, also so wenig sich auf die von den anderen wahrgenommene Realität beziehen kann (...). Und da würde ich eindeutig sagen, die trifft im Moment keinerlei sinnvollen Entscheidungen für sich ...“ (Interview Dr. Schneider, Zeile 1453 – 1498)

Dr. Schneider beantragt schließlich eine Unterbringung, so dass die Patientin gegen ihren Willen behandelt wird und fremdbestimmt ist. Der Assistenzarzt scheint davon auszugehen, dass die akute Psychose den Voraussetzungen für eine Selbstbestimmung widersprechen kann. Wenn die akute Psychose zu einer Veränderung der Wahrnehmung führt, beeinflusst dies häufig die Behandlungspriorität des Patienten. Eine entsprechende Behandlungspriorität akzeptieren die Assistenzärzte in der Regel nicht.

„Und da denke ich (...), ist dann eben so, lässt sich eben nicht ändern. (JK: Ja.) Würde ich aber gerne ändern, also finde ich ganz traurig, und verstehe ich auch nicht. (...) Ich verstehe nicht, warum sie sich so entscheidet. (...) und (...) ich bin für mich sicher, sie hat das wirklich in Anbetracht aller Tatsachen so entschieden. Und dann kann ich (das) auch nicht ändern.“ (Interview Dr. Schneider, Zeile 444 - 464)

Kommt der Assistenzarzt hingegen zu dem Ergebnis, dass die Behandlungspriorität nicht auf die akute Psychose zurückzuführen ist, akzeptiert er sie eher. Ausschlaggebend scheint die fehlende Möglichkeit einer Einflussnahme zu sein.

Zum Abschluss der Darstellungen zum Übernehmen einer Fürsorge möchte ich die oben thematisierten Auswertungsergebnisse anhand eines Fallbeispiels kurz zusammenfassen.

„Er nehme ihm (...) damit bewusst erst mal die Verantwortung und stelle seine Ansicht über (die des Patienten). Herr Kattler sei jetzt akut und er setzt jetzt sein Handeln als vernünftiger über das des Patienten. Er würde dann später, wenn die akute Phase vorbei ist, versuchen, im nachhinein das o.k. und eine Zustimmung von Herrn Kattler zu erhalten. Wenn der aber sagen würde, nein, er hätte lieber seinen Job verloren als Medikamente zu nehmen, dann würde er ihm ein Anti – psychiatrisches Testament empfehlen und beim nächsten mal anders handeln und nicht zwangsmedizieren. Er kenne den Patienten aber nicht gesund, und so spreche er ihm momentan die Fähigkeit ab, das zu beurteilen.“ (Forschungstagebuch B, Zeile 1388 – 1405)

Herr Kattler möchte einen stationären Aufenthalt in der Psychiatrie, um zur Ruhe kommen zu können. Die Einnahme von Medikamenten lehnt er ab. Dr. Schneider sagt ergänzend zu dem oben wiedergegebenen Auszug aus dem Tagebuch, dass die Ablehnung der Pharmakotherapie zu einer längeren Aufenthaltsdauer beiträgt und dies die Wahrscheinlichkeit erhöht, dass Herr

Kattler seinen Job verliert. Die Ablehnung der Pharmakotherapie führt aus der Sicht des Assistenzarztes langfristig zu einer negativen Auswirkung. Gleichzeitig beinhaltet die Ablehnung für Dr. Schneider, dass der Patient die Krankheitssituation kaum selbständig verändert. Für eine Veränderung scheint aus der Perspektive des Assistenzarztes die Einnahme von Medikamenten vorrangig zu sein. Schließlich weist Dr. Schneider darauf hin, dass er den Patienten zuvor nicht behandelt hat. Er kennt nur die Behandlungspriorität, die Herr Kattler während seiner akuten Psychose äußert. Dr. Schneider führt die aus seiner Sicht unvernünftige Behandlungspriorität auf die akute Symptomatik zurück und befürwortet eine Zwangsmedikation. Er übernimmt eine Fürsorge und **verlagert** eine **Selbstbestimmung** des Patienten **in die Zeit nach der akuten Krankheitsphase**.

12.3 Bessern der akuten Symptomatik

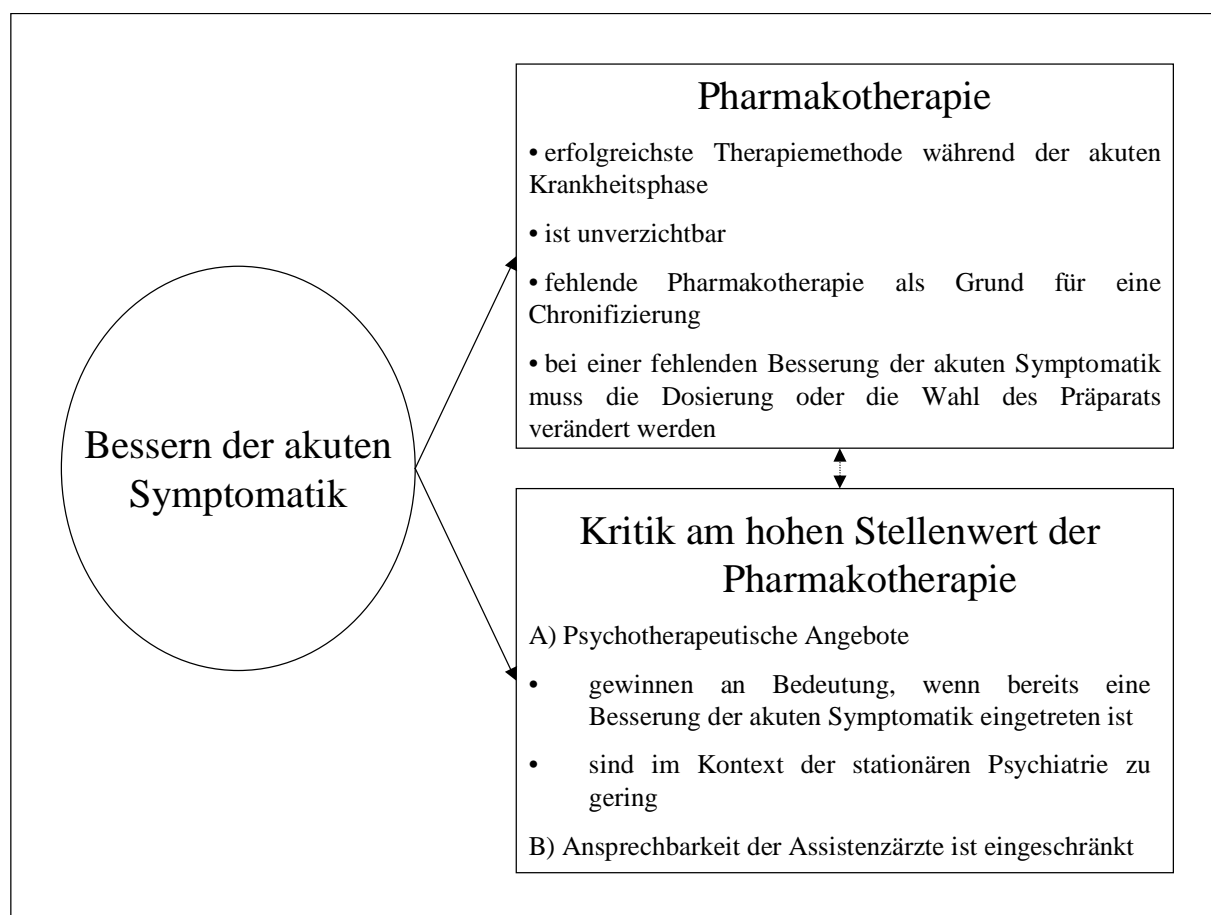


Abb. 17: Bessern der akuten Symptomatik

„JK: ... eine Behandlung wovon Du im Nachhinein sagst (...) ‚Hey, das war für mich eine gelungene Behandlung‘?

Dr. B.: Oh schon bei den meisten (...) Psychotikern. (...) das ist das Schöne (...) man hat so relativ klar dann auch eine Besserung.“ (Interview Dr. Berthold, Zeile 1766 – 1777)

„JK: Eine gelungene Behandlung, (...) der Verlauf über die Zeit des Aufenthalts (...) einen typischen Verlauf (...)

Dr. B.: (STÖHNT LEICHT) Na ja im Prinzip (...) sind sie hoch akut und dann werden sie ganz kontinuierlich besser.“ (Interview Dr. Berthold, Zeile 1825 – 1832)

Nach Dr. Berthold sind die meisten Krankenhausaufenthalte der psychoseerfahrenen Patienten dadurch gekennzeichnet, dass die Betroffenen mit einer akuten Symptomatik in die Klinik kommen und während des stationären Aufenthalts eine Besserung der akuten Symptomatik eintritt. Das **Bessern der akuten Symptomatik** ist aus der Sicht der Assistenzärztin ein **zentrales Merkmal für einen gelungenen Behandlungsprozess**.

„... was ich (...) von dem Voraufenthalt gehört habe, ihr das Medikament zum Beispiel gut geholfen hat (...). Das finde ich wahnsinnig schwierig, (...) bin ich komplett nicht weitergekommen, überhaupt nicht. (JK: Ja.) Also da kann ich sagen, das ist ... (JK: ... ja...) ... (...) der Worst Case ...“ (Interview Dr. Michaelis, Zeile 1570 – 1594)

Abweichend von einem gelungenen Behandlungsprozess thematisiert Dr. Michaelis eine Behandlung, die sie als schwierig bezeichnet. Die Patientin möchte im Gegensatz zu einem früheren Aufenthalt keine Medikamente einnehmen. Im Kontext der stationären Psychiatrie ist die Pharmakotherapie vor allem für eine Besserung der akuten Symptomatik von Bedeutung⁷³. Die Assistenzärztin äußert ergänzend, dass sie *nicht weiterkommt*. Ich interpretiere das Zitat in der Form, dass keine Veränderung der akuten Symptomatik zu beobachten ist. Dr. Michaelis charakterisiert die **fehlende Besserung der akuten Symptomatik als den schlimmsten Fall**, der auftreten kann.

Die Aussagen der Assistenzärzte, welche Behandlungsprozesse sie als gelungen beziehungsweise misslungen erleben, beinhalten als einen handlungsleitenden Aspekt das **Bessern der akuten Symptomatik**. Die entsprechenden Äußerungen passen weitestgehend zu den Aussagen der Personen im Kontext⁷⁴.

„Und hat aus ihrem Leben in ihrer Wahrnehmung viel gemacht. (...) sie hat ein Buch geschrieben und hat sich (...) in der Stimmenhörerbewegung total (...) engagiert, und hat sich um ihren Sohn gekümmert, und war sozial ganz engagiert (...). Ich fand, dass die immer psycho-

⁷³ vergleiche 11.2.3

⁷⁴ vergleiche 11.2.3

tisch war. (...) und das wäre sicherlich so gewesen, wenn man (...) den Rest hätte wegmachen wollen mit Medikamenten, hätte man ihr mit den Medikamenten (...) auch ziemlich was genommen, also die wäre sehr eingeschränkt gewesen, weil die hatte einfach aus meiner Sicht eine sehr potente Psychose, also da war sehr viel (...) Kraft hinter der Psychose (...). Und die hat aber ein bestimmtes Level an Symptomen gehabt, damit hat sie gesagt, ‚So bin ich, und das bin ich (...)‘. Und das hat in den Jahren, in denen ich mit ihr zu tun hatte, sehr gut geklappt, das fand ich toll.“ (Interview Dr. Schneider, Zeile 1204 – 1245)

In diesem Beispiel verweist Dr. Schneider auf eine Patientin, die fortlaufend die Symptome einer Psychose hat. Eine entsprechende Symptomatik bezeichne ich als chronisch. Im Gegensatz zu einer akuten Symptomatik ist die chronische Symptomatik immer vorhanden, und die Patientin kann mit der Symptomatik außerhalb der Klinik leben. Beispielsweise schreibt die Betroffene ein Buch, sie bewältigt ihre Rolle als Mutter und sie ist sozial eingebunden. Die **chronische Symptomatik hat bei dieser Patientin kaum negative Auswirkungen**. Der Assistenzarzt spricht stattdessen von einer potenten Psychose. Die chronische Symptomatik scheint der Patientin eher eine Kraft für ihre Lebensführung zu geben. Dr. Schneider formuliert **kein Interesse an einer Besserung der chronischen Symptomatik**.

Dies stellt einen Unterschied zu den Aussagen in Bezug auf die akute Symptomatik dar.

„Aber so dieses Phänomen, dass Sie den Eindruck haben, jemand kann (...) Ihre Gedanken lesen, das ist ja aus psychiatrischer Sicht ein Symptom. (N.: Joa.) Mmm, das heißt aus psychiatrischer Sicht gehört das zur Psychose und lässt sich mit Medikamenten behandeln“ (APG Dr. Schneider - Herr Niehaus, Zeile 274 – 283)

„... wenn diese Gedanken praktisch Teil eines paranoiden Erlebens sind, dann (...) kann man die ja durch die Neuroleptika behandeln und dann gehen die auch weg.“ (Interview Friedrichs, Zeile 481 – 483)

Die Assistenzärzte weisen wiederholt darauf hin, dass **Medikamente zu einer Besserung der akuten Symptomatik führen**. Innerhalb der Behandlungsprioritäten der Assistenzärzte hat die Pharmakotherapie eine zentrale Bedeutung.

„... das ist ja schon so, dass sozusagen Medikation da einfach am erfolgreichsten ist.“ (Interview Dr. Friedrichs, Zeile 672 + 673)

„... nicht so viel andere Dinge geholfen haben, sondern dass das schon auch die Medikamente sind.“ (Interview Dr. Michaelis, Zeile 1529 + 1530)

Die **Pharmakotherapie stellt** aus der Sicht der Assistenzärzte **die erfolgreichste Therapiemethode während einer akuten Krankheitsphase dar**.

„... da hatte ich schon das Gefühl, ohne die Medikamente, hätte man da jetzt auch (...) nichts machen können“. (Interview Dr. Michaelis, Zeile 1315 – 1317)

„Also (...) dass (...) letztendlich ohne Medikamente so auch nicht geht“. (Interview Dr. Michaelis, Zeile 1463 – 1482)

„... ich denke, der kommt anders da nicht raus. (JK: Mhm.) Also der kommt dann auch durch Gespräche (...) da einfach nicht raus aus seinem Zustand.“ (Interview Dr. Michaelis, Zeile 1372 – 1379)

Dr. Michaelis verweist unter anderem auf einen Patienten, der ausschließlich Gespräche mit ihr führen möchte. Dies ist für die Assistenzärztin jedoch keine geeignete Therapiemethode, um die akute Psychose zu behandeln. Eine **Besserung** der akuten Symptomatik **scheint** aus der Sicht der Assistenzärzte **ohne Medikamente kaum möglich zu sein**. Die **Einnahme von Medikamenten ist** für die Assistenzärzte **unverzichtbar**. Einen stationären Aufenthalt ohne eine Pharmakotherapie bezeichnet Dr. Berthold unter anderem als eine

„... Fehlbehandlung ...“. (Interview Dr. Berthold, Zeile 2437),

und antwortet ergänzend auf meine Frage nach einer ...

„JK: ... Behandlung (...) beim psychoseerfahrenen Patienten, wo keine Medikation erfolgt ist? (...)

Dr. B: #Ja zum Beispiel# Frau Tasch ist ein ganz typisches Beispiel. (LACHT) (JK: Ja.) Die ja mittlerweile dann dadurch chronifiziert leider ist.“ (Interview Dr. Berthold, Zeile 2288 – 2299)

Frau Tasch hat seit mehreren Jahren eine psychotische Symptomatik. Sie findet Unterstützung innerhalb der Familie und geht nicht zu einem Psychiater. Aktuell sind die Angehörigen überfordert, so dass sie einen stationären Aufenthalt initiieren. Die Patientin nimmt seit der Ersterkrankung vor mehreren Jahren keine Psychopharmaka ein. Die **fehlende Pharmakotherapie** kennzeichnet Dr. Berthold **als Grund für eine Chronifizierung** der Psychose.

Im Gegensatz zu den Assistenzärzten äußern sich die Patienten zum Teil kritisch in Bezug auf die Wirkung von Medikamenten. Beispielsweise wendet sich der Patient Herr Otte an die Assistenzärztin, da er keine Besserung der Symptomatik durch die Einnahme der Medikamente erlebt. Aus seiner Sicht wirken die Medikamente nicht, und er möchte die Pharmakotherapie beenden.

„... eigentlich ist das ein Medikament, das recht gut gegen diese (...) Beschwerde, diesen Verfolgungswahn (...) wirkt, und in so fern würde ich Ihnen eher vorschlagen, (...) dass wir es noch ein bisschen erhöhen.“ (APG Dr. Michaelis - Herr Otte, Zeile 68 – 78)

Die Perspektive der Assistenzärztin weicht von der Sicht des Patienten ab. Dr. Michaelis sagt, dass das *Medikament gut gegen Verfolgungswahn* ist. Die **fehlende Wirkung führt die Assistenzärztin auf eine zu geringe Dosierung zurück**.

„Mit dem Zoloft, das haben Sie ja auch, weil Sie auch damals schon irgendwie nicht so eine gute Stimmung hatten, bekommen, ist da die Stimmung besser geworden? (E.: Mm mm. (IM SINNE VON NEIN)) Auch nicht richtig? (E.: Ne.) Gut, dann würde ich da auch noch mal

ein anderes Medikament probieren.“ (APG Dr. Berthold - Herr Emerich, Zeile 883 – 895)

Auch in diesem Beispiel folgt der Einnahme von Medikamenten keine Besserung der akuten Symptomatik. Die Assistenzärztin stellt aber nicht die Pharmakotherapie in Frage, sondern sie verordnet ein anderes Präparat. Die Assistenzärzte gehen **bei einer fehlenden Besserung der akuten Symptomatik** davon aus, dass die Dosierung oder die **Wahl des Präparats verändert werden muss**.

„Dr. Schneider sagte (...): Bei Herrn Fister wirken keine Medikamente.“ (Forschungstagebuch A, Zeile 2137 – 2138)

Die Aussage, dass die Medikamente nicht wirken, notierte ich nur ein einziges Mal. Herr Fister geht seit mehreren Jahren in das Waldkrankenhaus. In dieser Zeit wurde er von zahlreichen Ärzten behandelt, aber kein Arzt entdeckte eine Pharmakotherapie, die bei Herrn Fister zu einer Besserung der akuten Symptomatik beiträgt. Die Vielzahl an erfolglosen Versuchen über Jahre hinweg scheinen ausschlaggebend dafür zu sein, dass der Assistenzarzt ausnahmsweise sagt, die Medikamente wirken nicht.

„JK: Und für Sie in der täglichen Arbeit, welche Bedeutung haben Medikamente da?

Dr. F.: Also man muss schon sagen, dass (...) die gesamte Klinikleitung neurobiologisch orientiert ist. (...) die nehmen (EIN WORT UNVERSTÄNDLICH) schon einen ganz großen Stellenwert ein. Und (...) wie ich finde auch immer ein zu großen.“ (Interview Dr. Friedrichs, Zeile 1491 – 1496)

Einerseits kennzeichnen die Assistenzärzte die Einnahme von Medikamenten beispielsweise als unverzichtbar. Andererseits **kritisieren** sie, dass die Pharmakotherapie im Kontext der stationären Psychiatrie **einen zu großen Stellenwert** hat.

„... ich fände es ja eigentlich schöner, wenn (...) mehr (...) psychotherapeutische (...) Angebote da wären. (...) dann denke ich auch, dass jemand der (...) wirklich psychotisch kommt, am Anfang, ich glaube (...) da kann man eben versuchen (HOLT LUFT) mit Gesprächen, dass er ein bisschen Ruhe findet (...) aber das ist sehr schwierig und ich glaube (...) da kommt man (ohne) Medikament doch nicht gut zu recht.“ (Interview Dr. Michaelis, Zeile 2013 – 2030)

Die Pharmakotherapie steht für die Assistenzärzte insbesondere am Beginn des stationären Aufenthalts im Vordergrund, wenn der Patient eine akute Symptomatik hat. Zu diesem Zeitpunkt scheint aus ihrer Sicht ohne die Einnahme von Medikamenten ein Bessern der akuten Symptomatik kaum möglich zu sein. Gespräche haben eher eine unterstützende Funktion, indem sie zum Beispiel zu einer Beruhigung beitragen. Gleichzeitig **kritisieren** die Assistenz-

ärzte, **dass die psychotherapeutischen Angebote** im Kontext der stationären **Psychiatrie zu gering sind**. Dies scheint auf einen späteren Zeitpunkt innerhalb des Behandlungsprozesses bezogen zu sein, **wenn bereits eine Besserung der akuten Symptomatik eingetreten ist**.

Ergänzend zu der oben thematisierten Passung stellt die Kritik der Assistenzärzte an der Pharmakotherapie einen Unterschied in Bezug auf die handlungsleitenden Aspekte der Personen im Kontext dar. Wenn die Personen im Kontext auf das Bessern der akuten Symptomatik eingehen, beziehen sie sich nur auf die Pharmakotherapie⁷⁵. Im Gegensatz hierzu kritisieren die Assistenzärzte den hohen Stellenwert der Pharmakotherapie und thematisieren psychotherapeutische Angebote und weitere Aspekte, die zum Bessern der akuten Symptomatik beitragen könnten.

„... denke ich, (...) das Schaffen eines geeigneten Milieus ist das alles entscheidende. (...) Stimmung zu etablieren auf einer Station, dann ist das ein Ort, wo man gesund werden kann.“ (Kommunikative Validierung Dr. Schneider)

Beispielsweise sagt Dr. Schneider, dass in der psychiatrischen Klinik das Milieu auf der Station zu einer Gesundheit der Patienten beiträgt. Wodurch ein entsprechendes Milieu gekennzeichnet sein kann, konkretisiert unter anderem Dr. Michaelis.

„... ich hatte mal einen Kollegen, der eben doch (HOLT LUFT) auch sehr vorbeirauschte so immer an den Patienten und (HOLT LUFT) ... (JK: ... mhm ...) ... auch kein Lächeln übrig hatte (LACHT LEICHT) und keinen Gruß und so was und ich denke (...) so Kleinigkeiten sind halt schon wichtig auch.“ (Interview Dr. Michaelis, Zeile 1864 – 1877)

„..., dass sie das Gefühl haben, dass sie mich auch (...) immer schon ansprechen können, ne? (...) ich möchte eigentlich nicht zu weit (...) weg sein. (...), weil ich denke, (...) dass sie irgendwie ruhiger sind und so weiter.“ (Interview Dr. Michaelis, Zeile 1797 – 1815)

Die Assistenzärztin thematisiert zuerst einen Kollegen, der mit den Patienten kaum Kontakt aufnimmt. Im Gegensatz hierzu möchte Dr. Michaelis den Eindruck vermitteln, dass sie ansprechbar ist. Die **Ansprechbarkeit der Assistenzärztin** hat aus ihrer Sicht einen Einfluss auf die Patienten. Sie weist darauf hin, dass die Betroffenen beispielsweise ruhiger sind. Wenn ich dies als eine Besserung der Symptomatik interpretiere, bedeutet die Aussage der Assistenzärztin, dass durch eine Ansprechbarkeit der Krankheitsprozess positiv beeinflusst werden kann.

⁷⁵ vergleiche 11.2.3

Im Kontext der stationären Psychiatrie tragen jedoch verschiedene Aspekte zu einer **eingeschränkten Ansprechbarkeit der Assistenzärzte** bei:

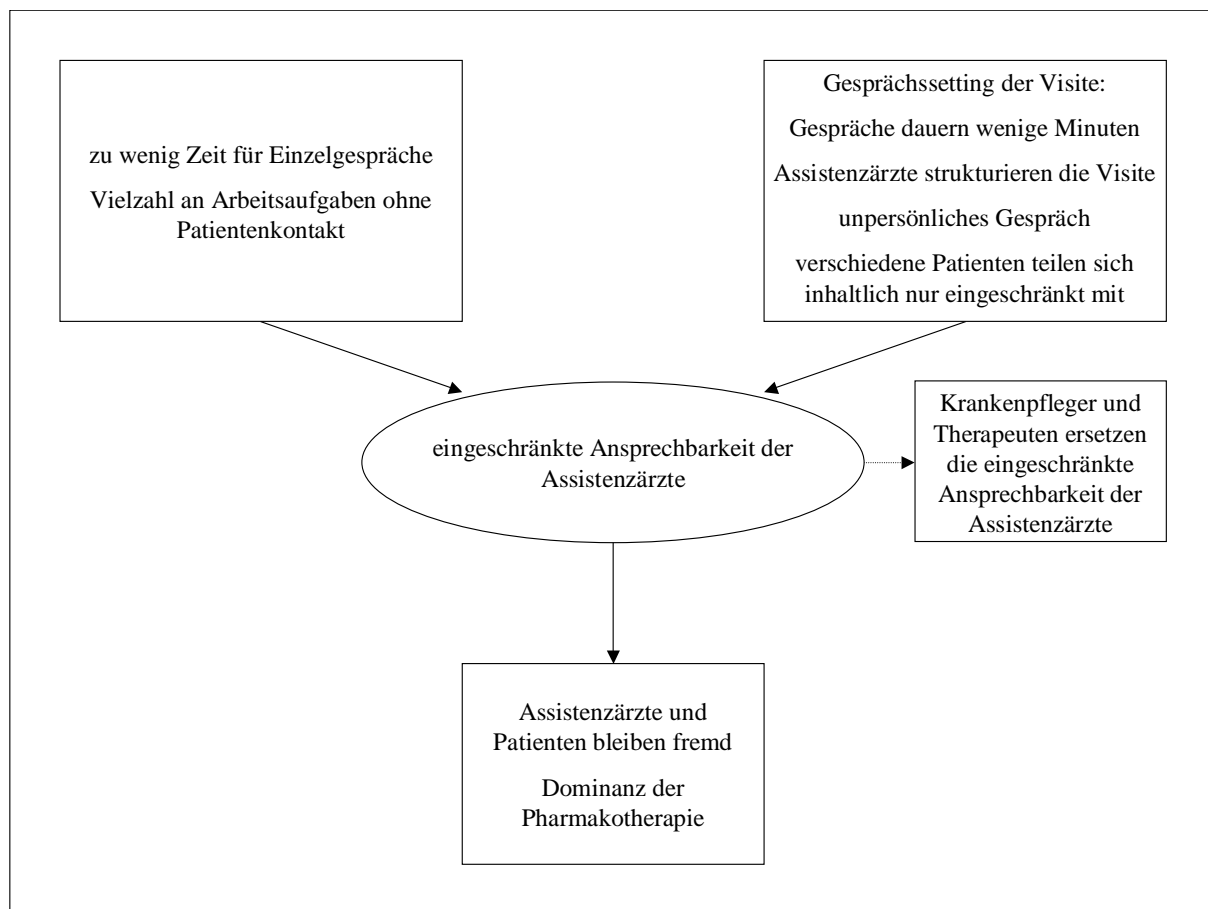


Abb. 18: Eingeschränkte Ansprechbarkeit der Assistenzärzte

„Das Problem an der Klinik ist ja, dass hier nicht genügend Gespräche stattfinden. Also (...) wenn man es realistisch betrachtet, denn gibt es vielleicht, bestenfalls, in der Woche zwei Gespräche von einer halben Stunde.“ (APG Dr. Schneider – Frau Schelling, Zeile 418 – 422)

„Und ich finde immer so viel Einzelgespräche dafür habe ich keine Zeit. Das kann ich einfach nicht machen.“ (Interview Dr. Michaelis, Zeile 1655 – 1657)

Die Assistenzärzte sagen wiederholt, dass sie **zu wenig Zeit für Einzelgespräche** mit den Patienten haben. Dr. Schneider spricht von einem Problem der Kliniken und kennzeichnet somit den Kontext der stationären Psychiatrie als Ursache. Ein Assistenzarzt hat eine **Vielzahl an Arbeitsaufgaben ohne Patientenkontakt**. Hierzu gehören beispielsweise Bürotätigkeiten wie das Führen von Akten oder das Schreiben von Anträgen an die Krankenkassen, Entlassungsbriefen oder Gutachten. Ergänzend nehmen die Assistenzärzte an verschiedenen Besprechungen der Klinikmitarbeiter teil, an denen die Patienten nicht beteiligt sind. Schließlich

müssen sie Dienste in der Aufnahme, über Nacht oder auf anderen Stationen übernehmen, wenn beispielsweise ein Kollege erkrankt.

Ergänzend zu den Einzelgesprächen sehen sich der Assistenzarzt und der Patient während der Visite. Die **Visite** ist dadurch charakterisiert, dass das Gespräch nur **wenige Minuten dauert**. Ein weiteres Kennzeichen besteht darin, dass überwiegend der Assistenzarzt Fragen stellt, die der Patient beantwortet. Der **Assistenzarzt strukturiert die Visite**.

„Ja, also ich finde das auf jeden Fall erst mal ziemlich beschissen, dass hier bei der Visite, dass da immer drei Mann rumsitzen. Also das ist nicht persönlich. (JK: Ja.) Also man müsste unter vier Augen. Die anderen kriegen alles mit ...“ (Interview Herr Hellmann, Zeile 150 - 158)

Außerdem läuft im Waldkrankenhaus die Visite in der Form ab, dass die Klinikmitarbeiter in einem Raum sitzen und ein Krankenpfleger die Patienten in diesen Raum holt. In der Regel bittet er drei Patienten gleichzeitig zur Visite, so dass die Mitpatienten sich gegenseitig zuhören. Herr Hellmann kritisiert dies als ein **unpersönliches Gespräch** und möchte stattdessen alleine mit dem Assistenzarzt reden.

„... und sagte, dass sie auch immer sehr aufgeregt sei in der Visite. Sie gehe dann rein und vergesse, was sie eigentlich sagen wollte.“ (Interview Frau Ingenhorst, Zeile 4015 – 4024)

Schließlich sprechen mehrere Patienten davon, dass sie die Visite als aufregend erleben. Bei Frau Ingenhorst führt dies unter anderem dazu, dass sie die Gesprächsinhalte vergisst, die sie thematisieren möchte. Sie und **verschiedene weitere Patienten teilen sich** während der Visite **inhaltlich nur eingeschränkt mit**. Zusammenfassend bedeutet dies, dass das **Gesprächsetting der Visite zu einer eingeschränkten Ansprechbarkeit der Assistenzärzte beiträgt**.

„... wenn diese Stresssituationen sind auf Station, wenn wir schlecht besetzt sind, dass (...) die Kommunikation einfach so ein bisschen hinten runter fällt. (JK: Mhm.) Wobei da die Schwestern ganz viel auffangen. Die Schwestern und durch die Therapien, da werden die dann aufgefangen.“ (Interview Dr. Berthold, Zeile 1941 – 1951)

Der Kontext der stationären Psychiatrie trägt zu einer eingeschränkten Ansprechbarkeit der Assistenzärzte bei. Gleichzeitig kann der Kontext Alternativen beinhalten. Beispielsweise geht Dr. Berthold davon aus, dass die **Krankenpfleger und die Therapeuten die eingeschränkte Ansprechbarkeit der Assistenzärzte ersetzen**.

Für die Perspektive der Patienten auf ihre Interaktionen mit der Assistenzärztin scheint dies jedoch kaum von Bedeutung zu sein.

„... ich kenne ja die Frau Doktor Michaelis kaum. Weil ich ja eh nicht mit ihr viel gesprochen habe.“ (Interview Frau Paulsen, Zeile 2260 – 2262)

Zum Zeitpunkt des Interviews ist Frau Paulsen seit mehr als einem Monat Patientin in der Klinik am See. Sie weist darauf hin, dass sie und die behandelnde Assistenzärztin Dr. Michaelis bisher wenig Gespräche miteinander geführt haben. Dies trägt dazu bei, dass sich **die Assistenzärztin und die Patientin fremd bleiben**.

„... es ist einfach zu viel Arbeit, also ich habe immer das Gefühl, (...) so viel andere Sachen kann ich nicht machen. Ich mache ab und zu Einzelgespräche auch (HOLT LUFT), aber (...) ich hätte vielleicht ein anderes Idealbild (...). Und deswegen bin ich dann (...) ganz oft (...) Medikamentenverteiler (LACHT) (...) sage ich jetzt mal. (...) Über-spitzt.“ (Interview Dr. Michaelis, Zeile 1712 - 1732)

Schließlich thematisiert Dr. Michaelis, dass sie aufgrund der geringen Anzahl an Gesprächen die Rolle eines *Medikamentenverteilers* hat. Die **Dominanz der Pharmakotherapie** entspricht nicht ihrem Ideal. In Bezug auf das Bessern der akuten Symptomatik verweisen die Assistenzärzte entsprechend der obigen Darstellungen auf psychotherapeutische Angebote sowie auf eine Ansprechbarkeit des Assistenzarztes als sinnvolle Ergänzungen. Jedoch können sie entsprechende Handlungen im Kontext der stationären Psychiatrie nur eingeschränkt umsetzen.

12.4 Unterstützen einer Teilhabe am Leben durch Compliance

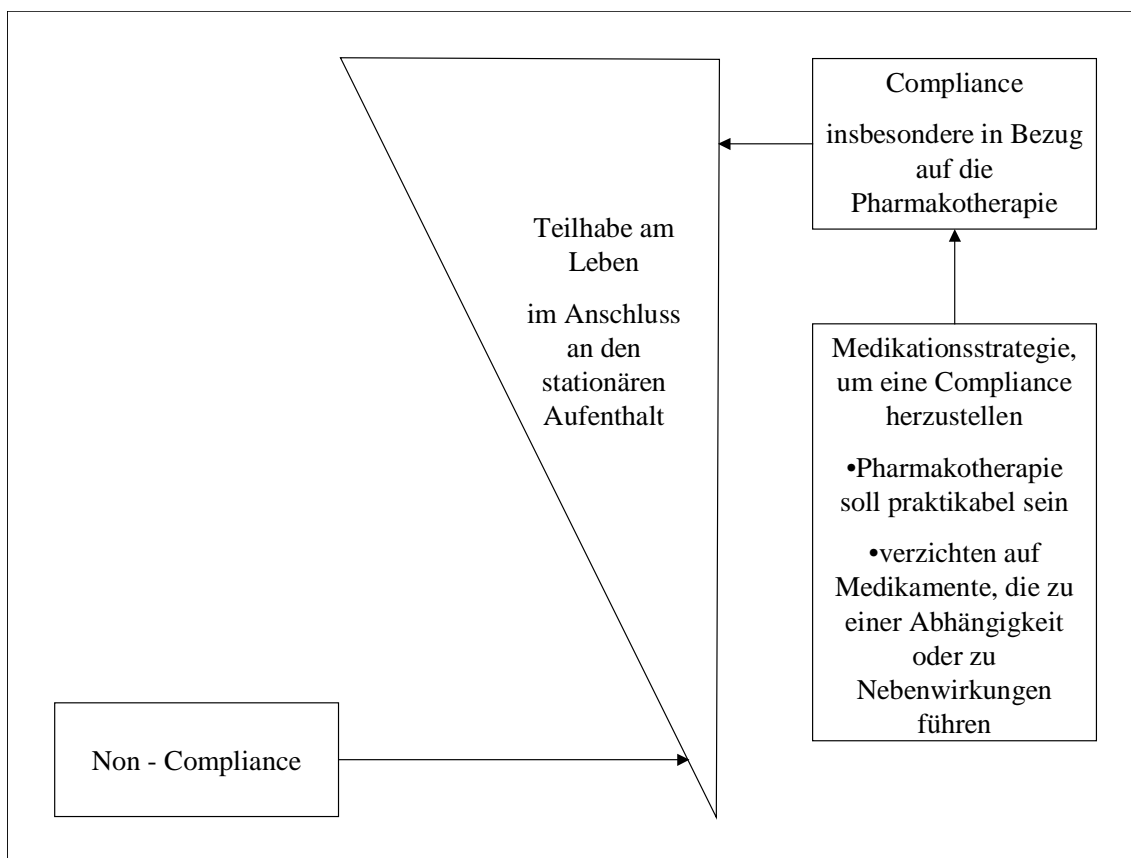


Abb. 19: Unterstützen einer Teilhabe am Leben durch Compliance

„Und da sehe ich mein Aufgabengebiet, also da wo ich denke, eine Interaktion mit mir kann vielleicht dazu führen, dass sie da wieder mehr Selbstbestimmung, mehr Autonomie, mehr Lebensfähigkeit, mehr (...) Potential, oder mehr Möglichkeit, am Leben teilzunehmen ...“ (Interview Dr. Schneider, Zeile 1144 – 1149)

„Aber da gibt es ja auch andere, die eigentlich Kinder wollen, die eigentlich einen Job wollen, die eigentlich (...) mal eine eigene Wohnung wollen ...“ (Interview Dr. Schneider, Zeile 1070 – 1072)

Diese Aussagen des Assistenzarztes können als eine Teilhabe am Leben zusammengefasst werden. Der Begriff ist Gegenstand des Sozialgesetzbuches IX. Eine Teilhabe am Leben beinhaltet nach §4 des Sozialgesetzbuches IX

„1. die Behinderung abzuwenden, zu beseitigen, zu mindern, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder ihre Folgen zu mildern,

2. Einschränkungen der Erwerbsfähigkeit oder Pflegebedürftigkeit zu vermeiden, zu überwinden, zu mindern oder eine Verschlimmerung zu verhüten sowie den vorzeitigen Bezug anderer Sozialleistungen zu vermeiden oder laufende Sozialleistungen zu mindern,

3. die Teilhabe am Arbeitsleben entsprechend den Neigungen und Fähigkeiten dauerhaft zu sichern oder
4. die persönliche Entwicklung ganzheitlich zu fördern und die Teilhabe am Leben in der Gesellschaft sowie eine möglichst selbständige und selbstbestimmte Lebensführung zu ermöglichen oder zu erleichtern“ (sozialgesetzbuch-sgb.de, <http://www.sozialgesetzbuch-sgb.de/sgbix/4.html>, letzter Zugriff 16.03.2015).

Vergleichbar zu dieser Begriffsbestimmung thematisiert Dr. Schneider eine Unterstützung in Bezug auf die Themen Gründung einer Familie, Ausübung eines Berufes und Leben in einer eigenen Wohnung als sein Aufgabengebiet. Handlungsleitend ist in diesem Beispiel, **die Teilhabe des Patienten am Leben zu unterstützen**. Dabei bezieht sich der Assistenzarzt auf die **Zeit nach dem Klinikaufenthalt**.

Dies führt zu der Frage, wie eine Teilhabe am Leben unterstützt werden kann.

„... also eine Medikation muss wirksam sein für den Patienten, es muss eine Verbesserung all der Dinge, die ich vorhin erzählt habe, von Realitätsbezug und Autonomie und so ... (JK: ... ja ...) ... muss dadurch eintreten können.“ (Interview Dr. Schneider, Zeile 2102 – 2109)

Nach Dr. Schneider soll die Einnahme von Medikamenten zu einer *Verbesserung der Autonomie* des Patienten beitragen. Dabei verweist Dr. Schneider auf die Zitate, die ich oben als Teilhabe am Leben interpretiere. Folglich thematisiert der Assistenzarzt, dass ein **Medikament** unter anderem **die Teilhabe des Patienten unterstützen kann**.

„... ,komme ich immer wieder in die Situation, dass ich in die Klinik eingewiesen werde, dass ich meinen Job verliere' (...). Wer das mal begreift, und (...) sagt, ,Okay, es ist eben so, (...) ich muss vielleicht einmal am Tag eine Pille nehmen, (...) oder ich muss alle zwei Wochen (...) zum Doktor gehen', der hat es glaube ich sehr viel leichter.“ (Interview Dr. Schneider, Zeile 887 – 897)

Dr. Schneider spricht in diesem Beispiel aus der Perspektive eines Patienten, der wiederholt in die Klinik muss und dem sein Job gekündigt wird. Nach der oben thematisierten Begriffserklärung steht der Verlust des Arbeitsplatzes für eine Einschränkung der Teilhabe am Leben. Im Gegensatz hierzu haben es die Patienten *viel leichter*, die regelmäßig einen Psychiater aufsuchen und Medikamente einnehmen. Diese Patienten sind behandlungseinsichtig und in Bezug auf die Pharmakotherapie compliant. Zusammengefasst heißt dies, dass eine **Compliance** innerhalb der Pharmakotherapie **eine Teilhabe am Leben unterstützt**.

Aber nicht alle Patienten sind compliant.

„Und (...) vor einem Jahr habe ich die behandelt und bin ihr mehr als jetzt gefolgt in ihren Vorstellungen. (...) Also die Patientin wurde (...) immer schwerer krank, und (...) pendelte irgendwann nur noch zwischen Klinik und draußen und Klinik und draußen (...). Aber damals (...) hatte ich eindeutig den Eindruck, meine Nachgiebigkeit oder (...) mich auf Verhandlungen einlassen, hat der Patientin geschadet, und wäre besser gewesen (...) für sie, es hätte weniger sozial (...) schlimme Folgen gehabt und (...) ihr Job wäre nicht so gefährdet gewesen, wenn ich sie von vornherein schulmäßiger behandelt hätte, also mehr darauf bestanden hätte, das wirklich so zu machen, wie es aus meiner Sicht besser gewesen wäre.“ (Interview Dr. Schneider, Zeile 1352 – 1404)

Der Assistenzarzt thematisiert einen Behandlungsprozess, der dadurch gekennzeichnet ist, dass die Patientin im Anschluss an den stationären Aufenthalt kaum am Leben teilhaben kann. Die Betroffene hat mehrere akute Psychosen und muss wiederholt stationär behandelt werden. Dr. Schneider spricht von einem Schaden. Hierzu zählt er die Gefahr, dass die Patientin ihren Arbeitsplatz verliert, und er verweist auf soziale Folgen. Dr. Schneider geht zu einem späteren Zeitpunkt im Interview unter anderem darauf ein, dass die Nachbarn und mehrere Freunde der Betroffenen sich von ihr abwenden. Der Verlust des Arbeitsplatzes und der Sozialkontakte stellt entsprechend der oben thematisierten Begriffserklärung eine Einschränkung der Teilhabe dar. Dies führt der Assistenzarzt darauf zurück, dass er den Behandlungsprioritäten der Patientin folgt, anstatt eine schulmedizinische Sicht umzusetzen. Die Ablehnung der schulmedizinischen Behandlung kann als eine Non – Compliance verstanden werden. Diese **Non – Compliance trägt nach Dr. Schneider dazu bei, dass die Patientin kaum am Leben teilhaben kann.**

Für den Rat der Assistenzärzte, wie die Pharmakotherapie gestaltet sein soll, können verschiedene Aspekte von Bedeutung sein.

„Also es gibt schon sozusagen so immer die (...) Empfehlung. Wie was zu dosieren ist. (...) Also einfach auch nach der Literatur, nach den Büchern ...“ (Interview Dr. Michaelis, Zeile 2149 – 2159)

Dr. Michaelis weist darauf hin, dass wissenschaftliche Empfehlungen für die Gestaltung der Pharmakotherapie relevant sind. Die Assistenzärztin **berücksichtigt wissenschaftliche Richtlinien**. Die „Integration individueller klinischer Expertise mit der bestverfügbaren externen Evidenz aus systematischer Forschung“ (cochrane.de, <http://www.cochrane.de/de/ebm>, letzter Zugriff am 16.03.2015) wird als Evidenz basierte Medizin bezeichnet.

„JK: Und (...) wenn es darum geht, welche Medikamente und in welcher Dosierung. (Dr. B.: Mhm.) Hast Du da eine Leitlinie für Dich wie Du denn vorgehst?“

Dr. B.: (...) so des dann Haldol und so, das ist mehr so Gefühl. (...) Und (...) das ist ein Erfahrungswert.“ (Interview Dr. Berthold, Zeile 2444 – 2471)

Ergänzend sagt Dr. Berthold, dass sie die Höhe der Dosierung des Medikaments Haldol nach dem Gefühl bestimmt. Für dieses Gefühl sind ihre Erfahrungswerte zentral. Die **Berufserfahrungen** der Assistenzärztin **beeinflussen ihre Behandlungspriorität**.

Außerdem versuchen die Assistenzärzte, eine Compliance des Patienten zu fördern.

„Und wichtig ist für mich auch (...) die Medikation muss für den Patienten handhabbar und übersichtlich sein, sonst nimmt er die nämlich nicht. (JK.: Ja.) Also, möglichst selten am Tag muss die gegeben werden, möglichst wenig verschiedene Medikamente ...“ (Interview Dr. Schneider, Zeile 2148 – 2156)

Dr. Schneider möchte in Bezug auf die Pharmakotherapie, dass die Anzahl der Präparate und die Häufigkeit der Anwendung möglichst gering sind. Die **Pharmakotherapie soll** für den Patienten **praktikabel sein**. Dies erhöht aus der Sicht des Assistenzarztes die Wahrscheinlichkeit, dass der Patient das Medikament einnimmt. Die **Medikationsstrategie** des Assistenzarztes erscheint hilfreich, **um eine Compliance** des Patienten **herzustellen**.

„Das Nächste ist, dass ich möglichst versuche, auf Medikamente (...) zu verzichten, (...) die abhängig machen ...“ (Interview Dr. Schneider, Zeile 2124 – 2126)

„... und ich versuche, auf Medikamente zu verzichten, die auf lange Sicht Nebenwirkungen ...“ (Interview Dr. Schneider, Zeile 2130 + 2131)

„Oder wenn sie sagen, ‚(...) habe ich aus den und den Gründen abgesetzt, weil es dick macht, weil es dieses macht und jenes.‘ Und dann sage ich ‚Okay‘, dann biete ich ihr eben an, was nicht dick macht, wollen wir es mal mit dem probieren.“ (Interview Dr. Berthold, Zeile 2271 – 2281)

Die Assistenzärzte sagen außerdem, dass sie **auf Medikamente verzichten** möchten, **die zu einer Abhängigkeit oder zu Nebenwirkungen⁷⁶ führen**. Dr. Berthold thematisiert, dass die Patienten die Nebenwirkungen als einen Grund für das Absetzen von Medikamenten und somit als einen Grund für eine Non – Compliance kennzeichnen. Die Assistenzärztin bietet dem Patienten stattdessen ein Medikament an, das diese Nebenwirkungen möglichst nicht verur-

⁷⁶ In Bezug auf die Vermeidung von Nebenwirkungen gibt es einzelne Ausnahmen. Ich beobachtete wiederholt, dass ein Patient am Beginn der Pharmakotherapie gebeten wird, die Nebenwirkungen für einen kurzen Zeitraum in Kauf zu nehmen. Die Assistenzärzte sagen in diesen Fällen, dass die Nebenwirkungen mit fortlaufender Dauer der Pharmakotherapie verschwinden. Außerdem bitten die Assistenzärzte zum Teil den Patienten, die Nebenwirkungen zu akzeptieren, wenn alle Präparate, die sie versuchen, zu Nebenwirkungen führen.

sacht. Somit fehlt ein Grund für das Absetzen der Medikamente beziehungsweise für die Non – Compliance.

Zusammengefasst stelle ich in diesem Abschnitt dar, dass in Bezug auf die Assistenzärzte eine Teilhabe am Leben durch Compliance handlungsleitend sein kann. Am Beginn des Abschnitts deutet Dr. Schneider an, dass eine Interaktion mit dem Assistenzarzt zu mehr Autonomie und Selbstbestimmung des Patienten beiträgt. Die weiteren Darstellungen verdeutlichen, dass der Begriff Selbstbestimmung eine Teilhabe in der Zeit nach dem Klinikaufenthalt betrifft. Während des stationären Aufenthalts ist hingegen eine Compliance zentral. Nach Feuerstein & Kuhlmann (1999) kann dies als eine neopaternalistische Medizin bezeichnet werden.

Das Unterstützen einer Teilhabe am Leben durch Compliance passt weitestgehend zu den zuvor dargestellten handlungsleitenden Aspekten der Assistenzärzte. Vergleichbar thematisieren sie in Bezug auf das Übernehmen einer Fürsorge ein Verhindern negativer Auswirkungen als wichtig. Beim Herstellen von Sicherheiten beziehungsweise beim Bessern der akuten Symptomatik steht übereinstimmend die Pharmakotherapie im Mittelpunkt.

Außerdem passt das Unterstützen einer Teilhabe am Leben durch Compliance zu den handlungsleitenden Aspekten der Personen im Kontext. Die Personen im Kontext thematisieren entsprechend des Begriffs Teilhabe ein Verhindern negativer Auswirkungen als bedeutsam. Schließlich haben die Pharmakotherapie und eine Compliance des Patienten sowohl innerhalb der handlungsleitenden Aspekte der Personen im Kontext sowie innerhalb der handlungsleitenden Aspekte der Assistenzärzte eine zentrale Bedeutung.

12.5 Assistenzärzte als Arbeitnehmer

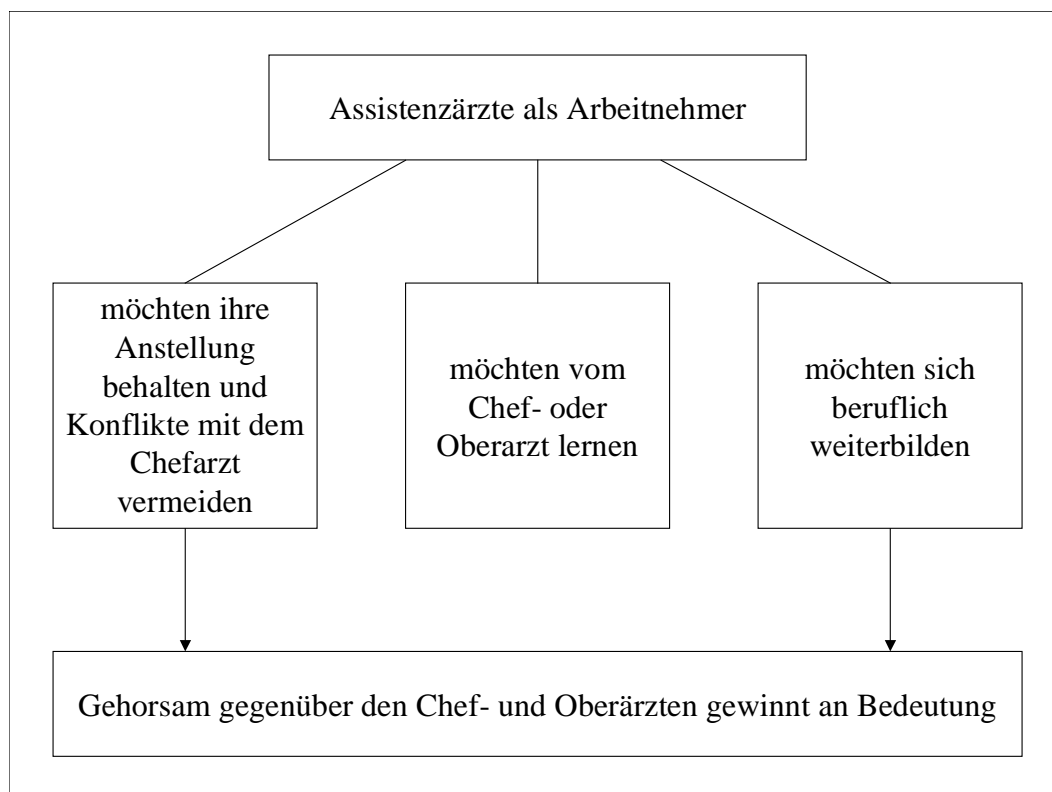


Abb. 20: Assistenzärzte als Arbeitnehmer

Die Assistenzärzte treten im Untersuchungsfeld fast ausschließlich als behandelnde Mediziner auf. Diese Aufgabe erfüllen sie im Rahmen einer Anstellung. Sie sind also außerdem Arbeitnehmer.

„...man sollte (...) vermeiden (...) auf seiner⁷⁷ Abschlusliste zu stehen. Das macht keinen Spaß. Der hat hier diverse Leute rausgeekelt aus diesem Krankenhaus. (JK: Mhm.) (...) Und ich habe das (...) miterlebt mit einer Kollegin. (HOLT LUFT) (...) Also ich denke das muss ich mir nicht unbedingt antun (...) es ist so einseitig. Ich glaube er ist der Meinung, er ist der Chef und deswegen müssen wir alle uns nach ihm richten (...). ‚Wenn Sie das nicht machen, dann passiert das und das‘ ...“ (Interview Dr. Michaelis, Zeile 3211 – 3268)

Dr. Michaelis thematisiert, dass in der Klinik am See bereits mehrere Assistenzärzte aufgrund von Konflikten mit dem Chefarzt nicht mehr in der Klinik arbeiten. Der Chefarzt hat eine *Abschlusliste*. Die Assistenzärzte werden auf dieser *Abschlusliste* geführt, wenn sie sich nicht nach dem Chefarzt richten. Sie sollen die Weisungen des Chefarztes umsetzen, oder sie laufen Gefahr, dass der Chefarzt sie *rausekelt*. Dr. Michaelis möchte vermeiden, auf die *Abschlusliste* des Chefarztes zu kommen. Handlungsleitend ist die Assistenzärztin als Arbeitnehmerin.

⁷⁷ Aus dem Textzusammenhang wird deutlich, dass Dr. Michaelis über den Chefarzt spricht.

Dr. Michaelis **möchte ihre Anstellung behalten und entsprechend Konflikte mit dem Chefarzt vermeiden**. Dazu ist es notwendig, die Weisungen des Chefarztes umzusetzen anstatt ihm zu widersprechen.

„... ich hätte eigentlich gerne mehr Visiten mit ihm, weil ich glaube ... (JK: ... mhm ...) ... von ihm sehr viel lernen könnte.“ (Interview Dr. Michaelis, Zeile 3305 - 3310)

„Dr. Michaelis sagt dann zum Chefarzt, sie habe eine Frage. Die Diagnose sei bei (dem Patienten) sehr schwer zu stellen. Er antwortet, das sei aber ihre Aufgabe. Sie sagt, sie sei aber auch hier, um etwas zu lernen.“ (Forschungstagebuch C, Zeile 15213 – 15217)

Außerdem beinhaltet das berufliche Selbstbild der Assistenzärzte, dass sie Lernende sind. Beispielsweise möchte Dr. Michaelis, dass die Chefarztvisite häufiger stattfindet, um vom Chefarzt lernen zu können. In dem zweiten Beispiel wendet sie sich mit einer Frage an den Chefarzt und begründet die Frage damit, dass das Lernen zu ihrer Tätigkeit als Assistenzärztin gehört.

Ergänzend zu den eben wiedergegebenen Aussagen von Dr. Michaelis rücken sie und die anderen Assistenzärzte das medizinische Fachwissen des Chefarztes in den Vordergrund, wenn sie davon sprechen, dass sie **vom Chef- oder Oberarzt lernen möchten**. Dr. Michaelis thematisiert auch die Gesprächsstruktur des Chefarztes, seine Fähigkeit zu beobachten oder die Gesprächsatmosphäre, die er herstellt.

„Wer bei uns ein braver AiP⁷⁸ ist, der kriegt auch einen Assistentenvertrag, und wer bei uns ein braver Assistent ist, kriegt auch Neurologie⁷⁹.“ (Interview Dr. Schneider, Zeile 233 – 236)

Schließlich ist zu beachten, dass sich alle Assistenzärzte, die an meiner Studie teilnehmen, in einer beruflichen Weiterbildung befinden. Dies betrifft die Facharzt- und die Psychotherapieausbildung. Dr. Schneider thematisiert zum Beispiel die Facharztausbildung im Waldkrankenhaus. Er sagt, dass ein *braver* Assistenzarzt die Möglichkeit erhält, in der Neurologie zu arbeiten. Dies hat eine besondere Bedeutung, da es nach Dr. Schneider zu wenig Jobangebote in der Neurologie gibt, so dass die Ausbildung zum Facharzt erschwert ist. Ein *braver* Assistenzarzt hat **Vorteile in Bezug auf seine berufliche Weiterbildung**. Ich frage Dr. Schneider leider nicht, was der Begriff *brav sein* für ihn beinhaltet. Nach dem Duden bedeutet *brav sein* „(von Kindern) sich so verhaltend, wie es die Erwachsenen erwarten oder wünschen; gehorsam; artig“ (Duden.de, <http://www.duden.de/rechtschreibung/brav>, letzter Zugriff

⁷⁸ Die Abkürzung AiP steht für Arzt im Praktikum.

⁷⁹ Berufserfahrungen in der Neurologie sind eine Voraussetzung dafür, die Facharztausbildung abschließen zu können.

am 16.03.2015). Wenn ich diese Begriffsbestimmung auf den Kontext der stationären Psychiatrie übertrage, verstehe ich unter einem braven Assistenzarzt, dass er sich so verhält wie es der Chefarzt beziehungsweise der Oberarzt erwartet oder wünscht. Ein **Gehorsam gegenüber dem Chef- und Oberarzt gewinnt an Bedeutung**. Dies betrifft die berufliche Weiterbildung des Assistenzarztes und entsprechend der obigen Darstellung das Vermeiden von Konflikten, um die Anstellung in der Klinik zu behalten.

13. Handlungsleitende Aspekte verschiedener Patiententypen

Im folgenden thematisiere ich die handlungsleitenden Aspekte in Bezug auf die Patienten. Die theoretischen Grundlagen meiner Überlegungen stimmen mit den Darstellungen über die handlungsleitenden Aspekte der Personen im Kontext beziehungsweise der Assistenzärzte überein.

Die Analyse verdeutlicht, dass eine Unterscheidung zwischen verschiedenen Patiententypen sinnvoll ist. Grundlage meiner Typenbildung sind die Beiträge von Kluge (2000). Kluge weist darauf hin, dass zur Erfassung der Ähnlichkeiten und Unterschiede zwischen Typen relevante Vergleichsdimensionen festgelegt werden sollen. Im Mittelpunkt meines Forschungsinteresses steht die Handhabung der Patientenselbst- und –fremdbestimmungen. Es erscheint mir sinnvoll, diesen Forschungsschwerpunkt als Vergleichsdimension zu wählen.

„Wenn die untersuchten sozialen Phänomene nicht nur beschrieben, sondern auch ‚verstanden‘ und ‚erklärt‘ werden sollen, müssen die inhaltlichen Sinnzusammenhänge analysiert werden, die den empirisch vorgefundenen Gruppen bzw. Merkmalskombinationen zugrunde liegen. (...) Außerdem führen diese Analysen meist zu weiteren Merkmalen (Stufe 1), die bei der Typenbildung berücksichtigt werden müssen, so dass der Merkmalsraum ergänzt und die sich nun ergebende Gruppierung erneut auf empirische Regelmäßigkeiten (Stufe 2) und inhaltliche Sinnzusammenhänge hin untersucht wird (Stufe 3)“ (Kluge, 2000, S. 5).

Aufbauend auf diesem methodischen Vorgehen rückten innerhalb meiner Studie die übergeordneten Behandlungsinhalte in den Vordergrund der Analyse.

„Nach der Morgenrunde gehe ich mit in den Raucherraum (...). Frau Lomme wirkt entsetzt, dass sie nicht den ganzen Tag Ausgang habe. Sie (sagt), ihr werde hier die Freiheit genommen, und sie werde wie ein kleines Kind behandelt. Die meisten anderen Patienten sagen nichts. Als Frau Banlau kommt, sagt sie: ‚Es geschieht doch auch zu deinem Schutz.‘ ‚Nein ...‘“ (Forschungstagebuch A, Zeile 4995 – 5007)

Frau Lomme äußert die Behandlungspriorität, den ganzen Tag in den Ausgang zu wollen. Dies stellt sie in einen Zusammenhang mit einer Freiheit. Handlungsleitend ist eine Freiheitsorientierung. Im Gegensatz hierzu thematisiert Frau Banlau, dass eine Begrenzung des Ausgangs für sie die Bedeutung eines Schutzes hat. Handlungsleitend ist für diese Patientin eine Schutzorientierung. Für die Typenbildung bedeutet dies, dass verschiedene Behandlungsprio-

ritäten der Patienten mit unterschiedlichen handlungsleitenden Aspekten zusammenhängen können.

Entsprechend beruht meine Typenbildung auf den Fragen:

- A) Wie selbstbestimmt möchte der Patient sein und wie äußert er sich in Bezug auf Fremdbestimmungen durch den Assistenzarzt beziehungsweise den Kontext?
- B) Welcher handlungsleitende Aspekt ist im Zusammenhang mit der Behandlungspriorität des Patienten zu erkennen?

		Handlungsleitend ist eine Orientierung nach ...		
		Schutz	Hilfsangebot	Freiheit
Die Fremdbestimmung des Assistenzarztes sowie des Kontextes soll ... sein und die Selbstbestimmung des Patienten soll ... sein.	... hoch gering ...	1	-	-
	... hoch hoch ...	-	2	-
	... gering hoch ...	-	-	3
	... gering gering ...	-	-	-

Tab. 6: Patiententypen⁸⁰

Das Ergebnis meiner Analyse sind drei Patiententypen:

1. paternalistisch und schutzorientierte Patienten,
2. mitbestimmungs- und hilfsangebotsorientierte Patienten,
3. selbstbestimmungs- und freiheitsorientierte Patienten.

Diese empirisch begründeten Typen sind Idealtypen. Der Begriff Idealtyp geht insbesondere auf Weber (1988) zurück. Ein Idealtyp ist gekennzeichnet durch eine „einseitige Steigerung eines oder einiger Gesichtspunkte und durch Zusammenschluss einer Fülle von diffus und

⁸⁰ Die Zellen, die ein - enthalten, sind empirisch nicht oder kaum besetzt, so dass ich sie bei der weiteren Typenbildung vernachlässige.

diskret, hier mehr, dort weniger, stellenweise gar nicht, vorhandenen Einzelercheinungen, die sich jenen einseitig herausgehobenen Gesichtspunkten fügen, zu einem in sich einheitlichen Gedankenbilde“ (Weber, 1988, S. 191).

Die einseitige Steigerung ist bei den von mir gebildeten Typen dadurch gegeben, dass ich mit der Typenbezeichnung je zwei handlungsleitende Aspekte hervorhebe. Zum Teil äußert aber beispielsweise auch ein selbstbestimmungs- und freiheitsorientierter Patient, dass er in der Klinik einen Schutz sucht. Die Freiheitsorientierung hat bei diesem Patiententyp jedoch eine deutlich größere Bedeutung, und sie dominiert die handlungsleitenden Aspekte.

Außerdem können die handlungsleitenden Aspekte bei einzelnen Patienten zu verschiedenen Zeitpunkten innerhalb des Behandlungsprozesses oder in Bezug auf die unterschiedlichen übergeordneten Behandlungsinhalte variieren. Diese Einzelercheinungen bleiben im folgenden jedoch im Hintergrund. Stattdessen gehe ich auf die „herausgehobenen“ (Weber, 1988, S. 191) handlungsleitenden Aspekte ein.

13.1 Paternalistisch und schutzorientierte Patienten

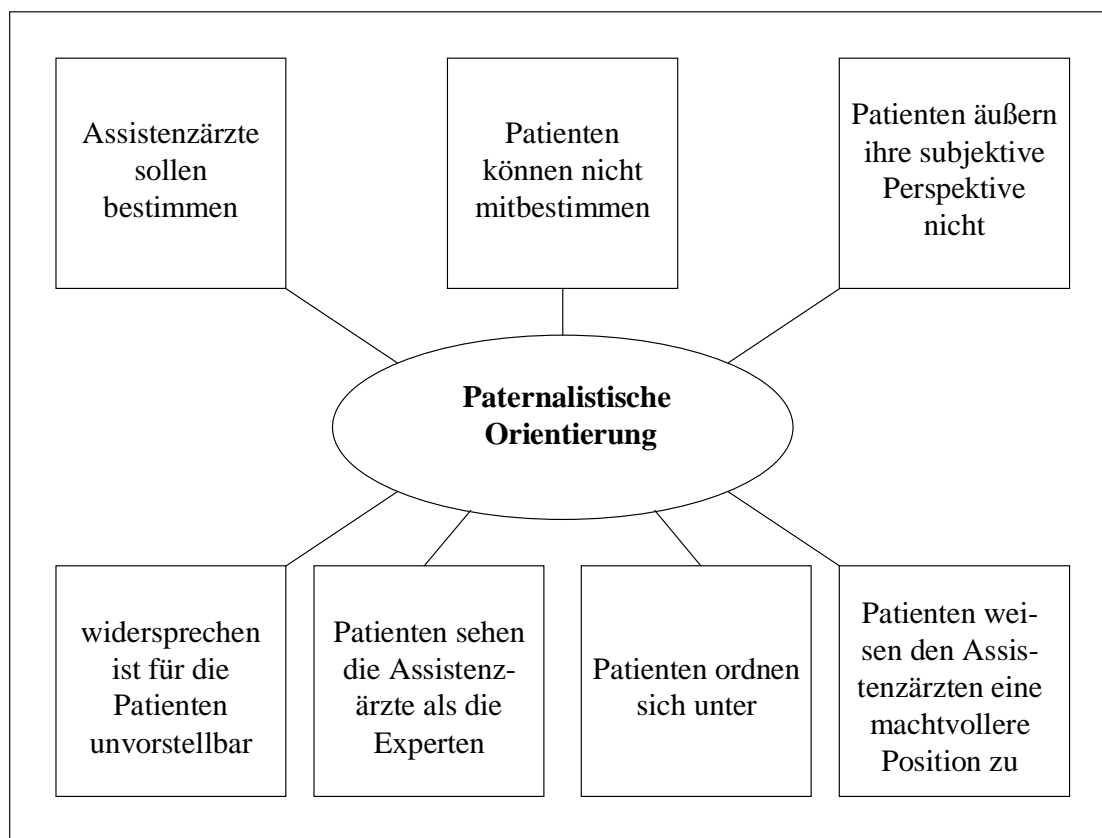


Abb. 21: Paternalistische Orientierung

„JK: Und die Entscheidung, war die mit Ihnen gemeinsam (...)?
 R.: #Nein, das haben# die Ärzte dann. (JK: Ah ja.) Denn mit mir gemeinsam kann das ja nicht sein, weil ich ja nicht entscheiden kann, ob ich das Medikament nun nehme oder das. (LACHT) Geht ja nicht (...) weil ich ja kein Arzt bin, kann ich nicht sagen, ich möchte das Medikament ...“ (Interview Frau Reinke, Zeile 689 – 705)

Die erste Forschungsfrage für die Analyse der Patiententypen lautet, wie selbstbestimmt der Patient sein möchte und wie er sich in Bezug auf eine Fremdbestimmung durch den Assistenzarzt beziehungsweise den Kontext äußert. Frau Reinke antwortet in Bezug auf die Pharmakotherapie und sagt, dass die **Ärzte**⁸¹ **bestimmen sollen**. Die **Patientin** spricht davon, dass sie **nicht mitbestimmen kann**, wenn es um die Medikation geht. Die Gestaltung der Pharmakotherapie ist aus ihrer Sicht den Ärzten vorenthalten, so dass die **Patientin ihre subjektive Perspektive nicht äußert**.

⁸¹ Frau Reinke konkretisiert nicht, wen sie unter dem Begriff die Ärzte zusammenfasst. An ihrem Behandlungsprozess sind neben dem Assistenzarzt der Ober- und der Chefarzt beteiligt.

„P.: ... das ist ja auch normal, wenn (die Ärzte) das entscheiden ...

(JK: ... ja ...) ... (...) kann ich ja nicht gegenreden oder so.

JK: Ja, ja. Das ist für Sie nicht vorstellbar, da etwas anderes zu sagen (...)?

P.: Nein, eigentlich nicht. Ich muss sagen, wenn sie das so meint, dann wird das schon so richtig sein. (JK: Mhm.) Denn ich bin kein Arzt, ich kann mir keine (...) Diagnosen stellen oder sonst so was“
(Interview Frau Paulsen, Zeile 1133 – 1149)

Vergleichbar sagt Frau Paulsen am Beispiel der Diagnostik, dass der Arzt alleine bestimmen und der Patient passiv bleiben soll. Ein **Widersprechen** des Patienten bei diagnostischen Fragen **ist unvorstellbar**. Frau Paulsen **sieht den Assistenzarzt als einen Experten**. Der Patient ist hingegen kein Arzt und kein Experte, so dass er nicht mitbestimmen kann.

„... ich hab es so angenommen, musste ich ja. (...) Was soll ich dazu sagen? Kann ja nicht mit ihr rumstreiten.“ (Interview Frau Martin, Zeile 341 - 346)

Frau Martin ist die einzige Patientin dieses Typs, die mir als Forscher im Interview anvertraut, dass die Gestaltung der Pharmakotherapie nicht mit ihrer Behandlungspriorität übereinstimmt. Die Patientin hat im Krankenhaus einen epileptischen Anfall, den die Assistenzärztin auf die Pharmakotherapie zurückführt. Trotz dieser Nebenwirkung nimmt Frau Martin weiterhin Medikamente ein und äußert ihre Perspektive nicht. Ein Streitgespräch mit der Assistenzärztin ist für die Betroffene unvorstellbar. Stattdessen **ordnet sie sich unter**. Aus der Sicht von Frau Martin scheinen die Patientin und die Assistenzärztin keine gleichberechtigte Position zu haben. Die Betroffene **weist der Assistenzärztin eine machtvollere Position zu**.

Die bisher dargestellten Aussagen der Patienten beinhalten eine paternalistische Orientierung. Beispielsweise ist der Paternalismus⁸² nach Zaumseil (2000) dadurch gekennzeichnet, dass der Arzt die Entscheidungen trifft und entsprechend bestimmt. Roter (2000) ergänzt, dass der Arzt dabei im vermuteten besten Interesse des Patienten handelt. Die Perspektive der Betroffenen findet kaum Beachtung. Und Dörner (2001) weist darauf hin, dass der Arzt innerhalb des Paternalismus als Subjekt und Experte eine dominierende Stellung hat. Diese Charakteristika des Paternalismus stimmen weitestgehend mit den Aussagen der Patienten überein, wie selbstbestimmt sie sein möchten und wie sie sich in Bezug auf eine Fremdbestimmung durch den Assistenzarzt beziehungsweise den Kontext äußern. Entsprechend bezeichne ich die Patienten dieses Typs als **paternalistisch orientiert**.

⁸² vergleiche 2.1

Meine zweite Forschungsfrage zur Analyse der Patiententypen lautet, welcher handlungsleitende Aspekt im Zusammenhang mit den Behandlungsprioritäten des Patienten im Vordergrund steht.

„Ambulant bin ich nicht mehr so geschützt.“ (Interview Frau Reinke, Zeile 1764 – 1785)

Für Frau Reinke ist der stationäre Aufenthalt in Abgrenzung zur ambulanten Behandlung durch ein höheres Maß an Schutz charakterisiert. Da die Patientin freiwillig in die Klinik geht und den Aufenthalt positiv erlebt, deutet das Zitat einleitend darauf hin, dass sie einen Schutz sucht. Die Patienten dieses Typs sind **paternalistisch und schutzorientiert**.

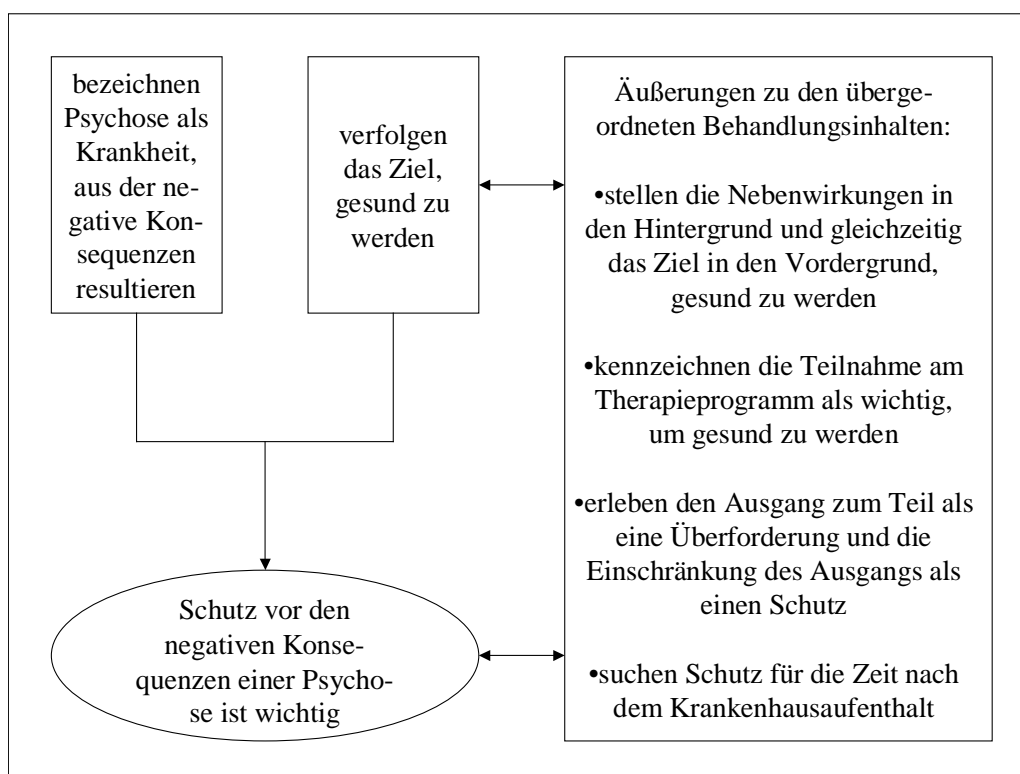


Abb. 22: Schutzorientierung

„... ab Juli ging das ja mit mir los, wo ich so krank wurde.“ (Interview Frau Paulsen, Zeile 558 – 560)

„... da war ich so krank ...“ (Interview Frau Bode, Zeile 1139)

Die **akute Psychose bezeichnen** die paternalistisch und schutzorientierten Patienten **als eine Krankheit**.

„Sie sagte ja, das sei ihr lieber und sagte so etwas wie, es solle ja auch niemand wissen, dass sie hier sei. Als wir dann den Text weiter durchgingen, fing Frau Paulsen an, von ihren Töchtern zu erzählen und sagte, sie habe Angst, dass sie ihr jetzt weggenommen werden und fing an zu weinen. Sie erzählte, dass ihre älteste Tochter ihr ja auch weggenommen wurde und jetzt habe sie so eine Angst, dass die beiden

kleinen ihr auch weggenommen werden.“ (APG Dr. Michaelis – Frau Paulsen, Zeile 1383 – 1390)

Nachdem ich ein Gespräch zwischen Dr. Michaelis und Frau Paulsen auf Tonband aufzeichne, fülle ich mit der Patientin eine Datenschutzvereinbarung aus. Dabei verweist Frau Paulsen auf die negativen Folgen ihrer Psychoseerkrankung. Im Gegensatz zu den anderen Typen betonen alle paternalistisch und schutzorientierten Patienten die **negativen Konsequenzen, die aus ihrer Psychoseerfahrung resultieren**. Positive Aspekte thematisieren sie hingegen nicht.

„... also für mich haben (...) die Medikamente eine Bedeutung, dass (...) sie mir helfen (...). Weil ich ja immer noch (...) krank bin, noch nicht gesund (...) brauche ich sie jetzt noch, um gesund zu werden.“ (Interview Frau Martin, Zeile 709 – 736)

Die paternalistisch und schutzorientierten Patienten **verfolgen das Ziel, gesund zu werden**. Dabei ist die Pharmakotherapie hilfreich.

*„JK: Und es ist ja manchmal auch so, dass bei den Medikamenten gewisse Nebenwirkungen auftreten ...
P.: ... die habe ich genug gehabt. (...) steife Arme und Beine. (JK: Aha.) Das habe ich jetzt auch ein bisschen wieder. (...) Na ja, ich will die, ich nehme die, dass ich gesund werde. (...) ob ich nun jetzt einen steifen Arm habe oder ein steifes Bein, das nehme ich lieber in Kauf ...“ (Interview Frau Paulsen, Zeile 1330 – 1368)*

Im Unterschied zu den anderen Patiententypen äußern die paternalistisch und schutzorientierten Patienten kaum Kritik an der Pharmakotherapie, wenn Nebenwirkungen auftreten. Das Erleben von Nebenwirkungen führt nicht zu einer Ablehnung der Pharmakotherapie. Die Patienten **stellen die Nebenwirkungen in den Hintergrund und gleichzeitig das Ziel in den Vordergrund, gesund zu werden**.

„JK: Und welche Bedeutung haben diese Therapien für Sie hier während des Aufenthalts?

P.: (...) die sind wichtig.

JK: Ja. Wofür?

P.: Na damit man wieder ein gesunder Mensch wird.“ (Interview Frau Paulsen, Zeile 2426 – 2435)

Die Aussagen der Betroffenen über die **Teilnahme am Therapieprogramm** sind vergleichbar zur Pharmakotherapie. Die Patienten kennzeichnen die übergeordneten Behandlungsinhalte als **wichtig, um gesund zu werden**.

Zusammengefasst äußern die paternalistisch und schutzorientierten Patienten, dass sie die Psychose als eine Krankheit erleben, die zu negativen Konsequenzen führt. Und sie erleben die Pharmakotherapie und das Therapieprogramm als bedeutsam, um gesund zu werden. Die

Auswertungsergebnisse deuten darauf hin, dass für die Patienten dieses Typs ein **Schutz vor den negativen Konsequenzen einer Psychose wichtig ist**.

Auch die weiteren übergeordneten Behandlungsinhalte können für einen entsprechenden Schutz des Patienten von Bedeutung sein.

„... die vier Stunden wo ich doch raus konnte zu meiner Mutti ihrem Geburtstag. (JK: Ja.) Und ich habe es ja denn auch gemerkt, nach einer gewissen Zeit wurde es zu viel, ich muss wieder rein.“ (Interview Frau Paulsen, Zeile 828 – 834)

Verschiedene Aussagen der paternalistisch und schutzorientierten Patienten in Bezug auf die Regelung des Ausgangs beinhalten, dass sie den **Ausgang zum Teil als eine Überforderung erleben**. In dieser Situation beendet Frau Paulsen den Ausgang vorzeitig und geht zurück in die Klinik. Eine **Einschränkung des Ausgangs** kann in diesem Zusammenhang **als ein Schutz** vor einer Überforderung verstanden werden.

„M: ... dieses Bürokauffrau ist in Schöneberg, so eine Rehaeinrichtung. (Dr. M.: Mhm.) Für psychisch Kranke. Und die können dort anfangen, ihre Lehre machen und Berufsvorbereitung (...)

Dr. M.: Das klingt ja gut. Das heißt es ist so ein bisschen (...) #begleitend (...)#?

M.: #Na ja, genau.# (...) Ein Schutz ... (Dr. M.: ... äha ...) ... geschützter Rahmen.“ (APG Dr. Michaelis - Frau Martin, Zeile 496 – 519)

Frau Martin möchte schließlich einen Kontakt zu einer Einrichtung herstellen, in der psychisch erkrankte Menschen eine Ausbildung machen können. Sie bezeichnet dieses Angebot als einen Schutz. Diesen **Schutz sucht** die Patientin in Bezug auf die Veränderungen **für die Zeit nach dem Krankenhausaufenthalt**.

Die paternalistisch und schutzorientierten Patienten verfolgen das Ziel, gesund zu werden. Dies passt zu den Personen im Kontext beziehungsweise zu den Assistenzärzten, für die ein Bessern der akuten Symptomatik handlungsleitend ist. Ergänzend kennzeichnen alle übereinstimmend eine Teilnahme an der Pharmakotherapie sowie eine Compliance des Patienten als wichtig und hilfreich. Schließlich bestehen Parallelen zwischen einem Schutz vor negativen Konsequenzen der Psychose und dem Verhindern von Störungen beziehungsweise dem Übernehmen einer Fürsorge. Die handlungsleitenden Aspekte der paternalistisch und schutzorientierten Patienten passen zu den handlungsleitenden Aspekten der Personen im Kontext und der Assistenzärzte.

13.2 Mitbestimmungs- und hilfsangebotsorientierte Patienten

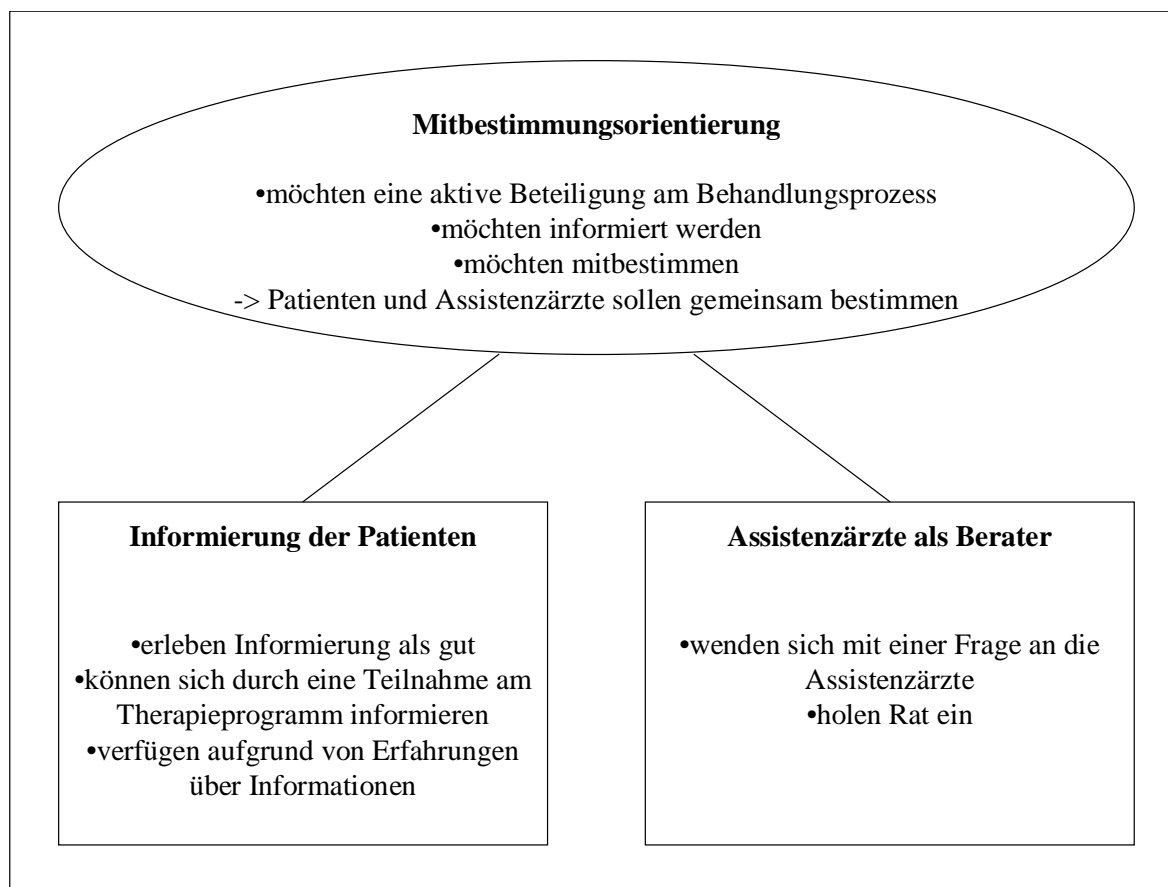


Abb. 23: Mitbestimmungsorientierung

„... weil ich (...) Befürchtungen (...) habe, (...) nicht (...) ernst genommen zu werden, also dass man mich vollkommen übergeht ...“ (Interview Frau Trautner, Zeile 762 – 765)

In Bezug auf ihren Krankenhausaufenthalt äußert Frau Trautner die Sorge, dass sie *übergangen* wird. Dies widerspricht ihrer Perspektive.

„JK: ... was wäre für Sie ein schlechter Arzt?“

T.: Der einen vielleicht auch einfach übergeht, oder einfach (...) bestimmt und festlegt, ohne einen auch zu informieren, der vielleicht sich auch weigert, Informationen zu geben. (JK: Ja.) Der nicht dazu bereit ist, oder auch keine Zeit hat, mal was zu erklären oder so was.“ (Interview Frau Trautner, Zeile 2344 – 2354)

Übergangen zu werden bedeutet für Frau Trautner, dass der Assistenzarzt die Patientin nicht beteiligt. Er informiert die Betroffene nicht, und er bestimmt alleine. Im Umkehrschluss beinhaltet dies, dass Frau Trautner im Unterschied zu den paternalistisch orientierten Patienten eine **aktive Beteiligung am Behandlungsprozess wünscht**. Sie **möchte** durch den Assistenzarzt **informiert werden und** in Bezug auf die übergeordneten Behandlungsinhalte **mitbestimmen**.

Eine zentrale Grundlage für eine Mitbestimmung des Patienten stellen Informationen dar⁸³ (u.a. Beauchamp & Childress, 1994). Beispielsweise wird innerhalb des Gutachtens des Sachverständigenrats für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen 2000 / 2001 (Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen, 2001) die Wichtigkeit der Information für eine aktive Teilnahme des Patienten betont.

*„Ja, vor allen Dingen habe ich auch immer die medizinische Info, die es ja gibt. (JK: Ja.) Und das ist schon ganz gut, also da kriegt man dann alles mit und kann auch alle Fragen zu Medikamenten stellen.“
(Interview Frau Trautner, Zeile 1427 – 1432)*

Frau Trautner und die anderen Patienten dieses Typs sprechen davon, dass sie **die Information** während ihres Aufenthalts **als gut erleben**. Frau Trautner verweist auf eine Veranstaltung, die im Waldkrankenhaus als ‚Medizinische Info‘ bezeichnet wird. Nach Dr. Schneider ist die ‚Medizinische Info‘ dadurch gekennzeichnet, dass er die Fragen der Patienten als medizinischer Experte beantwortet. Sie hat einen psychoedukativen Charakter. **Durch eine Teilnahme am Therapieprogramm hat der Patient die Möglichkeit, sich zu informieren**. Ergänzend waren alle Patienten dieses Typs vor dem aktuellen Aufenthalt bereits mehrfach in stationärer Behandlung. Die Betroffenen **verfügen auch aufgrund von ihren Erfahrungen über Informationen**, die sie während früherer Krankenhausaufenthalte oder im Zusammenhang mit einer ambulanten Behandlung gesammelt haben.

Typisch für die Patienten dieses Typs ist auch die folgende Aussage:

„Da habe ich Dr. Schneider gefragt, also weil er mein behandelnder Arzt ist, ob ich das machen kann, und da hat er gesagt, ja, ich kann das machen.“ (Interview Frau Trautner, Zeile 590 – 592)

Frau Trautner bestimmt nicht alleine, sondern sie **wendet sich mit einer Frage an den Assistenzarzt**. Sie erfragt seine Perspektive auf ihre Behandlungspriorität und scheint seinen **Rat einzuholen**. Im Gegensatz zu den anderen Patiententypen enthalten die Aussagen dieser Gruppe, dass **die Patientin und der Assistenzarzt gemeinsam bestimmen sollen**.

Dies verdeutlicht auch der Beginn des Klinikaufenthalts von Herrn Spiemann. Auf die Frage nach dem Grund des Aufenthalts antwortet der Patient, dass er Medikamente haben möchte. Gleichzeitig fragt er den Assistenzarzt, welche Pharmakotherapie er empfiehlt. Der Patient und der Assistenzarzt bestimmen die Gestaltung der Pharmakotherapie gemeinsam.

Zusammengefasst bedeutet dies, dass die Patienten dieses Typs die Assistenzärzte als Berater nutzen. Die Assistenzärzte sollen aber nicht alleine bestimmen, sondern die Behandlungsin-

⁸³ vergleiche Kapitel 3

halte gemeinsam mit den Betroffenen festlegen. Die Patienten dieses Typs sind **mitbestimmungsorientiert**. Die Mitbestimmungsorientierung stellt einen Unterschied zu den paternalistisch und schutzorientierten Patienten dar. Sie sagen, dass der Assistenzarzt alleine bestimmen soll.

Die zweite Forschungsfrage zur Analyse der Patiententypen lautet, welcher handlungsleitende Aspekt im Zusammenhang mit der Behandlungspriorität des Patienten zu erkennen ist.

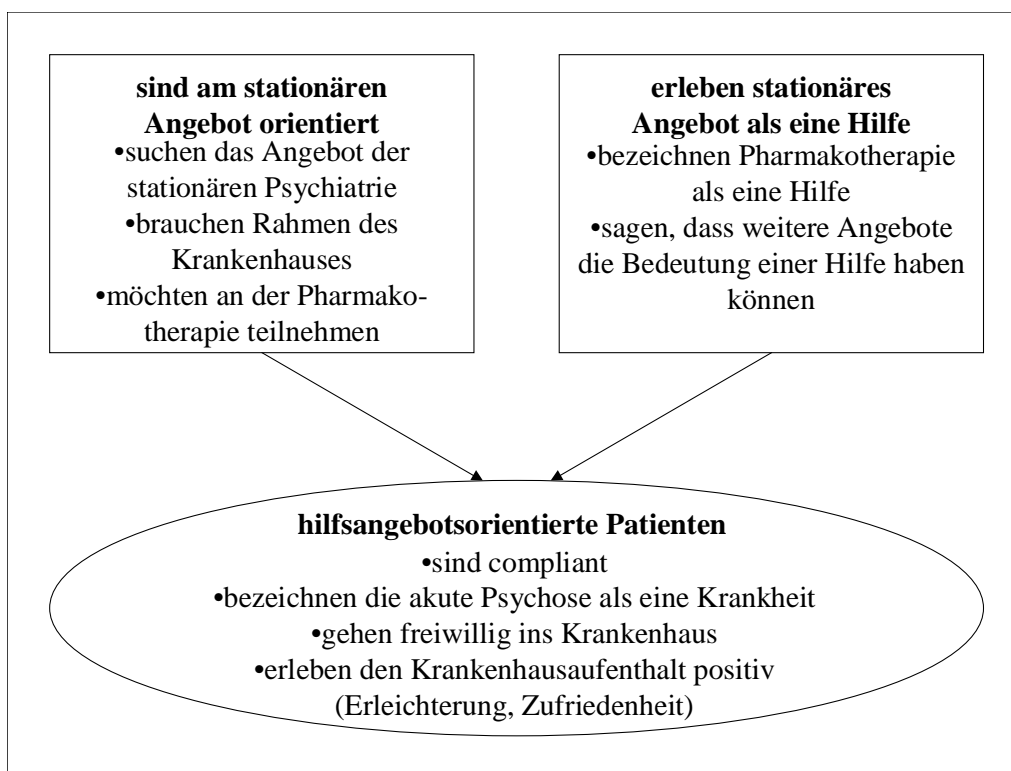


Abb. 24: Hilfsangebotsorientierung

„... kam in die Klinik und hatte genaue Vorstellungen, dass er eigentlich nur Leponex nehmen will und (...) der Medikamenten - Mehrdosierung wollte, und der vor allem diesen Rahmen haben wollte, (...) und ich brauche (...) diesen engen Rahmen, und ich brauche mehr Pillen im Moment' ...“ (Interview Dr. Schneider, Zeile 322 – 344)

Dr. Schneider gibt die Sicht eines Betroffenen wieder. Der Patient geht selbständig in die Klinik und möchte eine Erhöhung der Medikation, die er ambulant einnimmt. Außerdem sagt er zum Assistenzarzt, dass er den **Rahmen des Krankenhauses braucht**. Der Patient **sucht das Angebot der stationären Psychiatrie**. Er und die weiteren Patienten dieses Typs sind **angebotsorientiert**.

Innerhalb der Angebotsorientierung steht häufig die Pharmakotherapie im Vordergrund.

„Dr. Schneider fragt ihn dann: ‚Was können wir hier für Sie tun?‘ Seine Medizin solle wieder angesetzt werden, er habe sie in letzter Zeit nicht genommen.“ (Forschungstagebuch A, Zeile 14014 – 14017)

Herr Spitzer hatte seit mehreren Jahren keine akute Symptomatik, so dass er in Absprache mit dem ambulant behandelnden Arzt die Medikamente absetzt. Als der Patient einzelne Symptome einer akuten Psychose erlebt, geht er ins Krankenhaus. Er **möchte an der Pharmakotherapie teilnehmen**.

„... weil ich weiß, dass Medikamente gegen Verfolgungswahn oder (...) Schizophrenie ... (JK: ... ja ...) ... helfen.“ (Interview Frau Lunau, Zeile 926 – 932)

„... Neuroleptikum zusätzlich gegeben, damit ich dann da zur Ruhe komme. (JK: Ja.) Und das hat mir auch geholfen.“ (Interview Frau Trautner, Zeile 671 – 676)

Frau Lunau erlebt die Einnahme von Medikamenten als hilfreich, da sie die Symptome der Psychose verbessern. Von einer Besserung spricht ebenfalls Frau Trautner. Für sie stellt die Pharmakotherapie eine Hilfe dar, um zur Ruhe kommen zu können. Die Patienten dieses Typs **bezeichnen die Pharmakotherapie als eine Hilfe**.

„Die Therapien haben mir sehr gut getan hier. (JK: Mhm.) Das habe ich also schon deutlich gemerkt, das hat mir sehr gut getan (...). Ich habe da ja auch immer fleißig mitgemacht, weil mir das eben auch geholfen hat, das habe ich auch gespürt, dass mir das jetzt hilft.“ (Interview Frau Trautner, Zeile 2114 – 2130)

Ergänzend **sagen** die Patienten, **dass weitere Angebote** während des stationären Aufenthalts **die Bedeutung einer Hilfe haben können**. Beispielsweise äußert Frau Trautner, dass sie die Teilnahme am Therapieprogramm als hilfreich erlebt. Und sie kennzeichnet in Bezug auf die Planung der Zeit nach dem Aufenthalt den Besuch der Tagesklinik als

„mein(en) Hoffnungsschimmer“ (Interview Frau Trautner, Zeile 235).

Die Patienten dieses Typs, die vor dem Aufenthalt einen ambulanten Psychiater oder einen Betreuer haben beziehungsweise Projekte des betreuten Wohnens nutzen, sagen, dass sie auch nach dem Aufenthalt auf diese Angebote zurückgreifen möchten.

Die Äußerungen der Patienten beinhalten, dass sie am stationären Angebot orientiert sind und dass sie das stationäre Angebot als eine Hilfe erleben. Sie sind **hilfsangebotsorientiert**.

Die mitbestimmungs- und hilfsangebotsorientierten Patienten suchen das Angebot der stationären Psychiatrie, und ergänzend spricht beispielsweise Frau Trautner in dem oben dargestellten Auszug aus dem Interview davon, dass sie *immer fleißig mitgemacht* hat. Die Betroffenen **sind compliant**.

„... und bin dann wieder krank geworden ...“ (Interview Frau Trautner, Zeile 178 + 179)

Außerdem sind die Patienten dieses Typs dadurch charakterisiert, dass sie **die akute Psychose als eine Krankheit bezeichnen**. Sie **gehen freiwillig ins Krankenhaus**. Mehrere Patienten dieser Gruppe berichten davon, dass sie die Frage nach der Notwendigkeit des Aufenthalts beispielsweise mit dem ambulant behandelnden Psychiater, einem Betreuer oder einem Angehörigen diskutieren.

„Er antwortet, der Aufenthalt hier sei für ihn eine Erleichterung.“ (Forschungstagebuch B, Zeile 1236 – 1238)

„Weil ich in dem Moment zufrieden war und den Wunsch hatte, dass ich dadurch ruhiger werden könnte.“ (Interview Frau Lunau, Zeile 340 + 341)

Der stationäre Aufenthalt hat für die mitbestimmungs- und hilfsangebotsorientierten Patienten die Bedeutung einer **Erleichterung**, und er führt zu einer **Zufriedenheit**. Sie **erleben den Krankenhausaufenthalt positiv**.

Die Hilfsangebotsorientierung beinhaltet mehrere Übereinstimmungen mit den paternalistisch und schutzorientierten Patienten. Die Vertreter beider Patiententypen bezeichnen die akute Psychose als eine Krankheit. Sie gehen freiwillig in die Klinik und sind in Bezug auf die Pharmakotherapie sowie eine Teilnahme am Therapieprogramm compliant. Die paternalistisch und schutzorientierten Patienten sowie die mitbestimmungs- und hilfsangebotsorientierten Patienten erleben den Krankenhausaufenthalt positiv.

Ergänzend passt die Sicht der mitbestimmungs- und hilfsangebotsorientierten Patienten auf die Pharmakotherapie sowie ihre Compliance zu den handlungsleitenden Aspekten der Personen im Kontext und zu den handlungsleitenden Aspekten der Assistenzärzte.

13.3 Selbstbestimmungs- und freiheitsorientierte Patienten

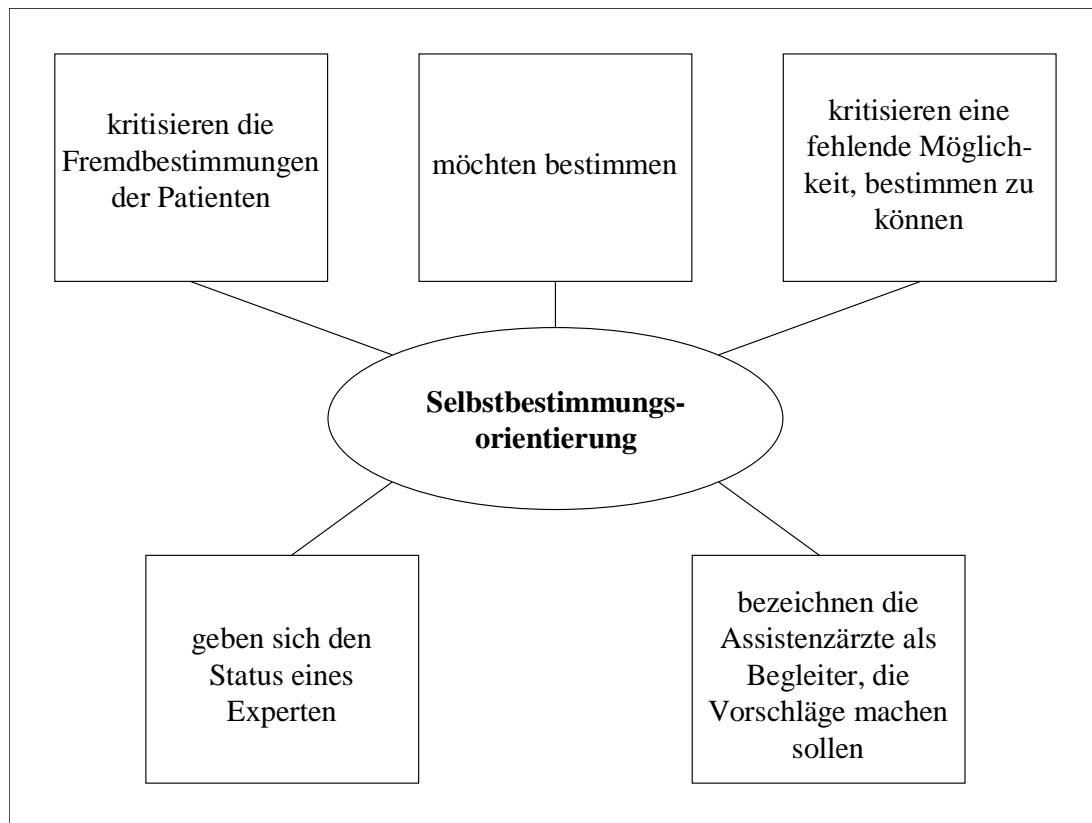


Abb. 25: Selbstbestimmungsorientierung

„... ist ja einfach jetzt Diazepam abgesetzt worden, was natürlich mich freut. (JK: Ja.) Aber (...) mich hat keiner gefragt. (...) Ist hinter meinem Rücken passiert. (JK: Mhm.) Und das kann es nicht sein.“ (Interview Herr Gerken, Zeile 1254 – 1295)

Während des Aufenthalts von Herrn Gerken wird die Pharmakotherapie verändert. Die Gestaltung der Pharmakotherapie befürwortet der Patient inhaltlich. Gleichzeitig kritisiert er, dass er an der Gestaltung nicht beteiligt ist. Die Aussage des Betroffenen bezieht sich auf die Forschungsfrage, wie selbstbestimmt der Patient sein möchte und wie er sich in Bezug auf eine Fremdbestimmung durch den Assistenzarzt beziehungsweise den Kontext äußert. In diesem Beispiel bleibt unklar, ob der Assistenzarzt beziehungsweise der Chef- oder Oberarzt die Pharmakotherapie gestaltet. Unabhängig davon **kritisiert** Herr Gerken im Unterschied zu den paternalistisch und schutzorientierten Patienten **die Fremdbestimmung des Patienten**.

„... am besten weiß der Patient was ihm gut tut. (JK: Mhm.) Er entscheidet ob die Tablette nicht wirkt oder schlecht wirkt oder gut wirkt. (...) Das kann nur der Patient, der Arzt kann nur vorschlagen was für Tabletten man kriegen soll. Der ist nur ein, (...) ich sage jetzt mal Begleiter.“ (Interview Herr Gerken, Zeile 222 – 240)

Ergänzend thematisiert Herr Gerken seine Vorstellung, wie die Gestaltung der Pharmakotherapie sein sollte. Den **Assistenzarzt bezeichnet er als einen Begleiter, der Vorschläge macht**, und über die Gestaltung der Pharmakotherapie **bestimmt der Patient**. Herr Gerken ist **selbstbestimmungsorientiert**. Dies weicht von den handlungsleitenden Aspekten der anderen Patiententypen ab. Sie äußern, dass der Assistenzarzt bestimmen soll beziehungsweise beide gemeinsam.

Zentral für die Selbstbestimmungsorientierung ist in der Aussage von Herrn Gerken das Wissen des Patienten, wie die Medikamente wirken. Den Erfolg der Pharmakotherapie kann der Betroffene aus der Sicht der selbstbestimmungsorientierten Patienten besser beurteilen als der Assistenzarzt. **Der Patient gibt sich** im Unterschied zum Assistenzarzt und im Gegensatz zu den paternalistisch und schutzorientierten Patienten **den Status eines Experten**. Er versteht sich nicht als einen Lernenden.

„... erst dann sind wir frei. Erst dann, wenn es keine Zwänge mehr gibt (...) kann doch nicht sein, dass ich hier für die Freiheit von mir (...) und den anderen Patienten kämpfen muss.“ (Interview Herr Gerken, Zeile 1129 – 1166)

Herr Gerken und weitere Patienten sprechen davon, dass der stationäre Aufenthalt in einer Psychiatrie Zwänge beinhaltet. Eine Zwangssituation ist in der Regel dadurch gekennzeichnet, dass der Betroffene nicht bestimmen kann. In diesem Zusammenhang scheint eine fehlende Freiheit darauf hinzuweisen, dass der Patient keine Möglichkeit zum Bestimmen hat. Die selbstbestimmungsorientierten Patienten **kritisieren eine fehlende Möglichkeit, bestimmen zu können**, und weichen damit erneut von den paternalistisch und schutzorientierten Patienten ab.

„... erst mal ging es um Ausgang. Ich wollte Ausgang haben. Da hat (...) der Oberarzt gesagt, wer freiwillig hier rein kommt hat drei Tage Ausgangssperre. (JK: Mhm.) Was ich schon nicht verstehe. (...) Das ist ein Zwang. Für mich ein Zwang und eine Forderung, die (...) die Persönlichkeit des Patienten angreift. Oder die Freiheit des Patienten.“ (Interview Herr Gerken, Zeile 114 – 129)

Der übergeordnete Behandlungsinhalt Regelung des Ausgangs ist in der Klinik am See ein Beispiel für ein Vorgehen, das die selbstbestimmungsorientierten Patienten als einen Zwang erleben. In der Klinik am See gibt es die allgemeine Behandlungsregel, dass die Patienten in den ersten drei Tagen ihres Aufenthalts nicht alleine in den Ausgang gehen dürfen. Sie hat einen übergeordneten Charakter und gilt unabhängig vom individuellen Patienten für alle Behandlungsprozesse. Der Patient ist an der Regelung des Ausgangs nicht beteiligt, sondern eine

weisungsbefugte Person bestimmt. Dies steht im Gegensatz zu den handlungsleitenden Aspekten der selbstbestimmungsorientierten Patienten. Sie äußern ein Unverständnis.

Die Kritik der selbstbestimmungsorientierten Patienten betrifft alle übergeordneten Behandlungsinhalte.

„Und jeder Mensch könnte freiwillig entscheiden. Gehe ich nun raus oder mache ich Therapie. (...) Aber nur zwingen, also sagen ist Pflicht, (...) das geht nicht.“ (Interview Herr Gerken, Zeile 2068 – 2091)

„Therapie ist auch eigentlich Pflicht so wie sie sagen (...) ich glaube das müsste alles auf freiwilliger Basis sein.“ (Interview Herr Gerken, Zeile 402 - 404)

Die Teilnahme am Therapieprogramm ist in der Klinik am See ebenfalls verpflichtend. In Abhängigkeit von der Diagnose gibt es verschiedene Therapien, an denen die Patienten teilnehmen sollen. Die Betroffenen können nicht selbst bestimmen. Entsprechende allgemeine Behandlungsregeln, an denen die selbstbestimmungsorientierten Patienten nicht beteiligt sind, kritisieren sie.

„... für mich ist das genau so wie Knast. (JK.: Mhm.) Wenn man unschuldig hier eingesperrt wird ... (JK: ... mhm ...) ... empfindet man hier das wie Knast. (JK: Mhm.) Also von meiner Seite aus, fühle ich mich wie im Knast. So sehe ich das eben.“ (Interview Herr Hellmann, Zeile 1513 – 1528)

Im Unterschied zu den weiteren Patiententypen werden mehrere selbstbestimmungsorientierte Patienten gegen ihren Willen in der Klinik behandelt. Sie verneinen die Notwendigkeit des Aufenthalts, haben aber letztendlich keine Möglichkeit zu bestimmen. Herr Hellmann vergleicht den aktuellen Aufenthalt im Waldkrankenhaus mit einem früheren Aufenthalt im Gefängnis. Aus seiner Sicht sind beide Aufenthalte identisch. Der selbstbestimmungsorientierte Patient kritisiert die Zwangsbehandlung, die unter anderem durch eine fehlende Möglichkeit gekennzeichnet ist, bestimmen zu können.

Die Aussagen der selbstbestimmungsorientierten Patienten habe ich bisher in Bezug auf die Forschungsfrage betrachtet, wie selbstbestimmt der Patient sein möchte und wie er sich in Bezug auf eine Fremdbestimmung durch den Assistenzarzt beziehungsweise den Kontext äußert. Dabei deute ich den Begriff Freiheit als Möglichkeit, bestimmen zu können. Eine weitere Interpretation ergibt sich durch die zweite Frage zur Analyse der Patiententypen, welcher handlungsleitende Aspekt im Zusammenhang mit der Behandlungspriorität des Patienten

zu erkennen ist. Dies verdeutlicht unter anderem die folgende Aussage von Herrn Gerken, die ich oben bereits als Kritik thematisiere, nicht bestimmen zu können.

„... erst mal ging es um Ausgang. Ich wollte Ausgang haben. Da hat (...) der Oberarzt gesagt, wer freiwillig hier rein kommt hat drei Tage Ausgangssperre. (JK: Mhm.) Was ich schon nicht verstehe. Wenn man freiwillig kommt, hat man auch Ausgang zu kriegen. (JK: Mhm.) (...) weil das ein Eingesperrtsein ist. Das ist ein Zwang. Für mich ein Zwang und eine Forderung, die (...) die Persönlichkeit des Patienten angreift. Oder die Freiheit des Patienten.“ (Interview Herr Gerken, Zeile 114 – 129)

Ergänzend zur obigen Interpretation können die Begriffe *Freiheit* und *Eingesperrtsein* in einen Zusammenhang gestellt werden. Die Patienten dieses Typs möchten nicht eingesperrt werden, sondern in den Ausgang gehen können. Die Aussage kennzeichnet somit eine **Bewegungsfreiheit** als bedeutsam. Die Bewegungsfreiheit ist während eines stationären Aufenthalts jedoch in der Regel eingeschränkt. Der Patient benötigt in den ersten drei Tagen des Aufenthalts eine Begleitung, um in den Ausgang gehen zu können. Normalerweise begleitet ein Angehöriger, ein Betreuer oder ein Krankenpfleger den Patienten in den Ausgang. Der Betroffene ist darauf angewiesen, dass er von einem Angehörigen oder einem Betreuer Besuch bekommt oder dass ein Krankenpfleger Zeit hat. Wenn dies nicht gegeben ist, kann der Patient nicht in den Ausgang.

Die Interpretation des Begriffs Freiheit als eine Bewegungsfreiheit passt ebenfalls zum Erleben des Patienten Herrn Hellmann, der das Krankenhaus mit einem *Knast* vergleicht. Ein Gefängnisaufenthalt ist insbesondere dadurch gekennzeichnet, dass er *eingesperrt* ist und sich nicht frei bewegen kann.

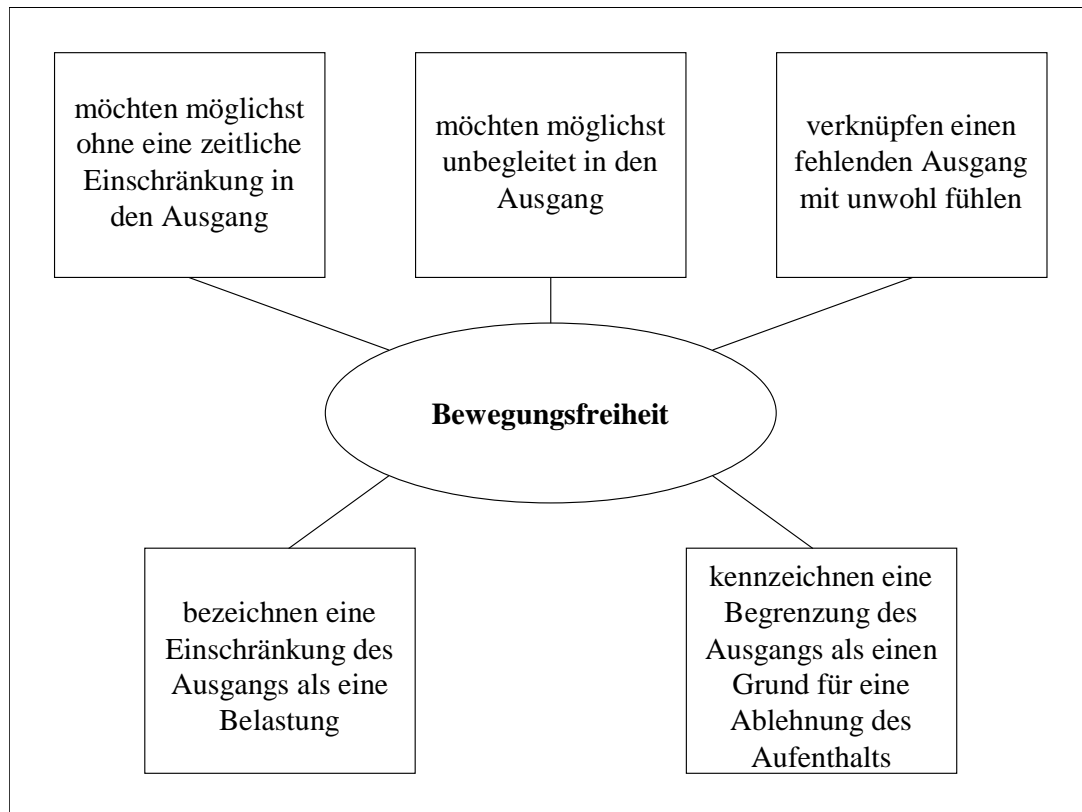


Abb. 26: Bewegungsfreiheit

„JK: Und was ist für Sie eigentlich wichtig, wenn Sie in ein Krankenhaus gehen?

U.: Na dass man auch mal raus kann und so.“ (Interview Herr Ulrich, Zeile 1093 – 1097)

„... die Station hat vierundzwanzig Stunden offen zu sein für freie Menschen.“ (Interview Herr Gerken, Zeile 1102 + 1103)

Herr Ulrich spricht davon, dass der übergeordnete Behandlungsinhalt Regelung des Ausgangs für ihn wichtig ist, wenn er in die Klinik geht. Und Herr Gerken fordert, dass die Patienten, die freiwillig im Krankenhaus sind, jederzeit in den Ausgang können. Sie und die weiteren Patienten dieses Typs äußern in der Regel, dass sie **möglichst ohne zeitliche Einschränkung und unbegleitet in den Ausgang möchten**. Die Bewegungsfreiheit hat für diese Patienten eine zentrale Bedeutung. Ich bezeichne sie als **selbstbestimmungs- und freiheitsorientierte Patienten**.

„... der (Herr Jürgens), der will raus. So. Man bietet ihm nicht einmal das Spazierengehen an. (...) ist doch klar, dass der sich unwohl fühlt.“ (Interview Herr Gerken, Zeile 872 – 875)

„... und seine eingeschränkte Freiheit hier. Er könne sich nicht so bewegen, wie er es möchte und das sei eine Belastung für ihn.“ (Forschungstagebuch B, Zeile 3642 – 3644)

Eine Einschränkung des Ausgangs kritisieren die selbstbestimmungs- und freiheitsorientierten Patienten. Beispielsweise **verknüpft** Herr Gerken einen **fehlenden Ausgang damit**, dass sich die Patienten **unwohl fühlen**. Ergänzend **bezeichnet** Herr Kattler die **Einschränkung des Ausgangs als** eine Einschränkung seiner Freiheit sowie als eine **Belastung**. Und Herr Konrad sagt während einer Anhörung mit dem Richter ...

„... er wolle eine Woche bleiben, wenn er Ausgang habe.“ (For-
schungstagebuch B, Zeile 6498 + 6499)

Der Betroffene macht die Regelung des Ausgangs zu einer Voraussetzung für seine Zustimmung zum stationären Aufenthalt. Er **kennzeichnet eine Begrenzung des Ausgangs als einen Grund für eine Ablehnung des Aufenthalts**. Damit unterscheiden sich die selbstbestimmungs- und freiheitsorientierten Patienten insbesondere von den paternalistisch und schutzorientierten Patienten, die den Ausgang zum Teil als eine Überforderung und eine Einschränkung des Ausgangs als einen Schutz erleben.

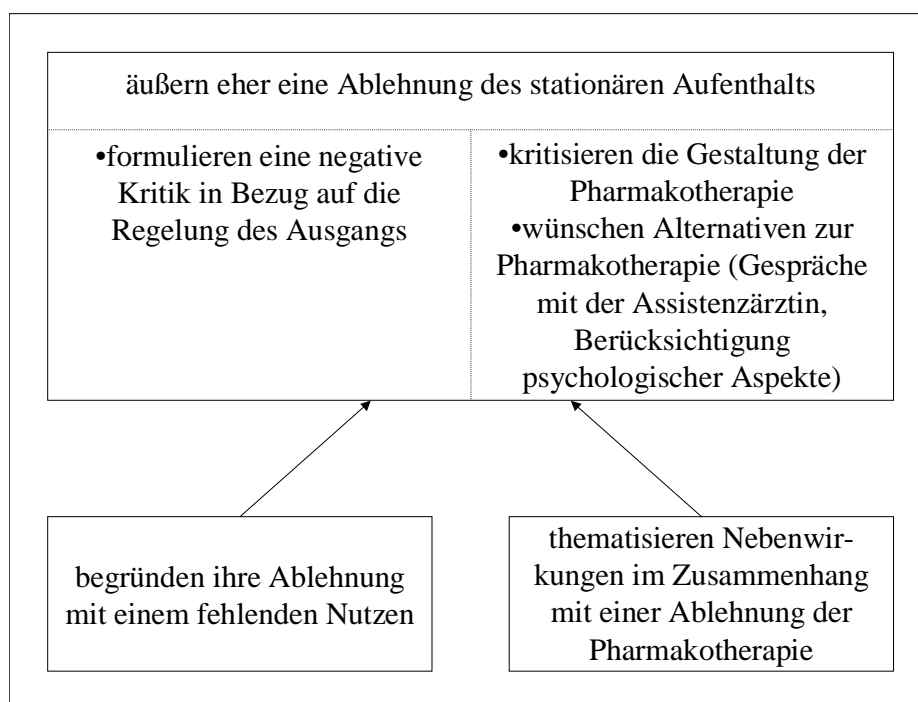


Abb. 27: Ablehnen des stationären Aufenthalts

Die Unterschiede zwischen den selbstbestimmungs- und freiheitsorientierten Patienten und den anderen Patiententypen betreffen zum Teil auch den übergeordneten Behandlungsinhalt der Notwendigkeit des Aufenthalts. Mehrere selbstbestimmungs- und freiheitsorientierte Patienten werden zwangsbehandelt. Sie erleben ihre Handlungen im Gegensatz zu den Personen im Kontext und den Assistenzärzten nicht als eine Aggression beziehungsweise als eine Gefährdung.

„Aber ich bin denn hier hergekommen, weil ich keinen anderen Ausweg mehr gesehen habe.“ (Interview Herr Otte, Zeile 481 + 482)

„... er will einerseits raus aus der Klinik, andererseits brauche er die Hilfe.“ (Forschungstagebuch A, Zeile 529 + 530)

Ergänzend sagen einzelne Patienten, die freiwillig in die Klinik gehen, dass sie keine Alternative zu einem Krankenhausaufenthalt sehen. Sie weisen darauf hin, in der akuten psychotischen Phase eine Hilfe zu benötigen. Gleichzeitig möchten sie in der Regel möglichst schnell entlassen werden. Im Vergleich zu den anderen Patiententypen **äußern** die selbstbestimmungs- und freiheitsorientierten Patienten **eher eine Ablehnung des stationären Aufenthalts**. Eine Non – Compliance widerspricht den handlungsleitenden Aspekten der Personen im Kontext und der Assistenzärzte. Außerdem thematisieren die selbstbestimmungs- und freiheitsorientierten Patienten die Psychose nicht als eine Krankheit, und sie weisen nicht auf negative Konsequenzen einer Psychose hin. Somit fehlt zum Teil eine Notwendigkeit, die akute Symptomatik zu bessern, und es fehlt die Grundlage für ein Verhindern von Störungen beziehungsweise für das Übernehmen einer Fürsorge.

„Er würde hier bleiben, freiwillig. Es tue ihm hier gut, er komme zur Ruhe und die Gespräche würden ihm gut tun. Allerdings nehme er keine Medikamente und er wolle mehr Ausgang.“ (Forschungstagebuch B, Zeile 295 – 301)

Herr Kattler erlebt den Aufenthalt einerseits als eine Hilfe. Dabei bleibt offen, ob der Patient die Gespräche mit der Assistenzärztin oder mit den Mitpatienten thematisiert. Ergänzend sagt er, dass er keine Medikamente einnehmen möchte und fordert mehr Ausgang. Unter diesen Bedingungen bleibt Herr Kattler freiwillig in der Klinik. Die selbstbestimmungs- und freiheitsorientierten Patienten kennzeichnen häufig einzelne Behandlungsinhalte als hilfreich, während sie andere ablehnen.

Eine **negative Kritik formulieren** sie im Unterschied zu den anderen Patiententypen vor allem **in Bezug auf** den übergeordneten Behandlungsinhalt **Regelung des Ausgangs**. Dies verdeutlichen die obigen Darstellungen zur Freiheitsorientierung. Ergänzend **kritisieren** Herr Kattler und die weiteren selbstbestimmungs- und freiheitsorientierten Patienten häufig **die Gestaltung der Pharmakotherapie**. Ihre Kritik widerspricht größtenteils den handlungsleitenden Aspekten der Personen im Kontext und der Assistenzärzte.

„... dann kriegt man gleich noch ein Medikament, (...) noch mehr raufgedonnert (...) Also das (...) ist Scheiße so was. (...) anstatt wirklich auf die Person einzugehen, (...) werden Medikamente verschrieben, (...) die Medikamente sprechen nicht zu Dir ...“ (Interview Herr Emmerich, Zeile 997 – 1013)

„Und die psychische Ebene (...) da wird man völlig im Unklaren gelassen.“ (Interview Herr Emmerich, Zeile 1945 – 1947)

Herr Emmerich ist ein Beispiel dafür, dass sich die Patienten dieses Typs **Alternativen zur Pharmakotherapie wünschen**. Sie thematisieren unter anderem **Gespräche mit der Assistenzärztin** oder die **Berücksichtigung psychologischer Aspekte**. In diesem Punkt stimmen die selbstbestimmungs- und freiheitsorientierten Patienten mit den Assistenzärzten überein, die ebenfalls einen hohen Stellenwert der Pharmakotherapie kritisieren.

„Und das hat mir ja ein Arzt (...) auch noch mal verschrieben. Dadurch habe ich das Arbeitengehen geschafft ...“ (Interview Frau Dressler, Zeile 1098 – 1101)

Im Gegensatz zu den meisten Mitpatienten dieses Typs ist der übergeordnete Behandlungsinhalt Gestaltung der Pharmakotherapie während des Aufenthalts von Frau Dressler kein Konfliktpunkt. Die Pharmakotherapie, die sie ambulant erhält, ermöglicht ihr die Ausübung eines Berufs. Sie thematisiert einen Nutzen der Pharmakotherapie.

„Ich merke nichts, dass das nun irgendwas verändert oder so.“ (Interview Herr Ulrich, Zeile 452 + 453)

„Habe Medikamente gekriegt, die mir (...) in der Hinsicht (...) auch nicht so viel gebracht haben.“ (Interview Herr Otte, Zeile 208 – 210)

Die meisten anderen selbstbestimmungs- und freiheitsorientierten Patienten lehnen die Einnahme von Medikamenten ab. Sie sprechen im Unterschied zu Frau Dressler und zu den anderen Patiententypen davon, dass die Pharmakotherapie *nichts (...) verändert* oder *nicht so viel gebracht* hat. Sie erleben keinen Nutzen durch die Einnahme von Medikamenten.

Einen fehlenden Nutzen thematisieren die selbstbestimmungs- und freiheitsorientierten Patienten auch in Bezug auf einzelne weitere übergeordnete Behandlungsinhalte.

„... die Therapien (...) die mir (...) nicht wirklich was bringen.“ (Interview Herr Otte, Zeile 205 – 210)

Am Beginn seines Aufenthalts nimmt Herr Otte am Therapieprogramm teil. Im Anschluss an einen vierwöchigen Aufenthalt kommt er weiterhin als Tagespatient in die Klinik am See. Er sagt zur Assistenzärztin, dass er nicht am Therapieprogramm teilnehmen möchte und ergänzt im Interview, dass *die Therapien (...) nicht wirklich was bringen*. Der Patient erlebt die Therapien nicht als hilfreich und **begründet seine Ablehnung** scheinbar **mit einem fehlenden Nutzen** des Therapieprogramms.

Schließlich sind in Bezug auf eine Ablehnung der Pharmakotherapie die Nebenwirkungen der Medikamente von Bedeutung.

„... Schlafaugen und ... (Dr. M.: ... ja ...) ... kaum Bewegung oder auch Nervenzuckungen, Augenkullern nach hinten und so was. (...) weil ich dadurch mein Studium nicht weiterführen konnte ...“ (APG Dr. Michaelis - Frau Kunz, Zeile 517 - 594)

„... hat mich gequält ...“ (APG Dr. Michaelis - Frau Kunz, Zeile 651 + 652)

Fast alle Patienten dieses Typs berichten ausführlich von Nebenwirkungen der Psychopharmaka. Hierzu zählen nach ihren Aussagen beispielsweise eine Müdigkeit, Muskelkrämpfe, Gewichtszunahme, Potenzprobleme, Vergesslichkeit oder ein verlangsamtes Denken. Frau Kunz stellt das Erleben von Nebenwirkungen in einen Zusammenhang mit dem Abbruch ihres Studiums und bezeichnet die Nebenwirkungen als eine Qual. Sie scheint die Pharmakotherapie als eine negative Einschränkung und nicht als hilfreich zu erleben. Im Gegensatz zu den anderen Patiententypen **thematisieren** die selbstbestimmungs- und freiheitsorientierten Patienten die **Nebenwirkungen** der Medikamente **im Zusammenhang mit einer Ablehnung der Pharmakotherapie**.

Zusammenfassend beinhalten die Darstellungen über die selbstbestimmungs- und freiheitsorientierten Patienten, dass sich ihre handlungsleitenden Aspekte vielfach von denen der anderen Patiententypen unterscheiden. Ergänzend passen ihre Äußerungen häufig nicht zu den handlungsleitenden Aspekten der Personen im Kontext sowie zu den handlungsleitenden Aspekten der Assistenzärzte.

14. Interaktionen der Patienten und Assistenzärzte im Kontext der stationären Psychiatrie

Im folgenden Kapitel sind entsprechend meines Forschungsinteresses die Interaktionen der Patienten und Assistenzärzte im Kontext der stationären Psychiatrie im Mittelpunkt⁸⁴. Innerhalb der Grounded Theory⁸⁵, die methodisch meinen Forschungsprozess strukturiert, besteht eine wesentliche Aufgabe des Forschers darin, die Daten in Codes zu überführen. Auf der Grundlage dieser Codes entwickelt der Forscher Achsenkategorien, und abschließend identifiziert er eine Kernkategorie. Dieses methodische Vorgehen gliedert die folgenden Abschnitte.

Ergänzend berücksichtige ich Hermanns (2004) Darstellungen, die in Bezug auf die Interaktionen von Klinikärzten und onkologischen Patienten herausarbeitet, dass das Herstellen eines Arrangements der Hoffnung die Kernkategorie ist. In Anlehnung an ihre Forschungsergebnisse beachte ich, welches Arrangement der Assistenzarzt und der Patient unter Berücksichtigung des Kontextes der stationären Psychiatrie herstellen.

Aufbauend auf dem oben thematisierten Ergebnis, dass die Patienten in Typen unterteilt werden können, gehe ich zuerst darauf ein, welche Achsenkategorien innerhalb einer typenspezifischen Betrachtung der Interaktionen im Mittelpunkt sind. Diese typenspezifischen Interaktionskategorien (14.1) heißen paternalistisch orientiert handeln und behandeln (14.1.1) sowie herstellen und umsetzen eines gemeinsamen Behandlungsplans (14.1.2) in Bezug auf die paternalistisch und schutzorientierten Patienten beziehungsweise in Bezug auf die mitbestimmungs- und hilfsangebotsorientierten Patienten. Bei den selbstbestimmungs- und freiheitsorientierten Patienten steht nicht eine typenspezifische Interaktionskategorie im Vordergrund, sondern ich identifizierte während der Datenauswertung drei Interaktionskategorien. Dies sind ein Zwangsbehandeln (14.1.3), das Ausnutzen eines zunehmenden Schweigens (14.1.4) sowie das Herstellen einer Selbstbestimmunginsel und einer Compliance (14.1.5).

Zusätzlich gehe ich darauf ein, welche Kategorien typenübergreifend die Interaktionen der Patienten und der Assistenzärzte kennzeichnen. Zu den typenübergreifenden Interaktionskategorien (14.2) zählen die Achsenkategorie Anbieten und (nicht) annehmen eines Wohlfühlkli-

⁸⁴ vergleiche Kap. 7 in Bezug auf die Begriffe Handlung, Interaktion und Kontext

⁸⁵ vergleiche 9.2

mas (14.2.1) sowie die Kernkategorie meiner Untersuchung. Sie lautet Ausblenden der Fremdbestimmungen (14.2.2).

Eine erste Übersicht in Bezug auf die Darstellungen ermöglicht die folgende Abbildung:

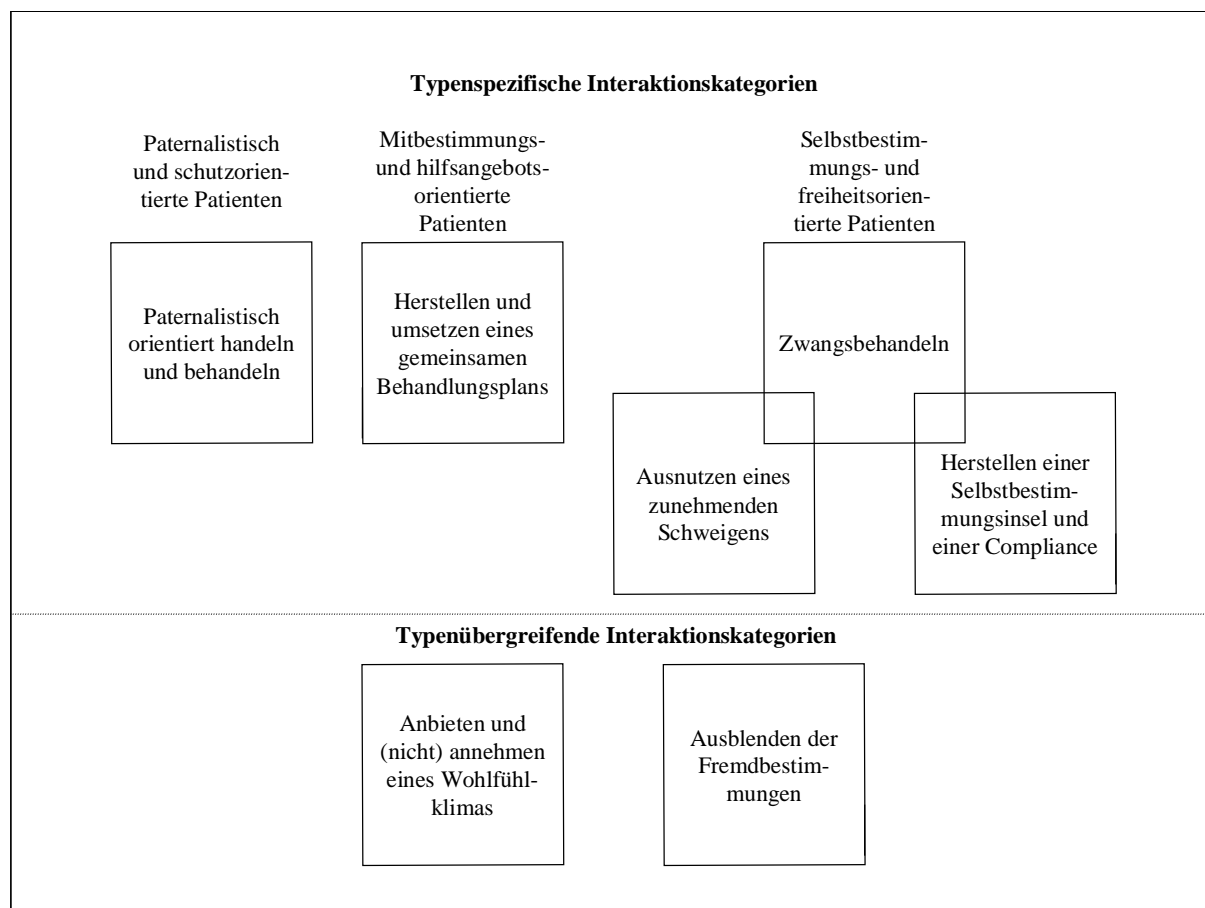


Abb. 28: Interaktionen der Patienten und Assistenzärzte im Kontext der stationären Psychiatrie

14.1 Typenspezifische Interaktionskategorien

14.1.1 Paternalistisch orientiert handeln und behandeln

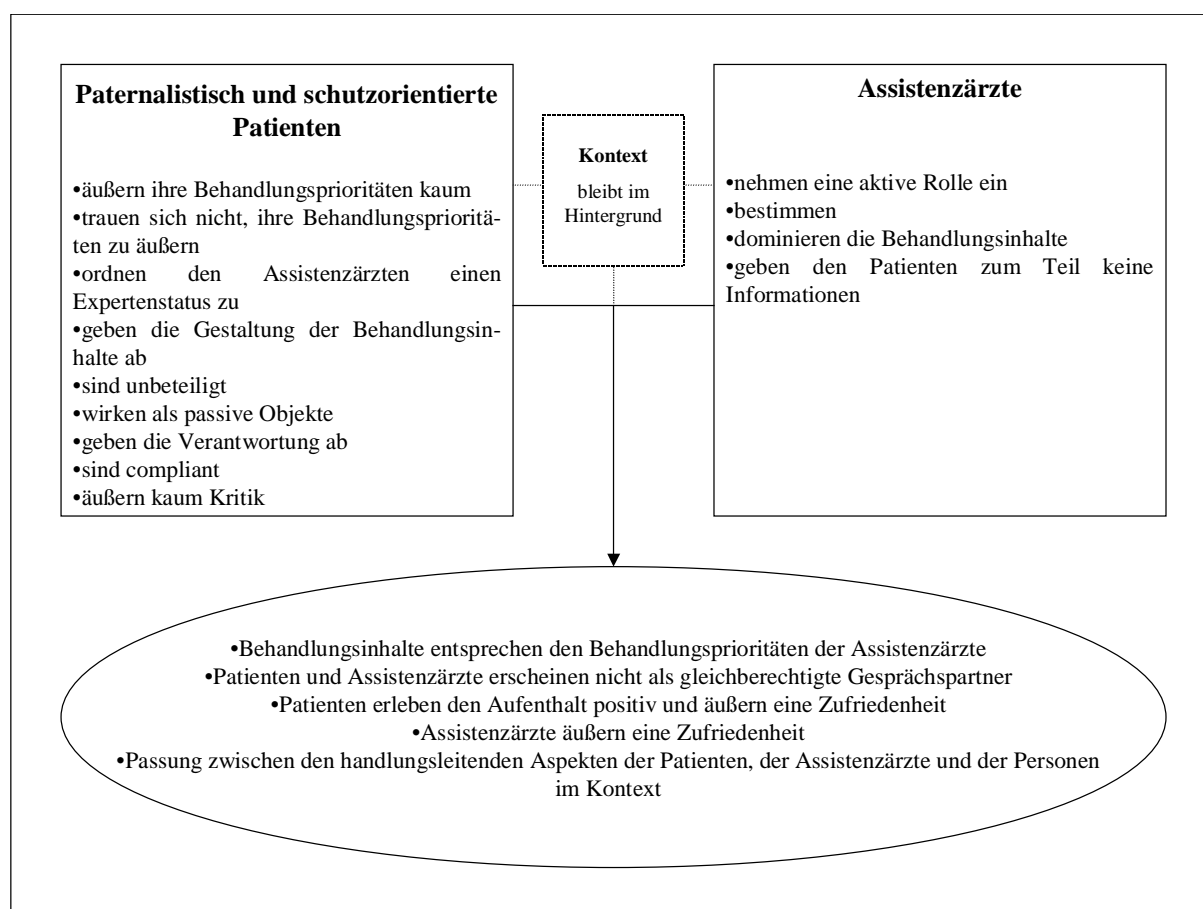


Abb. 29: Paternalistisch orientiert handeln und behandeln

„JK: Und gab es auch mal eine Situation, wo Sie gesagt haben (...) so möchte ich das gerne haben?

M.: Mmm, pfff (STÖHNT) nein, nicht.“ (Interview Frau Martin, Zeile 169 – 173)

Frau Martin erinnert sich an keine Situation, in der sie ihre Behandlungspriorität thematisiert. Sie und die weiteren paternalistisch und schutzorientierten **Patienten äußern ihre Behandlungspriorität kaum.**

„P.: Heute habe ich es ja gemacht und (...) klappt doch. (JK: Mhm, mhm.) Sie hat (...) nur gesagt, sie schreibt das ein. (JK: Ja.) Den Wochenendausgang (...).

JK: War das heute das erste Mal, dass Sie (...) auf die Frau Michaelis zugehen konnten und was fragen konnten oder gab es das schon mal?

P.: Jetzt muss ich überlegen. Nein, ich glaube das war das erste Mal. (JK: Ja?) Dass ich (...) was gefragt habe.“ (Interview Frau Paulsen, Zeile 1602 – 1626)

Zu dem Zeitpunkt, an dem sich Frau Paulsen erstmals mit einer Behandlungspriorität an die Assistenzärztin wendet, ist sie bereits seit sechs Wochen in der Klinik. Auch diese Aussage beinhaltet, dass die Patienten dieses Typs ihre Behandlungsprioritäten selten benennen.

„JK: Und wie ist das mit der Frau Michaelis, also wenn Sie fragen und sagen das hätte ich eigentlich gerne?“

P.: Das traue ich mich ja eben nicht.

JK: Ah ja, das trauen Sie sich gar nicht?

P: Ne, traue ich mich nicht. (JK: Mhm.) Ist zwar so eine liebe (...), Ärztin (...), aber ich traue mich nicht, irgendwie mal richtig den Mund aufzumachen.“ (Interview Frau Paulsen, Zeile 675 – 700)

Frau Paulsen thematisiert ihre Behandlungspriorität nicht, obwohl sie die Assistenzärztin als *eine liebe Ärztin* erlebt. Sie und weitere Patienten sprechen davon, dass sie **sich nicht trauen, ihre Behandlungspriorität zu äußern**. Ausschlaggebend hierfür scheint die Patientin und weniger die Assistenzärztin zu sein.

„... also oft wird es dem Arzt sozusagen überlassen (...) (JK: ... mhm ...) ... dass er sagt: ‚Wir schlagen Ihnen das und das vor. Das hat die Vorteile und die Nachteile.‘ Und dann sagt derjenige (HOLT LUFT) (...): ‚Ja, Sie müssen es wissen.‘ Nach dem Motto.“ (Interview Dr. Michaelis, Zeile 1976 – 1984)

Ergänzend spricht Dr. Michaelis davon, dass die Patienten oft auf die Darstellung der Vor- und Nachteile eines Behandlungsinhalts verzichten. Stattdessen sagen sie, dass die Assistenzärztin *es wissen muss*. Diese Patienten scheinen **der Assistenzärztin einen Expertenstatus zuzuordnen und geben die Gestaltung des Behandlungsinhalts ab**. Die Assistenzärzte **nehmen eine aktive Rolle ein**, während die paternalistisch und schutzorientierten **Patienten eher als ein passives Objekt wirken**.

„Viele gibt es da auch. Genau so viele, die dann einfach sagen: ‚Ich mache alles was Sie sagen. (...) Sie sind die Ärztin, Sie haben die Verantwortung.‘ Und wenn Du dann den Patienten was erklären willst, die sagen (EIN WORT UNVERSTÄNDLICH): ‚Brauchen Sie gar nicht mehr zu erzählen.‘ (...) Sie werden das schon richtig machen.‘ Gibt es auch“ (Interview Dr. Berthold, Zeile 510 – 520)

Vergleichbar sagt Dr. Berthold, dass die Patienten keine Erklärungen wünschen und dass die Assistenzärztin bestimmen soll. Für Dr. Berthold beinhaltet dies, dass einige **Patienten die Verantwortung** an die Assistenzärztin **abgeben**.

„JK: Und normalerweise, wie waren so Ihre Erfahrungen, wenn es was zu entscheiden gab, wie (...) passierte das? Oder nehmen wir doch vielleicht jetzt einfach (...) ein Beispiel. (...) Nehmen wir mal den Ausgang. (...) als Sie das erste mal dann Ausgang hatten. (...) Können Sie sich daran erinnern, wie das war? (...)

M.: (...) die Ärzte sind auf mich zugekommen und haben zu mir gesagt, dass ich das Krankenhausgelände auch verlassen dürfte, also sprich Ausgang.“ (Interview Frau Martin, Zeile 213 – 246)

Die Regelung des Ausgangs ist dadurch charakterisiert, dass die Patientin nicht nach Ausgang fragt und ihre Behandlungspriorität nicht äußert. Sie und die Assistenzärztin diskutieren den Behandlungsinhalt nicht. Stattdessen **bestimmt** die **Assistenzärztin**, und die **Patientin ist unbeteiligt**.

„JK: Können Sie sich an eine Situation erinnern, in der Ihre Vorstellung wie die Behandlung sein soll auch umgesetzt wurde?

R.: Was meinen Sie jetzt, mit (...) Medikamenten oder?

JK: Beispielsweise.

R.: Nein, hatte ich ja keine Vorstellung mit eingebracht. (...) Also das wurde alles so verordnet und gesagt, wie viel man nehmen muss. (...) Die wurden eben verordnet und denn war das klar für mich ...“ (Interview Frau Reinke, Zeile 329 – 358)

Auch in diesem Beispiel bestimmt die Assistenzärztin. Sie teilt der Patientin mit, welche und wie viele Medikamente die Betroffene einnehmen muss. Frau Reinke spricht davon, dass sie keine Behandlungspriorität äußert und in Bezug auf die Gestaltung der Pharmakotherapie unbeteiligt ist. Außerdem sagt die Patientin, dass der Behandlungsinhalt somit *klar war*. Sie stellt die Gestaltung der Pharmakotherapie nicht in Frage. Die paternalistisch und schutzorientierten Patienten setzen den Behandlungsinhalt um. Sie **sind compliant**.

Bisher bin ich auf Beispiele eingegangen, in denen die paternalistisch und schutzorientierten Patienten ihre Behandlungspriorität nicht äußern und die Assistenzärztin bestimmt. Entsprechende Interaktionen dominieren die Behandlungsprozesse dieses Patiententyps. Ergänzend äußern die Patienten in wenigen Situationen eine Behandlungspriorität.

„Frau Martin wollte sehr viel Ausgang und sie habe gesagt, sie habe da Bedenken und hat ihr weniger gegeben.“ (Forschungstagebuch C, Zeile 3242 – 3244)

Sofern die Assistenzärzte und die Patienten abweichende Behandlungsprioritäten haben, **entspricht der Behandlungsinhalt** in der Regel **den Behandlungsprioritäten der Assistenzärzte**. Sie **dominieren die Behandlungsinhalte**.

„Muss ich mich mit abfinden. (JK: Ja, ja.) Wenn sie nein sagen tut.“ (Interview Frau Paulsen, Zeile 1067 – 1071)

„... ich habe es so angenommen, musste ich ja. (JK: Okay, ja.) Mehr oder weniger. Was soll ich dazu sagen? Kann ja nicht mit ihr rumstreiten.“

JK: Ja. (M.: (LACHT) Ne.) (LACHT) Ja. Wäre das für Sie vorstellbar, dass Sie sich auch mit ihr sozusagen ... (M.: ... (LACHT) ...) ... streiten können?

M.: Oh weiß ich nicht, nein, will ich auch gar nicht, glaube ich. (LACHT KURZ).“ (Interview Frau Martin, Zeile 341 – 360)

Die Patienten sagen, dass sie sich damit abfinden müssen, was die Assistenzärzte bestimmen. Sie setzen die Behandlungsinhalte um und widersprechen nicht. Ein Streitgespräch mit einem Assistenzarzt möchten die Betroffenen nicht führen. Eine Compliance kennzeichnet ebenfalls die Behandlungsprozesse, in denen der Patient und der Assistenzarzt abweichende Behandlungsprioritäten äußern.

„JK: Und eine eher schlechte Ärztin oder ein eher schlechter Arzt, was ist das für Sie?

B.: Na ja, ich nehme das hin, im Grunde genommen ...“ (Interview Frau Bode, Zeile 2022 – 2027)

Auch Frau Bode spricht davon, einen schlechten Arzt hinzunehmen. Sie scheint den Behandlungsinhalt selbst dann umzusetzen, wenn sie den Assistenzarzt als schlecht erlebt.

„... dieser epileptische Anfall eben, (...) weil sie mich zu hoch dosiert hat. (...) Was ich auch nicht so toll finde, also das geht (SCHWER VERSTÄNDLICH; UNGEFÄHR) nicht an. Na gut, was heißt (STÖHNT) eigentlich jetzt ist es mir auch egal (...) ist passiert ...“ (Interview Frau Martin, Zeile 637 – 662)

Frau Martin hat während ihres Aufenthalts einen epileptischen Anfall. Dr. Michaelis geht davon aus, dass der epileptische Anfall eine Nebenwirkung einer zu hohen Medikamentendosierung ist. Die Patientin sagt zuerst, dass dies nicht angehen kann. Im nächsten Satz relativiert sie ihre Aussage und spricht davon, dass es ihr egal ist. Zu diesem Zeitpunkt bin ich als teilnehmender Beobachter täglich in der Klinik am See anwesend. Ich habe keinen Hinweis, dass Frau Martin die Pharmakotherapie gegenüber der Assistenzärztin kritisiert oder ihren Unmut benennt, der im Interview kurzzeitig zu erkennen ist. Den paternalistisch und schutzorientierten Patienten scheint es **kaum möglich** zu sein, **eine Kritik** gegenüber der Assistenzärztin **zu äußern**.

In den Gesprächen der paternalistisch und schutzorientierten Patienten mit den Assistenzärzten, an denen ich teilnahm, thematisieren die Betroffenen keine Kritik. Aber während der Interviews sprechen einzelne Patienten davon, dass Behandlungsinhalte fehlten.

„B.: Informationen über die Tabletten?

JK: Ja ... (...) ... über die Medikamente, ja.

B.: Wie sie wirken und so?

JK: Mhm.

B.: Gar nichts.

JK: Gar nichts. Hätten Sie sich da was gewünscht an Information?

B.: Na ja, schon ...“ (Interview Frau Bode, Zeile 1362 – 1379)

Frau Bode thematisiert beispielsweise auf meine Nachfrage, dass der **Assistenzarzt** ihr in Bezug auf die Pharmakotherapie **keine Informationen gibt**. Im Gegensatz hierzu möchte die Patientin informiert werden. Offen bleibt, ob sie diesen Wunsch gegenüber dem Assistenzarzt formuliert.

„JK: Und haben Sie sich da mit der Frau Michaelis mal drüber unterhalten über die Diagnose?

P.: Nein, habe ich nicht.

JK: Gar nicht?

P.: Ich weiß ja gar nicht was ich habe.

JK: Ja, ja. Interessiert Sie das?

P.: Ja, ich würde das gerne wissen wollen.

JK: Ja, ja. Wie kommt es, dass Sie da nicht nachfragen?

P.: Da ist wieder die Hemmschwelle. (JK: Ah ja, okay, mhm.) Da traut man sich wieder nicht zu fragen.“ (Interview Frau Paulsen, Zeile 1292 – 1311)

Auch Frau Paulsen, die ihre Diagnose nicht kennt, sagt, dass sie sich mehr Informationen von der Assistenzärztin wünscht. Ein Gespräch über die Diagnose findet nicht statt, und die Betroffene fragt die Assistenzärztin nicht nach Informationen. Als Grund thematisiert sie, sich nicht zu trauen. Die **Patientin und die Assistenzärztin erscheinen nicht als gleichberechtigte Gesprächspartner**.

In Bezug auf die paternalistisch und schutzorientierten Patienten habe ich bisher dargestellt, dass die Betroffenen kaum ihre Behandlungspriorität äußern, sich nicht trauen, ihre Behandlungspriorität zu äußern, der Assistenzärztin einen Expertenstatus zuordnen, die Gestaltung des Behandlungsinhalts abgeben und unbeteiligt bleiben, als ein passives Objekt wirken, die Verantwortung abgeben, compliant sind und kaum Kritik äußern. Die Assistenzärzte nehmen beim Gestalten der Behandlungsinhalte eine aktive Rolle ein, sie bestimmen, sie dominieren die Behandlungsinhalte und sie geben den Betroffenen zum Teil keine Informationen. Die Gestaltung der Behandlungsinhalte entspricht in der Regel der Behandlungspriorität des Assistenzarztes. Der Patient und der Assistenzarzt scheinen keine gleichberechtigten Gesprächspartner zu sein.

Dies erinnert an wesentliche Merkmale des Paternalismus. Im Theorieteil⁸⁶ gehe ich unter anderem darauf ein, dass im Paternalismus der Arzt die Gesprächsthemen, die Ziele der Behandlung und die Entscheidungen dominiert (Roter, 2000). Der Arzt handelt als Subjekt im

⁸⁶ vergleiche 2.1

vermuteten besten Interesse des Patienten und trägt die Verantwortung. Der Patient hat eher die Rolle eines Objekts, und seine Perspektive wird kaum beachtet.

Die theoretischen Darstellungen zum Paternalismus und die Auswertungsergebnisse über die Interaktionen der paternalistisch und schutzorientierten Patienten mit den Assistenzärzten stimmen in zahlreichen Aspekten überein. Dies bildet die Grundlage meiner Interpretation, dass die Patienten **paternalistisch orientiert handeln, und** die Assistenzärzte **paternalistisch orientiert behandeln**.

„JK: Und gab es (...) auch eine Situation, wo Sie dachten ‚So hätte ich das gerne‘ und (...) die Ärzte haben gesagt ‚Nein, das können wir nicht so machen‘?“

R.: Ja, ist bei dem Ausgang immer. (...) Weil es ja zum Schutz vor einem selber ist ...“ (Interview Frau Reinke, Zeile 498 – 509)

Inwieweit die Interaktionen auch einer Schutzorientierung dienen, thematisieren die Betroffenen kaum. Nur einzelne Daten weisen darauf hin, dass auch die Schutzorientierung Berücksichtigung findet. Beispielsweise sagt Frau Reinke, dass sie die Gestaltung des Ausgangs durch die Assistenzärztin als einen Schutz erlebt, obwohl die Gestaltung von der Behandlungspriorität der Betroffenen abweicht.

„Insgesamt gefällt es mir sehr gut (...) und ich bin zufrieden mit der Behandlung ...“ (Interview Frau Martin, Zeile 121 – 126)

„Also im Großen und Ganzen ist es schön hier. (JK: Ja.) Gefällt mir.“ (Interview Frau Bode, Zeile 2250 – 2255)

„Ich fühle mich auch wohl.“ (Interview Frau Bode, Zeile 1628)

Die Patienten dieses Typs fühlen sich wohl, und ihnen gefällt der Aufenthalt. Sie **erleben den Klinikaufenthalt positiv und äußern eine Zufriedenheit**.

„JK: ... gab es andere Sachen wo Sie an die Ärztin rangetreten sind ... (R.: ... mhm ...) ... und gesagt haben, ist das möglich?“

R.: Nein, habe ich nicht, weil ich mit allem ja zufrieden war, also mir fehlte ja nichts, also brauchte ich die Ärztin nicht ansprechen.“ (Interview Frau Reinke, Zeile 466 – 477)

Die Zufriedenheit führt nach Frau Reinke dazu, dass sie ihre Behandlungspriorität nicht äußert. Die Aussage weist darauf hin, dass die Zufriedenheit der Patienten dieses Typs zu einem paternalistisch orientierten Handeln beiträgt.

Auf meine Frage, wie die Assistenzärzte die verschiedenen Behandlungsprozesse mit den Patienten bewerten, spricht beispielsweise Dr. Michaelis in Bezug auf die Interaktionen mit den paternalistisch und schutzorientierten Patientinnen Frau Martin und Frau Paulsen von einer sehr guten beziehungsweise von einer gelungenen Zusammenarbeit. Die **Assistenzärzte**

äußern eine Zufriedenheit über die Interaktionen mit den paternalistisch und schutzorientierten Patienten.

Die Personen im **Kontext** benennen während einzelner Visiten und Teambesprechungen zum Teil ihre Behandlungsprioritäten. Ihr Einfluss auf die Behandlungsinhalte **bleibt** bei den paternalistisch und schutzorientierten Patienten jedoch gering und steht **im Hintergrund**.

In den Abschnitten 11.2.4 und 12.4 stelle ich dar, dass eine Compliance des Patienten für die Personen im Kontext und für die Assistenzärzte ein handlungsleitender Aspekt ist. Für die Patienten ist eine paternalistische und eine Schutzorientierung handlungsleitend. Sie sind compliant. Aggressionen beziehungsweise Gefährdungen und Störungen sowie Fürsorgeaspekte sind bei diesem Patiententyp kaum von Bedeutung.

Grundlage der Interaktionen der paternalistisch und schutzorientierten Patienten mit den Assistenzärzten ist eine **Passung zwischen den handlungsleitenden Aspekten** der Patienten, der Assistenzärzte und der Personen im Kontext.

14.1.2 Herstellen und umsetzen eines gemeinsamen Behandlungsplans

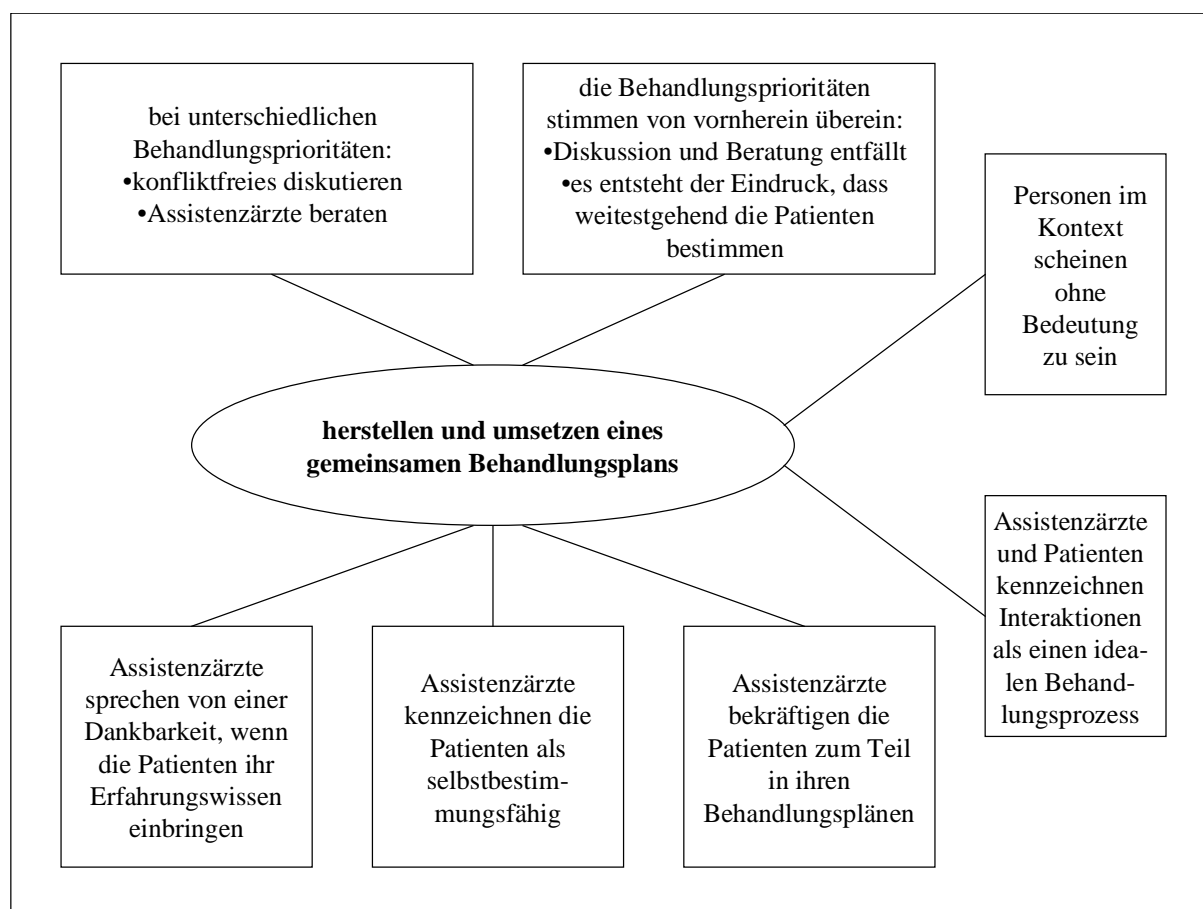


Abb. 30: Herstellen und umsetzen eines gemeinsamen Behandlungsplans

„T.: ... Dr. Schneider hatte eben gesagt, dass es schon gut wäre, schnell und intensiv Kontakt zu (dem ambulanten Träger) aufzunehmen, und das wollte ich aber am Anfang nicht, vielleicht war das schon eine unterschiedliche Vorstellung ... (JK: ... ja ...)... denke ich schon (...).

JK: Wie war das in der Situation, was ist da passiert?

T.: Na ja, also stressig war es nicht, er hat dann eben gesagt, er kann eben auch nur Empfehlungen aussprechen, er kann ja jetzt nicht sagen, ‚Frau Trautner, tun Sie dies und das, oder Sie müssen jetzt dies und das machen‘, er kann natürlich mich nur beraten. Und das hat er auch gemacht. (JK: Ja.) Und hat mir dann eben auch gesagt warum. (JK: Mhm.) Und ich habe ihm gesagt, warum ich nicht.“ (Interview Frau Trautner, Zeile 861 – 889)

Die mitbestimmungs- und hilfsangebotsorientierten Patienten und die Assistenzärzte haben zum Teil unterschiedliche Behandlungsprioritäten. Frau Trautner thematisiert die Zeit nach dem Aufenthalt. Aus der Sicht des Assistenzarztes ist es sinnvoll, dass die Patientin in der Zeit nach dem Aufenthalt die Tagesstätte eines ambulanten Trägers nutzt. Frau Trautner lehnt den Besuch der Tagesstätte ab. Die Situation, dass sie und Dr. Schneider unterschiedliche Be-

handlungsprioritäten haben, erlebt die Patientin nicht als einen Stressfaktor. Die **Diskussion der unterschiedlichen Behandlungsprioritäten erfolgt konfliktfrei**.

Frau Trautner spricht davon, dass der **Assistenzarzt** sie **berät**. Die weiteren mitbestimmungs- und hilfsangebotsorientierten Patienten äußern sich vergleichbar. Sie weisen unter anderem darauf hin, dass der Assistenzarzt über ein medizinisches Fachwissen und eine Berufserfahrung verfügen soll, um beraten zu können.

„Er fragt Dr. Schneider nach seiner Einschätzung, ob er die Therapie für gut halte.“ (Forschungstagebuch A, Zeile 1882 + 1883)

In diesem Beispiel fragt Herr Lohmann Dr. Schneider, wie der Assistenzarzt eine Therapie beurteilt, die der Betroffene eventuell ambulant beginnen möchte. Der handlungsleitende Aspekt, dass die Patienten den Assistenzarzt als einen Berater sehen⁸⁷, ist für die Interaktionen relevant.

„Und bei dem war das sehr einfach, also den habe ich gefragt (...) ‚Was kann ich für Sie tun?‘ Und der hat mir gesagt: ‚Also das und das und das und das und das.‘ Und ich habe gesagt: ‚Na ja, das geht ganz gut und da habe ich so meine Zweifel, wollen wir das nicht lieber so machen?‘ (...) zum Schluss haben wir beide gesagt: ‚Ja, das ist die Lösung, von der wir denken, das funktioniert am besten.‘ Und dann haben wir das genau so gemacht.“ (Interview Dr. Schneider, Zeile 285 – 363)

Der mitbestimmungs- und hilfsangebotsorientierte Patient und Dr. Schneider haben am Beginn des Behandlungsprozesses unterschiedliche Behandlungsprioritäten. Der Assistenzarzt äußert Zweifel in Bezug auf den Vorschlag des Patienten und thematisiert eine Alternative. Der Betroffene und Dr. Schneider diskutieren ihre abweichenden Präferenzen und einigen sich auf einen gemeinsamen Behandlungsplan. Ihre Interaktion ist durch das **Herstellen und Umsetzen eines gemeinsamen Behandlungsplans** charakterisiert.

In dem Beispiel stellt zuerst der Patient seine Behandlungsprioritäten dar. Daraufhin benennt der Assistenzarzt seine Zweifel und macht Gegenvorschläge. Die Interaktionen sind zum Teil dadurch gekennzeichnet, dass der Patient und der Assistenzarzt einen Kompromiss zwischen den ursprünglichen Behandlungsprioritäten vereinbaren. In anderen Fällen entspricht der Behandlungsinhalt eher der Behandlungspriorität des Assistenzarztes oder überwiegend der Behandlungspriorität des Patienten. Beispielsweise setzt sich innerhalb der oben zitierten kon-

⁸⁷ vergleiche 13.2

fliktfreien Diskussion ihrer unterschiedlichen Behandlungsprioritäten Frau Trautner durch. Der Behandlungsinhalt entspricht ihrer Präferenz, länger in der Klinik zu bleiben.

Die Frage, ob der Behandlungsplan letztendlich eher der Behandlungspriorität des Patienten beziehungsweise des Assistenzarztes entspricht, scheint weder für den Assistenzarzt noch für den Patienten von Bedeutung zu sein. Ihre Interaktionen sind vielmehr dadurch charakterisiert, dass der Patient und der Assistenzarzt einen Behandlungsplan entwickeln, den letztendlich beide befürworten. Der Patient ist aktiv beteiligt und bestimmt mit. Die Interaktion entspricht der Mitbestimmungsorientierung der Patienten. Im Unterschied zum paternalistisch orientierten Handeln und Behandeln wirken die mitbestimmungs- und hilfsangebotsorientierten Patienten nicht als ein passives Objekt, sondern sie nehmen eine aktive Rolle ein.

„JK: ... und gab es jetzt auch mal eine Situation hier, wo Sie und die Frau Berthold verschiedene Vorstellungen hatten wie die Behandlung sein soll? Wo sich Ihre Meinungen unterschieden haben?“

L.: Nein, gab es nicht.“ (Interview Frau Lunau, Zeile 759 – 764)

Ergänzend zu den obigen Darstellungen sind einzelne Interaktionen der mitbestimmungs- und hilfsangebotsorientierten Patienten mit den Assistenzärzten dadurch gekennzeichnet, dass ihre **Behandlungsprioritäten von vornherein übereinstimmen**. Die Patienten gehen in die Klinik, da sie ein entsprechendes Angebot suchen. In Bezug auf die handlungsleitenden Aspekte der mitbestimmungs- und hilfsangebotsorientierten Patienten, der Assistenzärzte und der Personen im Kontext besteht weitestgehend eine Passung⁸⁸.

„ ‚Wie lange wollen Sie bleiben? ‚ ,1½ Wochen.‘ Dr. Schneider notiert sich den Entlassungstermin.“ (Forschungstagebuch A, Zeile 14017 – 14019)

Entsprechende Behandlungsprozesse sind in der Regel dadurch gekennzeichnet, dass eine **Diskussion** unterschiedlicher Behandlungsprioritäten sowie eine **Beratung entfällt**. Stattdessen fragt der Assistenzarzt den Betroffenen nach seiner Behandlungspriorität und übernimmt sie als Behandlungsplan. **Es entsteht der Eindruck, dass weitestgehend die mitbestimmungs- und hilfsangebotsorientierten Patienten den Behandlungsinhalt bestimmen**. Die Assistenzärzte akzeptieren den Behandlungsplan wortlos. Da sie sich nicht äußern, vermute ich, dass sie dieselbe Behandlungspriorität haben. In den Situationen, in denen ihre Behandlungspriorität abweicht, folgt hingegen eine Beratung und Diskussion.

⁸⁸ vergleiche 11.2 und 12. und 13.2

Unabhängig davon, ob die Behandlungsprioritäten von vornherein übereinstimmen oder nicht, ist das Herstellen und Umsetzen eines gemeinsamen Behandlungsplans durch weitere Aspekte charakterisiert.

„... oft ist es ja sowieso so, wenn die schon erfahren sind, dann bin ich (...) als Arzt auch ganz dankbar, wenn sie einem jetzt zum Beispiel erzählen, (...) was ihnen gut tut und was halt weniger gut tut. (...) Also insofern fließt die natürlich mit ein.“ (Interview Dr. Berthold, Zeile 270 – 284)

Ich frage Dr. Berthold nach einem Behandlungsprozess, der dadurch gekennzeichnet ist, dass der Patient mitbestimmt. Die Assistenzärztin thematisiert daraufhin die Erfahrungen des Patienten. Wenn der Betroffene bereits im Krankenhaus war, weiß er in der Regel wie die Behandlungsinhalte gestaltet werden müssen, damit er sie als hilfreich erlebt. Der Patient kann ein Wissen haben, über das die Assistenzärztin nicht verfügt. Dr. Berthold **spricht von einer Dankbarkeit, wenn der Patient sein Erfahrungswissen einbringt**. Sie eröffnet eine Möglichkeit mitzubestimmen.

„... es gibt Patienten, die wirklich so differenziert und aufmerksam mit sich sind, also die schon sehr weit fortgeschritten sind auf dem Prozess (...) selber zu lernen, wie sie sich managen können ... (JK: ... mhm ...) ... (...) die das hinkriegen, also die entweder die Dosis variieren oder auch mal was nehmen, mal nichts nehmen ...“ (Interview Dr. Schneider, Zeile 933 – 942)

Dr. Schneider thematisiert *sehr weit fortgeschrittene* Patienten. Seine Aussage bezieht sich auf einzelne Patienten, die die Pharmakotherapie selbständig verändern. Aufbauend auf ihren Erfahrungen wissen die Patienten, wie sie die Dosis der Medikamente variieren können oder sie wissen, wann sie auf Medikamente verzichten können beziehungsweise nicht. Aus der Sicht des Assistenzarztes sind diese Patienten in der Lage, selbständig die Gestaltung der Pharmakotherapie zu bestimmen. Die entsprechenden Äußerungen der Assistenzärzte beziehen sich auf die Patienten, die ich als mitbestimmungs- und hilfsangebotsorientiert typisiere. Die **Assistenzärzte kennzeichnen diese Patienten mit einem Verweis auf ihr Wissen als selbstbestimmungsfähig**.

„... sagt Dr. Schneider, er finde es schön, wie das letzte Jahr war (...). Es sei ein sehr guter Weg, den (der Patient) begonnen habe und er solle ihn weiter gehen.“ (Forschungstagebuch A, Zeile 14051 – 14055)

Ergänzend geben die Assistenzärzte den mitbestimmungs- und hilfsangebotsorientierten Patienten wiederholt eine positive Rückmeldung. Dr. Schneider lobt die Entwicklung des Pa-

tienten und ermuntert ihn, diese Entwicklung fortzusetzen. Die **Assistenzärzte bekräftigen die Patienten zum Teil in ihren Behandlungsplänen.**

In den bisher dargestellten und zahlreichen weiteren Beispielen über die Interaktionen der mitbestimmungs- und hilfsangebotsorientierten Patienten mit den Assistenzärzten bleiben die Personen im Kontext unerwähnt. **Die Personen im Kontext scheinen ohne Bedeutung zu sein.** Vergleichbar mit den paternalistisch und schutzorientierten Patienten sind auch die mitbestimmungs- und hilfsangebotsorientierten Patienten von sich aus compliant, so dass eine Compliance nicht hergestellt werden muss. Eine Compliance besteht auch in Bezug auf die Pharmakotherapie, und Aggressionen sowie Störungen sind innerhalb der Behandlungsprozesse mit den mitbestimmungs- und hilfsangebotsorientierten Patienten in der Regel nicht relevant. Ihre Interaktionen mit den Assistenzärzten passen weitestgehend zu den handlungsleitenden Aspekten der Personen im Kontext.

In Bezug auf eine Bewertung der Interaktionen mit den mitbestimmungs- und hilfsangebotsorientierten Patienten sprechen die Assistenzärzte von einer gelungenen Zusammenarbeit, und sie beschreiben den Behandlungsprozess damit, dass ...

„... das Arbeiten sehr viel Spaß gemacht hat ...“ (Interview Dr. Schneider, Zeile 1186)

Ergänzend bezeichnen die Assistenzärzte die Patienten dieses Typs wiederholt als ideale Patienten. Die Assistenzärzte **kennzeichnen ihre Interaktionen** mit diesen Patienten **als einen idealen Behandlungsprozess.**

„Eine andere Patientin, (...) mit der mir das Arbeiten sehr viel Spaß gemacht hat, (...) die in der Psychoszene (...) ziemlich engagiert ist und auch Selbsthilfegruppen organisiert (...). Bei der war das also richtig krass, die kam in die Klinik, total verrückt, und hat mit dem letzten bisschen Gesundheit, was sie noch hatte irgendwie Kontakt zu mir aufgenommen und gesagt, ‚Ich will wieder die Dreitagesspritze‘ und denn hat die bei uns hochdosiert ein hammerhartes Medikament gekriegt, (...) nach drei Tagen ging es ihr wieder soweit gut, dass sie gesagt hat, ‚So, und jetzt will ich wieder entlassen werden‘ und ist wieder gegangen. (JK: Ja.) Und hat aus ihrem Leben (...) viel gemacht. (...) sie hat ein Buch geschrieben und sich (...) in der Hamburger Stimmenhörerbewegung total (...) engagiert, und hat sich um ihren Sohn gekümmert, und war sozial ganz engagiert und war mit sich zufrieden.“ (Interview Dr. Schneider, Zeile 1185 – 1210)⁸⁹

⁸⁹ In diesem Auszug aus dem Interview mit Dr. Schneider ist das eben wiedergegebene Zitat in einen größeren Zusammenhang eingeordnet.

Der Assistenzarzt thematisiert, dass die mitbestimmungs- und hilfsangebotsorientierte Patientin freiwillig in die Klinik kommt, nach Medikamenten fragt und diese einnimmt. Dies kann als eine Compliance der Patientin verstanden werden, und die Pharmakotherapie ist für das Bessern der akuten Symptomatik von Bedeutung. Ergänzend sagt der Assistenzarzt, die Betroffene *hat aus ihrem Leben (...) viel gemacht*. Sie ist berufstätig, scheint ihren Aufgaben als Mutter gerecht zu werden und sie ist sozial integriert. Den handlungsleitenden Aspekt einer Teilhabe am Leben durch eine Compliance erfüllen die mitbestimmungs- und hilfsangebotsorientierten Patienten. Die Themen Gefährdung und Fürsorge betreffen diesen Patiententyp in der Regel nicht.

Auch die Betroffenen äußern sich positiv in Bezug auf die Interaktionen mit den Assistenzärzten. Ergänzend zu den obigen Darstellungen sagt beispielsweise Frau Trautner, dass sie während ihres Aufenthalts im Waldkrankenhaus mitbestimmen kann. Sie bezeichnet den Assistenzarzt als einen idealen Arzt. Außerdem stehen den Patienten mit den übergeordneten Behandlungsinhalten die gewünschten Hilfsangebote zur Verfügung. Die handlungsleitenden Aspekte der Patienten dieses Typs werden innerhalb der Interaktionen mit den Assistenzärzten umgesetzt.

„Wenn das nicht gewesen wäre, ich glaube, das wäre der beste Krankenhausaufenthalt meines Lebens gewesen.“ (Interview Frau Trautner, Zeile 2150 – 2153)

Mit Ausnahme von Ängsten vor einzelnen Mitpatienten spricht Frau Trautner von dem besten Krankenhausaufenthalt ihres Lebens. Auch die mitbestimmungs- und hilfsangebotsorientierten Patienten kennzeichnen ihre Interaktionen mit den Assistenzärzten als einen idealen Behandlungsprozess.

14.1.3 Zwangsbehandeln

In den folgenden Abschnitten 14.1.3 bis 14.1.5 thematisiere ich die Interaktionen der selbstbestimmungs- und freiheitsorientierten Patienten mit den Assistenzärzten. Die Patienten dieses Typs werden zum Teil – jedoch nicht immer – gegen ihren Willen behandelt. Das

Zwangsbehandeln⁹⁰ ist ein Bestandteil einzelner, aber nicht aller Interaktionen der selbstbestimmungs- und freiheitsorientierten Patienten mit den Assistenzärzten. Teilweise bleiben die Patienten freiwillig in der Klinik, nachdem die Zwangsbehandlung endet. In diesem Fall geht das Zwangsbehandeln einem anderen Interaktionstyp voraus. Die folgende Grafik ermöglicht einen ersten Überblick, welche Interaktionen der selbstbestimmungs- und freiheitsorientierten Patienten mit den Assistenzärzten ich identifizieren konnte.

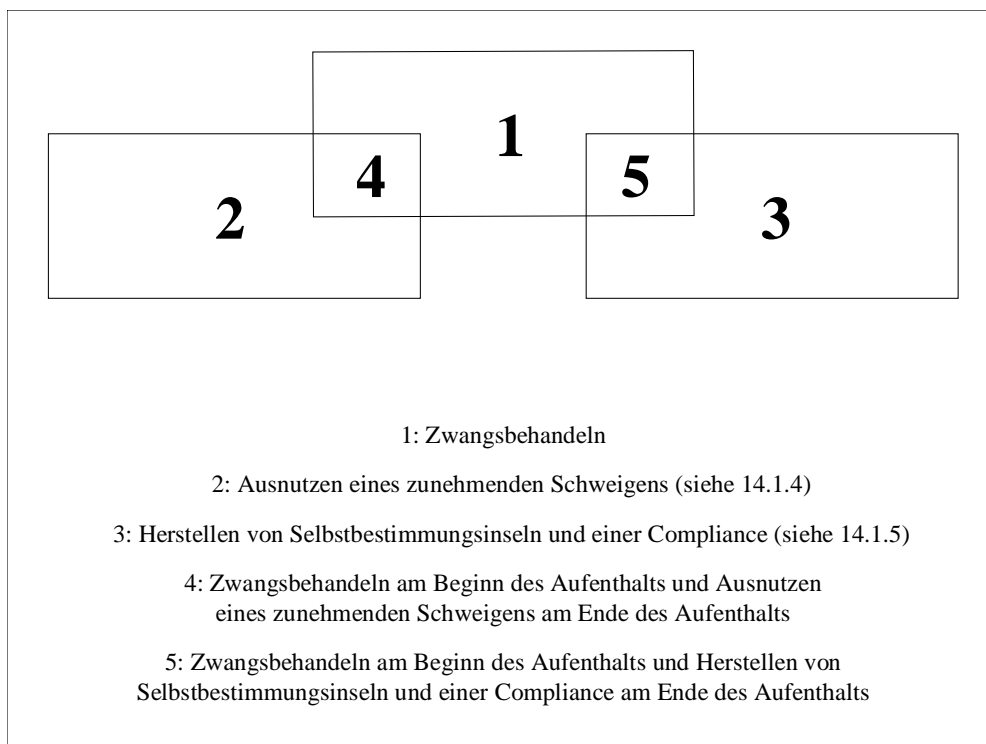


Abb. 31: Interaktionen der Assistenzärzte und der selbstbestimmungs- und freiheitsorientierten Patienten

„Unterdessen war der Richter bezüglich Frau Charman da. Die Mitarbeiterin vom sozial psychiatrischen Dienst hat also eine Unterbringung beantragt. Ich frage, wie der Richter entschieden hat. Die Schwester sagt mir (... er) habe (...) sie (...) untergebracht.“ (Forschungstagebuch B, Zeile 3395 – 3403)

Beim Zwangsbehandeln ist zuerst der übergeordnete Behandlungsinhalt Notwendigkeit des Aufenthalts von Bedeutung. Ein Richter kann bestimmen, dass ein Patient **gegen seinen Willen in der Klinik bleiben** muss.

„Dr. S.: Aber so lange wie Sie untergebracht sind, darf ich Sie eigentlich gar nicht rauslassen (LACHT), ja?“ (APG Herr Hellmann – Dr. Schneider, Zeile 1157 – 1159)

⁹⁰ Auf die theoretischen Grundlagen zum Thema Zwangsbehandlung gehe ich im Theorieteil dieser Arbeit ein (vergleiche insbesondere 3.1 und 4.1 und 4.2.2).

Und das Zwangsbehandeln beinhaltet in der Regel, dass der Patient zumindest am Beginn des Aufenthalts **keinen Ausgang erhält**.

„... dass ich am Anfang (...) sehr viel Medikamente und Spritze gekriegt habe, vor allem Spritzen ... (JK: ... ja ...) ... die ohne meine Zustimmung waren.“ (Interview Herr Francke, Zeile 52 – 58)

Außerdem lehnen die untergebrachten Patienten häufig eine Teilnahme an der Pharmakotherapie ab und **erhalten die Medikamente zwangsweise**. Innerhalb des Zwangsbehandelns stehen die übergeordneten Behandlungsinhalte Notwendigkeit des Aufenthalts, Regelung des Ausgangs und Gestaltung der Pharmakotherapie im Vordergrund.

Das Zwangsbehandeln kann weitere Aspekte beinhalten. Zum Beispiel gibt es im Waldkrankenhaus ein separates Zimmer, das durch eine Glasscheibe mit dem Schwesternzimmer verbunden ist. Wenn ein Patient in dieses Zimmer eingeschlossen wird, sprechen die Klinikmitarbeiter davon, dass sie einen **Patienten isolieren**.

„Und ich habe einen Monat lang oder mehr nur im Bett gelegen. (JK: Ja.) Gefesselt.“ (Interview Herr Francke, Zeile 67 – 72)

Andere Patienten werden **fixiert**. Beispielsweise ist Herr Francke über einen langen Zeitraum fixiert, nachdem er einen Krankenpfleger körperlich angreift. Bei einer Fixierung werden dem Patienten Fixiergurte angelegt, die am Krankenbett befestigt sind, so dass der Betroffene nicht aufstehen kann. Diese Inhalte des Zwangsbehandelns tragen dazu bei, dass die Bewegungsfreiheit der untergebrachten Patienten eingeschränkt ist. Dies widerspricht den handlungsleitenden Aspekten der selbstbestimmungs- und freiheitsorientierten Patienten.

Beim Zwangsbehandeln sind in der Regel verschiedene Personen im Kontext am Behandlungsprozess beteiligt. Beispielsweise kann nur ein Richter bestimmen, dass ein Patient über mehrere Tage gegen seinen Willen in der Klinik bleiben muss⁹¹. Ergänzend beinhalten die Daten, dass sich zum Teil die Mitarbeiter des sozialpsychiatrischen Diensts oder der gesetzliche Betreuer zur Notwendigkeit und Dauer des Aufenthalts äußern. Und die Chef- und Oberärzte bestimmen wiederholt die Gestaltung der Pharmakotherapie oder die Regelung des Ausgangs, wenn ein Patient gegen seinen Willen im Krankenhaus ist. Diese Beispiele zeigen, dass im Zusammenhang mit einer **Zwangsbehandlung häufig nicht die Assistenzärzte und die Patienten bestimmen**, sondern eine Person im Kontext. Aufbauend auf diesem Ergebnis möchte ich im folgenden in Bezug auf die Handhabung der Patientenselbst- und -fremdbestimmungen analysieren, inwieweit der Patient und der Assistenzarzt bei einer Zwangsbehandlung mitbestimmen können.

⁹¹ vergleiche 3.1

Frau Melkorn gehört zu den selbstbestimmungs- und freiheitsorientierten Patienten, die gegen ihren Willen behandelt werden sollen. Der Richter spricht mit der Patientin und bringt sie nicht unter. Als Dr. Schneider dies hört, läuft er dem Richter hinterher, der die Station bereits verlassen hat. Im Anschluss an das Gespräch mit Dr. Schneider ordnet der Richter nunmehr eine Zwangsbehandlung an. In diesem Beispiel **bestimmt der Assistenzarzt wesentlich mit**. Im Unterschied hierzu befürworten der gesetzliche Betreuer und Dr. Schneider eine Zwangsbehandlung des Patienten Herrn Norich, aber der Richter bringt Herrn Norich entsprechend der Behandlungspriorität des Patienten nicht unter. In diesem **Beispiel gelingt es dem Assistenzarzt nicht mitzubestimmen**. Stattdessen gibt es eine **Passung zwischen dem Richter und dem Patienten**. Schließlich versucht Herr Hellmann mitzubestimmen, indem er einen Widerspruch gegen seine Zwangsbehandlung einlegt. In diesem Fall überprüft ein zweiter Richter die Notwendigkeit des Aufenthalts. Auf die Frage, inwieweit die Patienten und die Assistenzärzte mitbestimmen, gibt es somit unterschiedliche Antworten.

Die Interaktionen der zwangsbehandelten Patienten mit den Assistenzärzten unterscheiden sich in der Form von den bisher dargestellten Interaktionskategorien, dass verschiedene **Personen im Kontext** nicht im Hintergrund stehen, sondern in der Regel **wesentlich an der Gestaltung des Behandlungsprozesses beteiligt sind**. Für die Personen im Kontext und für die Assistenzärzte ist eine Compliance handlungsleitend. Eine Zwangsbehandlung beinhaltet hingegen, dass der Patient den Rat des Assistenzarztes, in der Klinik zu bleiben, nicht annimmt. Der **Patient ist noncompliant** und widerspricht den handlungsleitenden Aspekten der Personen im Kontext und des Assistenzarztes. Die **Zwangsbehandlung ist eine Fremdbestimmung** des Patienten, der gegen seinen Willen im Krankenhaus bleiben muss. Um dies gewährleisten zu können, erhalten die zwangsbehandelten Patienten in der Regel zumindest am Beginn des Aufenthalts keinen Ausgang. Dies widerspricht ihrer Freiheitsorientierung. Die handlungsleitenden Aspekte der selbstbestimmungs- und freiheitsorientierten Patienten finden keine Berücksichtigung.

Im Kapitel 7 gehe ich darauf ein, dass die Beiträge von Strauss (z. B. 1993) eine wesentliche Grundlage meiner Analyse darstellen. Eine Interaktion beruht nach Strauss darauf, dass die Akteure ihre verschiedenen Perspektiven miteinander aushandeln. Aufbauend stellt die Interaktion eine gemeinsame Handlung der Akteure dar. Das Zwangsbehandeln ist jedoch keine gemeinsame Handlung. Vielmehr ist das Zwangsbehandeln dadurch gekennzeichnet, dass die Aushandlung scheitert. In Anlehnung an diese Überlegungen erscheint es mir sinnvoll, inner-

halb einer Analyse des Zwangsbehandeln die subjektiven Perspektiven der Assistenzärzte beziehungsweise der Patienten zu fokussieren. Das Ziel meiner Darstellung besteht darin, die Unterschiede zwischen den subjektiven Perspektiven der Patienten und der Assistenzärzte herauszuarbeiten, die sie im Zusammenhang mit dem Zwangsbehandeln äußern.

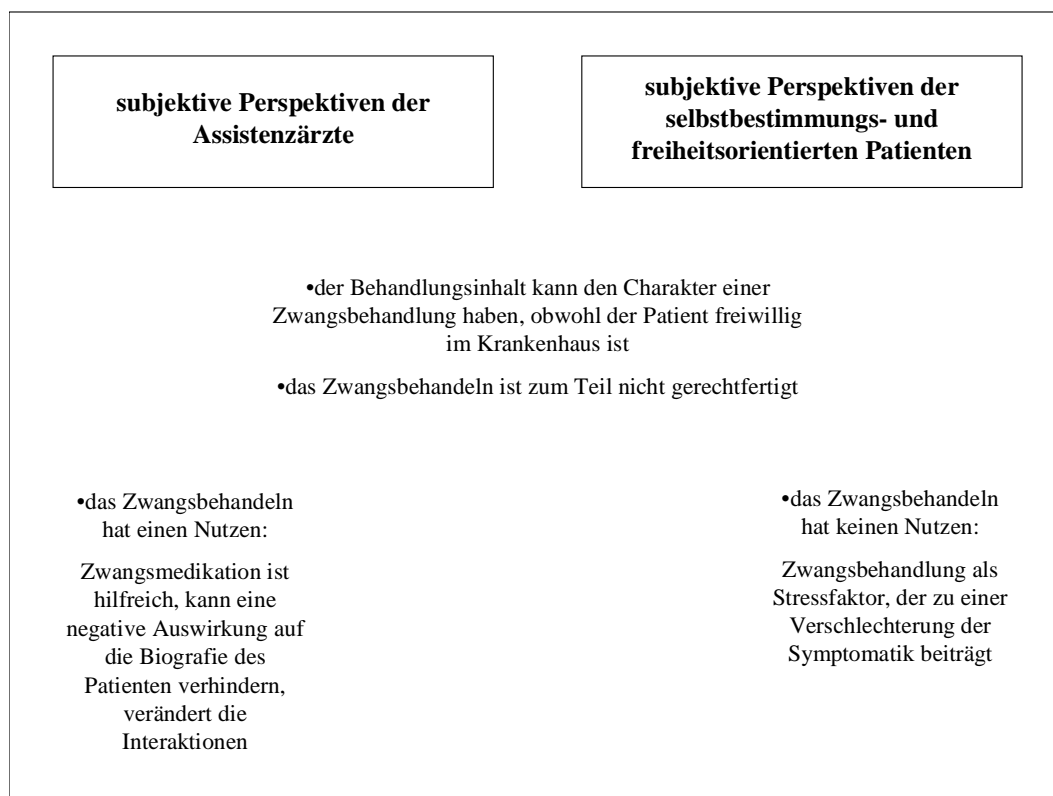


Abb. 32: Subjektive Perspektiven in Bezug auf das Zwangsbehandeln

Innerhalb der subjektiven Perspektiven der Assistenzärzte und der Patienten ist die Frage zentral, inwieweit ein Behandlungsinhalt eine Zwangsbehandlung darstellt beziehungsweise nicht. Die Pharmakotherapie von Herrn Kattler ist zum Beispiel dadurch gekennzeichnet, dass der Patient, der zuerst Medikamente einnimmt, nach wenigen Tagen eine weitere Pharmakotherapie ablehnt. Im Anschluss an mehrere Gespräche geht der Oberarzt mit der Ärztin im Praktikum und zehn Krankenpflegern von verschiedenen Stationen in das Zimmer des Patienten, um ihm eine Spritze zu geben. Herr Kattler wehrt sich nicht. Die Ärztin im Praktikum und die Krankenpfleger sagen anschließend, dass die Pharmakotherapie freiwillig erfolgte.

„Dr. Schneider sagt, das freiwillig zu nennen finde er kühn.“ (Forschungstagebuch B, Zeile 907 + 908)

Im Gegensatz zu den anderen Klinikmitarbeitern scheint Dr. Schneider, der Herrn Kattler nicht behandelt, die Pharmakotherapie des Patienten eher nicht als eine freiwillige Teilnahme des Patienten zu verstehen.

„Er spricht von Drohung und meint damit, dass er sonst untergebracht worden wäre. Er zeigt mir dann noch einen Zettel, den er gestern geschrieben hat. Darauf steht etwas von Machtmissbrauch. Ich frage nach und er sagt, ja, er sehe es so.“ (Forschungstagebuch B, Zeile 998 – 1004)

Für den Betroffenen hat die Behandlung des Oberarztes schließlich die Bedeutung eines Machtmissbrauchs und einer Drohung. Beide Begriffe widersprechen einer Freiwilligkeit und deuten auf eine Zwangsbehandlung hin.

Herr Kattler und der Assistenzarzt stimmen in ihren subjektiven Perspektiven überein, dass ein **Behandlungsinhalt den Charakter einer Zwangsbehandlung haben kann, obwohl der Patient freiwillig im Krankenhaus ist**. In diesem Beispiel widerspricht ihre Perspektive jedoch der Sicht der weiteren Klinikmitarbeiter.

Ergänzend betreffen eine Vielzahl der Daten über die subjektiven Perspektiven der Assistenzärzte und der Patienten das Problem, ob das Zwangsbehandeln gerechtfertigt ist beziehungsweise nicht.

„Also ich finde das schwierig, wenn jemand kommt und (...) dann die Entscheidung zu fällen (...) wann sagt man vielleicht sogar auch fixieren oder so was, ja?“ (Interview Dr. Michaelis, Zeile 354 – 403)

„... so was wie jetzt eben ja auch mit der neuen Patientin heute, ich finde schon immer schwierig, wenn jemand eben unruhig ist oder irgendwie, ich meine sie hat irgendwelche (LACHT LEICHT) Sachen umgeschmissen (...) natürlich (...) ist da irgendwo ein Punkt, wo man sagen kann, das können wir nicht so weiter tolerieren ...“ (Interview Dr. Michaelis, Zeile 771 – 778)

Die Assistenzärztin verweist auf eine Patientin, die im Essensraum einen Tisch sowie einen Stuhl umkippt, und charakterisiert sie als eine unruhige Patientin. Das Ereignis führt bei Dr. Michaelis zu der Frage, welches Verhalten sie duldet beziehungsweise nicht. Die **Beantwortung, wann eine Zwangsbehandlung gerechtfertigt ist** beziehungsweise nicht, erlebt Dr. Michaelis als **schwierig**.

„Dr. F.: ... wenn das so akutpsychotische Patienten sind, die dann auch nach Psych – KG untergebracht sind, (...) die gar nicht behandelt werden möchten (...) Also immer wenn eine akute Eigen- oder Fremdgefährdung ... (JK: ... mhm ...) ... da auch im Spiel ist.“ (Interview Dr. Friedrichs, Zeile 883 – 908)

„Dr. B.: ... Akutsituationen, wo der Patient (...) sich gefährdet, auf Station Kleinholz macht ...“ (Interview Dr. Berthold, Zeile 1371 – 1385)

Eine Zwangsbehandlung erfolgt nach diesen Aussagen der Assistenzärzte, wenn ein akutpsychotischer Patient eine Behandlung ablehnt und sich oder andere Menschen gefährdet.

„Also es gibt ja auch Leute, die sagen, die Psychiatrie ist nur da, um unliebsame Elemente in der Gesellschaft totzustellen, halte ich für die Psychiatrie, in der ich arbeite, ist das Schwachsinn. (JK: Ja.) Das ist einfach Quatsch. Ich weiß nicht, wie es in München - Haar ist oder so, also da hört man ja manchmal wilde Geschichten, oder wie es früher in der DDR war, oder wie es bei den Nazis war, aber in der Klinik, für die ich reden kann, wird keiner, weil er politisch unliebsam ist oder weil er nicht ins Bild der Gesellschaft passt oder so, weggeschlossen, oder zwangstherapiert, das ist Schwachsinn.“ (Interview Dr. Schneider, Zeile 1689 – 1703)

Der Assistenzarzt schließt nicht aus, dass in anderen politischen Systemen oder an anderen Orten politische oder gesellschaftliche Gründe für eine Zwangsbehandlung von Bedeutung sein können. Allerdings weist er entsprechende Aussagen in Bezug auf das Waldkrankenhaus zurück. Nach den bisher wiedergegebenen Aussagen der Assistenzärzte ist ihr Zwangsbehandeln gerechtfertigt.

Ergänzend gibt es kritische Äußerungen.

„Beim Rauchen sind Schwester Ruth und Pfleger Gregor. Sie unterhalten sich über Herrn Finns, und der Pfleger sagt, es sei momentan Schwachsinn ihn zu fixieren, da liege nichts für vor. Die Schwester stimmt zu.“ (Forschungstagebuch A, Zeile 9491 – 9496)

Die Krankenpfleger unterhalten sich über eine Zwangsbehandlung, die der Oberarzt des Waldkrankenhauses anordnet. Sie teilen die Sicht des Oberarztes nicht und deuten an, dass kein Grund für eine Fixierung vorliegt.

„Die Schwester sagte nein und sagt, oft fixiere er ja auch, wenn es gar nicht nötig sei. (...) und manchmal stehe man da ja auch und frage sich, wieso er jetzt eine Fixierung angeordnet habe.“ (Forschungstagebuch C, Zeile 19210 – 19215)

„... aber (HOLT LUFT) trotzdem frage ich mich immer, ob man dann wirklich schon zu (...) so harten Zwangsmassnahmen greifen muss, ja? (...) was ich aber eben schwierig finde, weil (...) irgendwie habe ich immer das Gefühl, so ganz gerechtfertigt ist es nicht ...“ (Interview Dr. Michaelis, Zeile 778 – 798)

Auch die Krankenpfleger und die Assistenzärztin in der Klinik am See beurteilen die Zwangsbehandlungen des Oberarztes kritisch. Dr. Michaelis bezeichnet sie als *hart* und *nicht ganz gerechtfertigt*. Sie kann einzelne Anordnungen des Oberarztes nicht nachvollziehen. Die Aussagen der Klinikmitarbeiter beinhalten, dass aus ihrer Perspektive **das Zwangsbehandeln zum Teil nicht gerechtfertigt ist**.

Dr. Schneider sagt, dass er keine Zwangsbehandlung durchführt, wenn diese aus seiner Sicht nicht gerechtfertigt ist. Hingegen setzen die anderen Assistenzärzte eine Weisung des Oberarztes auch dann um, wenn ihnen die Zwangsbehandlung nicht gerechtfertigt erscheint. In diesen Fällen sprechen sie zum Teil davon, dass zu ihrer Absicherung die Weisung des Oberarztes aus der Dokumentation in der Patientenakte hervorgehen muss.

In Bezug auf die Perspektive der Patienten möchte ich nochmals auf die bereits oben wieder-gegebene Aussage von Herrn Kattler verweisen, der die Gestaltung seiner Pharmakotherapie als einen *Machtmissbrauch* bezeichnet. Die Wortwahl beinhaltet, dass die (Zwangs)Behandlung aus seiner Sicht nicht gerechtfertigt ist.

Die weiteren Aussagen der zwangsbehandelten Patienten sind vergleichbar.

„... für mich ist das genau so wie Knast. (JK: Mhm.) Wenn man unschuldig hier eingesperrt wird ... (JK: ... mhm ...) ... empfindet man hier das wie Knast. (JK: Mhm.) Also von meiner Seite aus, fühle ich mich wie im Knast.“ (Interview Herr Hellmann, Zeile 1513 – 1528)

Herr Hellmann war früher über einen längeren Zeitraum im Gefängnis und kennt beide Einrichtungen. Er sieht keine Unterschiede zwischen seinem Gefängnis- und seinem Krankenhausaufenthalt. Beide Aufenthalte haben die Gemeinsamkeit, dass er **zu unrecht eingesperrt ist**.

Außerdem sagt Frau Albrecht, dass sie den Auslöser für den stationären Aufenthalt nicht weiß und nicht nachvollziehen kann, warum die Polizei sie in die Klinik bringt. Die meisten untergebrachten Patienten sprechen davon, dass sie keinen Grund für ihre Zwangsbehandlung kennen.

„Und das haben sie mir dann zum Vorwurf genommen, weil Sie dachten ich war das, aber ich war das nicht. (JK: Ja. Ja.) Die Kriminalpolizei konnte mir auch nichts nachweisen. Aber trotzdem musste ich hier drinnen bleiben. (JK: Mhm. Mhm.) Ging dann über den Richter.“ (Interview Herr Ulrich, Zeile 155 – 167)

„Dr. S.: Das heißt Sie sind zu unrecht hier drin.

U.: So ist es.“ (APG Herr Ulrich – Dr. Schneider, Zeile 57 – 59)

Herr Ulrich kennt den vermeintlichen Grund für die Zwangsbehandlung, aber er bezeichnet die Aussagen als falsch. Die Zwangsbehandlung beruht auf dem Vorwurf seiner Betreuer, dass Herr Ulrich in der Wohneinrichtung ein Feuer gelegt habe. Der Patient bestreitet dies und verweist darauf, dass die Kriminalpolizei keinen Beweis findet. Aus seiner Perspektive bringt der Richter ihn zu unrecht unter, und das Zwangsbehandeln ist nicht gerechtfertigt.

Eine Ausnahme stellt Frau Bode dar.

„Na, wie ich es erlebt habe, das war schon richtig (...) wie sie mit mir umgegangen sind. Da (...) war ich zu sehr erregt ...“ (Interview Frau Bode, Zeile 1052 – 1054)

„B.: (...) da mussten eben die Ärzte erst mal was unternehmen damit ich mich beruhige.“

JK: Mhm, mhm.

B.: Und auch wieder Schlaf finde.

JK: Mhm, ja. Und jetzt im Nachhinein (...) wie war das für Sie, dass die Ärzte anstatt Ihnen entschieden haben?

B.: Richtig.“ (Interview Frau Bode, Zeile 1133 – 1156)

Die Zwangsbehandlung, die Frau Bode thematisiert, betrifft einen früheren Aufenthalt. Sie wurde untergebracht und zwangsmediziert. Als einzige Patientin bezeichnet sie ihre Zwangsbehandlung als richtig. Während des aktuellen Aufenthalts ist die Patientin freiwillig im Waldkrankenhaus. Ich ordne sie den paternalistisch und schutzorientierten Patienten zu, so dass ihre Äußerung nicht für die Gruppe der selbstbestimmungs- und freiheitsorientierten Patienten exemplarisch ist. Sie weisen stattdessen darauf hin, dass sie zu unrecht eingesperrt sind.

Schließlich ist innerhalb der subjektiven Perspektiven der Assistenzärzte und der Patienten die Frage nach dem Nutzen des Zwangsbehandelns zentral.

„... dann muss man da sozusagen die Hilfe auch gegen seinen Willen, also dann muss man zwangsmedizieren ...“ (Interview Dr. Michaelis, Zeile 848 – 850)

Das Zwangsbehandeln stellt aus der Sicht der Assistenzärzte eine Hilfe für den Patienten dar.

Sie erleben insbesondere die **Zwangsmedikation als hilfreich**.

„... bei der hatte ich schon das Gefühl, da muss also sozusagen (...) erst mal diese Zwangsmaßnahmen, hier bleiben, Medikamente (HOLT LUFT) (...) gegen ihren (...) also ich hatte eben schon das Gefühl, (...) es ging ihr auch gut hier. (...) ich hatte immer das Gefühl, ihr geht es total schlecht als sie kam (...) da hatte ich schon das Gefühl, ohne die Medikamente, hätte man da jetzt auch (...) nichts machen können und ich denke es war auch gut ihr dann schon am Anfang auch Medikamente zu geben, auch gegen ihren Willen, um sie da rauszuholen.“ (Interview Dr. Michaelis, Zeile 1296 – 1320)

Die Assistenzärzte gehen zum Teil davon aus, dass ohne eine Pharmakotherapie keine Besserung der Symptomatik eintreten wird. Eine Pharmakotherapie scheint innerhalb dieser Zwangsbehandlungen alternativlos zu sein. Die Zwangsmedikation trägt wesentlich dazu bei, dass es dem Betroffenen anschließend gut geht.

„Er erzählte auch noch, dass die Bewährungshelferin die Bewährung streichen wolle und er sagte, dass es ihm am liebsten sei zur Zeit,

wenn Herr Hellmann noch weiter untergebracht werde, da er ihn die Forensik ersparen wolle. Momentan sehe er die Gefahr, dass er in die Forensik komme, wenn es überhaupt noch zu stoppen sei.“ (APG Herr Hellmann – Dr. Schneider, Zeile 1456 – 1463)

Schließlich spricht Dr. Schneider bezüglich des Aufenthalts von Herrn Hellmann davon, dass die Zwangsbehandlung möglicherweise dazu beiträgt, eine Unterbringung in der Forensik abzuwenden. Im Vergleich zur Forensik scheint die psychiatrische Zwangsbehandlung für den Assistenzarzt eine Alternative darzustellen, die er bevorzugt. Das Zwangsbehandeln dient hier dazu, eine aus seiner Sicht **negative Auswirkung auf die Biografie des Patienten zu verhindern**.

Dies kann als das Übernehmen einer Fürsorge beziehungsweise das Verhindern von Störungen interpretiert werden. Ergänzend stelle ich oben dar, dass eine Zwangsbehandlung nach verschiedenen Aussagen der Assistenzärzte erfolgt, wenn ein akutpsychotischer Patient sich oder andere Menschen gefährdet beziehungsweise aggressiv ist. Außerdem erhalten alle zwangsbehandelten Patienten, die an meiner Studie teilnehmen, Medikamente. Abgesehen von einer Compliance des Patienten finden innerhalb einer Zwangsbehandlung die handlungsleitenden Aspekte der Personen im Kontext und der Assistenzärzte weitestgehend Beachtung.

„... musst es ein mal gemacht werden so eine Zwangsmaßnahme. Und dann (...) ist in der Regel das Thema auch durch dann. (JK: Mhm.) Dann ist aufeinander zugehen einfach möglich.“ (Interview Dr. Berthold, Zeile 1405 – 1412)

Nach Dr. Berthold folgt im Anschluss an eine Zwangsmaßnahme in der Regel eine **Veränderung in Bezug auf die Interaktionen** des Assistenzarztes und des Patienten.

„Dann geht es darum, wie der Aufenthalt hier weiter geht. Dr. Schneider ist dafür, ihn nach Psych - KG unterzubringen. Er wolle ihn damit beeindrucken und eine Grundlage für eine Kooperation schaffen.“ (Forschungstagebuch B, Zeile 1128 – 1132)

Die Unterbringung soll unter anderem dazu dienen, den Patienten zu beeindrucken. Ich verstehe dies als einen Hinweis auf eine Machtdemonstration. Die Assistenzärzte sprechen außerdem von einem *aufeinander Zugehen* und einer *Kooperation*. Das Zwangsbehandeln scheint zu einer Veränderung der Interaktionen beizutragen⁹².

Frau Bode sagt in dem oben wiedergegebenen Auszug aus dem Interview, dass sie sich aufgrund des Zwangsbehandelns beruhigt und Schlaf findet. Sie scheint einen Nutzen des Zwangsbehandelns zu thematisieren. Frau Bode berichtet über einen ehemaligen stationären

⁹² wie diese aussehen thematisiere ich in den Abschnitten 14.1.4. und 14.1.5.

Aufenthalt. Während ihres aktuellen Aufenthalts wird die Patientin nicht zwangsbehandelt, sondern ich zähle sie zu den paternalistisch und schutzorientierten Patienten.

Entsprechend gibt ihre Aussage nicht die Perspektive der selbstbestimmungs- und freiheitsorientierten Patienten wieder, sondern sie steht im Widerspruch zu den Äußerungen der aktuell zwangsbehandelten Patienten. Beispielsweise ist Herr Kattler zuerst mehrere Tage freiwillig in der Klinik, bevor die Klinikmitarbeiter eine Zwangsbehandlung thematisieren. Im Gegensatz zur Zwangsbehandlung spricht der Patient davon, dass ihm der freiwillige Aufenthalt geholfen hat. Er ist zur Ruhe gekommen. Die anschließende **Zwangsbehandlung** bezeichnet Herr Kattler hingegen **als einen Stressfaktor, der zu einer Verschlechterung seiner Symptomatik beiträgt**. Entsprechende Äußerungen stellen den deutlichsten Unterschied innerhalb der subjektiven Perspektiven der Patienten und der Assistenzärzte dar, die sie im Zusammenhang mit dem Zwangsbehandeln benennen.

Zusammengefasst bedeutet dies in Bezug auf die eingangs formulierte Forschungsfrage, dass die subjektiven Perspektiven der Assistenzärzte und der zwangsbehandelten Patienten zum Teil übereinstimmen können. Beispielsweise sagen sie, dass während eines freiwilligen Aufenthalts des Patienten einzelne Behandlungsinhalte einen Zwangscharakter haben können. Ergänzend ähneln sich wenige kritische Äußerungen, dass nicht immer eine angemessene Rechtfertigung erkennbar ist.

Alle Assistenzärzte thematisieren einen Nutzen der Zwangsbehandlung. Im Unterschied hierzu bringen die selbstbestimmungs- und freiheitsorientierten Patienten das Zwangsbehandeln in einen Zusammenhang mit einer Verschlechterung ihrer Symptomatik. In Bezug auf die Frage nach dem Nutzen der Zwangsbehandlung unterscheiden sich die subjektiven Perspektiven der Assistenzärzte und der Patienten.

14.1.4 Ausnutzen eines zunehmenden Schweigens

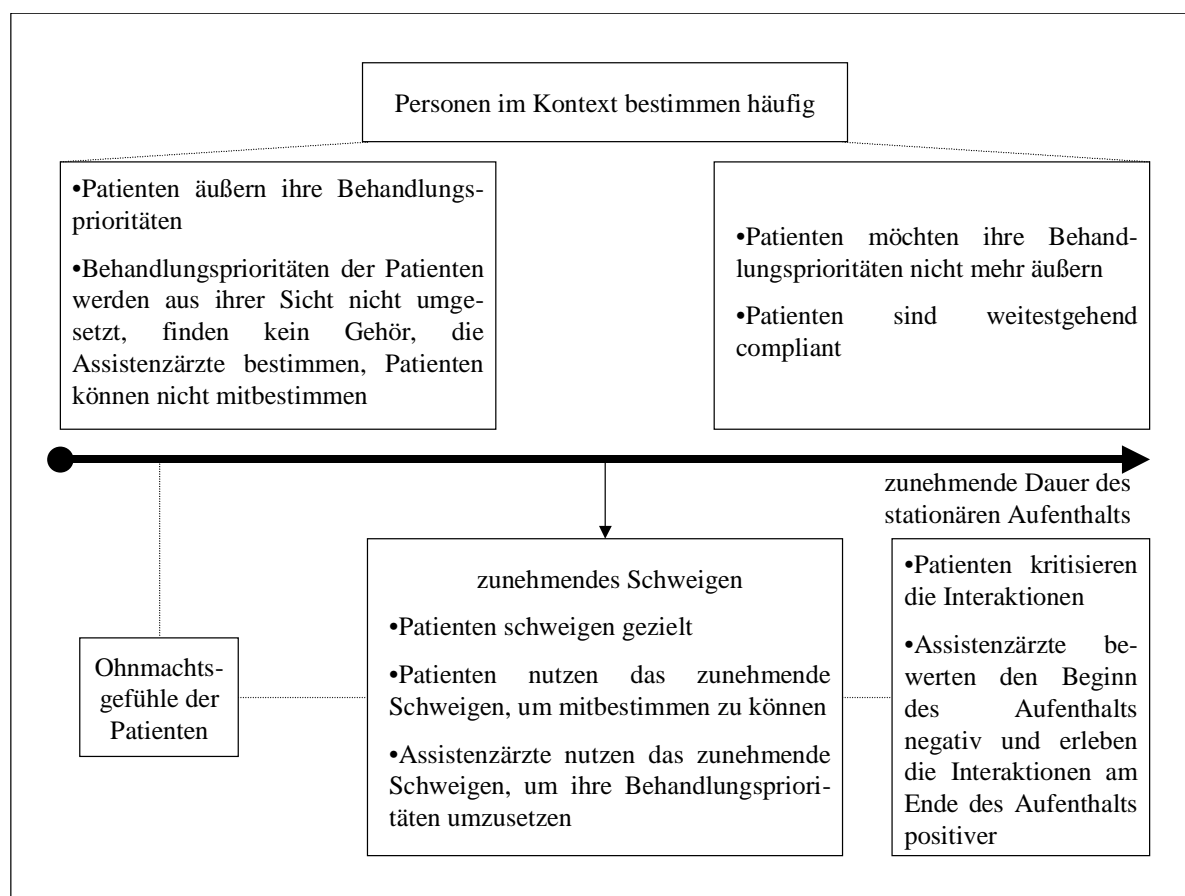


Abb. 33: Ausnutzen eines zunehmenden Schweigens

„JK: Und können Sie sich an eine Situation erinnern, wo das so war?
 Wo Ihre Vorstellung auch umgesetzt wurde (...)?
 F.: So meine eigene Vorstellung wurde nicht umgesetzt.“ (Interview
 Herr Francke, Zeile 277 – 282)

Herr Francke bleibt im Anschluss an eine Zwangsbehandlung freiwillig länger in der Klinik am See. Mit seiner Aussage scheint er sich auf den gesamten Aufenthalt zu beziehen. Er sagt, dass die **Behandlungsprioritäten des Patienten** während des stationären Aufenthalts **nicht umgesetzt werden**.

Der Patient steht einer Pharmakotherapie kritisch gegenüber und bezeichnet Naturheilverfahren sowie Bewegung als hilfreich.

„... wenn Du irgendwas sagst, ach, die hören nicht zu und ‚Er ist ein bisschen durcheinander, er muss was kriegen und Tschüß.‘“ (Interview Herr Francke, Zeile 1206 – 1208)

Herr Francke spricht davon, dass er **seine Behandlungspriorität äußert, aber kein Gehör findet**. Den **Behandlungsplan**, dass eine Pharmakotherapie stattfindet, **bestimmt die Assistenzärztin**. Der **Patient kann nicht mitbestimmen**.

Diese Aussagen stehen im Gegensatz zum paternalistisch orientierten Handeln und Behandeln sowie zum Herstellen und Umsetzen eines gemeinsamen Behandlungsplans.

Die Äußerungen der selbstbestimmungs- und freiheitsorientierten Patienten, die freiwillig in die Klinik gehen, sind vergleichbar.

„... ich habe zum Beispiel immer darauf (...) gedrängt (...) weniger Medikamente bitte.“ (Interview Herr Emmerich, Zeile 1618 + 1619)
„Ich habe wirklich dafür gekämpft, dass ich zum Beispiel Mittags keine Medikamente bekomme.“ (Interview Herr Emmerich, Zeile 2214 + 2215)

Herr Emmerich und die Assistenzärztin haben Behandlungsprioritäten, die voneinander abweichen. Sie stellen keinen Behandlungsplan her, den beide akzeptieren. Dies beinhaltet eine Übereinstimmung zum Zwangsbehandeln und stellt einen Unterschied zu den weiteren Interaktionskategorien dar.

„Weil ich das jetzt mit den Medikamenten mitgekriegt habe. Ohne was zu sagen, hat sie mir einfach die Tabletten höher gegeben. Dann hätte sie das doch noch mal besprechen müssen (...) mit mir (...). Und das fand ich eigentlich nicht okay.“ (Interview Frau Ingenhorst, Zeile 880 – 896)

Auch Frau Ingenhorst ist nicht an der Gestaltung der Pharmakotherapie beteiligt. Die selbstbestimmungs- und freiheitsorientierte Patientin erfährt von der neuen Medikation, als ein Krankenpfleger ihr die Medikamente zum Abendbrot bringt. Die Betroffene kritisiert, dass die Assistenzärztin die Pharmakotherapie ohne Rücksprache mit ihr ändert. In den Beispielen werden die Behandlungsprioritäten der Patienten nicht umgesetzt. Die Patienten können aus ihrer Perspektive nicht mitbestimmen, sondern die Assistenzärzte bestimmen alleine.

Ergänzend ist unter anderem der Behandlungsprozess von Herrn Francke dadurch gekennzeichnet, dass der Oberarzt eine Vielzahl der Behandlungsinhalte festlegt. Während die Personen im Kontext beim paternalistisch orientierten Handeln und Behandeln beziehungsweise beim Herstellen und Umsetzen eines gemeinsamen Behandlungsplans im Hintergrund bleiben, **bestimmen hier häufig die Personen im Kontext**. Sie können vergleichbar zum Zwangsbehandeln einen wesentlichen Einfluss haben.

Dies trifft auch auf die Patienten zu, die freiwillig in die Klinik gehen. Beispielsweise nimmt der Partner von Frau Schelling an mehreren Gesprächen mit dem Assistenzarzt teil, und Dr. Schneider telefoniert mit ihrer Betreuerin. Beide Personen im Kontext fordern entgegen der Behandlungspriorität der Patientin einen stationären Aufenthalt von mehreren Tagen, da die Betroffene aus ihrer Sicht suizidgefährdet ist. Dr. Schneider setzt die Behandlungspriorität der Patientin, nur eine Nacht im Waldkrankenhaus zu bleiben, mit einem Verweis auf die Infor-

mationen des Partners und der Betreuerin nicht um. Sie scheinen den Behandlungsinhalt zu beeinflussen.

„... und habe eigentlich alles über mich ergehen lassen.“ (Interview Herr Emmerich, Zeile 481 + 482)

„JK: Ja. Und Sie sagten über sich ergehen lassen (...). Hatten Sie in dem Moment sozusagen eine andere Vorstellung wie es sein #soll#?

E.: # Ja# ich wollte das nicht.“ (Interview Herr Emmerich, Zeile 521 – 532)

Während Herr Emmerich oben in Bezug auf den Beginn des Aufenthalts davon spricht, für eine Änderung des Behandlungsinhalts zu kämpfen, sagt er hier abweichend, dass er *alles über sich ergehen lässt*. Im Unterschied zum Beginn des Aufenthalts äußert er seine abweichende Behandlungspriorität mit fortlaufender Dauer nicht mehr.

„JK: Haben Sie denn mal gesagt, ‚So möchte ich das haben.‘?

A.: M-m. (Anmerkung: im Sinne von Nein)

JK: M-m? Hatten Sie keine Vorstellung, oder wollten Sie es nicht sagen?

A.: Ich wollte es nicht sagen.“ (Interview Frau Albrecht, Zeile 1362 – 1381)

Am Beginn des Aufenthalts sagt Frau Albrecht, dass sie nicht in der Klinik bleibt und weder an der Pharmakotherapie noch am Therapieprogramm teilnehmen möchte. Daraufhin bringt ihre gesetzliche Betreuerin die selbstbestimmungs- und freiheitsorientierte Patientin unter. **In Bezug auf den weiteren Behandlungsprozess** spricht die Betroffene davon, dass sie **ihre Behandlungspriorität nicht mehr äußern möchte**.

„JK: Und wenn der Arzt (...) was entscheidet, was Ihnen gar nicht passt, wo Sie denken ‚Ne, das will ich aber gar nicht.‘ Würden Sie da dann auch sagen, (...) dass Sie das nicht möchten?

A.: Ne, auch erst danach.

JK: Ja. Was heißt danach?

A.: Na nachdem ich da gewesen bin.

JK: Ah ja. Sie würden es erst machen?

A.: Mhm. (Anmerkung: im Sinne von Ja)“ (Interview Frau Albrecht, Zeile 1186 – 1200)

Während die Patientin zuerst non – compliant ist, weist sie hier darauf hin, dass sie ihre abweichende Behandlungspriorität später nicht mehr benennt. Stattdessen schweigt Frau Albrecht und setzt den Behandlungsplan des Assistenzarztes um. **Mit zunehmender Dauer des Aufenthalts** sind die selbstbestimmungs- und freiheitsorientierten Patienten **weitestgehend compliant**. Ihre abweichende Perspektive äußert Frau Albrecht erst im Anschluss an den Klinikaufenthalt.

Nach den bisherigen Darstellungen sind die Interaktionen der selbstbestimmungs- und freiheitsorientierten Patienten mit den Assistenzärzten dadurch charakterisiert, dass die Betroffenen eine Behandlungspriorität äußern, die nicht umgesetzt wird. Die Assistenzärzte bestimmen die Behandlungsinhalte, ohne dass die Patienten mitbestimmen können. Anschließend thematisieren die Betroffenen ihre Behandlungsprioritäten nicht erneut, sondern sie setzen die Behandlungspläne weitestgehend compliant um. Dies bezeichne ich zusammenfassend als ein **zunehmendes Schweigen**.

Die zunehmende Compliance und das zunehmende Schweigen der Patienten stellen einen Unterschied zum Zwangsbehandeln dar.

„Dr. Schneider fragte sie dann, wie er das Schweigen verstehen müsse. Sie antwortete, dass sie nichts sagen wolle, er werde es ja nachher sowieso rumdrehen und es gegen sie verwenden. Er sagte, ‚Sie vertrauen mir also nicht?‘ Nein, sie wolle hier nicht die Katze aus dem Sack lassen und nachher verwende er es gegen sie.“ (APG Frau Albrecht, Zeile 92 – 99)

Frau Albrecht misstraut dem Assistenzarzt und **schweigt gezielt**. Das Schweigen kann als eine Handlungsstrategie der Patientin interpretiert werden.

„... will ich mich (...) dazu nicht (...) äußern. Nachher (...) wird dann irgendwas als Verfolgungswahn abgestempelt oder so was ...“ (Interview Herr Emmerich, Zeile 1856 – 1874)

Vergleichbar sagt Herr Emmerich, dass er im Kontakt mit der Assistenzärztin bestimmte Themen nicht anspricht. Er scheint der Assistenzärztin keinen Hinweis auf eine paranoide Symptomatik geben zu wollen.

Auch die Assistenzärzte interpretieren das Schweigen der selbstbestimmungs- und freiheitsorientierten Patienten zum Teil als eine Strategie.

„... und die Patienten, die mir ganz gezielt Dinge nicht erzählen, weil sie wissen, oder nein, weil sie meinen zu wissen, ‚Wenn ich noch Stimmen höre, werde ich nächste Woche nicht entlassen.‘“ (Interview Dr. Schneider, Zeile 2360 – 2363)

Dr. Schneider thematisiert das Beispiel, dass ein Patient dem Assistenzarzt ein Stimmenhören verschweigt, um möglichst schnell entlassen zu werden. Die Assistenzärzte gehen davon aus, dass die Betroffenen einzelne Informationen nicht weitergeben, damit der Behandlungsinhalt eher ihrer Behandlungspriorität entspricht. Die Betroffenen scheinen ein **zunehmendes Schweigen ausnutzen** zu wollen, **um mitbestimmen zu können**.

Folglich kann das Schweigen der selbstbestimmungs- und freiheitsorientierten Patienten nicht mit dem Schweigen der paternalistisch und schutzorientierten Patienten gleichgesetzt werden, die sich nicht trauen, ihre Behandlungspriorität zu benennen oder denen es nicht möglich ist,

eine Kritik zu äußern. Hingegen wirkt das Schweigen hier eher als eine subversive Strategie mit einem stillen Protestcharakter.

„Die Betreuerin fragt ihn dann, ob Frau Albrecht hier Medikamente bekomme. Dr. Schneider sagt (...) sie nehme jetzt Risperdal in Tropfenform. Er habe mit Frau Albrecht drüber gesprochen, aber als er das Thema Medikamente ansprach, sei sie im Gespräch verstummt und habe gar nichts mehr zu ihm gesagt. Er habe dann einfach Medikamente angesetzt und sie habe sie bisher auch genommen, ohne irgend etwas dazu zu sagen.“ (APG Frau Albrecht – Dr. Schneider, Zeile 632 – 642)

„Die sei ja noch total psychotisch und da müsse er wohl die Dosierung noch erhöhen. Sie nehme ihre Medikamente. Er habe sie einfach angesetzt und wolle sie jetzt auch einfach erhöhen. Er wollte heute die Medikation nicht ansprechen, nachdem sie im letzten Gespräch dabei verstummt sei. Er hätte geantwortet, wenn sie es angesprochen hätte, aber das habe sie ja nicht.“ (APG Frau Albrecht – Dr. Schneider, Zeile 953 – 962)

Nachdem Dr. Schneider die Gestaltung der Pharmakotherapie anspricht, schweigt Frau Albrecht. Der Assistenzarzt sagt später zu mir, dass er dies als Äußerung einer Ablehnung interpretiert. Er verschreibt der Patientin trotzdem Medikamente und erhöht im weiteren Verlauf des Behandlungsprozesses die Dosierung der Medikamente, ohne Frau Albrecht zu informieren. Sie widerspricht dem Assistenzarzt nicht und ist compliant. Auch der **Assistenzarzt nutzt das Schweigen der Patientin aus, um seine Behandlungspriorität umzusetzen**. Die Handlungsstrategien der Patienten und der Assistenzärzte scheinen aufeinander bezogen zu sein, und der Assistenzarzt konterkariert die Strategie des Patienten.

Die Assistenzärzte und die Patienten schweigen, um einen Einfluss auf den Behandlungsinhalt zu nehmen. In Bezug auf die Patienten können weitere Aspekte zu einem Schweigen beitragen.

*„Wenn es sein müsse, müsse er sich halt der höheren Macht beugen.“
(Forschungstagebuch B, Zeile 650 + 651)*

Insbesondere ist der Machtaspekt zu beachten. Einzelne Betroffene bezeichnen die Assistenzärzte und einzelne Personen im Kontext als eine *höhere Macht*. Am Beginn des Behandlungsprozesses gelingt es den Patienten nicht, dass ihre Behandlungspriorität berücksichtigt wird. Teilweise scheint dies zu einem **Ohnmachtgefühl der Patienten** beizutragen. Sie beugen sich der höheren Macht und schweigen.

Die Interaktionen sind dadurch gekennzeichnet, dass die Behandlungsprioritäten der Patienten nicht berücksichtigt werden und dass die Betroffenen mit einer zunehmenden Dauer des Auf-

enthaltens compliant sind. Dies steht aus meiner Forschungsperspektive im Widerspruch zu einer Selbstbestimmung, die eigentlich für die Patienten handlungsleitend ist. Dieser Widerspruch wird durch verschiedene Äußerungen der Patienten relativiert.

„... er gehe davon aus, dass sie schon wüssten was sie machen und dass sie es richtig machen.“ (Interview Herr Francke, Zeile 1319 – 1321)

In dieser Aussage weist Herr Francke darauf hin, dass die Behandlungspläne der Assistenzärzte auf ihrem Wissen beruhen und entsprechend als richtig angesehen werden können. Somit ordnet der Patient den Assistenzärzten einen Expertenstatus zu. Dies widerspricht der im Abschnitt 13.3 dargestellten Perspektive der selbstbestimmungs- und freiheitsorientierten Patienten, dass die Betroffenen die Experten sind. Indem Herr Francke abweichend die Assistenzärzte als Experten thematisiert, rechtfertigt er eine zunehmende Compliance.

„Bei mir hat das gedauert, einen ganzen Monat lang, dass ich nicht nach den Medikamenten gefragt habe, was ich schlucke. (...) Ich habe es bekommen, ich war gebessert und ich wusste, das war alles.“ (Interview Herr Francke, Zeile 679 – 695)

Ergänzend sagt Herr Francke, dass er die Medikamente nimmt, da sie zu einer Besserung beitragen. Die Einnahme weicht von seiner Behandlungspriorität ab, möglichst auf eine Pharmakotherapie zu verzichten. Indem Herr Francke eine Besserung aufgrund der Pharmakotherapie benennt, rückt er einen positiven Aspekt in den Vordergrund und relativiert somit den Widerspruch.

In Bezug auf die Frage, wie die selbstbestimmungs- und freiheitsorientierten Patienten ihre Interaktionen mit den Assistenzärzten bewerten, hebt beispielsweise Herr Francke seinen letzten Krankenhausaufenthalt positiv hervor, da er im Gegensatz zum aktuellen ...

„... auch mehr selber entscheiden konnte.“ (Interview Herr Francke, Zeile 1381 + 1382)

Ergänzend bemängelt Herr Emmerich ein autoritäres Auftreten der Assistenzärzte oder Frau Ingenhorst erlebt die Assistenzärztin als ...

„... (schulmeisterhaft ...) So von oben. ‚Das musst Du jetzt so machen.‘ Mit einem erhobenem Zeigefinger.“ (Interview Frau Ingenhorst, Zeile 782 – 807)

Die Patientin kritisiert, dass die Assistenzärztin als Lehrerin auftritt, die hierarchisch höher gestellt ist und der Patientin Anweisungen erteilt.

Die selbstbestimmungs- und freiheitsorientierten **Patienten kritisieren ihre Interaktionen** mit den Assistenzärzten. Ich stelle unter anderem dar, dass die Patienten nicht mitbestimmen können. Die Interaktionen widersprechen ihrer Selbstbestimmungsorientierung.

Die Regelungen des Ausgangs sind zwischen den Kliniken und zwischen den Patienten verschieden. Übergeordnet sind aber Einschränkungen vorhanden. Beispielsweise gilt mit wenigen Ausnahmen für alle Patienten in allen Kliniken, dass sie während der Therapiezeiten keinen Ausgang erhalten. Auch die Freiheitsorientierung wird nicht immer umgesetzt.

„Bei Herrn Francke ist es schwierig, weil der war am Anfang so krank, (...) dass man da eigentlich nicht von Zusammenarbeit reden kann. (JK: Mhm.) Also er war ja einfach zu akut und dann hat er eigentlich alles mitgemacht so. (JK: Mhm.) Dann hat er eigentlich besser mitgemacht als alle anderen. (...) Und ist (...) ein schönes Arbeiten mit ihm ...“ (Interview Dr. Berthold, Zeile 3915 – 3940)

Die Assistenzärzte erleben die Interaktionen mit den selbstbestimmungs- und freiheitsorientierten Patienten unterschiedlich. In Bezug auf Herrn Francke spricht die Assistenzärztin zuerst von einer schwierigen Interaktion. Aus ihrer Sicht handelt es sich nicht um eine Zusammenarbeit. Den **Beginn des Behandlungsprozesses bewertet sie** überwiegend **negativ**. Die Interaktionen verändern sich mit einer Abnahme der Symptomatik, und am Ende des Aufenthalts ist Herr Francke compliant. Die Assistenzärztin spricht von einem schönen Arbeiten. Sie **erlebt die Interaktionen am Ende des Aufenthalts positiver**. Der Wechsel von einer negativen zu einer positiveren Bewertung scheint in einem Zusammenhang mit dem Abklingen der akuten Symptomatik und mit einer zunehmenden Compliance des Patienten zu stehen. Die handlungsleitenden Aspekte der Assistenzärzte finden mit zunehmender Dauer des Aufenthalts eher Berücksichtigung. Sie können eine Veränderung der Symptomatik und die zunehmende Compliance des Patienten als Behandlungserfolg thematisieren.

Die Handlungsstrategien der Patienten und der Assistenzärzte scheinen aufeinander bezogen zu sein. In Bezug auf die Patienten wirkt das Schweigen als eine subversive Strategie mit einem stillen Protestcharakter. Sie wird jedoch vom Assistenzarzt konterkariert, um seine Behandlungspriorität durchzusetzen. Entsprechend äußern sich die Assistenzärzte bilanzierend eher positiv, während die Patienten die Interaktionen kritisieren.

14.1.5 Herstellen einer Selbstbestimmungsinsel und einer Compliance

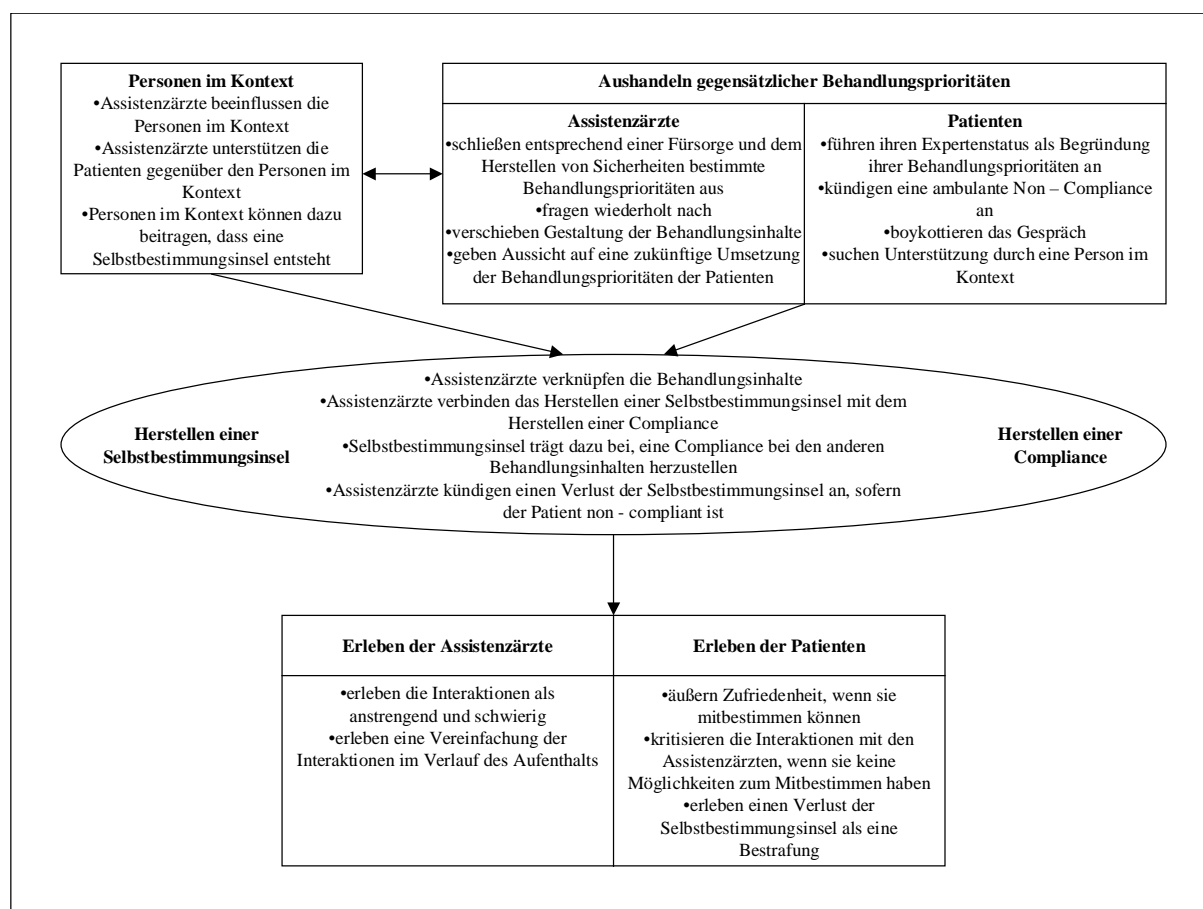


Abb. 34: Herstellen einer Selbstbestimmungsinsel und einer Compliance

Die selbstbestimmungs- und freiheitsorientierten Patienten benennen abweichend von den paternalistisch und schutzorientierten Patienten ihre Behandlungsprioritäten. Beispielsweise sagt Herr Gerken:

„... habe ich geglaubt, ich müsste ins Krankenhaus ...“ (Interview Herr Gerken, Zeile 96)

„... ich weiß genau, dass ich die Tabletten wieder absetzen werde draußen.“ (Interview Herr Gerken, Zeilen 371 + 372)

„... Therapie ist auch eigentlich Pflicht so wie sie sagen, (...) ich glaube, das müsste alles auf freiwilliger Basis sein. (...) mancher wird durch viel schlafen gesund (...) statt durch Therapien.“ (Interview Herr Gerken, Zeile 402 - 406)

„... die Nacht, konnte ich wieder nicht schlafen. Und ich wollte dann um drei einen Nachtspaziergang machen. (JK: Mhm.) (...) den hat man mir verwehrt, was auch nicht sein kann. Als freiwilliger Patient kann ich (...) rund um die Uhr rausgehen.“ (Interview Herr Gerken, Zeilen 203 – 211)

Herr Gerken stimmt mit der Assistenzärztin überein, dass ein stationärer Aufenthalt notwendig ist. Seine weiteren Äußerungen unterscheiden sich von den Behandlungsprioritäten der

Assistenzärztin beziehungsweise der Personen im Kontext. Herr Gerken kündigt an, die Medikamente im Anschluss an den Klinikaufenthalt abzusetzen, und er kritisiert die Pflicht an den Therapien teilnehmen zu müssen. Stattdessen kann aus seiner Sicht ausreichend Schlaf zu einer Besserung der Symptomatik beitragen.

Ergänzend äußert der Patient ein Unverständnis über die Regelung des Ausgangs. Herr Gerken bittet nachts um Ausgang, da er nicht schlafen kann. Der diensthabende Arzt gibt ihm jedoch keinen Ausgang, so dass Herr Gerken auf eine Entlassung gegen ärztlichen Rat besteht. In diesem Beispiel und in vielen weiteren Situationen **haben die selbstbestimmungs- und freiheitsorientierten Patienten und der (Assistenz)Arzt gegensätzliche Behandlungsprioritäten**. Dies unterscheidet ihre Interaktionen unter anderem vom Herstellen und Umsetzen eines gemeinsamen Behandlungsplans. Die Behandlungsprioritäten der mitbestimmungs- und hilfsangebotsorientierten Patienten stimmen größtenteils von vornherein mit denen der Assistenzärzte überein. Hingegen weichen die handlungsleitenden Aspekte der selbstbestimmungs- und freiheitsorientierten Patienten zum Teil deutlich von den handlungsleitenden Aspekten der Personen im Kontext sowie der Assistenzärzte ab⁹³.

„Und dann haben wir das verhandelt ...“ (Interview Dr. Schneider, Zeile 353 + 354)

Strauss (1993) thematisiert negotiations⁹⁴ beziehungsweise Aushandlungen als Grundlage einer Interaktion, wenn die Interaktionspartner divergierende Meinungen haben. Vergleichbar sagen die **Assistenzärzte**, dass sie **und einzelne Patienten ihre gegensätzlichen Behandlungsprioritäten** verhandeln oder in anderen Worten ausgedrückt **aushandeln**. Dies stellt einen weiteren Unterschied zu anderen Interaktionskategorien dar. Beispielsweise möchten die paternalistisch und schutzorientierten Patienten nicht mit dem Assistenzarzt verhandeln, und auch mit den selbstbestimmungs- und freiheitsorientierten Patienten, die ein zunehmendes Schweigen ausnutzen, finden keine Aushandlungen statt.

Die Frage, wie die Assistenzärzte und die selbstbestimmungs- und freiheitsorientierten Patienten ihre Aushandlungen gestalten, fokussiere ich im folgenden.

„Herr Kattler sagt zu ihm, er habe mit der Krankheit mehr Erfahrung als er.“ (Forschungstagebuch B, Zeile, 4660 + 4661)

„Er kenne sich selbst sehr gut, brauche keine Medikamente.“ (Forschungstagebuch B, Zeile 4627 + 4628)

⁹³ vergleiche 13.3

⁹⁴ vergleiche 7.2

Herr Kattler weist den Assistenzarzt darauf hin, dass er über mehr Erfahrungswissen verfügt. Entsprechend der Ausführungen zur Selbstbestimmungsorientierung im Abschnitt 13.3 und im Gegensatz zu den paternalistisch und schutzorientierten Patienten stellen sich die Betroffenen dieses Typs als einen Experten dar. Während der Aushandlung mit dem Assistenzarzt unterstreichen sie ihren **Expertenstatus**, der **als Begründung ihrer Behandlungspriorität dient**.

Dr. M.: Und das Seroquel, haben Sie das gut vertragen?

K.: Das vertrage ich gut (...) ...

Dr. M.: ... #wie viel haben Sie da genommen?# ...

*K.: ... #(WENIGE WORTE UNVERSTÄNDLICH)# (...) Hundert Milligramm. Und das hat geholfen, dass ich dann schlafen konnte ...“
(APG Frau Kunz – Dr. Michaelis, Zeile 726 – 757)*

Außerdem fragen die Assistenzärzte verschiedene Patienten danach, welche Medikamente in welcher Dosierung eine Hilfe für den Betroffenen darstellen. Dies können die Assistenzärzte in der Regel nicht beurteilen, wenn der Patient zuvor nicht in derselben Klinik war. Sie erfragen das Wissen der Patienten, über das die Betroffenen mit einem Blick auf die Trajectory⁹⁵ verfügen.

*„... und sich gedacht, dann könne er es auch gleich ganz absetzen. Die Ärztin (...) sagt dann, es wäre gut, wenn er die beiden anderen (Tabletten) draußen auch nehmen würde. Herr Gerken wird etwas lauter und sagt, es sei seine Entscheidung, was er draußen nehme.“
(Forschungstagebuch C, Zeile 7020 – 7026)*

In diesem Beispiel empfiehlt Dr. Berthold, dass Herr Gerken die stationäre Pharmakotherapie ambulant fortsetzt. Der Patient sagt jedoch zur Assistenzärztin, dass er die Medikamente absetzen wird. Er **kündigt eine ambulante Non – Compliance an**. Eine Non – Compliance der selbstbestimmungs- und freiheitsorientierten Patienten stellt einen wesentlichen Unterschied zu den anderen Patiententypen dar und widerspricht den handlungsleitenden Aspekten der Personen im Kontext sowie der Assistenzärzte.

„Jemand der (...) überhaupt nicht damit einverstanden ist, der wird die ja ambulant sofort wieder absetzen. Das hat glaube ich einfach gar keinen (...) Sinn so.“ (Interview Dr. Michaelis, Zeile 1094 – 1097)

Aufbauend auf der Aussage des Betroffenen geht Dr. Michaelis davon aus, dass der Patient die Medikamente ambulant nicht einnehmen wird, wenn er mit der Pharmakotherapie nicht einverstanden ist. Eine entsprechende Pharmakotherapie ist für die Assistenzärztin sinnlos. Die Ankündigung einer ambulanten Non – Compliance scheint den Behandlungsplan des Assistenzarztes beeinflussen zu können.

⁹⁵ vergleiche Einleitung in den empirischen Teil

„... wenn es um die Frage geht, um die ambulante Weiterbehandlung (...), die (Patienten) müssen es ja machen. (JK: Ja.) Die müssen in eine Tagesstätte gehen wollen oder in eine TWG ziehen wollen. Und die es nicht wollen, (...) da kann ich zehn mal Handstand machen. (LACHT)“ (Interview Dr. Berthold, Zeile 1429 – 1439)

Ein entsprechender Einfluss besteht außerdem in Bezug auf Veränderungen in der Zeit nach dem Aufenthalt. Aus der Perspektive der Assistenzärztin hat sie kaum eine Möglichkeit, einen Behandlungsplan umzusetzen, den der Patient ablehnt.

Innerhalb einer Aushandlung können weitere Aspekte von Bedeutung sein.

„Tja, tut mir leid, ey, kann ich auch nichts machen, tut mir leid, dann ist das Gespräch zu Ende (STEHT AUF; GEHT ZUR TÜR UND ÖFFNET SIE) (...) Darauf habe ich keine Lust. (GEHT AUS DEM RAUM UND SCHMEISST DIE TÜR ZU) (APG Herr Niehaus – Dr. Schneider, Zeile 455 – 472)

Der Assistenzarzt möchte mit Herrn Niehaus reden, da der Oberarzt und die Krankenpfleger eine Teilnahme am Therapieprogramm fordern. Der selbstbestimmungs- und freiheitsorientierte Patient bricht das Gespräch mit dem Assistenzarzt vorzeitig ab und verlässt den Raum. Der Behandlungsinhalt bleibt offen, und Herr Niehaus nimmt in den folgenden Tagen nicht an den Therapien teil. Der Patient **boycottiert das Gespräch** und beeinflusst die Gestaltung des Aufenthalts zumindest kurzzeitig. Im Unterschied zu den selbstbestimmungs- und freiheitsorientierten Patienten, die zunehmend schweigen, weisen diese Patienten deutlich darauf hin, dass sie eine gegensätzliche Behandlungspriorität vertreten.

Am Beginn dieses Abschnitts gehe ich auf die Behandlungsprioritäten des selbstbestimmungs- und freiheitsorientierten Patienten Herrn Gerken ein. Er möchte nachts die Station verlassen, wenn er nicht schlafen kann. Der diensthabende Arzt stimmt dieser Behandlungspriorität nicht zu, so dass Herr Gerken eine Entlassung gegen ärztlichen Rat fordert.

„JK: Und Sie sagten ja vorhin (...) mit dem Tagespatienten (...) da wurde Ihre Vorstellung beachtet. (G.: Ja.) (SCHWER VERSTÄNDLICH; UNGEFÄHR) Das (...) hatte mehr der Mann aus dem Zuverdienst ... (G.: ... mhm ...) ... der Mitarbeiter da, #hatte das eigentlich geregelt#.

G.: #Ja der hat das diesmal# geregelt, vielleicht kann ich es das nächste mal selber regeln. (JK.: Ja.) Also diesmal habe ich um Hilfe gesucht.“ (Interview Herr Gerken, Zeile 894 – 944)

Der Patient nimmt schließlich Kontakt mit seinem Betreuer aus dem Zuverdienst auf. Der Betreuer ruft in der Klinik am See an und bewirkt, dass Herr Gerken als Tagespatient aufgenommen wird. Dies ermöglicht dem Betroffenen, die Klinik nachts verlassen zu können. Er-

gänzend erhält er die Erlaubnis, in einem Aufenthaltsraum auf dem Sofa zu schlafen, sofern er nachts im Krankenhaus bleiben möchte.

Andere Patienten wenden sich an den Chef- oder Oberarzt, wenn die Behandlungspriorität des Assistenzarztes ihrer widerspricht. Die Betroffenen sagen, dass sie sich beschweren wollen. In Einzelfällen verändern die Chef- beziehungsweise Oberärzte daraufhin die Gestaltung eines Behandlungsinhalts. Die selbstbestimmungs- und freiheitsorientierten Patienten **suchen** zum Teil die **Unterstützung durch eine Person im Kontext**, um einen Einfluss auf den Behandlungsinhalt zu nehmen. Bei den anderen Patiententypen bleiben die Personen im Kontext hingegen im Hintergrund.

Diese Bestandteile der Aushandlungen können während des gesamten Behandlungsprozesses auftreten. Im Unterschied zum Interaktionstyp Ausnutzen eines zunehmenden Schweigens beginnen diese selbstbestimmungs- und freiheitsorientierten Patienten nicht zu schweigen, sondern sie verdeutlichen ihre Behandlungspriorität fortlaufend. Außerdem formulieren sie kein Ohnmachtgefühl, und sie sind im Gegensatz zu den paternalistisch und schutzorientierten Patienten aktiv.

Ergänzend zu den Patienten gestalten die Assistenzärzte die Aushandlungen.

„Herr Kattler sei jetzt akut und er setze jetzt sein Handeln als vernünftiger über das des Patienten. Er würde dann später, wenn die akute Phase vorbei ist, versuchen, im nachhinein das o.k. und eine Zustimmung von Herrn Kattler zu erhalten. Wenn der aber sagen würde, nein, er hätte lieber seinen Job verloren als Medikamente zu nehmen, dann würde er ihm ein antipsychiatrisches Testament empfehlen und beim nächsten mal anders handeln und nicht zwangsmedizieren. Er kenne den Patienten aber nicht gesund und so spreche er ihm momentan die Fähigkeit ab, das zu beurteilen.“ (Forschungstagebuch B, Zeile 1390 – 1404)

Im Abschnitt 12.2 stelle ich dar, dass die Assistenzärzte eine Fürsorge übernehmen, wenn die Behandlungspriorität des Patienten voraussichtlich zu einer negativen Auswirkung auf seine Gesundheit, sein Vermögen oder seine Sozialkontakte führt, wenn der Patient seine Krankheitssituation nicht selbständig verändert und wenn die Behandlungspriorität des Patienten aufgrund der akuten Psychose verändert ist.

In dem Beispiel ist Herr Kattler erstmals im Waldkrankenhaus. Der Assistenzarzt kennt die Behandlungspriorität des Patienten, keine Medikamente einnehmen zu wollen, ausschließlich aus einem Gespräch während der akuten Krankheitsphase. Dr. Schneider sieht die Gefahr, dass Herr Kattler seinen Job verliert, wenn der stationäre Aufenthalt länger dauert, da er keine

Medikamente einnimmt. **Entsprechend der Bedingungen für eine Fürsorge schließen die Assistenzärzte bestimmte Behandlungsprioritäten des Patienten** in den Aushandlungen **aus**. Dies passt zu dem handlungsleitenden Aspekt der Personen im Kontext, Störungen im Sinne einer negativen Auswirkung auf die biografische Entwicklung des Patienten zu verhindern.

„Und dann bin ich vielleicht auch nicht kooperativ (...) dann kann es auch sein, dass ich sage, ‚Sie bleiben heute Nacht hier. Und alles andere besprechen wir morgen.‘ (JK: Mhm.) Und wenn der dann aufmuckt, sage ich, ‚Das ist jetzt so, und das ist jetzt auch nicht verhandelbar ...‘ (JK: ... mhm ...) ,... und alles andere besprechen wir morgen.‘ (...) Und das ist natürlich nicht besonders kooperativ. Aber das kann passieren, wenn ich drei Patienten gleichzeitig habe im Dienst, und jeder (...) hat nachweislich (...) andere bedroht, dann ist der vom Tisch. Ja, (...) dann ist die Sache gegessen, dann bleibt er heute Nacht hier.“ (Interview Dr. Schneider, Zeile 2755 – 2783)

Außerdem habe ich bereits im Abschnitt 12.1 mit diesem Zitat thematisiert, dass die Assistenzärzte zum Teil die Selbstbestimmung des Patienten einschränken. In Bezug auf die Aushandlungen beinhaltet Dr. Schneiders Aussage, dass **die Assistenzärzte einzelne Behandlungsprioritäten der Patienten ablehnen, um eine Sicherheit herzustellen**. Dies entspricht auch dem handlungsleitenden Aspekt der Personen im Kontext, Aggressionen zu verhindern.

„Und mit dieser Patientin habe ich also mehrfach Behandlungsvereinbarungen getroffen, was auf meine Initiative hin ging, also immer, wenn die rauskam aus der Psychose ...“ (Interview Dr. Schneider, Zeile 405 – 408)

Zum Teil folgt die Aushandlung im Anschluss an eine Besserung der akuten Symptomatik. Sie kann dazu dienen, dass der Patient während eines zukünftigen Aufenthalts mitbestimmt.

„Am Ende des Gespräches sagte (Dr. Michaelis), sie wolle jetzt noch zur Behandlung kommen. Ohne dass sie weiter etwas sagte, sagte Herr Wichmann ‚Geben sie mir Faustan.‘ (...). Dr. Michaelis fragte, ob er auch noch ein anderes Medikament nehmen würde. Nein, Faustan reiche ihm. Sie sagte Faustan hätten sie nicht, aber sie würde ihm Diazepam verschreiben, das sei der gleiche Wirkstoff. Er sagte okay (...). Dr. Michaelis fragte dann nochmals, ob er nicht doch ein weiteres Mittel zusätzlich nehmen würde. ‚Nein.‘ Es ging dann ein paar mal hin und her. Sie sagte, sie würde empfehlen, noch zusätzlich ein Mittel anzusetzen. (...) Sie sagte dann, dass sie es natürlich ständig mit ihm absprechen werde. Er sagte dann, ‚Ist okay.‘ ...“ (Forschungstagebuch C, Zeile 915 – 936)

Am Beginn der Aushandlung äußert der Patient, ausschließlich das Medikament Faustan zu akzeptieren beziehungsweise als Alternative das Präparat Diazepam. Die Frage der Assistenz-

ärztin, ein weiteres Medikament einzunehmen, verneint der Patient. Die Assistenzärztin wiederholt ihre Frage im Verlauf der Aushandlung mehrfach. Herr Wichmann ändert seine Aussage und stimmt letztendlich der Behandlungspriorität der Assistenzärztin zu. Ein **wiederholtes Nachfragen des Assistenzarztes** kann einen Einfluss auf das Ergebnis der Aushandlung haben.

„Und dann kann man auch die Schwestern auch mit einbinden, dass man sagt: ‚Okay, bieten Sie ihm mal in einer halben Stunde noch mal fünf an.‘“ (Interview Dr. Berthold, Zeile 666 – 673)

Dr. Berthold weist ergänzend darauf hin, dass sie das Pflegepersonal bittet, wiederholt nachzufragen.

Die Aushandlungen des Assistenzarztes und des Patienten sind durch weitere Merkmale charakterisiert.

„Herr Niehaus sei schon einige Tage auf der Station und lehne bisher die Teilnahme an jeglichen Therapien ab. Dr. Schneider habe ihm gesagt, er solle sich bis heute überlegen, an welchen Therapien er teilnehmen wolle.“ (APG Herr Niehaus – Dr. Schneider, Zeile 486 – 491)

Über die Teilnahme am Therapieprogramm bestimmen der Assistenzarzt und der Patient im Waldkrankenhaus in der Regel am Beginn des Aufenthalts. Herr Niehaus lehnt eine Teilnahme am Therapieprogramm prinzipiell ab. Dr. Schneider akzeptiert dies zuerst nicht, sondern er verschiebt die Gestaltung des Behandlungsinhalts. Herr Niehaus soll überlegen, an welchen Therapien er teilnehmen möchte. Der Assistenzarzt bringt seine Erwartung zum Ausdruck, dass der Betroffene eine Bereitschaft entwickelt, einzelne Therapien wahrzunehmen.

„... meine Hoffnung ist schon immer ein bisschen, dass (...) nach einer gewissen Zeit derjenige dann eben einfach da auch einsichtsfähiger wird oder sagt ‚Okay (HOLT LUFT) das (...) könnte man mal probieren‘ (...) auch dann besser darauf einlassen kann.“ (Interview Dr. Michaelis, Zeile 1017 – 1025)

In Bezug auf das Verschieben thematisiert Dr. Michaelis ihre Hoffnung, dass der Patient schließlich der Behandlungspriorität des Assistenzarztes zustimmt. Die Assistenzärztin **verschiebt die Gestaltung der Behandlungsinhalte**, um sie zu beeinflussen.

„Der Arzt sagt, dann könne man vielleicht nächste Woche mit den Medikamenten runter ...“ (Forschungstagebuch B, Zeile 3692 – 3694)

Außerdem berücksichtigen die Assistenzärzte verschiedene Behandlungsprioritäten, die die Patienten äußern, nicht sofort. Sie kündigen jedoch an, den Behandlungsinhalt zu einem späteren Zeitpunkt entsprechend der Behandlungspriorität des Patienten zu ändern. Zum Teil akzeptieren die Betroffenen dies und stimmen der Behandlungspriorität des Assistenzarztes zu,

obwohl sie dieser anfänglich widersprechen. Auch die **Aussicht auf eine zukünftige Umsetzung der Behandlungspriorität des Patienten** kann die Aushandlung beeinflussen. Diese verschiedenen Versuche, einen Einfluss zu nehmen, unterscheiden das Herstellen einer Selbstbestimmungsinsel und einer Compliance vom Herstellen und Umsetzen eines gemeinsamen Behandlungsplans. Bei diesem Interaktionstyp besteht eine wesentlich größere Offenheit gegenüber der Behandlungspriorität des Interaktionspartners.

Als Zwischenfazit ist in Bezug auf die Interaktionen der selbstbestimmungs- und freiheitsorientierten Patienten mit den Assistenzärzten festzuhalten, dass ihre Behandlungsprioritäten in der Regel gegensätzlich sind. Sie beginnen eine Aushandlung. Ich habe verschiedene Möglichkeiten dargestellt, mit denen die Patienten beziehungsweise die Assistenzärzte während einer Aushandlung einen Einfluss auf die Gestaltung der Behandlungsinhalte nehmen können. Ergänzend gehe ich im folgenden darauf ein, zu welchem Ergebnis die Aushandlungen führen.

„JK: Haben Sie eine Idee, Sie sagten ja (...), dass Sie damals an den Therapien teilnehmen mussten ... (N.: ... ja ...) ... haben Sie eine Idee, warum das jetzt bei diesem Aufenthalt nicht mehr so ist?“

N.: Na, weil ich (...) mit Herrn Dr. Schneider ja so ein kleines Abkommen getroffen habe, dass ich ja meine Ruhe hier haben will eigentlich nur.“ (Interview Herr Niehaus, Zeile 402 – 413)

Herr Niehaus äußert in Bezug auf das Therapieprogramm die Behandlungspriorität, dass er nicht an den Therapien teilnimmt. Stattdessen möchte der selbstbestimmungs- und freiheitsorientierte Patient viel schlafen und zur Ruhe kommen. Die Krankenpfleger und der Oberarzt fordern stattdessen vom Assistenzarzt, dass er Herrn Niehaus entlässt, wenn er eine Teilnahme am Therapieprogramm ablehnt. Diese Forderung setzt der Assistenzarzt nicht um. Der Patient bleibt auf der Station, ohne an den Therapien teilzunehmen. Der Behandlungsinhalt entspricht der Behandlungspriorität von Herrn Niehaus, obwohl eine Teilnahme verpflichtend ist.

„... (Dr. Schneider) finde, dass (Herr Niehaus) zur Zeit hier am Besten aufgehoben sei ...“ (APG Herr Niehaus – Dr. Schneider, Zeile 598 + 599)

„Dr. S.: ... ich glaube, dass Medikamente dafür nützlich sind.“ (APG Herr Niehaus – Dr. Schneider, Zeile 438 + 439)

Aus der Sicht des Assistenzarztes sind ein stationärer Aufenthalt und die Einnahme von Medikamenten sinnvoll. Im Gegensatz hierzu sagt Herr Niehaus beispielsweise, dass er in der Klinik ...

„... nicht glücklich wird“ (Interview Herr Niehaus, Zeile 857).

„Dr. S.: Was denken Sie über Medikamente?“

N.: Na, ich halte davon nicht so viel (STÖHNT).“ (APG Herr Niehaus – Dr. Schneider, Zeile 231 – 234)

Der Patient äußert sich kritisch in Bezug auf die stationäre Behandlung und eine Pharmakotherapie. Trotzdem bleibt er freiwillig in der Klinik und nimmt Medikamente ein⁹⁶.

Die Gestaltung der Behandlungsinhalte, Notwendigkeit des Aufenthalts und Teilnahme an der Pharmakotherapie stimmen mit den Behandlungsprioritäten des Assistenzarztes beziehungsweise der Personen im Kontext überein. Hingegen entspricht die Gestaltung des Therapieprogramms der Behandlungspriorität des Patienten, obwohl der Assistenzarzt beziehungsweise die Personen im Kontext abweichende Behandlungsprioritäten haben. **Der Patient und der Assistenzarzt stellen** in Bezug auf die Teilnahme am Therapieprogramm **eine Selbstbestimmungsinsel her**. Die Selbstbestimmungsinsel passt zur Selbstbestimmungsorientierung der Patienten.

Ergänzend kann die Selbstbestimmungsinsel die Regelung des Ausgangs betreffen. Beispielsweise verlässt Herr Gerken entgegen der allgemeinen Ausgangsregel auch nachts die Station, so dass eine Selbstbestimmungs- und eine Freiheitsorientierung gegeben ist. In Bezug auf die handlungsleitenden Aspekte der Assistenzärzte gehe ich oben darauf ein, dass eine Einschränkung der Selbstbestimmung dazu dienen kann, eine Sicherheit herzustellen. In diesem Zusammenhang kann das Herstellen einer Selbstbestimmungsinsel beinhalten, dass der Assistenzarzt eine Sicherheit zum Teil aufgibt.

„Dr. Michaelis sagt noch, das müsse sie dem Oberarzt gut verkaufen. Dass (Herr Tramann) in den Urlaub fährt und entlassen wird und nicht in die Tagesklinik geht. Er wolle ja immer, dass die Patienten dann noch wochenlang in die Tagesklinik gehen.“ (Forschungstagebuch C, Zeile 6144 – 6148)

Im Vorfeld zu dieser Aussage stellt Herr Tramann in Frage, ob ein weiterer stationärer Aufenthalt notwendig ist. Außerdem äußert er sich kritisch über die Einnahme von Medikamenten und das Therapieprogramm. Letztendlich stimmt er jedoch der Fortsetzung des Krankenhausaufenthalts sowie einer Teilnahme an der Pharmakotherapie und dem Therapieprogramm zu. Gleichzeitig vereinbaren die Assistenzärztin und Herr Tramann, dass der Patient in Bezug auf die Zeit nach dem stationären Aufenthalt in den Urlaub fahren kann. Dies widerspricht der Behandlungspriorität des Oberarztes, und sie hat die Merkmale einer Selbstbestimmungsinsel.

⁹⁶ Die übergeordneten Behandlungsinhalte, Regelung des Ausgangs und Veränderungen in der Zeit nach dem Aufenthalt stehen innerhalb des Behandlungsprozesses von Herrn Niehaus im Hintergrund.

Die Assistenzärztin redet davon, dem Oberarzt den Behandlungsinhalt *verkaufen zu müssen*. Sie scheint den Oberarzt als **Person im Kontext** in der Form **beeinflussen** zu wollen, dass er die Selbstbestimmungsinsel akzeptiert.

Innerhalb des Behandlungsprozesses von Herrn Ulrich ist der Behandlungsinhalt Veränderungen in der Zeit nach dem Aufenthalt eine Selbstbestimmungsinsel. Der Betreuer von Herrn Ulrich fordert, dass der Patient im Anschluss an den stationären Aufenthalt in eine Einrichtung mit einer 24 - stündigen Betreuung zieht. Herr Ulrich lehnt dies ab.

„U.: Ich kenne doch meinen Betreuer, ja, da kommt nichts ran.

Dr. S.: Da könnte ich Sie vielleicht unterstützen.“ (APG Herr Ulrich –

Dr. Schneider, Zeile 644 – 647)

Während eines Gesprächs, an dem Herr Ulrich, sein Betreuer und Dr. Schneider teilnehmen, einigen sie sich letztendlich darauf, dass Herr Ulrich in eine WG zieht, in der die tägliche Betreuungsdauer eine Stunde beträgt. Herr Ulrich bezeichnet Dr. Schneider als eine Hilfe gegen den Betreuer. Der Assistenzarzt **unterstützt den Betroffenen gegenüber einer Person im Kontext**, um eine Selbstbestimmungsinsel herzustellen. Eine Beeinflussung der Personen im Kontext durch den Assistenzarzt stellt einen Unterschied zu den anderen Interaktionskategorien dar.

Ein weiteres Beispiel für das Herstellen einer Selbstbestimmungsinsel ist die Regelung des Ausgangs bei Herrn Gerken. Der Oberarzt setzt die allgemeine Behandlungsregel außer Kraft, dass der Patient in den ersten Tagen seines Aufenthalts keinen Ausgang erhält. Er legt stattdessen fest, dass Herr Gerken die Station in Begleitung des Pflegepersonals verlassen kann. Ergänzend zu den obigen Darstellungen **kann auch eine Person im Kontext dazu beitragen, dass eine Selbstbestimmungsinsel entsteht.**

Die Selbstbestimmungsinsel betrifft bei Herrn Gerken die Regelung des Ausgangs. In Bezug auf die Notwendigkeit des Aufenthalts ist der Behandlungsprozess dadurch charakterisiert, dass der Patient zuerst freiwillig in die Klinik geht, dann jedoch um seine Entlassung bittet, da er nachts keinen Ausgang erhält. Die Entlassung erfolgt gegen den ärztlichen Rat, so dass Herr Gerken als non – compliant bezeichnet werden kann. Nachdem die Selbstbestimmungsinsel hergestellt ist, kehrt Herr Gerken freiwillig in die Klinik am See zurück. Dies beinhaltet eine Veränderung von einer Non – Compliance zur Compliance. Außerdem nimmt Herr Gerken die Medikamente im Krankenhaus entsprechend der Behandlungspriorität des Oberarztes ein, obwohl er diese Pharmakotherapie eigentlich ablehnt und ankündigt, einen Teil der Me-

dikamente ambulant abzusetzen. Der selbstbestimmungs- und freiheitsorientierte Patient sagt auch, dass er einzelne Therapieveranstaltungen

*„... notgedrungen mitmache“. (Interview Herr Gerken, Zeile 419)
 „... ist wie ein Kindergarten bei ihr. (...) Also ist für mich keine Psychologin (...) für mich ist die Frau nicht gesund.“ (Interview Herr Gerken, Zeile 424 - 436)*

Herr Gerken kritisiert die Therapieveranstaltungen der Psychologin. Trotzdem nimmt er entsprechend der Forderung der Assistenzärztin an den Therapien teil. Abgesehen von der Selbstbestimmunginsel sind die übergeordneten Behandlungsinhalte dadurch gekennzeichnet, dass Herr Gerken entgegen seiner kritischen Perspektive die Behandlungsprioritäten der Assistenzärztin beziehungsweise des Oberarztes akzeptiert und compliant ist.

„Ich habe Dr. Michaelis gefragt und sie sagte (Herr Gerken ...) sei da auch compliant, wenn er zu Hause schlafe. Man könne ihn dann hier besser behandeln, als wenn man drauf bestehen würde, dass er hier bleibt. Bei ihm müsse man diese Sonderregelung machen.“ (Forschungstagebuch C, Zeile 8421 – 8427)

Die Assistenzärztin thematisiert die Selbstbestimmunginsel innerhalb des Behandlungsprozesses mit Herr Gerken. Diese stellt sie in einen Zusammenhang mit einer zunehmenden Compliance des Patienten. Die **Selbstbestimmunginsel trägt** nach der Aussage der Assistenzärztin **dazu bei, eine Compliance bei den anderen Behandlungsinhalten herzustellen.**

„... ist zwar jetzt die falsche Entscheidung, aber (...) dass auch die Patienten (...) gemerkt haben, ‚Okay, die haben mich (...) gehen lassen, die haben mich krank gehen lassen.‘ (...) Also (...) glaube ich (...), dass es insgesamt ein Klima schafft, (...) was auch dazu führt, dass sich auch solche Patienten auf Dauer vielleicht doch mal behandeln lassen.“ (Interview Dr. Friedrichs, Zeile 1042 – 1089)

Dr. Friedrichs thematisiert die Entlassung eines Patienten mit einer akuten psychotischen Symptomatik als falsch. Trotzdem kann eine Entlassung im Sinne einer Selbstbestimmunginsel zweckmäßig sein. Die Selbstbestimmunginsel kann dazu beitragen, dass der Patient zu einem späteren Zeitpunkt eine stationäre Behandlung akzeptiert. Das Herstellen einer Compliance betrifft in diesem Beispiel einen zukünftigen Krankenhausaufenthalt.

Herr Hellmann wird untergebracht, nachdem er einen Nachbarn bedroht. Als ich an einem Gespräch des selbstbestimmungs- und freiheitsorientierten Patienten mit dem Assistenzarzt teilnehme, äußert Herr Hellmann seine Behandlungsprioritäten, dass die Medikamentendosis reduziert werden soll und dass er mehr Ausgang haben möchte. Dr. Schneider antwortet, er kann die Medikamentendosis reduzieren, wenn Herr Hellmann keinen Ausgang außerhalb des

Klinikgeländes hat. Sofern der Patient jedoch im Ausgang nach Hause gehen möchte, muss die Dosierung der Medikamente unverändert bleiben. Der **Assistenzarzt verknüpft die Behandlungsinhalte**.

Der Patient stimmt der zweiten Option zu. Somit wird seine Behandlungspriorität umgesetzt, trotz der Unterbringung im Ausgang nach Hause gehen zu können. Dadurch ist es möglich, dass er seinen Nachbarn erneut bedroht. Dies ist ein Beispiel dafür, dass die Selbstbestimmungsinsel dem Herstellen von Sicherheiten und einem Verhindern von Gefährdungen beziehungsweise Aggressionen widersprechen kann. Gleichzeitig ist Herr Hellmann in Bezug auf die Pharmakotherapie compliant. Das **Herstellen einer Selbstbestimmungsinsel verbinden** die Assistenzärzte wiederholt **mit dem Herstellen einer Compliance**. Ergänzend sagen die Assistenzärzte den Patienten zum Teil, dass sie den Ausgang streichen müssen, wenn der Patient die Medikamente nicht einnimmt. Sie **kündigen einen Verlust der Selbstbestimmungsinsel an, sofern der Patient non - compliant ist**.

Alle Patienten außer Herrn Naumann nehmen während des stationären Aufenthalts Medikamente ein. Die Selbstbestimmungsinsel gilt in der Regel nicht für die Frage, ob der Patient an der Pharmakotherapie teilnimmt. Stattdessen dienen die Selbstbestimmungsinseln eher dazu, eine Compliance in Bezug auf die Einnahme von Medikamenten herzustellen. Dies steht wiederum in einem Zusammenhang mit dem handlungsleitenden Aspekt der Personen im Kontext und der Assistenzärzte, die akute Symptomatik zu bessern.

Mit der Selbstbestimmungsinsel wird die Selbstbestimmungsorientierung der Patienten in Bezug auf einen Behandlungsinhalt beachtet. Außerdem beinhaltet die Selbstbestimmungsinsel beispielsweise bei Herrn Gerken und bei Herrn Hellmann, dass die Regelung des Ausgangs ihrer Behandlungspriorität entspricht. In diesen Fällen ist ergänzend eine Freiheitsorientierung gegeben.

Der Einfluss der Patienten betrifft die Selbstbestimmungsinsel. Abgesehen von der Selbstbestimmungsinsel bestimmen überwiegend die Assistenzärzte beziehungsweise die Personen im Kontext. Dabei findet auch eine Compliance als handlungsleitender Aspekt Berücksichtigung.

Das Herstellen einer Selbstbestimmungsinsel und einer Compliance bedeutet, dass der Assistenzarzt und der Patient eine Lösung in Bezug auf ihre verschiedenen Behandlungsprioritäten aushandeln. Dies unterscheidet ihre Interaktionen vom Zwangsbehandeln. Im Gegensatz zum Zwangsbehandeln führen die Aushandlungen beim Herstellen einer Selbstbestim-

munginsel und einer Compliance zu Behandlungsplänen, die in der Regel alle Beteiligten akzeptieren.

Schließlich unterscheiden sich die Interaktionen vom Herstellen und Umsetzen eines gemeinsamen Behandlungsplans. Dort finden der Patient und der Assistenzarzt für alle übergeordneten Behandlungsinhalte eine Einigung, die letztendlich beide gemeinsam befürworten. Im Unterschied hierzu entspricht beim Herstellen einer Selbstbestimmunginsel und einer Compliance die Selbstbestimmunginsel der Behandlungspriorität des Patienten. Der Assistenzarzt stimmt dieser Behandlungspriorität zu, da der Patient in Bezug auf die weiteren Behandlungsinhalte die Behandlungsprioritäten des Assistenzarztes akzeptiert.

„... es kann manchmal anstrengend sein, wenn man viel verhandeln muss (...). Das ist für einen selbst eine Belastung, das ist zeitraubend und anstrengend ...“ (Interview Dr. Michaelis, Zeile 1108 – 1117)
„Und (...) da war es dann ganz schwierig dann also bei ihm dann einen Kompromiss zu finden. (...) er war auch einer der Patienten, die gar keine Medikamente wollten ...“ (Interview Dr. Berthold, Zeile 356 – 365)

Die Assistenzärzte **erleben die Interaktionen** mit den selbstbestimmungs- und freiheitsorientierten Patienten **als anstrengend und schwierig**. Die Anstrengungen und Schwierigkeiten können in Form einer zeitlichen Belastung bestehen oder inhaltlich begründet sein. Beispielsweise verweist Dr. Berthold auf *Patienten, die gar keine Medikamente wollen*. Die Schwierigkeiten gehen auf eine Non – Compliance des Patienten zurück.

Ergänzend weisen die Assistenzärzte auf Veränderungen der Interaktionen hin.

„Dr. B.: Aber das ist dann schon oft schwierig. Aber meistens ist es auch so, sobald sich die Patienten so vom psychopathologischen Bild bessern, dass sie dann auch umgänglicher werden. (...) Aber meistens können sie sich darauf einlassen. (HOLT LUFT) (...)
JK: Also das heißt, da ändert sich dann meistens #auch die (EIN WORT SCHWER VERSTÄNDLICH: UNGEFÄHR: Zusammenarbeit)#?
Dr. B.: #Meistens# (...) werden kooperativer. (Interview Dr. Berthold, Zeile 446 – 462)

In Abgrenzung zu den schwierigen Interaktionen geht Dr. Berthold auf eine Besserung der akuten Symptomatik ein. Dies verbindet sie mit der Aussage, dass die Patienten *sich darauf einlassen und kooperativer werden*. Im Abschnitt 11.2.4 stelle ich dar, dass die Bezeichnung Kooperation im Kontext der stationären Psychiatrie häufig dem Begriff Compliance entspricht. Die Assistenzärztin thematisiert nach dieser Interpretation eine **Vereinfachung der Interaktionen im Verlauf des Aufenthalts**, die durch eine zunehmende Compliance gekennzeichnet ist.

Innerhalb der Aussagen der selbstbestimmungs- und freiheitsorientierten Patienten, wie sie die Interaktionen mit den Assistenzärzten erleben, ist häufig die Selbstbestimmungsinsel zentral.

„Ja und nun bin ich zufrieden, dass ich jetzt bald eine Wohnung kriege wieder.“ (Interview Herr Ulrich, Zeile 194 + 195)

„Er ist ein ziemlich guter Arzt. (JK: Mh.) Also er ist wirklich ein ziemlich (...) guter Arzt.“ (Interview Herr Niehaus, Zeile 1755 – 1761)

„JK: ... können Sie sich da an eine Situation erinnern, in der Ihre Vorstellungen die Behandlung mitbestimmt haben?“

D.: Ja jetzt hier, zur Zeit.“ (Interview Frau Dressler, Zeile 356 – 361)

Die selbstbestimmungs- und freiheitsorientierten Patienten sprechen zum Teil von einer **Zufriedenheit**, und sie bezeichnen den Assistenzarzt als einen guten Arzt. Die Patienten weisen darauf hin, dass sie zeitweise **mitbestimmen können**. Die positiven Aussagen der Betroffenen stehen in der Regel in einem Zusammenhang mit der Selbstbestimmungsinsel. Entsprechend der Selbstbestimmungsorientierung äußern die Patienten wiederholt eine Zufriedenheit, wenn sie die Selbstbestimmungsinsel fokussieren.

„Und ja, aber mitbestimmen (...) es geht ja nur um Tabletten und Therapie ist auch eigentlich Pflicht so wie sie sagen, (...) ich glaube das müsste alles auf freiwilliger Basis sein ...“ (Interview Herr Gerken, Zeile 401 – 404)

Gleichzeitig kritisieren die Betroffenen, dass einzelne Behandlungsinhalte festgelegt sind und dass der Patient **keine Möglichkeit zum Mitbestimmen** hat. Sie **kritisieren die Interaktionen mit dem Assistenzarzt**, wenn sie ergänzend zur Selbstbestimmungsinsel die Gestaltung der weiteren Behandlungsinhalte thematisieren.

„... (Herr Bomann) fühle sich zur Zeit pädagogisch gemäßregelt. Er habe in den letzten Tagen Alkohol mit auf die Station gebracht und mit einer Mitpatientin getrunken. Nun habe er Ausgangssperre und dürfe gar nicht raus. Ausgang ,in Begleitung wäre ja auch noch o.k. Aber gar nicht raus kann ja nicht angehen.“ (Forschungstagebuch A, Zeile 533 – 539)

Schließlich bezeichnen die selbstbestimmungs- und freiheitsorientierten Patienten einzelne Behandlungspläne der Assistenzärzte als eine pädagogische Maßregelung. Für Herrn Bomann scheint die Regelung des Ausgangs keine medizinische Grundlage zu haben, sondern eine erzieherische Intervention darzustellen. Wenn der Behandlungsinhalt durch **einen Verlust der Selbstbestimmungsinsel** aufgrund einer Non – Compliance gekennzeichnet ist, **erleben** die Patienten dies **als eine Bestrafung**. Im Gegensatz zum Herstellen und Umsetzen eines gemeinsamen Behandlungsplans sind die Interaktionen nicht konfliktfrei.

Die Darstellungen in den Abschnitten 14.1.1 bis 14.1.5 beinhalten unterschiedliche Antworten auf meine Forschungsfrage nach der Handhabung der Patientenselbst- und -fremdbestimmungen. Sie kann nicht einheitlich beantwortet werden. Die Patientenselbst- und -fremdbestimmungen variieren zwischen den verschiedenen Interaktionskategorien. Während die Personen im Kontext beim paternalistisch orientierten Handeln und Behandeln sowie beim Herstellen und Umsetzen eines gemeinsamen Behandlungsplans im Hintergrund bleiben beziehungsweise scheinbar ohne Bedeutung sind, nehmen sie beim Ausnutzen eines zunehmenden Schweigens häufig Einfluss auf die Gestaltung der Behandlungsinhalte. Beim Herstellen einer Selbstbestimmungsinsel und einer Compliance sind in Bezug auf die Personen im Kontext sowohl Aspekte einer Selbst- als auch einer Fremdbestimmung des Patienten von Bedeutung.

Während beim Herstellen und Umsetzen eines gemeinsamen Behandlungsplans die Assistenzärzte in der Regel im Hintergrund bleiben, dominieren sie beim paternalistisch orientierten Handeln und Behandeln die Gestaltung der Behandlungsinhalte. Sie nutzen ein zunehmendes Schweigen einzelner Patienten, um ihre Behandlungspriorität umzusetzen. Außerdem entsprechen beim Herstellen einer Selbstbestimmungsinsel und einer Compliance die Behandlungsinhalte mit Ausnahme der Selbstbestimmungsinsel weitestgehend ihren Behandlungsprioritäten.

Schließlich sind die Patienten beim paternalistisch orientierten Handeln und Behandeln eher unbeteiligt, und die Betroffenen können auch beim Zwangsbehandeln nicht mitbestimmen. Hingegen entsteht beim Herstellen und Umsetzen eines gemeinsamen Behandlungsplans der Eindruck, dass die Patienten weitestgehend die Behandlungsinhalte bestimmen. Beim Ausnutzen eines zunehmenden Schweigens sowie beim Herstellen einer Selbstbestimmungsinsel und einer Compliance dominieren eher die Behandlungsprioritäten der Assistenzärzte beziehungsweise der Personen im Kontext.

14.2 Typenübergreifende Interaktionskategorien

14.2.1 Anbieten und (nicht) annehmen eines Wohlfühlklimas

Krisor & Pfannkuch (1996; 1998; 2000; Krisor, 1992) gehen darauf ein, wie der Weg zu einer gewaltfreien Psychiatrie aussehen kann⁹⁷. Ihre Äußerungen verdeutlichen, dass unter anderem die materielle und symbolische Situiertheit zu beachten ist. In Anlehnung an diese Überlegungen fragte ich während der Datenauswertung, welche materiellen und symbolischen Aspekte innerhalb der Interaktionen von psychosereferenen Patienten und Assistenzärzten bedeutsam sind. Einzelne Beispiele thematisiere ich im folgenden. Die Ergebnisdarstellung beinhaltet, dass sie zu einem Wohlfühlklima beitragen können. Welche weiteren Aspekte in Bezug auf das Wohlfühlklima relevant sein können, zeigt die folgende Abbildung einleitend.

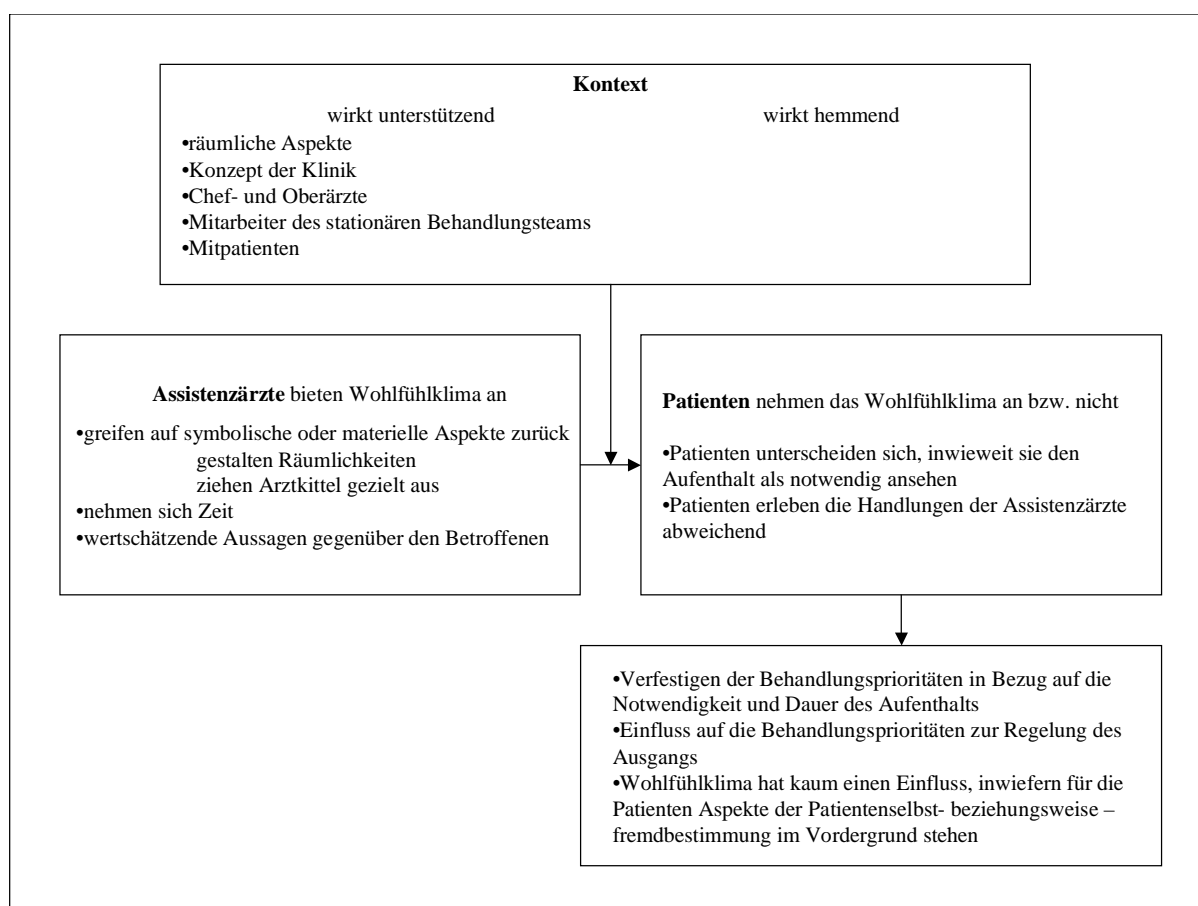


Abb. 35: Anbieten und (nicht) annehmen eines Wohlfühlklimas

„die Patienten (sollen ...) den Aufenthalt (...) angenehm wie möglich erleben. (...) sich einigermaßen hier (...) wohlfühlen“ (Interview Dr. Berthold, Zeile 1646 – 1661).

⁹⁷ vergleiche 4.2.2

Die Assistenzärzte möchten, dass die Patienten sich möglichst wohlfühlen. Dabei können verschiedene materielle und symbolische Aspekte von Bedeutung sein. Beispielsweise sagt Dr. Schneider, dass er die Krankenhausatmosphäre in seinem Arztzimmer schrecklich findet. Er besorgt sich privat eine Stehlampe, die er in sein Arztzimmer stellt. Als er die Lampe das erste mal in Betrieb nimmt, spricht er davon, dass der **Raum** nun viel **angenehmer gestaltet** ist. Dies interpretiere ich in Anlehnung an die oben zitierten Worte von Dr. Berthold als den Versuch des **Assistenzarztes**, ein **Wohlfühlklima anzubieten**.

Dabei können weitere Aspekte von Bedeutung sein. Beispielsweise thematisiert Frau Albrecht, die gegen ihren Willen behandelt wird, dass sie sich im Waldkrankenhaus wohlfühlt. In dem Zusammenhang verweist sie auf eine

„lockere und lässige“ (Interview Frau Albrecht, Zeile 448 + 449)

Art des Assistenzarztes Dr. Schneider. Auf meine Nachfrage, was sie als locker und lässig erlebt, konkretisiert die Patientin ihre Aussage nicht. Eine Besonderheit Dr. Schneiders, die ihn innerhalb meiner Studie von den anderen Assistenzärzten unterscheidet, besteht darin, dass er während seiner Kontakte mit den Patienten häufig keinen Arztkittel trägt. Beispielsweise wollte ich ihn zu einem Patientengespräch begleiten, als er einen Arztkittel anhat. Dr. Schneider geht vor dem Gespräch in sein Zimmer und bringt den Arztkittel weg. Als ich Dr. Schneider in einer anderen Situation zu einem Gespräch mit einem Richter begleite, geht er zuvor in sein Zimmer und zieht den Arztkittel an. Der Assistenzarzt scheint den **Arztkittel gezielt** an- beziehungsweise **auszuziehen**.

Die Beispiele mit dem Arztkittel oder der Stehlampe beinhalten nach meiner Interpretation, dass die Assistenzärzte **auf symbolische oder materielle Aspekte zurückgreifen**, um ein Wohlfühlklima anzubieten.

Ergänzend **nehmen** sich die Assistenzärzte meistens **Zeit** für ein Kurzgespräch, wenn ein Patient sie auf dem Gang anspricht. Während der ausführlichen Einzelgespräche mit einem Patienten gehen die Assistenzärzte größtenteils nicht ans Telefon, wenn dies klingelt. Oder sie bedanken sich häufig am Ende eines Gesprächs bei dem jeweiligen Patienten. Die Gespräche der Assistenzärzte mit den Patienten sind in der Regel durch **wertschätzende Aussagen gegenüber den Betroffenen** gekennzeichnet. Verschiedene Patienten sagen, dass sie die Gespräche mit den Assistenzärzten als sehr angenehm erleben. Ich gehe davon aus, dass die Gespräche zu einem Wohlfühlklima beitragen können.

Auch Herr Kattler sagt, dass er sich im Waldkrankenhaus wohl fühlt. Er hat nicht das Gefühl in einem Krankenhaus, sondern eher auf einer Kur zu sein. Im Waldkrankenhaus gibt es von jeder Station einen Zugang zu einem grünen Innenhof mit mehreren nett gestalteten Sitzecken. Auf diese **räumlichen Aspekte** verweist Herr Kattler im Zusammenhang mit seiner Aussage, sich wohl zu fühlen. Das Anbieten eines Wohlfühlklimas kann durch den **Kontext unterstützt** werden.

Ergänzend wird auf den Internetseiten des Waldkrankenhauses darauf hingewiesen, dass in Bezug auf die Interaktionen der Mitarbeiter mit den Patienten eine ...

„... Ehrfurcht vor dem Nächsten ...“ (Internetrecherche Waldkrankenhaus, Zeile 290 + 291)

zum **Konzept der Klinik** zählt. Sofern die Klinikmitarbeiter das Konzept umsetzen, kann es zu einer Wertschätzung der Patienten und einem Wohlfühlklima beitragen.

*„JK: Der Chefarzt, ja, ja. Wie war der Kontakt zu ihm?
A.: Sehr gut, sehr gut. (JK: Ja.) Gleich Händedruck und so. Ganz sympathisch.“ (Interview Frau Albrecht, Zeile 1672 – 1680)*

In den Kliniken, in denen ich Daten erhob, finden die Chef- und Oberarztvisiten in einem festgelegten Raum statt, und die Patienten gehen nacheinander zur Visite. Sofern die Patienten den Raum betreten, stehen die Chef- oder die Oberärzte in der Regel auf, und sie begrüßen den Patienten mit einem Handschlag. Ebenso verabschieden sie die Patienten am Ende des Visitenesgesprächs. Dies verstehe ich als eine **Wertschätzung der Chef- und Oberärzte gegenüber dem Patienten**.

Schließlich sagen mehrere Patienten, dass sie die Pflegekräfte als sehr angenehm erleben. Und Herr Gerken weist darauf hin, ...

„... die Klinik ist einfach eine Chance, Freunde auch zu finden. (...) das macht die Klinik angenehm“ (Interview Herr Gerken, Zeile 2612 – 2622)

Die **Mitarbeiter des stationären Behandlungsteams** und die **Mitpatienten können dazu beitragen**, dass die Patienten sich in der Klinik wohl fühlen.

Gleichzeitig sprechen die Patienten davon, dass die Pflegekräfte „nerven“ (Interview Herr Niehaus, Zeile 837), dass der Chefarzt „ein schlechter Arzt“ (Interview Herr Niehaus, Zeile 1791) ist, dass sie „Angst vor den Mitpatienten“ (Interview Frau Trautner, Zeile 1981) haben oder dass sie die Räumlichkeiten als einen „unangenehmen“ (Forschungstagebuch C, Zeile 4017) Ort erleben, an dem sie sich nicht wohlfühlen. Diese Aspekte **wirken eher hemmend** auf ein Wohlfühlklima.

Außerdem kann der Kontext hemmend in Bezug auf die Aspekte sein, die den Assistenzärzten zum Anbieten eines Wohlfühlklimas dienen. Zum Beispiel müssen die Assistenzärzte im Städtischen Klinikum einen Arztkittel tragen, und sie können den Arztkittel entgegen des oben dargestellten Beispiels aus dem Waldkrankenhaus nicht gezielt an- oder ausziehen, um ein Wohlfühlklima zu unterstützen.

Die Patienten unterscheiden sich, inwieweit sie das Wohlfühlklima annehmen beziehungsweise nicht. Zu den **Patienten, die das Wohlfühlklima annehmen**, zählen auch selbstbestimmungs- und freiheitsorientierte Patienten. Beispielsweise betont Herr Kattler, der frühere Klinikaufenthalte gegen den Rat der Ärzte beendete und sich in Bezug auf die ambulante Versorgung eher kritisch äußert, dass er sich aufgrund der Räumlichkeiten im Waldkrankenhaus wohlfühlt. Das Wohlfühlklima ist nach seiner Aussage ausschlaggebend dafür, dass er während des aktuellen Aufenthalts in der Klinik bleiben möchte.

Andere Patienten betonen hingegen, dass sie sich in der Klinik nicht wohlfühlen. Beispielsweise ist das psychiatrische Krankenhaus nach Herrn Hellmann identisch mit einem Gefängnis. Aus seiner Perspektive wird er während des Klinikaufenthalts ungerecht behandelt. **Aspekte eines Wohlfühlklimas thematisiert dieser Patient nicht.**

Aus der Sicht von Herrn Kattler ist ein Krankenhausaufenthalt notwendig, und er geht freiwillig in die Klinik. Er lehnt nicht den Aufenthalt, sondern eine Teilnahme an der Pharmakotherapie ab. Hingegen sagt Herr Hellmann, der kein Wohlfühlklima thematisiert, dass der Aufenthalt nicht notwendig ist. Die Patienten, die das Wohlfühlklima annehmen beziehungsweise nicht annehmen, **unterscheiden sich darin, inwieweit sie den Aufenthalt als notwendig ansehen**. Des Weiteren ist Dr. Schneider aus der Sicht von Frau Albrecht „*locker und lässig*“ (Interview Frau Albrecht, Zeile 448 + 449). In Bezug auf denselben Assistenzarzt sagt Herr Hellmann hingegen, „*der erscheint mir so ein bisschen arrogant*“ (Interview Herr Hellmann, Zeile 2783 + 2784). Die Patienten **erleben die Handlungen des Assistenzarztes abweichend**.

Außerdem betonen die Patienten, die das Wohlfühlklima annehmen, auch während des weiteren Behandlungsprozesses, dass der Aufenthalt aus ihrer Sicht notwendig ist. In Bezug auf die Dauer des Aufenthalts widersprechen sie den Assistenzärzten nicht. Dies steht im Gegensatz zu den Äußerungen der Patienten, die das Wohlfühlklima nicht annehmen. Sie sagen fortlaufend, dass der Aufenthalt nicht notwendig ist, und sie fordern wiederholt eine kürzere Dauer

des Aufenthalts. Ein Annehmen beziehungsweise Ablehnen des Wohlfühlklimas scheint **die Behandlungsprioritäten in Bezug auf die Notwendigkeit und Dauer des Aufenthalts zu verfestigen**, die die Patienten bereits am Beginn des Behandlungsprozesses äußern.

Ergänzend sagen die Patienten, die das Wohlfühlklima nicht annehmen, in der Regel auch, dass sie möglichst viel und alleine in den Ausgang möchten. Entsprechende Äußerungen formulieren die Patienten, die das Wohlfühlklima annehmen, hingegen kaum. Dies verstehe ich als Hinweis, dass das Wohlfühlklima **einen Einfluss auf die Behandlungspriorität zur Regelung des Ausgangs** haben kann.

Abschließend möchte ich Bezug zum Fokus meiner Studie herstellen und das Wohlfühlklima im Hinblick auf die Handhabung der Patientenselbst- und –fremdbestimmungen betrachten.

Beispielsweise thematisiert die mitbestimmungs- und hilfsangebotsorientierte Patientin Frau Trautner, dass sie sich aufgrund der Mitpatienten zeitweise in der Klinik unwohl fühlt. Ihre Äußerungen in Bezug auf die Patientenselbstbestimmung sind jedoch über den gesamten Aufenthalt unverändert. Sie hebt positiv ihre Sicht hervor, dass ihr Aufenthalt durch Aspekte der Patientenselbstbestimmung charakterisiert ist. Hingegen spricht Herr Kattler, der das Wohlfühlklima annimmt, von „Drohungen“ (*Interview Herr Kattler, Zeile 999*) des Oberarztes und einem „Machtmissbrauch“ (*Interview Herr Kattler, Zeile 1003*). Eine Patientenfremdbestimmung dominiert sein Erleben.

Als Vorannahme könnte die Vermutung nahe liegen, dass die Patienten, die das Wohlfühlklima annehmen, eher Aspekte der Patientenselbstbestimmung thematisieren. Die Daten weisen jedoch darauf hin, dass das **Wohlfühlklima kaum einen Einfluss hat, inwiefern für die Patienten Aspekte der Patientenselbst- beziehungsweise –fremdbestimmung im Vordergrund stehen**.

14.2.2 Ausblenden der Fremdbestimmungen

Die Datenauswertung mit der Grounded Theory (u.a. Strauss & Corbin, 1996) beinhaltet, dass der Forscher eine Kernkategorie identifiziert⁹⁸. Die Kernkategorie, die innerhalb der von mir erhobenen Daten zentral ist, thematisiere ich im folgenden.

⁹⁸ vergleiche 9.2

Für die Analyse der Kernkategorie kann das Kodierparadigma hilfreich sein. Nachdem der Forscher das zentrale Phänomen benannt hat, soll er auf die situationsspezifischen Eigenschaften des Phänomens und auf die Bedingungen für die Handlungs- und Interaktionsstrategien eingehen. Die Ergebnisse dieser Auswertungsschritte fasse ich im folgenden zusammen und nehme dabei nacheinander Bezug auf die Patiententypen beziehungsweise auf die unterschiedlichen Interaktionen der Patienten mit den Assistenzärzten. Ergänzend soll der Forscher die Aspekte darstellen, die zur Entwicklung beziehungsweise zum Auftreten des Phänomens beitragen. Zu beachten sind außerdem die Kontextbedingungen, die erleichternd oder hemmend wirken. Schließlich muss der Forscher die Konsequenzen der Handlungen analysieren. Ein entsprechendes Vorgehen gliedert meine Darstellungen zur Kernkategorie.

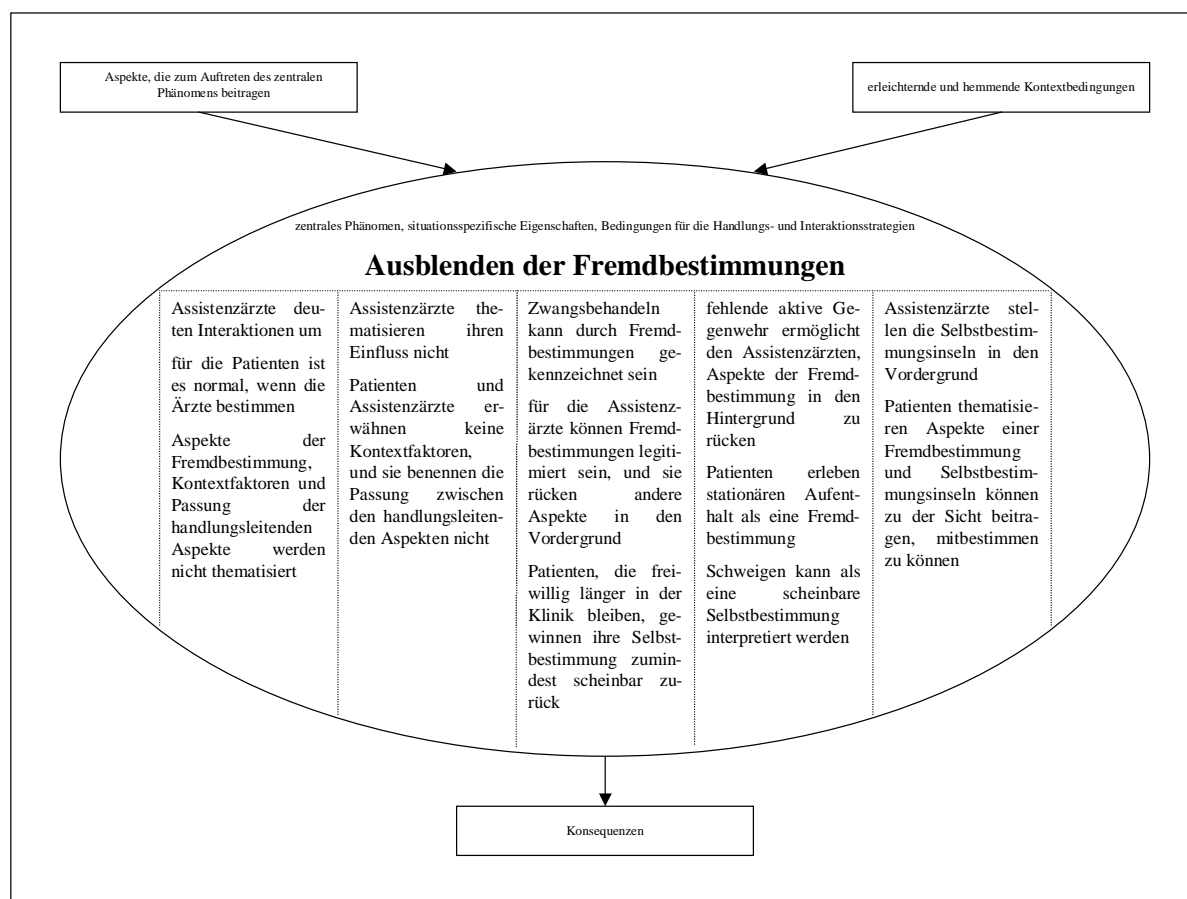


Abb. 36: Ausblenden der Fremdbestimmungen (Teil 1: zentrales Phänomen, situationsspezifische Eigenschaften und Bedingungen für die Handlungs- und Interaktionsstrategien)

Zu den Interaktionen der paternalistisch und schutzorientierten Patienten mit den Assistenzärzten merkt Dr. Schneider an, dass der Patient eine paternalistisch orientierte Interaktion möchte und dass der Assistenzarzt diese Vorstellung des Patienten umsetzt. Aus seiner Sicht bestimmt vor allem der Patient. **Der Assistenzarzt deutet das paternalistisch orientierte**

Handeln und Behandeln als eine Selbstbestimmung des Patienten. Mit dieser Interpretation **blendet** er die **Fremdbestimmungen aus**, die ein paternalistisch orientiertes Handeln und Behandeln charakterisieren.

Dr. Schneiders Aussage beinhaltet, dass der Patient seine Vorstellung gegenüber dem Assistenzarzt äußert, die Interaktionen sollen paternalistisch gestaltet sein. Ein solches Gespräch findet in der Regel jedoch nicht statt, so dass ich die Interpretation des Assistenzarztes nicht teile. Nach meinem Verständnis **deutet** Dr. Schneider **die Fremdbestimmung** des Patienten **als eine Selbstbestimmung um**.

Im Abschnitt 13.1 stelle ich dar, dass die Interaktionen der paternalistisch und schutzorientierten Patienten mit den Assistenzärzten dadurch gekennzeichnet sind, dass die Patienten kaum ihre Behandlungspriorität äußern, sich nicht trauen, ihre Behandlungspriorität zu äußern, dem Assistenzarzt einen Expertenstatus zuzuordnen, die Gestaltung des Behandlungsinhalts abgeben, unbeteiligt sind, als ein passives Objekt wirken, die Verantwortung abgeben, compliant sind und kaum Kritik äußern. Innerhalb dieser Auswertung stehen Aspekte der Fremdbestimmung im Vordergrund.

Die Sicht der paternalistisch und schutzorientierten Patienten stimmt mit meiner Interpretation nicht überein.

„P.: Das ist normal, das sind Ärzte. (JK: Mhm.) Die können das (...) entscheiden (...). Die kennen sich damit aus.

JK: Ja, ja, ja. Können Sie selbst das auch entscheiden, oder?

P.: Doch, ich würde merken, wenn's mir nicht gut geht, dass ich dann wieder hier her komme“ (Interview Frau Paulsen, Zeile 897 – 908).

Frau Paulsen spricht in Bezug auf die Regelung des Ausgangs davon, dass es aus ihrer Perspektive **normal ist, wenn die Ärzte bestimmen**. Die Patientin weist den Ärzten einen Expertenstatus zu.

In diesem Beispiel sagt sie ergänzend, sie würde es merken, wenn es ihr während des Ausgangs nicht gut geht, und zur Klinik zurückkommen. Eine Selbstbestimmung wäre möglich. Trotzdem bestimmt die Assistenzärztin allein, und die Patientin ist an der Regelung des Ausgangs nicht beteiligt. Für mich als Forscher ist dies ein Beispiel für eine Fremdbestimmung der Patientin. Hingegen scheinen für Frau Paulsen Aspekte einer Patientenselbst- und – fremdbestimmung im Hintergrund zu stehen. Ihre Sicht ist dadurch gekennzeichnet, dass die Interaktion normal ist. **Aspekte der Fremdbestimmung thematisiert die paternalistisch und schutzorientierte Patientin nicht**. Dies kann als ein Ausblenden der Fremdbestimmungen interpretiert werden.

Entsprechend **erwähnen** die paternalistisch und schutzorientierten Patienten sowie die Assistenzärzte auch **keine Kontextfaktoren**, die einen Einfluss auf die Gestaltung des Aufenthalts haben können.

Außerdem gehe ich im Abschnitt 13.1 darauf ein, dass zwischen den handlungsleitenden Aspekten der paternalistisch und schutzorientierten Patienten, der Assistenzärzte sowie der Personen im Kontext eine weitestgehende Passung besteht. In diesem Zusammenhang ist eine weitere Interpretation ihrer Interaktionen möglich. Wenn die Behandlungspriorität des Patienten umgesetzt wird, kann dies auch auf eine **Passung zwischen den handlungsleitenden Aspekten** zurückgeführt werden. Eine Passung **benennen die Assistenzärzte und die Patienten** jedoch **nicht**. Sie blenden die Passung und entsprechend der obigen Darstellungen Aspekte einer Patientenfremdbestimmung aus.

Ein Ausblenden der Fremdbestimmungen ist auch in Bezug auf die weiteren Patiententypen und die entsprechenden Interaktionen mit den Assistenzärzten zentral. Im Abschnitt 14.1.2 stelle ich dar, dass die Interaktionen der mitbestimmungs- und hilfsangebotsorientierten Patienten mit den Assistenzärzten durch das Herstellen und Umsetzen eines gemeinsamen Behandlungsplans gekennzeichnet sind. Die Patienten bestimmen mit.

Abweichend von meiner Interpretation sagt Dr. Schneider hinsichtlich der mitbestimmungs- und hilfsangebotsorientierten Patienten, sie ...

„... entscheiden (...) sowieso in der Regel selber“ (Interview Dr. Schneider, Zeile 2379 – 2380).

Aus der Perspektive des Assistenzarztes sind die Patienten selbstbestimmt. Seinen **Einfluss als Assistenzarzt thematisiert er nicht**.

Die Patienten dieses Typs sagen unter anderem, dass der Assistenzarzt sie ernst nehmen soll, und sie möchten mitbestimmen.

„JK: Und hatten Sie das Gefühl, dass Dr. Schneider das erfüllt, diese Vorstellungen?“

T.: Ja, auf jeden Fall. (JK: Ja.) Also hundertprozentig.“ (Interview Frau Trautner, Zeile 2329 – 2336)

Abweichend von den Assistenzärzten sprechen die Patienten dieses Typs nicht von einer Selbstbestimmung, sondern von einer Mitbestimmung.

Gleichzeitig stimmen sie in Hinsicht auf die Kontextfaktoren, die einen Einfluss auf ihre Interaktionen mit den Assistenzärzten haben können, dahingehend überein, dass **diese Patienten und die Assistenzärzte die Kontextfaktoren nicht erwähnen**. Außerdem **thematisieren** sie die **Passung** zwischen ihren handlungsleitenden Aspekten sowie die Passung zu den

handlungsleitenden Aspekten der Personen im Kontext **nicht**. Hier entsprechen ihre Interaktionen den Daten über die paternalistisch sowie schutzorientierten Patienten. Auch die mitbestimmungs- und hilfsangebotsorientierten Patienten sowie die Assistenzärzte blenden die Fremdbestimmungen aus.

„... wir greifen schon sehr massiv in die Freiheit und (...) in die Autonomie von Menschen ein manchmal“ (Interview Dr. Schneider, Zeile 1714 – 1716).

Als Dr. Schneider auf die Zwangsbehandlung eingeht, weist der Assistenzarzt darauf hin, dass das **Zwangsbehandeln durch eine Fremdbestimmung gekennzeichnet sein kann**. Er **blendet die Fremdbestimmung nicht gänzlich aus**.

„... man braucht eine sehr gute oder sehr wohlüberlegte Legitimationen dafür. Aber ich denke, wir haben die ... (JK: ... ja ...) ... und deswegen mache ich das auch“ (Interview Dr. Schneider, Zeile 1724 – 1730).

Gleichzeitig spricht Dr. Schneider davon, dass eine **Fremdbestimmung legitimiert sein kann**. Er thematisiert unter anderem die ...

„... deutsche Gesetzgebung bezüglich der Behandlung psychisch Kranker“ (Interview Dr. Schneider, Zeile 1673 + 1674).

Anstelle der Fremdbestimmung rückt Dr. Schneider andere Aspekte in den Vordergrund seiner Betrachtung. Er thematisiert die gesetzliche Grundlage einer Zwangsbehandlung und scheint somit auf die handlungsleitenden Aspekte Herstellen von Sicherheiten, um Gefährdungen zu verhindern sowie auf das Übernehmen einer Fürsorge zu verweisen. Diese Aspekte können dazu dienen, die **Fremdbestimmung zumindest zum Teil auszublenden**.

Schließlich sagen die Assistenzärzte wiederholt, dass **einzelne zwangsbehandelte Patienten nach dem Ablauf der Zwangsbehandlung freiwillig in der Klinik bleiben**. Sie betonen, dass die Patienten dem stationären Aufenthalt nach der Unterbringung zustimmen. Dies scheint zum Teil als Argument angeführt zu werden, um die Fremdbestimmung am Beginn des Behandlungsprozesses zu relativieren.

Die subjektive Perspektive der zwangsbehandelten Patienten ist in der Regel dadurch gekennzeichnet, dass sie die **Zwangsbehandlung als nicht gerechtfertigt** bezeichnen. Sie **blenden die Fremdbestimmungen kaum aus, sondern die Fremdbestimmungen stehen eher im Vordergrund** ihrer Perspektive.

Ergänzend bleiben verschiedene zwangsbehandelte Patienten im Anschluss an die Zwangsbehandlung freiwillig in der Klinik. Ein Beispiel ist Herr Francke. Nachdem die vom Richter festgelegte Zwangsbehandlung endet, stimmt er einem freiwilligen Aufenthalt zu. Sein Auf-

enthalt endet schließlich damit, dass er nicht aus dem Ausgang wiederkommt. Ich konnte den Patienten nicht nach seiner Perspektive fragen. Aus meiner Sicht als Forscher beinhaltet die Fortsetzung des Aufenthalts eine Mit- beziehungsweise eine Selbstbestimmung des Patienten. Der Patient ist spätestens zu dem Zeitpunkt selbstbestimmt, als er nicht aus dem Ausgang zurückkehrt. Indem der **Patient freiwillig länger in der Klinik bleibt, gewinnt er seine Selbstbestimmung zumindest scheinbar zurück**. Möglicherweise dient der weitere Aufenthalt dazu, die Fremdbestimmung auszublenden.

Beim Ausnutzen eines zunehmenden Schweigens äußern die Patienten ihre Behandlungsprioritäten, finden jedoch kein Gehör. Im Unterschied zum Herstellen einer Selbstbestimmungsinselfolge und einer Compliance folgt keine Aushandlung, sondern die Patienten schweigen zunehmend und sind compliant. Die Patienten zeigen **keine aktive Gegenwehr**. Sie werden nicht zwangsbehandelt, sondern die Patienten setzen die Gestaltung des Aufenthalts scheinbar freiwillig um. Dies **ermöglicht den Assistenzärzten, Aspekte der Fremdbestimmung in den Hintergrund zu rücken**. Beispielsweise sagt Dr. Schneider in Bezug auf ein zunehmendes Schweigen, dass er die Behandlungsprioritäten dieser Patienten nicht kennen könne. Dabei übersieht er, dass die Betroffenen ihre Behandlungsprioritäten am Beginn des Behandlungsprozesses benennen. Die Fremdbestimmung blendet er aus.

Einzelne Patienten äußern sich gegenüber mir als Forscher kritisch in Bezug auf die Handhabung der Patientenselbst- und -fremdbestimmung. Zu ihnen zählt unter anderem Herr Emmerich. Er sagt beispielsweise, dass er eigentlich keine Medikamente einnehmen möchte. In der Klinik müssten aber alle Patienten an der Pharmakotherapie teilnehmen. Er scheint die Zeit des **stationären Aufenthalts als eine Fremdbestimmung zu erleben**. Dies widerspricht seiner Selbstbestimmungsorientierung.

„JK: ... die Unzufriedenheit oder auch den (...) Unmut, haben Sie den auch mal geäußert in der Behandlung oder haben Sie ...

E.: Ne, das (...) möchte ich auch nicht sagen. Das (...) ist mein (...) Hinterstübchen ...“ (Interview Herr Emmerich, Zeile 2732 – 2738)

Seine Kritik thematisiert Herr Emmerich nicht in den Gesprächen mit der Assistenzärztin, um ein *Hinterstübchen* zu haben.

„Ich habe nichts mehr im Hinterstübchen (...) das geht nicht. Also völlig (...) ausgeliefert zu sein.“ (Interview Herr Emmerich, Zeile 2338 – 2344)

Der Patient verbindet den Begriff *Hinterstübchen* mit einem *nicht ausgeliefert sein*. Ausgeliefert zu sein beinhaltet, keinen Einfluss nehmen zu können und fremdbestimmt zu sein. Aufgrund des Schweigens ist Herr Emmerich der Assistenzärztin jedoch nicht ausgeliefert. Das

Schweigen scheint für den Patienten eine Strategie darzustellen, sich nicht auszuliefern und stattdessen eine Selbstbestimmung aufrecht zu erhalten beziehungsweise eine Selbstbestimmung wiederzuerlangen. Das **Schweigen** kann in diesem Zusammenhang **als eine scheinbare Selbstbestimmung** interpretiert werden. Sofern der Patient sein Hinterstübchen fokussiert, kann er die Fremdbestimmung zumindest teilweise ausblenden.

Schließlich ist in Bezug auf ein Ausblenden der Fremdbestimmungen das Herstellen einer Selbstbestimmungsinsel und einer Compliance zu beachten. Die handlungsleitenden Aspekte dieser Patienten stimmen überwiegend nicht mit den handlungsleitenden Aspekten der Assistenzärzte und der Personen im Kontext überein. Die Interaktionen sind insbesondere durch ein Aushandeln gekennzeichnet. Als Ergebnis entspricht ein übergeordneter Behandlungsinhalt der Behandlungspriorität des Patienten. Die weiteren übergeordneten Behandlungsinhalte entsprechen den Behandlungsprioritäten des Assistenzarztes beziehungsweise der Personen im Kontext, und der Patient ist compliant.

„Also es gibt ganz wenige Situationen, wo Patienten (...) also aus meiner Sicht unrealistische Vorstellungen (...) von dem haben, was wir jetzt machen können, dass ich (...) sage ‚Es geht nicht so.‘“ (Interview Dr. Schneider, Zeile 508 – 516)

Die Assistenzärzte sprechen davon, dass sie die **Behandlungsprioritäten der Patienten nur selten zurückweisen**.

„JK: ... was würdest du sagen, so aus deiner Erfahrung heraus, in welchen Situationen ist es möglich, dass die Vorstellungen der Patienten einen Einfluss auf die Behandlung haben?“

DR. S.: Fast immer. Also (...) ich würde eher sagen, es gibt ganz wenige Situationen, wo das nicht so ist.“ (Interview Dr. Schneider, Zeile 498 – 504)

„Und das gibt fast keinen Patienten, wo nicht (...) die Ideen des Patienten irgendeinen Einfluss haben.“ (Interview Dr. Schneider, Zeile 550 + 551)

Ergänzend äußern die Assistenzärzte, dass die Patienten *fast immer* die Behandlungsinhalte beeinflussen. Unter anderem sagt Dr. Schneider, dass es kaum Behandlungsprozesse gibt, in denen die Behandlungsprioritäten des Patienten keinen Einfluss haben. Aus der Sicht der Assistenzärzte **bestimmen die Patienten in der Regel mit**.

Als ich beispielsweise Dr. Berthold nach einem entsprechenden Behandlungsprozess frage, verweist sie auf die Regelung des Ausgangs mit Herrn Gerken. Innerhalb der Aussagen der Assistenzärzte **stehen die Selbstbestimmungsinseln im Vordergrund**, wenn sie auf eine Mitbestimmung eingehen, während sie die Aspekte der Fremdbestimmung nicht darstellen und eher ausblenden.

„... wo derjenige dann auch sagt, er will gar nichts. (JK: Mhm.) Und (...) wenn er dann also deutlich psychotisch ist, dann denke ich (...), kann er das für sich auch nicht mehr so entscheiden ...“ (Interview Dr. Michaelis, Zeile 1429 – 1435)

Wenn die Assistenzärzte hingegen eine **fehlende Mitbestimmung** thematisieren, **betrifft dies überwiegend die Gestaltung der Pharmakotherapie.**

In den Äußerungen der selbstbestimmungs- und freiheitsorientierten Patienten sind zum Teil Aspekte einer Fremdbestimmung zentral.

„... aber mitbestimmen, (...) es geht ja nur um Tabletten und Therapie ist auch eigentlich Pflicht so wie sie sagen ...“ (Interview Herr Gerken, Zeile 401 – 403)

Auf die Frage, in welchen Situationen er mitbestimmen kann, antwortet der selbstbestimmungs- und freiheitsorientierte Patient Herr Gerken, dass eine Teilnahme an der Pharmakotherapie und am Therapieprogramm verpflichtend sind. Er **thematisiert** entgegen meiner Frage keine Mitbestimmung, sondern **Aspekte einer Fremdbestimmung**. Aus der Sicht des Betroffenen scheint es **kaum Möglichkeiten** zu geben, **selbst bestimmen zu können**.

„JK: Also was mich (...) besonders interessiert ist, inwieweit (...) die Wünsche und Vorstellungen von ihnen hier berücksichtigt werden im Krankenhaus?“

N.: Ja im Moment so recht gut ...“ (Interview Herr Niehaus, Zeile 336 – 341)

Im Unterschied zu Herrn Gerken spricht Herr Niehaus davon, dass seine Behandlungsprioritäten *recht gut* berücksichtigt werden. Der **Patient** scheint **einen Einfluss auf einzelne Behandlungsinhalte zu haben**.

„JK: Fällt Ihnen da auch eine Situation ein, wo Sie sagen würden, da wurden meine Vorstellungen beachtet oder auch umgesetzt?“

H: Ja, kann ich sagen, der hat die Ausgänge, wie ich sie haben wollte, hat er mir gegeben. (JK: Ja.) Also da könnte ich hier eigentlich nichts Negatives sagen ...“ (Interview Herr Hellmann, Zeile 1101 – 1112)

„JK: ... können Sie sich da an eine Situation erinnern, in der ihre Vorstellungen die Behandlung mitbestimmt haben?“

D.: Ja jetzt hier, zur Zeit. (...)

JK: Können Sie mir mal erzählen, was da passiert ist?

D.: Zum Beispiel darf ich raus, also mit dem Ausgang, das klappt, drei mal eine (...) Stunde raus am Tag ...“ (Interview Frau Dressler, Zeile 356 – 372)

Auf meine Nachfrage, in welchen Situationen die selbstbestimmungs- und freiheitsorientierten Patienten mitbestimmen, gehen Herr Hellmann und Frau Dressler auf die Selbstbestimmunginsel ein. Dr. Schneider gibt Herrn Hellmann, der untergebracht ist, Ausgang ohne Begleitung außerhalb des Klinikgeländes. Auch Frau Dressler, die aufgrund einer Suizidgefähr-

dung in die Klinik kommt, kann alleine und außerhalb des Klinikgeländes in den Ausgang gehen. Bei beiden Patienten betrifft die Selbstbestimmungsinsel auch eine Freiheitsorientierung. Sofern die selbstbestimmungs- und freiheitsorientierten Patienten Aspekte einer Mitbestimmung thematisieren, fokussieren sie die **Selbstbestimmungsinsel**. Sie **kann zu der Sicht beitragen, mitbestimmen zu können**. Gleichzeitig rücken die Aspekte der Fremdbestimmung in den Hintergrund. Beim Fokussieren der Selbstbestimmungsinsel können die Patienten die Fremdbestimmungen ausblenden.

Ergänzend zu den bisherigen Darstellungen zur Kernkategorie soll der Forscher nach Strauss & Corbin (1996) auf die Aspekte eingehen, die zum Auftreten des zentralen Phänomens beitragen, er soll erleichternde und hemmende Kontextbedingungen beachten und er soll die Konsequenzen darstellen:

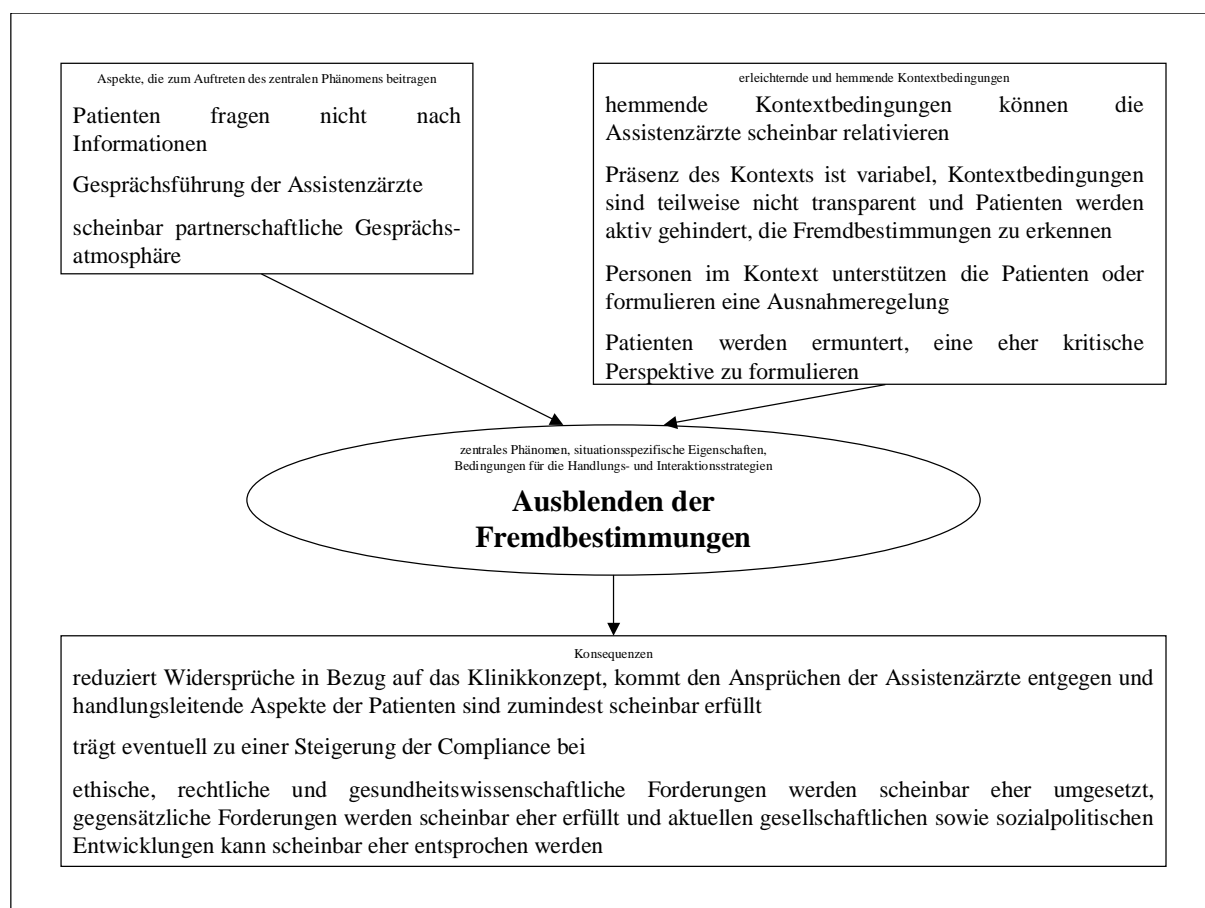


Abb. 37: Ausblenden der Fremdbestimmungen (Teil 2: Aspekte, die zum Auftreten des zentralen Phänomens beitragen, Kontextbedingungen und Konsequenzen)

Innerhalb der theoretischen Ansätze zur Patientenselbstbestimmung, die ich im Kapitel 3 betrachte, wird häufig die Informierung des Patienten betont. Hingegen ist in den von mir erho-

benen Daten das Thema Informierung kaum vorhanden. Lediglich die mitbestimmungs- und hilfsangebotsorientierten Patienten sagen, dass die Assistenzärzte aufgrund ihres medizinischen Fachwissens und ihrer Berufserfahrung über Informationen verfügen, die sie als Berater an die Patienten weitergeben sollen.

„B.: Informationen über die Tabletten?“

JK: Ja ... (...) ... über die Medikamente, ja.

B.: Wie sie wirken und so?

JK: Mhm.

B.: Gar nichts.

JK: Gar nichts. Hätten Sie sich da was gewünscht an Information?

B.: Na ja, schon ...“ (Interview Frau Bode, Zeile 1362 – 1379)

„JK: Und haben Sie sich da mit der Frau Michaelis mal drüber unterhalten über die Diagnose?“

P.: Nein, habe ich nicht.

JK: Gar nicht?

P.: Ich weiß ja gar nicht was ich habe.

JK: Ja, ja. Interessiert Sie das?

P.: Ja, ich würde das gerne wissen wollen.

JK: Ja, ja. Wie kommt es, dass Sie da nicht nachfragen?

P.: Da ist wieder die Hemmschwelle. (JK: Ah ja, okay, mhm.) Da traut man sich wieder nicht zu fragen.“ (Interview Frau Paulsen, Zeile 1292 – 1311)

Auf diese beiden Zitate gehe ich bereits im Abschnitt 13.1 ein. Sie verdeutlichen, dass die Patienten zumindest zum Teil Informationen haben möchten, aber beim Assistenzarzt **nicht nach Informationen fragen**. Als Grund spricht Frau Paulsen davon, dass sie sich nicht traut. Außerdem ist die Perspektive der paternalistisch und schutzorientierten Patienten dadurch gekennzeichnet, dass sie dem Assistenzarzt den Expertenstatus zuschreiben. Er soll bestimmen, so dass Informationen für die Patienten eventuell an Bedeutung verlieren. Im Unterschied hierzu äußern die selbstbestimmungs- und freiheitsorientierten Patienten, dass der Patient der Experte ist. Möglicherweise trägt diese Sicht dazu bei, dass eine Informierung durch den Assistenzarzt für sie kaum relevant ist.

Unabhängig von der Ursache, aus der die Informierung kein Bestandteil der Interaktionen ist, sind die Interaktionen größtenteils dadurch gekennzeichnet, dass die Patienten nicht nach Informationen fragen. Eine Informierung hat in Anlehnung an die theoretischen Darstellungen des Kapitels 3 eine wichtige Bedeutung für die Patientenselbstbestimmung. Entsprechend kann die Frage nach Informationen das Thema Selbstbestimmung in den Vordergrund rücken. Wenn die Patienten jedoch nach Informationen fragen, aber letztendlich nicht selbst- oder mitbestimmen, kann die Frage Aspekte der Fremdbestimmung verdeutlichen. In diesem Zu-

sammenhang trägt ein Verzicht auf die Frage nach Informationen zum Ausblenden der Fremdbestimmungen bei.

Außerdem gehe ich davon aus, dass für die Entwicklung beziehungsweise das Auftreten des zentralen Phänomens verschiedene Handlungen der Assistenzärzte von Bedeutung sein können.

„Dr. Schneider fragt ihn dann ‚Was können wir hier für Sie tun?‘ und ‚Wie können wir Sie unterstützen?‘“ (Forschungstagebuch A, Zeile 14030 – 14032)

„Gibt es was, was ich aus Ihrer Sicht für Sie tun könnte?“ (Forschungstagebuch A, Zeile 7754)

In diesen Beispielen fragt Dr. Schneider, was er *aus der Sicht des Patienten für ihn tun könnte*. Eine Gesprächsführung der Assistenzärzte, in der sie die subjektive Perspektive der Patienten thematisieren und offene Fragen stellen, kennzeichnet eine Vielzahl ihrer Gespräche mit den Betroffenen. Hingegen ist im Kontext der stationären Psychiatrie nur begrenzt Raum für die Subjektivität des Patienten und eine Offenheit. Beispielsweise scheint weitestgehend festzustehen, dass der Patient Medikamente einnimmt, und die Teilnahme am Therapieprogramm ist verpflichtend. Außerdem sind psychotherapeutische Angebote zu gering, und die Ansprechbarkeit der Assistenzärzte ist eingeschränkt. Die Gestaltung des Aufenthalts ist vorbestimmt. Die **Gesprächsführung der Assistenzärzte vermittelt hingegen eine Offenheit**.

„Oft ist es dann auch so, ist so ein bisschen blöd, aber so (...) im Prinzip dasselbe (...) in einer anderen Verpackung den Patienten dann sozusagen anzubieten. (JK: Mhm.) Dass sie das Gefühl haben, ‚Okay, da geht einer auf mich zu, und ich kriege jetzt nicht das blöde Zyprexa, sondern Seroquel.‘ Das hat halt einen anderen Namen (LACHT). Ist im Endeffekt ja dasselbe ...“ (Interview Dr. Berthold, Zeile 470 – 480)

Aus der Sicht von Dr. Berthold macht es keinen Unterschied, ob der Patient die Medikamente Zyprexa oder Seroquel einnimmt. Die Gesprächsführung der Assistenzärztin ist dadurch charakterisiert, dass **sie vergleichbare Gestaltungen des Aufenthalts, die beide der Behandlungspriorität der Assistenzärztin entsprechen, als Alternativen präsentiert**.

Wesentlich ist dabei, dass die Patienten *„das Gefühl haben (...) da geht einer auf mich zu“*. Sie sollen ...

„... das Gefühl haben, ‚Okay, ich kann hier auch was mit sagen.‘“ (Interview Dr. Berthold, Zeile 677 + 678)

Der Patient bestimmt kaum mit, da die Assistenzärztin ihm *dasselbe in einer anderen Verpackung* präsentiert. Trotzdem soll er das Gefühl haben, mitbestimmen zu können. Die Assistenzärzte **bieten eine scheinbar partnerschaftliche Gesprächsatmosphäre an**.

„... (die Ärzte) haben jedenfalls den Eindruck erwecken lassen, dass ein Kompromiss geschlossen wird.“ (Interview Herr Emmerich, Zeile 1688 – 1690)

Vergleichbar spricht Herr Emmerich nicht davon, dass tatsächlich ein Kompromiss getroffen wird. Stattdessen sagt er, dass die Ärzte diesen Eindruck erwecken. Herr Emmerich deutet an, dass er nur scheinbar mitbestimmen kann. Dies thematisiert er im Interview gegenüber mir als Forscher. Aber weder Herr Emmerich noch die anderen Patienten äußern sich entsprechend im Gespräch mit einem Assistenzarzt. Während der Analyse ihrer Interaktionen entsteht eher der Eindruck, dass die Patienten auf das Angebot des Assistenzarztes eingehen.

Zusammengefasst bedeutet dies, dass die Assistenzärzte eine scheinbar partnerschaftliche Gesprächsatmosphäre anbieten. Dies soll zur Perspektive beitragen, dass die Patienten mitbestimmen. Die **Patienten nehmen die scheinbar partnerschaftliche Gesprächsatmosphäre weitestgehend an**. Der Assistenzarzt und der Patient stellen gemeinsam eine Illusion her, dass ihre Interaktionen durch eine scheinbar partnerschaftliche Gesprächsatmosphäre und nicht durch Aspekte des Zwangs oder der Macht gekennzeichnet sind. Im Kontext der stationären Psychiatrie bleiben ihre Interaktionen in der Regel jedoch asymmetrisch. Dies scheinen die Assistenzärzte und die Patienten überwiegend auszublenzen. Ich gehe von der These aus, dass aufbauend eine positive Sicht auf die Interaktionen an Bedeutung gewinnt und auch Aspekte der Fremdbestimmung eher ausgeblendet werden.

Ergänzend sind die Kontextbedingungen zu beachten, die einen Einfluss auf das zentrale Phänomen haben (Strauss & Corbin, 1996). Sie unterscheiden sich in der Form, dass sie erleichternd oder hemmend sein können.

„JK: Und Ihr Betreuer, würden Sie sagen der hatte einen Einfluss auf das, was hier auf der Station passiert ist?

U.: Na ja sicherlich, der hat mich ja reingefahren (...).

JK: Ja. Das heißt, welchen Einfluss hatte der?

U.: Na für alles.“ (Interview Herr Ulrich, Zeile 760 – 770)

Auf meine Nachfrage, welchen Einfluss der gesetzliche Betreuer aus der Sicht des Patienten auf den stationären Aufenthalt nimmt, antwortet Herr Ulrich, dass der gesetzliche Betreuer auf alles einen Einfluss hat. Der gesetzliche Betreuer beantragt die Zwangsbehandlung des Patienten. Dies scheint ausschlaggebend für Herrn Ulrichs Perspektive zu sein, dass **der Patient der Person im Kontext einen umfassenden Einfluss zuschreibt**. Herr Ulrich wird zwangsbehandelt, und der Einfluss des gesetzlichen Betreuers rückt Aspekte der Fremdbestimmung in den Vordergrund. Dies widerspricht einem Ausblenden der Fremdbestimmung

gen. Ein hemmender Einfluss des Kontexts besteht vor allem während einer Zwangsbehandlung.

Der gesetzliche Betreuer von Herrn Ulrich sagt unter anderem, dass in Bezug auf die Gestaltung der Zeit nach dem Aufenthalt eine Wohnung mit einer 24 – stündigen Betreuung notwendig ist. Herr Ulrich lehnt dies ab. Im Anschluss an ein Gespräch mit Dr. Schneider stimmt der gesetzliche Betreuer schließlich einem Umzug in eine WG zu, in der die tägliche Betreuungsdauer eine Stunde beträgt. Daraufhin bezeichnet Herr Ulrich den Assistenzarzt als eine Hilfe gegen den Betreuer. Die **Behandlungsprozesse**, die durch eine Fremdbestimmung aufgrund einer Person im Kontext gekennzeichnet sind, **bieten dem Assistenzarzt eine Möglichkeit, hemmende Kontextbedingungen scheinbar zu relativieren.**

Der hemmende Einfluss betrifft vor allem das Zwangsbehandeln. Das Zwangsbehandeln ist unter anderem dadurch gekennzeichnet, dass der Patient non – compliant ist und dass überwiegend die Personen im Kontext bestimmen. Abweichend stelle ich in Bezug auf das paternalistisch orientierte Handeln und Behandeln sowie in Bezug auf das Herstellen und Umsetzen gemeinsamer Behandlungspläne dar, dass die Personen im Kontext im Hintergrund bleiben und scheinbar ohne Bedeutung sind. Ein Vergleich der Daten weist darauf hin, dass die Compliance des Patienten eine zentrale Bedeutung dafür hat, inwieweit die Personen im Kontext sich äußern. Dies betrifft auch das Ausnutzen eines zunehmenden Schweigens. In der Regel bestimmen die Personen im Kontext weniger, je höher das Ausmaß an Patientencompliance ist. Die **Präsenz des Kontexts ist in Abhängigkeit von der Compliance des Patienten variabel.** Für die complianten Patienten ist kaum ein Einfluss des Kontexts erkennbar. Dies kann ein Ausblenden der Fremdbestimmungen erleichtern.

„Frau Lunau fragte (...) nach, wie lange sie noch Tagespatientin sein müsse und wann es dann in die Tagesklinik gehe und wie lange sie da bleiben müsse. Der Chefarzt sagte (...) zu ihr, es sei ein Thema, dass sie mit der Ärztin klären müsse. Als Frau Lunau (...) draußen war, sagte er zu Dr. Michaelis, er denke, sie könne (...) auch in die Tagesklinik verlegt werden. (Forschungstagebuch C, Zeile 21918 – 21924)

In diesem Beispiel bestimmt der Chefarzt letztendlich, dass die Patientin in die Tagesklinik verlegt wird. Zuvor sagt er jedoch zur Patientin, dass sie die Dauer des Aufenthalts mit der Assistenzärztin besprechen soll. Für die Patientin entsteht der Eindruck, dass sie und die Assistenzärztin über die Dauer des Aufenthalts bestimmen. Die **Kontextbedingungen sind**

für die Patienten teilweise nicht transparent. Die Patienten werden aktiv gehindert, die Fremdbestimmung zu erkennen.

Ein weiteres Beispiel ist der Beginn des stationären Aufenthalts von Herrn Kammer. Der Oberarzt informiert Dr. Michaelis vorab, dass der Patient Herr Kammer auf die Station kommen wird. Er ergänzt, dass Herr Kammer sich in den letzten Tagen wiederholt selbst verletzt hat. Falls der Patient nicht freiwillig bleibt, soll die Assistenzärztin eine Unterbringung beantragen. Der Oberarzt und Dr. Michaelis besprechen ebenfalls, welche Medikamente Herr Kammer in welcher Dosierung erhält. Anschließend nehme ich am Aufnahmegespräch der Assistenzärztin mit Herrn Kammer teil. Obwohl die Behandlungsinhalte in Bezug auf die Notwendigkeit des Aufenthaltes und die Gestaltung der Pharmakotherapie bereits feststehen, fragt Dr. Michaelis den Patienten unter anderem, ob er in der Klinik bleibt und ob er Medikamente einnehmen möchte. Herr Kammer bejaht beide Fragen. Für den Patienten ist nicht deutlich, dass der Oberarzt bereits über die Behandlungsinhalte bestimmt hat. Stattdessen entsteht der Eindruck, dass der Patient mitbestimmen kann. Dr. Michaelis könnte auch sagen, dass der Oberarzt den Aufenthalt aufgrund der Gefahr einer Selbstverletzung als notwendig betrachtet, und auf die gesetzlichen Regelungen verweisen. Hingegen verschweigt sie den Einfluss der Person im Kontext und die Fremdbestimmung aktiv. Passend thematisieren die meisten Patienten kaum einen Einfluss des Kontexts. Die fehlende Transparenz der Kontextbedingungen scheint ein Ausblenden der Fremdbestimmungen zu erleichtern.

Dass die Personen im Kontext das zentrale Phänomen beeinflussen können, wird auch während des Aufenthalts von Herrn Gerken deutlich. Innerhalb des Behandlungsprozesses von Herrn Gerken steht wiederholt die Regelung des Ausgangs im Mittelpunkt. Als der Patient beispielsweise nachts in den Ausgang gehen möchte, gestattet der diensthabende Arzt dies nicht, so dass Herr Gerken um seine Entlassung bittet. Am folgenden Tag telefoniert ein Betreuer von Herrn Gerken mit dem Oberarzt. Der Oberarzt bestimmt daraufhin, dass Herr Gerken als Tagespatient aufgenommen wird und die Klinik somit nachts verlassen kann. Ergänzend sagt der Oberarzt, dass Herr Gerken ausnahmsweise die Möglichkeit erhält, nachts auf einem Sofa im Aufenthaltsraum der Patienten zu schlafen, wenn er nicht nach Hause möchte. Der Betreuer als **Person im Kontext unterstützt den Patienten**, und diese Unterstützung trägt dazu bei, dass die Behandlungspriorität des Patienten berücksichtigt und die Fremdbestimmung relativiert wird. Außerdem **formuliert** der Oberarzt **eine Ausnahmeregelung** und trägt somit ebenfalls zu einer Veränderung in Bezug auf die Fremdbestimmung bei.

Zu den Einflüssen des Kontexts, die ein Ausblenden der Fremdbestimmungen erleichtern, zähle ich außerdem spezifische Angebote innerhalb des Therapieprogramms. Beispielsweise findet in der Klinik am See jeden Morgen eine kurze Gesprächsrunde statt, an der alle Mitarbeiter der Station und alle Patienten teilnehmen. Dabei werden die Patienten durch das Klinikpersonal aufgefordert, ihre Anliegen zu formulieren. Vergleichbar gibt es im Waldkrankenhaus wöchentlich ein Gespräch zwischen den Krankenhausmitarbeitern und den Patienten. Die Therapieveranstaltung dient nach den Worten der Stationschwester, die das Gespräch leitet, der Reflektion des Zusammenlebens auf der Station. Die Patienten sollen die Dinge ansprechen, die sie im Waldkrankenhaus stören. **In diesen Therapieveranstaltungen werden die Patienten ermuntert, eine eher kritische Perspektive zu formulieren.** Inwieweit dies zu Veränderungen führt ist eine andere Frage. Für die Patienten entsteht jedoch der Eindruck, dass sie einen Einfluss nehmen sollen. Dies kann nach meiner Interpretation ein Ausblenden der Fremdbestimmungen erleichtern.

Innerhalb einer Analyse der Kernkategorie mit dem Kodierparadigma soll der Forscher schließlich beachten, zu welchen Konsequenzen das zentrale Phänomen führen kann.

„Patienten und Therapeuten begegnen einander partnerschaftlich, gleichgestellt auf der Subjekt – Subjekt - Ebene. Patienten erhalten so viel Autonomie wie möglich.“ (Internetrecherche Waldkrankenhaus, Zeile 1012 – 1016)

„Dabei sind die professionellen Helfer nicht allein die Wissenden. Auch der Patient ist ‚Experte für seine Erkrankung.‘“ (Internetrecherche Waldkrankenhaus, Zeile 933 - 935)

Diese Zitate habe ich den Internetseiten des Waldkrankenhauses entnommen. Das Konzept der Klinik beinhaltet unter anderem Aspekte einer Patientenselbstbestimmung. Gleichzeitig ist das Waldkrankenhaus ein Ort, an dem einzelne Patienten zwangsbehandelt werden. Aspekte der Fremdbestimmung sind ein Bestandteil des klinischen Alltags. Ein Ausblenden der Fremdbestimmungen **reduziert die Widersprüche zu den Aspekten einer Patientenselbstbestimmung innerhalb des Klinikkonzepts.**

Vergleichbar äußern sich die Assistenzärzte. Beispielsweise sagt Dr. Schneider, dass für seine Berufswahl, Psychiater zu werden, ein Chefarzt ausschlaggebend war, der die Patienten ...

„... sehr als Personen ernst genommen hat und wahrgenommen hat“ (Interview Dr. Schneider, Zeile 138 + 139).

Außerdem kritisiert er eine ...

„... Psychiatrie (...) im herkömmlichen Sinne, im alten Sinne, so sehr rigide“ (Interview Dr. Schneider, Zeile 146 + 147).

Auch die Assistenzärzte formulieren den Anspruch, dass sich ihre Interaktionen mit den Patienten von einer klassischen und rigiden Psychiatrie unterscheiden. Ein Ausblenden der Fremdbestimmungen **kommt den Ansprüchen der Assistenzärzten entgegen**.

Schließlich sagen mit Ausnahme der paternalistisch und schutzorientierten Patienten auch die Patienten, dass es ihnen wichtig ist, mitbestimmen beziehungsweise selbstbestimmen zu können. Diese **handlungsleitenden Aspekte der Patienten sind zumindest scheinbar erfüllt**, wenn die Fremdbestimmungen ausgeblendet werden.

Mögliche Konsequenzen, die ein Ausblenden der Fremdbestimmungen haben kann, beinhalten außerdem die Auswertungsergebnisse zum Herstellen einer Selbstbestimmungsinsel und einer Compliance. Eine entsprechende Interaktion ist zuerst durch gegensätzliche Behandlungsprioritäten gekennzeichnet. Insbesondere die Assistenzärzte erleben die Interaktion am Beginn des Aufenthalts als anstrengend und schwierig. Die Patienten kritisieren die Interaktionen, wenn sie keine Möglichkeit zum Mitbestimmen haben. Im weiteren Verlauf des Behandlungsprozesses stellen der Assistenzarzt und der Patient eine Selbstbestimmungsinsel her, die in den Mittelpunkt der Perspektiven rückt, während die Fremdbestimmungen an Bedeutung verlieren. Die Assistenzärzte sprechen von einer Vereinfachung der Interaktionen, und die Patienten äußern eine Zufriedenheit, wenn sie mitbestimmen können. Die Interaktionen werden positiver erlebt, wenn Aspekte der Fremdbestimmung in den Hintergrund geraten.

Diese Auswertungsergebnisse deuten darauf hin, dass **ein Ausblenden der Fremdbestimmungen möglicherweise zu einem positiveren Erleben der Interaktionen beitragen kann**. Passend zu dieser These erleben die Assistenzärzte sowie die paternalistisch und schutzorientierten Patienten beziehungsweise die mitbestimmungs- und hilfsangebotsorientierten Patienten, die die Fremdbestimmungen weitestgehend ausblenden, ihre Interaktionen überwiegend positiv. Beim Zwangsbehandeln und beim Ausnutzen eines zunehmenden Schweigens blenden die Patienten die Fremdbestimmungen hingegen kaum oder nur teilweise aus. Diese Patienten kritisieren die Interaktionen mit den Assistenzärzten.

Das Herstellen einer Selbstbestimmungsinsel steht schließlich in einem Zusammenhang mit dem Herstellen einer Compliance. Aufbauend auf diesem Auswertungsergebnis kann die Frage gestellt werden, inwieweit ein Ausblenden der Fremdbestimmungen und eine Compli-

ance zusammenhängen beziehungsweise inwieweit ein Ausblenden der Fremdbestimmungen **eventuell zu einer Steigerung der Compliance beiträgt.**

Im Theorieteil stelle ich dar, dass die Forderung nach einer Patientenselbstbestimmung in den aktuellen ethischen und rechtlichen Beiträgen sowie in den gesundheitswissenschaftlichen Diskursen häufig im Vordergrund ist. Mit einem Ausblenden der Fremdbestimmungen können eine Person im Kontext oder ein Assistenzarzt die **ethischen, rechtlichen und gesundheitswissenschaftlichen Forderungen scheinbar eher umsetzen.**

Ergänzend gehe ich im Theorieteil auf Aspekte der Patientenfremdbestimmung ein. Beispiele sind die Themen Selbst- beziehungsweise Fremdgefährdung und die ärztliche Fürsorge. An den Kontext der Psychiatrie und an die Psychiater werden häufig gegensätzliche Forderungen gestellt. Ein Ausblenden der Fremdbestimmungen kann hilfreich sein, um diese **gegensätzlichen Forderungen scheinbar eher zu erfüllen.**

Schließlich werden innerhalb **aktueller gesellschaftlicher und sozialpolitischer Entwicklungen** Aspekte der Selbstbestimmung betont. Auch diesen Entwicklungen können die Personen im Kontext, die Assistenzärzte und die Patienten zumindest **scheinbar eher entsprechen,** wenn sie die Fremdbestimmungen ausblenden.

Zusammengefasst stelle ich oben in Bezug auf die Kernkategorie meiner Analyse dar, dass insbesondere beim Zwangsbehandeln Aspekte einer Fremdbestimmung dominieren können. In Bezug auf die Fremdbestimmungen äußern sich vor allem die Patienten kritisch. Im Vordergrund der Interaktionen steht jedoch häufig ein Ausblenden der Fremdbestimmungen. Beispielsweise fokussieren die Patienten und die Assistenzärzte beim Herstellen einer Selbstbestimmunginsel und einer Compliance die Selbstbestimmunginsel, und sie thematisieren Aspekte der Fremdbestimmung kaum. Das Ausblenden der Fremdbestimmungen ist ein Arrangement, an dem in der Regel die Assistenzärzte und die Patienten beteiligt sind. Ergänzend können verschiedene Einflüsse des Kontexts ein Ausblenden der Fremdbestimmungen hemmen oder erleichtern.

15. Übersicht über die gegenstands begründete Theorie

Während eines Forschungsprozesses, dem die Methode der Grounded Theory zugrunde liegt, formuliert der Forscher eine gegenstands begründete Theorie (Glaser & Strauss, 1974; 1979; 1984; 1998). Sie besteht aus den empirisch entdeckten Kategorien und ihren Beziehungen. Die gegenstands begründete Theorie ist durch einen pragmatischen Theoriebegriff gekennzeichnet (Strübing, 2008).

Eine zusammenfassende Übersicht über die Kategorien und ihre Beziehungen, die ich empirisch entwickelt habe, ermöglicht die folgende Abbildung:

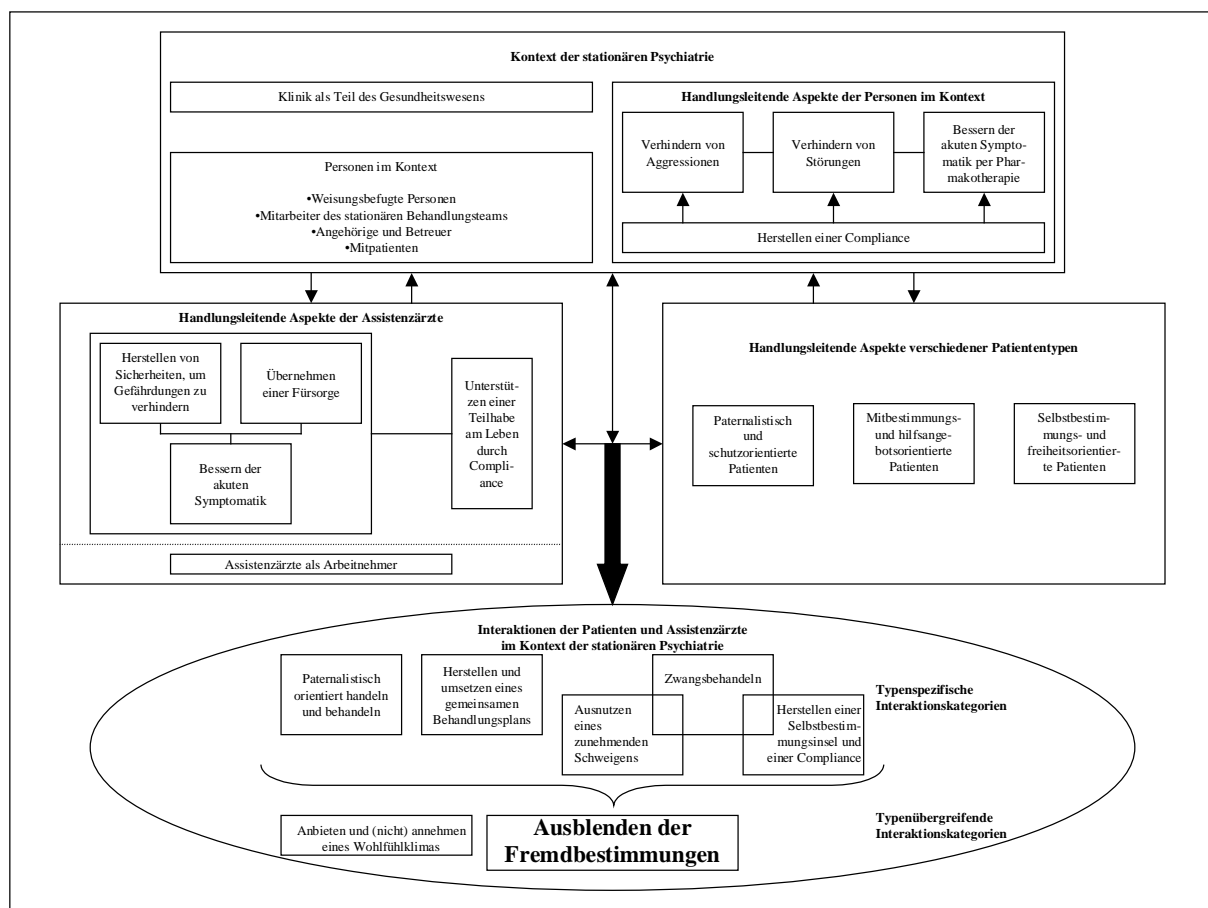


Abb. 38: Übersicht über die gegenstands begründete Theorie

Gegenstand meiner Studie sind die Interaktionen von Assistenzärzten und psychoseerfahrenen Patienten im Kontext der stationären Psychiatrie. Im Mittelpunkt meiner Analyse steht die Forschungsfrage, welchen Beitrag ihre Interaktionen zur Handhabung der Patientenselbst- und -fremdbestimmungen leisten.

Um Handlungen beziehungsweise Interaktionen untersuchen zu können, ist es nach Strauss (1978, 1993, 1994) notwendig, den Kontext mit seinen hemmenden und erleichternden Ein-

flüssen zu berücksichtigen. In Bezug auf den Kontext der stationären Psychiatrie verdeutlichen meine Ergebnisse, dass die Klinik ein Teil des Gesundheitswesens ist. Zahlreiche Einrichtungen des Gesundheitswesens können die Bedeutung eines Kontextfaktors haben. Beispiele sind die weiteren psychiatrischen Einrichtungen, die die Patienten nutzen. Ergänzend zählen verschiedene Personen zu den Kontextfaktoren. Dies sind weisungsbefugte Personen, Mitarbeiter des stationären Behandlungsteams, Angehörige und Betreuer sowie Mitpatienten. Sie beeinflussen die Interaktionen der Assistenzärzte und der Patienten. Dabei zählen ein Verhindern von Aggressionen, ein Verhindern von Störungen und ein Bessern der akuten Symptomatik per Pharmakotherapie zu den handlungsleitenden Aspekten der Personen im Kontext. Außerdem ist übergeordnet das Herstellen einer Compliance von Bedeutung.

Die handlungsleitenden Aspekte der Assistenzärzte sind vergleichbar. Innerhalb der Daten über die Assistenzärzte ist ein Herstellen von Sicherheiten, um Gefährdungen zu verhindern, das Übernehmen einer Fürsorge und das Bessern der akuten Symptomatik zentral. Eine Compliance hat die Bedeutung, eine Teilhabe am Leben zu unterstützen. Schließlich kann für eine Handlung relevant sein, dass der Assistenzarzt im Kontext der stationären Psychiatrie ein Arbeitnehmer ist.

In Bezug auf die Patienten verdeutlichen meine Ergebnisse, dass es nicht den einen Patienten gibt, sondern Patiententypen unterschieden werden müssen. Handlungsleitend sind eine paternalistische und eine Schutzorientierung, eine Mitbestimmungs- und Hilfsangebotsorientierung beziehungsweise eine Selbstbestimmungs- und Freiheitsorientierung.

Diese handlungsleitenden Aspekte sind nach Bourdieu (1976; 1978; 1987; 1995 ; 1997) in Form eines Habitus beziehungsweise in Anlehnung an den symbolischen Interaktionismus (Blumer, 1973; 1986) als subjektive Bedeutung der Dinge relevant für die Interaktionen der Assistenzärzte und Patienten. Ergänzend beeinflussen die Kontextbedingungen die Interaktionen.

Die Analyse zeigt, dass in Bezug auf die Interaktionen typenspezifische und typenübergreifende Kategorien unterschieden werden können. Die Interaktionen der paternalistisch und schutzorientierten Patienten und der Assistenzärzte sind durch ein paternalistisch orientiertes Handeln und Behandeln gekennzeichnet. Betreffend der mitbestimmungs- und hilfsangebotsorientierten Patienten ist das Herstellen und Umsetzen eines gemeinsamen Behandlungsplans zentral. Die Interaktionen der Assistenzärzte mit den selbstbestimmungs- und freiheitsorien-

tierten Patienten können in drei Typen unterteilt werden. Dies sind ein Zwangsbehandeln, das Ausnutzen eines zunehmenden Schweigens sowie schließlich das Herstellen einer Selbstbestimmungsinsel und einer Compliance.

Zu den typenübergreifenden Interaktionskategorien zählt das Anbieten und (nicht) annehmen eines Wohlfühlklimas sowie die Kernkategorie meiner Studie. Sie ist dadurch charakterisiert, dass die Assistenzärzte und die Patienten interaktiv ein Arrangement herstellen. Sie blenden die Fremdbestimmungen aus.

16. Diskussion und Ausblick

Im folgenden diskutiere ich die Ergebnisse meiner Studie. An eine methodische Diskussion (16.1) schließt die inhaltliche Diskussion (16.2) an. Ich ordne meine Forschungsergebnisse in die bedeutsame wissenschaftliche Literatur ein und grenze sie von dieser ab. Außerdem verdeutliche ich die Relevanz meiner Ergebnisse, und ich beachte die Konsequenzen für die Praxis. Innerhalb eines Ausblicks (16.3) thematisiere ich weiterführende Forschungsfragen und methodische Überlegungen für zukünftige Studien.

16.1 Methodische Diskussion

Die Beurteilung einer qualitativen Studie kann anhand der von Steinke (1999; 2009) thematisierten Gütekriterien erfolgen⁹⁹. Zu diesen Gütekriterien zählt die intersubjektive Nachvollziehbarkeit. Um sie zu gewährleisten, ist meine Datenerhebung theoriegeleitet. Ich erarbeite einen Bogen zur Erfassung des Settings sowie einen Beobachtungsbogen, den ich zeitweise während der teilnehmenden Beobachtung einsetze. Beide Instrumente sind im Anhang einsehbar. Die Interviews führe ich auf der Grundlage eines Leitfadens, den ich unter Berücksichtigung meines Forschungsprozesses kontinuierlich weiterentwickle. Ein Beispiel eines Interviewleitfadens ist ebenfalls im Anhang zu finden.

Um mein Vorgehen während der Datenauswertung möglichst transparent zu machen, stelle ich im Abschnitt 9.2 die Bestandteile der Grounded Theory vor, die innerhalb meiner Studie Anwendung finden. Des weiteren diskutiere ich den Prozess der Datenerhebung und -auswertung sowie die vorläufigen Ergebnisse in verschiedenen Forschungsgruppen kritisch. Hierzu zählen

- ein Doktorandencolloquium an der FU Berlin,
- eine interdisziplinäre Forschungsgruppe von Psychologen und Soziologen, zu der neben meinem Doktorvater Prof. Zaumseil mehrere Doktoranden und ein Habilitand gehören, die im Kontext der Psychiatrie und / oder des Krankenhauses forschen,

⁹⁹ vergleiche zum Beispiel Hermann (2004) und Terzioglu (2004)

- einzelne Doktoranden, die qualitative Methoden einsetzen,
- eine interdisziplinäre Arbeitsgruppe am Institut für europäische Ethnologie der Humboldt Universität Berlin, an der Wissenschaftler und Praktiker aus dem Kontext der Psychiatrie teilnehmen.

Außerdem diskutiere ich mein Vorgehen und die vorläufigen Ergebnisse mit einzelnen Patienten und Assistenzärzten während der teilnehmenden Beobachtung. Dies wird durch eine kommunikative Validierung der Daten aus dem Waldkrankenhaus mit Dr. Schneider ergänzt.

Innerhalb der Forschungstagebücher dokumentiere ich meinen Forschungsprozess ausführlich. Außerdem stelle ich im empirischen Teil meine Forschungstätigkeit weitestgehend transparent dar. Beispielsweise gehe ich im Kapitel 10 auf die Aspekte ein, auf deren Grundlage ich die verschiedenen Kliniken auswähle. Ein Anschreiben zur Kontaktaufnahme ist im Anhang enthalten. Ich thematisiere auch, welche Kriterien jeweils die Auswahl der Patienten leitet. Ergänzend beschreibe ich, wie ich die Beziehung zu den Assistenzärzten und den Patienten gestalte.

Der Auswertungsteil meiner Arbeit enthält zahlreiche Daten aus den Tagebüchern und den Interviews. Die jeweiligen Quellen sind gekennzeichnet. Somit ist es dem Leser eher möglich, die Aussagen der Forschungspartner beziehungsweise meine Interpretationen nachzuvollziehen. Die Gutachter meiner Doktorarbeit können ergänzend die Forschungstagebücher, die transkribierten Aufzeichnungen der Gespräche von Assistenzärzten und Patienten sowie die transkribierten Interviews¹⁰⁰ einsehen. Innerhalb des Forschungstagebuchs reflektiere ich auch das jeweilige Vorverständnis, das meiner Forschungstätigkeit zu verschiedenen Zeitpunkten zugrunde liegt. Schließlich beinhalten die Transkriptionen der Interviews ein Interviewprotokoll, um unter anderem die Besonderheiten der jeweiligen Interviewsituation und Besonderheiten des Interviewverlaufs zu beschreiben. Ein entsprechendes Vorgehen soll insbesondere der intersubjektiven Nachvollziehbarkeit dienen.

Ein weiteres Gütekriterium zur Beurteilung einer qualitativen Studie ist die Indikation des Forschungsprozesses. Im Theorieteil stelle ich verschiedene Ansätze der Patientenselbst- und -fremdbestimmung dar. Sie werden in der Regel voneinander abgegrenzt. Meine Forschungs-

¹⁰⁰ Die Transkriptionen beinhalten zahlreiche Sonderzeichen entsprechend der angewendeten Transkriptionsregeln, die im Anhang einzusehen sind. Im Auswertungsteil verzichte ich Zwecks einer besseren Lesbarkeit auf diese Sonderzeichen.

ergebnisse verdeutlichen hingegen, dass innerhalb der Interaktionen von Assistenzärzten und psychoseerfahrenen Patienten Aspekte der Patientenselbst- und –fremdbestimmungen häufig gleichzeitig relevant sind. Ein gegenseitiger Ausschluss der Ansätze ist nicht sinnvoll. Stattdessen ist es wichtig, die klinische Praxis der Handhabung von Aspekten der Selbst- und Fremdbestimmungen zu beforschen. Mein Ziel besteht nicht darin, Hypothesen zu überprüfen, sondern ein qualitatives Vorgehen ist folgerichtig, um den Forschungsgegenstand zu analysieren.

Das offene Vorgehen ermöglicht mir, meine Vorannahmen fortlaufend kritisch zu reflektieren und zu verändern. Als teilnehmender Beobachter und während der problemzentrierten Interviews stelle ich Nachfragen, um meine vorläufigen Auswertungsergebnisse zu überprüfen. Aufbauend kann ich den Forschungsprozess den neuen Erkenntnissen angleichen. Beispielsweise fokussiere ich während der teilnehmenden Beobachtung unterschiedliche Aspekte, und ich passe den Interviewleitfaden dem aktuellen Forschungsstand an. Die qualitativen Methoden sind dem Gegenstand meiner Studie angemessen.

Die Indikation der Methodenwahl thematisiere ich ausführlich im Theorieteil. Ich untersuche auf der theoretischen Grundlage des symbolischen Interaktionismus und des Habitusbegriffs nach Bourdieu Handlungen und Interaktionen unter Beachtung des Kontexts. Meine Studie zeigt, dass eine Erhebung entsprechender Daten mit einer Kombination von Beobachtungen und Interviews durchführbar ist, und diese Daten können mit einer Kombination der Globalauswertung und der Grounded Theory unter Verwendung der Software ATLAS.ti ausgewertet werden. Es ist möglich, die Handlungen und Interaktionen der Assistenzärzte und der Patienten zu analysieren sowie ihre subjektiven Perspektiven zu berücksichtigen.

Ich führe 21 Interviews mit einer Dauer von 19 – 98 Minuten. Ergänzend bin ich über einen Zeitraum von 9½ Monaten mit insgesamt 460 Stunden als teilnehmender Beobachter im Untersuchungsfeld anwesend. Ich möchte die Datenerhebung als sehr umfangreich bezeichnen.

Die Auswahl der Kliniken und der Patienten erfolgt entsprechend der Grounded Theory schrittweise und aufbauend auf den zuvor erhobenen sowie bereits ausgewerteten Daten. Dabei lege ich Wert auf eine maximale Kontrastierung und suche gezielt nach abweichenden Daten. Dies ist unter anderem hilfreich, um zwischen den Patiententypen und den unterschiedlichen Interaktionen differenzieren zu können.

Eingeschränkt sind meine Möglichkeiten, gezielt bestimmte Assistenzärzte auswählen zu können. Die Kontaktaufnahme erfolgt über die Chefarzte der Kliniken. Dies wird jedoch nicht

zu einem Problem. Ich thematisiere gegenüber den Chefärzten, welche Kriterien mir für die Wahl des Assistenzarztes wichtig sind. Die Chefärzte zeigen sich offen für meine Anliegen.

Während der teilnehmenden Beobachtung suche ich zum Teil die Nähe zu den Patienten, und zu anderen Zeitpunkten begleite ich die Assistenzärzte. Dadurch kann ich ansatzweise selber erleben, wie es sich jeweils anfühlt, im Kontext der stationären Psychiatrie zu sein.

Mit dem Begriff empirische Verankerung fordert Steinke, dass die Bildung und Überprüfung von Hypothesen beziehungsweise Theorien in den Daten begründet sein muss. Ein entsprechender Forschungsprozess ist die zentrale Grundlage der Grounded Theory, die ich verwende. Ich formuliere fortwährend vorläufige Auswertungsergebnisse, und suche anschließend gezielt nach abweichenden Daten, um meine Auswertung zu hinterfragen. Außerdem erhalten die Assistenzärzte und die Patienten im Rahmen der teilnehmenden Beobachtung und während des problemzentrierten Interviews die Möglichkeit, meine vorläufigen Auswertungsergebnisse zu korrigieren. Eine kommunikative Validierung mit Dr. Schneider ergänzt dies.

Für den Leser wird die empirische Verankerung anhand der zahlreichen Ausschnitte aus den Forschungstagebüchern und Interviews deutlich, die ich wiedergebe. Schließlich weise ich wiederholt auf Widersprüche in den Daten sowie auf unterschiedliche Auswertungsmöglichkeiten hin und stelle dar, welche Daten meine Interpretation leiten.

Der Geltungsbereich meiner Studie ist entsprechend der Auswahl des Untersuchungsfelds und der Forschungspartner begrenzt auf den Kontext der Psychiatrie, auf das Setting des Krankenhauses, auf Ärzte, die als Assistenzärzte tätig sind, und schließlich auf Patienten, die psychoseerfahren sind. In Bezug auf diese Patienten und ihre Interaktionen mit den Assistenzärzten erfolgt die Auswahl im Sinne einer Fallkontrastierung. Ich erhebe gezielt abweichende Daten.

Eine Limitation des Geltungsbereichs stellt die Auswahl der Kliniken und in Folge die Auswahl der Assistenzärzte dar. Ich suche nach Krankenhäusern und Assistenzärzten, die eine Selbstbestimmung des Patienten als wichtig bezeichnen. Im Unterschied hierzu könnte ich auch nach Krankenhäusern oder nach Assistenzärzten fragen, die den Ruf haben, Aspekte der Patientenfremdbestimmung vorzuziehen. Eine entsprechende Auswahl erscheint mir im Vergleich zu meinem Vorgehen weniger sinnvoll. In diesen Kliniken ist es möglich, eine Patientenfremdbestimmung zu beforschen. Es ist aber fraglich, inwieweit überhaupt Aspekte der Selbstbestimmung erhoben werden können und inwieweit aufbauend die Handhabung der Patientenselbst- und Fremdbestimmungen analysierbar ist.

Im Zusammenhang mit dem Kriterium Kohärenz fordert Steiner, die „entwickelte Theorie sollte in sich konsistent sein. Entsprechend ist zu prüfen: (1) Ist die generierte Theorie in sich kohärent? (2) Wurden Widersprüche in den Daten und Interpretationen bearbeitet? Ungelöste Fragen und Widersprüche sollten offen gelegt werden“ (Steinke, 2009, S, 330). Mein Forschungsprozess beinhaltet eine entsprechende Auswertung der Daten und eine entsprechende Darstellung der Ergebnisse.

In Bezug auf die Relevanz meiner Studie ist zu beachten, dass Aspekte der Patientenselbstbestimmung in den aktuellen Beiträgen über die Interaktionen von Ärzten und Patienten häufig zentral sind. Beispielsweise wurde in Deutschland auf Initiative der Bundesregierung unter dem Namen „Der Patient als Partner im medizinischen Entscheidungsprozess“ ein Forschungsprojekt ins Leben gerufen und mit einer Summe von über 3 Millionen € gefördert¹⁰¹.

Innerhalb der Ansätze werden Aspekte der Patientenfremdbestimmung kaum thematisiert. Eine Literaturrecherche deutet jedoch darauf hin, dass Aspekte der Patientenfremdbestimmung im klinischen Alltag nach wie vor relevant sind. Unter dem Stichwort Compliance erscheinen bei der Suchdatenbank ScienceDirect¹⁰² 31933 Einträge für das Kalenderjahr 2014.

Die Frage, wie die unterschiedlichen Aspekte einer Patientenselbst- und –fremdbestimmung im klinischen Alltag gehandhabt werden können, wurde bisher kaum thematisiert. Meine Untersuchung verstehe ich als einen Beitrag, um diese Lücke zu verkleinern. Mit meinen Darstellungen eröffne ich eine neue Perspektive auf die Themen Patientenselbst- und –fremdbestimmung, indem ich sie nicht gegeneinander abgrenze.

Außerdem ist zu beachten, dass die bisherigen Ansätze überwiegend normativ sind. Sie scheinen für die Praxis zum Teil nicht geeignet zu sein. Entsprechend ist es wichtig, im klinischen Alltag Erkenntnisse zu sammeln, wie Aspekte der Patientenselbst- und –fremdbestimmung gehandhabt werden können. Auch diese Forschungslücke wird mit meiner Studie reduziert.

Schließlich fordert Steinke eine reflektierte Subjektivität des Forschers. Der Forscher soll unter anderem den Einstieg ins Feld, seine Rolle als Teil der untersuchten sozialen Welt sowie seine Beziehung zu den Forschungspartnern beachten. Diese Aspekte reflektiere ich vor allem durch meine Teilnahme an den verschiedenen Forschungsgruppen kritisch. Auf die entsprechenden Themen gehe ich insbesondere im Kapitel 10 ein.

¹⁰¹ beachte auch 3.2.4

¹⁰² <http://www.sciencedirect.com/>, letzter Zugriff am 16.03.2015.

Flick (2011) kennzeichnet ergänzend zu Steinkes Darstellungen eine Triangulation als wichtiges Gütekriterium zur Beurteilung qualitativer Forschungsprozesse. Unter Triangulation „wird die Kombination verschiedener Methoden, verschiedener Forscher, Untersuchungsgruppen, lokaler und zeitlicher Settings sowie unterschiedlicher theoretischer Perspektiven in der Auseinandersetzung mit einem Phänomen verstanden“ (Flick, 1995, S. 249). Entsprechende Kombinationen sind innerhalb meines Forschungsprozesses zahlreich vorhanden:

- Meine Analyse der Handlungen und Interaktionen beruht auf einer Kombination der theoretischen Ansätze des symbolischen Interaktionismus, des Kontextbegriffs nach Strauss und des Habituskonzepts nach Bourdieu.
- Während der Datenerhebung kombiniere ich eine teilnehmende Beobachtung mit problemzentrierten Interviews. Außerdem ist zu beachten, dass das problemzentrierte Interview auf einer Methodenkombination beruht¹⁰³.
- Ich kombiniere die Perspektiven der Assistenzärzte und der Patienten. Ergänzend finden verschiedene Aussagen von Personen im Kontext Beachtung.
- Die Datenerhebung erfolgt zuerst auf zwei Stationen, die überwiegend geschlossen sind. Zur Kombination suche ich mit dem Städtischen Klinikum eine Station, die prinzipiell offene Türen hat. Auch bei der Auswahl der Patienten kombiniere ich zur Kontrastierung verschiedene Merkmale. Während der teilnehmenden Beobachtung war ich zu unterschiedlichen Tageszeiten im Feld anwesend, und die Interviews mit den Patienten führe ich zu verschiedenen Zeitpunkten innerhalb des Behandlungsprozesses.
- Schließlich diskutiere ich im Rahmen einer Teilnahme an verschiedenen Forschungsgruppen meine Forschungstätigkeit mehrfach kritisch und kombiniere aufbauend die Rückmeldungen unterschiedlicher Wissenschaftler. Ergänzend begleitet mein Doktorvater Prof. Zaumseil den Forschungsprozess fortlaufend.

Somit findet eine Triangulation in unterschiedlichsten Formen Berücksichtigung innerhalb meines Forschungsprozesses.

Eine wesentliche Schwäche meiner Arbeit sehe ich rückblickend darin, dass ich die Studie alleine und nicht innerhalb eines Forschungsteams durchführe. Die Wahl des Settings und der Grounded Theory als Auswertungsmethode beinhaltet, dass soziologische Themen an Be-

¹⁰³ vergleiche 8.2

deutung gewinnen. Ich bin jedoch als Psychologe und nicht als Soziologe ausgebildet. Hilfreich wäre ein Forschungsteam mit einem Soziologen¹⁰⁴.

Dies beinhaltet weitere Vorteile. Die Triangulation wäre umfassender, wenn beispielsweise ein zweiter Forscher die Daten erhebt. Außerdem wäre die Gefahr geringer, entsprechend eines going native kurzzeitig die kritische Außenperspektive zu verlieren¹⁰⁵. Schließlich wäre der Arbeitsaufwand reduziert. Der Umfang meiner Forschungstätigkeit drohte wiederholt die mir zur Verfügung stehenden Ressourcen zu übersteigen. Die Anwesenheit im Feld, das Schreiben der Forschungstagebücher, die Transkription der aufgezeichneten Gespräche und der Interviews oder die zum Teil unendlichen Vergleichsmöglichkeiten während des Auswertungsprozesses stellen nur einzelne Beispiele für die sehr aufwendige Forschungstätigkeit dar. Die verwendeten Methoden sind für einen einzelnen Forscher kaum praktikabel.

16.2 Inhaltliche Diskussion

Innerhalb der folgenden Darstellung greife ich die Auswertungsergebnisse meiner Studie erneut auf, um sie inhaltlich zu diskutieren. Dabei orientiere ich mich an der Gliederung der Ergebnisdarstellung.

Ein zentrales Ergebnis meiner Studie lautet, dass der Kontext einen wesentlichen Einfluss auf die Interaktionen der Assistenzärzte und der Patienten hat. Verschiedene Einrichtungen des Gesundheitswesens und verschiedene Personen können die Bedeutung eines Kontextfaktors haben. Zu den handlungsleitenden Aspekten dieser Personen zählen ein Verhindern von Aggressionen, ein Verhindern von Störungen, ein Bessern der akuten Symptomatik per Pharmakotherapie sowie übergeordnet das Herstellen einer Compliance.

Der Kontext ist für die Gestaltung des Aufenthalts in der Regel von zentraler Bedeutung. Es gibt insbesondere im Zusammenhang mit dem Zwangsbehandeln verschiedene Behandlungsprozesse, die dadurch gekennzeichnet sind, dass weder der Assistenzarzt noch der Patient bestimmen. Stattdessen kann beispielsweise ein Richter die Notwendigkeit des Aufenthalts oder der Oberarzt die Gestaltung der Pharmakotherapie festlegen. Auch in Bezug auf die Patienten, die freiwillig im Krankenhaus bleiben, sind die Behandlungsprozesse weitestgehend

¹⁰⁴ vergleiche Hermann (2004)

¹⁰⁵ vergleiche 8.1 und 10.3

vorbestimmt. Beispielsweise scheint die Teilnahme an der Pharmakotherapie außer Frage zu stehen, es gibt ein Therapieprogramm mit einer verpflichtenden Teilnahme und auch der Ausgang ist zumindest zeitweise durch allgemeine Behandlungsregeln festgelegt. Das Konzept der Compliance, das in den Kliniken Anwendung findet, muss nach Donovan (1995) beziehungsweise Holm (1993) als veraltet beziehungsweise als nicht zeitgemäß bezeichnet werden. Die klinische Praxis steht in der Regel in einem Widerspruch zu den aktuellen normativen Diskursen, die ich im Kapitel 3 thematisiere. Innerhalb der normativen Ansätze gehen verschiedene Autoren darauf ein, wie ein Arzt und ein Patient interagieren sollen, um eine Patientenselbstbestimmung zu ermöglichen. Dabei bleibt weitestgehend unberücksichtigt, dass entsprechende Interaktionen aufgrund des Einflusses des Kontexts zum Teil nicht umsetzbar sind. Außerdem können in Bezug auf den Kontext, die Assistenzärzte beziehungsweise in Bezug auf die Patienten unterschiedliche Aspekte handlungsleitend sein. Die Frage, in welcher Beziehung eine Patientenselbstbestimmung und die weiteren handlungsleitenden Aspekte stehen und wie Widersprüche gehandhabt werden können, bleibt in den normativen Ansätzen ausgeklammert. Dies gilt es zu ändern.

Meine Ergebnisse können auch im Zusammenhang mit der Krankenhausforschung diskutiert werden. Eine der ersten qualitativen Studien führte Goffman (1972) in den 1950er Jahren ebenfalls im Kontext der Psychiatrie durch, die er als eine totale Institution bezeichnet. Ein wesentliches Merkmal einer totalen Institution besteht darin, dass die Handlungen der Akteure durch verschiedene Regeln geplant und vorgeschrieben sind. Wie ich soeben dargestellt habe, komme auch ich zu dem Ergebnis, dass die Handlungen und die Interaktionen meiner Forschungspartner zum Teil vorbestimmt sind.

Die Klinikmitarbeiter haben nach Goffman die Aufgabe, die Einhaltung der Regeln per Strafen und Privilegien zu überwachen. Vergleichbar thematisiere ich beispielsweise, dass die selbstbestimmungs- und freiheitsorientierten Patienten einen Verlust der Selbstbestimmunginsel als eine Bestrafung erleben. In diesem Zusammenhang kann das Herstellen einer Selbstbestimmunginsel auch als ein Privileg interpretiert werden. Außerdem thematisiert Goffman, dass zum Teil Regeln nicht durchgesetzt werden, um das Einhalten einer anderen Regel zu gewährleisten. Hier sehe ich eine Parallele zum Herstellen einer Selbstbestimmunginsel, um eine Compliance herzustellen beziehungsweise in anderen Worten, um eine Compliance zu gewährleisten.

Obwohl Goffmans Studie Jahrzehnte zurückliegt und obwohl in der Zwischenzeit eine Psychiatriereform angestrebt wurde, stimmen meine Ergebnisse zum Teil mit Goffmans Darstel-

lungen überein. Der Kontext der stationären Psychiatrie beinhaltet auch heute noch Merkmale einer totalen Institution.

Eine aktuelle qualitative Studie, die die Bedeutung des Kontexts Krankenhaus verdeutlicht, stellt Vogds (2004a) Analyse ärztlicher Entscheidungsprozesse dar. Vogd weist unter anderem darauf hin, dass die ökonomisch – administrativen Bedingungen einen wesentlichen Einfluss auf die Handlungen eines Arztes haben können. Im Unterschied hierzu stehen ökonomische Aspekte innerhalb meiner Auswertungsergebnisse eher im Hintergrund. Zum Zeitpunkt meiner Datenerhebung war eine Vergütung nach Fallpauschalen im Kontext der Psychiatrie abweichend von den weiteren medizinischen Fachgebieten noch nicht eingeführt. Es ist denkbar, dass der Unterschied zwischen den Ergebnissen von Vogd und mir auf diese Besonderheit der Finanzierung zurückzuführen ist.

Vergleichbar sind unsere Studien hingegen in Bezug auf die ärztliche Hierarchie. Nach Vogd treffen komplexe Entscheidungen insbesondere die Chefärzte und zum Teil die Oberärzte, während sich die Assistenzärzte unterordnen. Um die hierarchischen Unterschiede zu verdeutlichen, bezeichne ich die Chef- und Oberärzte als weisungsbefugt. Außerdem thematisiert Vogd ähnlich zu meinen Darstellungen Aspekte der Verantwortung sowie ein Bedürfnis nach Absicherung.

Als Vogd (2006) zwei Jahre später weitere Daten erhebt, stellt er fest, dass der ökonomische Druck zu einer Abflachung der ärztlichen Hierarchie beigetragen hat und dass die Assistenzärzte mehr Entscheidungsverantwortung übernehmen. Dieses Ergebnis bedeutet in Bezug auf meine Studie, dass der Einfluss des Kontexts nicht starr und konstant ist, sondern Veränderungen möglich sind.

In Übereinstimmung mit Vogd gehe ich davon aus, dass Bourdieus Habitusbegriff hilfreich ist, um Handlungen und Interaktionen im Kontext des Krankenhauses analysieren zu können. Ergänzend baut Vogds Arbeit unter anderem auf einem systemtheoretischen Ansatz auf. Im Unterschied zu Vogds Analyse stelle ich den Kontext eher in den Hintergrund und fokussiere mit dem symbolischen Interaktionismus die sozialen Interaktionen der Assistenzärzte und der Patienten. Diesbezüglich stimme ich mit Strauss et. al. (1985) überein, dass der Patient aktiv am Behandlungsprozess teilnimmt, oder mit Hermann (2004), dass der (Assistenz)Arzt und der Patient unter Beteiligung des Kontexts ein Arrangement herstellen.

Als handlungsleitende Aspekte der Personen im Kontext thematisiere ich ein Verhindern von Aggressionen und ein Verhindern von Störungen. Diese Ergebnisse passen zu den Darstellungen von Bonß et. al. (1985), dass der Kontext der Psychiatrie durch ordnungspolitische und fürsorgliche Aspekte charakterisiert ist. Aktuell geht Lang (2013) auf eine ordnungspolitische Wirkung der Psychiatrie ein, und die Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e.V. (DGPPN) (2014) äußert, dass „der Psychiater und Psychotherapeut (...) als Arzt primär dem Schutz und der Wiederherstellung der Gesundheit des Patienten verpflichtet (ist). Die ihm ordnungspolitisch zugewiesene zusätzliche Rolle (Doppelrolle) in der Kontrolle sozialen Verhaltens führt häufig in unauflösbare Rollenkonflikte“ (DGPPN, 2014, S. 1427). Diese theoretische Feststellung, dass der Psychiater einem unauflösbaren Rollenkonflikt gegenübersteht, bestätigen meine Ergebnisse nicht. Die Assistenzärzte, die an meiner Studie teilnehmen, thematisieren keinen Rollenkonflikt. Dies passt zu der zentralen Kategorie, dass sie die Fremdbestimmungen ausblenden.

Zu den handlungsleitenden Aspekten der Personen im Kontext zählen außerdem ein Bessern der akuten Symptomatik per Pharmakotherapie, und übergeordnet ist das Herstellen einer Compliance von Bedeutung. Diese Ergebnisse spiegeln aktuelle theoretische Diskussionen wieder. Beispielsweise gehe ich im Abschnitt 4.1 auf Kritiken ein, dass die Pharmakotherapie entsprechend der offiziellen Leitlinien deutscher Fachgesellschaften und im klinischen Alltag häufig eine dominante Stellung innerhalb der Behandlung psychoseerfahrener Patienten einnimmt (Greve, 2009). Außerdem weise ich oben darauf hin, dass der Begriff Compliance in der wissenschaftlichen Literatur nach wie vor eine große Relevanz besitzt.

Im Theorieteil meiner Studie thematisiere ich verschiedene aktuelle Ansätze innerhalb eines normativen Wandels. Die Darstellungen dienen insbesondere dazu, den Begriff der Patientenselbstbestimmung zu charakterisieren. Diese Ansätze müssen in Bezug auf den Kontext der Psychiatrie in der Form kritisiert werden, dass sie sich in der Regel ausschließlich mit einer Patientenselbstbestimmung beschäftigen. Wie ich soeben diskutiert habe, sind im Kontext der Psychiatrie gleichzeitig Aspekte der Patientenfremdbestimmung zu beachten. Die Frage, wie eine Patientenselbstbestimmung hergestellt wird, möchte ich als unzureichend kritisieren. Stattdessen muss gefragt werden, wie Patientenselbst- und –fremdbestimmungen gehandhabt werden können.

Im Kapitel 11 gehe ich darauf ein, dass zahlreiche Personen im Kontext einen Einfluss auf die Interaktionen der Assistenzärzte und der Patienten nehmen. Vergleichbar sprechen Strauss et. al. (1985) davon, dass Eigenschaften der Organisation unter anderem einen Einfluss auf die Trajectory haben und darauf „how the work of implicated teams is organized, maintained, evaluated, reviewed, reorganized, and articulated. In more concret terms, (...) which organizational rules must be taken into account or followed or circumvented, which authorities must be persuaded, negotiated with, satisfied, neutralized, or placated” (Strauss et. al., 1985, S. 266). Entsprechend thematisiere ich beispielsweise, dass die Chef- und Oberärzte die Handlung des Assistenzarztes indirekt beeinflussen und dass der Assistenzarzt versucht, deren Weisung zu beeinflussen.

Heim & Willi (1986) beschäftigen sich unter anderem mit der interdisziplinären Zusammenarbeit im Krankenhaus. Sie sprechen davon, dass „der Arzt auf die Information und die Mithilfe des Pflegepersonals angewiesen (ist), um eine optimale Betreuung der Kranken gewährleisten zu können“ (Heim & Willi, 1986, S. 526). Vergleichbar äußere ich mich in Bezug auf das Thema Sicherheit.

Dörner (2001) weist außerdem darauf hin, dass jede ärztliche Situation neben dem Arzt und dem Patienten auch die Angehörigen umfasst. Passend stelle ich dar, dass die Angehörigen die Interaktionen der Assistenzärzte und der Patienten beeinflussen. Ergänzend kann nach meinen Ergebnissen die Zusammenarbeit mit weiteren Fachkräften, zu denen beispielsweise Betreuer oder ambulant behandelnde Ärzte zählen, einen Einfluss haben.

In Bezug auf die Handhabung der Patientenselbst- und –fremdbestimmungen im Krankenhaus beinhalten diese Beiträge und meine Ergebnisse, dass die theoretischen Ansätze nicht auf eine Dyade des (Assistenz)Arztes und des Patienten beschränkt sein dürfen. Die verschiedenen Personen im Kontext müssen Berücksichtigung finden. Dies wird innerhalb der theoretischen Ansätze, die ich im Kapitel 3 darstelle, kaum beachtet.

In meiner Kritik stimme ich mit Dirmaier & Härter (2011) überein, die den Ansatz der partizipativen Entscheidungsfindung im Bereich der Rehabilitation thematisieren: „Gerade weil Entscheidungen in der Rehabilitation häufig mit weitreichenden Konsequenzen für das berufliche und private Umfeld verbunden sind, gilt es auch, den Einfluss und die Rolle Dritter, zum Beispiel Angehörige oder Arbeitgeber, zu berücksichtigen. Zudem verläuft der Entscheidungsfindungsprozess nicht nur dyadisch zwischen (einem) Arzt und einem Patient. Häufig sind mehrere Hierarchieebenen, Entscheidungsgremien und Professionen beteiligt. Dies führt

dazu, dass bei der Entscheidung alle aus einer multidisziplinären Sichtweise relevanten Aspekte und die unterschiedlichen Rollen der einzelnen Behandler berücksichtigt werden müssen. Aufgrund dieser Tatsache sind die Handlungsschritte der PEF auf mehrere Personen und Gesprächssituationen verteilt. Bei der Implementierung von PEF in der Rehabilitation spielen also vor allem die Berücksichtigung verschiedener Ebenen im Entscheidungsprozess, die Integration komplexer Interaktionsprozesse auf verschiedenen Entscheidungsebenen und organisatorische Barrieren (zum Beispiel hoher Zeitdruck) eine große Rolle. Dies erfordert eine effektive Koordination und Kommunikation zwischen verschiedenen Berufsgruppen und einer Klärung der Rollen aller am Behandlungsprozess Beteiligten. Dies wird aber in den bestehenden PEF - Theorien noch nicht ausreichend berücksichtigt“ (Dirmaier & Härter, 2011, S. 416).

Eine Ausnahme stellt Körner (2009, 2010) dar. Sie geht auf den Kontext ein und weist außerdem darauf hin, dass die Behandelnden geschult werden müssen, um den Ansatz im klinischen Alltag implementieren zu können. Aufbauend auf meinen Ergebnissen, dass neben den Behandelnden insbesondere auch die Klinikleitung einen Einfluss hat, erscheint es mir sinnvoll, beispielsweise mit einer Organisationsentwicklung die gesamte Organisation Krankenhaus einzubeziehen. Mit Hilfe einer Vielzahl an Methoden und Maßnahmen kann so eine systematische und geplante Veränderung der Organisationsstrukturen und –prozesse angestrebt werden (Kauffeld & Schneider, 2011). Die Organisation Krankenhaus wird mit einer entsprechenden Intervention eher in die Lage versetzt, Anforderungen im Sinne einer Patientenselbstbestimmung konstruktiv zu bewältigen.

Zum Abschluss der Diskussion meiner Auswertungsergebnisse über den Einfluss des Kontexts möchte ich meine Kritik wiederholen, die ich bereits am Ende des Kapitels 10 formuliere. In den aktuellen theoretischen Ansätzen fokussieren die Autoren in der Regel das Treffen von Entscheidungen. Abweichend bestätigen meine Auswertungsergebnisse Bisters (2010) Auffassung, dass eine Einwilligung des Patienten nicht zwangsläufig die Kriterien einer Entscheidung erfüllt.

Zusammenfassend bedeutet dies, dass die normativen Ansätze, die ich im Kapitel 3 darstelle, den Kontextbedingungen der stationären Psychiatrie kaum gerecht werden. Es erscheint mir dringend notwendig, die theoretischen Ansätze zu verändern.

Im Kapitel 12 thematisiere ich die handlungsleitenden Aspekte der Assistenzärzte. Die Auswertung stimmt in zahlreichen Ergebnissen mit den Erkenntnissen zum Einfluss des Kontexts überein. Auch in Bezug auf die Assistenzärzte sind ordnungspolitische Aspekte, eine Fürsorge, eine Pharmakotherapie und die Compliance des Patienten zentral¹⁰⁶. Eine Patientenfremdbestimmung scheint häufig im Vordergrund zu stehen, ohne dass die Assistenzärzte einen Widerspruch zu Aspekten der Patientenselbstbestimmung äußern. Aus der Sicht der Assistenzärzte unterstützt eine Compliance die Teilhabe am Leben, und die Fremdbestimmungen werden überwiegend ausgeblendet. Schließlich gehe ich darauf ein, dass der Arzt im Kontext des Krankenhauses ein Arbeitnehmer ist.

Die Ergebnisse passen zu Terzioglus (2004) Darstellung, dass Ärzte zum Zeitpunkt der Klinikeinweisung häufig mehr Verantwortung übernehmen und verstärkt bestimmen. Ergänzend sehe ich eine Parallele zu Strauss et. al. (1985), die darauf eingehen, dass Ärzte im Kontext des Krankenhauses verschiedene Arbeiten verrichtet. Eine Übereinstimmung besteht insbesondere in Bezug auf die ‚safety work‘. Außerdem existieren einzelne Analogien zur ‚comfort work‘, zur ‚sentimental work‘ und zur ‚articulation work‘. Der deutlichste Unterschied betrifft die ‚machine work‘. Dies interpretiere ich als eine Besonderheit des Kontexts der Psychiatrie. In diesem Kontext hat die Apparatedizin eine wesentlich geringere Bedeutung als in anderen medizinischen Fachgebieten.

Meine Darstellungen über die Assistenzärzte beinhalten vergleichbar zu den Ergebnissen über den Einfluss des Kontext, dass die theoretischen Ansätze zur Patientenselbstbestimmung in Bezug auf den klinischen Alltag als unzureichend bezeichnet werden müssen. Auch diese Ergebnisse verdeutlichen, dass die Frage, wie der Arzt eine Patientenselbstbestimmung ermöglichen kann, zu kurz greift. Im klinischen Alltag sind außerdem Aspekte der Fremdbestimmung relevant. Zentral ist die Frage, wie Aspekte einer Patientenselbst- und –fremdbestimmung gehandhabt werden können. Dabei muss Beachtung finden, dass die Selbstbestimmung des Assistenzarztes eingeschränkt sein kann. Beispielsweise erhält er Weisungen.

Die Ergebnisse über die handlungsleitenden Aspekte der Assistenzärzte können schließlich im Zusammenhang mit Erkenntnissen über die ärztliche Sozialisation diskutiert werden. Willi & Heim (1986) thematisieren beispielsweise, dass die Handlungen des Medizinstudenten, der

¹⁰⁶ Um Wiederholungen zu vermeiden, diskutiere ich diese Aspekte nicht erneut, sondern verweise auf die obigen Darstellungen.

eine Tätigkeit im Krankenhaus beginnt, insbesondere durch eine Imitation der ärztlichen Vorgesetzten und eine Konformität charakterisiert sind. Vergleichbar spricht Good (1994) davon, dass die Medizin ihre Objekte konstruiert. Insbesondere während des Medizinstudiums werden die angehenden Ärzte ‚geformt‘. Als Ergebnis konstruieren sie Personen, Patienten, Körper, Krankheiten und die menschliche Physiologie in einer spezifischen Weise. Die Medizin kann verstanden werden „as a symbolic form through which reality is formulated and organized in a distinctive manner“ (Good, 1994, S. 68). Das Medizinstudium “is a process of coming to inhabit a new world” (Good, 1994, S. 70), “a distinctive world of experience” (Good, 1994, S. 71).

Meine Auswertungsergebnisse zeigen, dass eine Compliance unter anderem bei den Chef- und Oberärzten eine übergeordnete Bedeutung hat. Ich weise außerdem darauf hin, dass die Assistenzärzte von den Chef- oder Oberärzten lernen möchten. Es erscheint folgerichtig, dass die handlungsleitenden Aspekte der Assistenzärzte weitestgehend mit den handlungsleitenden Aspekten der Chef- oder Oberärzte übereinstimmen. Auch in Anlehnung an Willi & Heim sowie an Good ist es einleuchtend, dass der eher klassische Ansatz der Compliance innerhalb der handlungsleitenden Aspekte der Assistenzärzte präsent ist. In Bezug auf die theoretischen Grundlagen meiner Studie beinhalten meine Auswertungsergebnisse, dass die Assistenzärzte einen spezifischen Habitus entwickeln.

In Deutschland wird die Ausbildung der Medizinstudenten aktuell an verschiedenen Universitäten reformiert (Hoffmann, 2012). Zum Beispiel „lernen die Studenten unter Supervision, wie Arzt und Patient miteinander kommunizieren und wie Interaktion wahrgenommen und beeinflusst werden kann“ (Hoffmann, 2012). Dabei finden zum Teil auch die aktuellen Ansätze der Patientenselbstbestimmung Berücksichtigung, die ich im Kapitel 3 darstelle (Kampmann & Schwantes, 2005). Möglicherweise tragen diese Entwicklungen dazu bei, dass Aspekte der Patientenselbstbestimmung innerhalb der handlungsleitenden Aspekte der Ärzte zukünftig präsenter sein können.

Das zentrale Auswertungsergebnis der Daten über die Patienten lautet, dass es nicht den einzelnen Patienten gibt. Stattdessen müssen die handlungsleitenden Aspekte der Patienten nach Typen getrennt werden. Die Patienten unterscheiden sich in der Form, dass sie paternalistisch, mitbestimmungs- beziehungsweise selbstbestimmungsorientiert sind. Außerdem steht eine Schutz-, eine Hilfsangebots- beziehungsweise eine Freiheitsorientierung im Vordergrund.

Meine Differenzierung zwischen den Patiententypen passt unter anderem zum Beitrag von Simon (2010). Sie trennt zwischen einem leistungsorientierten und einem ergebnisorientierten Patiententyp. Der leistungsorientierte Patient präferiert abweichend vom ergebnisorientierten Patienten unter anderem eine paternalistische Entscheidung des Arztes. Vergleichbar gehe ich darauf ein, dass mehrere Patienten paternalistisch orientiert sind.

Außerdem stellt Schäfer (2011) dar, dass Patienten hinsichtlich ihrer Compliance und ihres Informationsverhaltens unterschieden werden sollten. Während das Thema Informierung innerhalb meiner Daten eher im Hintergrund steht, thematisiere auch ich Unterschiede in Bezug auf die Compliance der Patienten. Beispielsweise sind die mitbestimmungs- und hilfsangebotsorientierten Patienten compliant. Im Gegensatz hierzu lehnen die selbstbestimmungs- und freiheitsorientierten Patienten den stationären Aufenthalt ab. Erst die Interaktionen mit den Assistenzärzten tragen bei einem Teil dieser Patienten dazu bei, dass eine Compliance hergestellt wird.

Die Auswertungsergebnisse zeigen, dass sich die Patienten unterschiedlich zur Frage äußern, wie Aspekte der Patientenselbst- und fremdbestimmung gehandhabt werden sollen. Dies wird innerhalb der aktuellen Ansätze nicht berücksichtigt. Wenn „sich die Patienten in ihren Bedürfnissen nach Information und Kommunikation unterscheiden, ist es für den Arzt unabdingbar, unterschiedliche Kommunikationsstile zu kennen und zu beherrschen“ (Klemperer, 2005, S. 72). Es ist notwendig, die theoretischen Ansätze, die ich im Kapitel 3 einführe, in der Form zu verändern, dass die Perspektiven und Erwartungen der Patienten verschieden sind.

Ergänzend sind meine Ergebnisse über die Patienten relevant in Bezug auf die Frage nach den Konsequenzen für die Praxis. Meine Daten erhebe ich in der psychiatrischen Klinik. Ich stelle dar, dass eine Compliance und Aspekte der Fremdbestimmung im Vordergrund stehen. Dieser Kontext passt weitestgehend zur Perspektive der paternalistisch und schutzorientierten Patienten sowie zur Perspektive der mitbestimmungs- und hilfsangebotsorientierten Patienten. Hingegen kritisieren die selbstbestimmungs- und freiheitsorientierten Patienten den Kontext der stationären Psychiatrie und lehnen einen stationären Aufenthalt ab. Innerhalb ihrer Kritik ist eine fehlende Selbstbestimmung und eine eingeschränkte Freiheit zentral.

Aus meiner Perspektive ist es sinnvoll, diesen Patienten einen Kontext zu gestalten, der mehr Selbstbestimmung und mehr Freiheiten ermöglicht. Ein Beispiel ist das Home Treatment. Ein Home Treatment ist aus der Sicht der Betroffenen unter anderem durch einen Erhalt der

Selbstbestimmung und der Freiheit gekennzeichnet (Höflacher, 2014). Außerdem möchte ich auf die Soteria verweisen. Einen wesentlichen Unterschied zum Krankenhausaufenthalt sehen Mosher et. al. (1994) darin, dass die Mitarbeiter nichts für den Patienten machen, sondern mit ihnen sind. Mosher et. al. bezeichnen diese Beziehungsgestaltung als Dabeisein. Die Mitarbeiter und die Klienten, die im Kontext der Soteria nicht als Patienten bezeichnet werden, sind gleichberechtigt. Eine Soteria nach dem Konzept von Mosher et. al. charakterisiert beispielsweise Lehmann (2003) aus der Sicht eines psychiatriebetroffenen Menschen als „einen überfälligen Schritt auf dem Weg (...) zu (...) Selbstbestimmung“ (Lehmann, 2003, S. 16).

Entsprechend des Ergebnisses, dass es unterschiedliche Patiententypen gibt, erscheint es mir nicht sinnvoll, für eine Akutbehandlung ausschließlich den Kontext des Krankenhauses anzubieten. Es existieren Alternativen, die nach den Aussagen von Betroffenen einer Selbstbestimmungsorientierung entgegenkommen. Eine Verankerung dieser Alternativen im psychiatrischen Behandlungsangebot ist aus meiner Perspektive dringend notwendig.

In Bezug auf die Interaktionen der Assistenzärzte und Patienten erarbeite ich typenspezifische Kategorien. Zu ihnen gehört das paternalistisch orientierte Handeln und Behandeln. Vergleichbar zur obigen Diskussion des Begriffs Compliance beinhalten auch diese Ergebnisse, dass innerhalb der Interaktionen von Ärzten und Patienten Aspekte der Fremdbestimmung bedeutsam sein können. Ein ausschließliches Fokussieren von Aspekten der Patientenselbstbestimmung ist nicht angemessen. Stattdessen wird erneut deutlich, dass die Handhabung von Aspekten der Patientenselbst- und –fremdbestimmung zentral sein muss.

Das Herstellen und Umsetzen eines gemeinsamen Behandlungsplans ist unter anderem dadurch gekennzeichnet, dass die Assistenzärzte den Patienten beraten, und sie sprechen von einer Dankbarkeit, wenn der Patient sein Erfahrungswissen einbringt. Außerdem diskutieren der Assistenzarzt und der Patient unterschiedliche Behandlungsprioritäten konfliktfrei. Vergleichbar thematisiere ich im Theorieteil, dass während einer partizipativen Entscheidungsfindung ein Informationsaustausch in beide Richtungen stattfindet. Die Ärzte und die Patienten bringen die für sie relevanten Kriterien aktiv in einen Abwägungs- und Entscheidungsprozess ein. Die theoretischen Darstellungen stimmen zum Teil mit meinen Ergebnissen überein, so dass das Herstellen und Umsetzen eines gemeinsamen Behandlungsplans als eine Patientenselbstbestimmung diskutiert werden kann.

Dieser Interpretation widersprechen jedoch die Daten über die Interaktionen der Assistenzärzte mit den weiteren Patiententypen. Insbesondere die Auswertungsergebnisse in Bezug auf die selbstbestimmungs- und freiheitsorientierten Patienten deuten darauf hin, dass das Herstellen und Umsetzen eines gemeinsamen Behandlungsplans nicht erfolgt, wenn die Patienten nicht mitbestimmungs- und hilfsangebotsorientiert sind. Stattdessen rücken Aspekte der Patientenfremdbestimmung in den Vordergrund. Relevant erscheinen mir in diesem Zusammenhang die Darstellungen von Dörner (2001). Er verweist auf eine strukturelle Asymmetrie in den Beziehungen von Ärzten und Patienten. Innerhalb dieser Asymmetrie sind nur bestimmte Interaktionen möglich. Die Asymmetrie wird in den normativen Ansätzen zur Patientenselbstbestimmung jedoch außer acht gelassen. Die theoretischen Beiträge scheinen in Bezug auf die Empirie kaum geeignet zu sein, um die Interaktionen von Ärzten und Patienten angemessen darzustellen.

Nach Vogd (2011) ist eine polykontexturale Perspektive sinnvoll, um die moderne Krankenbehandlung zu erfassen. Vogd berücksichtigt gesellschafts-, organisations- und netzwerktheoretische Perspektiven. Die Ansprüche, die an die Interaktionen der Ärzte und Patienten gestellt werden, sind parallel und gleichzeitig relevant, ohne im Sinne einer Kausalität miteinander verknüpft zu sein. In Bezug auf die Praxis bedeutet dies nach Vogd, dass die Ansprüche einerseits akzeptiert und andererseits auf Distanz gehalten werden müssen.

Vogd spricht vergleichbar zu Dörner (2001) von einer strukturellen Asymmetrie medizinischen Handelns, die das Patientensubjekt nicht aufheben kann. „Wir begegnen hier dann einerseits den Ergebnissen einer Soziologie der Subjektivierung, die erst mit der Moderne mit Individuen rechnet, die ihre Biografie selbst bestimmen, sehen diese aber andererseits weiterhin eingelagert in gesellschaftliche Kontexturen, in denen ein Teil der Zielakteure weiterhin als Objekt subordiniert wird“ (Vogd, 2011, S. 140). Vogd thematisiert eine Gleichzeitigkeit unterschiedlicher Welten und verweist darauf, dass die normativen Ansätze die Asymmetrie innerhalb der Interaktionen von Ärzten und Patienten nicht verändern.

Auf eine Diskussion des Zwangsbehandeln möchte ich an dieser Stelle verzichten und auf die obigen Darstellungen zum Thema Zwang verweisen. Dort gehe ich insbesondere auf ordnungspolitische Aspekte und den Begriff der Fürsorge ein.

Betreffend des Ausnutzens eines zunehmenden Schweigens stelle ich im Ergebnisteil dar, dass die Patienten gezielt schweigen. Sie möchten ihre Behandlungsprioritäten mit zuneh-

mender Dauer des Aufenthalts nicht mehr äußern und sind weitestgehend compliant. Gleichzeitig kündigen sie gegenüber mir als Forscher eine Non – Compliance für die Zeit nach dem Aufenthalt an.

Die Auswertungsergebnisse passen zu einem Review von Bonelli & Thau (2001) zum Thema Non – Compliance. Darin thematisieren die Autoren, dass die Patienten in den Gesprächen mit den Ärzten teilweise nicht die Wahrheit sagen. Ich sehe in der Form eine Übereinstimmung zu meiner Studie, dass die Patienten ihre subjektive Perspektive gezielt nicht äußern. Ihre Ergebnisse führen Bonelli & Thau unter anderem darauf zurück, „dass die Patienten andere Vorstellungen als der Arzt von dem haben können, was sie tun sollen“ (Bonelli & Thau, 2001, S. 701). Vergleichbar haben die Patienten beim Ausnutzen eines zunehmenden Schweigens andere Vorstellungen als die Assistenzärzte oder die Personen im Kontext. Die handlungsleitenden Aspekte unterscheiden sich.

In Bezug auf das Herstellen einer Selbstbestimmungsinsel und einer Compliance sehe ich Parallelen zu den Ergebnissen von Flick (1989), der subjektive Vertrauenstheorien in der sozialpsychiatrischen Beratung analysiert. Flick geht darauf ein, dass eine Beratung gegen die Institution von Bedeutung ist, um Vertrauen aufzubauen. Ähnlich thematisiere ich, dass die Selbstbestimmungsinsel nicht nur den Behandlungsprioritäten der Assistenzärzte, sondern auch den Behandlungsprioritäten beispielweise des Pflegepersonals oder der Betreuer widersprechen kann.

Außerdem sagt Flick, dass die Situation umdefiniert wird, um die Beratung als eine idealtypische Beratungssituation zu erleben. Eine vergleichbare Interpretation kann bezüglich des Ausblendens der Fremdbestimmungen formuliert werden. Das Ausblenden der Fremdbestimmungen ermöglicht den Assistenzärzten und den Patienten eher, ihre Interaktionen als eine Patientenselbstbestimmung zu erleben.

Nach Flick stellt der Mitarbeiter des sozialpsychiatrischen Dienstes einen spezifischen Gesprächsrahmen her, so dass die Funktion der Beratung zentral wird, während die eher fremdbestimmenden Funktionen wie zum Beispiel ein Verwalten und Einweisen des Klienten in den Hintergrund rücken. Analog thematisiere ich die Gesprächsführung der Assistenzärzte als Aspekt, der zum Auftreten des zentralen Phänomens beiträgt. Ein Fokussieren der Beratung gelingt schließlich „unter zeitweiliger ‚Ausblendung‘ und interaktiver Negation des institutionellen Kontextes“ (Flick, 1989, S. 483). Vergleichbar spreche ich von einem Ausblenden der Fremdbestimmungen.

Die Kernkategorie Ausblenden der Fremdbestimmungen passt ebenfalls zu dem Arrangement der Hoffnung, das Hermann (2004) betreffend des interaktiven Umgang mit Knochen- und Weichgewebesarkomen thematisiert. Nach Hermann stellen die Ärzte und die Patienten unter Beteiligung des institutionellen Kontexts, der Krankenpfleger und der Angehörigen gemeinsam ein Arrangement her. Alle Beteiligten halten an der Möglichkeit einer Kuration fest, während die mögliche Todesnähe ausgeblendet wird. Vergleichbar blenden die Assistenzärzte und die Patienten die Fremdbestimmungen aus. Dieses Arrangement wird durch die Personen im Kontext beeinflusst. Auf die Funktionalität, die ein entsprechendes Arrangement haben kann, gehe ich unten ein.

Reichardt et. al. (2008) thematisieren, dass es zahlreiche neue theoretische Ansätze gibt, die auf einen stärkeren Einbezug der Patienten abzielen. Aber insbesondere im Kontext der Psychiatrie existiert noch keine flächendeckende Implementierung einer Patientenbeteiligung. Auch Dirmaier & Härter (2011) sprechen davon, dass es „deutliche Defizite bei der Implementierung einer partizipativen Versorgung“ (Dirmaier & Härter, 2011, S. 414) gibt.

Meine Auswertungsergebnisse bestätigen entsprechende Aussagen. Ich zeige, dass die handlungsleitenden Aspekte der Personen im Kontext überwiegend durch eine Patientenfremdbestimmung gekennzeichnet sind. Beispielsweise ist eine Compliance von übergeordneter Bedeutung. Die handlungsleitenden Aspekte der Assistenzärzte sind weitestgehend vergleichbar, und auch innerhalb der Interaktionen der Assistenzärzte und der Patienten dominiert häufig eine Patientenfremdbestimmung. Besonders deutlich wird dies beim Zwangsbehandeln oder beim paternalistisch orientierten Handeln und Behandeln. Folglich sprechen auch meine Forschungsergebnisse dafür, dass die Ansätze der Patientenselbstbestimmung im Kontext der stationären Psychiatrie kaum umgesetzt werden und in ihrer normativen Form nicht umgesetzt werden können.

Damm (2002, 2006, 2010) stellt die empirische Frage, inwieweit eine Patientenselbstbestimmung im klinischen Alltag realisierbar ist, und die normative Frage, inwieweit die Normkonzepte Selbstbestimmung und Partnerschaft geeignet sind, um die Interaktionen von Ärzten und Patienten zu betrachten. Diese Fragen können anhand meiner Studie beantwortet werden. Der Kontext beeinflusst die Interaktionen der Assistenzärzte und Patienten wesentlich. Dabei stehen Aspekte einer Patientenfremdbestimmung im Vordergrund. Eine Patientenselbstbestimmung ist kaum möglich. Die Ansätze der Selbstbestimmung und Partnerschaft sind in der aktuellen Form nicht angemessen. In der klinischen Praxis sind ergänzend Aspekte der Pa-

tientenfremdbestimmung bedeutsam. Dies findet innerhalb der theoretischen Ansätze in der Regel jedoch kaum Beachtung.

Außerdem wird die Balance von Aspekten einer Patientenselbstbestimmung und einer Fürsorglichkeit kaum diskutiert. Wenige Ausnahmen sind die Beiträge von Damm (2010), Schmacke (2012) oder Dörner (2001). Unter Beachtung meines Forschungsergebnisses, dass die handlungsleitenden Aspekte der Patienten unterschiedlich sind und in Typen unterteilt werden können, erscheint es mir nicht sinnvoll, eine pauschale Regelung zur Balance einer Patientenselbstbestimmung beziehungsweise Fürsorglichkeit vorzuschlagen. Stattdessen möchte ich Dörners (2001) Beitrag hervorheben. Er geht darauf ein, dass eine paternalistische Haltung gegenstandsangemessen sein kann, und er empfiehlt in Bezug auf eine Subjekt – Subjekt – Beziehung keine partnerschaftliche, sondern eine gegnerschaftliche Haltung. Schließlich kann der Arzt die Haltung einnehmen, dass der Patient über ihm steht. Er setzt sich dem Patienten aus. „Die Güte des Arztes zeigt sich also daran, ob er (...) die drei gleichermaßen notwendigen Dimensionen der Arzt – Patient – Beziehung in ein angemessenes Verhältnis zu setzen versteht“ (Dörner, 2001, S. 77). Meine Ergebnisse verdeutlichen, dass entsprechende mehrdimensionale Ansätze dringend notwendig sind, um Aspekte der Patientenselbst- und –fremdbestimmung angemessen zu thematisieren.

Zum Abschluss der inhaltlichen Diskussion möchte ich die Debatte zur Psychiatriereform aufgreifen, die im Kontext der Psychiatrie bereits seit Jahrzehnten geführt wird und nach wie vor aktuell¹⁰⁷ ist.

Finzen (1987, 1988) spricht davon, dass aufbauend auf der Psychiatrieenquête¹⁰⁸ durchgreifende Reformen stattgefunden haben. Die Freiheitsrechte der Patienten werden stärker beachtet, und das Krankenhaus hat sein Monopol verloren. „Das Wesen der Reform besteht in einem Paradigmenwechsel von der kustodialen zur therapeutischen Orientierung der Psychiatrie“ (Finzen, 1988, S. 141). Anstatt einer verwahrenden Haltung ist eine therapeutische und rehabilitative Einstellung im Vordergrund. Die Psychiatriereform „hat stattgefunden; und sie hat im Vergleich zu den Bedingungen von vor zwei Jahrzehnten zu einer dramatischen Verbesserung der Lage der Patienten in den psychiatrischen Institutionen und zur Verbesserung der Behandlungs- und Lebenschancen der psychisch Kranken in unserem Land geführt“ (Finzen, 1988, S. 12).

¹⁰⁷ siehe beispielsweise Stierl & Bauer (2007)

¹⁰⁸ vergleiche 4.1

Vergleichbar bezeichnet Wienberg (2014) innerhalb eines aktuellen Beitrags die Psychiatriereform als eine Erfolgsgeschichte. Sie ist durch einen Abbau von Klinikbetten und durch einen Ausbau der ambulanten sowie gemeindenahen Angebote gekennzeichnet.

Abweichend sagt beispielsweise Keupp (1995), „eine Strukturreform der westdeutschen Psychiatrie hat nicht stattgefunden“ (Keupp, 1995, S. 489). Entsprechende Kritiken beinhalten unter anderem, dass das medizinische Krankheitsmodell nicht durch ein soziales abgelöst wurde. Die Änderungen, die stattfanden, haben nicht den Charakter einer Reform, sondern stellen eher eine Modernisierung dar.

Nach Kraus & Rerrich (1982) standen in der deutschen Diskussion fachliche und standespolitische Interessen im Vordergrund. „So wurde verhindert, dass die Reformdiskussion je auf eine ähnlich grundsätzliche Ebene gelangte wie in Italien oder den USA. Stattdessen kam es mit erheblichem finanziellen Aufwand zu einer Renovierung der bestehenden Anstalten und zum Neubau von stationären Einrichtungen. (...) Psychiatriereform in diesem Sinne erschöpfte sich in administrativer Planungseuphorie und ‚fachmännischen‘ Adaptationsstrategien und Reparaturversuchen“ (Kraus & Rerrich, 1982, S. 162).

Auch die kritischen Äußerungen sind nach wie vor aktuell. Beispielsweise bezeichnen Dörner & Fliegel (2006) die Sozialpsychiatrie als „ein Desaster vom Grundsatz her. (...) Und insofern bin ich natürlich mit dem, was wir bisher erzielt haben, überhaupt nicht zufrieden, sondern im Gegenteil sehr deprimiert. Ich schäme mich auch“ (Dörner & Fliegel, 2006, S. 443).

Ich nehme Bezug zu diesen Beiträgen, da meine Forschungsergebnisse eine Diskussion zentraler Unterschiede innerhalb der Stellungnahmen ergänzen. Finzen und Wienberg thematisieren als Erfolgskriterium der Psychiatriereform insbesondere den Ausbau der ambulanten psychiatrischen Versorgung und gemeindenaher Angebote. Eine Befreiung der Patienten von der Fremdbestimmung im Sinne einer politischen Diskussion bleibt in ihren Beiträgen ohne Relevanz.

Die kritischen Äußerungen zur Psychiatriereform haben hingegen eher einen Bezug zum Befreiungsmotiv. Am Beispiel des Diskurses über Subjektivität geht Zaumseil (2014) darauf ein, dass sich seit dem Beginn der Psychiatriereform die Auffassungen von der Person des Patienten und des Arztes verändert haben. In der westlichen Welt entstand ein Kulturideal des vernünftigen kooperativen Kranken. Innerhalb dieser Kultur finden beispielsweise die subjektiven Einschätzungen des Patienten zur eigenen Beeinträchtigung oder Behandlung Beachtung. Ergänzend ist eine Beteiligung des Patienten entsprechend des Ansatzes der gemein-

samen Entscheidungsfindung relevant. Der Patient übernimmt Verantwortung in Form von Selbstkontrolle und Selbstmanagement sowie über Ziel und Sinn der Behandlung.

Meine Ergebnisse verdeutlichen jedoch, dass dieses Kulturideal im Kontext der stationären Psychiatrie kaum Platz finden kann. Beispielsweise sind Ziel und Sinn der Behandlung nicht offen. Für die Subjektivität des Patienten bleibt wenig Raum, sondern zentral ist eher die Compliance des Patienten. Im Vordergrund stehen hierarchische Verhältnisse.

Ergänzend thematisiert Zaumseil eine sich emanzipatorisch verstehende Kultur selbstbewusster Subjektwerdung des Betroffenen. Sie entstand in Dialog- und Selbsthilfegruppen, in denen Erfahrung sozial geteilt wird. Die Betroffenen gelten hier als Experten ihrer Erfahrung. Als neuere Entwicklung verweist Zaumseil auf die Experienced – Involvement – Ausbildung¹⁰⁹. Eine entsprechende Orientierung am selbstbewussten Subjekt hat nach Zaumseil eine deutliche politische Dimension. „Es geht um Selbstbestimmung über das eigene Schicksal und die Art der Behandlung“ (Zaumseil, 2014, S. 3).

Die von mir empirisch gewonnenen Daten stehen überwiegend im Widerspruch zu einer entsprechenden Kultur. Sie muss unter Berücksichtigung der Empirie als normativ und idealisiert bezeichnet werden. Beispielsweise unterstützen meine Ergebnisse Schmackes (2012) Aussage, dass „die asymmetrische Beziehung zwischen Experten und Laien (...) ein fortbestehendes Problem (ist), das nicht mit starken Begriffen wie ‚gleiche Augenhöhe‘ oder ‚Partnerschaft‘ gelöst werden kann. Auch der ‚empowerte‘ Patient bleibt dem Beziehungsgefälle kognitiv und emotional zwangsläufig unterlegen (...). Von der gedanklichen Hereinnahme der Patientenperspektive in die Debatten bis hin zu einer echten Partnerschaft bleibt ein weiter Weg“ (Schmacke, 2012, S. 63).

Meine Ergebnisse beinhalten Hinweise auf den aktuellen Stand entsprechender Veränderungen. In der Praxis ist das Ausblenden der Fremdbestimmungen zentral. Für das Ausblenden sind neben den Assistenzärzten und den Patienten auch die Kontextbedingungen von Bedeutung. Im Abschnitt 14.2.2 thematisiere ich ein Beispiel, dass ein Chefarzt wesentlich dazu beiträgt, den Patienten aktiv zu hindern, die Fremdbestimmungen zu erkennen. Die Assistenzärzte und die Patienten nehmen Fremdbestimmungen wahr und benennen sie. Innerhalb ihrer Interaktionen blenden sie die Fremdbestimmungen jedoch weitestgehend aus. Das Ausblenden kann als ein aktives Verdecken interpretiert werden. Ich gehe von der These aus, dass die

¹⁰⁹ vergleiche 4.1

Fremdbestimmungen aktiv verdeckt werden müssen, da der Diskurs zur Patientenselbstbestimmung in der stationären Psychiatrie präsent ist und einen Einfluss ausübt.

Für die Interpretation, dass der Diskurs der Patientenselbstbestimmung im Kontext der stationären Psychiatrie relevant ist, sprechen weitere Daten. Beispielsweise sind Aspekte der Patientenselbstbestimmung Bestandteil der Klinikkonzepte, und die Assistenzärzte bezeichnen eine Patientenselbstbestimmung als wichtig. In Bezug auf die Patienten steht eine Patientenselbstbestimmung insbesondere für die selbstbestimmungs- und freiheitsorientierten Patienten im Vordergrund der handlungsleitenden Aspekte.

Der Diskurs zur Patientenselbstbestimmung scheint sich im Kontext der stationären Psychiatrie jedoch kaum gegenüber weiteren Diskursen durchsetzen zu können. Dies betrifft insbesondere den Ansatz der Compliance. Beispielsweise ist innerhalb der handlungsleitenden Aspekte der Personen im Kontext das Herstellen einer Compliance von übergeordneter Bedeutung.

Während ein Arzt früher paternalistisch sein konnte, muss er heute die Diskurse zur Patientenselbstbestimmung berücksichtigen. Aspekte der Patientenfremdbestimmung werden begründungspflichtig und erklärungsbedürftig. Dies rückt jedoch mit einem Ausblenden der Fremdbestimmungen in den Hintergrund. Das Ausblenden der Fremdbestimmungen interpretiere ich als einen Hinweis, dass die Beteiligten dem Diskurs der Patientenselbstbestimmung in der Weise folgen, eine Patientenselbstbestimmung zumindest scheinbar umzusetzen.

Eine Patientenselbstbestimmung möchte ich in Anlehnung an Feuerstein & Kuhlmann (1999) als einen Mythos bezeichnen. Feuerstein & Kuhlmann führen den Begriff der neopaternalistischen Medizin ein. Sie ist dadurch gekennzeichnet, dass Dritte¹¹⁰ die Interaktionen von Ärzten und Patienten beeinflussen (Feuerstein & Kuhlmann, 1999b). Dies passt zu meinen Darstellungen über den Kontext. Nach Feuerstein & Kuhlmann verliert der Arzt aufgrund des Einflusses Dritter an Verantwortung, und seine Entscheidungsautonomie ist begrenzt. Analog thematisiere ich, dass die Assistenzärzte Verantwortung an die Chef- und Oberärzte abgeben. In Bezug auf eine begrenzte Entscheidungsautonomie komme ich zu dem Ergebnis, dass es teilweise nicht gerechtfertigt ist, überhaupt von Entscheidungen zu sprechen, da die Gestaltung des Aufenthalts bereits feststeht. Ein wesentliches Kriterium von Entscheidungen, dass zwei Optionen verfügbar sind, ist nicht gegeben.

¹¹⁰ Nach Feuerstein & Kuhlmann handelt es sich um unsichtbare Dritte.

Ein Neopaternalismus eröffnet den Ärzten die Möglichkeit, paternalistisch handeln zu können und gleichzeitig den Mythos einer Patientenselbstbestimmung aufrecht zu erhalten. Außerdem finden innerhalb eines Neopaternalismus einzelne handlungsleitende Aspekte der Patienten Berücksichtigung. Beispielsweise erhalten die mitbestimmungs- und hilfsangebotsorientierten Patienten das gewünschte Hilfsangebot, während der Eindruck entsteht, dass sie mitbestimmen können. Oder in Bezug auf die selbstbestimmungs- und freiheitsorientierten Patienten wird eine Compliance hergestellt. Gleichzeitig finden die handlungsleitenden Aspekte der Patienten zumindest scheinbar Beachtung. Mit einer Selbstbestimmungsinsel kann die Selbstbestimmungs- und die Freiheitsorientierung berücksichtigt werden.

Der Paternalismus ist nach Feuerstein & Kuhlmann nicht überwunden, und die Patientenselbstbestimmung bezeichnen sie als einen Mythos. Sie sprechen von einem schillernden Begriff der Patientenselbstbestimmung, der nicht den klinischen Alltag wiedergibt, aber auch keine reine Rhetorik darstellt. Diese Aussagen werden durch meine Auswertungsergebnisse gestützt. Die dargestellten Interaktionen der Assistenzärzte und Patienten können als neopaternalistische Interaktionen interpretiert werden.

16.3 Ausblick

Aufbauend auf der Diskussion meiner Auswertungsergebnisse müssen die normativen Ansätze zur Patientenselbstbestimmung als unzureichend kritisiert werden. Die Autoren beschränken sich in ihren Darstellungen auf Aspekte der Patientenselbstbestimmung. Im klinischen Alltag sind hingegen gleichzeitig Aspekte der Patientenfremdbestimmung relevant. Folglich müssen die theoretischen Ansätze verändert werden. Zentral ist die Frage, wie Aspekte der Patientenselbst- und –fremdbestimmung miteinander in Beziehung gesetzt werden können. Die Dichotomie sollte aufgehoben und beide Aspekte als Elemente eines Behandlungsprozesses dargestellt werden.

Als Grundlage entsprechender theoretischer Ansätze können Studien in der klinischen Praxis dienen. Sie ermöglichen dem Forscher, den Kontext, die Sicht der Ärzte und entsprechend Schmackes (2012) Forderung die Patientenperspektive zu berücksichtigen. Dabei sind differenzierte theoretische Zugänge notwendig, die es erlauben, unterschiedliche Sichtweisen aufeinander zu beziehen.

Um die umfassende Bedeutung des Kontexts untersuchen zu können, habe ich den Kontextbegriff nach Strauss eingeführt. Meine Auswertungsergebnisse zeigen, dass eine Analyse der Interaktionen von Ärzten und Patienten ohne die Beachtung des Kontexts dem Forschungsgegenstand nicht gerecht werden kann.

Die Handhabung der Patientenselbst- und –fremdbestimmungen ist wesentlich durch den Kontext beeinflusst. Es ist dringend notwendig, die theoretischen Ansätze in der Form neu zu formulieren, dass die Kontextbedingungen Berücksichtigung finden. Dabei müssen entsprechend Vogds (2011) polykontexturaler Perspektive gesellschafts-, organisations- und netzwerktheoretische Aspekte beachtet werden. Der Forscher sollte von einer Gleichzeitigkeit unterschiedlicher Welten ausgehen, um die moderne Krankenbehandlung verstehen zu können.

Aufbauend auf Bourdieus Habituskonzept konnte ich die nicht – symbolischen Interaktionen erfassen. Dies war innerhalb meiner Studie insbesondere wichtig, um die zentrale Stellung des Ansatzes der Compliance identifizieren zu können. Mit einer Beschränkung auf den symbolischen Interaktionismus wäre die Zentralität des Ansatzes der Compliance kaum deutlich geworden. Hätte ich ausschließlich die subjektiven Perspektiven rekonstruiert, wären insbesondere innerhalb der Daten über die Assistenzärzte und über die Akteure im Kontext Aspekte der Patientenselbstbestimmung in den Vordergrund gerückt. Außerdem hätte ich die zentrale Kategorie des Ausblendens der Fremdbestimmungen kaum identifizieren können. Das Ausblenden der Fremdbestimmungen und die handlungsleitenden Aspekte werden von den Personen im Kontext und von den Assistenzärzten zum Teil nicht bewusst benannt. Mit Hilfe von Bourdieus Habituskonzept konnte ich die Daten jedoch angemessen analysieren.

Im Untersuchungsfeld gewinnt aktuell der Diskurs zur Patientenselbstbestimmung an Relevanz. Diesbezüglich ist es sinnvoll, die subjektiven Bedeutungen zu analysieren, die eine Patientenselbst- beziehungsweise –fremdbestimmung für die Personen im Kontext, die Assistenzärzte und die Patienten hat. Dabei ist die Theorie des symbolischen Interaktionismus aus meiner Sicht unverzichtbar. Außerdem sehe ich es als wichtig an, in Bezug auf die Interaktionen der Assistenzärzte und Patienten danach zu fragen, wie sie ihre Handlungen aufeinander abstimmen. Ein entsprechendes Vorgehen trug wesentlich dazu bei, die zentrale Kategorie als ein Arrangement herauszuarbeiten, das von den Assistenzärzten und den Patienten unter Berücksichtigung der Kontextbedingungen gemeinsam hergestellt wird.

Die Beiträge des symbolischen Interaktionismus bilden die Grundlage meiner Gliederung, zuerst die handlungsleitenden Aspekte zu identifizieren und anschließend zu fragen, wie die Assistenzärzte und Patienten unter Berücksichtigung der Kontextbedingungen interagieren. Meine Studie zeigt, dass eine entsprechende Konzeption gut geeignet ist, um den Forschungsgegenstand erfassen und die Ergebnisse nachvollziehbar darstellen zu können.

Nach Schmacke (2012) muss „trotz aller Fortschritte immer noch an den Fundamenten einer patientenzentrierten Medizin gearbeitet werden“ (Schmacke, 2012, S. 59), anstatt Begriffe wie ‚shared decision making‘ inflationär zu verwenden. Ich stimme mit Schmacke in der Forderung überein, dass die zukünftigen Entwicklungen auf empirischen Studien aufbauen sollten. Es ist aus meiner Perspektive sinnvoll, die Handhabung der Patientenselbst- und –fremdbestimmungen in weiteren Kontexten zu analysieren, um ein umfassenderes Verständnis für den Forschungsgegenstand entwickeln zu können.

Meine Studie stellt einen ersten Schritt dar, um die Handhabung von Aspekten der Patientenselbst- und –fremdbestimmungen zu erfassen. Ich beschränke mich auf den Kontext der stationären Psychiatrie, den ich im Kapitel 4 ausführlich darstelle. Ich thematisiere sachliche Zwänge (Schmeling – Kludas, 1988; Berg et. al., 2001) und eine eingeschränkte Autonomie des Patienten (Erdwien, 2005; Berg et. al., 2001; Salomon & Ziegler, 2007). Außerdem ist eine strenge Hierarchie mit einer militärischen Ordnung charakteristisch (Vogd, 2004a, 2004c), und der Ansatz des Paternalismus dominiert (Weiberg, 2002). Der Kontext der stationären Psychiatrie ist dadurch gekennzeichnet, dass in der Regel Aspekte der Patientenfremdbestimmung im Vordergrund stehen.

In Ergänzung meiner Forschungsarbeit sollten innerhalb zukünftiger Studien abweichende Kontexte Beachtung finden. Beispiele für entsprechende Untersuchungen lauten: Wie werden Aspekte der Patientenselbst- und – fremdbestimmung ...

- ... in den Interaktionen von Patienten und Ärzten gehandhabt, die eine alternative ärztliche Sozialisation innerhalb eines Reformstudiengangs¹¹¹ durchlaufen haben?
- ... in anderen medizinischen Fachgebieten gehandhabt?
- ... in der ambulanten Psychiatrie gehandhabt?
- ... in alternativen akutpsychiatrischen Einrichtungen (z. B. Home Treatment oder Soteria) gehandhabt?

¹¹¹ vergleiche 16.2 oder Hoffmann (2012)

Ergänzend verweist Zaumseil (2014) auf die Recovery – Orientierung. Sie kann als ein Leitprinzip auf dem Weg zu einer verbesserten Teilhabe kranker Menschen an der Gesellschaft verstanden werden (Amering, 2008; Schrank & Amering, 2007). Dabei sind eine Resilienz und Hoffnung sowie Empowerment und Mitbestimmung wichtige Elemente eines Recovery – Prozesses. Innerhalb der therapeutischen Haltung ist die Aufklärung des Betroffenen zentral. Die Behandlungsangebote sind dadurch charakterisiert, dass der Betroffene und der Arzt gemeinsam entscheiden. Zur Förderung der Recovery - Orientierung wird auch die strukturelle Ebene beachtet. Die Recovery – Orientierung „hat Qualitäten einer sozialen Bewegung und auch die Tendenz, individuums – zentriert gesehen und beforscht zu werden“ (Zaumseil, 2014, S. 5).

Forschungsleitend muss in Anlehnung an Schmacke (2012) die Frage sein, „wie überhaupt Voraussetzungen für eine Partnerschaft in der Arzt – Patient – Beziehung geschaffen werden können“ (Schmacke, 2012, S. 61). Die Hürden in Bezug auf die Implementierung entsprechender Konzepte sollten identifiziert und die theoretische Fundierung vervollständigt werden. Es gilt zu klären, wo und wie Aspekte der Patientenselbstbestimmung und die Alltagsroutinen in Konflikt geraten. Der Kontext muss fokussiert und nicht ausgeklammert werden. Aufbauend auf der Empirie sollten Ansätze für eine reflektierte Balance zwischen Aspekten der Patientenselbst- und –fremdbestimmungen entwickelt werden, die nicht den Charakter einer technischen Anleitung hat. Dabei muss der Diskurs zur ärztlichen Fürsorge sowie der Umgang mit Vertrauen und einer Gegnerschaft im Sinne Dörners (2001) thematisiert werden. Notwendig sind mehrdimensionale Prozessmodelle, um beispielsweise die unterschiedlichen handlungsleitenden Aspekte der Patiententypen zu berücksichtigen. Die Vielfältigkeit der Behandlungskontexte ist zu beachten, und Erkenntnisse der Organisationsentwicklung sollten einfließen.

Ergänzend führen meine Auswertungsergebnisse zu der Frage, welche Bedeutung die Informierung des Patienten für eine Patientenselbstbestimmung hat. Innerhalb meiner Studie scheint eine Informierung weitestgehend ohne Relevanz zu sein. Dieses Ergebnis steht in einem Gegensatz zu den theoretischen Ansätzen, ohne dass ich den Unterschied ausreichend erklären kann. Denkbar ist, dass in den aktuellen Ansätzen kognitive Prozesse und Kommunikationsmodelle überbetont sind.

Bisher mangelt es an differenzierten sozialwissenschaftlichen Studien, in denen die jeweiligen Praxisbedingungen Beachtung finden. Stattdessen dominieren normative Modelle und Metho-

den, die den Kontext vernachlässigen. Diesem Forschungsdefizit versuche ich mit meiner Studie zu begegnen. Ich stelle die Interaktionen der Assistenzärzte und Patienten in den Mittelpunkt meines Forschungsinteresses. Ergänzend kann ein eher soziologischer Schwerpunkt auf der Organisation sinnvoll sein¹¹².

Innerhalb meiner Studie fokussiere ich mit der Handhabung der Patientenselbst- und –fremdbestimmung durch die Assistenzärzte und die Patienten einen Ausschnitt des klinischen Alltags im psychiatrischen Krankenhaus. Die Ergebnisse verdeutlichen, dass bei der Konstituierung der Praxis sowohl der Krankenhauskontext als auch gesellschaftliche Diskurse bedeutsam sind. Der umfassendere Kontext des Handlungsfelds war nicht Gegenstand meiner Empirie. Ich thematisiere ihn in Bezug auf die Literatur und zeige auf diesem Hintergrund seine Bedeutung in meinem Untersuchungsfeld. Die Verflechtungen der untersuchten psychiatrischen Praxis mit den vielfältigen Kontextbedingungen der organisierten Krankenbehandlung (Vogd, 2011) sind in dem von mir untersuchten Ausschnitt präsent.

In unserer Kultur dominieren aktuell Diskurse der Selbstbestimmung. Dies gilt nicht nur für unsere Alltagskultur, sondern wie ich im Kapitel 3 darstelle auch für die gesundheitswissenschaftlichen Ansätze. Aspekte der Fremdbestimmung beinhalten in der Regel eine negative Konnotation als Herrschaft. Entsprechend bleibt eine Fremdbestimmung häufig im Verborgenen. Die Polarisierung erzeugt möglicherweise ein Verbergen.

Die Beziehungen der Assistenzärzte und der Patienten habe ich in ihren Verflechtungen mit den jeweiligen Kontextbedingungen konzeptualisiert. Ich konzentriere mich auf die ausgesprochenen und unausgesprochenen sowie auf die möglicherweise nicht bewussten handlungsleitenden Aspekte und die Rekonstruktion subjektiver Sichtweisen von nur zwei Akteursgruppen. Dieser Zugang begrenzt den Forschungsgegenstand.

In Ergänzung meines Vorgehens sehe ich es in Bezug auf zukünftige Studien als sinnvoll an, eine Situationsanalyse nach Clarke (2012) anzuwenden. Innerhalb der Situationsanalyse, die Clarke als einen situationszentrierten Ansatz charakterisiert, wird die Forschungssituation als Hauptuntersuchungseinheit berücksichtigt. Die Situationsanalyse ist „als Ergänzung zu den traditionellen Ansätzen der Grounded Theory Analysen gedacht, welche die Handlung (...) in den Mittelpunkt stellen. Die (Situationsanalyse richtet) den Fokus stattdessen auf die Schlüsselemente, Materialitäten, Diskurse, Strukturen und Bedingungen, welche die erforschte Situation charakterisieren“ (Clarke, 2012, S. 24). Entsprechend meiner Auswertungsergeb-

¹¹² vergleiche die Studien von Vogd (2004a, 2006, 2011, 2013)

nisse zum Einfluss des Kontexts kann in zukünftigen Analysen in Abhängigkeit von der Fragestellung diese methodische Veränderung sinnvoll sein.

Schließlich möchte ich auf Vogds Ansatz der rekonstruktiven Sozialforschung verweisen (Vogd, 2004a, 2005, 2011, 2013). Vogd zeigt in seinen Darstellungen eindrucksvoll, dass sein methodisches Vorgehen sinnvoll ist, um eine Analyse der Handlungen und Interaktionen von Ärzten und Patienten unter Berücksichtigung der bedeutsamen Diskurse zu ermöglichen.

17. Zusammenfassungen

17.1 Zusammenfassung (dt.)

Die klassischen Ansätze über die Interaktionen von Ärzten und Patienten beinhalten vor allem Aspekte der Patientenfremdbestimmung. Hingegen dominieren in den aktuellen Ansätzen Aspekte der Patientenselbstbestimmung. Diese normativen Ansätze sind in Bezug auf die klinische Praxis jedoch kaum angemessen. Die Interaktionen von Ärzten und Patienten müssen im klinischen Alltag analysiert werden. Dabei fokussiere ich die Frage, welche Beiträge die Interaktionen von Assistenzärzten und psychoseerfahrenen Patienten zur Handhabung der Patientenselbst- und –fremdbestimmungen leisten.

Mein Verständnis des Begriffs Interaktion baut auf der Theorie des symbolischen Interaktionismus, dem Kontextbegriff nach Strauss und auf Bourdieus Habituskonzept auf. Zur Datenerhebung verwende ich die teilnehmende Beobachtung sowie das problemzentrierte Interview. Die Auswertung erfolgt mit der Grounded Theory. Vorab führe ich eine Globalauswertung durch, und ich nutze das computergestützte Verfahren ATLAS.ti.

Die Datenauswertung verdeutlicht, dass im Kontext der stationären Psychiatrie verschiedene Personen die Interaktionen der Assistenzärzte und der Patienten beeinflussen. Ich stelle dar, welche Aspekte für diese Personen sowie für die Assistenzärzte und für die Patienten handlungsleitend sein können. Die Patienten müssen nach Typen unterschieden werden. Innerhalb der Interaktionen von paternalistisch und schutzorientierten Patienten mit den Assistenzärzten steht ein paternalistisch orientiertes Handeln und Behandeln im Vordergrund. In Bezug auf mitbestimmungs- und hilfsangebotsorientierte Patienten ist das Herstellen und Umsetzen eines gemeinsamen Behandlungsplans zentral. Schließlich können die Interaktionen von selbstbestimmungs- und freiheitsorientierten Patienten mit den Assistenzärzten in das Zwangsbehandeln, das Ausnutzen eines zunehmenden Schweigens sowie das Herstellen einer Selbstbestimmungsinsel und einer Compliance unterteilt werden. Typenübergreifend sind das Anbieten und (nicht) Annehmen eines Wohlfühlklimas und als zentrale Kategorie das Ausblenden der Fremdbestimmungen relevant.

Innerhalb der Diskussion interpretiere ich die Daten als neopaternalistische Interaktionen. Ich stelle dar, dass die aktuellen normativen Ansätze unzureichend sind. Die Handhabung der Patientenselbst- und –fremdbestimmungen sollte in weiteren Kontexten analysiert werden.

17.2 Abstract (engl.)

Traditional approaches to the doctor - patient relationship concentrate on the professionals' guidance and external control. Instead the more modern approaches have seen an increase of emphasis on the patients self - determination. But these normative approaches are hardly adequate within the context of clinical practice. The interactions between doctors and patients need to be analysed during everyday clinical practice. My focus is on how the interactions between assistant doctors and patients, who have experienced psychosis, contribute to the handling of external control and self - determination.

My understanding of the term interaction is informed by the theory of symbolic interactionism, Strauss' concept of contextuality and Bourdieus' concept of habitus. I am using participant observation and problem - centered interviews as instruments for data collection. Grounded Theory is used for evaluation. In advance I shall complete a global evaluation, and I am using the computer - assisted ATLAS.ti system.

The data evaluation highlights the influences of the context, and the aspects that determine the actions of assistant doctors, patients and others involved are analysed. The patients need to be differentiated from each other by type. A paternalistic orientated action and treatment is central during the interactions between paternalistic, protection - seeking patients and their assistant doctors. In cases where patients are looking for participation and helpful interventions, the creation and implementation of a shared treatment plan is key. Finally one can divide the interactions between self - determination, freedom - orientated patients and assistant doctors into compulsory treatment, the exploitation of a growing silence and the creation of an island of self - determination and compliance. Of further relevance - and independent of patient type - are the offering and acceptance or non - acceptance of a comfortable atmosphere, as well as the central phenomenon called masking external control.

Within the discussion I interpret the data as neopaternalistic interactions. I demonstrate that the present normative approaches are insufficient. The handling of external control and self - determination should be analysed further in other contexts.

III. Literaturverzeichnis

Abderhalden, C. & Needham, I. (2005) (Hrsg.). Psychiatrische Pflege – Verschiedene Settings, Partner, Populationen. Vorträge und Poster vom 2. Dreiländerkongress in Bern. Unterostendorf: IBICURA

Abholz, H. A. (1993a). Arzt – Konsument – Verhältnis: Ein Blick in die Zukunft. In: Abholz, H. A. (Hrsg.). Jahrbuch für kritische Medizin. Band 21. Arzt – Konsumenten – Verhältnisse. Hamburg: Argument – Verlag, S. 46 – 55.

Abholz, H. A. (1993b) (Hrsg.). Jahrbuch für kritische Medizin. Band 21. Arzt – Konsumenten – Verhältnisse. Hamburg: Argument – Verlag.

Aderhold, V. (2007a). Mortalität durch Neuroleptika. Soziale Psychiatrie, 4/2007, S. 5 – 10.

Aderhold, V. (2007b). Neuroleptika – Effekte, Risiken, Aufklärung und Behandlungskontext. Abrufbar unter: <http://www.lvpe-rlp.de/neuroleptika-%E2%80%93-effekte-risiken-aufkl%C3%A4rung-und-behandlungskontexte>, letzter Zugriff am 16.03.2015.

Aderhold, V. (2010). Neuroleptika zwischen Nutzen und Schaden. Minimale Anwendung von Neuroleptika - ein Update. <http://www.antipsychiatrieverlag.de/artikel/gesundheit/pdf/nl-debatte.pdf>, letzter Zugriff am 16.03.2015.

Aderhold, V. (2013). „Historische Chance versäumt“. Anmerkungen zur Verabschiedung des „Gesetzes zur Regelung der betreuungsrechtlichen Einwilligung in eine ärztliche Zwangsmaßnahme“. Soziale Psychiatrie, 140, S. 42 – 44.

Aderhold, V. & Bock, T. (2000). Selbstbefähigung bei der Medikation? Argumente für einen anderen Umgang mit Psychopharmaka. In: Knuf, A. & Seibert, U. (Hrsg.). Selbstbefähigung fördern. Empowerment und psychiatrische Arbeit. Bonn: Psychiatrie – Verlag, S. 172 – 195.

Aderhold, V. & Bock, T. & Greve, N. (2004). Argumente gegen ambulante Zwangsmaßnahmen zur Behandlung psychisch kranker Menschen. In: Brill, K. E. (Hrsg.). Betrifft: Betreuung – Band 7. Betreuungsrecht in Bedrängnis. Recklinghausen: Vormundschaftsgerichtstag e.V. – Eigenverlag, S. 95 - 99.

Adler, P. A. & Adler, P. (1994). Observational Techniques. In: Denzin, N. K. & Lincoln, Y. S. (Editors). Handbook of Qualitative Research. Thousand Oaks, London, New Delhi: Sage Publications, p. 377 – 392.

Aktion Psychisch Kranke, Peter Weiß, Andreas Heinz (2013) (Hrsg.). Gleichberechtigt mittendrin – Partizipation und Teilhabe. Tagungsdokumentation Berlin, 6. / 7. November 2012. Bonn: Aktion Psychisch Kranke.

Amelung, K. (1995). Probleme der Einwilligungsfähigkeit. Recht & Psychiatrie (13), S. 20 – 28.

Anderson, R. M. & Funnell, M. M. (2010). Patient empowerment: Myths and misconceptions. Patient Education and Counseling, 79, p. 277 – 282.

- Angehrn, E. (1977). Freiheit und System bei Hegel. Berlin, New York: de Gruyter.
- Angerhausen, S. (2003). Patienten als Bürger stärken. Mehr Beteiligung für ein besseres Gesundheitswesen. *Verhaltenstherapie & Psychosoziale Praxis* (35), S. 119 – 123.
- Amering, M. (2006). Wie könnte eine sinnvolle Frührehabilitation für an Schizophrenie Erkrankte in der Gemeinde aussehen? – Wege zu einem neuen Standard in der Gemeindepsychiatrie. *Wiener Medizinische Wochenschrift*, 156 / 03 – 04, S. 79 – 87.
- Amering, A. (2008). Recovery - warum nicht? *Psychiatrische Praxis*, 35 (2), S. e9 - e11.
- Arbeitsgemeinschaft Rechtsanwälte im Medizinrecht e. V. (2007) (Hrsg.). Dokumentation und Leitlinienkonkurrenz – die Verschriftlichung der Medizin. Berlin, Heidelberg: Springer – Verlag.
- Arbeitsgruppe „Psychoedukation bei schizophrenen Erkrankungen“ (2008). Konsensuspapier zu psychoedukativen Interventionen bei schizophrenen Erkrankungen. In: Bäuml, J. & Pitschel – Walz, G. (Hrsg.). Psychoedukation bei schizophrenen Erkrankungen. Konsensuspapier der Arbeitsgruppe „Psychoedukation bei schizophrenen Erkrankungen“. Stuttgart: Schattauer, S. 1 – 34.
- Arbeitsgruppe Bielefelder Soziologen (1973) (Hrsg.). Alltagswissen, Interaktion und gesellschaftliche Wirklichkeit 1. Symbolischer Interaktionismus und Ethnomethodologie. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt Taschenbuch Verlag GmbH.
- Aster, R. & Merkens, H. & Repp, M. (1989) (Hrsg.). Teilnehmende Beobachtung. Werkstattbericht und methodologische Reflexionen. Frankfurt, New York: Campus Verlag.
- Atkinson, P. & Hammersley, M. (1998). Ethnography and Participant Observation. In: Denzin, N. K. & Lincoln, Y. S. (Editors). *Strategies of Qualitative Inquiry*. Thousand Oaks, London, New Delhi: Sage Publications, p. 110 – 136.
- Badura, B. (1994). Arbeit im Krankenhaus. In: Badura, B. & Feuerstein, G. (Hrsg.). *Systemgestaltung im Gesundheitswesen. Zur Versorgung der hochtechnisierten Medizin und den Möglichkeiten ihrer Bewältigung*. Weinheim, München: Juventa – Verlag, S. 21 – 82.
- Badura, B. & Feuerstein, G. (1994) (Hrsg.). *Systemgestaltung im Gesundheitswesen. Zur Versorgung der hochtechnisierten Medizin und den Möglichkeiten ihrer Bewältigung*. Weinheim, München: Juventa – Verlag.
- Badura, B. (2000a). Solidarität im Gesundheitswesen. In: Mezger, E. & West, K. W. (Hrsg.). *Aktivierender Sozialstaat und politisches Handeln*. Marburg: Schüren – Verlag, S. 125 – 129.
- Badura, B. (2000b). Reform des Gesundheitswesens durch Aktivierung der Bürger, Versicherten und Patienten – eine Einführung. In: Badura, B. & Schellschmidt, H. (Hrsg.). *Bürgerbeteiligung im Gesundheitswesen - Eine länderübergreifende Herausforderung. Ideen, Ansätze und Internationale Erfahrungen*. Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, S. 34 - 39.

- Badura, B. (2002). Qualitätsorientierte Ressourcenallokation: Eine Herausforderung für das Gesundheitswesen. In: Flick, U. (Hrsg.). *Innovation durch New Public Health*. Göttingen, Bern, Toronto, Seattle: Hogrefe – Verlag, S. 256 – 262.
- Badura, B. & Feuerstein, G. (1994). *Systemgestaltung im Gesundheitswesen. Zur Versorgung der hochtechnisierten Medizin und den Möglichkeiten ihrer Bewältigung*. Weinheim, München: Juventa – Verlag.
- Badura, B. & Feuerstein, G. & Schott, T. (1993) (Hrsg.). *System Krankenhaus. Arbeit, Technik und Patientenorientierung*. Weinheim, München: Juventa Verlag.
- Badura, B. & Hart, D. & Schellschmidt, H. (1999) (Hrsg.). *Bürgerorientierung des Gesundheitswesens. Selbstbestimmung, Schutz, Beteiligung*. Baden – Baden: Nomos Verlagsgesellschaft.
- Badura, B. & Schellschmidt, H. (2000) (Hrsg.). *Bürgerbeteiligung im Gesundheitswesen - Eine länderübergreifende Herausforderung. Ideen, Ansätze und Internationale Erfahrungen*. Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung.
- Bäumel, J. (2008). *Psychosen aus dem schizophrenen Formenkreis. Ratgeber für Patienten und Angehörige. Leitfaden für professionelle Helfer. Einführung für interessierte Laien*. Heidelberg: Springer Medizin Verlag.
- Bäumel, J. & Baumgärtner, J. & Froböse, T. & Gsottschneider, A. & Keller, Z. & Lüscher, S. & Scherr, M. & Pitschel – Walz, G. & Jahn, T. (2012). Partizipationsverhalten schizophrener erkrankter Patienten in Psychoedukationsgruppen. Erste Ergebnisse mit dem Teilnahmequalitätsbogen. *Psychotherapeut*, 57, 301 – 312.
- Bäumel, J. & Pitschel – Walz, G. (2008) (Hrsg.). *Psychoedukation bei schizophrenen Erkrankungen. Konsensuspapier der Arbeitsgruppe „Psychoedukation bei schizophrenen Erkrankungen“*. Stuttgart: Schattauer.
- Bäumel, J. & Pitschel – Walz, G. (2012). Psychoedukation, quo vadis? Was will, kann und muss dieses Verfahren leisten? *Psychotherapeut*, 57, S. 289 – 290.
- Bäumel, J. & Pitschel - Walz, G. & Berger, H. & Gunia, H. & Heinz, A. & Juckel, G. (2010). *Arbeitsbuch PsychoEduktion bei Schizophrenie (APES). Mit Manual für die Gruppenleitung*. Stuttgart: Schattauer Verlag.
- Bahlo, E. & Bausch, J. & Bresch, W. & Brosig, A. & Dabrock, P. & Deckert, C. Dierks, C. & Henke, K. D. & Möller, H. J. & Naber, D. & Peukert, R. (2001). *Berliner Empfehlungen*. In: Dierks, C. (Hrsg.). *Innovationen in der Therapie der Schizophrenie. Mit den „Berliner Empfehlungen“ zu innovativen Therapieverfahren*. Stuttgart, New York: Schattauer GmbH, S. 77 – 79.
- Balint, M. (2001). *Der Arzt, sein Patient und die Krankheit*. Stuttgart: Klett – Cotta.
- Barnas, C. & Hummer, M. & Fleischhacker, W. W. (1998). Compliance – Probleme bei der Behandlung schizophrener Patienten. *Wiener Medizinische Wochenschrift*, 148, S. 281 – 283.

- Barrett, R. (1996). *The Psychiatric Team and the Social Definition of Schizophrenia. An Anthropological Study of Person and Illness*. Cambridge: University Press.
- Bauer, A. & Vollmann, J. (2002). Einwilligungsfähigkeit bei psychisch Kranken. Eine Übersicht empirischer Untersuchungen. *Der Nervenarzt* (73), S. 1031 – 1038.
- Baumann – Hölzle, R. (1999). *Autonomie und Freiheit in der Medizin – Ethik. Immanuel Kant und Karl Barth*. Freiburg, München: Verlag Karl Alber.
- Baumgart, J. (2010). Ärzte und informierte Patienten. Ambivalentes Verhältnis. *Deutsches Ärzteblatt*, 107 (51–52), S. 2554 – 2556.
- Beauchamp, T. L. (2009). The Concept of Paternalism in Biomedical Ethics. *Jahrbuch für Wissenschaft und Ethik*, 14, S. 77 – 92.
- Beauchamp, T. L. & Childress, J. F. (1994). *Principles of Biomedical Ethics*. Fourth Edition. New York, Oxford: Oxford University Press.
- Beck, S. & Niewöhner, J. & Sørensen, E. (2012). *Science and Technology Studies. Eine sozialanthropologische Einführung*. Bielefeld: transcript Verlag.
- Becker, H. S. & Geer, B. (1984). Teilnehmende Beobachtung: Die Analyse qualitativer Forschungsergebnisse. In: Hopf, C. & Weingarten, E. (Hrsg.). *Qualitative Sozialforschung*. Stuttgart: Klett – Cotta, S. 139 – 166.
- Beitler, H. (1997). Die Auswirkungen der Betroffenenbewegungen auf das professionelle Selbstverständnis unter ethischen Aspekten – Teil 1. In: Krisor, M. & Pfannkuch, H. (Hrsg.). *Was du nicht willst, das man dir tut ... Gemeindepsychiatrie unter ethischen Aspekten. Reader zu den Herner Gemeindepsychiatrischen Gesprächen*. Regensburg: Roderer Verlag, S. 209 – 212.
- Bensing, J. (2000). Bridging the gap. The separate worlds of evidence - based medicine and Patient - centered medicine. *Patient Education and Counseling*, 39, p. 17 – 25.
- Berg, R. A. & Adams, J. M. (1979). Kontaktaufnahme zu devianten Gruppen. In: Gerdes, K. (Hrsg.). *Explorative Sozialforschung. Einführende Beiträge aus „Natural Sociology“ und Feldforschung in den USA*. Stuttgart: Ferdinand Enke Verlag, S. 94 – 109.
- Berg, J. W. & Appelbaum, P. S. & Lidz, C. W. & Parker, L. S. (2001). *Informed Consent. Legal Theory and Clinical Practice*. Oxford, New York: Oxford University Press.
- Bergelt, C. & Härter, M. (2010). Partizipative Entscheidungsfindung. Shared Decision Making: der Patient als Partner. *best practice onkologie*, 5, S. 49 – 55.
- Berger, H. (2013). Task Force on Health Promoting Psychiatric Services. Progress Report. Abrufbar unter:
<http://www.hphnet.org/attachments/article/299/Progress%20Report%20Task%20Force%20on%20Health%20Promoting%20Psychiatric%20Services.doc>, letzter Zugriff am 16.03.2015.
- Berlin.de http://www.berlin.de/lb/psychiatrie/_assets/landespsychiatriebeirat/empfehlungen_zum_krankenhausplan_2016.pdf, letzter Zugriff 16.03.2015.

- Berliner Vorschrifteninformationssystem.
<http://gesetze.berlin.de/default.aspx?vpath=bibdata%2Fges%2FBlnPsychKG%2Fcont%2FBlnPsychKG.P8.htm>, letzter Zugriff am 16.03.2015.
- Bernardi, O. & Gerber, H. G. & Krisor, M. & Philipzen, H. & Schmitt, R. R. & Schulte, T. & Waldmann, K. D. & Werner, W. & Werry, W. D. (2000). *Psychiatrie mit offenen Türen. Offene stationäre Psychiatrie in der Pflichtversorgung*. Stuttgart, New York: Georg Thieme Verlag.
- Bispinck, R. & Bosch, G. & Hofemann, K. & Naegele, G. (2012) (Hrsg.). *Sozialpolitik und Sozialstaat*. Festschrift für Gerhard Bäcker. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, Springer Fachmedien.
- Bister, M. (2010). *Soziale Praktiken des Einwilligens: Informed Consent - Verfahren und biomedizinische Forschung im Krankenhauskontext*. Dissertation an der Universität Wien. Abrufbar unter: https://sts.univie.ac.at/fileadmin/user_upload/dep_sciencestudies/pdf_files/publikationen/thesis/Bister_Diss_2010.pdf, letzter Zugriff am 16.03.2015.
- Blumer, H. (1973). Der methodologische Standort des symbolischen Interaktionismus. In: Arbeitsgruppe Bielefelder Soziologen (Hrsg.). *Alltagswissen, Interaktion und gesellschaftliche Wirklichkeit 1. Symbolischer Interaktionismus und Ethnomethodologie*. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt Taschenbuch Verlag GmbH, S. 80 – 146.
- Blumer, H. (1986). *Symbolic Interactionism. Perspective and Method*. Berkeley, Los Angeles, London: University of California Press.
- BMI (1999). *Moderner Staat – Moderne Verwaltung. Das Programm der Bundesregierung*. http://www.bmi.bund.de/SharedDocs/Downloads/DE/Broschueren/nichtinListe/1999/Moderner_Staat_-_Moderne_Id_1447_de.pdf;jsessionid=A46A71126D7C990CF93964C21728C314_2_cid364?__blob=publicationFile, letzter Zugriff am 16.03.2015.
- Bock, T. (2002). *Das Psychose – Seminar – Beiträge zum Dialog. Ohne Absicht therapeutisch*. In: Chirazi – Stark, F. M. S. & Bremer, F. & Esterer, I. (Hrsg.). *Wege aus dem Wahnsinn. Therapien, Begleitung, Selbsthilfe bei psychotischen Erkrankungen*. Bonn: Psychiatrie - Verlag, S. 227 – 236.
- Bock, T. (2003). *Eigensinn - Aufbruch in der Psychiatrie. Was wir von unbehandelten und unkooperativen Patienten lernen können?* Abrufbar unter: <http://trialog-forum-peine.de/wp-content/uploads/2011/05/Eigensinn-Aufbruch-in-der-Psychiatrie.pdf>, letzter Zugriff am 16.03.2015.
- Bock, T. (2005). *Aus dem Trialog lernen – Konsequenzen für den psychiatrischen Alltag*. In: Abderhalden, C. & Needham, I. (Hrsg.). *Psychiatrische Pflege – Verschiedene Settings, Partner, Populationen. Vorträge und Poster vom 2. Dreiländerkongress in Bern*. Unterstendorf: IBICURA, S. 154 – 166.
- Bock, T. (2010). *Integrierte Versorgung ist mehr: Neues Handeln – anderes Bewusstsein*. In: Faulbaum – Decke, W. & Zechert, C. (Hrsg.). *Ambulant statt stationär. Psychiatrische Behandlung durch Integrierte Versorgung*. Bonn: Psychiatrie – Verlag GmbH, S. 58 – 69.

- Bock, T. (2013). Psychiatrie im Widerstreit der Interessen – Risiken und Chancen für die Zukunft. *Forum Gemeindepsychologie*, 18 (1).
- Bock, T. & Dörner, K. & Naber, D. (2004a) (Hrsg.). *Anstöße. Zu einer anthropologischen Psychiatrie*. Bonn: Psychiatrie - Verlag gGmbH.
- Bock, T. & Dörner, K. & Naber, D. (2004b). Einleitung: Auf dem Weg zur Philosophie der psychiatrischen Erkrankungen. In: Bock, T. & Dörner, K. & Naber, D. (Hrsg.). *Anstöße. Zu einer anthropologischen Psychiatrie*. Bonn: Psychiatrie - Verlag gGmbH, S. 9 – 16.
- Bock, T. & Nika, E. (2000). Zum Verhältnis von Psychotherapie und Sozialpsychiatrie aus der Perspektive des Dialogs im Psychoseseminar. *Psychotherapie Forum*, Band 8, Heft 3, S. 117 – 122.
- Bock, T. & Mahlke, C. & Schulz, G. & Sielaff, G. (2013). Eigensinn und Psychose, Peer - Beratung und Psychotherapie. *Psychotherapeut*, 58, S. 364 – 370.
- Bock, T. & Sielaff, G. & Ruppelt, F. & Nordmeyer, S. & Klapheck, K. (2012). Dialog und Psychosenpsychotherapie. *Psychotherapeut*, 57, S. 514 – 521.
- Böhm, A. & Legewie, H. & Muhr, T. (1992). Textinterpretation und Theoriebildung in den Sozialwissenschaften - Lehr- und Arbeitsmaterialien zur Grounded Theory (Forschungsbericht Nr. 92-3). Berlin: Technische Universität, Interdisziplinäres Forschungsprojekt ATLAS.
- Böhm, A. & Mengel, A. & Muhr, T. (1994) (Hrsg.). *Texte verstehen – Konzepte, Methoden, Werkzeuge*. Konstanz: Universitätsverlag.
- Böhm, A. (2000). Theoretisches Codieren: Textanalyse in der Grounded Theory. In: Flick, U. & von Kardorff, E. & Steinke, I. (Hrsg.). *Qualitative Forschung. Ein Handbuch*. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt Taschenbuch Verlag, S. 475 - 485.
- Bonelli, R. M. & Thau, K. (2001). Noncompliance: ein Überblick. *Deutsche Medizinische Wochenschrift*, 126, S. 699 – 703.
- Bonß, W. & von Kardorff, E. & Riedmüller, B. (1985). *Modernisierung statt Reform. Gemeindepsychiatrie in der Krise des Sozialstaats*. Frankfurt, New York: Campus Verlag.
- Borchers, U. & Evans, M. (2011). Das „nutzerorientierte“ Krankenhaus – Chance und Herausforderung für die Gesundheitswirtschaft. *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen*, 105, S. 616 – 623.
- Borgetto, B. (2006). Zum Wandel der generellen gesellschaftlichen Erwartungen an Arzt und Patient. In: Rehberg, K. S. (Hrsg.). *Soziale Ungleichheit, kulturelle Unterschiede. Verhandlungen des 32. Kongresses der Deutschen Gesellschaft für Soziologie in München. Teilband 1 und 2*. Frankfurt am Main: Campus Verlag, S. 1965 – 1975.
- Bos, W. & Tarnai, C. (1996) (Hrsg.). *Computerunterstützte Inhaltsanalyse in den Empirischen Sozialwissenschaften. Theorie – Anwendung – Software*. Münster, New York: Waxmann Verlag GmbH.

- Bosworth, H. B. & Oddone, E. Z. & Weinberger, M. (2006) (Ed.). Patient Treatment Adherence. Concepts, Interventions, and Measurement. Mahwah, New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates, Inc..
- Bosworth, H. B. & Weinberger, M. & Oddone, E. Z. (2006). Introduction. In: Bosworth, H. B. & Oddone, E. Z. & Weinberger, M. (Ed.). Patient Treatment Adherence. Concepts, Interventions, and Measurement. Mahwah, New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates, Inc., p. 3 – 11.
- Bourdieu, P. (1976). Entwurf einer Theorie der Praxis auf der ethnologischen Grundlage der kabyliischen Gesellschaft. Frankfurt am Main: Suhrkamp Verlag.
- Bourdieu, P. (1987). Sozialer Sinn. Kritik der theoretischen Vernunft. Frankfurt am Main: Suhrkamp Verlag.
- Bourdieu, P. (1995). Sozialer Raum und "Klassen". Zwei Vorlesungen. Frankfurt am Main: Suhrkamp Taschenbuch Verlag.
- Bourdieu, P. (1997a). Der Tote packt den Lebenden. Schriften zu Politik & Kultur 2. Hamburg: VSA – Verlag.
- Bourdieu, P. (1997b). Die feinen Unterschiede. Kritik der gesellschaftlichen Urteilskraft. Frankfurt am Main: Suhrkamp – Taschenbuch Wissenschaft.
- Brennecke, P. (2010). Ärztliche Geschäftsführung ohne Auftrag. Berlin, Heidelberg: Springer - Verlag.
- Breuer, F. (1996) (Hrsg.). Qualitative Psychologie. Grundlagen, Methoden und Anwendungen eines Forschungsstils. Opladen: Westdeutscher Verlag.
- Brieger, P. & Kilian, R. (2013). Integrierte Versorgung in der Psychiatrie – neue Hoffnung oder Ausverkauf? Nervenheilkunde, (5), S. 249 + 250.
- Brieger, P. & Kling – Lourenço, P. & Steinert, T. & Längle, G. & Lemke, U. & Herpertz, S. C. & Croissant, D. Becker, T. & R. Kilian, R. (2014). Psychiatrische Unterbringungspraxis. Ein Vergleich von fünf Kliniken in drei Bundesländern. Der Nervenarzt, 85, S. 606 – 613.
- Brill, K. E. (2004) (Hrsg.). Betrifft: Betreuung – Band 7. Betreuungsrecht in Bedrängnis. Recklinghausen: Vormundschaftsgerichtstag e.V. – Eigenverlag.
- Brückner, B. (2010). Basiswissen: Geschichte der Psychiatrie. Bonn: Psychiatrie Verlag GmbH.
- Buber, R. & Holzmüller, H. H. (2009) (Hrsg.). Qualitative Marktforschung. Konzepte – Methoden – Analysen. Wiesbaden: GWV Fachverlage GmbH.
- Buchanan, D. R. (2008). Autonomy, Paternalism, and Justice. Ethical Priorities in Public Health. American Journal of Public Health, 98 (1), p. 15 – 21.
- Buchholz, A. & Seebauer, L. & Simon, D. (2011). Partizipative Entscheidungsfindung – Wunsch und Realität. In: Hoefert, H. W. & Klotter, C. (Hrsg.). Wandel der Patientenrolle.

Neue Interaktionsformen im Gesundheitswesen. Göttingen: Hogrefe Verlag GmbH und Co. KG, S. 135 – 146.

Buck, D. & Barteld - Paczkowski, D. (2002). Selbsthilfe Psychiatrie – Erfahrener. Vom Club 70 bis zum Bundesverband. In: Chirazi – Stark, F. M. S. & Bremer, F. & Esterer, I. (Hrsg.). Wege aus dem Wahnsinn. Therapien, Begleitung, Selbsthilfe bei psychotischen Erkrankungen. Bonn: Psychiatrie – Verlag, S. 218 - 226.

Bürsch, M. (2001). Bürgergesellschaft und aktivierender Staat: Auf dem Weg zu einer neuen Gewaltenteilung. <http://www.querdenkerforum.de/forum/archive/index.php?thread-1330.html>, letzter Zugriff am 16.03.2015.

Büssing, A. & Glaser, J. (2002). Pflege und Public Health: Arbeits- und organisationspsychologische Aspekte. In: Flick, U. (Hrsg.). Innovation durch New Public Health. Göttingen, Bern, Toronto, Seattle: Hogrefe - Verlag, S. 76 – 98.

Buschmeyer, A. (2013). Zwischen Vorbild und Verdacht. Wie Männer im Erzieherberuf Männlichkeit konstruieren. Wiesbaden: Springer VS.

Caspari, C. (2007). Perspektiven des Konstrukts Shared Decision Making – Möglichkeiten und Grenzen der Umsetzung einer gemeinsamen Entscheidungsfindung bei Brustkrebs im Spannungsfeld zwischen Vermittlung von Unsicherheit und Wunsch nach Sicherheit. Dissertation an der FU Berlin. http://www.diss.fu-berlin.de/diss/receive/FUDISS_thesis_000000002892, letzter Zugriff am 16.03.2015.

Chamberlin, J. (2007). Empowerment – eine Arbeitsdefinition von Betroffenenseite. In: Knuf, A. & Margret Osterfeld, M. & Seibert, U. (Hrsg.). Selbstbefähigung fördern - Empowerment und psychiatrische Arbeit. Bonn: Psychiatrie - Verlag GmbH, S. 20 – 27.

Charbonnier, R. & Dörner, K. & Simon, S. (2008) (Hrsg.). Medizinische Indikation und Patientenwille. Behandlungsentscheidungen in der Intensivmedizin und am Lebensende. Stuttgart: Schattauer GmbH.

Charles, C. & Gafni, A. & Whelan, T. (1997). Shared decision – making in the medical encounter: what does it mean? (Or it takes at least two to tango). *Social Science and Medicine* 44 (5), p. 681 – 692.

Charles, C. & Gafni, A. & Whelan, T. (1999). Decision – making in the physician – patient encounter: revisiting the shared treatment decision – making model. *Social Science and Medicine*, 49, p. 651 – 661.

Charles, C. A. & Whelan, T. & Gafni, A. & Willan, A. & Farrell, S. (2003). Shared Treatment Decision Making: What Does It Mean to Physicians? *Journal of Clinical Oncology*, 21 (5), p. 932 - 936.

Chirazi – Stark, F. M. S. & Bremer, F. & Esterer, I. (2002) (Hrsg.). Wege aus dem Wahnsinn. Therapien, Begleitung, Selbsthilfe bei psychotischen Erkrankungen. Bonn: Psychiatrie – Verlag.

Ciampi, L. & Kupper, Z. & Aebi, E. & Dauwalder, H.-P. & Hubschmid, T. & Trütsch, K. & Rutishauer, C. (1993). Das Pilotprojekt "Soteria Bern" zur Behandlung akut Schizophrener.

II. Ergebnisse der vergleichenden prospektiven Verlaufsstudie über zwei Jahre. *Nervenarzt* 64, S. 440 - 450.

Clarke, A. E. (2012). *Situationsanalyse. Grounded Theory nach dem Postmodern Turn*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften / Springer Fachmedien.

cochrane.de, <http://www.cochrane.de/de/ebm>, letzter Zugriff am 16.03.2015.

Coulter, A. (2002). Whatever happened to shared decision – making? *Health Expectations*, 5, p. 185 – 186.

Corbin, J. M. & Strauss, A. L. (1993). *Weiterleben lernen. Chronisch Kranke in der Familie*. München: Piper.

Corbin, J. M. & Strauss, A. L. (2008). *Basics of Qualitative Research*. California: Sage Publications.

Corrigan, P. W. (2002). Empowerment and serious mental illness: treatment partnerships and community opportunities. *Psychiatric Quarterly*, 73, p. 217 – 228.

Corrigan, P. W. & Faber, D. & Rashid, F. & Leary, M. (1999). The construct validity of empowerment among consumers of mental health services. *Schizophrenia Research*, 38, p. 77 – 84.

Dahme, H. J. & Wohlfarth, N. (2001). Zur Theorie eines aktivierenden Sozialstaats (I). *Aktivierender Staat: Neues Leitbild für die Sozial- und Gesellschaftspolitik? Theorie und Praxis der sozialen Arbeit* 1/2001, S. 10 – 14.

Damm, R. (2002). Imperfekte Autonomie und Neopaternalismus. *Medizinrechtliche Probleme der Selbstbestimmung in der modernen Medizin*. *Medizinrecht*, 8, S. 375 – 387.

Damm, R. (2006). *Beratungsrecht und Beratungshandeln in der Medizin - Rechtsentwicklung, Norm- und Standardbildung*. *Medizinrecht*, 1, S. 1 – 20.

Damm, R. (2010). *Medizinrechtliche Grundprinzipien im Kontext von Pflege und Demenz – „Selbstbestimmung und Fürsorge“*. *Medizinrecht*, 28, S. 451 – 463.

Dancet, E. A. F. & Van Empel, I. W. H. & Rober, P. & Nelen, W. L. D. M., Kremer, J. A. M. D’Hooghe, T. M. (2011). Patient - centred infertility care: a qualitative study to listen to the patient’s voice. *Human Reproduction*, 26, 4, p. 827 – 833.

de.wikipedia.org, <http://de.wikipedia.org/wiki/Psychisch-Kranken-Gesetz>, letzter Zugriff am 16.03.2015.

dejure.org, <http://dejure.org/gesetze/BGB/1906.html>, letzter Zugriff am 16.03.2015.

Denzin, N. K. (1992). *Symbolic interactionism and cultural studies. The politics of interpretation*. Oxford & Cambridge: Blackwell.

Denzin, N. K. & Lincoln, Y. S. (1994) (Editors). *Handbook of Qualitative Research*. Thousand Oaks, London, New Delhi: Sage Publications.

- Denzin, N. K. & Lincoln, Y. S. (1998) (Editors). *Strategies of Qualitative Inquiry*. Thousand Oaks, London, New Delhi: Sage Publications.
- Deutsch, E. & Spickhoff, A. (2014). *Medizinrecht. Arztrecht, Arzneimittelrecht, Medizinproduktrecht und Transfusionsrecht*. Berlin, Heidelberg: Springer-Verlag.
- Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e.V. (2014). Achtung der Selbstbestimmung und Anwendung von Zwang bei der Behandlung psychisch erkrankter Menschen. Eine ethische Stellungnahme der DGPPN. *Nervenarzt*, 85, S. 1419 – 1431.
- Dewe, B. & Ferchhoff, W. (1995). Zum Interaktionsprozeß zwischen „Experten“ und „Klienten“ im Rahmen sozialer Dienstleistungen. In: Flick, U. & von Kardorff, E. & Keupp, H. & von Rosenstiel, L. & Wolff, S. (Hrsg.). *Handbuch Qualitative Sozialforschung. Grundlagen, Konzepte, Methoden und Anwendungen*. Weinheim: Beltz, Psychologie Verlags Union, S. 330 – 333.
- Dierks, M. L. & Schwartz, F. W. (2001). Rollenveränderungen durch New Public Health. Vom Patienten zum Konsumenten und Bewerter von Gesundheitsdienstleistungen. *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz*, 44, S. 796–803.
- Dierks, M. L. & Schwartz, F. W. (2002). Public Health und die Diskussion um neue Rollen des Patienten im Gesundheitswesen. In: Flick, U. (Hrsg.). *Innovation durch New Public Health*. Göttingen, Bern, Toronto, Seattle: Hogrefe – Verlag, S. 137 – 153.
- Dietz, A. & Hildebrandt, B. & Pleininger – Hoffmann, M. & Pörksen, N. & Voelzke, W. (2002). Behandlungsvereinbarung in der Akutpsychiatrie. *Recht & Psychiatrie*, 20, S. 27 – 32.
- Dilling, H. & Mombour, W. & Schmidt, M. H. (1993) (Hrsg.). *Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD - 10. Kapitel V (F). Klinisch - diagnostische Leitlinien*. Weltgesundheitsorganisation. Bern, Göttingen, Toronto, Seattle: Verlag Hans Huber.
- Dirmaier, J. & Härter, M. (2011). Stärkung der Selbstbeteiligung in der Rehabilitation. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz*, 54, S. 411 – 419.
- Dörner, K. (1998) (Hrsg.). *Ende der Veranstaltung. Anfänge der Chronisch – Kranken – Psychiatrie*. Gütersloh: Verlag Jakob van Hoddis.
- Dörner, K. (2001). *Der gute Arzt. Lehrbuch der ärztlichen Grundhaltung*. Stuttgart, New York: Schattauer GmbH.
- Dörner, K. (2008). „Der gute Arzt“ im Spannungsfeld zwischen Patientenwille und medizinischer Indikation. In: Charbonnier, R. & Dörner, K. & Simon, S. (Hrsg.). *Medizinische Indikation und Patientenwille. Behandlungsentscheidungen in der Intensivmedizin und am Lebensende*. Stuttgart: Schattauer GmbH, S. 1 – 14.
- Dörner, K. & Fliegel, S. (2006). Zum Verhältnis von (Sozial-)Psychiatrie und Psychotherapie: Rückblicke und Visionen. *Psychotherapie im Dialog*, 7 (4), S. 441 – 445.

- Dörner, K. & Köchert, R. & von Laer, G. & Scherer, K. (1979). *Gemeindepsychiatrie. Gemeindegesundheit zwischen Psychiatrie und Umweltschutz*. Stuttgart, Berlin, Köln, Mainz: Verlag W. Kohlhammer.
- Dörner, K. & Plog, U. (1996). *Irren ist menschlich. Lehrbuch der Psychiatrie, Psychotherapie*. Bonn: Psychiatrie - Verlag.
- Donovan, J. L. (1995). Patient decision making. The missing ingredient in compliance research. *International Journal of Technology Assessment in Health Care*, 11, p. 443 – 455.
- Duden.de, <http://www.duden.de/rechtschreibung/brav>, letzter Zugriff am 16.03.2015.
- Duden.de, <http://www.duden.de/rechtschreibung/Gosse>, letzter Zugriff am 16.03.2015.
- Duden.de, <http://www.duden.de/rechtschreibung/Rinnstein>, letzter Zugriff am 16.03.2015.
- Edwards, A. & Elwyn, G. (2009) (Ed.). *Shared Decision Making in Health Care: Achieving evidence – based patient choice*. Oxford: Oxford University Press, p. 3 – 10.
- Elwyn, G. & Edwards, A. & Wensing, M. & Hibbs, R. & Wilkinson, C. & Grol, R. (2001). Shared decision making observed in clinical practice: visual displays of communication sequence and patterns. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 7 (2), p. 211 – 221.
- Elwyn, G. & Edwards, A. & Wensing, M. & Hood, K. & Atwell, C. & Grol, R. (2003). Shared decision making: developing the OPTION scale for measuring patient involvement. *Quality & Safety in Health Care*, 12, p. 93 – 99.
- Elwyn, G. & Frosch, D. & Thomson, R. & Joseph - Williams, N. & Lloyd, A. & Kinnersley, P. & Cording, E. & Tomson, D. & Dodd, C. & Rollnick, S. & Edwards, A. & Barry, M. (2012). Shared Decision Making: A Model for Clinical Practice. *Journal of General Internal Medicine*, 27 (10), p. 1361 – 1367.
- Engert, K. (1999). Aufklärung und Einwilligung. Erfahrungen aus der ärztlichen Praxis. In: Feuerstein, G. & Kuhlmann, E. (Hrsg.). *Neopaternalistische Medizin. Der Mythos der Selbstbestimmung im Arzt – Patient – Verhältnis*. Bern, Göttingen, Toronto, Seattle: Verlag Hans Huber, S. 27 – 35.
- Epstein, R. M. & Street, R. L. (2011). The Values and Value of Patient - Centered Care. *Annals of family medicine*, 9, p. 100-103.
- Erbguth, F. (2012). Zwischen Selbstbestimmung und Fürsorge. Schwierige intensivmedizinische Entscheidungen am Lebensende. *Anästhesist*, 61, S. 521 – 528.
- Erdwien, B. (2005). *Kommunikationsstrukturen in der Arzt –Patient und Pflege – Patient – Beziehung im Krankenhaus. Empirische Untersuchungen zur Patientenzufriedenheit der subjektiven Erlebnisperspektive von Patienten, Ärzten und Pflegepersonal*. Berlin: dissertation.de – Verlag im Internat GmbH.
- Estroff, S. E. (1985). *Making it crazy. An ethnography of psychiatric clients in an American community*. Berkeley, Los Angeles, London: University of California Press.

- Evers, A. (2000). Aktivierender Staat. Eine Agenda und ihre möglichen Bedeutungen. In: Mezger, E. & West, K. W. (Hrsg.). *Aktivierender Sozialstaat und politisches Handeln*. Marburg: Schüren – Verlag, S. 13 – 29.
- Falkum, E. & Førde, R. (2001). Paternalism, patient autonomy, and moral deliberation in the physician – patient relationship. Attitudes among Norwegian physicians. *Social Science and Medicine*, 52, p. 239 – 248.
- Faulbaum – Decke, W. (2013). *Gemeindepsychiatrie gestaltet Zukunft. Integrierte Gesundheitsversorgung als neuer Ansatz in der Versorgungslandschaft*. *Nervenheilkunde*, (5), S. 257 – 263.
- Faulbaum – Decke, W. & Zechert, C. (2010) (Hrsg.). *Ambulant statt stationär. Psychiatrische Behandlung durch Integrierte Versorgung*. Bonn: Psychiatrie – Verlag GmbH.
- Felfe, J. (2008). *Mitarbeiterbindung*. Göttingen: Hogrefe – Verlag.
- Fengler, C. & Fengler, T. (1980). *Alltag in der Anstalt. Wenn Sozialpsychiatrie praktisch wird. Eine ethnomethodologische Untersuchung*. Rehburg – Loccum: Psychiatrie – Verlag.
- Fenton, W. S. & Blyler, C. R. & Heinsen, R. K. (1997). Determinants of Medication Compliance in Schizophrenia: Empirical and Clinical Findings. *Schizophrenia Bulletin*, 23, p. 637 – 651.
- Festinger, L. (1962). *A Theory of Cognitive Dissonance*. Stanford, California: Stanford University Press.
- Feuerstein, G. (1999). Inseln des Überflusses im Meer der Knappheit. Angebotsexpansion und Nachfragesteuerung im Kontext gentechnischer Leistungen. In: Feuerstein, G. & Kuhlmann, E. (Hrsg.). *Neopaternalistische Medizin. Der Mythos der Selbstbestimmung im Arzt – Patient – Verhältnis*. Bern, Göttingen, Toronto, Seattle: Verlag Hans Huber, S. 95 – 113.
- Feuerstein, G. & Badura, B. (1991). *Patientenorientierung durch Gesundheitsförderung im Krankenhaus. Zur Technisierung, Organisationsentwicklung, Arbeitsbelastung und Humanität im modernen Medizinbetrieb*. Düsseldorf: Verlag der Hans Böckler Stiftung.
- Feuerstein, G. & Kuhlmann, E. (1999a) (Hrsg.). *Neopaternalistische Medizin. Der Mythos der Selbstbestimmung im Arzt – Patient – Verhältnis*. Bern, Göttingen, Toronto, Seattle: Verlag Hans Huber.
- Feuerstein, G. & Kuhlmann, E. (1999b). Neopaternalismus und Patientenautonomie. Das Verschwinden der ärztlichen Verantwortung? In: Feuerstein, G. & Kuhlmann, E. (Hrsg.). *Neopaternalistische Medizin. Der Mythos der Selbstbestimmung im Arzt – Patient – Verhältnis*. Bern, Göttingen, Toronto, Seattle: Verlag Hans Huber, S. 9 – 15.
- Finzen, A. (1987). Von der Psychiatrie – Enquête zur postmodernen Psychiatrie. *Psychiatrische Praxis*, 14, S. 35 – 40.
- Finzen, A. (1990). Psychiatrie zwischen Hilfe und Gewalt. *Sozialpsychiatrische Informationen*, ?, S. 29 – 33.

- Finzen, A. (1995a). Schizophrenie. Die Krankheit verstehen. Bonn: Psychiatrie - Verlag.
- Finzen, A. (1995b). Medikamentenbehandlung bei psychischen Störungen. Leitlinien für den psychiatrischen Alltag. Bonn: Psychiatrie - Verlag.
- Finzen, A. & Haug, H. – J. & Beck, A. & Lüthy, D. (1993). Hilfe wider Willen. Zwangsmedikation im psychiatrischen Alltag. Bonn: Psychiatrie – Verlag.
- Fleischhacker, W. W. & Allen, C. & Erfurth, A. & Hofer, A. & Lehofer, M. & Marksteiner, J. & Musalek, M. & Psota, G. & Rothenhäusler, H. B. & Schöny, W. & Stuppäck, C. & Wancata, J. (2011). Therapieadhärenz bei Schizophrenie – Patienten. Psychiatrie und Psychotherapie, 7 (3), S. 98 – 109.
- Fleischhacker, W. W. & Hummer, M. (2006). Pharmakotherapie der Schizophrenie. Der Nervenarzt (Suppl 2), 77, S. S77 –S98.
- Flick, U. (1989). Vertrauen, Verwalten, Einweisen. Subjektive Vertrauentheorien in sozialpsychiatrischer Beratung. Wiesbaden: Deutscher Universitäts – Verlag GmbH.
- Flick, U. (1995). Qualitative Forschung. Theorie, Methoden, Anwendung, in Psychologie und Sozialwissenschaften. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt Taschenbuch Verlag GmbH.
- Flick, U. (2002a) (Hrsg.). Innovation durch New Public Health. Göttingen, Bern, Toronto, Seattle: Hogrefe – Verlag.
- Flick, U. (2002b). Innovation durch New Public Health: Einleitung und Überblick. In: Flick, U. (Hrsg.). Innovation durch New Public Health. Göttingen, Bern, Toronto, Seattle: Hogrefe – Verlag, S. 3 – 19.
- Flick, U. (2007). Qualitative Sozialforschung. Eine Einführung. Reinbek bei Hamburg: rowohlts enzyklopädie.
- Flick, U. (2011). Triangulation. Eine Einführung. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften / Springer Fachmedien GmbH.
- Flick, U. & von Kardorff, E. & Keupp, H. & von Rosenstiel, L. & Wolff, S. (1995) (Hrsg.). Handbuch Qualitative Sozialforschung. Grundlagen, Konzepte, Methoden und Anwendungen. Weinheim: Beltz, Psychologie Verlags Union.
- Flick, U. & von Kardorff, E. & Steinke, I. (2000) (Hrsg.). Qualitative Forschung. Ein Handbuch. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt Taschenbuch Verlag.
- Forster, R. & Kranich, C. (2007). Patienten- und Bürgerbeteiligung im Gesundheitssystem – jüngste politische Initiativen in England und Deutschland im Vergleich. Das Gesundheitswesen, 69, S. 98 – 104.
- Forster, R. & Pelikan, J. M. (1990a) (Hrsg.). Psychiatriereform und Sozialwissenschaften. Erfahrungsberichte aus Österreich. Wien: Facultas – Universitätsverlag GmbH.
- Forster, R. & Pelikan, J. M. (1990b). Psychiatriereform und Sozialwissenschaften. Einleitende Überlegungen. In: Forster, R. & Pelikan, J. M. (Hrsg.). Psychiatriereform und

Sozialwissenschaften. Erfahrungsberichte aus Österreich. Wien: Facultas – Universitätsverlag GmbH, S. 1 – 18.

Forster, R. & Rojatz, D. & Schmied, H. & Pelikan, J. M. (2013). Selbsthilfegruppen und Gesundheitsförderung im Krankenhaus – eine entwicklungsfähige Allianz für Gesundheit. Prävention und Gesundheitsförderung (8), S. 9 – 14.

Friese, S. (2012). Qualitative Data Analysis with ATLAS.ti. London: Sage Publications Ltd.

Fuchs – Heinritz, W. & König, A. (2011). Pierre Bourdieu. Eine Einführung. Konstanz und München: UVK Verlagsgesellschaft mbH.

Garlipp, P. (2008). Evaluation allgemeinspsychiatrisch – tagesklinischer Behandlung unter besonderer Berücksichtigung des Behandlungsendes. Steinkopff Verlag.

Geddes, J. & Freemantle, N. & Harrison, P. & Bebbington, P. (2000). Atypical antipsychotics in the treatment of schizophrenia: systematic overview and meta – regression analysis. British Medical Journal 321, p. 1371 – 1376.

Geisler, L. (2002). Arzt – Patient – Beziehung im Wandel. Stärkung des dialogischen Prinzips. Abrufbar unter: <http://www.linus-geisler.de/art2002/dd/0514enquete-dialogisches.pdf>, letzter Zugriff am 16.03.2015.

Geisler, L. S. (2004) Patientenautonomie – eine kritische Begriffsbestimmung. Deutsche Medizinische Wochenschrift, 129, S. 453 – 456.

Geissler, A. & Hollmann, J. (2012). Macht die Klinik Ärzte krank? Stressoren am Arbeitsplatz Klinik erkennen und Handlungsspielräume nutzen. Zeitschrift Für Herz-, Thorax- und Gefäßchirurgie, 26, S. 129 – 132.

Geislinger, R. (1998) (Hrsg.). Experten in eigener Sache. Psychiatrie, Selbsthilfe und Modelle der Teilhabe. München: Zenit – Verlag.

Gerdes, K. (1979) (Hrsg.). Explorative Sozialforschung. Einführende Beiträge aus „Natural Sociology“ und Feldforschung in den USA. Stuttgart: Ferdinand Enke Verlag.

Gibbs, G. (2007). Analysing Qualitative Data. London: Sage Publications Ltd.

Giese, C. (2002). Die Patientenautonomie zwischen Paternalismus und Wirtschaftlichkeit. Das Modell des „Informed Consent“ in der Diskussion. Münster: Lit Verlag.

Gillespie, R. & Florin, D. & Gillam, S. (2004). How is patient - centred care understood by the clinical, managerial and lay stakeholders responsible for promoting this agenda? Health Expectations, 7, p.142 – 148.

Girtler, R. (1980). Polizei – Alltag. Strategien, Ziele und Strukturen polizeilichen Handelns. Opladen: Westdeutscher Verlag.

Girtler, R. (1984). Methoden der qualitativen Sozialforschung. Anleitung zur Feldarbeit. Wien, Köln, Graz: Böhlau.

- Girtler, R. (1989). Die „teilnehmende unstrukturierte Beobachtung“ – ihr Vorteil bei der Erforschung des sozialen Handelns und des in ihm enthaltenen Sinns. In: Aster, R. & Merkens, H. & Repp, M. (Hrsg.). *Teilnehmende Beobachtung. Werkstattbericht und methodologische Reflexionen*. Frankfurt, New York: Campus Verlag, S. 103 - 113.
- Girtler, R. (2001). *Methoden der Feldforschung*. Wien, Köln, Weimar: Böhlau Verlag.
- Glaser, B. G. & Strauss, A. L. (1974). *Interaktion mit Sterbenden. Beobachtungen für Ärzte, Schwestern, Seelsorger und Angehörige*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Glaser, B. G. & Strauss, A. L. (1979). Die Entdeckung begründeter Theorie. In: Gerdes, K. (Hrsg.). *Explorative Sozialforschung. Einführende Beiträge aus „Natural Sociology“ und Feldforschung in den USA*. Stuttgart: Ferdinand Enke Verlag, S. 63 - 67.
- Glaser, B. G. & Strauss, A. L. (1984). Die Entdeckung gegenstandsbezogener Theorie: Eine Grundstrategie qualitativer Sozialforschung. In: Hopf, C. & Weingarten, E. (Hrsg.). *Qualitative Sozialforschung*. Stuttgart: Klett – Cotta, S. 91 – 111.
- Glaser, B. G. & Strauss, A. L. (1998). *Grounded Theory. Strategien qualitativer Forschung*. Bern, Göttingen, Toronto, Seattle: Verlag Hans Huber.
- Goffman, E. (1972). *Asyle. Über die soziale Situation psychiatrischer Patienten und anderer Insassen*. Frankfurt am Main: Suhrkamp Verlag.
- Good, B. J. (1994). *Medicine, rationality, and experience. An anthropological perspective*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Gordon, T. & Edwards, W. E. (1997). *Patientenkonferenz. Ärzte und Kranke als Partner*. Hamburg: Hoffmann und Campe.
- Graumann, C. F. & Métraux, A. & Schneider, G. (1995). Ansätze des Sinnverstehens. In: Flick, U. & von Kardorff, E. & Keupp, H. & von Rosenstiel, L. & Wolff, S. (Hrsg.). *Handbuch qualitative Sozialforschung. Grundlagen, Konzepte, Methoden und Anwendungen*. Weinheim: Beltz, Psychologie Verlags Union, S. 67 – 77.
- Gravel, K. & Légaré, F. & Graham, I. D. (2006). Barriers and facilitators to implementing shared decision - making in clinical practice: a systematic review of health professionals' perceptions. <http://www.implementationscience.com/content/1/1/16>, letzter Zugriff am 16.03.2015.
- Greve, N. (2009). „Wenn Goethe noch leben würde, hätte er Zyprexa genommen“. *Vom Fluch der Einsichtigkeit. Die Kerbe*, 27 (3), S. 4 – 7.
- Gross, P. & Honer, A. (1995). Soziale Dienstleitungen. In: Flick, U. & von Kardorff, E. & Keupp, H. & von Rosenstiel, L. & Wolff, S. (Hrsg.). *Handbuch Qualitative Sozialforschung. Grundlagen, Konzepte, Methoden und Anwendungen*. Weinheim: Beltz, Psychologie Verlags Union, S. 320 – 323.
- Härter, M. & Müller, H. & Dirmaier, J. & Donner - Banzhoff, N. & 3 Bieber, C. & Eich, W. (2011). Patient participation and shared decision making in Germany – history, agents and

current transfer to practice. Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen (ZEFG), 105, S. 263 – 270.

Hättenschwiler, J. & Haker, H. (2004). Compliance und Medikamentenmanagement. Von der Compliance zur Alliance. In: Rössler, W. (Hrsg.). Psychiatrische Rehabilitation. Berlin, Heidelberg, New York: Springer – Verlag, S. 412 – 423.

Hamann, J. & Loh, A. & Kasper, J. & Neuner, B. & Spies, C. & Kissling, W. & Härter, M. & Heesen, C. (2006). Partizipative Entscheidungsfindung Implikationen des Modells des „Shared Decision Making“ für Psychiatrie und Neurologie. Der Nervenarzt, 9, S. 1071 – 1078.

Hart, D. (2011a). Für ein Patientenrechtegesetz. Forum, 26, S. 26 – 31.

Hart, D. (2011b). Patientenrechte – Belastung der Arzt – Patient – Beziehung? Ein Plädoyer für gute Organisation und Gesetzesregelung. In: Hoefert, H. W. & Klotter, C. (Hrsg.). Wandel der Patientenrolle. Neue Interaktionsformen im Gesundheitswesen. Göttingen: Hogrefe Verlag, S. 117 – 134.

Heindl, B. (1998). Ärztliche Ethik heute. Bestandsaufnahme am Beispiel Würzburgs. Würzburg: Verlag Königshausen & Neumann GmbH.

Hell, D. (2001). Paternalismus und Fremdbestimmung in der Psychiatrie. Schweizer Archiv für Neurologie und Psychiatrie, 152 (1), S. 3 – 4.

Hepp, A. & Krotz, F. & Thomas, T. (Hrsg.) (2009). Schlüsselwerke der Cultural Studies. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften / GWV Fachverlage GmbH.

Hermann, A. (2004). Das Arrangement der Hoffnung. Eine qualitative Untersuchung des kommunikativen und interaktiven Umgangs mit der Knochen- und Weichgewebesarkomen inhärenten Todesdrohung während der stationären chirurgischen Behandlung. Dissertation am Fachbereich Erziehungswissenschaften und Psychologie der Freien Universität Berlin.

Herriger, N. (2006). Empowerment in der sozialen Arbeit. Eine Einführung. Stuttgart: W. Kohlhammer GmbH.

Herschbach, P. (1993). Arbeitssituation und Arbeitsbelastung bei Ärzten und Ärztinnen im Krankenhaus. In: Badura, B. & Feuerstein, G. & Schott, T. (Hrsg.). System Krankenhaus. Arbeit, Technik und Patientenorientierung. Weinheim, München: Juventa Verlag, S. 122 - 136.

Heuer, H. O. & Heuer, S. (1999). Definitionen von Compliance und Formen der Non – Compliance. In: Heuer, H. O. & Heuer, S. H. & Lennecke, K. (Hrsg.). Compliance in der Arzneitherapie. Von der Non - Compliance zu pharmazeutischer und medizinischer Kooperation. Stuttgart: Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft mbH, S. 5 – 20.

Heuer, H. O. & Heuer, S. H. & Lennecke, K. (1999) (Hrsg.). Compliance in der Arzneitherapie. Von der Non - Compliance zu pharmazeutischer und medizinischer Kooperation. Stuttgart: Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft mbH.

- Hildt, E. (2008). Autonomie in der Medizin. Selbstbestimmung, Selbstentwurf und Lebensgestaltung. Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz, 51, S. 827 – 834.
- Hoefert, H. W. & Härter, M. (2010) (Hrsg.). Patientenorientierung im Krankenhaus. Göttingen: Hogrefe Verlag GmbH & Co. KG.
- Hoefert, H. W. & Klotter, C. (2011) (Hrsg.). Wandel der Patientenrolle. Neue Interaktionsformen im Gesundheitswesen. Göttingen: Hogrefe Verlag.
- Höflacher, R. (2014). Hometreatment aus Nutzersicht. Vortrag auf der Tagung Hometreatment in der Psychiatrie in Ravensburg - Weissenau am 13.03.2014. Abrufbar unter: http://www.zfp-web.de/uploads/media/Erwartungen_Betroffener.ppt, letzter Zugriff am 16.03.2015.
- Hoff, P. & Hinterhuber, H. (2011). Geschichte der Psychiatrie – Ethik in der Psychiatrie. In: Möller, H. J. & Laux, G. & Kapfhammer, H. P. (Hrsg.). Psychiatrie, Psychosomatik, Psychotherapie. Band 1: Allgemeine Psychiatrie. Berlin, Heidelberg: Springer Verlag, S. 27 – 77.
- Hollmann, A. (1982). Die rechtlichen Grundlagen für das Arzt – Patient – Verhältnis. In: Heuser – Schreiber, H. (Hrsg.). Arzt und Patient im Gespräch. Perspektiven einer neuen Zusammenarbeit. Basel, Wiesbaden: Aesopus Verlag GmbH, S. 122 - 139.
- Hoffmann, A. (2010). Angehörige und Nutzer als bezahlte Kotherapeuten – Erste Erfahrungen. In: Faulbaum – Decke, W. & Zechert, C. (Hrsg.). Ambulant statt stationär. Psychiatrische Behandlung durch Integrierte Versorgung. Bonn: Psychiatrie – Verlag GmbH, S. 29 – 37.
- Hoffmann, S. (2012). Reformstudiengänge Humanmedizin. Abrufbar unter: <https://www.thieme.de/viamedici/vor-dem-studium-infos-zum-medizinstudium-1493/a/reformstudiengaenge-humanmedizin-3738.htm>, letzter Zugriff am 16.03.2015.
- Holm, S. (1993). What is wrong with compliance? Journal of medical ethics, 19 (2), p. 108 – 110.
- Holmström, I. & Röing, M. (2010). The relation between patient - centeredness and patient empowerment: A discussion on concepts. Patient Education and Counseling, 79, p. 167–172.
- Holzem, C. (1999). Patientenautonomie. Bioethische Erkundungen über einen funktionalen Begriff der Autonomie im medizinischen Kontext. Münster: LIT Verlag.
- Hopf, C. & Weingarten, E. (1984) (Hrsg.). Qualitative Sozialforschung. Stuttgart: Klett – Cotta.
- Horch, K. & Hintzpeter, B. & Ryl, L. & Dierks, M. - L. (2012). Ausgewählte Aspekte einer Bürger- und Patientenorientierung in Deutschland. Die Beurteilung aus der Sicht der Nutzer. Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz, 55, S. 739 – 745.
- Huber, G. L. (1995). Computerunterstützte Auswertung qualitativer Daten. In: Flick, U. & von Kardorff, E. & Keupp, H. & von Rosenstiel, L. & Wolff, S. (Hrsg.). Handbuch

Qualitative Sozialforschung. Grundlagen, Konzepte, Methoden und Anwendungen. Weinheim: Beltz, Psychologie Verlags Union, S. 243 – 248.

Huber, S. (2014). Zwischen den Stühlen. Mobile und aufsuchende Jugendarbeit im Spannungsfeld von Aneignung und Ordnungspolitik. Wiesbaden: Springer Fachmedien.

Hurrelmann, K. & Laaser, U. (1998) (Hrsg.). Handbuch Gesundheitswissenschaften. Weinheim, München: Juventa Verlag.

Jahoda, M. & Lazarsfeld, P. & Zeisel, H. (1980). Die Arbeitslosen von Marienthal. Frankfurt: Suhrkamp.

Jensen, M. & Hoffmann, G. & Spreitz, J. & Sadre Chirazi – Stark, F. M. (2014). Diagnosenübergreifende Psychoedukation. Ein Manual für Patienten- und Angehörigengruppen. Köln: Psychiatrie – Verlag GmbH.

Joosten, E. A. G. & De Fuentes – Merillas, L. & de Weert, G. H. & Sensky, T. & van der Staak, C. P. F. & de Jong, C. A. J. (2008). Systematic Review of the Effects of Shared Decision - Making on Patient Satisfaction, Treatment Adherence and Health Status. *Psychotherapy and Psychosomatic*, 77, p. 219 – 226.

Jorzig, A. (2007). Haftung für fehlerhafte Aufklärungsdokumentation. Selbstbestimmung, Therapie, Sicherung. In: Arbeitsgemeinschaft Rechtsanwälte im Medizinrecht e. V. (Hrsg.). Dokumentation und Leitlinienkonkurrenz – die Verschriftlichung der Medizin. Berlin, Heidelberg: Springer - Verlag, S. 45 – 56.

Jungermann, H. & Pfister, H. R. & Fischer, K. (2005). Die Psychologie der Entscheidung. Eine Einführung. München: Elsevier GmbH.

Kaluza, G. & Conrad, H. J. & Ingo Köpf, I. & Zimmermann, H. & Basler, H. D. (1998). Gesundheitsförderung im Krankenhaus: Bedarf und Nachfrage – Ergebnisse einer Mitarbeiterbefragung. *Zeitschrift für Medizinische Psychologie*, 1 / 1998, S. 60 – 67.

Kamp, I. (2000). Die Europäische Bioethik – Konvention. Medizinische Versuche an einwilligungsunfähigen Menschen unter besonderer Berücksichtigung der Vorgaben im nationalen und internationalen Recht. Frankfurt am Main: Peter Lang GmbH.

Kampmann, M. & Schwantes, U. (2005). „Patientenzentrierte Medizin“ in der Ausbildung. *Jahrbuch für Kritische Medizin und Gesundheitswissenschaften*, 42, S. 108 – 121.

Kauffeld, S. & Schneider, H. (2011). Organisationsentwicklung und –beratung. In: Kauffeld, S. (Hrsg.). Arbeits-, Organisations- und Personalpsychologie. Heidelberg: Springer Medizin Verlag, S. 51 – 66.

Kauffeld, S. (2011) (Hrsg.). Arbeits-, Organisations- und Personalpsychologie. Heidelberg: Springer Medizin Verlag.

Karst, K. & Segler, T. & Gruber, K. F. (2000). Unternehmensstrategien erfolgreich umsetzen durch Commitment Management. Berlin, Heidelberg: Springer Verlag.

- Katzenmeier, C. (2012). Patientenautonomie und Patientenrechte. Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz, 55, S. 1093 – 1099.
- Kebbel, J. & Pörksen, N. & AKTION PSYCHISCH KRANKE (1998) (Hrsg.). Gewalt und Zwang in der stationären Psychiatrie. Köln: Rheinland – Verlag GmbH.
- Keim, I. & Schütte, W. (2002) (Hrsg.). Soziale Welten und kommunikative Stile. Festschrift für Werner Kallmeyer zum 60. Geburtstag. Tübingen: Gunter Narr Verlag.
- Kelle, U. (1994). Empirisch begründete Theoriebildung. Zur Logik und Methodologie interpretativer Sozialforschung. Weinheim: Deutscher Studien Verlag.
- Kelle, U. (2000). Computergestützte Analyse qualitativer Daten. In: Flick, U. & von Kardorff, E. & Steinke, I. (Hrsg.). Qualitative Forschung. Ein Handbuch. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt Taschenbuch Verlag, S. 485 – 502.
- Kelle, U. (2007a). „Emergence“ vs. „Forcing“ of Empirical Data? A Crucial Problem of “Grounded Theory” Reconsidered. Historical Social Research, 19, p. 133 – 156.
- Kelle, U. (2007b). Theoretisches Vorwissen und Kategorienbildung in der „Grounded Theory“. In: Kuckartz, U. & Grunenberg, H. & Dresing, T. (Hrsg.). Qualitative Datenanalyse: computergestützt. Methodische Hintergründe und Beispiele aus der Forschungspraxis. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften / GWV Fachverlage GmbH, S. 32 – 49.
- Kempker, K. & Lehmann, P. (1993) (Hrsg.). Statt Psychiatrie. Berlin: Antipsychiatrieverlag.
- Keupp, H. (1998). Von der „fürsorglichen Belagerung“ zur „eigenen Stimme“ der Betroffenen. Ein Vierteljahrhundert Psychiatriereform. In: Geislinger, R. (Hrsg.). Experten in eigener Sache. Psychiatrie, Selbsthilfe und Modelle der Teilhabe. München: Zenit – Verlag, S. 19 - 30.
- Keupp, H. (2007). Mut zum Aufrechten Gang. Was bieten Beteiligung und Empowerment für Psychiatrie und Selbsthilfe? Online - Texte der Evangelischen Akademie Bad Boll. Abrufbar unter: <http://www.ev-akademie-boll.de/fileadmin/res/otg/400707-Keupp.pdf>, letzter Zugriff am 16.03.2015.
- Keupp, H. (2009). Zwischen Selbst- und Fremdbestimmung. Ansprüche und Realitäten in der Gesellschaft. Vortrag bei der Fachtagung „Selbstbestimmung für psychisch Kranke“ am 20. April 2009 in der Evangelischen Akademie Tutzing. Abrufbar unter: http://www.ipp-muenchen.de/texte/keupp_09_tutzing_text.pdf, letzter Zugriff am 16.03.2015.
- Kitamaru, T. & Kitamaru, F. (2000). Reliability of clinical judgement of patient’s competency to give informed consent: A case vignette study. Psychiatry and Clinical Neurosciences, 54, p. 245 – 247.
- Klar, R. & Opitz, O. (1997) (Eds.). Classification and Knowledge Organization. Proceedings of the 20th Annual Conference of the Gesellschaft für Klassifikation e.V., University of Freiburg, March 6 – 8, 1996. Berlin, Heidelberg, New York: Springer – Verlag.

- Klausner, M. (2014). *Choreografien psychiatrischer Praxis. Ethnografische Studien zu Wissen, Erfahrung und Agency*. Dissertation an der Philosophischen Fakultät I der Humboldt - Universität zu Berlin.
- Kleining, G. (1995). *Lehrbuch Entdeckende Sozialforschung. Band I. Von der Hermeneutik zur qualitativen Heuristik*. Weinheim: Beltz, Psychologie Verlags Union.
- Klemperer, D. (2005) *Shared Decision Making und Patientenzentrierung – vom Paternalismus zur Partnerschaft in der Medizin. Teil 1: Modelle der Arzt – Patient – Beziehung*. *Balint*, 6, S. 71 – 79.
- Klemperer, D. (2006). *Vom Paternalismus zur Partnerschaft. Der Arztberuf im Wandel*. In: *Pundt, J. (Hrsg.). Professionalisierung im Gesundheitswesen*. Bern: Hans Huber Verlag, S. 61-75.
- Kliche, T. & Kröger, G. (2008). *Empowerment in Prävention und Gesundheitsförderung – Eine konzeptkritische Bestandsaufnahme von Grundverständnissen, Dimensionen und Erhebungsproblemen*. *Gesundheitswesen*, 70, S. 715– 720.
- Klimitz, H. (2006). *Psychoedukation bei schizophrenen Störungen – Psychotherapie oder „Unterwanderung“?* *Psychiatrische Praxis*, 33 (8), S. 372 – 382.
- Klimke, A. & Klieser, E. (1995). *Das atypische Neuroleptikum Clozapin (Leponex ®) – aktueller Kenntnisstand und neuere klinische Aspekte*. *Fortschritte der Neurologie, Psychiatrie* 63 (5), 173 – 193.
- Kluge, S. (2000). *Empirisch begründete Typenbildung in der qualitativen Sozialforschung*. *Forum Qualitative Sozialforschung / Forum: Qualitative Social Research*, 1(1), Art. 14, <http://nbn-resolving.de/urn:nbn:de:0114-fqs0001145>, letzter Zugriff am 16.03.2015.
- Knuf, A. (2003). *Empowerment fördern – Beispiel Psychiatrie*. *Managed Care*, 7, S. 17 – 19.
- Knuf, A. (2007a). *Empowerment - Förderung: Ein zentrales Anliegen psychiatrischer Arbeit*. In: *Knuf, A. & Margret Osterfeld, M. & Seibert, U. (Hrsg.). Selbstbefähigung fördern - Empowerment und psychiatrische Arbeit*. Bonn: Psychiatrie - Verlag GmbH, S. 28 – 40.
- Knuf, A. (2007b). *Steine aus dem Weg räumen! Empowerment und Gesundheitsförderung in der Psychiatrie*. In: *Knuf, A. & Margret Osterfeld, M. & Seibert, U. (Hrsg.). Selbstbefähigung fördern - Empowerment und psychiatrische Arbeit*. Bonn: Psychiatrie - Verlag GmbH, S. 42 – 55.
- Knuf, A. (2009). *Empowerment und Psychopharmaka*. *Die Kerbe*, 27 (3), S. 14 - 16.
- Knuf, A. & Osterfeld, M. (2007). *Einleitung*. In: *Knuf, A. & Margret Osterfeld, M. & Seibert, U. (Hrsg.). Selbstbefähigung fördern - Empowerment und psychiatrische Arbeit*. Bonn: Psychiatrie - Verlag GmbH, S. 7 – 10.
- Knuf, A. & Osterfeld, M. & Seibert, U. (Hrsg.) (2007). *Selbstbefähigung fördern - Empowerment und psychiatrische Arbeit*. Bonn: Psychiatrie - Verlag GmbH.

- Knuf, A. & Seibert, U. (2000) (Hrsg.). Selbstbefähigung fördern. Empowerment und psychiatrische Arbeit. Bonn: Psychiatrie – Verlag.
- Koch, H. G. & Reiter – Theil, S. & Helmchen, H. (1996) (Eds.). Informed Consent in Psychiatry. European Perspectives of Ethics, Law and Clinical Practice. Baden – Baden: Nomos Verlagsgesellschaft.
- Kochinka, A. (2010). Beobachtung. In: Mey, G. & Mruck, K. (Hrsg.). Handbuch Qualitative Forschung in der Psychologie. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, S. 449 – 461.
- Koelbing, F. H. (2013). Partizipative Entscheidungsfindung bei der Beratung zur Patientenverfügung – ein systematisches Review. Dissertation am Lehrbereich Allgemeinmedizin der Albert – Ludwigs - Universität Freiburg im Breisgau. Abrufbar unter: http://www.freidok.uni-freiburg.de/volltexte/9180/pdf/Partizipative_Entscheidungsfindung_bei_der_Beratung_zur_Patientenverfuegung.pdf, letzter Zugriff am 16.03.2015.
- Körner, M. (2009). Ein Modell der partizipativen Entscheidungsfindung in der medizinischen Rehabilitation. Die Rehabilitation, 48 (3), S. 160 – 165.
- Körner, M. (2010). Patientenorientierte interne Kommunikation im Krankenhaus. In: Hoefert, H. W. & Härter, M. (Hrsg.). Patientenorientierung im Krankenhaus. Göttingen: Hogrefe Verlag GmbH & Co. KG, S. 33 – 50.
- Koller, M. (2014). Zwangsbehandlung – eine Zwischenbilanz. Forensische Psychiatrie, Psychologie, Kriminologie. <http://link.springer.com/article/10.1007/s11757-014-0273-4/fulltext.html>, letzter Zugriff am 16.03.2015.
- Kottje – Birnbacher, L. & Birnbacher, D. (1999). Ethik in der Psychotherapie. In.: Tress, W. & Langenbach, M. (Hrsg.). Ethik in der Psychotherapie. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht, S. 36 – 49.
- Kreß, H. (2012). Das Arzt – Patient – Verhältnis im Sinn patientenzentrierter Medizin. Ethische Grundlagen – heutige Schlussfolgerungen. Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz, 55, S. 1085 – 1092.
- Krisor, M. (2005). Aufgehoben in der Gemeinde. Entwicklung und Verankerung einer offenen Psychiatrie. Bonn: Psychiatrie – Verlag GmbH.
- Krisor, M. & Pfannkuch, H. (1996). Zur Entwicklung einer autonomie und subjektorientierten stationären Gemeindepsychiatrie in Herne. Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis, 28, S. 393 – 414.
- Krisor, M. & Pfannkuch, H. (1997) (Hrsg.). Was du nicht willst, das man dir tut ... Gemeindepsychiatrie unter ethischen Aspekten. Reader zu den Herner Gemeindepsychiatrischen Gesprächen. Regensburg: Roderer Verlag.
- Krisor, M. & Pfannkuch, H. (1998). Aspekte zur Theorie und Praxis einer gewaltfreien Psychiatrie. In: Keibel, J. & Pörksen, N. & AKTION PSYCHISCH KRANKE (Hrsg.). Gewalt und Zwang in der stationären Psychiatrie. Köln: Rheinland – Verlag GmbH.

- Krisor, M. & Pfannkuch, H. (2000). Gewaltfreie Psychiatrie das Herner Modell. In: Seckinger, M. & Stiemert – Strecker, S. & Teuber, K. (Hrsg.). Qualität durch Partizipation und Empowerment. Einmischung in die Qualitätsdebatte. Tübingen: dgvt – Verlag, S. ?.
- Kriston, L. & Scholl, I. & Hölzel, L. & Simon, D. & Loh, A. & Härter, M. (2010). The 9 - item Shared Decision Making Questionnaire (SDM – Q - 9). Development and psychometric properties in a primary care sample. *Patient Education and Counseling*, 80 (1), p. 94 – 99.
- Kruse, W. H. . (1996). Patient und Medikament – Neue Aspekte zur Verbesserung der Compliance. In: Lang, E. & Arnold, K. (Hrsg.). Die Arzt – Patient – Beziehung im Wandel. Referate der Sechsten Informationsmedizinischen Tage in Hamburg 1994. Stuttgart: Ferdinand – Enke – Verlag, S. 91 - 96.
- Kuckartz, U. & Grunenberg, H. & Dresing, T. (2007) (Hrsg.). Qualitative Datenanalyse: computergestützt. Methodische Hintergründe und Beispiele aus der Forschungspraxis. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften / GWV Fachverlage GmbH.
- Kuhlmann, E. (1999). Aufklärung im Dienste der Ressourcenallokation? Eine empirische Studie zur ärztlichen Informationspolitik. In: Feuerstein, G. & Kuhlmann, E. (Hrsg.). Neopaternalistische Medizin. Der Mythos der Selbstbestimmung im Arzt – Patient – Verhältnis. Bern, Göttingen, Toronto, Seattle: Verlag Hans Huber, S. 37 – 93.
- Laine, C. & Davidoff, F. (1996). Patient – centered medicine. A professional evolution. *Journal of the American Medical Association* 275 (2), p. 152 – 156.
- Lambert, M. & Fleischhacker, W. & Naber, D. (2012). Pharmakotherapie der Schizophrenie (ICD – 10 F2): Akut-, Notfall- und Langzeitbehandlung. In: Voderholzer, U. & Hohagen, F. (Hrsg). Therapie psychischer Erkrankungen. State of the Art 2011 / 2012. München: Urban & Fischer Verlag, S. 57 – 94.
- Lamnek, S. (1995). Qualitative Sozialforschung. Band 2. Methoden und Techniken. Weinheim: Beltz, Psychologie Verlags Union.
- Lamnek, S. (1988). Qualitative Sozialforschung. Methodologie. Band 1. Weinheim: Beltz, Psychologie Verlags Union.
- Lamnek, S. (2010). Qualitative Sozialforschung. Weinheim: Beltz Verlagsgruppe.
- Lamping, W. & Schridde, H. & Plaß, S. & Blanke, B. (2002). Der Aktivierende Staat. Positionen, Begriffe, Strategien. Studie für den Arbeitskreis Bürgergesellschaft und Aktivierender Staat der Friedrich – Ebert – Stiftung. Bonn: Friedrich – Ebert – Stiftung.
- Lang, U. (2013). Innovative Psychiatrie mit offenen Türen. Deeskalation und Partizipation in der Akutpsychiatrie. Berlin, Heidelberg: Springer Verlag.
- Lang, E. & Arnold, K. (1996) (Hrsg.). Die Arzt – Patient – Beziehung im Wandel. Referate der Sechsten Informationsmedizinischen Tage in Hamburg 1994. Stuttgart: Ferdinand – Enke – Verlag.
- Lau, T. & Wolff, S. (1983). Der Einstieg in das Untersuchungsfeld als soziologischer Lernprozess. *Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie*, 35, 417 - 437.

- Lauber, C. & Rössler, W. (2004). Empowerment: Selbstbestimmung oder Hilfe zur Selbsthilfe. In: Rössler, W. (Hrsg.). *Psychiatrische Rehabilitation*. Berlin, Heidelberg, New York: Springer – Verlag, S. 146 – 156.
- Laux, G. (2013). Psychopharmakotherapie. In: Möller, H. J. & Laux, G. & Deister, A. (Hrsg.). *Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie*. Stuttgart: Georg Thieme Verlag KG, S. 499 – 533.
- Lecomte, T. & Cyr, M. & Lesage, A. D. & Wilde, J. & Leclerc, C. & Ricard, N. (1999). Efficacy of a Self - Esteem Module in the Empowerment of Individuals with Schizophrenia. *The Journal of Nervous & Mental Disease*, 187, p. 406 – 413.
- Leferink, K. (1997). Die Alltäglichkeit des Wahnsinns – Der Lebensalltag chronisch psychisch kranker Menschen in einer sich wandelnden Kultur. In: Zaumseil, M. & Leferink, K. (Hrsg.). *Schizophrenie in der Moderne – Modernisierung der Schizophrenie. Lebensalltag, Identität und soziale Beziehungen von psychisch Kranken in der Großstadt*. Bonn: Edition das Narrenschiff im Psychiatrie – Verlag, S. 83 – 144.
- Légaré, F. & Ratte, S. & Gravel, K. & Graham, I. D. (2008). Barriers and facilitators to implementing shared decision - making in clinical practice: Update of a systematic review of health professionals' perceptions. *Patient Education and Counseling*, 73, p. 526 – 535.
- Legewie, H. (1994). Globalauswertung von Texten. In: Böhm, A. & Mengel, A. & Muhr, T. (Hrsg.). *Texte verstehen – Konzepte, Methoden, Werkzeuge*. Konstanz: Universitätsverlag, S. 177 – 182.
- Legewie, H. (1995). Feldforschung und teilnehmende Beobachtung; In: In: Flick, U. & von Kardorff, E. & Keupp, H. & von Rosenstiel, L. & Wolff, S. (Hrsg.). *Handbuch Qualitative Sozialforschung. Grundlagen, Konzepte, Methoden und Anwendungen*. Weinheim: Beltz, Psychologie Verlags Union, S. 189 – 193.
- Legewie, H. & Schervier - Legewie, B. (2004). „Forschung ist harte Arbeit, es ist immer ein Stück Leiden damit verbunden. Deshalb muss es auf der anderen Seite Spaß machen“. Anselm Strauss im Interview mit Heiner Legewie und Barbara Schervier - Legewie. *Forum Qualitative Sozialforschung / Forum: Qualitative Social Research*, 5(3), Art. 22, <http://nbn-resolving.de/urn:nbn:de:0114-fqs0403222>, letzter Zugriff am 16.03.2015.
- Lehmann, P. Antipsychiatrieverlag. <http://www.antipsychiatrieverlag.de/artikel/artikel.htm>, letzter Zugriff am 16.03.2015.
- Lehmann, P. (1990). *Der chemische Knebel. Warum Psychiater Neuroleptika verabreichen*. Berlin: Peter Lehmann Antipsychiatrieverlag.
- Lehmann, P. (2003). *Soteria und Empowerment. Über die Interessen Psychiatrie – Betroffener*. Abrufbar unter: <http://www.antipsychiatrieverlag.de/verlag/titel/soteria.pdf>, letzter Zugriff am 16.03.2015.
- Lehmann, P. (2013). Verweigerte Selbstbestimmung in der Behandlung psychiatrischer Patientinnen und Patienten. In: *Aktion Psychisch Kranke*, Peter Weiß, Andreas Heinz (Hrsg.).

- Gleichberechtigt mittendrin – Partizipation und Teilhabe. Tagungsdokumentation Berlin, 6. / 7. November 2012. Bonn: Aktion Psychisch Kranke, S. 77 – 105.
- Lehmkuhl, D. & Osterfeld, M. & Aderhold, V. (2009). Psychopharmaka zwischen Heilung und Vermarktung. *Die Kerbe*, 27 (3), S. 31 - 34.
- Leino – Kilpi, M. & Välimäki, M. & Arndt, M. Dassen, T. & Gasull, M. & Lemonidou, C. & Scott, P. A. & Bansemir, G. & Cabrera, E. & Papaevangelou, H. & Mc Parland, J. (2000). *Patient's Autonomy, Privacy and Informed Consent*. Amsterdam, Berlin, Oxford, Tokyo, Washington D. C.: IOS Press Ohmsha.
- Leitlinienprogramm Onkologie (2014) (Deutsche Krebsgesellschaft, Deutsche Krebshilfe, AWMF): Psychoonkologische Diagnostik, Beratung und Behandlung von erwachsenen Krebspatienten, Langversion 1.0, AWMF Registriernummer: 032/051OL, <http://leitlinienprogramm-onkologie.de/Leitlinien.7.0.html>, letzter Zugriff am 16.03.2015.
- Lenger, A. & Schneickert, C. & Schumacher, F. (2013a) (Hrsg.). *Pierre Bourdieus Konzeption des Habitus. Grundlagen, Zugänge, Forschungsperspektiven*. Wiesbaden: Springer Fachmedien.
- Lenger, A. & Schneickert, C. & Schumacher, F. (2013b). *Pierre Bourdieus Konzeption des Habitus*. In: Lenger, A. & Schneickert, C. & Schumacher, F. (Hrsg.). *Pierre Bourdieus Konzeption des Habitus. Grundlagen, Zugänge, Forschungsperspektiven*. Wiesbaden: Springer Fachmedien, S. 13- 41.
- Lessenich, S. (2012). „Aktivierender“ Sozialstaat: eine politisch – soziologische Zwischenbilanz. In: Bispinck, R. & Bosch, G. & Hofemann, K. & Naegel, G. (Hrsg.). *Sozialpolitik und Sozialstaat. Festschrift für Gerhard Bäcker*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, Springer Fachmedien, S. 41 – 53.
- Lessenich, S. (2013). *Sozialstaat und soziale Sicherheit*. In: Mau, S. & Schöneck, N. M. (Hrsg.). *Handwörterbuch zur Gesellschaft Deutschlands*. Wiesbaden: Springer Fachmedien, S. 803 – 815.
- Leucht, S. (2007). *Therapie der Schizophrenie. Evidenzbasierte Behandlung*. München, Jena: Elsevier GmbH, Urban & Fischer.
- Lidz, C. W. & Meisel, A. & Zerubavel, E. & Carter, M. & Sestak, R. M. & Roth, L. H. (1984). *Informed Consent. A Study of Decisionmaking in Psychiatry*. New York, London: The Guilford Press.
- Liebow, E. (1979). Eine Felderfahrung im Rückblick. In: Gerdes, K. (Hrsg.). *Explorative Sozialforschung. Einführende Beiträge aus „Natural Sociology“ und Feldforschung in den USA*. Stuttgart: Ferdinand Enke Verlag, S. 16 - 28.
- Lin, E. H. B. & von Korff, M. & Katon, W. & Bush, T. & Simon, G. E. & Walker, E. & Robinson, P. (1995). *The Role of the Primary Care Physician in Patient's Adherence to Antidepressant Therapy*. *Medical Care*, 33 (1), p. 67 – 74.

- Lincoln, T. M. & Heumann, K. & Teichert, M. (2014). Das letzte Mittel? Ein Überblick über die politische Diskussion und den Forschungsstand zum Einsatz medikamentöser Zwangsbehandlung in der Psychiatrie. *Verhaltenstherapie*, 24, S. 22 – 32.
- Linzbach, M. (1980). *Informed Consent. Die Aufklärungspflicht des Arztes im amerikanischen und im deutschen Recht*. Frankfurt am Main, Bern, Cirencester: Verlag Peter D. Lang GmbH.
- Little, P. & Everitt, H. & Williamson, I. & Warner, G. & Moore, M. & Gould, C. & Ferrier, K. & Payne, S. (2001). Observational study of effect of patient centredness and positive approach on outcomes of general practice consultations. *British Medical Journal*, 323, p. 908 – 911.
- Loh, A. & Simon, D. & Kriston, L. & Härter, M. (2007). Patientenbeteiligung bei medizinischen Entscheidungen. Effekte der Partizipativen Entscheidungsfindung aus systematischen Reviews. *Deutsches Ärzteblatt*, 104 (21), S. 1483– 1488.
- Loh, A. & Simon, D. & Rockenbach, K. & Härter, M. (2006). Partizipative Entscheidungsfindung – Stellenwert und Verbreitung in der medizinischen Ausbildung. *Zeitschrift für Medizinische Psychologie*, 15, S. 87 – 92.
- Lofland, J. (1979). Feld – Notizen. In: Gerdes, K. (Hrsg.). *Explorative Sozialforschung. Einführende Beiträge aus „Natural Sociology“ und Feldforschung in den USA*. Stuttgart: Ferdinand Enke Verlag, S. 110 - 120.
- Lofland, J. & Lofland, L. H. (1984). *Analyzing Social Settings. A Guide to Qualitative Observation and Analysis*. Belmont, California: Wadsworth Publishing Company.
- Luderer, H. J. (1989). Aufklärung und Information in der Psychiatrie. *Fortschritte der Neurologie, Psychiatrie* 57, S. 305 – 318.
- Lüders, C. (2000). Beobachten im Feld und Ethnographie. In: Flick, U. & von Kardorff, E. & Steinke, I. (Hrsg.). *Qualitative Forschung. Ein Handbuch*. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt Taschenbuch Verlag, S. 384 – 401.
- Lueger, M. (2000). *Grundlagen qualitativer Feldforschung*. Wien: WUV.
- Lungerhausen, E. (1996). Paternalismus und Autonomie in bezug auf den suizidalen Menschen. In: Payk, T. R. (Hrsg.). *Perspektiven psychiatrischer Ethik*. Stuttgart, New York: Georg Thieme Verlag, S. 17 – 23.
- Magnus, D. (2012). Fürsorge oder Selbstbestimmung? Von Arztpflichten und Patientenrechten – rechtliche, ethische und medizinische Aspekte. *Deutsches Ärzteblatt*, 109 (18), S. 918 – 921.
- Makoul, G. & Clayman, M. L. (2006). An integrative model of shared decision making in medical encounters. *Patient Education and Counseling*, 60, p. 301 – 312.
- Malinowski, B. (1979). *Argonauten des westlichen Pazifik*. Frankfurt: Syndikat.

- Marshall, A. & Kitson, A. & Zeitz, K. (2012). Patients' views of patient – centred care: a phenomenological case study in one surgical unit. *Journal of Advanced Nursing*, 68 (12), p. 2664–2673.
- Mau, S. & Schöneck, N. M. (2013) (Hrsg.). *Handwörterbuch zur Gesellschaft Deutschlands*. Wiesbaden: Springer Fachmedien.
- Mc Clelland (1996). The Basic Problem of Informed Consent (II). In: Koch, H. G. & Reiter – Theil, S. & Helmchen, H. (Eds.). *Informed Consent in Psychiatry. European Perspectives of Ethics, Law and Clinical Practice*. Baden – Baden: Nomos Verlagsgesellschaft, p. 267 - 277.
- Mead, G. H. (1973). *Geist, Identität und Gesellschaft. Aus der Sicht des Sozialbehaviorismus*. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Mead, N. & Bower, P. (2000a). Patient – centredness: a conceptual framework and review of the empirical literature. *Social Science and Medicine*, 51, p. 1087 – 1110.
- Mead, N. & Bower, P. (2000b). Measuring patient – centredness: a comparison of three observation – based instruments. *Patient Education and Counseling*, 39, p. 71 - 80.
- Mead, N. & Bower, P. (2002). Patient – centred consultations and outcomes in primary care: a review of the literature. *Patient Education and Counseling*, 48, p. 51 – 61.
- Mead, N. & Bower, P. & Hann, M. (2002). The impact of general practitioners' patient – centredness on patients' post – consultation satisfaction and enablement. *Social Science and Medicine*, 55, p. 283 – 299.
- Merten, M. (2004). Der Patient als Partner: „Ein zartes Pflänzchen“. *Deutsches Ärzteblatt*, 101 (17), S. 1140 – 1142.
- Merten, M. (2005). Der Patient als Partner: Einen Schritt weiter. *Deutsches Ärzteblatt*, PP 4, Ausgabe Juni 2005, S. 254.
- Mey, G. & Mruck, K. (2007). Grounded Theory Methodologie. Bemerkungen zu einem prominenten Forschungsstil. In: *Historical Social Research, Supplement 19*, pp. 11 - 39. <http://nbn-resolving.de/urn:nbn:de:0168-ssoar-288617>, letzter Zugriff am 16.03.2015.
- Mey, G. & Mruck, K. (2010) (Hrsg.). *Handbuch Qualitative Forschung in der Psychologie*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Mey, G. & Mruck, K. (2011) (Hrsg.). *Grounded Theory Reader*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, Springer Fachmedien Wiesbaden GmbH.
- Mezger, E. & West, K. W. (2000) (Hrsg.). *Aktivierender Sozialstaat und politisches Handeln*. Marburg: Schüren – Verlag.
- Michie, S. & Miles, J. & Weinman, J. (2003). Patient - centredness in chronic illness: what is it and does it matter? *Patient Education and Counseling*, 51, p. 197 – 206.
- Möller, H. J. & Laux, G. & Deister, A. (2013) (Hrsg.). *Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie*. Stuttgart: Georg Thieme Verlag KG.

Möller, H. J. & Laux, G. & Kapfhammer, H. P. (2011) (Hrsg.). Psychiatrie, Psychosomatik, Psychotherapie. Band 1: Allgemeine Psychiatrie. Berlin, Heidelberg: Springer Verlag.

Moser, H. (2008). Aktionsforschung unter dem Dach der Praxisforschung: methodologische Herausforderungen und Lösungsansätze. In: von Unger, H. & Wright, M. T. (Hrsg.). „An der Schnittstelle von Wissenschaft und Praxis“ – Dokumentation einer Tagung zu partizipativer Forschung in Public Health. Berlin: Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung, S. 58 - 66. Abrufbar unter: <http://bibliothek.wzb.eu/pdf/2008/i08-307.pdf>, letzter Zugriff am 16.03.2015.

Mosher, L. R. & Burti, L. (1994). Psychiatrie in der Gemeinde. Grundlagen und Praxis. Bonn: Psychiatrie – Verlag.

Moumjid, N. & Gafni, A. & Bremond, A. & Carrere, M. O. (2007). Shared Decision Making in the Medical Encounter: Are We All Talking about the Same Thing? *Medical Decision Making*, 27 (5), p. 539 – 546.

Mühlig, S. & Petermann, F. (1999). Compliance zwischen Therapiegehorsam und Therapiepartnerschaft. In: Compliance und antiretrovirale Therapie. AIDS Forum DAH, Band 37. Berlin: Deutsche Aids Hilfe, S. 61 – 74.

Mühlmeyer – Mentzel, A. (2011). Das Datenkonzept von ATLAS.ti und sein Gewinn für „Grounded – Theory“ – Forschungsarbeiten. *Forum Qualitative Sozialforschung / Forum: Qualitative Social Research*, 12(1), Art. 32, <http://nbn-resolving.de/urn:nbn:de:0114-fqs1101325>, letzter Zugriff am 16.03.2015.

Müller, A. P. (2002). Interaktionsregeln in innerbetrieblichen soziale Welten. In: Keim, I. & Schütte, W. (Hrsg.). Soziale Welten und kommunikative Stile. Festschrift für Werner Kallmeyer zum 60. Geburtstag. Tübingen: Gunter Narr Verlag.

Müller, H. P. (2002). Die Einbettung des Handelns. Pierre Bourdieus Praxeologie. *Berliner Journal für Soziologie*, 12, S. 157 - 171.

Müller, P. (2004). Zwangseinweisungen nehmen zu. *Deutsches Ärzteblatt*, S. 2794 - 2798.

Müller, P. (2007). Zwangsbehandlung: ein seltenes Ereignis? *Die Kerbe*, 3, S.11– 14.

Müller, P. & Josipovic, T. (2003). Unfreiwillige Einweisungen nach Betreuungsrecht in acht Jahren verdreifacht. *Psychiatrische Praxis*, 30 (3), S. 108 – 113.

Müller, S. & Walter, H. & Kunze, H. & Konrad, N. & Heinz, A. (2012). Zwangsbehandlungen unter Rechtsunsicherheit. Teil 1: Die aktuelle Rechtslage zu Zwangsbehandlungen einwilligungsunfähiger Patienten mit psychischen Erkrankungen. *Nervenarzt*, 83, S. 1142 – 1149.

Müller – Engelmann, M. & Keller, H. & Donner - Banzhoff, N. & Krones, T. (2011). Shared decision making in medicine: The influence of situational treatment factors. *Patient Education and Counseling*, 82, p. 240 – 246.

Muhr, T. (1996). Textinterpretation und Theorieentwicklung mit ATLAS / ti. In: Bos, W. & Tarnai, C. (Hrsg.). Computerunterstützte Inhaltsanalyse in den Empirischen

Sozialwissenschaften. Theorie – Anwendung – Software. Münster, New York: Waxmann Verlag GmbH, S. 244 – 259.

Mulhall, A. (2003). In the field: notes on observation in qualitative research. *Journal of Advanced Nursing*, 41, p. 306 – 313.

Naber, D. (2000). Atypische Antipsychotika. *Der Nervenarzt* 71, S. 327 – 328.

Nadig, M. (1986). Die verborgene Kultur der Frau. Ethnopschoanalytische Gespräche mit Bäuerinnen in Mexiko. Frankfurt: Fischer.

Nickel, S. & Füllekrug, B. & Trojan, A. (2008) (Hrsg.). Arbeitszeitgestaltung im ärztlichen Dienst und Funktionsdienst des Krankenhauses. Herausforderungen, Modelle, Erfahrungen. München, Mering: Rainer Hampp Verlag.

Nickels, C. (2000). Grußwort von Frau Christa Nickels. In: Badura, B. & Schellschmidt, H. (Hrsg.). Bürgerbeteiligung im Gesundheitswesen - Eine länderübergreifende Herausforderung. Ideen, Ansätze und Internationale Erfahrungen. Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, S. 22 – 24.

Nowak, P. (2009). Das Gespräch zwischen Arzt und Patient. Zentraler Ansatzpunkt oder Stolperstein für ein „gesundes“ Gesundheitswesen? Abrufbar unter: http://www.patientenanwalt.com/download/Expertenletter/Patient/Das_Gespraech_zwischen_Arzt_und_Patient_Dr_Peter_Nowak_Expertenletter_Patient.pdf.pdf, letzter Zugriff am 16.03.2015.

Ortmann, J. (1996). Computer – Gebrauch. In: Breuer, F. (Hrsg.). *Qualitative Psychologie. Grundlagen, Methoden und Anwendungen eines Forschungsstils*. Opladen: Westdeutscher Verlag, S. 159 / 160.

Paul, B. & Schmidt – Semisch, H. (2010) (Hrsg.). *Risiko Gesundheit. Über Risiken und Nebenwirkungen der Gesundheitsgesellschaft*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, Springer Fachmedien GmbH.

Payk, T. R. (1996) (Hrsg.). *Perspektiven psychiatrischer Ethik*. Stuttgart, New York: Georg Thieme Verlag.

Pelikan, J. M. & Wolff, S. (1999) (Hrsg.). *Das gesundheitsfördernde Krankenhaus. Konzepte und Beispiele zur Entwicklung einer lernenden Organisation*. Weinheim, München: Juventa Verlag.

Perkins, D. D. & Zimmermann, M. A. (1995). Empowerment theory, research, and application. *American Journal of Community Psychology* 23 (5), p. 569 – 579.

Petermann, F. (1997a). Patientenschulung und Patientenberatung – Ziele, Grundlagen und Perspektiven. In: Petermann, F. (Hrsg.). *Patientenschulung und Patientenberatung. Ein Lehrbuch*. Göttingen, Bern, Toronto, Seattle: Hogrefe Verlag, S 3 – 21.

Petermann, F. (1997b) (Hrsg.). *Patientenschulung und Patientenberatung. Ein Lehrbuch*. Göttingen, Bern, Toronto, Seattle: Hogrefe Verlag.

- Petermann, F. (1998a) (Hrsg.). Compliance und Selbstmanagement. Göttingen, Bern, Toronto, Seattle: Hogrefe – Verlag.
- Petermann, F. (1998b). Einführung in die Themenbereiche. In: Petermann, F. (Hrsg.). Compliance und Selbstmanagement. Göttingen, Bern, Toronto, Seattle: Hogrefe – Verlag, S. 9 – 17.
- Petermann & Mühlig (1998). Grundlagen und Möglichkeiten der Compliance – Verbesserung. In: Petermann, F. (Hrsg.). Compliance und Selbstmanagement. Göttingen, Bern, Toronto, Seattle: Hogrefe – Verlag, S. 73 - 102.
- Pieters, V. (2003). Macht – Zwang – Sinn. Subjektives Erleben, Behandlungsbewertungen und Therapieerfolge bei gerichtlichen Unterbringungen schizophrener Menschen. Ein Beitrag zur Qualitätssicherung in der Psychiatrie. Bonn: Psychiatrie - Verlag gGmbH.
- Pieters, V. (2007). Erfolgsaussichten von Zwangsbehandlung im Vergleich zur geteilten Entscheidungsfindung. Die Kerbe, 3, S.14 – 17.
- Pitschel – Walz, G. (2009). Die Rolle der Psychopharmaka in der psychoedukativen Arbeit. Die Kerbe, 27 (3), S. 17 – 19.
- Pöltner, G. (2006). Grundkurs Medizin – Ethik. Wien: Facultas Verlags- und Buchhandels AG.
- Portwich, P. & Demling, J. H. (2000). Philosophische Themen der Psychiatrie. Schweizer Archiv für Neurologie und Psychiatrie, 151 (1), S. 30 – 36.
- Premji, K. & Upshur, R. & Légaré, F. & Pottie, K. (2014). Future of family medicine. Role of patient - centred care and evidence - based medicine. Canadian Family Physician, 60, p. 409 – 412.
- Pundt, J. (2006) (Hrsg.). Professionalisierung im Gesundheitswesen. Bern: Hans Huber Verlag.
- Quante, M. (2009). Reichweite und Grenzen des Anti – Paternalismus. Jahrbuch für Wissenschaft und Ethik, 14, S. 73 – 76.
- Rabovsky, K. & Stoppe, G. (2006). Die Rolle der Psychoedukation in der stationären Behandlung psychisch Kranker. Eine kritische Übersicht. Der Nervenarzt, 77, S. 538 – 548.
- Rabovsky, K. & Stoppe, G. (2009) (Hrsg.). Diagnoseübergreifende und multimodale Psychoedukation. Manual zur Leitung von Patienten- und Angehörigengruppen. München, Jena: Urban & Fischer.
- Rappaport, J. (1981). In Praise of Paradox. A Social Policy of Empowerment Over Prevention. American Journal of Community Psychology, 9 (1), p. 1 – 25.
- Rappaport, J. & Seidman, E. (2000) (Ed.). Handbook of Community Psychology. New York: Kluwer Academic / Plenum Publishers.

- Raspe, H. H. & Siegrist, J. (1979). Zur Gestalt der Arzt – Patient – Beziehung im stationären Bereich. In: Siegrist, J. & Hendel – Kramer, A. (Hrsg.). Wege zum Arzt. Ergebnisse medizinsoziologischer Untersuchungen zur Arzt – Patient – Beziehung. München, Wien, Baltimore: Urban & Schwarzenberg, S. 113 - 138.
- Rehberg, K. S. (2006) (Hrsg.). Soziale Ungleichheit, kulturelle Unterschiede. Verhandlungen des 32. Kongresses der Deutschen Gesellschaft für Soziologie in München. Teilband 1 und 2. Frankfurt am Main: Campus Verlag.
- Rehbock, T. (2002). Autonomie – Fürsorge – Paternalismus. Zur Kritik (medizin)ethischer Grundbegriffe. Ethik in der Medizin, 14, S. 131 – 150.
- Rehborn, M. (2000). Arzt – Patient – Krankenhaus. Rechte und Pflichten. München: Deutscher Taschenbuch Verlag.
- Reichertz, J. (2011). Abduktion: Die Logik der Entdeckung der Grounded Theory. In: Mey, G. & Mruck, K. (Hrsg.). Grounded Theory Reader. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, Springer Fachmedien Wiesbaden GmbH, S. 279 – 297.
- Reichhart, T. & Kissling, W. & Scheuring, E. & Hamann, E. (2008). Patientenbeteiligung in der Psychiatrie - eine kritische Bestandsaufnahme. Psychiatrische Praxis, 35 (3), S. 111 – 121.
- Reiger, H. (2009). Symbolischer Interaktionismus. In: Buber, R. & Holzmüller, H. H. (Hrsg.). Qualitative Marktforschung. Konzepte – Methoden – Analysen. Wiesbaden: GWV Fachverlage GmbH, S. 137 –156.
- Reiter – Theil, S. (1999). Ethik in der Klinik – Theorie für die Praxis: Ziele, Aufgaben und Möglichkeiten des Ethik - Konsils. Ethik in der Medizin, 11, S. 222 – 232.
- Rentrop, M. & Boehm, A. & Kissling, W. (1999). Patientenzufriedenheit mit stationär psychiatrischer Behandlung. Historische Entwicklung, Methoden und Ergebnisse im Überblick der internationalen Literatur. Fortschritte der Neurologie und Psychiatrie, 67, S. 456 – 465.
- Ripke, T. (1994). Patient und Arzt im Dialog. Praxis der ärztlichen Gesprächsführung. Stuttgart, New York: Georg Thieme Verlag.
- Rockenbauch, K. & Schildmann, J. (2011). Partizipative Entscheidungsfindung (PEF): eine systematische Übersichtsarbeit zu Begriffsverwendung und Konzeptionen. Gesundheitswesen, 73, S. 399 – 408.
- Rogers, E. S. & Chamberlin, J. & Langer – Ellison, M. Crean, T. (1997). A Consumer – Constructed Scale to Measure Empowerment Among Users of Mental Health Services. Psychiatric Services, 48, p. 1042 – 1047.
- Rössler, W. (2004) (Hrsg.). Psychiatrische Rehabilitation. Berlin, Heidelberg, New York: Springer – Verlag.
- Rosenbrock, R. (2002). Die Public Health Perspektive: Krankheit vermeiden – Gesundheit fördern. In: Flick, U. (Hrsg.). Innovation durch New Public Health. Göttingen, Bern, Toronto, Seattle: Hogrefe – Verlag, S. 20 – 39.

- Roter, D. (2000). The enduring and evolving nature of the patient – physician relationship. *Patient Education and Counseling*, 39, p. 5 – 15.
- Rothärmel, S. & Dippold, I. & Wiethoff, K. & Wolflast, G. & Fegert, J. M. (2006). *Patientenaufklärung, Informationsbedürfnis und Informationspraxis in der Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (2001). *Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit. Gutachten 2000 / 2001*. <http://www.svr-gesundheit.de/index.php?id=149>, letzter Zugriff am 16.03.2015.
- Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (2003). *Finanzierung, Nutzerorientierung und Qualität. Gutachten 2003*. <http://dip21.bundestag.de/dip21/btd/15/005/1500530.pdf>, letzter Zugriff am 16.03.2015.
- Salomon, F. & Ziegler, A. (2007). Moral und Abhängigkeit. Ethische Entscheidungskonflikte im hierarchischen System Krankenhaus. *Ethik in der Medizin*, 19, S. 174 – 186.
- Schäfer, C. (2011). *Patientencompliance – Messung, Typologie, Erfolgsfaktoren. Durch verbesserte Therapietreue Effizienzreserven ausschöpfen*. Wiesbaden: Gabler Verlag / Springer Fachmedien Wiesbaden GmbH.
- Schatzmann, L. & Strauss, A. L. (1979). Strategie für den Eintritt in ein Feld. In: Gerdes, K. (Hrsg.). *Explorative Sozialforschung. Einführende Beiträge aus „Natural Sociology“ und Feldforschung in den USA*. Stuttgart: Ferdinand Enke Verlag, S. 77 – 93.
- Scheibler, F. (2005). 3. Tagung des Förderschwerpunktes „Der Patient als Partner im medizinischen Entscheidungsprozess“. *Gemeinsam entscheiden – neue Anstöße zur Förderung der Patientenbeteiligung*, 23. - 25. Mai 2005 in Berlin. *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz*, 48, S. 796 – 802.
- Schildmann, J. & Bauer, A. & Tilmann, A. & Vollmann, J. (2003). *Aufklärung und Einwilligung zur Psychopharmakotherapie aus Sicht schizophrener und depressiver Patienten. Eine empirische Untersuchung aus der klinischen Medizinethik*. *Fortschritte der Neurologie und Psychiatrie*, 71, S. 265 – 270.
- Schmacke, N. (2012). *Versorgungsforschung und die Patientenperspektive*. *G + S – Gesundheits- und Sozialpolitik*, 03 / 2012, S. 59 – 63.
- Schmeling – Kludas, C. (1988). *Die Arzt – Patient – Beziehung im Stationsalltag*. Weinheim, Basel, Cambridge, New York: Edition Medizin, VCH Verlagsgesellschaft.
- Schmidt, B. (2010a). Der kleine Unterschied. *Gesundheit fördern – und fordern*. In: Paul, B. & Schmidt – Semisch, H. (Hrsg.). *Risiko Gesundheit. Über Risiken und Nebenwirkungen der Gesundheitsgesellschaft*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, Springer Fachmedien GmbH, S. 23 – 37.
- Schmidt, B. (2010b). *Der eigenverantwortliche Mensch*. *Gesundheitswesen*, 72, S. 29 – 34.

- Schmidt, F. (2012). Nutzen und Risiken psychoedukativer Interventionen für die Krankheitsbewältigung bei schizophrenen Erkrankungen. Eine mehrperspektivische Studie. Bonn: Psychiatrie Verlag GmbH.
- Schmidt, K. H. & Hollmann, S. & Sodenkamp, D. (1998). Psychometrische Eigenschaften und Validität einer deutschen Fassung des „Commitment“ - Fragebogens von Allen und Meyer (1990). Zeitschrift für Differentielle und Diagnostische Psychologie, 19, S. 93 - 106.
- Schneickert, C. (2013). Die Wurzeln von Bourdieus Habituskonzept in der Phänomenologie Edmund Husserls. In: Lenger, A. & Schneickert, C. & Schumacher, F. (Hrsg.). Pierre Bourdieus Konzeption des Habitus. Grundlagen, Zugänge, Forschungsperspektiven. Wiesbaden: Springer Fachmedien, S. 75- 89.
- Schöne – Seifert, B. (2009). Paternalismus. Zu seiner ethischen Rechtfertigung in Medizin und Psychiatrie. Jahrbuch für Wissenschaft und Ethik, 14, S. 107 – 127.
- Scholl, I. & Koelewijn - van Loon, M. & Sepucha, K. & Elwyn, G. & Légaré, F. & Härter, M. & Dirmaier, J. (2011). Measurement of shared decision making – a review of instruments. Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen (ZEFQ), 105, S. 313 – 324.
- Schrank, B. & Amering, A. (2007). „Recovery“ in der Psychiatrie. Neuropsychiatrie, 21 (1), S. 45 – 50.
- Schrauth, M. & Zipfel, S. (2005). Vom Objekt zum Subjekt. Compliance wird Concordance und Paternalismus zu Partizipation. Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie, 55, S. 395 – 396.
- Schröder, G. (2000). Die zivile Bürgergesellschaft. Anregungen zu einer Neubestimmung der Aufgaben von Staat und Gesellschaft. Die Neue Gesellschaft / Frankfurter Hefte (Heft 4), S. 200 – 207.
- Schwartz, F. W. (1999). Mehr Patientenorientierung durch die Gesundheitsreform 2000?! Forum Public Health. Organ der Deutschen Gesellschaft für Public Health, 26, S. 9 – 11.
- Schwartz, F. W. & Badura, B. & Leidl, R. & Raspe, H. & Siegrist, J. (2000) (Hrsg.). Das Public Health Buch. Gesundheit und Gesundheitswesen. München, Jena: Urban & Fischer Verlag.
- Schwartz, F. W. & Haase, I. (1994). Gesundheitliche Versorgung als Dienstleistung – neue Aspekte für die Qualitätssicherung? Das Gesundheitswesen, 56, S. 636 – 637.
- Schwartz, F. W. & Wismar, M. (2000). Planung und Management. In: Schwartz, F. W. & Badura, B. & Leidl, R. & Raspe, H. & Siegrist, J. (Hrsg.). Das Public Health Buch. Gesundheit und Gesundheitswesen. München, Jena: Urban & Fischer Verlag, S. 558 - 573.
- Schwengel, H. (1999). Aktivierender Staat und aktiver Sozialstaat als europäische Leitideen. Gewerkschaftliche Monatshefte 50 (6), S. 341 – 348.

- Seckinger, M. & Stiemert – Strecker, S. & Teuber, K. (2000) (Hrsg.). Qualität durch Partizipation und Empowerment. Einmischung in die Qualitätsdebatte. Tübingen: dgvt – Verlag.
- Seehausen, M. & Hänel, P. (2011). Adhärenz im Praxisalltag effektiv fördern. Deutsches Ärzteblatt, 108 (43), S. 2276 – 2280.
- Siegrist, J. (1978). Arbeit und Interaktion im Krankenhaus. Vergleichende medizinsoziologische Untersuchungen in Akutkrankenhäusern. Stuttgart: Ferdinand Enke Verlag.
- Siegrist, J. (2012). Die ärztliche Rolle im Wandel. Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz, 55 (9), S. 1100 – 1105.
- Siemen, H. L. (2002a) (Hrsg.). GeWOHNtes Leben – Psychiatrie in der Gemeinde. Neumünster: Paranus Verlag der Brücke Neumünster gGmbH.
- Siemen, H. L. (2002b). Vom Gewohnten – Eine Einführung. In: Siemen, H. L. (Hrsg.). GeWOHNtes Leben – Psychiatrie in der Gemeinde. Neumünster: Paranus Verlag der Brücke Neumünster gGmbH, S. 7 – 18.
- Simon, A. (2010). Das Informationsbedürfnis von Patienten hinsichtlich der Krankenhausqualität. Wiesbaden: Gabler Verlag / Springer Fachmedien Wiesbaden GmbH.
- Simon, D. & Härter, M. (2010). Patientenorientierung bei medizinischen Entscheidungen im Krankenhaus. In: Hoefert, H. W. & Härter, M. (Hrsg.). Patientenorientierung im Krankenhaus. Göttingen: Hogrefe Verlag GmbH & Co. KG, S. 229 – 244.
- Simon, D. & Loh, A. & Härter, M. (2008). Die Entwicklung und Evaluation von Interventionen zur Förderung Partizipativer Entscheidungsfindung – Rahmenkonzept und Messinstrumente. Zeitschrift für Medizinische Psychologie, 17, S. 149 – 159.
- Simon, E. G. & Peterson, D. & Hubbard, R. (2013). Is treatment adherence consistent across time, across different treatments and across diagnoses? General Hospital Psychiatry, 35, p. 195 – 201.
- Smith, S. & Henderson, M. (2000). What you don't know won't hurt you. Information given to patients about the side – effects of antipsychotic drugs. Psychiatric Bulletin, 24, p. 172 – 174.
- Sollberger, D. & Lang, U. E. (2014). Psychiatrie mit offenen Türen. Teil 1: Rational für Türöffnungen in der Akutpsychiatrie. Nervenarzt, 85, S. 312 – 318.
- Spießl, H. & Spießl, A. & Cording, C. (1999). Die „ideale“ stationär – psychiatrische Behandlung aus Sicht der Patienten. Psychiatrische Praxis, 26, S. 3 – 8.
- Stark, F. M. (1997). Was ist eine Psychose? Die psychiatrische Sichtweise. In: Stark, F. M. & Esterer, I. & Bremer, F. (Hrsg.). Wege aus dem Wahnsinn. Therapien bei psychischen Erkrankungen. Bonn: Psychiatrie – Verlag, S. 13 – 26.

- Stark, F. M. & Esterer, I. & Bremer, F. (1997) (Hrsg.). Wege aus dem Wahnsinn. Therapien bei psychischen Erkrankungen. Bonn: Psychiatrie – Verlag.
- Stark, W. (1998). Empowerment – Mobilisierung eigener Kräfte. In: Geislinger, R. (Hrsg.). Experten in eigener Sache. Psychiatrie, Selbsthilfe und Modelle der Teilhabe. München: Zenit – Verlag, S. 177 – 190.
- Steger, F. (2008). Das Erbe des Hippokrates. Medizinethische Konflikte und ihre Wurzeln. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Steinert, T. (2007). Leitlinien und Standards bei Zwangsbehandlungen. Ein Weg zu „besserer“ Behandlung? Die Kerbe, 3, S. 24 – 25.
- Steinke, I. (1999). Kriterien qualitativer Forschung. Ansätze zur Bewertung qualitativ – empirischer Sozialforschung. Weinheim und München: Juventa Verlag.
- Steinke, I. (2009). Gütekriterien qualitativer Forschung. In: Flick, U. & von Kardorff, E. & Steinke, I. (Hrsg.). Qualitative Forschung. Ein Handbuch. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt Taschenbuch Verlag, S. 319 - 331.
- Stevenson, F. A. & Barry, C. A. & Britten, N. & Barber, N. & Bradley, C. P. (2000). Doctor – patient communication about drugs: the evidence for shared decision making. *Social Science & Medicine* (50), p. 829 – 840.
- Stierl, S. & Bauer, M. (2007). Die Psychiatriereform war nur eine Modernisierung. *Psychiatrische Praxis*, 34, S. 215 – 217.
- Stöckle, T. (1983). Die Irren – Offensive. Erfahrungen einer Selbsthilfe – Organisation von Psychiatrieopfern. Frankfurt: Extrabuch – Verlag.
- Strauss, A. L. (1978). *Negotiations. Varieties, Contexts, Processes, and Social Order*. San Francisco, Washington, London: Jossey – Bass Publishers.
- Strauss, A. L. (1993). *Continual permutations of action*. New York: Aldine de Gruyter.
- Strauss, A. L. (1994). *Grundlagen qualitativer Sozialforschung. Datenanalyse und Theoriebildung in der empirischen soziologischen Forschung*. München: Wilhelm Fink Verlag.
- Strauss, A. L. & Corbin, J. (1996). *Grundlagen qualitativer Sozialforschung*. Weinheim: Beltz, Psychologie Verlags Union.
- Strauss, A. L. & Corbin, J. (1998). *Grounded Theory Methodology: An Overview*. In: Denzin, N. K. & Lincoln, Y. S. (Editors). *Strategies of Qualitative Inquiry*. Thousand Oaks, London, New Delhi: Sage Publications, p. 158 – 183.
- Strauss, A. L. & Fagerhaugh, S. & Suczek, B. & Wiener, C. (1985). *Social Organization of Medical Work*. New Brunswick, London: Transaction Publishers.
- Strübing, J. (1997). *Computer Tools for Grounded Theory: Introducing ATLAS / ti for Windows 95*. In: Klar, R. & Opitz, O. (Eds.). *Classification and Knowledge Organization*.

Proceedings of the 20th Annual Conference of the Gesellschaft für Klassifikation e.V., University of Freiburg, March 6 – 8, 1996. Berlin, Heidelberg, New York: Springer – Verlag, p. 399 – 407.

Strübing, J. (2007). Anselm Strauss. Konstanz: UVK Verlagsgesellschaft mbH.

Strübing, J. (2008). Grounded Theory. Zur sozialtheoretischen und epistemologischen Fundierung des Verfahrens der empirisch begründeten Theoriebildung. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, GWV Fachverlage GmbH.

Strübing, J. (2013). Qualitative Sozialforschung. Eine komprimierte Einführung für Studierende. München: Oldenbourg Wissenschaftsverlag GmbH.

Stucke, W. (1987) (Hrsg.). Die Arzt – Patienten – Beziehung im Krankenhaus. Stuttgart, New York: Gustav Fischer Verlag.

Taylor, K. (2009). Paternalism, participation and partnership – The evolution of patient centeredness in the consultation. *Patient Education and Counseling*, 74, p. 150 – 155.

Terzioglu, P. (2004). Gelungene Zusammenarbeit. Eine qualitative Untersuchung zur Umsetzung partizipativer Aspekte in der Zusammenarbeit von psychoseerfahrenen Patienten und niedergelassenen Psychiatern. Dissertation am Fachbereich Erziehungswissenschaften und Psychologie der Freien Universität Berlin.

Thole, L. (2013). Das Patientenrechtegesetz – Ziele der Politik. *Medizinrecht*, 31, S. 145 – 149.

Treibel, A. (2006). Einführung in Soziologische Theorien der Gegenwart. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften / GWV Fachverlage GmbH.

Tress, W. & Erny, N. (2008). Ethik in der Psychotherapie. Plädoyer für einen dynamischen Begriff des autonomen Patienten. *Psychotherapeut*, 53, S. 328 – 337.

Tress, W. & Langenbach, M. (1999) (Hrsg.). Ethik in der Psychotherapie. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.

Trojan, A. & Füllekrug, B. & Nickel, S. (2008). Arbeiten im Krankenhaus. Probleme und Handlungsoptionen im Überblick. In: Nickel, S. & Füllekrug, B. & Trojan, A. (Hrsg.). Arbeitszeitgestaltung im ärztlichen Dienst und Funktionsdienst des Krankenhauses. Herausforderungen, Modelle, Erfahrungen. München, Mering: Rainer Hampp Verlag, S. 183 – 192.

Trojan, A. & Stumm, B. (1992) (Hrsg.). Gesundheit fördern statt kontrollieren. Eine Absage an den Mustermenschen. Frankfurt am Main: Fischer Taschenbuch Verlag GmbH.

Ullrich, C. G. (2004). Aktivierende Sozialpolitik und individuelle Autonomie. In: *Soziale Welt*, 55 (2), S. 145 – 158.

van Dick, R. (2004). Commitment und Identifikation mit Organisationen. Göttingen, Bern, Toronto, Seattle: Hogrefe – Verlag.

Verkerk, M. A. (2001). The care perspective and autonomy. *Medicine, Health Care and Philosophy* (4), p. 289 – 294.

Voderholzer, U. & Hohagen, F. (2012) (Hrsg). *Therapie psychischer Erkrankungen. State of the Art 2011 / 2012*. München: Urban & Fischer Verlag.

Vogd, W. (2004a). *Ärztliche Entscheidungsprozesse des Krankenhauses im Spannungsfeld von System- und Zweckrationalität. Eine qualitativ rekonstruktive Studie unter dem besonderen Blickwinkel von Rahmen („frames“) und Rahmungsprozess*. Habilitationsschrift zur Erlangung der Lehrbefähigung für das Fach Soziologie am Fachbereich für Politik- und Sozialwissenschaften der Freien Universität Berlin. <http://userpage.fu-berlin.de/~vogd/Habil.pdf>, letzter Zugriff am 16.03.2015.

Vogd, W. (2004b). *Ärztliche Entscheidungsfindung im Krankenhaus. Komplexe Fallproblematiken im Spannungsfeld von Patienteninteressen und administrativ – organisatorischen Bedingungen*. *Zeitschrift für Soziologie*, 33 (1), S. 26 – 47.

Vogd, W. (2004c). *Entscheidungen und Karrieren. Organisationssoziologische Betrachtungen zu den Geschehnissen einer psychosomatischen Abteilung*. *Soziale Welt*, 55, S. 283 – 306.

Vogd, W. (2005). *Systemtheorie und rekonstruktive Sozialforschung. Eine empirische Versöhnung unterschiedlicher theoretischer Perspektiven*. Opladen: Verlag Barbara Budrich.

Vogd, W. (2006). *Die Organisation Krankenhaus im Wandel. Eine dokumentarische Evaluation aus Sicht der ärztlichen Akteure*. Bern: Verlag Hans Huber.

Vogd, W. (2011). *Zur Soziologie der organisierten Krankenbehandlung*. Weilerswist: Velbrück Wissenschaft.

Vogd, W. (2013). *Arzt – Patient – Interaktion aus medizinsoziologischer Perspektive*. In: Nittel, D. & Seltrecht, A. (Hrsg). *Krankheit: Lernen im Ausnahmezustand? Brustkrebs und Herzinfarkt aus interdisziplinärer Perspektive*. Berlin, Heidelberg: Springer – Verlag, S. 455 – 467.

Voelzke, W. (1998). *Psychotherapeutische Behandlung in der psychiatrischen Versorgung aus der Sicht Psychiatrie – Erfahrener*. *Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis*, 30, S. 47 – 67.

Vollmann, J. (1997). *Die Selbstbestimmung von Patientinnen und Patienten in der sozialpsychiatrischen Praxis. Ein medizinethisches Modell und seine praktische Umsetzung*. *Psychiatrische Praxis* (24), S. 181 – 184.

Vollmann, J. (2000a). *Aufklärung und Einwilligung in der Psychiatrie. Ein Beitrag zur Ethik in der Medizin*. Darmstadt: Steinkopff.

Vollmann, J. (2000b). *Einwilligungsfähigkeit als relationales Modell. Klinische Praxis und medizinethische Analyse*. *Der Nervenarzt* (71), S. 709 – 714.

Vollmann, J. (2008). *Patientenselbstbestimmung und Selbstbestimmungsfähigkeit. Beiträge zur klinischen Ethik*. Stuttgart: W. Kohlhammer GmbH.

- Vollmann, J. (2012). Patientenverfügungen von Menschen mit psychischen Störungen. Gültigkeit, Reichweite, Wirksamkeitsvoraussetzung und klinische Umsetzung. *Nervenarzt*, 83, S. 25 – 30.
- Vollmann, J. (2014). Zwangsbehandlungen in der Psychiatrie. Eine ethische Analyse der neuen Rechtslage für die klinische Praxis. *Nervenarzt*, 85, S. 614 – 620.
- Vollmann, J. & Bauer, A. & Danker – Hopfe, H. & Helmchen, H. (2011). Selbstbestimmungsfähigkeit von Patienten mit psychischen Störungen bei Therapieentscheidungen. Empirische Daten einer formalen und klinischen Testung. In: Vollmann, J. & Schildmann, J. (Hrsg.). *Empirische Medizinethik. Konzepte, Methoden und Ergebnisse*. Berlin: Lit Verlag, S. 73 – 86.
- Vollmann, J. & Schildmann, J. (2011) (Hrsg.). *Empirische Medizinethik. Konzepte, Methoden und Ergebnisse*. Berlin: Lit Verlag.
- Volmer, T. & Kielhorn, A. (1998). Compliance und Gesundheitsökonomie. In: Petermann, F. (Hrsg.). *Compliance und Selbstmanagement*. Göttingen, Bern, Toronto, Seattle: Hogrefe – Verlag, S. 44 - 72.
- vom Lehn, D. (2006). Rezension zu: Jörg Strübing (2005). *Pragmatische Wissenschafts- und Technikforschung. Theorie und Methode*. *Forum Qualitative Sozialforschung / Forum: Qualitative Social Research*, 7 (4), Art. 24. <http://www.qualitative-research.net/fqs-texte/4-06/06-4-24-d.htm>, letzter Zugriff am 16.03.2015.
- von Eiff, W. (1998). Krankenhaus – Management. In: Hurrelmann, K. & Laaser, U. (Hrsg.). *Handbuch Gesundheitswissenschaften*. Weinheim, München: Juventa Verlag, S. 799 - 821.
- von Trotha, Thilo (1995). Über die Unmöglichkeit, eine "Psychose" zu erfahren, oder, was mir nicht hilft, wenn ich verrückt werde. In: Bock, T. & Buck, D. & Gross, J. & Maß, E. & Sorel, E. & Wolpert, E. (Hrsg.). *Abschied von Babylon. Verständigung über Grenzen in der Psychiatrie*. Bonn: Psychiatrie - Verlag, S. 183 - 187.
- von Unger, H. & Wright, M. T. (2008) (Hrsg.). „An der Schnittstelle von Wissenschaft und Praxis“ – Dokumentation einer Tagung zu partizipativer Forschung in Public Health. Berlin: Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung. Abrufbar unter: <http://bibliothek.wzb.eu/pdf/2008/i08-307.pdf>, letzter Zugriff am 16.03.2015.
- Wachenhausen, H. (2001). *Medizinische Versuche und klinische Prüfungen an Einwilligungsunfähigen*. Frankfurt am Main, Berlin, Bern, Bruxelles, New York, Oxford, Wien: Peter Lang GmbH.
- Wagner, B. (1989). Sind psychiatrische Therapiemethoden „gerecht“? Für effektiven Rechtsschutz bei der Auswahl einer psychiatrischen Zwangsbehandlung, Teil I. *Recht & Psychiatrie*, 7, S. 49 – 56.
- Walker, E. & Dewar, B. J. (2001). How do we facilitate carers' involvement in decision making? *Journal of Advanced Nursing*, 34, p. 329 – 337.

- Wax, R. H. (1979). Das erste und unangenehmste Stadium der Feldforschung. In: Gerdes, K. (Hrsg.). Explorative Sozialforschung. Einführende Beiträge aus „Natural Sociology“ und Feldforschung in den USA. Stuttgart: Ferdinand Enke Verlag, S. 68 – 74.
- Weber, M. (1980). Wirtschaft und Gesellschaft: Grundriss der verstehenden Soziologie. Tübingen: Mohr.
- Weber, M. (1988). Gesammelte Aufsätze zur Wissenschaftslehre. Tübingen: Mohr.
- Weiberg, A. (2002). Das Arzt – Patient – Verhältnis im Krankenhaus. Wiener Medizinische Wochenschrift, 13 / 14, S. 326 – 329.
- Weise, K. (2005). Gemeindebezug ist Realitätsbezug. Geleitwort. In: Krisor, M. Aufgehoben in der Gemeinde. Entwicklung und Verankerung einer offenen Psychiatrie. Bonn: Psychiatrie – Verlag GmbH, S. 12 – 16.
- Weiß, R. (2009). Pierre Bourdieu: Habitus und Alltagshandeln. In: Hepp, A. & Krotz, F. & Thomas, T. (Hrsg.). Schlüsselwerke der Cultural Studies. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften / GWV Fachverlage GmbH, S. 31 – 46.
- Weißauer, W. (1996). Aufklärungspflicht und Arzt – Patient – Beziehung. In: Lang, E. & Arnold, K. (Hrsg.). Die Arzt – Patient – Beziehung im Wandel. Referate der Sechsten Informationsmedizinischen Tage in Hamburg 1994. Stuttgart: Ferdinand – Enke – Verlag, S. 113 - 122.
- Weltgesundheitsorganisation (1992). Die Ottawa – Charta. In: Trojan, A. & Stumm, B. (Hrsg.). Gesundheit fördern statt kontrollieren. Eine Absage an den Mustermenschen. Frankfurt am Main: Fischer Taschenbuch Verlag GmbH, S. 84 – 92.
- Wensing, M. & Elwyn, G. & Edwards, A. & Vingerhoets, E. & Grol, R. (2002). Deconstructing patient centred communication and uncovering shared decision making: an observational study. BMC Medical Informatics and Decision Making, 2, 2. <http://www.biomedcentral.com/1472-6947/2/2>, letzter Zugriff am 16.03.2015.
- Wetterling, T. & Tessmann, G. & Junghanns, K. (2002). Aufklärung über Medikamente. Psychiatrische Praxis, 29, S. 235 – 239.
et. al. (2002)
- Wiedemann, P. (1991). Gegenstandsnahe Theoriebildung. In: Flick, U. & von Kardoff, E. & Keupp, H. & von Rosenstiel, L. & Wolff, S. (Hrsg.). Handbuch Qualitative Sozialforschung. Grundlagen, Konzepte, Methoden und Anwendungen. München: Psychologie Verlags Union, S. 440 - 445.
- Wienberg, G. (2014). 40 Jahre Psychiatriereform in Deutschland – Auf dem Weg in die Drei – Klassen – Psychiatrie?! Sozialpsychiatrische Informationen, 44 (1), S. 4 – 9.
- Wienberg, G. & Walther, C. & Berg, M. (2013). PEGASUS: Psychoedukative Gruppenarbeit mit schizophren und schizoaffektiv erkrankten Menschen. Bonn: Psychiatrie – Verlag gGmbH.

- Willi, J. (1986). Der Arzt / Die Ärztin. In: Willi, J. & Heim, E. (Hrsg.). Psychosoziale Medizin. Gesundheit und Krankheit in bio – psycho – sozialer Sicht. Grundlagen. Berlin, Heidelberg, New York, Tokyo: Springer – Verlag, S. 1 – 15.
- Willi, J. & Heim, E. (1986) (Hrsg.). Psychosoziale Medizin. Gesundheit und Krankheit in bio – psycho – sozialer Sicht. Grundlagen. Berlin, Heidelberg, New York, Tokyo: Springer – Verlag.
- Winter, R. (2010). Symbolischer Interaktionismus. In: Mey, G. & Mruck, K. (Hrsg.). Handbuch Qualitative Forschung in der Psychologie. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, S. 79 – 93.
- Witzel, A. (1982). Verfahren der qualitativen Sozialforschung. Überblick und Alternativen. Frankfurt, New York: Campus Verlag.
- Witzel, A. (1985). Das problemzentrierte Interview. In: Jüttemann, G. (Hrsg.). Qualitative Forschung in der Psychologie. Grundlagen, Verfahrensweisen, Anwendungsfelder. Weinheim, Basel: Beltz Verlag, S. 227 - 255.
- Witzel, A. (2000). Das problemzentrierte Interview. Forum Qualitative Sozialforschung / Forum: Qualitative Social Research (Online Journal), 1 (1), S. 1 – 9. <http://www.qualitative-research.net/index.php/fqs/article/view/%201132/2519>, letzter Zugriff am 16.03.2015.
- Workman, R. H. & Mc Cullough, L. B. & Molinari, V. & Kunik, M. E. & Orengo, C. & Khalsa, D. K. & Rezabek, P. (2000). Clinical and Ethical Implications of Impaired Executive Control Functions for Patient Autonomy. *Psychiatric Services*, 51, p. 359 – 363.
- World Health Organization (2003). Adherence to long - term therapy: Evidence for action. Abrufbar unter: http://www.who.int/chp/knowledge/publications/adherence_report/en/, letzter Zugriff am 16.03.2015.
- Wright, M. T. (1999). „Ungehorsam“ auch bei HIV / AIDS. In: Compliance und antiretrovirale Therapie. AIDS Forum DAH, Band 37. Berlin: Deutsche Aids Hilfe, S. 15 – 59.
- Zaumseil, M. (1998). Psychosese minare – ein Puzzle theoretischer Bausteine. In: Geislinger, R. (Hrsg.). Experten in eigener Sache. Psychiatrie, Selbsthilfe und Modelle der Teilhabe. München: Zenit – Verlag, S. 191 – 204.
- Zaumseil, M. (2000). Möglichkeiten der Verständigung über Medikamente. Wie kommen Professionelle und Betroffene zu gemeinsamen Entscheidungen? In: Knuf, A. & Seibert, U. (Hrsg.). Selbstbefähigung fördern. Empowerment und psychiatrische Arbeit. Bonn: Psychiatrie – Verlag, S. 196 – 210.
- Zaumseil, M. (2014). Subjektivität von (psychisch) Kranken und Professionellen. Unveröffentlichtes Vortragsmanuskript.
- Zaumseil, M. & Leferink, K. (1997a) (Hrsg.). Schizophrenie in der Moderne – Modernisierung der Schizophrenie. Lebensalltag, Identität und soziale Beziehungen von psychisch Kranken in der Großstadt. Bonn: Edition das Narrenschiff im Psychiatrie – Verlag.

Zaumseil, M. & Leferink, K. (1997b). Einleitung: Lebensalltag, Identität und soziale Beziehungen von psychisch kranken Menschen in der Großstadt. In: Zaumseil, M. & Leferink, K. (Hrsg). Schizophrenie in der Moderne – Modernisierung der Schizophrenie. Lebensalltag, Identität und soziale Beziehungen von psychisch Kranken in der Großstadt. Bonn: Edition das Narrenschiff im Psychiatrie – Verlag, S. 6 – 26.

Zerchin, S. (1990). Auf der Spur des Morgensterns. Psychose als Selbstfindung. München, Leipzig: List Verlag.

Zimmermann, M. A. (1995). Psychological empowerment: issues and illustrations. *American Journal of Community Psychology*, 23, p. 581 – 598.

Zimmermann, M. A. (2000). Empowerment Theory. Psychological, Organizational and Community Levels of Analysis. In: Rappaport, J. & Seidman, E. (Ed.). *Handbook of Community Psychology*. New York: Kluwer Academic / Plenum Publishers, p. 43 – 63.

Zolnierek, K. B. H. & di Matteo, M. R. (2009). Physician Communication and Patient Adherence to Treatment: A Meta - analysis. *Medical Care*, 47 (8), p. 826 – 834.

IV. Anhang

A. Anschreiben an die Klinik (Beispiel Waldkrankenhaus)

Das im folgenden wiedergegebene Anschreiben an das Waldkrankenhaus formulierte ich am Beginn des Forschungsprozesses. Das Waldkrankenhaus war die erste Klinik, zu der ich Kontakt aufnahm.

Betr.: Anfrage bezüglich der Teilnahme an einer empirischen Studie über die Interaktionen von Ärzten und Patienten

Sehr geehrte Damen und Herren,

an der FU Berlin (Arbeitsbereich Klinische Psychologie und Gemeindepsychologie) untersuchen wir zur Zeit die Interaktionen von Ärzten und Patienten. Die Analyse der Interaktionen von Behandelnden und Betroffenen in der stationären chirurgischen Versorgung innerhalb der Krebstherapie und die Analyse der Kooperation von Psychiatern und Menschen im ambulanten Sektor, die als psychotisch diagnostiziert wurden, befinden sich bereits in der Auswertungsphase.

Die bisher gewonnenen Erkenntnisse möchten wir nun erweitern, indem wir die Möglichkeiten und Grenzen des gemeinsamen Handelns von Ärzten und psychoerfahrenen Menschen in der stationären Psychiatrie mit einem Fokus auf die Pharmakotherapie untersuchen¹¹³. Wir gehen davon aus, dass immer mehr Behandelnde darum bemüht sind, kooperative¹¹⁴ Beziehungen mit den Betroffenen zu erproben. Es scheint sinnvoll zu sein, solche „entwickelte“ Formen der Praxis zu identifizieren und auf ihre Bedingungen hin zu analysieren,

¹¹³ Diesen Fokus gab ich mit zunehmender Dauer des Forschungsprozesses auf.

¹¹⁴ Am Beginn des Forschungsprozesses verwendete ich den Begriff Kooperation, um den Forschungsgegenstand zu charakterisieren. Der Begriff erwies sich jedoch als nicht geeignet. Im Untersuchungsfeld wird er in der Regel als Synonym für den Begriff Compliance eingesetzt (vergleiche 11.2.4). Aufbauend auf diesem Ergebnis vermied ich im weiteren Forschungsprozess den Begriff Kooperation und sprach von einer Patientenselbstbestimmung beziehungsweise der Handhabung der Patientenselbst- und – fremdbestimmungen.

um neue wissenschaftliche Erkenntnisse gewinnen zu können. Eine ausführliche Darstellung unseres Forschungsvorhabens können Sie dem beigefügten Exposé entnehmen. Für die Durchführung der Studie ist Herr Diplom – Psychologe Jörn Koepsell im Rahmen seiner Promotion verantwortlich.

Auf der Suche nach einer psychiatrischen Klinik, in der entsprechende Interaktionen ein Teil der Behandlung sind, wurden wir sowohl von Experten als auch von psychiatriee erfahrenen Menschen immer wieder auf Ihre Einrichtung verwiesen, so dass wir mit unserer Studie gerne in Ihrer Klinik beginnen möchten. Deshalb wenden wir uns mit diesem Brief und der Frage an Sie, ob bei Ihnen eine Bereitschaft dazu besteht, bezüglich des Forschungsvorhabens mit uns zusammen zu arbeiten. Sie sollten damit einverstanden sein, dass wir in Ihrer Einrichtung ab Sommerbeginn für voraussichtlich ein Jahr Feldbeobachtungen und qualitative Interviews mit den Ärzten und Patienten durchführen. Die benötigten finanziellen Mittel werden von uns übernommen.

Wir hoffen, mit unseren Darstellungen Ihr Interesse an einer Teilnahme innerhalb unseres Forschungsprojektes wecken zu können. Über eine Zusage Ihrerseits würden wir uns sehr freuen und verbleiben bis zu einer Antwort von Ihnen mit freundlichen Grüßen

(Prof. Dr. M. Zaumseil)

(Dipl.-Psych. J. Koepsell)

B. Datenschutzvereinbarung (Beispiel Klinik am See)**VEREINBARUNG ZUM DATENSCHUTZ**

Herr Jörn Koepsell (Diplom - Psychologe) hat die Erlaubnis erhalten, in der Klinik am See Daten über die Interaktionen von Ärzten und Patienten zu erheben. Die Datenerhebung findet im Rahmen seiner Promotionsarbeit an der Freien Universität Berlin statt. Der Arbeitstitel der Studie lautet „Möglichkeiten und Grenzen kooperativen Handelns von Ärzten und psychoseerfahrenen Menschen in der stationären Psychiatrie während der Pharmakotherapie“. Im Rahmen der Datenerhebung zeichnet Herr Koepsell ein Gespräch zwischen dem Patienten _____ sowie dem behandelnden Arzt auf Tonband auf. Zusätzlich führt er ein wissenschaftliches Interview mit dem oben genannten Patienten.

Die Teilnahme an der Forschungsarbeit ist freiwillig. Für die Durchführung und wissenschaftliche Auswertung des Interviews ist neben Herrn Koepsell (Doktorand) sein Betreuer und Projektleiter Herr Prof. Dr. M. Zaumseil (FU - Berlin) verantwortlich. Die Verantwortlichen tragen dafür Sorge, dass alle erhobenen Daten streng vertraulich behandelt und ausschließlich zum vereinbarten Zweck verwendet werden. Der oben genannte Patient erklärt sein Einverständnis mit der Tonbandaufnahme und wissenschaftlichen Auswertung der Daten. Nach Ende der Bandaufnahme können auf seinen Wunsch einzelne Abschnitte des Gesprächs gelöscht werden.

Zur Sicherung des Datenschutzes wird das Material entsprechend folgender Datenschutzvereinbarungen behandelt:**BANDAUFNAHME:**

1. Die Bandaufnahme wird vom Doktorand bzw. Projektleiter verschlossen aufbewahrt und nach Abschluss der Untersuchung, spätestens jedoch nach zwei Jahren gelöscht.
2. Zugang zur Bandaufnahme haben der Doktorand, Projektmitglieder und Hilfskräfte für die Auswertung.
3. Darüber hinaus kann die Bandaufnahme zu Lehrzwecken in Seminaren benutzt werden.
(Alle Personen müssen dabei zur Einhaltung des Datenschutzes verpflichtet werden!)

C. Beobachtungsbögen

Erfassung des Settings

Geschichte des Krankenhauses	
Größe des Krankenhauses	
Größe der Psychiatrie	
Größe der Station	
Auftrag	
Raum (die physikalischen Orte)	
Welche Personen existieren im Feld? (und diese je beschreiben)	
Wie ist ihre Beziehung zueinander? (soziale Hierarchie, ...)	

D. Interviewleitfäden

Interviewleitfaden Patienten¹¹⁵

1. Offene Einleitung

Ich interessiere mich ja dafür, was zwischen Ärzten und Patienten passiert, wenn sie im Krankenhaus sind. Dabei interessiert mich vor allem, inwieweit die Wünsche des Patienten die Behandlung mitbestimmen. In unserem Gespräch jetzt, möchte ich gerne Ihre Erfahrungen und Ihre Meinung kennen lernen. Ich werde Sie gleich öfters darum bitten, mir von konkreten Situationen zu erzählen, von Geschichten, die Sie hier erlebt haben. Dann kann ich mir das besser vorstellen, wie es bei Ihnen war.

Selbstverständlich werde ich über die Sachen, die Sie mir erzählen, mit niemandem reden, also auch nicht den Ärzten davon berichten. Ich gehöre ja auch nicht hier zum Krankenhaus, sondern komme von der FU Berlin. An der FU machen wir es immer so, dass wir die Gespräche anonymisieren, d.h. ich verwende nicht Ihren Namen, sondern einen ganz anderen, also beispielsweise Herr Müller oder Frau Meier. Und ich werde versuchen, Ihre persönlichen Informationen so weit zu verändern, dass hinterher möglichst niemand erkennen kann, dass ich mich mit Ihnen unterhalten habe.

Zuerst möchte ich Sie darum bitten, sich mal an den Tag zu erinnern, an dem Sie hier ins Krankenhaus gekommen sind. Können Sie mir bitte mal erzählen, was an diesem Tag so alles passiert ist?

Wie kam es eigentlich dazu, dass Sie hier in dieses Krankenhaus gegangen sind?

Und in den folgenden Tagen Ihres Aufenthalts hier, was geschah da?

¹¹⁵ Die im folgenden wiedergegebenen Fragen habe ich nicht in Form eines Fragebogens nacheinander abgearbeitet, sondern der Leitfaden diente mir entsprechend Witzels (1982, 1985, 2000) Hinweisen als eine Orientierung für das Gespräch und als eine Gedächtnisstütze in Bezug auf die Themen, die aus meiner Perspektive interessant und relevant sein können.

2. Patientenselbst- und -fremdbestimmung

Mich interessiert ja vor allem, inwieweit Ihre Wünsche und Ihre Vorstellungen hier im Krankenhaus beachtet wurden. Wenn Sie sich mal bitte an eine Situation erinnern, in der Ihre Wünsche und Ihre Vorstellungen bezüglich der Behandlung mitbestimmend waren – was fällt Ihnen da als erstes ein?

In welchen weiteren Situationen wurde Ihre Vorstellung umgesetzt?

Und wie war das für Sie, dass Dr. X Ihre Vorstellung berücksichtigt hat?

Welche Vorteile hatten Sie dadurch?

Hatte es für Sie auch Nachteile?

Kam es auch vor, dass Dr. X eine andere Vorstellung von der Behandlung hatte als Sie und was passierte dann?

In welchen Situationen wurde Ihre Vorstellung nicht umgesetzt?

Und wie war das für Sie?

Können Sie sich auch eine Situation vorstellen, in der Sie sagen würden, es ist o.k., dass mein Wunsch nicht umgesetzt wird?

Was denken Sie generell, wie werden hier in diesem Krankenhaus Entscheidungen getroffen?

3. Medikation

Sie haben während Ihres Aufenthaltes hier im Krankenhaus ja (keine) Medikamente bekommen.

Wie wurde das eigentlich entschieden?

Welche Informationen hat Dr. X Ihnen über das Medikament gegeben?

Haben Ihnen die Informationen gereicht?

Hat Dr. X eigentlich auch Nebenwirkungen angesprochen, die eventuell auftreten können?

Und sind bei Ihnen Nebenwirkungen aufgetreten?

Gab es auch Alternativen zu den Medikamenten, die Sie dann genommen haben?

Haben Sie eine Idee, ob etwas anders gewesen wäre, wenn Sie ein anderes Medikament bekommen hätten? (atypische vs. klassische Neuroleptika)

Wurde die Medikation im Laufe des Aufenthaltes geändert und was geschah in den entsprechenden Situationen?

Haben Sie sich (weitere) Änderungen gewünscht?

Welche Bedeutung haben Medikamente eigentlich für Sie?

4. Informierung und Aufklärung

Wir haben uns ja eben schon kurz über das Thema Informationen und Aufklärung unterhalten, wozu es meist recht unterschiedliche Erfahrungen gibt. Einige Patienten sagen ja, dass ihr Arzt sie nicht genügend informiert und aufklärt. Anderen Patienten reichen die Informationen, die der Arzt ihnen gibt. Welche Erfahrungen haben Sie hier im Krankenhaus gemacht?

Hat Dr. X Ihnen eine Diagnose mitgeteilt?

Hat er Ihnen diese auch erklärt?

Dr. X spricht ja von einer *Psychose* (*Begriff des Arztes verwenden*), welche Bezeichnung verwenden denn Sie?

Und was heißt *Psychose* (*Bezeichnung des Patienten verwenden*) eigentlich für Sie und Ihr Leben?

Haben Sie eine Idee, wie es zu Ihrer *Psychose* (*Bezeichnung des Patienten verwenden*) kam?

Woher haben Sie diese Informationen (falls Patient etwas über die Krankheit weiß)?

Es ging ja eben darum, in wie weit Dr. X Sie aufgeklärt und informiert hat. Gab es denn auch Situationen, in denen Sie das Gefühl hatten, Sie möchten Dr. X nicht alles erzählen?

5. Kontextfaktoren

Was mich auch interessiert ist, in wie weit außer Ihnen und Dr. X andere Menschen oder weitere Faktoren einen Einfluss auf die Behandlung hatten. Können Sie mir mal bitte von einer Situation erzählen, in der außer Ihnen und Dr. X andere Menschen einen Einfluss auf Ihren Aufenthalt hatten?

Gab es weitere Faktoren, die einen Einfluss hatten? (In welchen Situationen?)

die nicht ärztlichen Mitarbeiter (v. a. Pflegepersonal, Sozialarbeiter und Ergotherapeut)

das Setting Krankenhaus (v. a. Chefarzt und Oberarzt)

Personal aus der ambulanten Versorgung

die Mitpatienten

Angehörige

das soziale Umfeld des Betroffenen (Arbeit, Familie, Freunde, ...)

weitere Aspekte wie beispielsweise vorherige Erfahrungen mit Ärzten und mit der *Psychose* (*Bezeichnung des Patienten verwenden*)

6. Vergleiche

Wenn Sie sich mal bitte an Ihren bisherigen Aufenthalt in diesem Krankenhaus erinnern und darüber nachdenken, wie die Behandlung verlaufen ist. Und wenn Sie dieses mit Ihren Vorstellungen vor dem Aufenthalt vergleichen - Gab es eine Situation, die Sie sich vor dem Aufenthalt anders vorgestellt haben?

Was haben Sie in der Situation gemacht, als Sie merkten, dass entspricht nicht Ihren Vorstellungen?

Gab es weitere solche Ereignisse?

Und wenn Sie sich an frühere Aufenthalte in einem anderen Krankenhaus oder auf einer anderen Station erinnern. Gibt es Dinge, die dort anders waren als hier?

Eine Ihrer Meinung nach „idealer Arzt“ – was würde der machen, wenn Sie zu ihm ins Krankenhaus kommen?

Was würde er anders machen als Dr. X?

Haben Sie eine Idee, wieso Dr. X dieses nicht gemacht hat?

Was muss ein Arzt Ihrer Meinung nach auf jeden Fall können?

Und was ist für Sie ein „schlechter“ Arzt?

Wenn Sie jetzt mal an die ärztliche Behandlung außerhalb des Krankenhauses denken, was ist dort anders im Vergleich zu Ihrem Aufenthalt hier?

Zum Abschluss möchte ich Sie noch darum bitten, mir etwas über Ihre Geschichte zu erzählen. Vielleicht können Sie mit dem Zeitpunkt beginnen, an dem Sie das erste Mal mit der Psychiatrie in Kontakt kamen. Was ist denn seit diesem Zeitpunkt so alles passiert?

Was hat sich eigentlich in Ihrem Leben seitdem geändert?

Und Ihre derzeitige Lebenssituation, wie ist die? (Arbeit, Familie, Freunde)

7. Abschluss

Welche Ereignisse oder Themen, über die wir bisher noch nicht gesprochen haben, waren für Sie während Ihres Aufenthaltes hier außerdem wichtig?

Ich habe nun eigentlich alle meine Fragen gestellt. Möchten Sie noch etwas ergänzen, über das wir bisher noch nicht gesprochen haben?

Kurzfragebogen Patienten

Kurzinformation zum Interview

Befragter (anonymisiert):

Datum:

Ort:

Dauer (in Minuten): A) Dauer des Kontakts: Min.;

B) Dauer des Interviews: Min.

Interviewer:

Indikatoren für Interviewten

Geschlecht:

Alter:

Schulabschluss:

Herkunftsberufe:

Momentane Berufstätigkeit:

tätig im Beruf seit:

Arbeitsunfähigkeit (Zeitpunkt + Dauer):

Diagnose:

Datum Ersterkrankung:

Anzahl + Zeitpunkt der Rückfälle:

Klinikaufenthalte (Anzahl, Dauer):

Psychopharmakotherapie (früher + heute):

Wahrnehmen außerstationärer Behandlungsangebote (Treffpunkte, Tagesklinik, Therapie,

Neurologe, ...): früher und heute:

Aufenthaltsdauer in der Klinik:

Familienstand:

Zahl der Kinder:

Alter der Kinder:

Geschlecht der Kinder:

Aufgewachsen (Stadt / Land):

Wohnsituation:

Interviewleitfaden Ärzte

1. Einleitung

Ich interessiere mich ja für bestimmte Interaktionen zwischen Klinikärzten und Patienten mit einer psychotischen Störung, nämlich für die Fälle, in denen die Vorstellungen und Wünsche des Patienten einen Einfluss auf die Behandlung nehmen. Um mehr über dieses Thema zu erfahren, konnte ich ja eine ganze Zeit hier auf der Station und vor allem Ihre Arbeit beobachten, und ich habe ja auch Interviews mit verschiedenen Patienten geführt. In unserem Gespräch jetzt interessieren mich zusätzlich Ihre Erfahrungen, die Sie als Arzt in der täglichen Arbeit machen. Deshalb werde ich Sie des öfteren darum bitten, mir von konkreten Situationen zu erzählen. Es geht mir um konkrete Ereignisse und Geschichten, die Sie als Arzt hier auf der Station erlebt haben. Und damit ich Ihre jetzige Tätigkeit besser einordnen kann, möchte ich mich auch kurz mit Ihnen über Ihre berufliche Biographie unterhalten.

Selbstverständlich werde ich das Gespräch anonymisieren, also Ihre persönlichen Informationen so weit verändern, dass für Außenstehende kaum Rückschlüsse auf Ihre Person möglich sein werden. Ich möchte aber auch dazu sagen, dass die Anonymisierung bezüglich Ihrer Kollegen recht schwierig ist. Ich werde mich natürlich bemühen, Ihre Anonymität zu wahren, kann Ihnen aber nicht garantieren, dass die anderen Mitarbeiter der Station sozusagen vermuten könnten, dass Sie es mir erzählt haben.

Ich habe mir die Fragen, die für meine Forschungsarbeit relevant sind, hier auf meinem Zettel aufgeschrieben. D. h. aber nicht, dass ich diesen Zettel jetzt Frage für Frage mit Ihnen „arbeiten“ möchte, sondern ich werde im Laufe des Gespräches manchmal raufschaun, um mich zu orientieren, über welche Themen Sie mir noch nichts erzählt haben.

Wie ich ja eben schon gesagt habe, interessiert mich auch Ihre berufliche Biographie. Und zum Anfang möchte ich Sie darum bitten, mir davon zu erzählen, wie es dazu kam, dass Sie Psychiater geworden sind.

Was waren Ihre Motive, diesen Beruf zu ergreifen?

Und wie kam es dazu, dass Sie hier in diesem Krankenhaus arbeiten?

Können Sie mir ein Motto oder ein Bild nennen, das Ihre Tätigkeit auf der Station am treffendsten beschreibt?

Was haben Sie für einen Anspruch an Ihre Arbeit?

2. Patientenselbst- und -fremdbestimmung

Ich interessiere mich ja für die Fälle, in denen die Vorstellungen und Wünsche des Patienten einen Einfluss auf die Behandlung nehmen. Ich möchte Sie jetzt bitten, sich an einen solchen Fall zu erinnern, wo die Vorstellungen und Wünsche eines psychoseerfahrenen Patienten einen Einfluss auf die Behandlung hatten. Und wenn Sie an Ihren ersten Kontakt mit diesem Patienten denken – können Sie mir bitte erzählen, was da passiert ist?

Und in den nächsten Tagen, wie war es da?

In welchen Situationen ist es möglich, dass die Vorstellung des Patienten einen Einfluss auf die Behandlung hat?

Gibt es weitere Bedingungen, die dazu erfüllt sein müssen?

Welche Nachteile kann es haben, wenn die Behandlung durch den Patienten beeinflusst wird?

Welche „Nebenwirkungen“ können auftreten?

Ein Ihrer Meinung nach „idealer Patient“, was macht der?

Und wenn Sie an eine Situation denken, in der Sie eine andere Vorstellung von der Behandlung hatten als der Patient – wie war die Situation?

In welchen Situationen kann eine Vorstellung des Patienten nicht mehr umgesetzt werden?

Und wann erscheint Ihnen ein Patient als nicht mehr entscheidungsfähig?

Wie stellen Sie das fest?

Und was passiert, wenn ein Patient nicht entscheidungsfähig ist?

Was machen Sie, wenn ein Patient zwar entscheidungsfähig ist, aber die für seine Gesundheit und weitere Entwicklung falschen Entscheidungen trifft?

Aus Ihren täglichen Erfahrungen heraus, welche Bedeutung hat es, dass der Patient compliant ist?

Erinnern Sie sich auch an eine Behandlung, wo der Patient nicht compliant war und gleichzeitig die Behandlung mitbestimmen konnte?

Eine Behandlung, die SIE als gut oder gelungen bezeichnen – verläuft die so, wie Sie es eben schon erzählt haben?

Falls nein: Dann möchte ich Sie bitten, sich an eine spezifische Behandlung eines psychotischen Patienten zu erinnern, die SIE als gut oder gelungen bezeichnen – wenn Sie an Ihren

ersten Kontakt mit diesem Patienten denken, können Sie mir bitte erzählen, was da passiert ist?

Und in den folgenden Tagen des Aufenthalts dieses Patienten hier auf der Station, was passierte da?

Haben Sie eine Idee, woran es lag, dass diese Behandlung gut verlaufen ist?

Welchen Anteil schreiben Sie sich zu?

Erinnern Sie sich auch an eine Behandlung, die Sie als schwierig oder anstrengend bezeichnet haben – was ist da passiert?

Haben Sie eine Idee, woran es lag, dass diese Behandlung nicht so gut verlaufen ist?

3. Medikation

Die meisten psychotischen Patienten, die hier auf der Station sind, nehmen ja Medikamente. Wenn Sie sich an eine typische Situation erinnern, in der die Medikation festgelegt wurde – können Sie mir von der Situation bitte mal erzählen?

Erinnern Sie sich auch an eine Behandlung, wo der Patient keine Medikamente einnehmen wollte? Was passierte da?

Welche Bedeutung haben Medikamente eigentlich für Sie in Ihrer Arbeit hier?

Und wenn es darum geht, welche Medikamente und in welcher Dosierung Sie verschreiben, welche Leitlinie haben Sie da?

Welchen Unterschied sehen Sie zwischen den klassischen und den atypischen Neuroleptika?

Welche Bedeutung haben atypische Neuroleptika in Ihrer täglichen Arbeit?

Und aus Ihren Erfahrungen hier, inwieweit unterscheidet sich Ihre Einstellung zu Medikamenten von der Meinung der Patienten?

Gibt es „typische Konfliktthemen“?

4. Informierung und Aufklärung

In der Regel hat der Arzt ja mehr Wissen oder ein anderes Wissen als der Patient, so dass der Arzt den Patienten aufklärt und informiert. Wenn Sie sich an eine typische Behandlungssitua-

tion erinnern, in der sie einen Patienten informiert und aufgeklärt haben, können Sie mir davon mal bitte erzählen?

Was sprechen Sie an, wenn Sie einen Patienten aufklären?

Gibt es Informationen, die Sie Patienten aus guten Gründen nicht so gerne zumuten möchten?

Gibt es Informationen, von denen Sie denken, dass sie den Krankheitsverlauf des Patienten eher negativ beeinflussen?

Teilen Sie den Patienten auch eine Diagnose mit?

Und welche Informationen über die Diagnose geben Sie weiter?

Es ging ja eben darum, inwieweit Sie einen Patienten aufklären und informieren. Können Sie sich auch an eine Situation erinnern, in der Sie das Gefühl hatten, der Patient möchte Ihnen nicht alles erzählen?

Was machen Sie in einer solchen Situation?

5. Kontextfaktoren

Was mich auch interessiert ist, inwieweit außer Ihnen und dem Patienten andere Menschen oder weitere Faktoren einen Einfluss auf die Behandlung haben. Können Sie mir bitte mal von einer Situation erzählen, in der außer Ihnen und dem Patienten andere Menschen einen Einfluss auf die Behandlung hatten?

Gibt es weitere Faktoren, die einen Einfluss haben?

An der Visite hier nehmen ja auch der Oberarzt, der Psychologe und das Pflegepersonal teil. Können Sie sich an eine Situation erinnern, als eine von diesen Personen einen Einfluss auf die Behandlung hatte?

Es gibt hier ja beispielsweise auch eine Stationsordnung oder ein Therapieprogramm. Gab es mal eine Situation, wo diese Faktoren und die Behandlungsvorstellungen des Patienten in Konflikt geraten sind?

Geraten diese „Kontextfaktoren“ auch mal in Konflikt mit Ihren eigenen Ansprüchen?

Was machen Sie dann?

Welche Voraussetzungen brauchen Sie, um die Behandlung möglichst entsprechend der Vorstellungen des Patienten gestalten zu können?

Welche Unterstützung kriegen Sie?

Setting Krankenhaus (v. a. Chefarzt und Oberarzt, ärztliche Kollegen)

die nicht ärztlichen Mitarbeiter (v. a. Pflegepersonal, Sozialarbeiter und Ergotherapeut)

Personal aus der ambulanten Versorgung (Ärzte, Betreuer)

Angehörige

das soziale Umfeld des Betroffenen (v.a. Arbeit)

die Mitpatienten

weitere Aspekte (v. a. Zeit)

6. Belastungen, Grenzen

Wie erleben Sie die Belastungen Ihrer Arbeit?

Haben Sie auch Situationen erlebt, wo Sie an Ihre Grenzen gestoßen sind?

Wie erleben Sie den Umgang mit psychoseerfahrenen Patienten?

Gibt es da Besonderheiten in der Zusammenarbeit?

Wenn ein Mensch eine Psychose hat – was verbinden Sie damit?

7. Abschluss

Ich möchte Sie jetzt noch mal bitten, ein kleines Gedankenspiel mitzumachen. Stellen Sie sich vor, Sie erkranken an einer Psychose und kommen hier in dieses Krankenhaus – was würden Sie als Patient hier machen?

Und was würden Sie von dem Arzt erwarten, der sie behandelt?

Welche Ereignisse oder Themen, über die wir bisher noch nicht gesprochen haben, sind Ihrer Meinung nach für mein Forschungsthema außerdem wichtig?

Ich habe nun eigentlich alle meine Fragen gestellt. Möchten Sie noch etwas ergänzen, über das wir bisher noch nicht gesprochen haben?

E. Transkriptionsregeln

Die erhobenen Daten transkribierte ich entsprechend der im folgenden aufgelisteten Transkriptionsregeln. Die zahlreichen Auszüge aus den Interviews, die ich oben wiedergebe, beinhalten diese Transkriptionsregeln nicht, um eine bessere Lesbarkeit des Textes erreichen zu können.

Absatz und Leerzeile	Themaende und Sprecherwechsel
Was glaubst'n?	Auslassungen durch Apostroph ersetzt
HÖCHstens	Betonung durch den Interviewpartner; Großschreibung der betonten Silbe
seeehr	Dehnung durch den Interviewpartner
Groß- und Kleinschreibung Interpunktion , . ; : ! ?	konventionelle Benutzung
(SEUFZT) (TRINKT)	Kommentar beim Transkribieren entsprechend der Tonbandaufzeichnung
*, **, *3*	Pausen (längere Pause mit Dauer in Sekunden)
#und dann sagt er# #Was hat er# gesagt	Simultansprechen; Passagen in Doppelkreuzen markiert
(xxx)	Textpassagen, die unverständlich sind
Da ham=se gesagt	zusammengezogene Worte (Verschleifung)
Medi// Medikamente	Wortabbruch; an ein abgebrochenes Wort // angehängt
(...)	Auslassung innerhalb des Zitats
JK:	Jörn Koepsell (Interviewer)
A.:	Anfangsbuchstabe des Nachnamens des Patienten
Dr. S.:	Anfangsbuchstabe des Nachnamens des Arztes

F. Lebenslauf

Mein Lebenslauf wird aus Gründen des Datenschutzes in der elektronischen Fassung meiner Arbeit nicht veröffentlicht.

G. Erklärung

Hiermit versichere ich an Eides statt, dass ich die vorgelegte Arbeit selbständig verfasst habe. Andere als die angegebenen Hilfsmittel habe ich nicht verwendet.

Die Arbeit ist in keinem früheren Promotionsverfahren angenommen oder abgelehnt worden.

Datum:

Unterschrift: