

5 Durchführung: Der Zugang zum Feld

Wie in Kapitel 4.1 dargestellt, ist der Zugang zum Feld ein kritischer Moment am Beginn der Feldforschung. Ich beschreibe deshalb antizipierte Hindernisse, die Rolle der ärztlichen Türöffner, meine ersten Eindrücke von der Zusammenarbeit mit den Ärzten sowie die Erwartungen der Ärzte an mich. Anschließend zeige ich, wie wichtig die Wahl des „richtigen“ Begriffs für „Psychosen“ für meine Kontakte zu den Untersuchungspartnern war. Danach analysiere ich meine Rollen im Feld und beleuchte schließlich die Konsequenzen des Dargestellten für die Arzt-Patient-Zusammenarbeit.

Bis auf dieses letzte Kapitel beziehen sich die Aussagen primär auf den Feldeinstieg. Die in dieser Phase der Datenerhebung gemachten Beobachtungen und Erlebnisse sind von zentraler Bedeutung und finden hier besondere Beobachtung, weil mein Blick auf das Feld zu dieser Zeit noch relativ „unverstellt“ war, ich noch mit fremdem Blick auf die Untersuchungspartner schauen konnte. Die hier gebildeten Kategorien sind deshalb auch in die weitere Analyse der Daten eingeflossen – als Hinweise auf Themen, die für die Zusammenarbeit der Ärzte mit den Patienten wichtig sein können.

5.1 Mögliche Hindernisse

Der Zugang zum Feld gestaltete sich zu Beginn der Forschungsphase als schwierig. Während es durchaus Studien gibt, in denen Forscher sich auf Klinikstationen aufgehalten haben oder in denen sich Ärzte gegenseitig beforscht haben bzw. zum Ziel der Balintgruppenarbeit selbst ihre Behandlungen auf Video aufgenommen und anschließend in der Gruppe analysiert haben, waren mir keine Studien bekannt, in denen Psychologinnen Psychiater in einer Praxis beforscht haben. Folgende Punkte erschienen mir als Haupthinderungsgründe:

- Eine Praxis ist ein besonders „störanfälliges“ Feld. Dort sind weniger Menschen anwesend als z.B. in einem Krankenhaus, so dass jede zusätzliche Person, die noch dazu offenbar keiner in diesem Feld üblichen Beschäftigung nachgeht, besonders auffallen muss. (Störung normaler Abläufe)
- In diesem Setting ist der Zweierkontakt zwischen Arzt und Patient besonders relevant. Sie gehen gemeinsam in ein Zimmer und schließen die Tür hinter sich, normalerweise geht keine unbeteiligte Person mit in dieses Zimmer. Das ärztliche

Gebot der Schweigepflicht ist ein zusätzlicher Hinweis darauf, wie intim der Kontakt zwischen Ärzten und Patienten normalerweise ist.

- Ich betrete diesen Rahmen als fachfremde Person, noch dazu aus einer benachbarten Fachdisziplin, die nicht selten mit dem der Psychiatrie konkurriert. Es ist gut möglich, dass die Ärzte meine Anwesenheit als Kontrolle empfinden oder befürchten, ich würde ihrer Arbeit kritisch oder abwertend gegenüber stehen.
- Schließlich haben die beforschten Ärzte keinen direkten Nutzen daraus, mich in ihrer Praxis anwesend sein zu lassen. Zunächst einmal bedeutet meine Forschungstätigkeit vor allem zusätzliche Arbeit für sie.

5.2 Ärztliche Türöffner

Und tatsächlich bedurfte es einiger Anstrengungen, um Zugang zur ersten Praxis zu erhalten. Der Zeitraum von meinen ersten Versuchen, mit Ärzten in Kontakt zu treten bis zu dem Tag, an dem mich Frau Luhna zurückrief, dauerte ca. zwei Monate. Erst die Intervention des Betreuers dieser Arbeit öffnete mir die Tür. Er telefonierte mit Frau Luhna, schickte ihr das Exposé der Forschungsabsicht zu und kündigte meinen Anruf an. Dass diese Intervention schließlich zum Erfolg führte, kann damit zusammen hängen, dass er Arzt und Universitätsprofessor ist, dass also seine Zusicherung als Kollege, dass ich eine vertrauenswürdige Person und das Projekt hilfreich für den Bereich Medizin sei, besonders glaubwürdig war oder auch seine Autorität eine Rolle spielte.

Während ich in der Praxis Fried / Luhna forschte, begann ich nach einiger Zeit, nach weiteren entsprechenden Praxen zu suchen und nach einem Brief, der mein Forschungsvorhaben erklärte, dort anzurufen, um ein persönliches Treffen mit den Ärzten zu vereinbaren. Ich stützte mich dabei zunächst auf Empfehlungen von Freunden und Freundinnen, die im Bereich der Betreuung psychoseerfahrener Menschen arbeiteten. Diese Methode hatte keinen Erfolg. Keiner der von mir angeschriebenen Ärztinnen und Ärzte wollte einen Termin mit mir vereinbaren, keinen habe ich persönlich am Telefon sprechen können.

Einen anderen Zugang versprach ich mir über Patienten, die mich ihren behandelnden Ärzten vorstellten. Ich lernte über meinen Freund, der in einer Klinik als Psychiater arbeitet, Frau Lachner kennen. Sie habe einen sehr selbstbewussten Umgang mit ihrer Psychose, kündigte er mir an und sie sei sehr zufrieden mit ihrer

ambulant behandelnden Psychiaterin. Wir führten zunächst ein Interview und Frau Lachner rief mich an, bevor sie ihren nächsten Termin bei ihrer Ärztin hatte. Obwohl sie mich bei der Psychiaterin angekündigt hatte, war diese sehr überrascht und schockiert über meine Anwesenheit und weder bereit zu einem Interview noch dazu, mich in der Behandlung anwesend sein zu lassen.

Schließlich kam ich auf Frau Luhn's Angebot zurück, das sie mir in unserer ersten Begegnung gemacht hatte. Ich bat sie, mir weitere, ähnlich arbeitende Psychiater zu empfehlen und den Kontakt für mich herzustellen bzw. mir zu erlauben, dass ich sie als Referenzadresse angebe. Auf diese Weise lernte ich Herrn Luther kennen, der mit ihr und Herrn Dr. Fried gut bekannt war und sich nach einem Treffen mit mir bereit erklärte, mich in seiner Praxis forschen zu lassen. Außerdem wandte ich mich an die Praxis Becker / Handtke. Hier sah ich den Vorteil, dass sie mir von verschiedenen Patienten empfohlen worden und so die Patientenperspektive beim Sampling stärker eingeflossen war. Auf meinen Aufruf im virtuellen Gästebuch eines Freien Trägers zur Unterstützung psychisch beeinträchtigter Personen, der so lautete:

Ich bin Psychologin und interessiere mich im Rahmen meines Forschungsprojektes für die Zusammenarbeit von psychoseerfahrenen Personen und ambulant behandelnden (niedergelassenen) Psychiatern, die in besonderem Masse die Erwartungen und Wünsche der Patienten berücksichtigen und zur Grundlage der Behandlung machen, also Ärzte, mit denen man reden und seine Sachen besprechen kann. Kennt vielleicht jemand einen solchen Psychiater und möchte ihn mir empfehlen? Ich würde mich über entsprechende Zuschriften freuen! Vielen Dank!

meldete sich zum Beispiel ein Mann, der mir schrieb:

Hallo,
ich bin Klaus Müller. Mein Arzt engagiert sich für mich: Dr. Handtke in der Münchener Strasse. Tschüss, Müller

Da mir Herr Dr. Becker ebenfalls von verschiedenen psychoseerfahrenen Menschen empfohlen worden war, wandte ich mich an diese Praxis. Herr Dr. Becker, mit dem ich zuerst in telefonischen Kontakt trat, wollte zunächst mit Frau Luhna oder Herrn Dr. Fried sprechen, bevor er mich in seiner Praxis forschen ließ. Auf ihre positive Empfehlung hin war er bereit, sich mit mir zu verabreden.

Nachdem ich auf diese Weise den ersten Schritt in die Praxis Becker / Handtke getan hatte, war es nicht mehr schwer, Herrn Dr. Handtke mit Verweis auf die Teilnahme seines Praxiskollegen zu bewegen, seinerseits zuzustimmen.

Ich schloss aus diesen Erfahrungen, dass ambulante psychiatrische Arztpraxen schwer zugänglich für Forscher sind. Zugang und Legitimation erhält man zunächst über einen ärztlichen Türöffner.

5.3 Erste Eindrücke von der Zusammenarbeit mit den Ärzten

Obwohl meine Rolle in der Interaktion mit den Ärzten in vielen Punkten von denen einer Patientin abwich (vgl. Kapitel 5.7.1), fiel mir im Laufe der Auswertung auf, dass einige der Beschreibungen, die die Patienten über die Interaktion mit den Ärzten abgaben, sich mit meiner Wahrnehmung meiner Zusammenarbeit mit den Ärzten deckten. Da außerdem in den Interviews deutlich wurde, dass die Patienten oft nach den ersten Treffen darüber entscheiden, ob sie bei einem Arzt bleiben wollen oder die Behandlung abbrechen, habe ich meine ersten Erlebnisse in der Zusammenarbeit mit den Ärzten analysiert.

Dabei stellte sich mir das Problem, dass es mir in der Beschreibung unserer Zusammenarbeit schwer möglich war, meine eigenen Anteile an der Gestaltung dieser Interaktion eindeutig zu identifizieren. Wenn ich beispielsweise das Verhalten eines Arztes als verunsichernd empfand, blieb offen, wie groß der Beitrag des Arztes dazu war und wie sehr dies auf meine eigene Unsicherheit zurückzuführen war. Mir erschienen entsprechende Interpretationen zu vage, als dass ich sie als zuverlässiges Indiz in dieser Arbeit darstellen wollte. Außerdem war unklar, inwieweit ich aus der Interaktion der Ärzte mit mir, die ich keine Patientin war, zulässige Rückschlüsse auf den Umgang der Ärzte mit den Patienten ziehen konnte. So war es beispielsweise möglich, dass die teilweise anspruchsvollen Einstiegsverhandlungen nicht mit Patienten statt finden würden, wohl aber mit einer Forscherin mit fachlichem Anliegen.

Hinzu kommt, dass ich es aus Gründen der Anonymisierung schwierig fand, meine Interaktion mit den Ärzten detailliert zu beschreiben, gerade auch, wenn es Kritikpunkte gab.

Die detaillierte Analyse der Zusammenarbeit, die mir in schriftlicher Form vorliegt, habe ich deshalb zwar als zusätzliches Material bei der Interpretation der Beobachtungs- und Interviewdaten genutzt, werde sie aber in dieser Arbeit nicht darstellen.

Allerdings werde ich im folgenden die Kategorien, die ich gebildet habe, über alle Ärzte hinweg aufführen, um dem Leser einen Eindruck zu vermitteln, welche Themen sich in meiner Zusammenarbeit mit den Ärzten wiedergefunden haben.

- Aktive, führende Rolle
- Gabe umfassender Informationen – bietet Möglichkeit zur Orientierung
- Mächtiger Verhandlungspartner
- Versuch der Kontrolle - Kontrolle ausüben
- Versuch der Beeinflussung/Überredung (massiv) – Gegenreaktion:
Versuch der Abgrenzung
- Gefühl, geprüft zu werden
- Misstrauen in meine Kompetenzen
- Verunsicherung
- Fordernde Haltung
- Präsentation als Experte

- Verhandlung unter Erwachsenen – beiderseitiger Gewinn
- Gefühl, ernst genommen und wertgeschätzt zu werden
- Gleichberechtigung
- Kollegiale Beziehung
- Akzeptanz
- Keine offenen bzw. nur wenige Bedingungen
- Mein Anliegen unterstützen

- Persönlicher Empfang
- Verbindlichkeit - Unverbindlichkeit
- Persönliche Beziehung
- Sympathie; sympathische Ausstrahlung
- Anteilnahme
- Humor
- Zusammenarbeit macht Spaß

Nicht alle genannten Kategorien fanden sich bei allen Ärzten. Gerade das Ausmaß der Versuche der Einflussnahme in der Zusammenarbeit unterschied sich deutlich zwischen den Ärzten. Die Aspekte der Kontrolle, der Beeinflussung und Überprüfung, die bei einigen Ärzten meinen Einstieg begleiteten, wechselten bei allen Ärzten sehr bald in eine wohlwollende Unterstützung. Bei mir entstand der Eindruck, als müsse ich bei einigen Ärzten zunächst eine Klippe überwinden und über die Bedingungen der Zusammenarbeit verhandeln. Die Zusammenarbeit erschien mir bei einigen Ärzten an mehr Bedingungen geknüpft als bei anderen. Auch das Ausmaß der Verbindlichkeit und des persönlichen Kontakts unterschied sich zwischen den Ärzten. Einige waren zu einem sehr hohem Maße verbindlich, andere weniger. Dabei konnte die Verbindlichkeit einher gehen mit Forderungen an mich. Und die Unverbindlichkeit eines Arztes sich darin ausdrücken, dass er mich bei einem weiteren Treffen nicht wiedererkannte und als Ehefrau eines Patienten identifizierte – was mir deutlich machte, wie wichtig das Gefühl, „gesehen“ und

persönlich angesprochen zu werden, im Kontakt zum Arzt ist. Selbst bei den Ärzten, die mir in den ersten Treffen als mächtige Verhandlungspartner erschienen, war es möglich, eigene Vorstellungen einzubringen, so dass eine Verhandlung unter Erwachsenen, also das, was in den eingangs beschriebenen Modellen als partnerschaftliche Zusammenarbeit beschrieben wird, aus meiner Perspektive bei allen Ärzten möglich war.

5.4 Erwartungen der Ärzte I: Haltung und Verhalten der Forscherin

Nachdem ich den Weg in die Praxen gefunden hatte, ging es in der persönlichen Begegnung darum, ein bestimmtes **Verhalten** sowie eine bestimmte **Haltung** zu demonstrieren, die eine weitere Zusammenarbeit ermöglichte. Die Kategorien die ich zu den verschiedenen Erwartungen der Ärzte gebildet habe, sind in Abbildung 6 dargestellt.

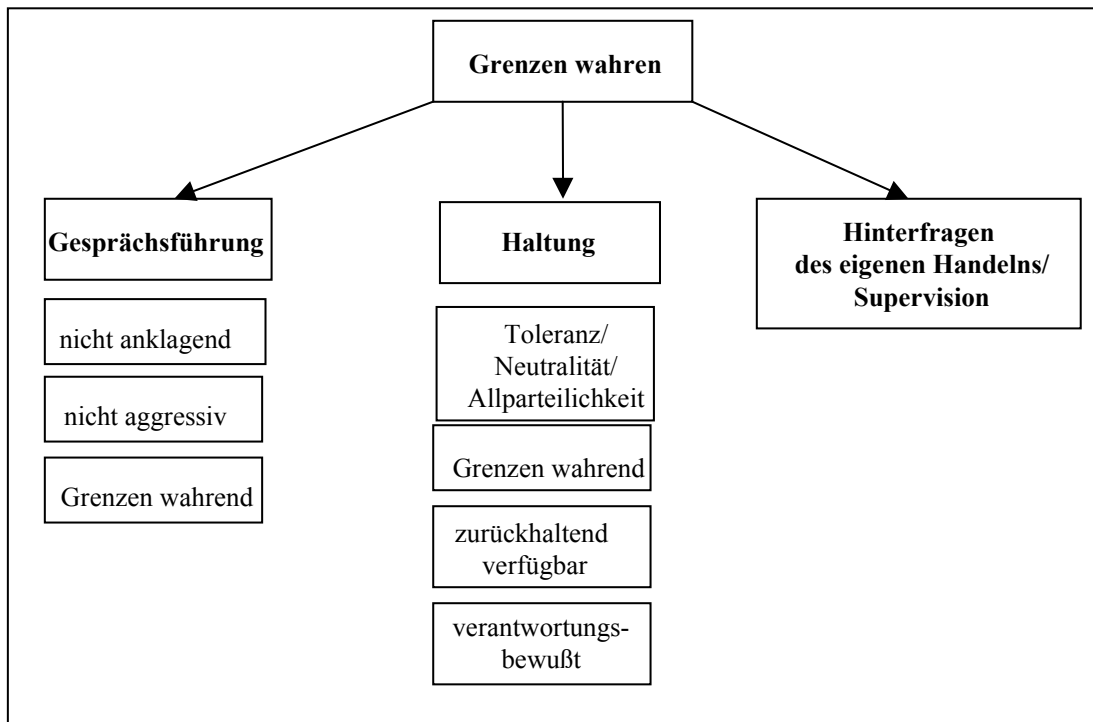


Abbildung 6: Erwartungen der Ärzte an die Forscherin

Zusammenfassen lassen sich die Kategorien unter dem Begriff „**Grenzen wahren**“. Meine Bereitschaft, Grenzen zu wahren, sollte sich in meiner **Gesprächsführung**,

meiner **Haltung** sowie meiner Bereitschaft und Fähigkeit, die **eigene Haltung zu hinterfragen**, ausdrücken.

Zunächst fiel mir auf, welche Kompetenz mir offenbar aus der Sicht der Ärzte fehlte: **Erfahrungen im Umgang mit dieser Patientengruppe**. Besonders Frau Luhna stellte zu Beginn unserer Kontakte immer wieder die Frage nach meinen Erfahrungen mit psychoseerfahrenen Personen.

Ob ich Erfahrung mit diesen Patienten hätte? Klang so, als müsse man das haben, um auch wirklich zu wissen, was zu tun ist... (Feldnotizen nach dem ersten Treffen mit Frau Luhna und Herrn Dr. Fried)

Sie haben mich dann noch mal gefragt, ob ich Erfahrungen mit den Patienten mit Psychosen hätte, was ich wieder verneinte. Sie fragte, ob ich denn Supervision hätte (Feldnotizen nach dem zweiten Treffen mit Frau Luhna und Herrn Dr. Fried)

Sie fragte mich noch einmal, ob ich Erfahrungen bei Psychotikern habe. Ich verneine mal wieder (...)

Memo: Ich kriege immer mehr den Eindruck, als wäre der Umgang mit Psychotikern was ganz Besonderes. (Feldnotizen nach dem dritten Treffen mit Frau Luhna und Herrn Dr. Fried)

Aber auch Herr Dr. Becker schien zunächst Zweifel an meiner Professionalität zu haben, weil ich keine Berufserfahrungen aus dem psychiatrischen Bereich vorweisen konnte:

Er sagt: „Da kommen Sie also eher nicht aus dem psychiatrischen Bereich!“, und es klingt ähnlich skeptisch wie damals bei Frau Luhna. Ich sage, ich würde das inzwischen als einen Vorteil begreifen, damit wäre ich neutraler, nicht festgelegt auf einen Standpunkt. Er stimmt zu. (Feldnotizen nach dem ersten Treffen mit Herrn Dr. Becker)

Schließlich interpretierte ich das Verhalten der Ärzte so, dass sie die Patientengruppe der psychoseerfahrenen Personen für besonders schutzbedürftig hielten und gerade das Thema „Grenzüberschreitung“ zentral war. Sie wollten in ihrer Rolle als behandelnde Ärzte sicher stellen, dass ich die Patienten durch meine Interviews nicht zu sehr beanspruchte und aus Unwissenheit über die Sensibilität dieses Klientels Fehler in der Gesprächsführung machte.

Die Wahrung der Grenzen der Patienten war das zentrale Anliegen der Ärzte an mich und sollte sich vor allem in einer nicht-konfrontativen und nicht zu tief „bohrenden“ Art der Gesprächsführung äußern:

[Frau Luhna] sagte, sie traue mir durchaus zu, einen nicht anklagenden und aggressiven Gesprächsstil zu haben, wo ich die Patienten in die Ecke drängen würde. Ich sagte, das wäre sowieso nicht meine Art und würde außerdem der Art der Forschung widersprechen. Ich würde ja nicht mit ihnen argumentieren und debattieren wollen, sondern offen ihre Sichtweise erfahren wollen. (Feldnotizen nach dem ersten Treffen mit Frau Luhna und Herrn Dr. Fried)

[Herr Dr. Becker] berichtet von einer Diplomandin, die Interviews mit Depressiven geführt habe, das sei „etwas unglücklich verlaufen“, aber er „wollte da nicht weiter in sie dringen“, denn sie hatte eine ähnliche Problematik, eine schwer kranke Schwester und so. Sie wäre

jedenfalls in den Interviews sehr in die Tiefe gegangen, „das hat ja dann auch was sehr Aufwühlendes“ und würde ja außer Acht lassen, dass diese Leute jahrelange Erfahrung im Krankenhaus, in Therapien etc hätten – und nun solle die Erkenntnis ausgerechnet im Interview kommen. Ich betone, dass mir sehr wohl bewußt wäre, dass ich keine Therapie mache, dass ich den Leute außer Anteilnahme und Freundlichkeit nicht viel zu bieten hätte, dass ich sie auch nicht auffangen kann. Deshalb und auch weil das der Forschungsstil sei, würde ich offene Fragen stellen und nicht bohren. Ich berufe mich auf meine Erfahrung mit den anderen Interviewpartnern. Ich sage, dass ich Therapieausbildung mache und in einer Familientherapeutischen Praxis arbeite und dort auch Gesprächsführung übe. Er sagt, er würde mir das allemal zutrauen, einen angemessenen Gesprächsstil zu haben. (Feldnotizen nach dem ersten Treffen mit Herrn Dr. Becker)

Zusätzlich war meine innere und nach außen sichtbare **Haltung** meinem Forschungsfeld gegenüber entscheidend. Die Ärzte erwarteten von mir ihnen gegenüber Toleranz und Allparteilichkeit. Ich sollte nicht allein den Aussagen der Patienten Glauben schenken, wenn sie Kritik an dem Verhalten der Ärzte äußerten. Herr Dr. Fried betonte diesen Punkt besonders:

Er hat noch darauf hingewiesen, dass es ja nach einer Container-Theorie auch sein könnte, dass die Patienten ihre Psychiater als schlecht wahrnehmen müssen, weil sie alle ihre schlechten Anteile in sie hinein projizieren. Das wäre dann also Zeichen der Krankheit. Und wenn sie dann schlecht im Interview über die Psychiater reden würden, müsse das nicht die Wahrheit sein: „Man darf das dann nicht 1:1 auswerten!“ Bei andern Patienten wäre das nicht so extrem. (Feldnotizen nach dem ersten Treffen mit Frau Luhna und Herrn Dr. Fried)

Für Herrn Dr. Becker war es zusätzlich wichtig, dass ich eine **neutrale Haltung gegenüber Medikamenten** hatte.

Später sagt er, er habe das Gefühl, ich habe eine neutrale Haltung zu Medikamenten. Ich bejahe, er findet das gut. (Feldnotizen nach dem ersten Treffen mit Herrn Dr. Becker)

Den Patienten gegenüber sollte ich mich **zurückhaltend verfügbar** zeigen, also zur Stelle sein, wenn sie zu einem Interview bereit waren, aber auch akzeptieren, wenn sie ein Interview ablehnten. Die geforderte Haltung konkretisierte Frau Luhna, als sie erzählte, dass sie während ihrer Famulatur auch mitgelaufen wäre und eine freundlich, zurückhaltende, abwartende Haltung hatte, die es den Patienten ermöglichte, sie rauszuschicken. Eine ähnliche Haltung erwarte sie auch von mir.

Auch den Ärzten gegenüber war diese zurückhaltende Verfügbarkeit die gewünschte Haltung. Ich sollte es ihnen überlassen, die Patienten zu fragen, ob sie meine Anwesenheit akzeptieren.

Obwohl keiner der anderen Ärzte so explizit deutlich machte, dass ich eine eher passive Haltung einnehmen sollte, war es genau diese Strategie, die die Zusammenarbeit erleichterte. Herr Dr. Becker betonte, dass es nicht immer vorhersagbar wäre, wann die Patienten kämen und ob mein Kommen umsonst wäre, wenn ich sie erwartete. Bei Herrn Dr. Handtke stellte sich heraus, dass sein Plan, mir

an einem einzigen Tag die vereinbarte Zahl von sechs Patienten vorzustellen, nicht funktionierte. Einige Patienten kamen nicht, andere wollten nicht an der Studie teilnehmen. Da ich in dieser Praxis nicht die Möglichkeit hatte, über Tage und Wochen hinweg abwartend und beobachtend im Wartezimmer zu sitzen, gestaltete sich die Kontaktaufnahme schwieriger bzw. führte bei den Ärzten zu einem schlechten Gewissen, wenn ich umsonst gekommen war.

Das Thema „Grenzen wahren“ kann in der Zusammenarbeit mit den Ärzten zusätzlich so verstanden werden, dass sie von mir erwarteten, dass ich meine Kompetenz- und Zuständigkeitsgrenzen wahren sollte. Indem ich mich neutral Medikamenten gegenüber zeigte, nicht einseitig Position für die Patientenseite bezog, es ihnen überließ, mich den Patienten vorzustellen, blieb ich in einer eng umgrenzten Forscherrolle, die als passiv beobachtend zu charakterisieren ist.

Diese Forscherrolle sollte ich für die Patienten sichtbar einnehmen und mich in den Behandlungsgesprächen als **Verursacherin der Störung** zu erkennen geben, um die Arzt-Patient-Zusammenarbeit nicht zu bedrohen.

Sie haben immer wieder betont, dass absolute Freiwilligkeit der Patienten Voraussetzung ist, dass klar sein muss, dass mein Interview nichts mit den Ärzten zu tun hat. (Feldnotizen Praxis Fried / Luhna)

Daher wählten wir ein Vorgehen, bei dem ich in den Arzt-Patient-Gesprächen anwesend war, das Mikrophon offensichtlich mit in das Behandlungszimmer brachte, vor Ort noch einmal fragte, ob ich aufnehmen dürfe, bevor ich schließlich das Tonbandgerät anschaltete. Herr Dr. Fried machte in unseren ersten Kontakten die Besonderheiten der Patientengruppe dafür verantwortlich:

Er meinte, Patienten, die im Moment stabil seien, könnten später rückwirkend umdeuten, dass schon damals ihr Psychiater Mikrophone auf dem Tisch gehabt hätte. Ich meinte, man könne sie ja fragen, abwarten. (Feldnotizen Praxis Fried / Luhna)

Die Forscherrolle, die ich einnehmen sollte, entband mich jedoch keineswegs von der Verantwortung den Patienten gegenüber. Indem die Ärzte betonten wie schwierig psychoseerfahrene Personen als Interviewpartner sein könnten und wie viel Kompetenz ich dazu benötigte, machten sie mir auch deutlich, dass ich im Kontakt mit ihnen Verantwortung übernehmen müsse. Meist gaben sie sich an dem Punkt zufrieden, an dem ich sowohl auf meinen Forschungsstil (nicht konfrontativ, offen) als auch auf meine Therapieausbildung verwies und machte, dass ich mir der **Verantwortung bewusst** war.

Schließlich erwartete besonders Frau Luhna von mir, dass ich mein eigenes Handeln hinterfrage und meine Feldkontakte **supervidieren** lasse.

Sie fragte, ob ich denn Supervision hätte und ich erzählte von Freunden und Kollegen, die im gemeindepsychiatrischen Kontext arbeiten und mit denen ich meine Erfahrungen austauschen könne. Sie sah zufrieden aus. (Feldnotizen Praxis Fried / Luhna)

5.5 Erwartungen der Ärzte II: Der Nutzen meiner Forschung

Entgegen meiner anfänglichen Annahme, dass meine Forschungstätigkeit keinen Gewinn für die Ärzte bringen würde, wurde mir deutlich, dass die Ärzte bestimmte Erwartungen an meine Forschung knüpften. Bereits im ersten Telefonat explizierte Frau Luhna die erwartete Gegenleistung für ihre Mitarbeit in der Studie: Sie sagte, sie hoffe auf Hinweise, wie sie Abläufe in der Praxis verbessern und somit meine Ergebnisse zur Qualitätssicherung nutzen könne. Dabei verwies sie auf die langen Wartezeiten.

Von Herrn Dr. Fried bekam ich später einen weiteren Auftrag, der ein ähnliches Ziel hatte, nämlich die Verbesserung seiner Arbeit:

Frau Luhna bekomme immer zu Weihnachten von ihren Patienten Pullover gestrickt, er nicht. Er sagte, er wollte Hinweise darüber erhalten, warum ER keine Pullover bekomme. (Feldnotizen Praxis Fried / Luhna)

Frau Luhna äußerte später die Erwartung, dass ich ihr berichten könne, was im Wartezimmer passiere, da sie ja immer nur punktuell dort anwesend sei.

Beide Ärzte formulierten auf diese Weise den Anspruch, Informationen über ihre Arbeit aus einer Außenperspektive sowie Hinweise auf Verbesserungsmöglichkeiten zu bekommen, und ich sah mich in der Rolle einer **externen Evaluatorin** der ärztlichen Arbeit.

Vermutlich wollte auch Herr Dr. Becker etwas über die Urteile der Patienten über seine Arbeit erfahren, als er mich beim ersten Treffen fragte, ob ich ihm die Interviewtranskripte geben würde. Konkret äußerte er seine Hoffnungen an unsere Zusammenarbeit allerdings schon im ersten Telefonat: Er wollte mich als Evaluatorin für eine psychoedukative Gruppe, die er initiiert hatte und anleitete, einsetzen.

Ich hatte bei beiden Praxen die Befürchtung, dass meine Enttäuschung der Erwartungen der Ärzte dazu führen würde, dass sie mich nicht in ihren Praxen forschen ließen. Besonders bei Herrn Dr. Becker hatte ich den Eindruck, als wäre meine Bereitschaft, den Erfolg der Gruppe zu beforschen, die Eintrittskarte in seine Praxis. Dennoch erschienen mir alle an mich heran getragenen Erwartungen der Ärzte nicht kompatibel mit meinen Forschungsabsichten, so dass ich mich in allen Fällen entschloß, die Aufträge explizit zurückzuweisen. Auf meine Klarstellung, welche Leistungen sie von mir erwarten könnten und welche nicht, reagierten alle drei Ärzte - für mich sehr erstaunlich - mit Akzeptanz:

Ich sagte, ich würde ihnen maximal den Abschlussbericht geben und Artikel, aber keine Zwischenauswertungen und keine Interviewtranskripte. Den Patienten würde ich maximal Artikel in Aussicht stellen, die dann so abstrahiert sind, dass sie sich nicht mehr erkennen. Fanden sie gute Idee. (Feldnotizen Praxis Fried / Luhna)

Ich sage auch, dass die Evaluation seiner Psychoedukativen Gruppe nicht in meine Arbeit passt, dass ich ihm das deshalb auch nicht in Aussicht stellen werde, weil ich das wohl nicht nebenbei leisten kann. Er meint, er findet mein Thema sehr spannend, fragt sich, warum nicht auch Psychiater so etwas erforschen. Ob ich irgendwas kenne, was die Psychodynamik der Medikamenteneinnahme behandeln würde? Er meint, die Compliance-Forschung greift zu kurz – und das würden ja viele Kollegen merkwürdigerweise auch übersehen: Nichteinnahme könne ja auch „was sehr Gesundes, oder vielleicht besser: Normales“ haben. Das wäre ein Problem, das nicht nur Psychoseerfahrene betreffe, das sei „ubiquitär anzutreffen“ (Feldnotizen Praxis Becker / Handtke)

5.6 Die Wahl korrekter Begrifflichkeiten oder:

Was sind eigentlich Psychosen?

- I: Wo ist denn der Unterschied zwischen 'ner Psychose und 'ner Schizophrenie? Also für Sie?
- P: Na, ich glaube Schizophrenie iss schon der Oberbegriff auch für Psychosen. Aber Schizophrenie hört sich immer so schlimm an, find ich. (Frau Grün, Patientin)

Die hier zitierte Aussage der Patientin Frau Grün verdeutlicht das Thema, um das es in diesem Kapitel geht. Es gestaltete sich schwierig, einen Namen für das Phänomen zu wählen, aufgrund dessen ich eine bestimmte Patientengruppe als Interviewpartner ausgewählt habe. Je nach Kontext schien ein anderer Begriff passender zu sein und im Feld verwendet zu werden. Im folgenden Abschnitt werde ich zeigen, wie der Prozess aussah, in dem ich versucht habe, das „Phänomen Psychose“ einzukreisen und welche Konsequenzen dies jeweils hatte.

5.6.1 Wozu war es wichtig, den „richtigen“ Begriff zu wählen?

Bei der Suche nach dem „richtigen“ Begriff verfolgte ich zunächst das Ziel, einen Zugang zum Feld zu erreichen. Dazu musste ich eine Verständigungsform finden, durch die meine Interviewpartner sich nicht angegriffen fühlten bzw. mich einem „Lager“ zuordneten, das sie ablehnten. Gleichzeitig war es wichtig, in einem „wissenschaftlichen“ Rahmen zu bleiben, da es sich hier um eine wissenschaftliche Qualifikationsarbeit handelt. Für folgende Bereiche versuchte ich also, einen passenden Begriff zu wählen:

- für die Patienten, die ich interviewen wollte,
- für die Ärzte, in deren Praxen ich forschen wollte,
- für mein direktes Arbeitsumfeld, also sowohl den Bereich Gemeindepsychologie als auch für den Fachbereich Klinische Psychologie,
- für mein indirektes Arbeitsumfeld, also Psychologen und Ärzte der „scientific community“, die ich mit der Arbeit erreichen möchte,
- und schließlich für mich selbst, denn auch ich hatte Vorstellungen von dem, was ich Psychose nannte.

Eine der ersten Beobachtungen, die ich im Rahmen dieser Forschungsarbeit machte, war die, dass verschiedene Personen, mit denen ich über das Thema sprach, verschiedene Begriffe für das, was ich hier „Psychosen“ nenne, verwendeten. Manche sprachen von Schizophrenie, andere von schizophrenen Psychosen oder Erkrankung aus dem schizophrenen Formenkreis, bzw. verwendeten spezifische, der in der Psychiatrie verwandten Klassifikation ICD-10 entnommenen Zuordnungen. Wieder andere sprachen einfach nur von Psychosen.

Und die davon betroffenen Menschen erhielten den Namen oder nannten sich selbst schizophren, Psychotiker, Psychoseerfahrener, psychisch krank, verrückt, Stimmenhörer.

Allerdings waren die Begriffe nicht beliebig austauschbar. Es konnte gut sein, dass eine Person einen Begriff nannte und einen anderen dagegen vehement ablehnte, als stigmatisierend erlebte oder als unwissenschaftlich empfand.

Manche sahen Psychosen als chronische Krankheit, andere als Krankheitsepisode, wieder andere als Überlastungsreaktion und noch andere als die Fähigkeit, andere Zustände wahrzunehmen und dafür eine außergewöhnliche Sensibilität zu besitzen.

Es schien, als sprachen alle von demselben oder wenigstens einem ähnlichen Phänomen. Doch hinter der jeweiligen Namensgebung verbargen sich verschiedene Konstruktionen unter anderem über

- die Ursachen,
- die Zuschreibung eines Krankheitswertes,
- die Beeinträchtigung des davon betroffenen Menschen und damit auch dessen unterstellte Hilfsbedürftigkeit,
- das Kranke und Hilfsbedürftige bzw. das Gesunde und Selbständige der betroffenen Personen und
- das Bedürfnis, einen nicht stigmatisierenden Begriff zu finden.

5.6.2 Der Prozess der Begriffsfindung

Als ich die Stelle als wissenschaftliche Mitarbeiterin im Bereich Gemeindepsychologie antrat und in der Folge auch meine Forschungstätigkeit begann, hatte ich noch kaum Kontakt mit dem Thema Psychose gehabt. Meine Forschungserfahrungen lagen im Bereich der Zusammenarbeit von herztransplantierten Jugendlichen und Ärzten und ich hatte dort die Erfahrung gemacht, dass es möglich war, die Jugendlichen in ihrer Eigenschaft als Herztransplantierte anzusprechen, ohne, dass diese oder jemand anders ein abwertendes Identitätskonzept damit verbanden.

Als ich den Forschungsantrag formulierte, orientierte ich mich an dem Sprachgebrauch und dem implizit damit verbundenen Verständnis von Psychosen, das in dem gemeindepsychologischen Umfeld, in dem ich arbeitete, Verwendung fand. Hier sprach man von Psychosen und Psychoseerfahrenen. Regelmäßig moderierte der betreuende Professor ein „Psychose-Seminar“, an dem Psychoseerfahrene und deren Angehörige ebenso teilnahmen wie Studierende und Professionelle. Idee des inzwischen weit verbreiteten Konzepts der Psychoseseminare ist die Etablierung eines Dialogs zwischen den verschiedenen Gesprächspartnern. Psychoseerfahrene gelten als Experten ihrer Krankheit oder ihrer Erfahrungen mit Psychosen. Gleichberechtigung aller beteiligten Parteien war ein zentraler Gedanke und erklärtes Ziel dieser Treffen.

Das Empowerment und die Möglichkeiten der Förderung der Selbstbefähigung der betroffenen Personen waren wichtige Forschungsthemen und Inhalte der Lehre in meinem Arbeitsbereich. Gleichzeitig herrschte hier gegenüber den in der Psychiatrie

üblichen Klassifikationen und verwendeten Begrifflichkeiten eine kritisch-distanzierte Haltung, gerade aufgrund der Befürchtung, die Autonomiebedürfnisse und Ressourcen der Betroffenen zu wenig zu berücksichtigen.

Auch die Gefahr der Stigmatisierung der von Psychosen betroffenen Personen war ein häufig diskutiertes Thema. In meinem Kollegenkreis sprach man möglicherweise auch deshalb von Psychoseerfahrenen. Selten habe ich dort den Begriff der psychisch Kranken gehört.

Auch aufgrund der Erfahrungen in meinem vorangegangenen Forschungsprojekt, in dem wir einen großen Schwerpunkt auf die Patientenperspektive gelegt hatten, hatte ich zu Beginn dieser Studie eine Sicht auf die Ärzte und das Feld Psychiatrie, das eher der Patientenseite zuzuordnen war. Ich erlebte den Begriff Psychotiker, den ich bei im Feld tätigen Professionellen hörte, als stigmatisierend und als zu wenig am Individuum ausgerichtet. Mir erschien „die Psychiatrie“, der Umgang mit den Patienten in psychiatrischen Kliniken als stark geprägt von Machtasymmetrie, was ich besonders an Zwangsunterbringungen festmachte. In vielen Diskussionen, die ich zu dieser Zeit führte, spiegelte sich wider, dass ich zu diesem Zeitpunkt vor allem eine den Patienten angemessene Perspektive einzunehmen bemüht war, und dabei als ihr Anwalt auftrat. Gleichzeitig hatte ich den Eindruck, mich in ihre Situation besser einfühlen zu können als in die der Ärzte.

Außerdem fiel mir auf, dass Personen, die im psychiatrischen Umfeld tätig waren, von Psychosen betroffene Menschen als viel hilfsbedürftiger einschätzten, als sie es in meiner Vorstellung waren und sie außerdem den Krankheitsaspekt stark in den Vordergrund stellten.

Während ich begann, in der Praxis Fried / Luhna Feldforschung zu betreiben, waren die Ärzte dort meine primären Ansprechpartner. Ihnen gegenüber verwendete ich den Begriff „psychoseerfahren“ und grenzte meinen Anspruch an meine Interviewpartner auf Patientenseite nicht weiter ein. Beide Ärzte akzeptierten das einerseits – andererseits fragte zumindest Frau Luhna mehrfach nach, welche Patienten genau ich denn darunter verstünde und bot mir verschiedene Diagnosen an.

Die beforschten Ärzte benutzten den Begriff „Psychotiker“, wenn sie über diese Patienten sprachen und in der Behandlung sprachen sie von „Psychosen“. Den Begriff „Schizophrenie“ habe ich in den Praxen nicht gehört, weder im Kontakt mit Patienten noch im Gespräch mit mir.

Die intensiven Kontakte mit den Ärzten führten bei mir dazu, dass ich zunehmend deren Perspektive einnahm, denn ich begann, die Patienten im Wartezimmer mit diagnostischem Blick zu betrachten und Diagnosen zu „raten“. Als Grund dafür vermutete ich, dass ich mich zunehmend in der Praxis wohler und integrierter fühlte. Auf der Suche nach Personen, die mir aus der Patientenperspektive Psychiater empfehlen würden, die ich beforschen könnte, ging ich zu einem Treffen einer sogenannten Stimmenhörergruppe. Dort fühlte ich mich mit meinem Verständnis von Psychosen sicher, denn ich empfand es immer noch deutlich verschieden von dem, was ich Ärzten unterstellte. Allerdings ging ich davon aus, dass Stimmenhören eine Ausdrucksform akuter Psychosen sei. Mit diesem Verständnis unterschied ich mich von der Einschätzung der dort anwesenden Betroffenen. Sie begriffen das Stimmenhören als eine Form „normaler“ Identität und Psychosen als Ausnahmestand, in dem sie sich die meiste Zeit nicht befänden, obwohl viele von ihnen dauerhaft Stimmen hörten. Ärzten, insbesondere Psychiatern, gegenüber bestand eine deutliche Skepsis, es schien, als habe man hier keine Verwendung für sie, denn diese Menschen fühlten sich nicht krank. Psychiatrie und die damit verbundenen Ärzte waren eher ein Restriktionsinstrument der Gesellschaft, die den Umgang mit Stimmenhörern nicht ertrug. Meine Verwendung des Begriffs Psychosen wurde mir als viel zu „medizinisch“ vorgeworfen. Folgender Auszug aus meinen Feldnotizen illustriert meinen Zusammenstoß mit diesen Normen:

Als ich dran war, habe ich gesagt „Ich bin Peri Terzioglu und habe ein ganz konkretes Anliegen. Ich suche Psychiater, mit denen eine Form der Zusammenarbeit möglich ist, wo die Wünsche des Betroffenen berücksichtigt werden. Vielleicht kann mir ja jemand von Ihnen so einen Psychiater nennen?“ Und dann noch „Ich hätte jetzt gesagt Psychoseerfahrene, aber ich höre, sie bezeichnen sich als Stimmenhörer...“

Jedenfalls zuckten einige merklich zusammen, als ich das Wort Psychoseerfahrene nannte. Ich dachte, jetzt hab ich voll daneben gehauen, und das wurde mir durch die Gesichter der Anwesenden auch deutlich gemacht.

Ich habe in der Pause die Organisatorin gefragt, warum man denn hier nicht von Psychosen spricht. Sie sagte, das wäre ein Wort der Ärzte, eine Diagnose, „Und die haben das ja nicht selbst erlebt, wie können sie davon reden?!“ Im weiteren Verlauf der Pause sagte sie dann jedoch „Natürlich können da manche in eine Psychose geraten!“ und erzählte dann davon, dass man irgendwann nicht mehr mit seinen Stimmen zurecht kommt und die Gesellschaft da auch sehr ablehnend reagiert etc.

Auf meine Frage nach den „guten“ oder empfehlenswerten Psychiatern bekam ich von einigen die Antwort „Kenn ich nicht!“ oder „Gibt es nicht!“

Ich war nach Ende des Treffens ziemlich demoralisiert und verunsichert. Ich fand den Umgang nicht sehr tolerant, hatte das Gefühl, an die Wand gestellt worden zu sein und mich politisch ganz unkorrekt verhalten zu haben. (Feldnotizen)

Neben der Tatsache, dass ich hier zu spüren bekommen hatte, was passiert, wenn ich den „falschen“ Begriff wähle, regte dieses Erlebnis bei mir das Nachdenken über die Arzt-Patient-Zusammenarbeit und den Fokus der Betrachtungsweisen an. Während

in dieser Gruppe Stimmenhören offenbar nicht zwingend als Teil einer Psychose verstanden wurde und auch unabhängig davon existieren konnte, während hier zum Beispiel Halluzinationen gar nicht thematisiert wurden, wusste ich, dass Ärzte dies tun. Mir wurde deutlich, dass nicht nur ich den richtigen Begriff wählen musste, um mit den Patienten ins Gespräch zu kommen, sondern dass auch Ärzte offenbar gut daran tun, wollen sie eine „gute“ Zusammenarbeit etablieren – und dass dabei die „richtigen“ Begriffe von Patient zu Patient unterschiedlich sind.

Gleichzeitig entstand für mich die Frage, welche Rolle Ärzte für diese Menschen spielen könnten, denn wenn sie aufgrund ihrer nicht vorhandenen Psychoseerfahrung von ihnen als mangelhaft kompetent für eine Behandlung eingestuft wurden, wie könnte dann eine Zusammenarbeit gelingen? Ich notierte:

Ärzte können in diesem System eigentlich nur noch Lernende sein, die ständig bereit sind, die Erfahrungen und Einschätzungen der Patienten über ihre eigenen zu stellen... Welchen Sinn macht dann noch ärztliches Fachwissen? Welcher Anspruch an die Ärzte steckt dahinter? (Eintrag Feldtagebuch)

Wenn eine Psychose hier gesehen wurde als ein Zustand, der ein paar Wochen dauert, das Stimmenhören aber der Normalzustand ist, dann bedeutete das für die Zusammenarbeit, dass die Ärzte etwas behandeln möchten, was für die Betroffenen so nicht existiert. Auch die Perspektive der Ärzte, dass Psychosen chronische Erkrankungen seien, widersprach dieser Sichtweise fundamental, denn die Ärzte haben einen Zustand vor Augen, der für die Betroffenen nur ein Ausnahmezustand ist. Das Gelingen von Verhandlungen über eine dauerhafte Medikation erschien mir vor diesem Hintergrund ausgeschlossen.

Anhand dieses Erlebnisses wurde mir außerdem deutlich, dass durch die Verwendung eines bestimmten Begriffes der Sprecher schnell einem „Lager“, einer Denkrichtung zuzuordnen ist und dass dadurch die Etablierung eines Kontaktes sehr schwierig werden kann. Wenn zusätzlich verschiedene Personen unter demselben Begriff etwas völlig Verschiedenes verstanden, schien auch das aus meiner Sicht die Zusammenarbeit grundlegend zu behindern.

Die Erkenntnis darüber, dass

- sich widersprechende Konzepte über das Phänomen Psychose bei verschiedenen Personen bestehen,
- nicht einmal bei Betroffenen eine einheitliche Verwendung des Begriffs vorlag,

- mit der Verwendung eines Begriffs eine bestimmte „politische“ Aussage gemacht wird, die ihrerseits aber auch nicht sicher vorhersagbar ist und
- die Verwendung des falschen Begriffs meinen Interviewpartner abschrecken könnte,

führte zunächst zu einer starken Verunsicherung, aber dann dazu, dass ich mich zunehmend löste von der Zuordnung zu einem „Lager“ und eine Forscherperspektive einnahm.

Wenn mich in der Praxis ein Patient fragte, ob ich ihm erklären könne, was eine Psychose sei, antwortete ich ausweichend und fragte nach dessen eigener Definition. Am Beginn der Interviews mit Patienten fragte ich nun immer, wie sie *das* denn nennen würden und versuchte, im weiteren Verlauf des Interviews, mich an das entsprechende Konzept anzunähern.

Ich bemerkte bei einigen Patienten, dass sie unterschieden zwischen dem Begriff, der ihnen im Rahmen der ärztlichen Diagnose genannt worden war und dem, was sie selbst damit verbanden, so dass auch ich in den Interviews diese Unterscheidung vornahm:

- I: Haben Sie eigentlich eine Diagnose von Herrn Dr. Fried gekriegt, was Sie haben?
P: Ja. Ach, wie heißt das, affekte schizophrene Psychose oder irgendwie so was, also in der Richtung (LACHT) glaub ich.
I: Und? Wie ist das für Sie?
P: Na ja, das ist schon irgendwie alles komisch, weil das irgendwie alles nicht fassbar ist. Wenn jemand sagt, ich hab 'n Magengeschwür, dann kann ich mir darunter was vorstellen, aber, mmh// sowieso, das Wort Psychose hab ich ja ne ganze Weile gebraucht, um zu kapiieren, was das ist, und irgendwie weiß ich das immer noch nicht richtig, also weil halt so viel da mit reinfällt, ne. Alles so zusammengewürfelt ist. (...) Aber ich weiß, wie sich das anfühlt, und ich sprech selber von, weil das halt der Begriff dafür erst mal ist, ne. (...) Also anders wüsste ich nicht, wie ich das // ja, müsste ich's irgendwie umschreiben oder so was. Wüsste ich nicht, was ich sonst dazu sagen sollte. (Frau Berg, Patientin)

Über die Tatsache, ob Psychosen eine Krankheit widerspiegeln, herrschte bei meinen Interviewpartnern keinesfalls Einigkeit. Für meine Gespräche mit den Patienten bedeutete das, dass auch ich nicht selbstverständlich davon ausgehen durfte, dass Psychosen Ausdruck einer Erkrankung seien.

Meine Begriffswahl wurde im Zuge der Annäherung an das Forschungsfeld immer offener. Damit gewährleistete ich zwar die Anschlussfähigkeit dorthin, aber entfernte mich zunehmend von der Vorgehensweise der klinisch-psychologischen „scientific community“. Als ich einen Vortrag über meine Arbeit im Rahmen eines institutsinternen Promotionskolloquiums hielt, kritisierte ein Kollege die mangelnde Spezifikation und Anbindung an die ICD-10. Er vertrat die Überzeugung, dass die

Patienten, die ich als Interviewpartner gewinnen würde, zu verschieden seien, wenn ich nur den Oberbegriff der Psychose als Auswahlkriterium verwenden würde. Gleichzeitig wurde offenbar, dass er mein Vorgehen als unwissenschaftlich ansah.

Arbeitsdefinition

Zum Schluss möchte ich das Verständnis von Psychosen, das ich dieser Arbeit zugrunde lege, explizieren, um deutlich zu machen, welche Perspektive ich bei der Auswahl und Auswertung der Daten eingenommen habe, welche Aspekte mir zentral erschienen und welche im Rahmen dieser Arbeit keiner Analyse zugeführt werden:

Es ging um die Tatsache, dass dieselben Personen zum einen Zeitpunkt in der Lage sind, ein relativ normales Leben zu führen, in dem sie wenig oder keine professionelle Hilfe in Anspruch nehmen, zu einem anderen Zeitpunkt jedoch eine von der Norm stark abweichende Realitätswahrnehmung haben, entsprechend „ungewöhnliche“ Verhaltensweisen zeigen und im Extremfall in diesem Zustand versuchen, sich oder anderen Personen Schaden zuzufügen. In diesen Ausnahmeständen, die individuell sehr unterschiedlich in ihrer Qualität und Länge sind, gelten einige der betroffenen Personen im rechtlichen Sinne als nicht einwilligungsfähig und ärztliches Handeln soll zum unterstellten Wohl der betroffenen Patienten im Notfall auch gegen den Willen der Personen stattfinden.

In der vorliegenden schriftlichen Darstellung der Ergebnisse meiner Forschungsarbeit habe ich mich für den Begriff der „Psychosen“ entschieden. Die Menschen, die Psychosen haben oder hatten, nenne ich „Psychoseerfahrene Menschen“ bzw. - aus dem Kontext dieser Arbeit abgeleitet - „Patienten“.

5.7 Rollenvielfalt - Die Rollen der Forscherin im Feld

Die Frage, in welchen Rollen ich mich im Verlauf meiner Interaktion mit den Ärzten befand, beschäftigte mich während des gesamten Forschungsprozesses. Immer wieder war es Thema in der Auswertungsgruppe, welche Rolle ich gerade einnehme, aus welcher Perspektive ich die Daten sammle bzw. auswerte. Dabei wurde zunehmend deutlich, dass sich meine Perspektiven im Laufe des Forschungsprozesses mehrfach geändert haben, ich mich in meiner Rolle als Forscherin manchmal mehr auf die Patientenseite begeben habe, manchmal mehr aus der Sicht der Ärzte argumentiert habe und zu anderen Zeitpunkten vor dem

Hintergrund meiner Forschungsfragen als Dritte Arzt und Patient in der Interaktion untersucht habe.

5.7.1 Patientenperspektive

Einerseits erinnerte mich meine Situation zu Beginn der Forschung an die von Patienten, die zum ersten Mal in die Praxis kommen. Zum Beispiel an Herrn Schiller, der ein für ihn zentrales Anliegen, das Absetzen der Medikamente, durch die Ärztin unterstützt wissen will und gleichzeitig darauf angewiesen ist, dass die Ärztin ihm ihre Mitarbeit nicht versagt, da seine Psychotherapeutin die Fortführung der Therapie davon abhängig macht, dass er zusätzlich in ambulanter psychiatrischer Behandlung ist.

Diese Kombination aus einem Anliegen, das möglicherweise routinemäßigem ärztlichem Handeln widerspricht (z.B. Behandlung nach einer Psychose ohne Medikamente) bei gleichzeitigem Angewiesensein auf die Ärzte, nahm ich auch bei mir wahr. Ich wollte, dass mir die Ärzte Einblick gewähren in ihr tägliches Tun,

- indem sie mich an Behandlungsgesprächen teilnehmen lassen oder sie selbst auf Band aufzeichnen,
- indem sie mir Patienten vermitteln, mit denen ich Gespräche über sie, die Ärzte führe,
- indem sie mir gestatten, mich über Wochen hinweg stundenlang in ihrem Wartezimmer aufzuhalten und die Abläufe, sprich: sie und die Patienten und deren Interaktion zu beobachten.

Auch in meinem Feldaufenthalt nahm ich die Rolle von Patienten ein, wenn ich die Atmosphäre im Wartezimmer beschrieb oder versuchte, mir vorzustellen, wie sich das Wartezimmer anfühlen würde, wenn ich sehr gespannt und nervös wäre.

Wenn ich die Gelegenheit dazu hatte, traf ich die Patienten vor ihrem Behandlungstermin im Wartezimmer, um sie kurz vor dem Termin beim Arzt zu sprechen und mit ihnen gemeinsam das Sprechzimmer zu betreten. Am Ende des Gesprächs verließen wir zusammen das Behandlungszimmer und ich fragte die Patienten im Hausflur, wie sie das Gespräch bewerteten. Einige Patienten nahmen mich durch dieses Vorgehen als ihre Verbündete wahr, besonders dann, wenn wir den Interviewtermin schon vor dem gemeinsam erlebten Behandlungstermin gehabt hatten.

Andererseits unterschied ich mich deutlich von Patienten, die z.B. nach einer ersten Psychose und einem damit verbundenem Krankenhausaufenthalt in die Praxis kommen. Ich war nicht durch mögliche Begleiterscheinungen einer Psychose beeinträchtigt. Mein Umgang mit und meine Position in meiner sozialen Umwelt war nicht schwer erschüttert und ich war nicht bedroht oder betroffen von Arbeitsplatzverlust oder Stigmatisierung.

5.7.2 Arztperspektive - Kollegin

Vor allem zu Beginn der Untersuchung habe ich meine Rolle als gleichberechtigte Professionelle und Kollegin nicht als gesichert wahrgenommen, sondern sah sie bedroht vor allem durch folgende Faktoren:

- Ich hatte wenig praktische Erfahrung im Feld Psychiatrie.
- Das dieser Studie zugrunde gelegte qualitative Forschungsdesign ist eher unüblich in medizinischer Forschung.
- Meine Fragestellung war zu diesem Zeitpunkt noch offen, was einer qualitativen Forschungslogik angemessen ist, mich aber gleichzeitig zu einem leichten Opfer für Überredungs- und Beeinflussungsversuche der Ärzte hätte machen können.
- Ich befürchtete, als unwissenschaftlich zu gelten, wenn ich erklärte, dass keine expliziten Vorab-Hypothesen auf ihre Gültigkeit getestet werden sollten.

Dass ärztliches Handeln auch stark auf objektivierbaren Fakten und Forschungsergebnissen beruht, sah ich als einen weiteren Widerspruch zu dem von mir gewählten Vorgehen, in dem bewusst der Forscher als Erhebungsinstrument eingesetzt und nicht versucht wird, seinen Einfluss auf die Untersuchungsergebnisse durch standardisierte Verfahren zu kontrollieren. Meine Forschungstätigkeit – im Wartezimmer sitzen und beobachten, ohne zunächst genau zu wissen, was zu beobachten ist – musste demgegenüber sehr willkürlich aussehen.

Die beforschten Ärzte wiederum haben mich von Beginn an wie eine Kollegin behandelt – wenn auch teilweise wie eine, die im Feld neu ist, die eingeführt werden muss und wenig Wissen über das Fachgebiet hat. Bei Herrn Dr. Fried und Frau

Luhna hatte ich am ehesten die Rolle eines AiPs, sie verglich meine Rolle zu Beginn mit ihrer Zeit als Famulantin. Schon zu Beginn der Tätigkeit in der Praxis Fried / Luhna machten die beiden Ärzte in meinem Beisein Scherze über ihre Arbeit, die sie Patienten gegenüber wohl nicht machen würden. Wenn Herr Dr. Fried mich zum Beispiel im Spaß als eine „Multiple“ bezeichnete, deutete das darauf hin, dass er mich als Kollegin wahrnahm – einem psychiatrisch erkrankten Patienten gegenüber wäre ein solcher Scherz unangemessen gewesen. Auch Frau Luhna behandelte mich als Verbündete und Kollegin, wenn sie mir zum Beispiel erzählte, wie anstrengend die gerade abgelaufene Sitzung mit einem Patienten gewesen sei. Auch die konkreten Forderungen und Aufträge an meine Forschungstätigkeit, die vor allem Frau Luhna äußerte, waren ein Zeichen für die Zusammenarbeit unter gleichberechtigten Professionellen.

Bei Herrn Dr. Becker hatte ich weniger die Rolle einer ärztlichen Kollegin, sondern er sah mich stärker als Vertreterin eines anderen Berufsstandes. Er nutzte meine unterstellte andere Perspektive auf sein Tätigkeitsfeld von Beginn an, um Informationen über seine Arbeit aus einer dritten Perspektive zu erhalten. Er fragte mich mehrfach nach meinen Einschätzungen und versuchte zu Beginn unserer Zusammenarbeit, mich zu überreden, die von ihm angeleitete psychoedukative Gruppe auf ihre Wirksamkeit hin zu beforschen etc.

Im Laufe meines Feldaufenthaltes in der Praxis Fried / Luhna erlebte ich auch Situationen, in denen ich mich aus der Arztperspektive in Kontakt mit den Patienten begab. Eine sehr markante Situation war, als eine Patientin von Frau Luhna ihren Termin nicht wahrnahm. Da ich sie nach dem letzten Behandlungstermin bei Frau Luhna interviewt hatte, fragte Frau Luhna mich, wie ich sie denn eingeschätzt hätte – ob sie in einer Krise gewesen sei. Darauf hin entstand bei mir die Sorge, die Patientin sei aufgrund meines Interviews psychotisch geworden. Ich ging im Kopf das Gespräch durch, hörte das Band noch einmal ab und befragte meine Feldnotizen, doch mir fiel nichts auf, was auf eine beginnende Krise hindeutete. Hier wird deutlich, dass ich ein ähnliches Verhalten wie die Ärzte zeigte: Ich fühlte mich verantwortlich, hatte Angst um die Patientin, sorgte mich, dass ich Anzeichen übersehen haben könnte und ihr keine adäquate Hilfe habe zukommen lassen.

5.7.3 Going Native? Die Forscherin als Teil des Teams

Ich fühle mich zunehmend wohler in der Praxis, eigentlich vom ersten Tag an. Es ist angenehm ruhig und unhektisch. Entspannte Atmosphäre. Ich habe das Gefühl, ernst genommen zu werden, als Kollegin. Es macht mir auch keine Probleme mehr zuzugeben, dass ich von manchen Sachen keine Ahnung habe, z.B. von der Psychotherapie. Frau Luhna reagiert darauf, indem sie mir Bücher mitbringt. (Feldnotizen)

In der Praxis Fried / Luhna war ich über mehrere Monate forschend anwesend. Aus den Feldbeobachtungen wird deutlich, wie ich zunehmend zum Teil der Belegschaft wurde, was mich einerseits sehr freute, weil ich mich dort wohl fühlte und zunehmend das Gefühl bekam dazuzugehören. Mit Milena Luhna duzte ich mich auf ihre Initiative hin schon nach einigen Tagen. Die Sprechstundenhilfe, Sabine Walser, bot mir zwei Wochen später das „Du“ an. Beide verwiesen mich darauf, dass es in der Praxis unüblich sei, sich unter Kollegen zu siezen. Martin Fried begann drei Monate später ohne Ankündigung, mich zu duzen.

Irgendwann hat mich Frau Luhna aus dem Wartezimmer gerufen und ist mit mir in den Pausenraum gegangen, zwischen zwei Patiententerminen. Dabei duzte sie mich, es fiel ihr auf, sie lachte und entschuldigte sich dafür. Sie meinte, das sei hier in der Praxis so üblich...Und für sie wäre es auch kein Problem, wenn wir uns duzten. Ich sagte, für mich wäre es auch kein Problem, sie sagte „Ich bin Milena!“, ich sagte meinen Vornamen. Schön...

Frau Walser hat mir das Du angeboten: „Ich bin das hier so gewöhnt! Das irritiert sonst so!“ Sie heißt Sabine mit Vornamen.

Anmerkung: Seit dem Treffen am Mittwoch duzen Martin Fried und ich uns. Er hat es einfach getan, ohne ein Wort darüber zu verlieren. Für mich ist das ok. Ich habe jetzt das Gefühl, dass es für mich jetzt entspannter, vertrauter ist. (Feldnotizen verschiedenen Datums)

Mit Herrn Dr. Becker und Herrn Dr. Handtke siezte ich mich bis zum Schluss meines Forschungsaufenthaltes. Ich war allerdings auch sehr viel kürzer dort, habe auf ihr Drängen hin kaum ganze Tage im Wartezimmer mit Beobachten verbracht und wurde dadurch jedes Mal wieder zum Besucher. Hinzu kommt der größere Altersunterschied zwischen den Ärzten Becker / Handtke und mir.

Auch an anderen Stellen wird deutlich, wie ich immer weniger eine Störung des Feldes in der Praxis Fried / Luhna wurde. Zum Beispiel dann, wenn meine Anwesenheit Frau Luhna nicht daran hinderte, Telefonate zu führen:

Sie geht ans Telefon, fängt an zu wählen. Ich frage, ob ich störe, rausgehen soll. „Nein, Du störst überhaupt nicht! Sonst würde ich ja auch nicht hier telefonieren.“ Sie versucht, einen Supervisionstermin „möglichst schnell“ zu arrangieren, da sie Probleme mit einem Therapiepatienten hat. Sie erreicht aber niemanden: „Die ganze Uni-Klinik ist wohl in Urlaub! Na ja, am Tag zwischen Himmelfahrt und Wochenende arbeitet ja auch kein normaler Mensch!“ Ich sage „Ja, nur Irre und Psychiater?!“. Wir lachen beide. Sie sagt nach dem x-ten Wählversuch „Fuck!“ und beendet die Versuche. (Feldnotizen)

Oder wenn Frau Walser mir ganz selbstverständlich eine Teetasse mit hinstellte – was sie zu Beginn der Forschung nicht getan hatte:

Die Teetasse war für mich. Sabine sagt: „Wir sind ja heute nur zu dritt!“ Ich sage: „Reduzierte Belegschaft!“ . Sabine antwortet: „Genau!“ Ich finde es nett, dass ich jetzt auch schon eine Tasse hingestellt bekomme. (Feldnotizen)

Auch die Tatsache, dass die Ärzte und Frau Walser in ihren Ausführungen bei mir Vorwissen über Patienten voraussetzten, machte die mir unterstellte Vertrautheit mit dem Feld deutlich.

Als sie geht, kommt Sabine noch mal in den Pausenraum (...) Wann ich denn nächste Woche da bin? Ich sage: „Ich weiß es noch nicht genau, lege aber einen Zettel hin, damit Du Bescheid weißt.“ Sie sagt: „Brauchst Du eigentlich nicht. Vielleicht solltest Du aber die Tage danach aussuchen, welche Patienten da sind? Damit Du mehr beobachten kannst!“ Ich antworte: „Ach, ich kann auch so sehr viel beobachten!“ Erstauntes Gesicht von Sabine. Ich sage, dass ich im Moment eigentlich nur Freitags kann. Sabine: „Na ja, kannst Du ja sehen! Heute um 17 Uhr ist aber noch jemand für Dich!“ sagt sie mit einem verschwörerischen Blick. Sie spielt auf Frau Müller an. (Feldnotizen)

Ich bemerkte, wie ich ins Wartezimmer kam und „wie eine Arzt“ grüßend in die Runde blickte.

Als ich ins Wartezimmer komme, grüße ich in mittlerer Lautstärke, schaue mich dabei um. Memo: Wie ein Arzt! (Feldnotizen)

Andererseits ging die zunehmende Vertrautheit einher mit immer größeren Problemen, Beobachtungsdaten zu bemerken.

Ich beobachte, wie Sabine Walser Zettel schreibt, wo Abläufe beschrieben sind und Computereingaben. Als ich sage, ich wolle sie nicht länger stören und mich zum Gehen abende, sagt sie, nein, sie schreibe nur immer mal wieder auf, was ihre Vertretung wissen muss. Aber das sei ganz schwer, denn es sei einem so vieles so selbstverständlich, wenn man es jeden Tag mache. Ich sage, genauso würde es mir hier auch gehen: Je vertrauter ich mit der Praxis würde, desto weniger falle mir auf.

Als ich gehe, sagt Sabine: „Was, Du gehst schon wieder?!“ Ich sage: „Ja, ich muss noch zur Trialoggruppe, um Hinweise auf andere Arztpraxen zu kriegen.“ Sie fragt, ob ich denn da auch über meine Arbeit erzähle? „Ja, tue ich.“ „Schade, dass Du schon wieder los musst!“ Als ich gehe, hab ich das angenehme Gefühl dazugehören. Gleichzeitig hatte ich gar keine Lust mehr zu beobachten. Wollte nur noch zum Arzt-Patient-Termin hin. (Feldnotizen)

Dieser Problematik versuchte ich durch Supervision in meiner Forschungsgruppe zu begegnen. Gleichzeitig kam mir ein Zufall zur Hilfe: Durch einen Unfall war ich gezwungen, meine Forschungstätigkeit über zwei Monate auszusetzen. Gleichzeitig veränderte ich unter dem Eindruck stark erlebter Hilflosigkeit und Verletzbarkeit im Zuge dieses Unfalls meine Perspektive auf das Forschungsfeld. Die einseitige Betonung der Autonomie des Patienten in der Kooperation mit dem Arzt erschien mir jetzt nicht mehr erstrebenswert. Vielmehr suchte ich jetzt auch nach

fürsorglichen Aspekten. Als ich nach dieser Pause das Feld wieder aufsuchte, war mein Blick wieder deutlich „fremder“ geworden und ich begann, meine Forschungsfragen erweitert zu untersuchen.

5.8 Konsequenzen für die Arzt-Patient-Zusammenarbeit

Die oben dargestellten Kategorien bieten Anknüpfungspunkte für die spätere Darstellung der Zusammenarbeit zwischen Ärzten und Patienten.

Die Verhaltensweisen und Haltungen, die die Ärzte von mir erwarteten, fanden sich auch in ihrem Verhalten den Patienten gegenüber wieder. Besonders das Thema „Grenzen wahren“, das sich sowohl in abwartenden, zurückhaltenden, eher beobachtenden Verhaltensweisen zeigte als auch in deren Bereitschaft, „stellvertretend“ die verletzten Außengrenzen der Patienten in akuten Psychosen zu wahren und somit zu einem großen Teil Verantwortung zu übernehmen. Ihr Verhalten war außerdem dahingehend zu interpretieren, dass die diese Patientengruppe für schutzbedürftig und eingeschränkt in der Lage hielten, eigene Grenzen zu schützen sowie Bedürfnisse im Kontakt mit anderen umzusetzen.

Auch war der Umgang der Ärzte mit ihren Erwartungen an mich beispielhaft für das, was ich später bei ihrem Kontakt mit Patienten beobachten konnte: Ihre Antwort auf Meinungsverschiedenheiten und konkret vorgetragene Positionen des Gegenübers, ob nun ich das war oder Patienten, war eine sachliche Auseinandersetzung und nicht der Abbruch der Beziehung. Ihre Erwartungen waren nicht zu verstehen als Bedingungen, die über die Fortführung der Beziehung entschieden.

Für das Handeln der Ärzte im Kontakt mit psychoseerfahrenen Patienten lassen sich außerdem folgende Punkte ableiten:

Die Ärzte müssen flexibel mit Begriffen und Krankheitskonstrukten der Patienten umgehen können. Sie müssen sie auch dann akzeptieren, wenn sie nicht ihre eigenen sind, um die Beziehung zum Patienten nicht zu belasten (Akzeptanz). Die Flexibilität, die ich als Forscherin aufbringen musste, um mit den verschiedenen Welten zu kommunizieren, müssen auch die Ärzte zeigen: Sie müssen mit Kollegen und der Fachwelt ebenso kooperieren wie mit Patienten, mit Angehörigen, Krankenkassen und Vertretern anderer Berufsgruppen (z.B. Sozialarbeiter oder Psychologen, die als Betreuer arbeiten). Sie müssen im Gespräch mit den Patienten Offenheit signalisieren, damit die Patienten aus dem Gefühl heraus, akzeptiert zu werden, ihre Konzepte und Sichtweisen preisgeben und diese damit dem Gespräch

zugänglich werden. Nur so kann es gelingen, ggf. eine Annäherung der Perspektiven von Arzt und Patient zu erlangen.

Es ist ferner davon auszugehen, dass diejenigen Patienten, die in einer Praxis anzutreffen sind, die ärztliche Sichtweise und Behandlung zumindest nicht vollständig ablehnen. Eine gewisse Übereinstimmung der Konzepte über Psychosen muss vorliegen, die Patienten müssen zu einem gewissen Grade bereit sein, ärztliche Konzepte wenigstens zu tolerieren, sonst würden sie keine ambulante psychiatrische Behandlung in Anspruch nehmen (vgl. Stimmenhörergruppe oben).