

6 Ergebnisse

Im diesem Kapitel werden die Ergebnisse der Datenanalyse dargestellt. Abbildung 7 zeigt die zentralen von mir gebildeten Kategorien. Grundlage hierfür waren die Patienteninterviews, die Arztinterviews sowie meine Feldbeobachtungen.

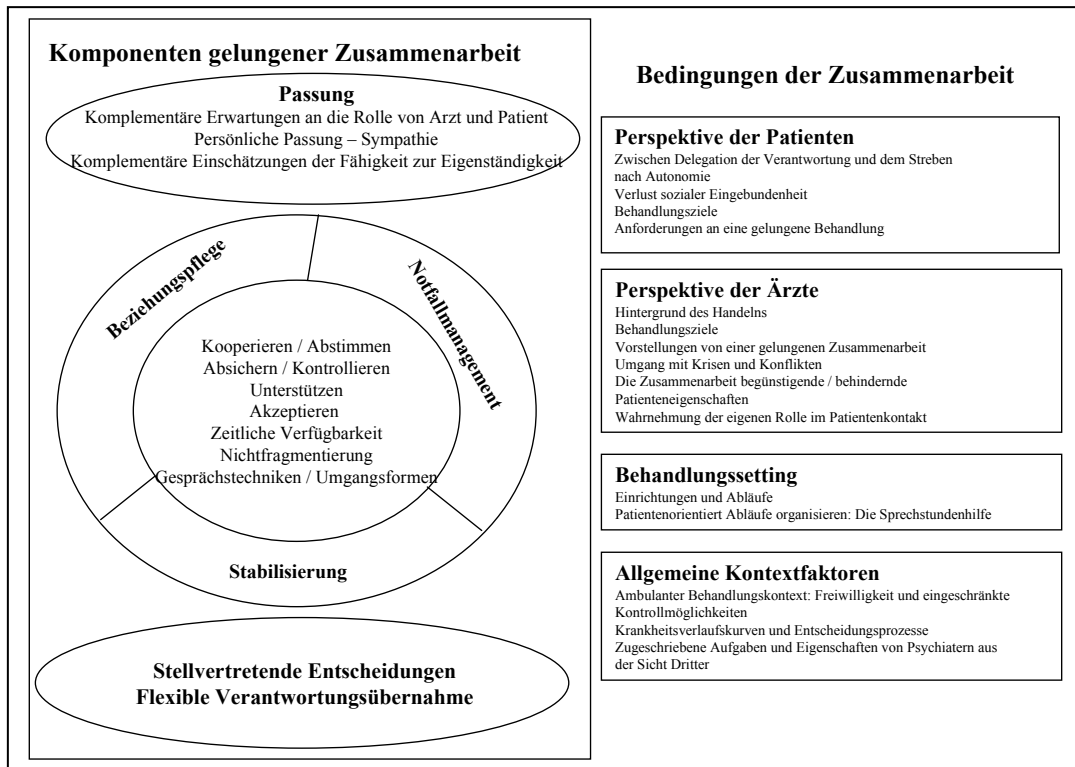


Abbildung 7: Bedingungen und Komponenten der gelungenen Arzt-Patient-Zusammenarbeit

Die Kategorien habe ich unter folgenden Begriffen zusammengefasst, die den Ergebnisteil in zwei Teile gliedern:

Bedingungen der Zusammenarbeit

Sie verstehe ich als den Rahmen der beforschten Arzt-Patient-Zusammenarbeit. Ich habe diese Faktoren untergliedert in die Gruppen **Perspektive der Patienten**, **Perspektive der Ärzte**, **Behandlungssetting** und **Allgemeine Kontextfaktoren**.

Komponenten gelungener Zusammenarbeit

Hier werden die Verhaltensweisen vor allem der Ärzte, die die untersuchte Form der Zusammenarbeit mit Patienten charakterisieren, näher beleuchtet. Ich habe die Kategorien **Passung**, **Beziehungspflege** / **Notfallmanagement** / **Stabilisierung**

sowie **Stellvertretende Entscheidungen / Flexible Verantwortungsübernahme** als zentrale Bestimmungsstücke dieser Form der Zusammenarbeit gebildet.

In Abbildung 7 sind zusätzlich die (nicht fett gedruckten) Unterkategorien dargestellt, die ihrerseits weiter differenziert werden. Eine detaillierte Ausführung findet sich in den jeweiligen Kapiteln.

6.1 Bedingungen der Zusammenarbeit

Zunächst stelle ich diejenigen Kategorien dar, die ich als Bedingungen der Zusammenarbeit identifiziert habe. Sie sind in Abbildung 7a rechts hervorgehoben.

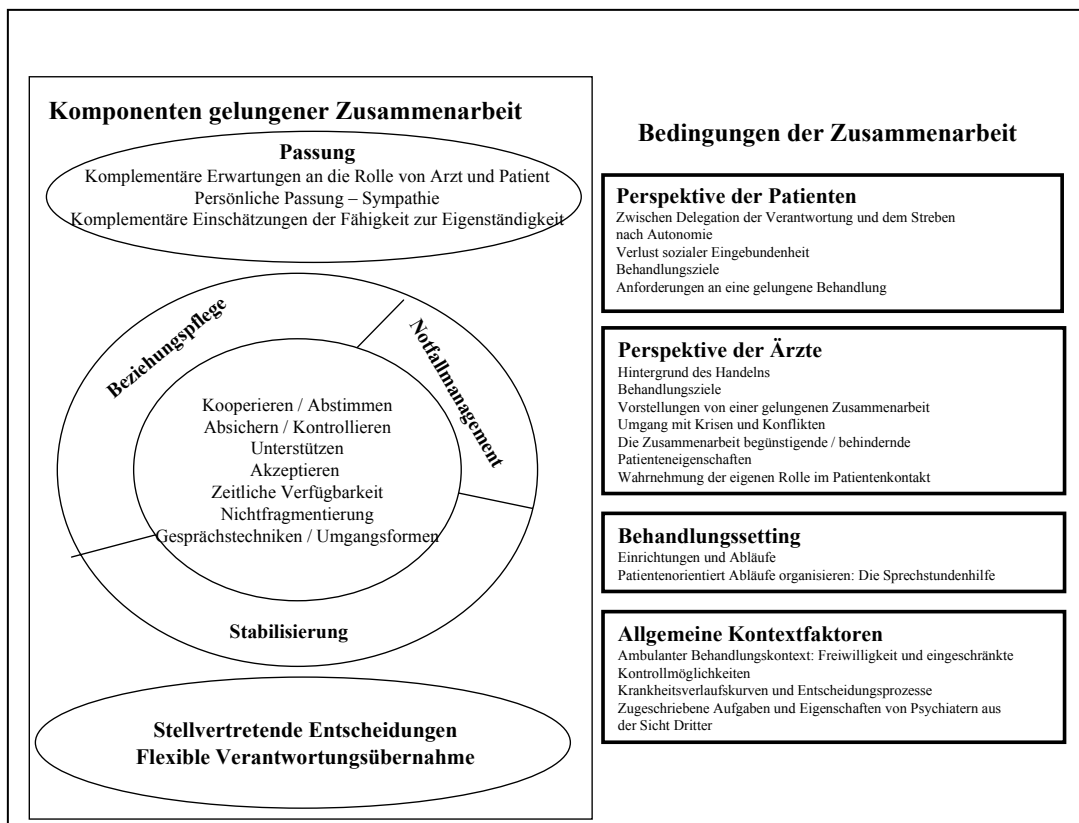


Abbildung 7a: Bedingungen der Zusammenarbeit

Die Zusammenarbeit von Arzt und Patient wird einerseits beeinflusst von **Patientenfaktoren** (Kapitel 6.1.1). Hier hat sich der zeitlich variierende Wunsch der Patienten nach einer Delegation der Verantwortung an den Arzt bzw. dem Streben nach Autonomie als wichtig erwiesen. Ebenso haben sich deren krankheitsbedingter **Verlust sozialer Eingebundenheit**, ihre individuellen **Behandlungsziele** und die

damit verbundenen **Anforderungen an eine gelungene Behandlung** als wichtige Kontextbedingungen der untersuchten Zusammenarbeit mit dem Arzt herausgestellt. Auch die Haltungen und Ziele der befragten Ärzte sind eine wichtige Voraussetzung der Zusammenarbeit (Kapitel 6.1.2). Aus den Interviews mit ihnen habe ich Aussagen über ihre **Motive für ihre Arbeit**, ihre **Ziele in der Behandlung** psychoseerfahrener Patienten und ihre **Vorstellungen von einer gelungenen Zusammenarbeit** abgeleitet. Hier spielt besonders ihre Wahrnehmung ihres **Umgangs mit Krisen und Konflikten**, die in der Behandlung auftreten, eine Rolle, denn hieraus lassen sich wertvolle Hinweise auf die Kooperation mit Patienten ableiten. Schließlich habe ich Aussagen der Ärzte über **die Zusammenarbeit behindernde und fördernde Patienteneigenschaften und -verhaltensweisen** und über ihre **selbst wahrgenommene Rolle im Patientenkontakt** zusammengefaßt.

Auch das **Behandlungsetting** (Kapitel 6.1.3), wie ich es in den Praxen vorgefunden habe, habe ich als einen Kontextfaktor für die Zusammenarbeit zwischen Arzt und Patient identifiziert. Darunter verstehe ich die **Abläufe in den Praxen** sowie deren **Gestaltung / Einrichtung** und die **Arbeit der Sprechstundenhilfen**, die den Weg des Patienten zum Arzt ebnen. Wie in der Datenanalyse deutlich wurde, kann die Sprechstundenhilfe Partizipation der Patienten fördern und die Einrichtung der Arztpraxis an den unterstellten Patienteninteressen ausgerichtet sein.

Unter der Kategorie **Allgemeine Kontextfaktoren** (Kapitel 6.1.4) habe ich Bedingungen der Zusammenarbeit subsummiert, die aus den Interviews, den Feldbeobachtungen und der theoretischen Beschäftigung mit dem Feld deutlich wurden und die nicht nur die konkreten Arztpraxen betreffen. Hier wird die Rolle des **ambulanten Behandlungssettings** für die Zusammenarbeit verdeutlicht und auf die Phasenhaftigkeit von Krankheitsverläufen eingegangen (**Krankheitsverlaufskurven und Entscheidungsprozesse**). Auch die **zugeschriebenen Aufgaben der Psychiater aus der Sicht Dritter** spielen für die Zusammenarbeit eine Rolle. Schließlich hat sich herausgestellt, dass sich aus den verschiedenen Aufträgen der Parteien an die Psychiater eine Kollision von Zielen ergeben kann und der Psychiater nicht per se als Patientenanwalt auftritt, sondern hier eine bewusste Entscheidung – ggf. auch gegen Widerstände - treffen muss.

Die Kategorien zur **Perspektive der Patienten** und zur **Perspektive der Ärzte** sowie zum **Behandlungssetting** habe ich auf der Grundlage der Interviews mit Patienten, Ärzten sowie meinen Feldbeobachtungen gebildet. In die Bildung der

allgemeinen Kontextfaktoren ist zusätzlich mein themenspezifisches Vorwissen eingeflossen.

6.1.1 Die Perspektive der Patienten

In diesem Kapitel werden diejenigen Faktoren der Zusammenarbeit, die die Situation der Patienten betreffen, dargestellt. Diese habe ich unter folgenden Kategorien zusammengefasst:

- Zwischen Delegation der Verantwortung und dem Streben nach Autonomie
- Verlust sozialer Eingebundenheit
- Behandlungsziele
- Anforderungen an eine gute Behandlung

6.1.1.1 Zwischen Delegation der Verantwortung und dem Streben nach Autonomie

Eine wichtige Kontextbedingung der untersuchten Zusammenarbeit sind die **wechselnden Zustände**, die die Patienten mit wiederkehrenden Psychosen erleben und die damit verbundene **variierende Fähigkeit, Entscheidungen zu treffen**, die aus nicht-psychotischer Sicht „vernünftig“ erscheinen.

Die befragten Patienten lebten zeitweise relativ „normal“ und in weitgehender Autonomie, gingen arbeiten, pflegten ihre Freundschaften, erledigten ihre Einkäufe etc. Dann wiederum erlebten sie psychotische Phasen, in denen sie entweder Schwierigkeiten hatten, überhaupt Entscheidungen zu treffen und sich völlig aus dem sozialen Leben zurückzogen oder sie Entscheidungen zu treffen drohten, die sie selbst als falsch bezeichneten, wenn die psychotische Phase abgeklungen war. Damit ist die Fähigkeit der Patienten, sich in einer Phase, in der sie möglicherweise akut hilfsbedürftig sind und in den meisten Fällen sehr quälende Zustände erleben, aus eigenem Antrieb Hilfe zu holen, als eingeschränkt zu betrachten.

Im folgenden soll zur Illustration der wechselnden Zustände und der daraus folgenden wechselnden Fähigkeit zur Übernahme von Verantwortung der Krankheitsverlauf von Frau Berg, so wie sie ihn im Interview geschildert hat, dargestellt werden. Auch, wenn jeder Patient seine individuelle Geschichte hat, steht

ihre Geschichte beispielhaft für viele andere mit dem typischen Charakteristikum des **phasenhaften Verlaufs**.

Zur besseren Anschaulichkeit habe ich den Verlauf in Abbildung 8 in Form einer Kurve dargestellt.

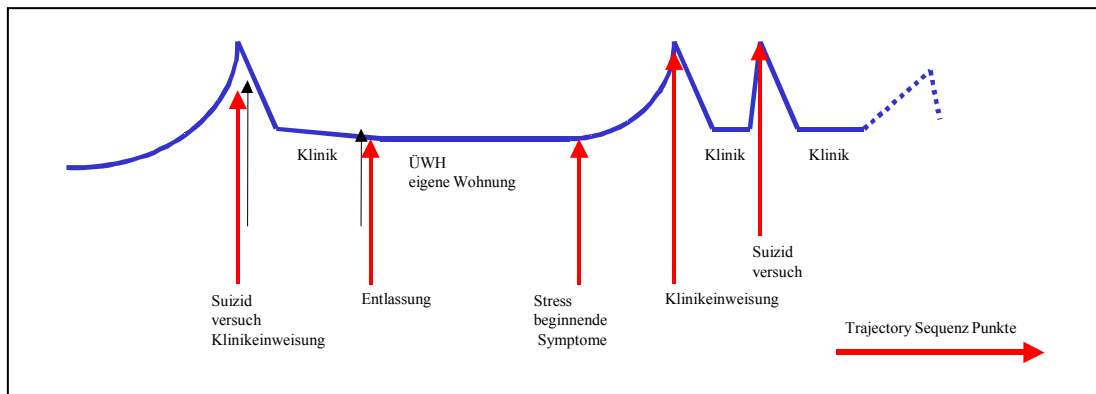


Abbildung 8: Graphische Darstellung des phasenhaften Verlaufs von Psychosen

Ein Anstieg der Kurve bedeutet einen Anstieg der psychotischen Symptome. Die Pfeile auf die Kurve machen Wendepunkte im Verlauf deutlich (vgl. Strauss & Corbin, Trajectory Sequenz Punkte, Kapitel 2.1.4.1). Die Kurve soll neben dem phasenhaften Verlauf der Krankheitssymptome verdeutlichen, dass in Abhängigkeit von ihrem Gesundheitszustand die Aufenthaltsorte wechseln: Je schlechter ihr Zustand, je mehr psychotische Symptome, desto restriktiver wird der Aufenthaltsort – variierend zwischen eigener Wohnung, Wohnen bei Freunden, Übergangwohnheim und geschlossenen Abteilungen psychiatrischer Kliniken. Damit ist auch das Ausmaß möglicher gelebter Autonomie unterschiedlich.

Vor ca. 15 Jahren hatte Frau Berg ihre erste Psychose. Damals war sie 25 Jahre alt. Im Anschluss an einen sechsmonatigen Krankenhausaufenthalt und dreimonatiger Betreuung in einem Übergangwohnheim hatte sie 11 Jahre lang keine Psychose. In den letzten drei Jahren vor dem Interview hatte sie allerdings häufig wiederkehrende psychotische Phasen. Diese hätten sich angekündigt durch zunächst als angenehm erlebte, dann sich steigernde und sie zunehmend im sozialen Leben beeinträchtigende Symptome und meist sei sie nach einiger Zeit in die Klinik gekommen. Sie war insgesamt ca. sieben Mal in der Klinik, davon zwei Mal nach missglückten Versuchen, sich zu suizidieren und vier bis fünf Mal allein in den letzten vier Jahren. Mindestens zwei Aufenthalte dauerten sechs Monate.

Kennzeichnend für Frau Bergs Erleben in Psychosen ist die **eingeschränkte Kontrolle**. Im Zustand akuter Psychosen beschrieb sie sich als oft sehr „verwirrt“ und hilflos der Krankheit ausgesetzt. Sie habe erlebt, dass sie „dann streckenweise die Realität überhaupt nicht mehr mitkriegt“, dass sie nicht mehr in der Lage gewesen sei, ihren Alltag zu bewältigen:

„Aber das war so kurz bevor ich in die Klinik gegangen bin, war das halt streckenweise wo ich auch überhaupt nichts, also auch Alltag nicht mehr // ich stand dann irgendwie mit meinem Einkaufszettel im Einkaufsladen und stand dann da halt und hab mir die Leute angekuckt, bin eben irgendwie mit einem Teil, was dann darauf stand, wieder nach Hause gegangen, und der Rest war dann irgendwie // weiß nicht, da ging irgendwo überhaupt nichts mehr. Also dafür ist ein Klinikaufenthalt eigentlich schon ganz gut auch.“ (Frau Berg, Patientin)

Sie nahm sich in der akuten Psychose als stark auf äußere Hilfe angewiesen wahr und glaubte von ihrer letzten Psychose, dass sie nicht

„ohne Hilfe und ohne Medikamente alleine da wieder runter gekommen wäre von diesem Zustand, sondern dass es sich eher immer mehr verschlechtert hätte.“ (Frau Berg, Patientin)

Doch habe sie sich diese Hilfe nicht selbst suchen können, sondern sei darauf angewiesen gewesen, dass eine Freundin ihre Hilfsbedürftigkeit erkannt habe:

- I: Haben Sie sich die Hilfe dann selber gesucht, oder
P: Neenee, neenee// eine Freundin von mir hat mich dann als vermisst gemeldet, weil ich bin dann halt einfach so von Arbeit weg, und die haben dann meine Freundin angerufen, die hat sich mit meiner Therapeutin in Verbindung gesetzt, und die meinte halt, sie sollten doch mal eine Vermisstenanzeige aufgeben. Und das war dann irgendwann mitten in der Nacht, wo ich da an einer Straße entlang gelaufen bin, wo 'n Unfall passiert ist. Und dann kam halt die Polizei, und die haben irgendwann gefragt, was ich da mache. Und dann hab ich gesagt, Na ja, was soll ich hier schon machen, ich lauf hier rum, und dann haben sie halt irgendwie die Zentrale angerufen, und dann war klar, dass ich als vermisst gemeldet worden bin und dann bin ich erst mal ins Krankenhaus gekommen. (Frau Berg)

Auch bei anderen psychotischen Phasen habe sie die Erfahrung gemacht, dass sie am Beginn der Psychose den Zustand genossen und deshalb den Punkt verpasst habe, an dem eine frühzeitige medikamentöse Intervention die Symptome hätte abbremsen können. Es habe dann immer die Gefahr bestanden, „ganz abzurutschen“ . Daher hätten ihre Freundinnen die verantwortungsvolle Aufgabe von Unterstützerinnen und Frühwarnsystemen übernommen. Sie sollten die beginnende Psychose erkennen, sie stützen und drängen, zum Arzt zu gehen. Teilweise waren die Freundinnen mit dieser Aufgabe überfordert und lehnten die Verantwortung für Frau Berg ab. Das war häufig der Punkt, an dem Frau Berg in die Klinik ging.

Auch andere Interviewpartner haben ähnliche Situationen beschrieben. Dabei war die Fähigkeit der Betroffenen, „neben sich zu stehen“, von außen die eigene Hilfsbedürftigkeit wahrzunehmen und entsprechende Hilfe zu suchen,

unterschiedlich stark ausgeprägt und auch bei derselben Person konnte je nach Situation diese Fähigkeit variieren.

Dem gegenüber standen die Phasen, in denen Frau Berg arbeiten ging, sich mit Freundinnen traf, Bauchtanz machte und versuchte, eine neue Partnerin zu finden. In diesen Zeiten lebte sie vollständig ohne professionelle Hilfe – bis auf die Termine bei Herrn Dr. Fried und Therapiesitzungen, die sie zeitweise in Anspruch nahm.

Auch die anderen Interviewpartner waren in der Lage, ein mehr oder weniger „normales“ Leben zu führen, wenn sie nicht psychotisch waren. Herr Schiller war derjenige unter den Interviewpartnern, bei dem die psychosefreien Zeiten am deutlichsten überwogen und dessen Leben sich dann nicht von dem anderer unterschied, die keine Psychosen haben. Seine Arbeitskollegen wussten nicht einmal, dass er eine psychotische Episode gehabt hatte. Bei allen anderen Interviewpartnern unterschied sich das „normale“ Leben deutlich von dem einer nicht erkrankten Person. Die Hilfsbedürftigkeit und die Eingebundenheit in professionelle Hilfskontexte war bei diesen Patienten dauerhaft höher als bei anderen Menschen. Dennoch bestanden alle Interviewpartner darauf, in psychosefreien Zeiten die Verantwortung für ihre Behandlung zu übernehmen und erwarteten vom Arzt ein entsprechendes Zugestehen an Autonomie (vgl Kapitel 6.1.1.4).

Konsequenzen für die Arzt-Patient-Zusammenarbeit: Für die Zusammenarbeit zwischen diesen Patienten und ambulant behandelnden Psychiatern bedeutet dies, dass die Ärzte sich Personen gegenüber sehen, die zu manchen Zeiten in der Lage und willens waren, Entscheidungen über ihre Lebensgestaltung zu treffen und auch während der ärztlichen Behandlung Wert auf die **Wahrung ihrer Autonomie** legen und die zu anderen Zeiten aktiv die **Verantwortung** für die weitere Behandlung an den Arzt **delegieren** bzw. sich in einer Verfassung befinden, in der der Arzt in der Verantwortung steht, auch ohne die Zustimmung des Patienten eine Behandlungsentscheidung zu treffen. Je nach Zustand des Patienten sind somit vom Arzt jeweils unterschiedliche Arten des Handelns, des Verhandlens und der Gesprächsführung erforderlich. Hinzu kommt, dass die vom Arzt wahrgenommene Hilfsbedürftigkeit oft von den Patienten erst nach Abklingen der akut psychotischen Phase selbst wahrgenommen wird bzw. geäußert werden kann. Der Arzt, der die Autonomie und Selbstständigkeit seines Patienten achten will, steht somit vor der

schwierigen Aufgabe, einzuschätzen, wann der Punkt gekommen ist, vor die Wahrung der Autonomie des Patienten die Wahrnehmung seiner Hilfsbedürftigkeit zu stellen und ihm ggf. Hilfe auch ohne dessen Forderung zukommen zu lassen.

6.1.1.2 Verlust sozialer Eingebundenheit

Kennzeichnend für die Lebenssituation der befragten Patienten war das, was von mir unter der Kategorie **sozialer Verlust** zusammengefasst wurde (vgl. Abbildung 9).

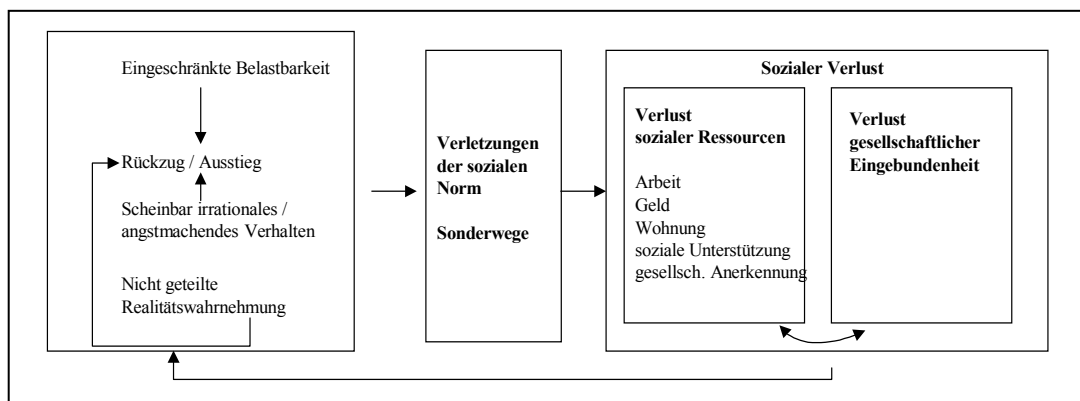


Abbildung 9: Verlust sozialer Eingebundenheit

Sie beinhaltet einerseits den **Verlust sozialer Ressourcen** wie den Arbeitsplatz, eine Wohnung, soziale Unterstützung durch Freunde und Verwandte oder eine Partnerschaft. Aber auch den Verlust der Anerkennung als zuverlässiger, berechenbarer Mensch und damit gesellschaftlicher Anerkennung. Gleichzeitig ist unter dieser Kategorie der **Verlust gesellschaftlicher Eingebundenheit** zu verstehen. Die beiden Kategorien bedingen sich gegenseitig, denn der Verlust an sozialen Ressourcen trägt ebenso dazu bei, dass der soziale Ausschluss voranschreitet wie es umgekehrt zunehmend schwerer wird, auf soziale Ressourcen zuzugreifen, wenn man außerhalb der „normalen“ Gesellschaft steht. Das Ausmaß des Verlustes dieser Ressourcen variiert. Dennoch fanden sich bei allen Interviewpartnern Hinweise darauf, dass der Kampf um soziale Ressourcen ein zentrales Thema war.

In den Interviews wurde deutlich, dass der soziale Verlust u.a. aus **Verletzungen der sozialen Norm** resultierte, die besonders in akuten Psychosen auftraten. Verschiedene Komponenten trugen dazu bei: Zunächst einmal die **eingeschränkte Belastbarkeit** der von Psychosen betroffenen Menschen. Die meisten Interviewpartner berichteten, dass sie nicht nur in akuten Phasen, sondern auch danach Konzentrationsschwierigkeiten, Probleme beim Lernen und eine

eingeschränkte Toleranz für Stress hatten. Die verminderte Stresstoleranz und hohe Sensibilität in sich ankündigenden bzw. akuten Psychosen führten bei vielen Interviewpartnern immer wieder zu längeren **Rückzugsphasen**. Die betroffenen Personen zogen sich in ihre Wohnung zurück und waren dann teilweise nicht in der Lage, aktiv die Welt außerhalb der Wohnung aufzusuchen. Während dieser Zeit waren die meisten Kontakte zur Außenwelt unterbrochen. Entsprechendes berichteten zum Beispiel Herr Dietz und Frau Viktor:

- P: Und hab da drei Tage lang gelegen im Delirium, sagt der Hausarzt, der hat mich hier besucht.
I: Ihre Frau hat sie// hat ihn dann damals gerufen, oder wie ist der her gekommen?
P: Nee, nee, ich war hier ganz alleine in der Wohnung. (Herr Dietz, Patient)

„(...) aber ansonsten bin ich schon so weit, dass ich in der Psychose so halbwegs das Minimum vom Leben hinkriege. Also ich kann trotzdem einkaufen oder so, was dann natürlich alles sehr anstrengend ist, also es strengt halt sehr an (...) Aber das krieg ich schon wieder hin, also es ist nicht mehr so, also so die ersten Jahre war das, dass ich dann zu gar nichts mehr in der Lage war (...)// hab's dann halt kaum noch geschafft, mir was zu essen zu nehmen und so.“ (Frau Viktor, Patientin)

Auch wiederkehrende Klinikaufenthalte waren typisch für die Lebenssituation vieler Interviewpartner und bedeuteten Rückzugsphasen aus der Gesellschaft. Gleichzeitig förderten sie den sozialen Ausschluss, wie Frau Maus und Frau Berg beschrieben:

„Also wenn ich mir vorstellen würde, ich müsst immer in der Psychiatrie bleiben, das wär nicht so schön. Sicherlich, man könnte sich vielleicht auch DA einrichten (...). Aber ich weiß nicht, ob man das gut kann in der Psychiatrie. (...) Und man kann ja auch 'n gewissen Freundes- und Bekanntenkreis unterhalten, wenn man 'ne eigene Wohnung hat. Das kann man ja in der Psychiatrie nur in beschränkten Maße. Gibt's Besuchszeiten und dass man dann irgendwas unternimmt, ist auf 'ne gewisse Tageszeit begrenzt, wo man Ausgang hat.“ (Frau Maus, Patientin)

„Da war ich sechs Wochen in der Klinik, und dann bin ich gegangen, zwar fanden [die Ärzte] das nicht so toll, die meinten, ich sollte noch zwei, drei Wochen bleiben, aber irgendwie hatt' ich das Gefühl, äh// und das war auch ganz gut so, weil sich dann nämlich schon auf Arbeit angebahnt hat, dass sie mich eventuell kündigen wollten, dadurch, dass ich halt so oft gefehlt hab, oder mich auf Rente schicken und so was, und dann hab ich noch mal ziemlich drum kämpfen müssen, dass sie mir halt da auch noch mal ne Chance geben.“ (Frau Berg, Patientin)

Besonders während akuter Psychosen verhielten sich die betroffenen Personen oft auf eine Weise, die Menschen ihrer Umwelt irrational erscheinen musste, wie am Beispiel von Herrn Hölderlins Schilderungen deutlich wird:

„(...) bin dann abgehauen, (...) ich bin morgens um sechs aufgestanden, hab dann meine Tasche raus gestellt auf die Terrasse, und dann hab ich gerobbt, damit man mich nicht sieht, und bin abgehauen zu meinen Freunden (...) und dann bin ich außen rum in den Garten, ich wagte nicht, vorne zu meinen Freunden in das Haus einzutreten. Weil ich dachte, da werde ich sowieso abgepasst. Bin ich durch den Garten und hab geklopft und die haben nicht gehört, und dann hab ich geschrien (...) ‚Feuer, Feuer, Feuer‘, und (...) nebenan war 'n älteres Ehepaar, die meinten: ‚Was ist los?‘, da sagte ich: ‚Im Schuppen ist Feuer, ich hab's grad ausgemacht, aber sie sollten doch vielleicht die Leute benachrichtigen‘“ (Herr Hölderlin, Patient)

Hintergrund dieses Verhaltens war oft eine psychosebedingte, mit nicht-psychotischen Menschen **nicht konsensfähige Wahrnehmung** der Betroffenen in diesen Phasen. So rational ihr Verhalten in der Wahrnehmung der Patienten sein konnte, so wenig konnten Außenstehende diese erahnen.

„Dann (...) kam kein Bus, und dann meinte ich, der Bus fährt verkehrt, und ich soll da irgendwie entführt werden(...)/jedes Polizeiauto hat mich paranoid gemacht.“ (Herr Hölderlin, Patient)

„(...) die Geschichten mit meinem Vergewaltiger. Also, dass ich in der Psychose meine Rache durchbringen will, also einerseits, und andererseits halt mich dann doch immer wieder von der Gesellschaft, von allem so verkauft fühle, dass ich dann immer der Meinung bin (...), eigentlich kannst Du auch zu ihm zurückgehen (...) ich hab dann immer so diesen Film zwischen „ich kann nur mit ihm“ und „er muss sterben“ oder „ich will meine Rache“ (...) oft hör ich's Wasser zu mir sprechen, (...) bin ich schon der Meinung, dass es die Gedanken von anderen Menschen sind, die um mich herum sind, und manchmal ist es auch meine eigene Stimme (...) also wenn die spricht, kann ich mich schon drauf verlassen, also das hat auf jeden Fall da 'n Sinn drin.“ (Frau Viktor, Patientin)

Besonders das von der gesellschaftlichen Norm abweichende Verhalten von Menschen in Psychosen trug dazu bei, dass die betroffenen Personen auch in psychosefreien Zeiten stigmatisiert und gesellschaftlich isoliert wurden.

Zusätzlich zwangen die wiederkehrenden Psychosen die betroffenen Personen oft, einen **Sonderweg** zu finden, der außerhalb „normaler“ Lebensentwürfe lag und die Integration der psychotischen Phasen erlaubte. Dies konnte auf Ablehnung bei anderen Menschen stoßen und als Widerspruch zu ihrem eigenen Normalitätsverständnis erlebt werden. Der Kontakt zu „normalen“ Personen reduzierte sich auf diese Weise bei vielen betroffenen Personen und der soziale Verlust schritt voran.

Im folgenden soll das eben skizzierte Modell des Verlustes sozialer Eingebundenheit durch Fallgeschichten illustriert werden. Sie stehen beispielhaft für andere Verläufe. Die Verläufe der verschiedenen Patienten können unterschieden werden nach dem Ausmaß des erlebten sozialen Verlustes (vgl. Abbildung 10).

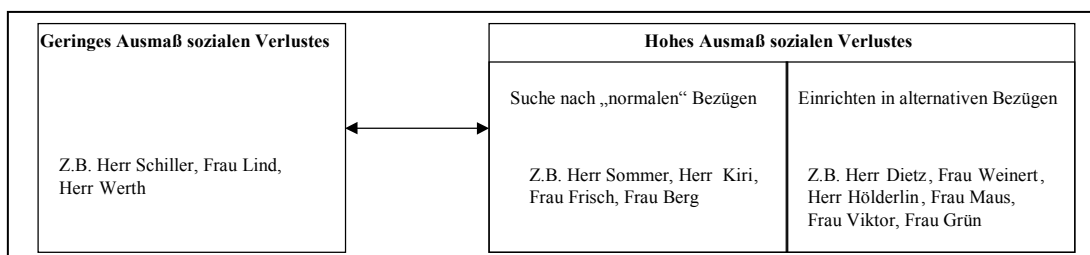


Abbildung 10: Gruppierung der Patienten nach dem Ausmaß erlebten sozialen Verlustes

Innerhalb der Gruppe derjenigen Patienten, die ein großes Ausmaß sozialen Verlustes erlitten hatten, gab es einige, die immer noch sehr stark nach einer Integration in „normale“ Bezüge strebten – mit unterschiedlichem Erfolg. Andere richteten sich mit ihrer Psychose in alternativen Bezügen ein.

Herr Schiller steht für ein geringes Maß sozialen Verlustes und einen konstanten und erfolgreichen Kampf um den Erhalt sozialer Teilhabe. Er hatte nur eine psychotische Phase mit anschließendem Krankenhausaufenthalt, so dass die Auswirkungen der Psychose auf sein soziales Leben weitgehend begrenzt blieben.

Herr Sommer soll illustrieren, wie infolge der Psychose der soziale Verlust zwar erfolgt ist, er sich aber mit viel Energie daran machte, einen Weg zu finden, der ihm die Integration in die Gesellschaft wieder erlaubt.

Frau Frisch steht demgegenüber für einen Verlauf, in dem die Psychose massive Auswirkungen auf die soziale Eingebundenheit hatte und sie es nur schwer ertrug, diese Tatsache zu akzeptieren. Gleichzeitig war sie nicht in der Lage, ihre frühere Lebenssituation wieder herzustellen.

Herr Dietz schließlich steht für diejenigen Verläufe, in denen die Betroffenen sich in alternativen Bezügen einrichten, die ihnen ihr „Anderssein“ erlauben und auf ihre veränderten Bedürfnisse infolge der Psychose abgestimmt sind.

6.1.1.2.1 Fallgeschichte von Herrn Schiller

„[Ich bin ein] bisschen ruhebedürftig. Aber andererseits ist mir dann teilweise auch wieder 'n bisschen langweilig, ja, das schwankt immer so. Ja, sonst bin ich eigentlich ganz zufrieden.“
(Herr Schiller, Patient)

Die Lebenssituation von Herrn Schiller war nur geringfügig daran ausgerichtet, dass er eine psychotische Episode hatte. Er hat seine Arbeitsstelle in vollem Umfang behalten, er meditierte weiterhin, er nahm, bis auf Ausnahmesituationen keine Medikamente ein und hatte auch keinen Kontakt zu Einrichtungen für psychisch kranke Menschen. Die einzigen Bereiche, wo eine Berücksichtigung seiner möglicherweise verbliebenen Vulnerabilität zu finden war, waren die regelmäßigen Termine bei einer Psychotherapeutin, die mittlerweile in großen Abständen stattfindenden Termine bei seiner Psychiaterin, und die Tatsache, dass er aus dem Innenstadtbereich in das grüne Randgebiet gezogen war, um in einer weniger aufregenden Umgebung zu wohnen. Dementsprechend war auch kaum eine

Beeinträchtigung seiner sozialen Eingebundenheit und der Verfügbarkeit sozialer Ressourcen festzustellen.

Herr Schiller hatte seine einzige schwere psychotische Episode ein Jahr, bevor das Interview statt fand. Nach zweitägigem Aufenthalt in der geschlossenen Station einer psychiatrischen Klinik blieb er noch zwei Wochen auf der offenen Station. Seitdem hatte er keine weiteren psychotischen Episoden, die einen Krankenhausaufenthalt nötig machten. Allerdings hat es mindestens eine Situation gegeben, in der sich ein ähnlicher Zustand ankündigte, den er jedoch durch eine schnelle Intervention verhindern konnte. Schon vor dieser schweren psychotischen Episode habe er schwächere Formen desselben Zustands erlebt. Er berichtete von Situationen, in denen er infolge eines Meditationsworkshops „aufgelöst“ gewesen sei oder in denen er

„ähnliche Erscheinungen hatte, also wenig Schlaf, und dann viel im Kreise drehen, und wenig Appetit, und irgendwie so Angst, Angst vor, ja, weiß ich nicht was.“ (Herr Schiller, Patient)

Ein Auslöser für seine Psychose seien intensive Meditationserfahrungen gewesen. Hinzu sei ein sozialer Auslöser gekommen: eine Streitsituation, als er Vertragsverhandlungen führen musste, um sich sein Lebensziel zu erfüllen und Meditationslehrer in einer eigenen Schule zu werden. Es sei für ihn abzusehen gewesen, dass die Verhandlungen mit dem Dachverband, dem er untergeordnet gewesen wäre, nicht einfach werden würden und er habe

„irgendwie tierische Angst [gehabt], dass ich nicht Lehrer werden kann, dass mich also diese Vertragsgeschichte zu Fall bringt.“ (Herr Schiller, Patient)

Bei einer weiteren sich ankündigenden psychotischen Episode sind aus seiner Sicht Auseinandersetzungen mit seiner Freundin ausschlaggebend gewesen. Er habe „Angst [gehabt] alleine zu sein“. Als einen weiteren Auslöser sieht er Stress am Arbeitsplatz an:

„(...) da hatte ich ‘ne große Baustelle (...), und hatte auch irgendwie viel zu tun, und mit dem Meditieren und überhaupt war irgendwie so viel los, dass ich eben ähnliche Erscheinungen hatte.“ (Herr Schiller, Patient)

Hier wird deutlich, dass Herr Schiller die psychotischen Zustände als Überlastungsreaktionen interpretiert. Obwohl er im Interview betonte, inzwischen nicht mehr eingeschränkt belastbar zu sein, berichtete er gleichzeitig, dass er schon seit langer Zeit immer wieder wegen Überforderung therapeutische Hilfe aufgesucht habe. Außerdem beschrieb er mehrere Situationen, in denen er ähnlich Zustände wie

die akute psychotische Episode, nur in geringerer Intensität erlebt habe. Auch im Gespräch mit Frau Luhna wurde deutlich, dass er seine alltägliche Lebenssituation auf eine geringe Stresstoleranz eingerichtet hat.

Entscheidend für seine Lebensgestaltung war, dass seine Umwelt ihn nach wie vor als eingeschränkt belastbar wahrnahm. Sein Meditationslehrer unterstellte Herrn Schiller eine labile Konstitution und gewährte ihm deswegen keine Unterstützung bei dem Plan, eine eigene Meditationsschule aufzumachen.

„(...) dann hat mir halt der Lehrer (...) gesagt, ist besser, wenn ich jetzt erst mal davon Abstand nehme, Lehrer zu werden. (...) Das hab ich dann auch eingesehen, und dann sollte ich mir das halt noch überlegen und erst mal ne Zeit ins Land gehen lassen, und hab mich dann jetzt nach dem diesjährigen Kurs entschieden, doch noch weiter Lehrer zu werden, aber der Lehrer hat dann gesagt, also er kann das nicht verantworten mit den Erfahrungen, mit der Konstitution, (...) das ist halt kontraindiziert dazu, (...) Lehrer zu werden, weil man auch immer tiefer, feiner reingeht, und sich immer mehr Sachen lösen.“ (Herr Schiller, Patient)

Da Herr Schiller insgesamt nur knapp drei Wochen in der Klinik war, kann man bei ihm nicht von nennenswerten **Rückzugsphasen** sprechen, wie z.B. bei Frau Berg oder Herrn Dietz. Allerdings bestand eine seiner Strategien, beginnenden Psychosen zu begegnen, darin, dass er sich vermehrt Ruhe gönnte und viel schlief, also Rückzugsformen wählte, die noch mit einem regulären Alltag vereinbar waren.

Auch Herr Schiller erlebte während der Psychose eine **nicht konsensfähige Umweltwahrnehmung**. Ihm sei sein Zeitgefühl verloren gegangen, er habe gedacht, seine Freundin habe ihm verheimlicht, dass sie meditiert und er hoffte während des Gesprächs die ganze Zeit auf einen „guten Ausgang“ der Situation, allerdings aufgrund irrealer Annahmen.

„Und irgendwie dacht ich, während des Gesprächs irgendwie noch, hatte ich so 'ne Ahnung, aber ich bin ja ganz erleichtert, weil die haben irgendwie nur Schau gemacht, und nebenan ist der Lehrer aus Hamburg, und der kommt dann durch die Tür und sagt dann, weißte, du brauchst gar keine Prüfung mehr zu machen, das ist doch alles in Ordnung und so ja? Also völlig verdreht.“ (Herr Schiller, Patient)

Das Problem für Herrn Schiller bestand darin, dass er während der akuten Psychose mit seinen Vorgesetzten in Kontakt getreten ist, was deutlich zu einer langfristigen Schwächung seiner Position beigetragen hat. Er hat sich in einer Situation, in der er präsent hätte sein müssen, für seine Umwelt unverständlich verhalten. Schon während alle anderen Vertragspartner am gemeinsamen Tisch saßen, habe er im Raum nebenan Meditationsübungen gemacht, weil er kein Zeitgefühl mehr gehabt habe. Es wäre dann für seine Verhandlungspartner offensichtlich gewesen, dass er zu diesem Zeitpunkt nicht mehr richtig ansprechbar gewesen sei.

Auch seiner Freundin gegenüber hat er sich merkwürdig benommen (**scheinbar irrationales Verhalten**). Er habe Kreiselbewegungen gemacht, da er dachte, Energie durchfließe ihn „von oben bis unten durch die Pole“.

„Also mit dem Drehen irgendwie, ich dachte immer, ich müsste (...) zwischen der aufrechten Position und so waagerechten Linien oder so, das müsst ich irgendwie durch- durchbrechen oder so irgendwie. Und hab mich dann selbst, weiß ich noch, im Taxi immer so um mich gedreht, ja? (...) dass ich diesen Kreis durchbreche irgendwie so, ja? Völlig daneben.“ (Herr Schiller, Patient)

Auch schon bei früheren ähnlichen, wenn auch schwächeren Zuständen habe er Verhaltensnormen verletzt. Zum Beispiel gegenüber seiner Therapeutin, die darauf hin sofort alarmiert gewesen sei:

„Ich weiß noch, dass ich irgendwann mal während der Arbeit Frau Kreiser angerufen habe, (...) ob ich zu ihr du sagen kann. So, ja? Weil wir siezen uns immer, und irgendwie war das so in mir, eigentlich könnt' die mich auch duzen, und ich müsste sie mal fragen, aber ich hab's nie angesprochen, weil irgendwie habe ich's mich nicht getraut so, ja? Und dann hab ich in der Phase, hab ich angerufen, ich sage: ‚Ja, hier ist Herr Schiller, kann ich du zu Ihnen sagen?‘ Und sie hat gesagt: ‚Ja Moment mal, was ist'n los, wo sind Sie denn jetzt gerade?‘ oder so, ja? Ja, und da hab ich ihr erzählt, dass es mir irgendwie gerade nicht so gut geht.“ (Herr Schiller, Patient)

Beruflich hat Herr Schiller infolge der Psychose einen deutlichen **sozialen Verlust** erlitten. Sein Ziel, eine eigene Meditationsschule aufzumachen, ist zumindest bei dem Dachverband, bei dem er arbeitet, gescheitert. Seine Stelle als Architekt ist durch die psychotische Episode allerdings nicht nachhaltig beeinträchtigt worden. Dazu trug möglicherweise auch bei, dass Herr Schiller vor seinen Kollegen und seinem Arbeitgeber verheimlichte, dass er in psychiatrischer Behandlung war und zeitweise Psychopharmaka einnimmt, da er befürchtete, sonst stigmatisiert zu werden.

„(...) das ist auch so'n gesellschaftliches Problem: Wenn man zum Psychiater geht, ist man irgendwie 'n Stück Außenseiter, braucht man also Hilfe, die andere nicht brauchen, und muss das auch vielleicht in gewisser Weise geheim halten vor Arbeitgebern zum Beispiel oder so. Oder man erzählt's zumindest nicht jedem, so geht's mir. (...) und ich würde auch keinem gerne erzählen, dass ich Psychopharmaka nehme.“ (Herr Schiller, Patient)

Auch die Beziehung zu seiner Freundin ist erhalten geblieben. Zum Zeitpunkt des Interviews war er gerade mit ihr in eine gemeinsame Wohnung gezogen. Allerdings berichtete er, dass seine „Krankheit“, wie sie sie nannte, Thema in der Beziehung sei – vor allem deshalb, weil sie ihn offenbar als krank ansah, während er diese Episode als abgeschlossen betrachtete.

6.1.1.2.2 Fallgeschichte von Herrn Sommer

„Ich führe so'n Leben, was ich damals gar nicht geführt hätte.“ (Herr Sommer, Patient)

Das Ausmaß, in dem Herr Sommer vom sozialen Verlust betroffen war, war deutlich größer als bei Herrn Schiller. Allerdings war dies nicht allein auf die Psychose zurückzuführen, da Herr Sommer schon vor seiner ersten Psychose unter schwierigen sozialen Bedingungen lebte. Im Vergleich dazu hatte sich seine Lebenssituation inzwischen normalisiert und es machte den Eindruck, als habe der Kontakt mit dem professionellen Hilfesystem dazu beigetragen, dass Herr Sommer sich stärker in die Gesellschaft integriert und sein Leben ein Stück „Normalität“ erlangt hat. Er ist ein Beispiel für jemanden, der seinen Alltag stark auf die Folgen der Psychosen einrichten muss, dem die Erlangung sozialer Teilhabe teilweise gelingt und der an anderen Stellen auf spezielle Angebote für psychisch kranke Menschen zurückgreift. Herr Sommer hat, nachdem er mit 16 Jahren die Schule verlassen hat, eine Ausbildung begonnen, die er jedoch nicht zu Ende gebracht hat. Er habe sich auf die „falschen Leute“ eingelassen und Drogen genommen, bis seine Eltern, als er 18 Jahre alt war, schließlich dafür gesorgt hätten, dass er in die Klinik gekommen sei. Dort habe er die Diagnose „drogeninduzierte, paranoide Schizophrenie“ erhalten.

Über dreieinhalb Jahre lang sei er dann immer wieder für längere Zeit in der Klinik gewesen. Er bezeichnet sich selbst als „Drehtürpatient“. Auch während der Klinikaufenthalte habe er Kontakt zu seinen Freunden gehalten, indem er nachts heimlich zu ihnen gegangen sei und mit ihnen Drogen konsumiert habe.

In dieser Zeit hätten ihn seine Eltern nicht mehr bei sich aufnehmen wollen und auch seine Versuche, bei Bekannten unterzukommen, seien nicht erfolgreich gewesen. So entwickelte sich zunehmend die Klinik als Zufluchtsort für ihn. Er habe es genossen, dort zu sein und die Drohung eines Arztes, dass dieser Ort für ihn versperrt werden würde, wenn er nicht aufhöre, Drogen zu nehmen, hat schließlich so abschreckend gewirkt, dass er den Drogenkonsum eingestellt hat. Seine Situation kann zu diesem Zeitpunkt als geprägt von sozialem Verlust beschrieben werden: Er hatte keine Wohnung und seine Eltern verwehrten ihm eine Unterkunft bei ihnen, zu seinen Freunden riss der Kontakt ab, er hatte weder einen Arbeitsplatz noch eine Ausbildungsstelle und damit auch keine Möglichkeit, alleine für seinen Lebensunterhalt zu sorgen.

Auch der emotionale Rückhalt in der Familie war nicht ausgeprägt: Die Eltern boten ihm in ihrer Hilfslosigkeit im Umgang mit ihm eine Flasche Bier als Bewältigungsversuch an:

„Ich hatte dann halt auch wie sagt immer aus Fenster gekuckt, und meine Eltern sind ja auch damals Alkoholiker gewesen, (...) und als es mir schlecht ging, ging's denen wahrscheinlich auch wieder so schlecht, dass sie auch wieder angefangen haben, Alkohol zu trinken, und dann kam meine Mutter oder mein Vater rüber und mir Bier auf'n Tisch gestellt und gesagt: ‚Trink das mal, dann beruhigste dich‘, weil meine Eltern haben das zwar mitgekriegt, was ich da für Sachen mache, und das hat halt alles nichts geholfen und meine Eltern haben auch vorher und nachher, also Tage vorher, Tage nachher, sie haben halt gewusst, da passiert irgendwas.“ (Herr Sommer, Patient)

Als ihnen schließlich das Verhalten ihres Sohnes zu fremd und gefährlich erschien, haben sie einen Bereitschaftsarzt angerufen. Die Hilfslosigkeit der Eltern im Umgang mit ihm nimmt Herr Sommer aus heutiger Perspektive sehr genau wahr. Allein die körperliche Anwesenheit seines Vaters habe ihn davor bewahrt, aus dem Fenster zu springen:

„Das war akut, bis ich eingewiesen wurde, hatte ich bis zur letzten Stunde auch immer Drogen genommen. (...) auf jeden Fall ja, dann hatt' ich das halt gesagt [dass er aus dem Fenster springen möchte], und mein Vater hatte sich dann halt ans offene Fenster gestellt, dass ich da irgendwie auch gar nicht die Möglichkeit habe. (...) also wenn ich mir's so im Nachhinein überlege, muss wirklich schlimm gewesen sein für meine Eltern. Wenn ich meinen Vater überwältigt hätte und das wirklich getan hätte, also das hätte er sich niemals verziehen. (...) Meine Eltern wussten schon, wann sie jemanden holen mussten und wann NICHT. Es war halt der Zeitpunkt, wo sie sagt haben, jetzt geht's nicht mehr.“ (Herr Sommer, Patient)

Während der Phase der wiederholten Klinikaufenthalte habe seine Großmutter zu ihm gehalten, was sich darin geäußert habe, dass sie sich in Auseinandersetzungen mit den Ärzten auf seine Seite schlug, was Herr Sommer aus heutiger Sicht als falsch und nicht hilfreich beschrieb.

Schließlich hat Herr Sommer mit Hilfe der Klinik an beruflichen Rehabilitationsmaßnahmen teilgenommen und war zum Zeitpunkt des Interviews seit 4 Jahren als „Haustechniker“ fest angestellt. Der Arbeitgeber habe ihn zwar zunächst über eine Probezeit von einem Jahr statt der sonst üblichen drei Monate als Praktikant beschäftigt, was Herr Sommer auf seine Geschichte und das Misstrauen des Arbeitgebers bezüglich seiner Zuverlässigkeit zurückführte, aber inzwischen hatte er dort eine feste Stelle mit einiger Verantwortung.

Herr Sommer hatte Bestrebungen, sich beruflich weiter zu entwickeln. Er nahm an Volkshochschulkursen teil, um die deutsche Rechtschreibung zu erlernen und dadurch bessere Briefe an „Ämter“ schreiben zu können. Allerdings traute er sich

nicht zu, eine komplette Berufsausbildung abzuschließen. Er hatte Schwierigkeiten beim Lernen (**eingeschränkte Belastbarkeit**), die er auf seine Psychose und die dauerhafte Medikamenteneinnahme zurückführte.

„Also das mit die Konzentrationsschwierigkeiten, da habe ich schon mal mit [Herrn Dr. Becker] drüber geredet. (...) Ich denke mal, es ist wirklich 'ne Übungssache, ja. Ich denk' mal, er weiß auch, dass ich da eingeschränkt bin in der Sache. Äh, das hat dann auch wiederum wahrscheinlich mit den Medikamenten zu tun wahrscheinlich, die dämpfen ja auch 'n bisschen. Ja, man hat dann Lustlosigkeit (...).“ (Herr Sommer, Patient)

Er führte seine schwierige berufliche Situation aber nicht nur auf die Psychose zurück. Schon in der Schulzeit habe er nicht lernen wollen und damit im Vergleich zu seinen damaligen Mitschülern eine Chance verpasst. Auch deshalb war er sich nicht sicher, wie belastbar er gewesen wäre, wie weit er es hätte bringen können, wenn er denselben Weg wie seine Mitschüler gewählt hätte.

„Und da bin ich immer am Überlegen, ist es deshalb, weil ich in der Schule nie mich irgendwie mit den Sachen befasst hab? (...) Also ich habe mich dann auch lieber auf die Freistunde gefreut als die Mathematikaufgaben zu lösen. Dass ich von Anfang an in der Schule einfach nicht lernen wollte (...) wenn man in der Schule gut lernt, dann hat man auch die Möglichkeit, wirklich dann mal 'n guten Beruf zu erlernen oder weiter zur Schule zu gehen, das Abi zu machen und dann zu studieren. (...) es ist 'ne Frage, wie weit kann der Mensch lernen. Wie weit ist er belastungsfähig, was aufzunehmen (...)? (...) viele, beim Klassentreffen habe ich das festgestellt, was die alles geworden sind. (...) manche studieren und werden Lehrerinnen oder Anwälte (...) hätte ich'n besseren Beruf wie Gas- Wasserinstallateur, Polizist oder halt so, die besseren Berufe, wo man bisschen mehr Geld verdient als Maler oder so? (...) oder vielleicht hätte ich's auch weiter geschafft vielleicht, also hätte ich auch studieren können. Ich weiß es nicht. (...) Hab' ich ja nie die Erfahrung gemacht, wie weit komm' ich? (...) wenn ich wirklich immer gelernt hätte für Arbeiten und wenn ich meine Hausaufgaben und so weiter gemacht hätte, und nicht einfach spielen gegangen wäre, dann hätte das besser geklappt alles.“ (Herr Sommer, Patient)

Neben der beruflichen Situation versuchte Herr Sommer, seine private Situation zu verbessern. Er war unzufrieden damit, dass er keine Freunde hatte. Außerdem hätte er gerne eine Freundin gehabt und ging deshalb auf Single-Parties. Allerdings erlebte er hier, dass seine psychische Erkrankung ihm im Wege stand und „normale“ Menschen sich von ihm abwandten (**Verlust sozialer Eingebundenheit, Verlust gesellschaftlicher Anerkennung**).

- P: Vielleicht bild ich mir das nur ein, aber als psychisch Kranker, also wenn man halt leicht psychotisch ist, man kommt mit Leuten, die sagen wir mal jetzt NICHT krank sind, die merken das irgendwie. Es gibt bestimmte Sekunden, da denken sie: „Ach, das ist ja'n ganz Normaler“, und denn haben sie irgendwie 'n Problem damit. Wenden sich denn auch wieder ab. Und das hab' ich jetzt auch nicht nur auf der Single-Party mitbekommen, sondern überhaupt
- A: Warum meinen Sie das, warum meinen Sie, an welchen Momenten passiert sowas nach Ihrer Meinung?
- P: Ja, dass ich irgendwie so'ne Ausstrahlung habe, dass die das merken. Sei es vom Reden her, vom Denken her, Gefühlen her. (Arzt-Patient-Gespräch Herr Sommer und Herr Dr. Becker)

Deshalb versuchte er, offensiv mit seiner Erkrankung umzugehen und gab eine Kontaktanzeige auf, in der er sich als „leicht psychotisch“ beschrieb und gleichzeitig das Kennwort „normal“ angab, in der Hoffnung, auf diese Weise jemanden zu finden, der ihn mit seiner Krankheit akzeptiert. Die Chancen sah er allerdings als gering an.

„Und jetzt hatte ich ‘ne zweite Kontaktanzeige aufgegeben, hab’ ich einfach mal gewagt, ja. Ich hab’n Text geschrieben und hab’ auch gleich reingeschrieben ‚leicht psychotisch‘. Und suche Gleichgesinnte oder- aber nicht Bedingung, die denn halt mitgehen auf die Party, ja. Aber ich glaub’ nicht, dass sich da jemand meldet, also na die werden alle kalte Füße kriegen, aber ich hab’s einfach versucht. (...) Aber das Kennwort hieß ja denn auch normal, ja, also das Kennwort das hab’ ich mir nicht nehmen lassen. (...) . Aber mir ging’s einfach darum, jemand zu finden, mit dem man zusammen hingehen kann. Also ich war da von abends 20 Uhr bis vier und morgens und hatte einfach irgendwann den Punkt erreicht, da wollt’ ich nicht mehr an der Cocktail-Bar sitzen und einfach dass jemand kommt, mit dem ich dann auch reden kann.“
(Herr Sommer, Patient)

Herr Sommer sah ein Problem beim Knüpfen von Kontakten darin, dass er seine Fähigkeit, über sich selbst zu reden und sich in andere einzufühlen als eingeschränkt erlebte. Dadurch sei sein „Zusammenspiel“ mit anderen behindert. Als Ursache hierfür nannte er seine Psychose.

- P: Also für mich ist es unheimlich schwer, so Sachen manchmal zu erklären, die mich so betreffen. Weil ich da einfach nicht die richtigen Worte für finde, ja. (...)
Zum Beispiel so die Realität, also die Gefühle zwischen Menschen zum Beispiel. Damals wo ich Drogen genommen hab’, oder auch davor, wo ich noch keine// wo ich halt kleiner war, die Atmosphäre in ein Raum zu spüren // also’s geht ja eigentlich, mit Atmosphäre im Raum spüren, aber so das Alltägliche. Man kann bei manchen Menschen (...) kann man irgendwie so fühlen, ach so fühlt der sich jetzt im Moment. Und das ist halt alles bei mir verloren
- I: Hm, und Sie meinen, dass ’s vielleicht mit der Krankheit zusammenhängt.
- P: Ja. Ist alles halt irgendwie mit den Botenstoffen, die geben irgendwas weiter und die andern wollen das irgendwie nicht annehmen, oder es kriegen die falschen, die Botenstoffe, die man weitergibt (...).
- I: Jetzt im Gehirn meinen Sie, oder?
- P: Jaja jaja. Also so muss irgendwie, alles ist irgendwann abgestorben. (...) was mich sehr belastet, also wo ich auch jeden Tag dran denke oder fast jeden Tag. So andre Arbeitskollegen, ach die können sich da so hineinversetzen (...) man hat man hat zum Beispiel in einer Fußballmannschaft gibt’s zwei Leute, die verstehen sich unheimlich gut mit dem Ball. Die können einfach im Fußballfeld gut zusammen spielen. Dass ich das halt mit anderen Menschen nicht mehr kann, was ich früher halt einfach konnte, ja. Mich in die Situation rein versetzen wie es bei den anderen ist. (Herr Sommer, Patient)

Auch bei der Arbeit machte er die Erfahrung, wegen seiner Krankheit und der damit verbundenen Erlebnisse eine Sonderstellung zu haben, da andere sich seine Situation kaum vorstellen konnten. Deshalb zog Herr Sommer in Erwägung, neben seinen intensiven Bestrebungen, in der „normalen“ Welt integriert zu werden, Treffpunkte für psychoseerfahrene Menschen aufzusuchen. Hier erwartete er mehr Verständnis, da die anderen genauso krank seien wie er oder kränker. Gleichzeitig machte ihm der

Kontakt mit Menschen, die schwerer als er von Psychosen betroffen waren, Angst. Auch hier fühlte er sich also nur teilweise zu Hause.

6.1.1.2.3 Fallgeschichte von Frau Frisch

Frau Frisch war vor Beginn ihrer ersten Psychose wissenschaftliche Mitarbeiterin an einer Universität im Ausland. Sie nannte „innere Widersprüche“, die „Gedanken an Selbstmord“, und vor allem ihre zunehmenden Schreibblockaden als Gründe dafür, warum sie ihre Arbeit aufgeben und ohne klare Aussichten auf eine neue Arbeitsstelle nach Deutschland zurückkehren musste:

„(...) bin dann hierher zurückgekommen (...)//hab mich beruflich neu orientieren müssen und war so auf der Suche und so, und hatte dann aber das Gefühl, dass ich nicht mehr arbeiten konnte. Und also begleitet von, was in meinem Beruf ja verhängnisvoll ist, von Schreibblockaden und solchen Geschichten, das ging dann so bis vor, wie lange liegt das jetzt zurück? Also ich würde mal sagen, zweieinhalb Jahre, reichlich zweieinhalb Jahre. Und dann war sozusagen so'n Punkt erreicht, wo ich immer mehr Tage hatte, an denen ich nur noch zu Hause geblieben bin, an denen ich überhaupt nicht mehr arbeiten konnte, also in dem Projekt, in dem ich damals gearbeitet hab, ging nichts mehr.“ (Frau Frisch, Patientin)

Die **eingeschränkte Belastbarkeit**, die sie zwang, immer öfter nicht arbeiten zu gehen, habe sich zusätzlich in einer besonderen Sensibilität und in einer mangelnden Fähigkeit, nach außen Grenzen zu setzen, geäußert:

„Und ich war so am Ende, und ich war// ich hatte so viel Angst, ich hatte das Gefühl, wenn mir noch irgendein Mensch zu nahe tritt, wenn, also wenn jetzt irgendeiner noch irgendeinen falschen Satz sagt, dann iss Ende.“ (Frau Frisch, Patientin)

Während sie anfänglich noch Gespräche mit Freunden über ihre ungewöhnlichen Gedanken suchte, erlebte sie diese als immer weniger entlastend und **zog** sich zunehmend aus diesem nicht-professionellen Unterstützersystem **zurück**. Auf der Suche nach Hilfe habe sie sich an eine Therapeutin gewandt und diese über ein dreiviertel Jahr lang aufgesucht. Allerdings beschreibt sie die Sitzungen mit der Psychoanalytikerin in ihrer Wirkung als „nicht so gut“. Ihr Zustand sei immer bedrohlicher und quälender geworden.

„(...) ich hab also immer nur noch das Gefühl gehabt, ich kann mich einfach nur noch zurückziehen, und hab dann in meiner Not natürlich mit Freunden geredet und so (...) Und dass ich dann sozusagen 'n Erlebnis hatte, wo ich das Gefühl hatte, dass in meinem Kopf, also ich kann das nur so beschreiben, dass in meinem Kopf eigentlich 'n gotischer Bogen zusammengebrochen ist, und das ging einher mit, also ich// 'ner unendlichen, 'm unendlichen Gefühl von Leere, und dass ich auch Freunden gegenüber dann nur noch gesagt hab, ich bin leer, es ist zu Ende. (...) und da bin ich bei 'ner Psychoanalytikerin gewesen, und dieses Gespräch war ziemlich, ja das war für mich nicht so gut. Also ich hab diese Zeit des Suchens, war für mich unheimlich schwierig, und irgendwie war's dann soweit, dass ich angefangen hab zu halluzinieren, und// also akustisch. Und dann hab ich ne Therapeutin gefunden, und dann hab ich sozusagen mich schon im Zustand der Psychose fast 'n dreiviertel Jahr durch diese Therapie gequält, also immer so mit// also heute weiß ich das, damals wußte ich überhaupt nicht, was mit mir passierte. Und das sind für mich wirklich die schrecklichsten Erfahrungen

meines Lebens, also ich wünsche das niemandem, weil das war mit unendlichen Ängsten verbunden und so, und immer mit diesem Kampf, nicht vor die U-Bahn zu springen. Also immer dieses, von Woche zu Woche (...)//also ich hatte mich vollkommen zurückgezogen, hab eigentlich über dreiviertel Jahr niemanden gesehen (...) außer der Therapeutin. Also ich hab natürlich schon ab und an jemanden gesehen, aber es war schrecklich.“ (Frau Frisch, Patientin)

Als sie schließlich für längere Zeit in eine psychiatrische Klinik ging, bedeutete das zunächst einen radikalen Abbruch persönlicher Beziehungen. Bis auf einen Freund habe sie zu niemandem Kontakt gehalten, nicht einmal ihre Eltern habe sie über ihren Aufenthaltsort informiert.

Die Erfahrungen, die sie zur Zeit ihrer Psychose machte, seien weder für sie selbst noch für andere erklärbar gewesen (**nicht konsensfähige Realitätswahrnehmung**): So beschrieb sie den Höhepunkt der Psychose als einen gotischen Bogen, der in ihr zusammengebrochen sei.

Sie berichtete kaum darüber, wie ihre Freunde in dieser Zeit auf sie reagiert haben, doch es ist anzunehmen, dass ihr zunehmender Rückzug im Freundeskreis aufgefallen sein muss. Später hätten sich einzelne Freunde, die sich selbst als labil eingestuft hätten, aus Angst vor ihren Zuständen von ihr zurückgezogen.

Auch auf ihre Familie habe ihr Verhalten in der Psychose sehr beunruhigend gewirkt.

„Für die war das ziemlich schwierig, (...) also vor allen Dingen dieses dreiviertel Jahr, bevor ich in die Klinik gegangen bin, weil die überhaupt nicht wussten, was geschieht. Also die wohnen in [einer anderen Stadt], meine Eltern, und mein Bruder. Mein Bruder ist auch Arzt, und die waren sozusagen außen vor. Und es gab dann also schon, weil, also ich mein, ich war ja wirklich verrückt, und diese Dialoge, die da am Telefon geführt wurden, also die möchte ich heute nicht mehr hören. War ja schrecklich, weil ich war ja auch nicht mehr in der Lage, meine Stimme zu // ja, mal war sie hoch, mal war sie tief, mal (...)// und die haben sozusagen immer überhaupt nichts verstanden.“ (Frau Frisch, Patientin)

Für Frau Frisch selbst bedeutete die Tatsache, dass sie professioneller therapeutischer Hilfe bedurfte, eine große Verletzung ihrer eigenen Normen, und sie wurde nur dadurch aufgewogen, dass sie sich als massiv hilfsbedürftig wahrnahm.

„Ich hatte so das Gefühl, ich muss jetzt was unternehmen, ich muss irgend jemanden finden, dem ich erzählen kann. (...) und das Problem war dann, dass ich mich dann sozusagen auf die Suche nach 'm Therapeuten gemacht hab, und dann 'ne Menge Vorgespräche hatte, und ich aber mit RIESEN Vorurteilen da überhaupt rangegangen bin.“ (Frau Frisch, Patientin)

Sie begründete ihre Ablehnung gegen therapeutische Hilfe mit ihrer DDR-Vergangenheit. Außerdem hätten Erfahrungen in der eigenen Familie eine Rolle gespielt und ihr Wunsch, nicht so zu sein wie Familienmitglieder, die sie damals als psychisch labil eingestuft habe.

Bei Frau Frisch wird der soziale Verlust besonders anhand ihrer Arbeitssituation deutlich. Vor der Psychose war sie eine Wissenschaftlerin, die im Ausland arbeitete

und unabhängig von ihrer Familie lebte. Zum Zeitpunkt des Interviews lebte sie von der finanziellen Unterstützung ihres Bruders, der ihr drohte, ihr diese zu entziehen, da er sie als gesund genug einschätzte, wieder selbst für ihren Unterhalt zu sorgen. Sie selbst fühlte sich für die Arbeit, der sie gerade nachging – Mitarbeiterin im Anzeigenteil einer Zeitung - einerseits überqualifiziert und merkte andererseits, dass sie dem dortigen zeitlichen Stress nicht gewachsen war. Der Job hatte für sie vor allem die Aufgabe einer Tagesstrukturierung und eines Anreizes, täglich aus dem Haus zu gehen. Im Vergleich zu ihrer früheren Tätigkeit war dies ein deutlicher Verlust. Die Alternative schien für Frau Frisch zum Zeitpunkt des Interviews darin zu bestehen, sich komplett für einige Zeit den Anforderungen des Alltagslebens zu entziehen und sich in eine therapeutische Klinik zu begeben.

„Und jetzt steht grad die Frage, was ich mache, wie es weitergeht, weil ich natürlich schon auch Angst hab. Also im Moment tut mir das ganz gut, so auch jeden Tag aus'm Haus zu gehen und so öde der Job auch sein mag, aber// und ich überlege eben jetzt, ob ich noch mal für drei Monate in ne therapeutische Klinik gehe und mich noch mal zurückziehe (...). ich lass mich vielleicht doch noch mal auf ne therapeutische Klinik ein, in der ich mich sozusagen noch mal erhole.“ (Frau Frisch, Patientin)

6.1.1.2.4 Fallgeschichte von Herrn Dietz

Ich habe mich bedankt, dass er sich die Zeit für das Interview genommen hat. Er sagt, wenigstens habe er dadurch auch Besuch gehabt. „Sonst kommt ja hier niemand vorbei!“ Er beklagt sich über die Einsamkeit, er habe nur seine Freundin und das Meerschwein. (Kontextprotokoll des Interviews mit Herrn Dietz)

Herr Dietz hatte zum Zeitpunkt des Interviews seit 10 Jahren häufig wiederkehrende Psychosen, oft ausgelöst bzw. verstärkt durch übermäßigen Alkoholkonsum. Herr Dr. Fried hatte ihn mir als „unsicheren Kandidaten“ beschrieben, er würde manchmal „wochenlang abtauchen und dann wieder aufkreuzen“.

Anhand der Informationen, die mir Herr Dr. Fried gegeben hatte, machte ich mir ein Bild von Herrn Dietz, das dem Klischee eines aus der Gesellschaft ausgeschlossenen Menschen entsprach, wie es in der Laienbevölkerung und offenbar auch bei mir zu Beginn der Forschung von Menschen mit Psychosen vorherrschte und ließ mich dem Interview in seiner Wohnung mit Unsicherheit entgegen blicken. Anhand der folgenden Aufzeichnungen aus dem Feldtagebuch werden meine Befürchtungen deutlich. Wenn ich ihn nicht mit „professionellem“ Auftrag aufgesucht hätte, hätte ich es vermutlich vermieden, zu ihm in die Wohnung zu gehen. Dies zeigt deutlich, wie sozialer Ausschluss bei Menschen mit Psychosen abläuft, wie die Angst vor aggressivem Verhalten der Betroffenen in Kombination mit Vorurteilen dazu führt,

dass sie zunehmend von nicht von Psychosen betroffenen Menschen gemieden werden.

Ich gehe zum Treffen mit sehr gemischten Gefühlen. Am Abend vorher merke ich, wie ich zunehmend verkrampfe und mir plötzlich klar wird, dass ich alleine zu einem Mann in die Wohnung gehe. Irgendwie macht mir das Sorgen. (...) Es ist eindrucksvoll, dass meine Phantasien auch sind, dass er ja jeden Moment durchdrehen könnte, dann nicht mehr Herr seiner selbst wäre, eben wegen der Psychose. Gleichzeitig ist mir bewusst, dass das genau die Ängste und Vorurteile sind, mit denen diese Patienten häufig in der Umwelt konfrontiert sind und ich will mich davon abheben.

Als „Sicherheitsmaßnahme“ verabrede ich mit meinem Freund, dass er in der Nähe der Wohnung von Herrn Dietz in ein Café geht, ich mein Handy angeschaltet lasse und er mich, wenn ich nach max. 2 Stunden nicht da bin, holen kommt. (...) (Forschungstagebuch)

Ich bin dann schließlich überrascht, in was für einer schönen Gegend er wohnt: In einem sehr gepflegten Altbau. Und ich bemerke mein nächstes Vorurteil: Psychoseerfahrene Patienten wohnen in armen Gegenden.

Als ich reinkomme, riegelt er gleich die Tür von innen ab, was ich mit Unwohlsein registriere. Er fragt gleich, welchen Tee ich möchte, schwarz, Pfefferminz, Früchte. Wir gehen dann in sein Wohnzimmer, wo er mir sofort einen Platz zuweist. Wir sitzen über Eck in einer großen Couchgarnitur. Im Nachhinein hatte ich eher den Eindruck, dass Herr Dietz vielleicht genauso viel Angst hatte wie ich... (Kontextprotokoll Interview mit Herrn Dietz)

Vor allem in Zeiten akuter Psychosen nahm Herr Dietz seine Umwelt als Bedrohung wahr (**nicht konsensfähige Wahrnehmung**). Er beschrieb eine Erfahrung in der Psychose als extrem angstbesetzt, weil er dachte, man wolle ihn in seiner Wohnung umbringen.

P: (...) und als ich in die Küche kam, da können Sie ja mal sehen, ich zeig Ihnen das nachher, da ist so'n Flachbau, und da habe ich 'n Hubschrauber gesehen, der da gelandet ist.

I: Also der ist wirklich gelandet, oder haben Sie den nur gesehen?

P: Also meiner Meinung nach ist der da wirklich je// also nee, also der ist nicht gelandet, also das ist total psychotisch(...) Und das hab ich mir eingebildet, dass die mich abschießen wollen von da, mit Scharfschützen. Durch's Fenster durch und so. (...) zu dem Zeitpunkt kam eine Reklame im Briefkasten, und da war der Stadtanzeiger, und war vorne im Titelbild (...) so'n Scharfschütze mit Zielfernrohr, und das war hier alles so realistisch irgendwie, deshalb hab ich mir eingebildet, dass die mich da abschießen wollen von da. Und mich mit Fernglas da auch beobachten und so, von da aus. (...) Und weil hier Bauarbeiter nebenan gebaut haben und so, und gerufen haben, „der iss hier oben, ja ja, der iss hier oben“ und so. Also das war schon schlimm, ja, also das ist schon realistisch. Deshalb weiß ich nicht genau, ob dieser Hubschrauber da war oder nicht. Also ich bild mir ein, nicht. (Herr Dietz, Patient)

Gleichzeitig habe das Gefühl, von anderen bedroht zu werden, dazu geführt, dass er zunehmend aggressiv geworden sei:

„(...) dass alle Leute so über mich sprechen und mich beobachten und so. Und mich angreifen wollen und so. So, also aggressiv werden und so, aber das war alles gar nicht, sind sie gar nicht geworden oder so, aber ich bin selber aggressiv geworden dadurch. (Herr Dietz, Patient)

Im Gegensatz zu anderen Interviewpartnern, wie zum Beispiel Frau Frisch, die auch in der akuten Psychose noch in der Lage war zu bemerken, dass ihre

Wahrnehmungen und Empfindungen sich von denen in psychosefreien Zeiten unterscheiden, war es ihm in diesem Zustand offenbar nicht mehr möglich, sich „neben sich“ zu stellen und Kontrolle über die Situation zu gewinnen. Und auch, wenn er das, was er damals empfunden hat, „Verfolgungsängste“ nannte und vermutete, er habe sich die Dinge nur eingebildet, blieb ein Rest Unsicherheit, ob nicht doch einige seiner Wahrnehmungen der Realität entsprochen hätten.

Seine verzerrte Wahrnehmung hatte Auswirkungen auf seine Interaktionen mit dem sozialen Umfeld. Seine erste Psychose erlebte Herr Dietz „ganz alleine in der Wohnung“. Er habe „drei Tage auf der Couch gelegen“, bis sein Hausarzt gekommen sei, wobei aus dem Interview nicht hervorging, wer diesen verständigt hatte. Seine Frau, mit der er vorher zusammen gelebt hatte, war zu diesem Zeitpunkt schon ausgezogen.

Sozialer Rückzug aufgrund der massiven Bedrohungsgefühle wurde von Herrn Dietz sehr deutlich beschrieben und äußerte sich in einem aktiven Abschotten von der Außenwelt. Im Gegensatz zum Beispiel zu Frau Viktor, die beklagte, dass sie in psychotischen Phasen für die Umwelt nicht attraktiv sei und deshalb alleine zu Hause die Psychose durchleben müsse, versuchte Herr Dietz zusätzlich, die Eltern oder die Freundin, die ihn besuchen kommen wollten, durch ein Verrammeln der Tür abzuwehren.

„So, hab mich hier verschanzi und so. Ja, das war schon schlimm, ja. Na ja, und teilweise wollten meine Eltern mich besuchen, und ich war hier in der Küche in der Wohnung und so, und hab die Leiter dagegen gestemmt, damit sie nicht rein kommen, und die wollten mit Gewalt hier rein.“ (Herr Dietz, Patient)

Die Versuche der Freundin, ihm mit Unterstützung des Sozialpsychiatrischen Dienstes Hilfe zukommen zu lassen, trugen dazu bei, dass sich seine Ängste noch verstärkten:

„Ich war vor kurzem noch mit ,ner anderen Freundin zusammen, die wollte auch hier rein, die kam dann immer mit dem Sozialpsychiatrischem Dienst, wenn ich was getrunken hatte. Und die hab ich nicht reingelassen, da hab ich immer den Schlüssel drin stecken lassen, und die haben versucht, das Schloss auszubauen von außen und so. Also deshalb diese Verfolgungsängste (...).“ (Herr Dietz, Patient)

Aber nicht nur seine Psychosen und damit verbundenen Verfolgungsängste standen Herrn Dietz bei der Aufrechterhaltung sozialer Beziehungen im Weg. Hauptgrund für immer wieder scheiternde Partnerschaften sah er in seinem überhöhten Alkoholkonsum:

„ (...) wo ich noch mit der alten Freundin vorher zusammen war. (...) Und die ist hier auch ausgezogen, weil ich angefangen hab zu trinken. Das hat sie auch nicht mehr ausgehalten (...) also ich hab ne Menge schon durchgemacht jetzt mit Freundinnen.“ (Herr Dietz, Patient)

Herr Dietz beschrieb außerdem, dass er lange Zeit aufgrund der überdosierten Einnahme bestimmter Medikamente nicht mehr in der Lage gewesen sei, am sozialen Leben teil zu haben:

„Hab aber nicht das eingenommen, was der Arzt gesagt hat, sondern viel mehr. Also zur Nacht sollte ich anderthalb nehmen, und hab drei bis vier genommen. Und da hab ich jahrelang [ein Medikament] genommen, und nebenan immer da mein Bett gehabt, und Tag und Nacht geschlafen. Also mein Leben verpennt irgendwie.“ (Herr Dietz, Patient)

Dieser Zustand habe sich geändert, da Herrn Dr. Fried das Medikament abgesetzt habe, weshalb es ihm inzwischen möglich wäre, wieder verstärkt am sozialen Leben teilzuhaben.

Herr Dietz war gelernter Erzieher. Aufgrund der hohen Belastung in der Arbeit habe er irgendwann angefangen, Alkohol zu trinken und Tabletten zu nehmen, weshalb er später nicht mehr arbeitsfähig gewesen sei. Das Arbeitsverhältnis sei dann relativ bald aufgelöst worden. Zum Zeitpunkt des Interviews bezog er seit acht Jahren Erwerbsunfähigkeitsrente. Seine extrem verminderte Belastbarkeit und daraus folgende Unfähigkeit, am „normalen“ Berufsleben teilzuhaben, war eines der Hauptthemen des Interviews. Es schien, als mache die verminderte Belastbarkeit einen wichtigen Teil seiner Identität aus.

Eine weitere Ursache seiner Arbeitsunfähigkeit sah er in „Kreislaufproblemen durch die Spritze“. Außerdem war er starker Raucher und er sah sich außerstande, lange zu arbeiten, ohne zu rauchen. Aufgrund seiner Psychose sah er sich nicht in der Lage, selbst Arbeiten mit minimaler Anforderung zu bewältigen.

- P: Deshalb kann ich nicht arbeiten gehen. Ich wollte mich bei Woolworth bewerben, aber das geht alles nicht, da müsst ich drei Stunden durcharbeiten, und schaff ich ja gar nicht.
- I: Und warum können Sie nicht diese drei Stunden durcharbeiten?
- P: Na, weil ich zu psychotisch bin, also so. Das ist mir alles zu viel in dem Kaufhaus, diese ganzen Angebote da//da krieg ich ne Macke. Da dreh ich durch oder so. Das alles aufzufüllen, das sind alles utopische Vorstellungen. (Herr Dietz, Patient)

Dass die Anerkennung dieser Tatsache, nicht mehr belastbar zu sein, ein schmerzhafter Prozess für ihn war, wird deutlich, wenn man sich das kurze Aufflackern von Hoffnung vor Augen führt, das er hatte, als die Medikamentendosis reduziert wurde und er dachte, nun könne er am Arbeitsleben wenigstens wieder eingeschränkt teilhaben. Schnell sei ihm jedoch bewusst geworden, dass nicht die Medikamente allein den sozialen Ausschluss bewirkt hätten.

„Da, wo ich 30 Milligramm gekriegt hab, da hab ich gedacht, ich kann noch arbeiten gehen, hab mich auch da beworben und so, aber die haben gesagt, die suchen zur Zeit keinen. Aber hab gemerkt, vor der Bewerbung, als die noch gar nicht aufhatten, da hab ich eine nach der andern geraucht, und hab mir das noch mal durch'n Kopf gehen lassen mit der Arbeit, und hab gedacht: ‚Das schaffste ja gar nicht!‘, aber hab mich trotzdem beworben. Na, zum Glück haben sie ne Absage gemacht, sonst hätt' ich's probiert, aber ich hätte vielleicht zwei Tage arbeiten gehen können oder so, und dann hätt' ich's sowieso abgebrochen.“ (Herr Dietz, Patient)

Die Arbeit, die er inzwischen verrichtete, entsprach den minimalen Anforderungen, die an ihn gestellt werden konnten: Dreieinhalb Stunden kochen an einem Tag und drei Stunden Tresendienst an einem anderen Tag in der Woche in einer Tagesstätte für psychisch Kranke.

Selbst in seiner Freizeitgestaltung nahm er eine verminderte Belastbarkeit wahr, was dazu führte, dass er nicht einmal an den Ausflügen, die von der Tagesstätte angeboten wurden, teilnahm oder nicht ins Schwimmbad ging, weil er befürchtete, aufgrund der Medikamente die Sonne nicht auszuhalten.

Neben den Einschränkungen, die Herr Dietz aufgrund seiner Psychose erlebte, ist er ein gutes Beispiel dafür, wie sich Betroffene in einer „Extra-Welt“ einrichten, die auf ihre Bedürfnisse abgestimmt ist. Das Aufsuchen der Tagesstätte für psychisch kranke Menschen sicherte seine berufliche und soziale Eingebundenheit. Hier konnte er leichte Tätigkeiten verrichten und mit anderen Menschen in Kontakt treten. Außerdem konnte er so seinen Tagesablauf strukturieren und sich für einige Stunden vom Trinken abhalten. Seine Angewiesenheit auf diese Strukturierung durch die Tagesstätte nahm er so stark wahr, dass er sich nicht traute, eine andere Arbeit anzunehmen. Er befürchtete, sie nicht zu bewältigen und dann den Tagesstättenplatz verloren zu haben. Auch seine Freundin hat Herr Dietz sich aus dieser „Extra-Welt“ gesucht. Wie er war sie vorzeitig berentet und hatte eigene Erfahrungen mit Psychosen.

Wie wichtig ihm eine soziale Eingebundenheit in einer Welt außerhalb der Klinik und eine regelmäßige sinnvolle Beschäftigung waren, wurde deutlich, als er erzählte, dass der Klinikaufenthalt vor allem deshalb so schwer auszuhalten sei, weil er sich „total abgeschnitten von der Umwelt fühle“ und er dort nichts zu tun habe. Deshalb würde er sich nach kurzer Zeit immer wieder selbst entlassen.

„Zwei Tage, dann ging's mir wieder blendend, was heißt blendend, aber so fit wieder, dass ich wieder nicht geschlafen, und hab's da nicht ausgehalten. Weil da ist so tote Hose da auf der Station, dass man das einfach nicht aushält da. Man weiß ja gar nicht, was man machen soll, den ganzen Tag, da passiert gar nichts. Überhaupt nichts, nur Mahlzeiten nimmt man da ein. Beschäftigungstherapie ist erst nach 14 Tagen, aber das ist ja, der Entzug geht ja bloß ne Woche.“ (Herr Dietz, Patient)

Zusätzlich war soziale Eingebundenheit und das Gefühl, für jemanden verantwortlich zu sein, für Herrn Dietz wichtig, um nicht doch irgendwann seinem Drang nachzugeben, vom Balkon zu springen.

- P: Und ich denk immer, wenn ich da im Bett liege, dass ich hier vom Balkon springen muss. (...) Wenn man steht und runterkuckt, dann denkt man, man fällt runter oder so. (...) Ja, aber das hat sich durch das Fluvoxol gegeben muss ich sagen. Aber die Ängste sind immer da, die sind stetig.
- I: Die sind immer? #Also jede Nacht, und - #
- P: #Immer, immer. Immer,# wenn ich hier in die Wohnung reinkomme oder so. Tag und Nacht, ja.
- I: Wie lebt sich das dann, also *
- P: (...) wenn ich mich ablenke, geht es, aber ich muss mir immer selber sagen, also du bist verrückt, das darfst Du nicht machen, ja. Also du hast Verantwortung und so.
- I: Wofür?
- P: Na, für meine Freundin. Und meine Eltern. (Herr Dietz, Patient)

Ein Wesen, für das er Verantwortung übernommen hatte, war sein Meerschwein, das er sich einige Tage vor dem Interview angeschafft hatte, auch, wenn dies seine knappen finanziellen Ressourcen fast überstieg.

- P: Und hab mir ein Meerschweinchen angeschafft, am Samstag.
- I: Nett!
- P: Na ja, ich brauche irgendwas, wo ich mich kümmern muss und so. Ist allerdings ziemlich kostspielig. Kann ich mir kaum leisten. (Herr Dietz, Patient)

Konsequenzen für die Arzt-Patient-Zusammenarbeit: Die Kategorie des sozialen Verlustes war ein sehr dominantes und hervorstechendes Thema in den Interviews, obwohl es zunächst nicht im Fokus der Forschungstätigkeit gestanden hatte. Für die Patienten war es eine bestimmende und einschneidende Erfahrung, nicht belastbar zu sein und aufgrund der psychosebedingten Verhaltensweisen und Bedürfnisse sozial ausgeschlossen zu sein. Vor diesem Hintergrund wird die Rolle deutlich, die Ärzte im Falle einer gelungenen Zusammenarbeit für die Patienten einnehmen können: Sie ersetzen teilweise die Ansprechpartner, die die Patienten nicht mehr haben, werden zu „Ersatzspielern“ für einen nicht mehr existenten Freundeskreis (vgl. Dörner, 2003). Vor dem Hintergrund der Erfahrungen wird auch verständlich, warum es für die Patienten so relevant ist, im Arzt eine Person zu finden, die ihr Verhalten nicht moralisch verurteilt und ihre besondere Situation anerkennt. Und der sie dabei unterstützt, Sonderwege zu gehen, bzw. den sozialen Ausschluss zu verhindern.

6.1.1.3 Behandlungsziele der Patienten

In Kapitel 6.1.1.4 werden die Erwartungen, die die Patienten an eine aus ihrer Sicht gelungene psychiatrische Behandlung haben, dargestellt. Diese werden besonders verständlich vor dem Hintergrund ihrer **Ziele in der Behandlung**. In Abbildung 11 sind die Ziele der befragten Patienten dargestellt.

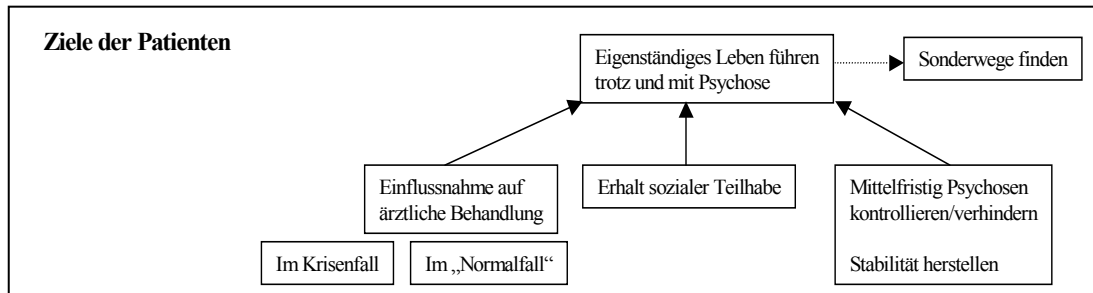


Abbildung 11: Behandlungsziele der Patienten

6.1.1.3.1 Übergeordnetes Ziel: Ein eigenständiges Leben führen trotz und mit Psychosen

Ein übergeordnetes Ziel der Patienten, die ich befragt habe, war es, mit der Psychose ein eigenständiges Leben zu führen. Alle Unterziele ließen sich unter diesem Begriff zusammenfassen:

- der Wunsch, sowohl in psychosefreien Phasen, als auch in Krisensituationen **Einfluss auf die ärztliche Behandlung** zu nehmen, wobei sich die Art der Einflussnahme je nach Zustand unterschied (Krisenfall vs. Normalfall),
- das Streben nach **Erhalt sozialer Teilhabe**, zum Beispiel in Form eines Arbeitsplatzes,
- der Versuch, das Auftreten **psychotischer Phasen zu verhindern bzw.** und deren Verlauf zu **kontrollieren**, um dadurch **Stabilität** im Gesundheitszustand **herzustellen**.

Die Möglichkeiten der befragten Patienten, ihren Wunsch nach Eigenständigkeit umzusetzen, unterschieden sich vor allem in Abhängigkeit von der Schwere ihres Krankheitsverlaufes. Je weniger die Psychose das alltägliche Leben beeinträchtigte, desto leichter gelang es den Patienten, ihre Eigenständigkeit zu wahren.

Herr Schiller zum Beispiel hatte bisher nach seinen Angaben nur eine psychotische Episode, sah sich nicht als krank an und strebte daher eine weitgehende Unabhängigkeit vom medizinischen Hilffssystem an. Auch der Erhalt sozialer

Teilhabe war ihm weitgehend gelungen: Er ging derselben Arbeit nach wie vor der Psychose, hatte dort eine verantwortliche Position inne und wohnte mit seiner Freundin zusammen. Er kontrollierte seinen Gesundheitszustand maßgeblich selbst, indem er sich genau beobachtete und bei Bedarf selbständig Medikamente einnahm bzw. für ausreichende Ruhephasen sorgte.

Herr Schiller hat sich ein Leben erhalten, das zunächst den Eindruck vollkommener Eigenständigkeit erweckt. Doch auch er hat sich teilweise mit seiner psychosebedingten Vulnerabilität eingerichtet und hat die „Abhängigkeit“ in Kauf genommen, regelmäßig zur Psychiaterin zu gehen, um seinen Zustand kontrollieren zu lassen.

Die meisten anderen Patienten, die ich befragt habe, lebten mit deutlich gravierenderen Einschränkungen in ihrem Leben. Eigenständigkeit zu erhalten beinhaltete hier häufig einen Verzicht auf das Maß an Eigenständigkeit, das sie vor der ersten Psychose hatten. Oft mussten **Sonderwege** gefunden werden. Wie bei Frau Klein. Sie war eine der Patientinnen, die am schwersten unter den Folgen ihrer Psychosen litt. Sie kam einige Wochen vor dem Interview von einem langen stationären Aufenthalt, während dem sie sich einer Elektrokrampftherapie unterzogen hatte. Sie strebte „nur“ noch an, ein angenehmes Leben **trotz Psychose** zu leben und benötigte dabei massive ärztliche Unterstützung.

„(...) und dass man eben helfen muss, dass die wieder gesund werden. Oder jedenfalls nicht gesund, aber wenigstens so wieder leben können, dass das Leben wieder lebenswert ist.“ (Frau Klein, Patientin)

Frau Christ stellte unter meinen Interviewpartnerinnen die radikalste Verfechterin eines Sonderweges mit Psychosen dar. Sie hielt ihr Erleben nicht für krank. Für sie war es nicht erstrebenswert, „normal“ im Sinne dessen, was nicht psychoseerfahrene Menschen als „nicht psychotisch“ verstehen, zu sein.

„(...) dann hab ich eben auch laut mit Gott gesprochen, auch so auf der Straße und in der Wohnung und so, und manchmal wurde es eben ziemlich engagiert, also ziemlich turbulent so dabei, dass die Nachbarn sich da eben aufgeregt haben, und dann haben sie eben mit meiner Familie gesprochen, und (...) mein Bruder hat sich dann an einen Arzt gewandt, und der hat eben gesagt, das wär eine Psychose, und ich müsse eben behandelt werden, und da haben sie mich zwangseingewiesen. Was ich allerdings falsch fand, weil also ich hab's nicht als Psychose begriffen, ich glaub schon, dass ich (...) Herr der Dinge war, also ich bin jetzt nicht irgendwie haltlos geworden, finde ich jedenfalls. (...) also ich hab mal so'ne Energiekugel gesehen, mein Bruder hat dann gesagt, ich würde Engel sehen und das hab ich aber gar nicht erzählt, also das wurde auch falsch widerspiegelt in manchen Berichten über mich.“ (Frau Christ, Patientin)

Frau Berg bietet ein gutes Beispiel für eine Zwischenposition zwischen Herrn Schiller und Frau Christ: Sie beschrieb einerseits, dass sie die psychotischen Zustände als sehr angenehm erlebt habe und deshalb nicht in letzter Konsequenz

beenden wollte, was in ihrem Falle hieß, dass sie die Einnahme von Medikamenten und das frühe Aufsuchen eines Psychiaters ablehnte. Andererseits sah sie, dass die daraus folgenden längeren Krankenhausaufenthalte eine Bedrohung für ihren Arbeitsplatz darstellten. Also beschloss sie aus „Vernunftgründen“, wie sie sagte, möglichst keinen Sonderweg mehr zu gehen und zukünftig zu versuchen, Psychosen durch medizinische Interventionen zu verhindern.

Die bis hier zitierten Beispiele für Eigenständigkeit beinhalten stark den Aspekt Arbeit als Mittel zu sozialer Teilhabe. Eigenständigkeit zu leben, konnte aber durchaus bedeuten, dass eine Person nicht mehr arbeiten ging, Rente beantragte, aus der Gesellschaft „ausstieg“ und zum Beispiel eine Umgebung aufsuchte, die sie als weniger anstrengend erlebte. Frau Viktor wollte nach Italien gehen und dort trommeln. Frau Lind war nach ihrer Psychose in ein kleines Dorf gezogen, um eine ruhigere Lebensumwelt zu haben. Sie nutzte ihre durch die Berentung gewonnene Freizeit dazu, die Kinder des Dorfes zu Parties einzuladen, mit ihnen zu backen oder Unterschriften zu sammeln, um eine Durchfahrtsstraße durch das Dorf zu verhindern. Eigenständigkeit hieß für sie, ein Leben außerhalb der Großstadt zu leben, aber ansonsten nur bedingt Rücksicht auf die Psychosen zu nehmen, einen Arzt aufzusuchen, aber ihn dann immer zu beruhigen, dass sie alles im Griff habe.

In meinem Sample war sicherlich Herr Dietz einer derjenigen, deren Leben von außen betrachtet, als wenig unabhängig und eigenständig bewertet werden würde. Er ging, wie oben beschrieben, täglich für einige Stunden in eine Tagesstätte für psychisch Kranke, hielt sich für nicht in der Lage, einer Arbeit nachzugehen, nicht einmal stundenweise, und kämpfte häufig mit Psychosen und Alkohol-Abstürzen. Dann jedoch fällt auf, dass er sich wiederholt selbst in die Klinik einwies, wenn er Hilfe benötigte und sich selbst entließ, wenn es ihm dort zu langweilig wurde oder er es nicht mehr aushielt, auf das Trinken von Alkohol zu verzichten.

Auch Frau Weinerts Leben habe ich als stark beeinflusst von der Psychose erlebt. Sie hatte einen intensiven Kontakt zu Hilfsangeboten für psychisch kranke Menschen und eine Einzelfallhelferin. Ihr Geldbudget war deutlich beschränkt, nachdem sie im Zuge ihrer Psychosen hohe Schulden gemacht hatte. Sie arbeitete nicht und mir erschien die Schilderung der Wahlmöglichkeiten, die sie in ihrem Alltagsleben hatte, nicht zuletzt durch den Geldmangel als sehr begrenzt. Und dennoch: Sie fuhr einmal im Monat mit der Bahn alleine an die polnische Grenze, um dort billig Lebensmittel

und Zigaretten zu kaufen, traf auf der Fahrt dorthin einige Leute und genoss offenbar diesen Ortswechsel und die damit verbundene Eigenständigkeit.

Anhand dieser Beispiele sollte verdeutlicht werden, dass ein eigenständiges Leben nicht unbedingt an Kriterien eines Lebens ohne Psychose gemessen werden kann. Bis auf einige Ausnahmen strebte die Mehrheit der von mir befragten Patienten eher eine eigene Form von Eigenständigkeit an, und die wiederkehrenden Psychosen ließen ihnen auch keine andere Wahl. Zentral war, dass die individuellen Definitionen von Eigenständigkeit bei allen Patienten, die ich befragt habe, existierten und dass keiner von ihnen bereit zu sein schien, aufgrund der Psychosen *dauerhaft* darauf zu verzichten.

Wie sehen nun die einzelnen Faktoren aus? Anhand von Textbeispielen aus den Interviews sollen im Detail die Ziele der Patienten hergeleitet werden.

6.1.1.3.2 Einflussnahme auf die ärztliche Behandlung

In den vorliegenden Interviews fanden sich zahlreiche Hinweise auf den Wunsch der befragten Patienten, auf die ärztliche Behandlung Einfluss zu nehmen. Kritik an der Zusammenarbeit mit Ärzten bezog sich fast immer darauf, dass sie ihnen aus Sicht der Patienten nicht genügend Einflussmöglichkeiten zugestanden. Beispiele dafür berichteten die Patienten aus ihrer Erinnerung sowohl an Klinikaufenthalte als auch an ambulante ärztliche Behandlungen.

„Und dann hat [die Ärztin] mir halt so Antidepressiva verschrieben, wo ich das Gefühl hatte, die bringen überhaupt nichts. Dann hab ich so zwei Monate lang brav genommen, und dann hab ich das mal angesprochen, und da meinte sie aber, die müsst' ich nehmen, das wär angesetzt und wär verordnet, und wär halt mit'm Chefarzt abgesprochen und pipapo und da gab's irgendwie überhaupt keinen Weg dran vorbei, und verweigern ging auch nicht, dann gab's einen Riesentrouble (...) und ich hab dann halt immer wieder drauf gedrungen, dieses Medikament doch abzusetzen, also dass ich schon bereit wär, halt diese Psychopharmaka zu nehmen gegen die Psychosesachen, aber halt nicht diese Antidepressiva. Und das eskalierte dann irgendwann, dass sie mich dann anschrie und meinte: ‚Ich hab schon tausend Mal mit Ihnen darüber geredet, Sie müssen die jetzt nehmen!‘“ (Frau Berg, Patientin)

Das Thema, anhand dessen die Patienten die Möglichkeit zur Einflussnahme auf die ärztliche Behandlung meist festmachten, waren Medikamente. Hier ging es oft um die Frage, ob überhaupt Medikamente genommen werden müssen. Ein Zitat aus dem Interview mit Herrn Schiller deutet darauf hin, dass die dauerhafte Medikamenteneinnahme als ein manifestes Zeichen von Abhängigkeit erlebt wurde, als ein täglicher Hinweis darauf, es ohne fremde Hilfe nicht mehr zu schaffen und dauerhaft anfällig und krank zu sein. Dies trug bei Herrn Schiller dazu bei, dass er

massiv den Wunsch hegte, die Medikamente abzusetzen. Hinzu kamen die unerwünschten Nebenwirkungen der Medikamente.

„Also erstens weiß ich, diese Dinger machen abhängig, und man muss die langsam absetzen. Dann ist die Latte der Nebenwirkungen ja immer dreiviertel des gesamten Beipackzettels? Da ist ja alles bei. Und das Risiko wollt ich erstens minimieren, und zweitens möchte ich eigentlich so echt wie möglich sein. Und mich nicht fühlen wie, ich brauch das, um zu leben, um funktionsfähig zu sein oder so, ja?“ (Herr Schiller, Patient)

Auch auf die **Dosierung und die Art der Medikamente** wollten die Patienten Einfluss nehmen und die Medikation nach ihren subjektiven Bedürfnissen einsetzen können. Frau Christ schilderte ein Erlebnis in einer psychiatrischen Klinik, bei dem ihr die Einflussnahme auf die Medikamentendosierung verwehrt wurde, was sie deshalb so schwierig fand, weil sie das verabreichte Medikament nicht vertrug:

„(...) also Haldol, denk ich, ist irgendwie 'n Mittel mit ganz großer Nebenwirkung, wo ich finde, dass man das gar nicht verabreichen sollte. Aber es wird da eben zwangsweise verabreicht, und die haben auch keine Gespräche mit mir geführt oder andere Medikamente irgendwie angeboten oder so, ne.“ (Frau Christ, Patientin)

Indem die Patienten Einfluss auf die Medikation nehmen, wollten sie auch erreichen, dass die niedrigst mögliche Dosis gefunden wurde:

„Also ich hatte 'ne Zeitlang 1,5 Milligramm bekommen. Und da hatt' ich dann morgens und abends jeweils 'ne andre Ration gehabt. Und da war ich durcheinander gekommen, wann 1,5 und 0,5. Und da hab' ich von selbst das auf ein Milligramm begrenzt und hab' ihm [Herrn Dr. Becker] das ein bisschen später erzählt. Da war er nicht sehr zufrieden, aber was sollte er machen, wenn ich das so genommen hatte. Und ich hatte das, glaub' ich, schon sechs Wochen so eingenommen, und es war keine Psychose aufgetreten. Er meinte, es wäre unter der zulässigen Dosierung, aber es wirkt jedenfalls mit dieser Dosierung.“ (Frau Maus, Patientin)

Verbunden mit der Chance zur Einflussnahme auf die Medikation war eine **Stärkung der Selbstverantwortlichkeit** und der Eigensteuerbarkeit, wie Herr Schiller, der seine Tabletten ohne Rücksprache mit einem Arzt abgesetzt hat, beschrieb:

„Das hab ich auch gemerkt beim Tablettenabsetzen, das hat mir ganz gut getan. Ich habe selbst (...) gesagt, ich nehme die Tabletten nicht mehr, und mir ging's trotzdem gut, und das war genau richtig, dass ich die Verantwortung selbst dafür übernommen habe.“ (Herr Schiller, Patient)

Die gegenteilige Wirkung, den Eindruck völliger Hilflosigkeit und des Ausgeliefertseins, wenn subjektiv keine Mitsprache mehr möglich ist, beschrieb Frau Christ:

„ (...) und das ist also so über mich hinein gestürzt, dass ich also praktisch in diesem Zustand so verharrete und mich da ziemlich hilflos fühlte, die Familie sagte dann immer noch, ja, ich sollte die Medikamente nehmen, die würden halt dann doch helfen, und man fühlte sich aber eben schlecht mit dem Medikament, ne.“ (Frau Christ, Patientin)

Die Einflussnahme auf die Medikamentendosierung hatte für viele der befragten Patienten einen so hohen Stellenwert, dass sie bereit waren, dafür Risiken einzugehen. Wenn ein ambulant behandelnder Psychiater sich weigerte, sie an der Abstimmung der Dosierung zu beteiligen, setzten sie teilweise ohne dessen Unterstützung und Kenntnis die Medikamente ab oder beendeten die Behandlung bei diesem Arzt. Damit gaben sie eine wichtige Absicherung auf und provozierten ggf. erneute Psychosen und zwangsweise Klinikeinweisungen. Doch selbst während des Krankenhausaufenthaltes, während dessen eigenständige Dosierungen schwierig umzusetzen und auch die Möglichkeit, sich einen anderen Arzt zu suchen, begrenzt waren, versuchten Patienten, ihre Einflussnahme gegen den Willen der Ärzte bzw. ohne deren Wissen herzustellen, wie zum Beispiel Frau Christ:

„ (...) aber man wollte da raus, und hat dann halt gesagt, „Ja, ich fühl mich gut“ und so, zu den Ärzten, also, um recht bald rauszukommen auch wieder. Und die Ärzte haben dann aber immer noch gesagt, "Nee, Sie sind noch krank,", obwohl ich mich eigentlich gut gefühlt habe. Ich hab dann weiter eben mit Gott gesprochen auch, einmal, dann hab ich die Medikamente nicht genommen, erst wurden die oral verabreicht, da hab ich versucht, die Tabletten irgendwie also wieder auszuspucken und so, und weil ich mich eben schlecht fühlte damit, ich hab das eben versucht, dann heimlich irgendwie zu machen.“ (Frau Christ, Patientin)

Im Interview von Herrn Schiller fand sich ein anderes wichtiges Thema, das zumindest er gerne beeinflussen wollte: Die Frage, ob und in welcher **Intensität** er **ärztliche Hilfe in Anspruch nimmt**. Als er im Zuge einer akuten Psychose zum Krankenhaus gefahren und ihm dort verweigert wurde, Medikamente mit nach Hause zu nehmen, verließ er zunächst das Krankenhaus. An seiner jetzigen ambulant behandelnden Psychiaterin, Frau Luhna, schätzte er zu Beginn der Behandlung am meisten, dass sie ihm die Entscheidung darüber überließ, wann er das nächste Mal kommt.

„Sie hat zum Schluss dann immer gefragt: ‚Ja, was meinen Sie denn, wann Sie wieder kommen‘, also nicht, dass ich noch mal kommen soll oder muss, sondern wie ich mir das vorstelle, also das völlig offen gelassen. Also ich fühlte mich dann so, als ob ich sagen kann: ‚Ja, wissen Sie, ich hätte gerne den nächsten Termin, der möglich ist‘, oder ich hätte auch sagen können: ‚Na ja, vielleicht im halben Jahr oder gar nicht. Soll ich denn überhaupt noch mal wiederkommen?‘ also das war so meine Entscheidung, und das fand ich auch sehr gut.“ (Herr Schiller, Patient)

Bei den Patienten ließen sich grob die beiden Zustände **Normalfall** und **Krisenfall** unterscheiden. Als „Normalfall“ habe ich den Zustand ohne akute Psychose benannt, in dem die Patienten in größeren Abständen den ambulant behandelnden Psychiater aufsuchten und ihrem normalen Lebensalltag nachgingen. Der „Krisenfall“ war die akute Psychose, in der ein Eingreifen des Psychiaters wahrscheinlich und der Patient

mehr als sonst auf Hilfe von Außen angewiesen war – möglicherweise auch, ohne diesen Hilfebedarf in der Situation selbst zu bemerken.

Die meisten der befragten Patienten wollten im Normalfall mehr Einflussnahme als im Krisenfall, da sie sich außerhalb akuter Psychosen durchaus als fähig zu vernünftigen Entscheidungen einschätzten, sich für den Krisenfall aber - aus der „gesunden“ Perspektive – Hilfe wünschten. Selbst für den Fall einer akuten Psychose wünschten sie sich immer noch die Möglichkeit zur Einflussnahme, wie Frau Frisch und Herr Werth es in den folgenden Zitaten beschrieben:

„Ich bin der Meinung, wenn man das alles selber entscheiden kann, dann sollte einem auch die Möglichkeit gelassen werden, das selber zu entscheiden. Auch mit einem hohen Risiko. (...) weil das für das danach besser ist. Also in meinem ganz konkreten Falle, ich bin so lange wie das alles gedauert hat, aber ich bin diese Schritte letztendes dann alle selber gegangen. (...) Also wenn der Patient den Freiraum hat, dann sollte man ihm den möglichst auch lassen.“
(Frau Frisch, Patientin)

- I: Wenn Sie merken würden, dass es losgeht, was würden Sie dann machen? Sie sagen, Sie möchten nicht in eine Klinik, was würden Sie tun?
- P: Ja, was würde ich tun, ja. Ich würde auf jeden Fall, also wenn's sein würde, würde ich auf jeden Fall erst mal Herrn Dr. Fried Bescheid sagen (...).Und dann würd' ich mit dem überlegen, was man da machen könnte. (Herr Werth, Patient)

Und dennoch beschrieb Frau Frisch auch den Zwiespalt, der entstehen kann, wenn ein akut psychotischer Mensch das Ziel hat, selbst zu entscheiden, die Entscheidung aber eine Bedrohung für sein Leben darstellt:

- I: Und wie sollte man entscheiden, ob, ob der Patient das noch entscheiden kann oder nicht?
- P: Ist eine schwierige Frage, weil das natürlich auch immer davon abhängt, inwieweit (...) - also ich hab ja zumindestens die ganze Zeit immer noch die Kraft gehabt oder die Möglichkeit gehabt, in einer gewissen Weise neben mir zu stehen und zu überlegen, was läuft denn da jetzt ab. Wenn das aber nicht gegeben ist, dann steht die Frage natürlich anders. Und ich glaube ja immer noch, gerade wenn es um Selbstmord (...) geht, dass das 'n legitimer Weg ist (...) es ist, glaub ich, auch nicht möglich, jeden zu retten. (...) ich weiß nicht, ich bin ziemlich dickköpfig, und nicht so leicht zu irgendetwas zu überreden (...). (Frau Frisch, Patientin)

Die Freiheit, den Zeitpunkt des Beginns des Krankenhausaufenthaltes mit zu bestimmen, sah sie einerseits als wichtige Voraussetzung für ihre Gesundung an. Andererseits sei ihr Leben akut durch diesen Entscheidungsspielraum bedroht gewesen und die Hilfe, die ihr ihre Therapeutin und Frau Luhna zukommen lassen haben, sei im Rückblick von entscheidender Bedeutung gewesen:

„ (...) und dann nach'm dreiviertel Jahr hab ich dann sozusagen hier das Telefon rausgezogen und hab gedacht, wenn ich jetzt nichts unternehme, dann ist es zu Ende. Und dann hab ich halt die Therapeutin angerufen, und die hat dann mit Frau Luhna telefoniert, und dann bin ich (...) dann von der Praxis aus, also von der (...) Therapeutin aus hab ich dann in der Klinik angerufen und hab (...) mich da sozusagen angemeldet, und Frau Luhna hatte das aber im Vorfeld für mich schon gemacht, (...) so schwierig, wie das war, finde ich's im Nachhinein immer noch ne gute Entscheidung, dass ich das sozusagen am Ende frei gewählt hab. Also (...) ich hätte

niemals mich eingelassen auf (...) ne Zwangseinweisung (...) , ich wollte das selber entscheiden, (...) ich hätte das nicht überlebt, wenn da irgend ein Zwang von außen gewesen wäre, also dann wäre das zu Ende gewesen, und das hat Frau Luhna und das hat die Therapeutin schon ganz gut abgeschätzt, und ich bin auch ganz froh darüber, dass es so gelaufen ist.“ (Frau Frisch, Patientin)

6.1.1.3.3 Erhalt sozialer Teilhabe

Ein weiteres wichtiges Ziel der befragten Patienten war der Erhalt sozialer Teilhabe. Dies konnte sich beziehen auf den Arbeitsplatz, einen Freundeskreis, Partnerschaften, aber auch die Anerkennung durch andere als gleichwertiges Mitglied der Gesellschaft. Der Aufenthalt in einer psychiatrischen Klinik wurde dabei von einigen Interviewpartnern als eine massive Bedrohung der sozialen Teilhabe erlebt.

Das Ziel, den Arbeitsplatz zu erhalten, veranlasste zum Beispiel Frau Berg dazu, Medikamente kontinuierlich einzunehmen, obwohl sie von deren prophylaktischer Wirkung aufgrund ihrer Erfahrungen nicht überzeugt war.

„(...) es ist nicht so gewesen, dass ich immer die Medikamente abgesetzt hab und immer dann in der Klinik war, sondern auch mit den Medikamenten auch psychotisch geworden bin, wo ich dann mich zwischenzeitlich gefragt hab, na was bringt das überhaupt? Es mag sein, dass es in den Schüben selber erst mal ne Linderung bringt, dass man erst mal halt runterkommt einfach, aber so als Prophylaxe eigentlich nicht geeignet ist. Na ja, und jetzt denk ich, gut, okay, also jetzt gib'ts keine großartigen Experimente mehr einfach. (...) Weil für mich einfach zu viel auf'm Spiel steht, also die Arbeitsstelle zu verlieren, (...) das wäre mir zu risikoreich jetzt. (...) Ja, und ich denke, wenn das jetzt irgendwann demnächst noch mal sein sollte, dann bin ich meine Arbeitsstelle los, und das ist schon ziemlich schwierig, weil mir das einfach schon ziemlichen Halt gibt, also A) finanziell (...) und dann auch einfach 'n Stück weit Alltagsstruktur zu haben (...). Und wenn mir das durch die Krankheit zerstört würde, dann wäre das schon hart einfach.“ (Frau Berg, Patientin)

Frau Viktor schilderte, wie sie trotz einer zunehmenden Überlastung ihre Arbeit nicht aufgeben wollte und dies erst nach Intervention ihrer Ärztin getan habe. Hier wird deutlich, welchen zentralen gesellschaftlichen Stellenwert ein Arbeitsplatz hat und wie sehr an ihn auch soziale Teilhabe geknüpft ist:

„ (...) das siehst du dann nicht in der Psychose, also du merkst zwar, alles ist schwer, und alles ist anstrengend, aber da sind halt so/ Lebensbedingungen (xxx) weil es auch niemand in deinem Umfeld so wahrnimmt. Also du musst halt funktionieren, funktionieren, funktionieren, und wenn dir die Scheiße bis über'n Hals steht so, ist egal, Hauptsache, du funktionierst. Und also dahingehend, dass sie [Frau Luhna] mich runter geholt hat, also ich krampfhaft versucht hab, da noch mal irgendwie auf Teufel komm raus trotzdem das Ding durchzuziehen, dass sie gesagt hat: ‚Komm, lass es, wenn du merkst, es geht nicht‘ also mir schon so ganz viel Druck weggenommen hat, den ich mir selber gemacht habe.“ (Frau Viktor, Patientin)

Herr Dietz konnte, wie oben beschrieben, aufgrund der Psychosen keiner geregelten Arbeit nachgehen, selbst, wenn sie sehr anspruchslos war. Aber die soziale Teilhabe, die er unbedingt erhalten wollte, war der Tagesstättenplatz, den er täglich aufsuchte und wo er bei der Küchenarbeit half. Eine andere Arbeit hätte diesen Tagesstättenplatz bedroht – ein Grund mehr für ihn, sich nicht bei einem Supermarkt als Hilfskraft zu bewerben.

Ein weiteres wichtiges Feld sozialer Teilhabe war der Erhalt von **Freundschaften**. Viele der Interviewpartner berichteten davon, dass einige langjährige Freunde sich aufgrund der Psychosen zurückgezogen hätten:

„Ja, einige Freunde hab ich auch verloren in diesen ganzen Psychose-Zeiten, die dann irgendwie überhaupt nicht damit umgehen konnten, oder selber irgendwie Angst gekriegt haben, dass ihnen auch so was passieren könnte, das war auch nicht grad nett, zwischenzeitlich.“ (Frau Berg, Patientin)

„ (...) und ich hatte 'n riesigen Bekanntenkreis, ich hatte sehr viele (liebe) Menschen, die sich meine Freunde nannten so, aber es war schon so, dass eben, nachdem ich auffällig geworden bin, dass danach niemand mehr was mit mir zu tun haben wollte irgendwann.“ (Frau Viktor, Patientin)

„Es gibt auch Leute, die sagen: ‚Ja, wir können damit nix mehr anfangen‘ oder so (...) ein guter Freund hat sich zurückgezogen, wo ich aber denke, aus Vorsicht, (...) auch aus Angst, weil er selber nicht so stabil ist. Und das kann ich gut verstehen, das tut mir zwar weh, aber das ist nun mal so.“ (Frau Frisch, Patientin)

Viele der Interviewpartner versuchten aktiv, einen neuen Freundeskreis herzustellen, der mit ihren Eigenschaften und Psychosen leben konnte. Das konnte in einem Rahmen geschehen, in dem Psychosen viel Platz haben, zum Beispiel in Stimmenhörergruppen oder Kontakt- und Beratungsstellen, wie zum Beispiel Frau Weinert, Herr Dietz oder Frau Grün. Frau Berg und Herr Sommer wählten dagegen den Weg, Kontaktanzeigen in Stadtmagazinen aufzugeben, um so „normale“ Frauen kennen zu lernen.

6.1.1.3.4 Psychosen kontrollieren/verhindern

Ein wichtiges Ziel der befragten Patienten war schließlich das Verhindern oder Kontrollieren von Psychosen. Eine regelmäßige und mit dem Arzt abgestimmte Medikamenteneinnahme war eine der Methoden, die sie zur Prävention der Psychosen einsetzten.

Kontrolle von Psychosen bedeutete auch, **beginnende Psychosen frühzeitig zu erkennen** und **umgehend zu intervenieren**, um nicht in die Klinik gehen zu müssen, die Psychose ambulant in den Griff zu bekommen und die Eigenständigkeit außerhalb von Klinikkontexten zu erhalten. Die Art der Interventionen variierte, vom

Rückzug aus dem Alltag an einen ruhigen Ort (z.B. Herr Werth) über Gespräche mit dem Arzt oder die Erhöhung der Medikamentendosis (z.B. Frau Pfleger).

„Ja, weiß ich nicht, also, man könnte es ja auch zu Hause dann überstehen irgendwie. (...) vielleicht sollte ich dann irgendwie alleine sein, und dann irgendwo // vielleicht an 'n anderen Ort oder so.“ (Herr Werth, Patient)

- P: Also bei mir kommt es nicht aus heiterem Himmel, und deswegen geh ich ja auch zum Arzt, weil ich erstens die Kontrolle habe, also das ist so'n Sicherheitsdenken (...) dass jemand da ist, der mit mir spricht, der merkt, was mit mir los ist (...) und dann kann man immer noch beratschlagen, ja, vielleicht noch zwei Tropfen Fluanxol mehr, oder vielleicht zur Nacht mehr Medikamente, oder ich mein, bei mir ist im Moment der Trend weniger Medikamente, aber ich meine, wenn, wenn man mal in der Krise ist und dann zusätzlich bespricht, woran das nun liegt, und was man dagegen machen kann, und wodurch das gekommen ist, und meistens ist es dann schon so'ne Entlastung, dass es dann wieder aufgehoben wird. (...)
- I: Also geht's in erster Linie darum, das auch zu verhindern, dass es überhaupt so weit kommt?
- P: Für mich ja, auf jeden Fall, also da acht ich schon drauf. (Frau Pfleger, Patientin)

Der Wunsch nach Kontrolle implizierte bei einigen Patienten aber nicht, dass sie auf jegliches Verhalten, das möglicherweise das Risiko erneuter Psychosen erhöht, verzichteten. Herr Hölderlin ist häufig nach dem Genuss von Cannabis psychotisch geworden. Dennoch erlebte er die Wirkung von Cannabis als angenehmes Mittel zur Reduktion seiner zeitweisen Unruhezustände. Seine Entscheidung, entgegen dem Drängen Herrn Dr. Beckers und trotz der schwierigen Erlebnisse, die er infolge des Cannabiskonsums teilweise hatte, weiterhin Haschisch zu rauchen, kann somit als Ausdruck seines Wunsches nach Eigenständigkeit gewertet werden. Während der Arzt darauf fokussierte, dass Herr Hölderlin seine soziale Teilhabe gefährde, war es diesem wichtig, über diesen Bereich seines Lebens selbst zu entscheiden.

„ (...) ich denke ja, die Psychose ist ne Krankheit, ja, auf jeden Fall, ja, weil man ist nicht normal, man ist nicht gesund, ja, es, es läuft da was schief, aber sie ist nicht unbedingt etwas ganz Schreckliches, ja? Ich hab die Psychose einmal sehr schlecht, und da, da// das war aber die Umstände, schätz ich, ja?(...) auf jeden Fall, ich hab die Psychose nicht immer negativ erfahren, ja? (...)

Also ich fühle mich für// durch die Medikamente schon beeinträchtigt, ja? Also wenn ich Medikamente nehme, und ein * normales behindertes Leben führe, dann fühle ich mich behindert. (...) Ich fühle mich, wenn, wenn ich zum Beispiel die Medikamente nehme, und ich arbeite dann natürlich schon, ich versuche zu schreiben, ja? Aber es geht nicht, ja? Ich habe nicht den Drive (...) Und dann brauche ich Drive, und dann arbeite ich das ab, ja, ich brauche// natürlich die Balance ist wichtig, ja, und deswegen auch niedrige Dosis/niedrige Dosis, ja?, und möglichst sogar, ich möchte gar nicht jetzt auf Teufel komm raus kiffen, und auch ganz wenig, aber ich möcht's mir vorbehalten!“ (Herr Hölderlin, Patient)

In dem Textabschnitt wird deutlich, dass für einige Patienten Psychosen angenehme Zustände beinhalteten. Auch bei Frau Maus entstand der Eindruck, als verbinde sie mit der Identität, Psychoseerfahrene zu sein, durchaus viel Positives und sehe sich als „auserwählt“, im Zuge von Psychosen besondere Erfahrungen zu machen, die andere Menschen nicht machen können. Dies hatte auch Einfluss auf ihre Ziele in der

Behandlung: Psychosen waren nicht unbedingt etwas, was sie unter allen Umständen verhindern musste.

„Psychose mag vielleicht nicht ‘ne Erfahrung sein, die in allem positiv ist. Es gibt sicherlich auch sehr viele negative Anteile, weil man Angst hat und dergleichen. Aber sie birgt auch Erfahrungen, die man in gesunden Tagen nicht machen kann. Da fehlen einfach die Voraussetzungen dafür. Und man kann ja vom andern nicht sagen: ‚Du musst diese Erfahrung machen für dein Leben, dann ist dein Leben gut.‘ (...) Also wenn ich natürlich im völliger Realitätsverkennerung auf die Straße laufe und noch nicht mal beachte, dass da Autos fahren und dann verunglücke, dann mag des nach außen hin nicht so aussehen, als ob des gut für mich wäre. Aber woher weiß man, dass was gut für den anderen ist? Vielleicht braucht man ja auch ‘ne Verletzung körperlicherseits, um darauf hingewiesen zu werden, dass auch die Seele verletzt ist. Weil man’s sonst gar nicht mitkriegt.“ (Frau Maus, Patientin)

Auch Frau Berg beschrieb eine Ambivalenz zwischen dem Bedürfnis, die psychotischen Phasen zu verhindern bzw. schnell in den Griff zu bekommen und dem Genuss einer beginnenden Psychose. Daraus entstand eine Unentschlossenheit in der Inanspruchnahme ärztlicher Hilfe.

In dem Bedürfnis, Psychosen zu kontrollieren, war für viele der befragten Patienten der Arzt eine wichtige Hilfe. Aber selbst, wenn sie von außen betrachtet sehr hilfsbedürftig erschienen, hatten sie das Bestreben, eigenständig Bereiche zu kontrollieren und als Experten für die eigene Erkrankung diese zu bewältigen. Es wurde also in dem Streben nach Eigenständigkeit auch eine **Unabhängigkeit vom Arzt** gesucht.

6.1.1.3.5 Konsequenzen für die Arzt-Patient-Zusammenarbeit

Die Ziele der Patienten stehen teilweise in deutlichem Widerspruch zu dem, was sie im Zuge der Psychosen erleben. Gerade die Eigenständigkeit scheint durch wiederkehrende Psychosen in verschiedener Weise bedroht zu sein. Möglicherweise besteht die paradoxe Lösung dieser Schwierigkeit darin, dass die Patienten, wollen sie ihre Eigenständigkeit erhalten, darauf angewiesen sind, dass ihnen jemand dabei hilft. Ambulant behandelnde Psychiater scheinen, neben anderen Personen, gut dafür geeignet zu sein. Viele der befragten Patienten berichten in den Interviews von Versuchen, die hier geschilderten Ziele ohne Ärzte bzw. gegen den Widerstand der Ärzte umzusetzen, meistens ohne langfristigen Erfolg. Es bildet sich eine Situation ab, in der es für die Patienten sehr attraktiv ist, einen Arzt zu finden, der ihre Ziele akzeptieren kann und sie aktiv in ihrer Umsetzung unterstützt und auf diese Weise eine schwierige Aufgabe übernimmt: Den Zustand des Patienten zurückhaltend zu kontrollieren und ihm gleichzeitig Freiheit und das Gefühl zu lassen, auch ohne Arzt

leben zu können. Und dabei den Behandlungsvorstellungen der Patienten zu folgen, obwohl diese teilweise medizinisch unvernünftig erscheinen (z.B. Verzicht auf Medikamente). Im folgenden Kapitel wird dargelegt, wie die Erwartungen der Patienten an die ambulant behandelnden Psychiater aussehen, welche Rollen sie ihnen zuschreiben, wenn sie die Zusammenarbeit für gelungen halten und den Arzt als Unterstützer ihrer Ziele wahrnehmen.

6.1.1.4 Anforderungen an eine gelungene Behandlung

„(...) das hat halt auch ganz viel (...) mit (...) ‚Macht positiv benutzen‘ zu tun. Du hast halt mit diesem Arztstatus eine Machtposition, und du kannst sie entweder dafür verwenden, dass die Leute halt so sind wie sie sein *sollen*, oder dass die Leute halt die Möglichkeit bekommen, so zu sein, wie sie sein *wollen*. (...). Der [Arzt] sollte im Idealfall dafür da sein, mit seiner Macht dir [als Patientin] die Möglichkeit zu geben, dich zu verwirklichen.“ (Frau Viktor, Patientin)

Im folgenden Abschnitt werden die Erwartungen der Patienten an die Verhaltensweisen und Haltungen der Psychiater in einer gelungenen Behandlung dargestellt. Ich habe diese Anforderungen aus den Berichten der Patienten über die Zusammenarbeit mit Ärzten in der Vergangenheit abgeleitet und zusätzlich generelle Aussagen über eine wünschenswerte Kooperation zugrunde gelegt. Ihre Kritik an den Verhaltensweisen früherer Ärzte habe ich als Hinweis dafür gewertet, was sie sich eigentlich gewünscht hätten. In Abbildung 12 sind die entsprechenden Kategorien dargestellt. Sie werden später im Detail erörtert.

In den Kapiteln 6.2.2 und 6.2.3 wird beschrieben, welche Verhaltensweisen und Haltungen die befragten Patienten an ihren *derzeit* behandelnden Psychiatern als hilfreich bewerten. Teilweise können sich dort Überschneidungen mit diesem Kapitel ergeben: Nämlich dort, wo die Psychiater die Aufträge der Patienten erfüllen, wo sich der Anspruch der Patienten und die Wirklichkeit der Behandlung decken.

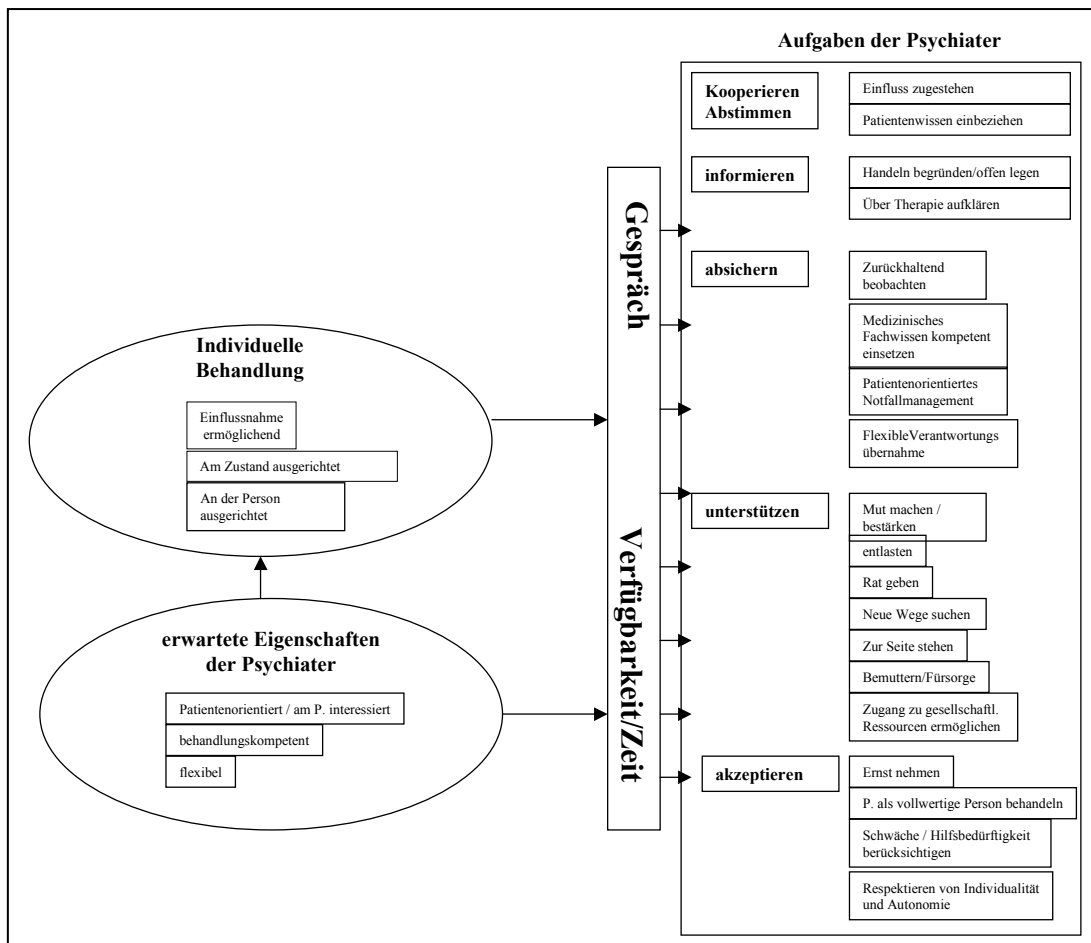


Abbildung 12: Anforderungen der Patienten an eine gelungene Behandlung

6.1.1.4.1 Individuelle Behandlung

Das, was die befragten Patienten erwarteten, lässt sich unter dem Begriff **individuelle Behandlung** zusammenfassen. Eine solche Behandlungsform zeichnet sich dadurch aus, dass sie **am Zustand** und **an der Person des Patienten** ausgerichtet ist. Sie folgt weniger festen Regeln und Normen als vielmehr den – wechselnden – Bedürfnissen der Patienten. In den Interviews wurde deutlich, dass das Eingehen der Ärzte auf ihre spezielle Situation für die Patienten zentraler Bestandteil einer guten Behandlung war und sie nur einen individuell abgestimmten Behandlungsplan als Unterstützung erlebten:

Sie hätte manchmal ganz schlimme Träume. (...) keiner von [den Psychiatern] wäre da angemessen drauf eingegangen. Im Gegenteil hätten dann alle gesagt „Ja, Albträume hab ich auch!“ und wären da so drüber hinweg gegangen. Sie meint, das ist Teil der Krankheit und sie findet sich nicht angemessen berücksichtigt oder beraten von den Ärzten. (Protokoll von einem Gespräch mit Frau Rath, Patientin)

„ (...) weil ich immer diesen Eindruck hatte in der Klinik, dass diese Studie eigentlich wichtiger war als ich als Person oder als Patientin. Und deswegen (...) fand ich das auch nicht in Ordnung, da in der Klinik. (...) Ja, ich hab immer so den Eindruck gehabt, dass Therapeuten,

egal, ob nun Kunsttherapie oder Gesprächstherapie oder Tanztherapie, dass sie unter einem vollkommen anderen Aspekt an die an die Geschichten herangehen, an die Personen herangehen. Dass sie die Person in den Vordergrund stellen.“ (Frau Kast, Patientin)

„Dementsprechend hoffe ich immer, dass der behandelnde Arzt eben auch mir gut rät, und dass ich dann sagen kann, wie die Medikamente auf mich wirken, ob ich den Eindruck hatte, dass die zu stark waren, dass die zu schwach waren, dass die nicht gewirkt haben (...)das muss schon Hand in Hand gehen(...). Also so Erfahrungsaustausch. Also, und dass der Psychiater eben auch für diesen Erfahrungsaustausch zugänglich ist und nicht sagt: ‚Ja, warten Sie mal ab, da gibt's im Moment nichts anderes‘, sondern (...) vielleicht einfach auch mal was anderes ausprobiert, und dass man vielleicht irgendwann mal dahin kommt, (...) es gibt ja so viele Medikamente auf dem Markt, und da sollte man schon kucken, dass man das, was einem am besten tut, auch nimmt. (...) Ich meine, das ist auch immer ein Experimentieren bei Medikamenten. Ich hab auch schon viele Medikamente probiert, // ich denke, jetzt für mich ist [das] 'ne optimale Einstellung, aber da muss man erst mal hinkommen, und wenn man das nicht ausprobiert, dann (...)“ (Frau Pfleger, Patientin)

Die meisten Patienten forderten diese Ausrichtung der Behandlung auf ihre individuelle Situation auf der Grundlage ihrer Erfahrungen. Ob dies verbunden werden soll mit dem Verweis auf andere, ähnliche Patientengeschichten, schien dabei von Patient zu Patient verschieden gewünscht zu werden. Frau Kast empfand es als nicht hilfreich:

„[Die Therapeutin] hat den überwiegenden Teil erzählt, sie hat auch versucht, Parallelen aus anderen Situationen aus ihrem Leben herzustellen, was ja vielleicht richtig sein kann, bei anderen Patienten, oder vielleicht auch richtig gewesen wäre zu einem anderen Zeitpunkt bei mir, aber sie hat das halt sehr ungeschickt gemacht. Und deswegen war das eigentlich kein Erfolg, kann man sagen.“ (Frau Kast, Patientin)

Demgegenüber berichtete Herr Schiller, dass er den Vergleich mit anderen Personen als sehr normalisierend und entlastend empfand. Der Verweis auf andere Verläufe hätte ihm das Gefühl gegeben, nicht der Einzige zu sein, der sich mit den Folgen einer Psychose auseinandersetzen müsse.

Zentrales Bestimmungsstück dieser Form der Zusammenarbeit mit einem Arzt war auch, dass dieser dem Patienten die Möglichkeit gab, **Einfluss auf die Behandlung** zu nehmen. Dieses Bedürfnis nach offiziell vom Arzt zugestandener Einflussnahme auf die Behandlung wird auch verständlich vor dem Hintergrund, dass die Patienten sich als Experten ihrer Krankheit erlebten und ihre Wahrnehmung zum Beispiel der Wirkung von Medikamenten als eine wichtige Informationsquelle für die Gestaltung einer individuell angemessenen Behandlung verstanden.

6.1.1.4.2 Aufgaben der Psychiater

Im folgenden werden die einzelnen Kategorien, unter denen die Aufgaben der Psychiater in einer gelungenen Zusammenarbeit aus Patientensicht von mir zusammengefasst wurden, dargestellt. Fünf zentrale Verhaltensweisen bzw.

Haltungen der Ärzte haben sich herausgebildet und trugen aus Patientensicht dazu bei, dass eine gelungene und individuelle Behandlung entstehen kann:

- Kooperieren / Abstimmen
- Informieren
- Absichern
- Unterstützen
- Akzeptieren

Kooperieren/Abstimmen

Unter diese Überschrift habe ich die Themen **Einfluss zugestehen** und **Patientenwissen einbeziehen** gefasst. Herr Hölderlin beschrieb sehr präzise seine Definition von Kooperation, die in weiten Teilen auf die anderen Patienten, die ich interviewt habe, übertragbar war:

„(...) man handelt etwas aus, und man geht dann// jeder ist befriedigt, wenn die Sitzung vorbei ist, ja? Also kooperativ heißt, ich mache Abstriche von meinen Vorstellungen eventuell, ja, aber ich hab meine Vorstellungen, also ich mach nicht dauernd Abstriche! Aber ich mach vorübergehend Abstriche, und man versucht, ein Ziel gemeinsam zu erreichen. (...) man hat 'n gemeinsames Ziel, man überlegt Wege, wie man dieses Ziel realisiert. Man hat auch verschiedene Vorstellungen teilweise, aber man kommt irgendwie zu einem gemeinsame(n) Ergebnis, wie man das am besten erreichen könnte. Also das ist ungefähr Kooperation, ja?“
(Herr Hölderlin, Patient)

Der am häufigsten genannte Bereich, über den Patienten eine Abstimmung mit dem Arzt wünschten, waren Medikamente. Meistens ging es dabei um die Art und die Dosierung der Medikamente, oder darum, ob überhaupt Medikamente genommen werden müssen.

„Ja, ich hatte einen Arzt (...) er hatte mir ein Medikament gegeben, das heißt Zyprexa, und durch dieses Medikament wurde ich sehr unruhig. Und er hat's zwar gehört, aber nicht zur Kenntnis genommen.“ (Frau Kast, Patientin)

Sie wäre zweimal unter einem bestimmten Medikament krank geworden und als sie das dann abgesetzt hätte, wäre es ihr besser gegangen. Und die Ärzte würden dann denken, es ist einfach ne neue Episode der Krankheit und würden nicht hören wollen, dass es durch die Medikamente ausgelöst wird, was ein Unding wäre, weil sie meint, das wäre doch offensichtlich.
(Feldaufzeichnungen Frau Rath, Patientin)

Es gab allerdings auch Patienten, die sich nicht als Experten für Medikamente sahen und sich daher nicht auf ihre eigene Wahrnehmung verlassen wollten. Ein Beispiel dafür ist Herr Werth. Er erwartete von einem Arzt, dass dieser die Medikation festlegt. Hintergrund seiner Erwartung an den Arzt, ihm auf diesem Gebiet wenig Verantwortung zu überlassen, waren seine schlechten Erfahrungen im eigenständigen Umgang mit Medikamenten:

- I: Denken Sie, es gibt Situationen, in denen besser der Arzt entscheiden sollte als Sie, oder
P: Doch ja klar, also (...) was diese Dosis angeht und so, also da bin ich auf jeden Fall vorsichtig, also ich hab das ja gemerkt, also ich hatte ja ne Zeitlang gar keine von diesen [Medikamenten] genommen, und dann war's auch, iss es glaub ich auch etwas stärker ausgebrochen. (...) so verbrannte Finger sind dann meistens ein guter Lehrmeister, deshalb, also in so Bereichen, da vertrau ich dann ihm wirklich, ja. (...) Experte würde ich in dem Fall nicht sagen, nee, bin ich nicht.
I: Also für Medikamente sind Sie's, sagen Sie, eher nicht, oder so?
P: Nee, nee, nee, eher nicht. (Herr Werth, Patient)

Auch die Möglichkeit, **Einfluss auf die Diagnose** nehmen zu können, erachteten viele Patienten als relevant:

„ (...) wenn ich halt sag, ich hab mit Gott gesprochen, die Ärzte sagen dann halt, grundsätzlich, dass das ne Schizophrenie ist. Und das find ich nicht richtig. Also ich glaube, dass die Ärzte zurückhaltender sein sollten, ich stell mir so vor, dass sie halt toleranter werden, und dass sie sagen würden, also es mag durchaus Phänomene geben, die wir noch nicht kennen // um 1500 oder so haben die Leute vielleicht auch noch geglaubt, dass die Erde ne Scheibe wäre, und es kann schon durchaus sein, denk ich, dass es irgendwelche Dinge gibt, die wir noch nicht kennen, die wir noch nicht begreifen, dass es Phänomene gibt. Und es kann eben auch so sein, dass man durch die Medikamente, dass es also kein Gehirnstoffwechsel ist, also so vom Krankheitsbild irgendwie, oder was heißt überhaupt Krankheit, also 'n Phänomen halt im Körper, sondern dass es halt durchaus außerhalb irgendwas geben kann noch. Und wenn man halt zum Arzt dazu spricht, dann finden die das ungewöhnlich oder eben krankhaft. Das find ich also nicht richtig.“ (Frau Christ, Patientin)

- P: (...) und ich sprach dann weiter mit [dem Arzt], und dann bat ich ihn am Schluss, seinen Bericht, den er geschrieben hatte, den ich dann vorlegen sollte, wenn ich mich einliefern lasse, also den Arztbrief vorzulesen, und da standen nur falsche Sachen drin! Ich trüge 'ne Son// es war war 'n heller, heißer Tag, ich trüge die Sonnenbrille aus Angst vor Strahlen, ja? Stand da drin! Davon hatte ich nicht geredet! Und dann sagte ich: ‚Herr Doktor, Ihr Arztbericht strotzt vor Fehlern!‘. Da sprang er auf und sagte: ‚Entweder Sie lassen sich jetzt einliefern, oder ich lasse Sie zwangseinweisen!‘
I: Ja, und denn?
P: Und dann sagte meine Frau: ‚Lass ihn, nimm den Arztbericht, du kannst dann immer noch//‘, also leise: ‚Halt Frieden!‘ (...)//das war rein verbal, ich hab mich nur aufgeregt, ja? Und sie hat mich dann beruhigt, und dann haben wir diesen Arztbericht dann so genommen, wie er war, ich wollte eigentlich ne Änderung, ja? Und wir sind dann gegangen (Herr Hölderlin, Patient)

Wichtig war auch die Möglichkeit, **Einfluss auf die einzelnen Schritte der Behandlung** zu haben, wie z.B. Frau Frisch beschrieb.

„Ich bin, so lange wie das alles gedauert hat, aber ich bin diese Schritte letztenendes dann alle selber gegangen. (...) das hat ja auch was mit dem Lernprozess zu tun und mit'm Veränderungsprozess, der in einem selber natürlich also// man verändert sich ja durch so'ne Geschichte auch. Und da find ich, also wenn der Patient den Freiraum hat, dann sollte man ihm den möglichst auch lassen. Das ist meine Erfahrung, die ich da gemacht hab.“ (Frau Frisch, Patientin)

Der Hintergrund, vor dem viele der befragten Patienten Einflussnahme forderten, war die Überzeugung, dass sie Experten in der Wahrnehmung ihres eigenen

Gesundheitszustandes sind und dass dies Informationen sind, die der Arzt nicht haben kann, wenn er sich ausschließlich auf sein medizinisches Fachwissen bezieht.

Informieren

Mit den oben genannten Kategorien eng in Zusammenhang stand der Wunsch, vom Arzt informiert zu werden. Der Arzt solle sein **Handeln begründen** und **offen legen** und die Patienten **über** die einzelnen Schritte der **Therapie aufklären**.

„So dass ich das Gefühl habe, er begleitet mich sowohl in die linke als auch in die rechte Richtung, er bevorzugt weder das eine noch das andere. Und dass er mir verständlich macht, warum, weshalb, wieso er es zum gegebenen Zeitpunkt für richtig hält.“ (Frau Kast, Patientin)

Damit werden die Entscheidungen des Arztes für den Patienten nachvollziehbar und gerade in Krisensituationen, wie die folgenden Beispiele verdeutlichen, reduzieren Informationen Angst und das Gefühl der Ohnmacht. Im ersten Beispiel entsteht der Eindruck, der Widerstand Frau Pflegers gegen die Medikamente hätte verringert werden können, wenn sie von den Ärzten ausreichend einbezogen worden wäre. Im zweiten Beispiel, ebenfalls dem Interview mit Frau Pflieger entnommen, wird der Zusammenhang zwischen ihrem Widerstand gegen einen Psychriaufenthalt, mangelnder Information und dadurch ausgelöster Angst noch deutlicher.

„Also besonders unangenehm fand ich das, fixiert zu werden, weil ich die Medikamente nicht nehmen wollte, anstatt irgendwie// man hat mir ja noch nicht mal erklärt, was das für Medikamente sind, wozu die gut sind. (...) wurde einfach in so'n Raum geschoben, ich musste ganz nötig auf die Toilette, hab gerufen, ich müsste mal auf die Toilette, und keiner hat mich gehört, und ich hatte tierische Schmerzen, weil (...) ich wollte mir ja nicht in die Hosen machen!“

„(...) und ich dachte, ich komm da auch nie wieder raus, also ich wusste ja nicht, dass das nur zeitlich begrenzt ist. Ich hatte auch noch mein freiwilliges Einverständnis unterschrieben, aber ich dachte wirklich jetzt, das ist die Endstation. Ich wurde auch nicht aufgeklärt, also dass das jetzt nicht für ewig ist, sondern ich dachte, jetzt bist Du hier abgeschoben und kommst nie wieder raus, und dementsprechend bin ich auch noch mehr ausgetickt, weil ich irgendwie das Gefühl hatte, ich müsste hier irgendwie mich befreien. Also es war furchtbar und auch dann zusätzlich haben sich meine ganzen Vorurteile, die ich der Psychiatrie gegenüber hatte, in [der Klinik] auch noch zusätzlich bestätigt.“ (Frau Pflieger, Patientin)

Frau Rath vermutete hinter der aus ihrer Sicht häufig mangelhaften Informationsbereitschaft der Ärzte über Medikamente deren Befürchtung, dass zu viele Informationen bei Patienten zusätzliche Angst auslösen könnten.

Sie meint, Ärzte würden die Leute viel zu wenig über Nebenwirkungen aufklären: Sie hätte immer die Information bekommen „Ja ja, das was auf dem Beipackzettel steht, das brauchen sie alles gar nicht zu lesen, das stimmt alles gar nicht!“ Gerade diese Blockaden [die sie selbst erlebt habe] würde sie bei allen Leuten kennen. Und sie hat sich dann Gedanken gemacht, warum die Ärzte den Patienten das nicht erzählen und sie vermutet, dass es ja auch Patienten gibt, die Medikamente dann gar nicht mehr nehmen würden aus Angst vor den Nebenwirkungen. Deshalb würden die Ärzte den Patienten absichtlich die Informationen

vorenthalten, oder ihnen nur Teilinformationen geben. Sie fände das aber nicht gut. (Protokoll von einem Gespräch mit Frau Rath, Patientin)

Im Interview mit Frau Viktor fand sich ein Hinweis darauf, dass selbst in akuten Psychosen, in denen viele Patienten von außen nur eingeschränkt erreichbar und für Informationen unzugänglich erscheinen, es möglich sein kann, ihnen Informationen zu vermitteln. Eine Voraussetzung sei, dass der Arzt die richtige Sprache finde:

„ (...) das ist ja nicht so, dass du in der Psychose nichts mitkriegst. Du kriegst, glaub ich, viel mehr mit, als so// oder nicht viel mehr, aber du kriegst schon Situationen, die gerade sind, kriegst du schon sehr, sehr viel mit. Auch, ob jemand dich für voll nimmt oder nicht oder so, (...) aber es ist einfach, es ist wie mit Kindern, du musst halt die Situation// dich selbst erklären. Also wie einem Kind, also 'n Verbot versteht es nicht, aber wenn du dem erklärst, warum es nicht gut ist, irgendwas zu machen, versteht es das. Und es ist halt genau das Gleiche in der Psychose, wenn du dem Menschen erklärst, das und das geht jetzt nicht, weil das und das ist soundso, dann versteht das der Mensch auch so. Und das können aber die wenigsten. (...) Also die meisten können sich nur entziehen und gar nichts sagen und haben halt nur Angst so.“ (Frau Viktor, Patientin)

Im Interview mit Herrn Werth wurde deutlich, dass Informationen besonders dann von den Patienten gefordert wurden, bzw. ihr Mangel besonders ins Gewicht fiel, wenn sie sich ohne Einfluss wahrnahmen und die Zusammenarbeit mit den Ärzten nicht geprägt war von Vertrauen. Denn während er offenbar in der Klinik das drängende Bedürfnis nach Informationen über seine Medikamente hatte und nicht bereit war, sie sonst einzunehmen, forderte er von Herrn Dr. Fried, dem er sehr vertraute, keine Informationen.

„[In der Klinik] wollt ich unbedingt wissen, was das eigentlich iss, was ich da bekomme da, und das haben sie mir verweigert, sie waren sehr viel strikter da. Also Sie haben mir verweigert, da die Auskunft zu geben. Ich hatte dann extra auch gesagt, geben Sie mir mal die Packungsbeilage und so, ich wollte das erst gar nicht nehmen und so, es war dann schon so'ne Zwangssituation eher.“ (Herr Werth)

I: Wie iss das eigentlich mit// also mit Medikamenten, sind Sie da eigentlich von Herrn Dr. Fried drüber informiert worden? Es gibt ja auch Nebenwirkungen und solche Sachen, haben Sie darüber miteinander gesprochen?

P: Eigentlich weniger, ja, nicht, eigentlich gar nicht, nee. (...) also in so Bereichen, da vertrau ich dann ihm wirklich, ja. (Herr Werth, Patient)

Absichern

Das Absichern war eine der zentralen Aufgaben des Arztes aus Sicht der psychoseerfahrenen Patienten. Um die Absicherung durch den Arzt zu erfahren, gingen sogar diejenigen Patienten kontinuierlich zum Arzt, die keine Medikamente einnahmen. Die Absicherung sollte sich darin ausdrücken, dass der Arzt sie **zurückhaltend beobachtet**, neben der Berücksichtigung der Sichtweisen der Patienten **medizinisches Fachwissen kompetent einsetzt**, in akuten Psychosen ein

patientenorientiertes Notfallmanagement garantiert und schließlich bereit zu einer **flexiblen Verantwortungsübernahme** ist.

Zustand zurückhaltend beobachten

Vor dem Hintergrund, dass viele der Patienten sich aufgrund eigener Erfahrungen nicht immer zutrauten, selbst zuverlässig zu erkennen, wenn sie psychotisch sind bzw. in diesem Zustand adäquat zu handeln, erwarteten sie vom Psychiater, er solle sie **zurückhaltend beobachten** und aufgrund seines Fachwissens und gemeinsamer Erfahrungen ihren **Zustand einschätzen**.

„ (...) also irgendwie so'n bisschen, wo vielleicht jemand noch 'n bisschen mit aufpasst, irgendwie so einfach. Weil das iss alleine schon sehr schwierig, gerade, wenn das so in 'ner Anfangsphase steckt. Ich meine, jetzt mittlerweile iss es halt so, dass einige Freunde dann auch gleich Alarm schlagen (...) wo mir das zwar einerseits dann auch auffällt, aber andererseits dann irgendwie der Zustand auch ganz angenehm iss, wo ich vielleicht gar nicht erst mal in dem Maße was ändern möchte oder irgendwie so was, ne. So, wo ich dann das Gefühl hab, ich blüh auf und werd wieder lebendig oder so, wo ich dann denke, das wäre jetzt Quatsch, das irgendwie alles abzdämpfen oder so was, ne. Aber es iss halt schon auch gefährlich, also dann halt nicht ganz abzurutschen wieder. Und da iss so was schon ganz gut, dann einfach so'n bisschen so'n Spiegel quasi von außen zu haben. In unterschiedlichen Formen vielleicht auch.“ (Frau Berg, Patientin)

Einige Patienten, wie zum Beispiel Herr Hölderlin, formulierten die Beobachtungsaufgabe noch aktiver. Im Gespräch und im gemeinsamen Austausch darüber, was zwischen den Behandlungsterminen vorgefallen ist, solle der Psychiater eine **Kontinuität herstellen**, die gerade durch die Phasen psychotischen Erlebens aus seiner Sicht bedroht waren. Damit sollten auch mögliche Risiken frühzeitig aufgedeckt werden.

- I: Was ist denn die Aufgabe vom Psychiater, vom guten Psychiater, Ihrer Meinung nach, was ist sein Job in der Behandlung?
- P: Ja, schon, schon so 'ne gewisse Kontinuität, zu besorgen, oder sich um 'ne bestimmte Kontinuität zu kümmern, denn es gibt ja dieses Auf und Ab (...). Also ich sag immer, es gibt so'n Konjunkturzyklus, einmal bin ich im Keller, dann bin ich wieder begeistert, und das gibt's bei jedem normalen Menschen auch, nur die Abstände zwischen den Gipfeln und Tälern sind beim Erkrankten größer, ja? Und er muss für 'ne bestimmte Kontinuität sorgen, und deswegen ist natürlich schon gut, wenn er auch kommen lässt, ja? Also nicht nur kommen lässt, ja? Also wenn man berichtet, wie ging's jetzt in diesen drei Wochen, ist da irgendwas vorgefallen, was besonderen Stress verursacht, bin ich irgendwie beunruhigt, dass man dann dagegen arbeiten// es ist schon ne gewisse Supervision auch. (Herr Hölderlin, Patient)

Hier ging es also nicht nur darum, dass der Arzt über das Gespräch mit dem Patienten Informationen sammelt und intern für sich bewertet. Herr Werth wies darauf hin, dass der Psychiater ohne das **Gespräch** mit dem Patienten diese Beobachterrolle nicht einnehmen könne. Er vermutete, dass frühe Anzeichen von Psychosen wie zum Beispiel Schlafstörungen oder Unruhe nicht unbedingt für den

Arzt sichtbar seien und er deshalb darauf angewiesen sei, dass der Patient ihm diese Informationen gebe.

- I: Aber gibt's vielleicht irgendwie 'n Bereich in Ihrer Behandlung, egal was es denn nun ist, wo Sie das Gefühl haben, das können Sie eigentlich besser entscheiden als er?
- P: Ja, vielleicht so, (...) dass man (...) besser auf sich aufpasst und so die ersten Signale dann richtig deutet und so, also solche Sachen, da bin ich natürlich wahrscheinlich viel besser, ja, das würde er dann vielleicht gar nicht unbedingt so merken. (Herr Werth, Patient)

Medizinisches Fachwissen kompetent einsetzen

Eine weitere wichtige Funktion der Psychiater aus Sicht der Patienten war es, ihr medizinisches Fachwissen kompetent zum Wohle der Patienten einzusetzen. Das medizinische Fachwissen bezog sich z.B. auf den Umgang mit Medikamenten und die **Kenntnis des aktuellen Forschungsstands** zum Thema Psychosen.

„Psychiater müssen auch, also, was ich mir wünschen würde, dass die auch gut mit Medikamenten umgehen können, also dass sie den Patienten gut auf Medikamente einstellen können und nicht überdosieren, nicht unterdosieren, und immer so, wie's für einen gerade richtig ist, so mit der Dosierung umgehen.“ (Frau Pfleger, Patientin)

„Und sich auch gut auskennen, also auf dem neuesten wissenschaftlichen Stand sind, neue Medikamente kennen, alles, was wissenschaftlich, ja, auch was neu ist, dass sie sich damit auseinandersetzen, vielleicht auch, dass es neue Theorien über irgendwelche Erkrankungen gibt, sei es jetzt genetisch bedingt, oder weiß ich da, ich meine, im Moment ist ja auch, die Genforschung weit vorangekommen. Also da denk ich mir, das fänd ich schon gut, wenn das alles so mit reinspielen würde.“ (Frau Pfleger, Patientin)

Der kompetente ärztliche Umgang mit Medikamenten konnte sich für einige Patienten auch darin ausdrücken, dass sie nicht eingesetzt werden, dass der Arzt also alternative Behandlungsmethoden einbezog und entscheiden konnte, welche andere Behandlungsform möglicherweise besser geeignet war. Auch die Suche nach Auslösern für Krisen jenseits der Frage, ob die Medikamente ausreichend dosiert waren, zählte dazu. Darin drückt sich auch die Forderung nach einem **flexiblen Umgang des Arztes mit Medikamenten** aus, nach dessen Bereitschaft, sein Verschreibungsverhalten nicht starr an allgemein festgelegten Behandlungsplänen auszurichten, sondern **individuelle Normen** für die Patienten herauszufinden.

„(...) dass sobald das Pendel in eine Richtung ausgeschlagen hat, nach oben oder nach unten, dass sie sehr schnell dabei waren, die Medikamentendosis zu erhöhen oder runterzufahren. Und ich denke, das ist nicht immer der Ausweg. Es kann auch 'n Ausweg sein, dass man (...) [einen der Patientin sympathischen] Pfleger zum Beispiel bittet, sich mal 'ne halbe Stunde ausschließlich mit diesem Patienten zu befassen, dass man rausgeht, mal 'ne halbe Stunde in den Park geht oder so irgendwas. Das hilft oft.“ (Frau Kast, Patientin)

„(...) und die sonstigen Lebensumstände haben die, glaub ich, auch nicht groß interessiert so (...) da ging's eigentlich auch nur darum, Medikament ja oder nein.“ (Frau Viktor, Patientin)

Interessant dabei ist, dass der Einsatz von Medikamenten – außer beim oben bereits zitierten Herrn Werth - nicht allein Sache des Arztes sein sollte. Was die *richtige* Dosis oder das *richtige* Medikament ist, sollten die Ärzte gemeinsam mit den Patienten herausfinden. Offenbar ging es den Patienten darum, mit einem Partner zusammenzuarbeiten, der aus anderer Perspektive als sie, nämlich der wissenschaftlich-fachlichen, kompetent auf das Problem schaut. Dabei erwarteten die meisten Patienten, die ich befragt habe, dass beide Seiten als gleich wichtige Verhandlungspartner auftreten können.

Patientenorientiertes Notfallmanagement

Eine weitere wichtige Funktion des Absicherns durch den Arzt bestand für die Patienten darin, **in Notfallsituationen adäquat zu handeln**. Als Notfallsituationen fassten die Patienten akut psychotische Phasen auf, in denen sie nur eingeschränkt in der Lage waren, Entscheidungen alleine zu treffen, die sie aus psychosefreier Sicht als hilfreich für sich ansehen würden. Stellvertretend für alle Patienten, die ich befragt habe, verdeutlicht das Zitat von Frau Viktor, wie sie ihren Bedarf an Fürsorge in psychotischen Zeiten einschätzte. Ich habe sie ausgewählt, weil sie ansonsten sehr stark ihre Unabhängigkeit betonte und dennoch in dieser Textpassage ihren Wunsch nach Schutz und Fürsorge in Psychosen ausdrückte.

„ (...) okay, ich hab 'n Recht darauf, mich zurückzuziehen in so 'ner Phase, oder ich hab 'n Recht darauf, 'ne besondere Fürsorge oder irgendwie Unterstützung zu bekommen in dieser Situation.“ (Frau Viktor)

Adäquat zu handeln, hieß in erster Linie, überhaupt zu **handeln**, die Not eines Patienten zu erkennen und sich verantwortlich dafür zu fühlen, ihm zu helfen.

Doch auch hier blieb es nicht dabei, dass die Patienten erwarteten, ein medizinischer Experte solle vor dem Hintergrund seiner Erfahrungen, seines Wissens und seiner Position so handeln, wie er es für richtig hält. Das, was der Arzt in diesen Notfallsituationen tut, sollte im Sinne des Patienten sein und ihm helfen, seine Eigenständigkeit zu wahren – selbst, wenn dieser in dem Moment seine Anliegen nur eingeschränkt zum Ausdruck bringen konnte. Denn viele der Patienten, die ich befragt habe, legten viel Wert darauf, selbständig für sich zu sorgen, so lange es ihnen möglich war. Frau Viktor beabsichtigte sogar, sich in zukünftigen Krisen ohne ärztliche Unterstützung einen Krankenhausplatz zu besorgen.

P: Und ich denke halt, wenn ich noch mal in so'ne Situation komme, also wenn es wieder losgehen sollte, (...) bin ich mittlerweile mir relativ sicher, dann würde ich in die Talklinik gehen.

(...)

I: Also würdest du alleine machen, oder würdest du das über Frau Luhna machen, oder
P: Nee, ich bin es gewohnt, alles alleine zu machen. Mir trägt niemand was hinterher. Nee, ich denke auch, so viel Selbständigkeit hab ich in der Psychose eigentlich so. Ich mein, es ist dann immer noch mal was ganz anderes, wenn man in Psychose ist, dann sieht man das schon auch alles noch mal anders, also ich hab dann schon 'n sehr großen Freiheitswillen so. Aber von dem her, wie meine Energien das zulassen, also die Freiheit zu leben (Frau Viktor, Patientin)

Ein Handeln, das ausschließlich vor dem Hintergrund des Wunsches nach Absicherung von Seiten des Arztes geschieht, hielten viele der Patienten für nicht in ihrem Sinne. Teilweise könne ein **Abwarten** genauso richtig sein.

I: Eine extreme Form von Fürsorge ist vielleicht, wenn der Patient in einem sehr wackeligen Zustand ist, vielleicht auch, gegen seinen Willen irgendwas mit ihm zu machen. Da gibt's ja bei Ärzten, also bei Psychiatern. Wie stehen Sie dazu? Finden Sie, es gibt 'n Punkt, wo die das dürfen?

P: Äh, nein. Finde ich nicht. In dieser Situation war ich nicht gewesen, aber ich hatte damals in der [Klinik], als ich nach dem Wochenendurlaub, wie das immer so schön heißt, nicht mehr in die Klinik zurückgekommen bin, und ich dann abgeholt wurde aus meiner Wohnung, und ich dann wieder in der Klinik war, und ich unbedingt nach Hause wollte. Ich wollte nichts anderes, ich wollte unbedingt nach Hause, und dann wurde mir klipp und klar gesagt, dann werde ich gezwungenermaßen in die Klinik eingewiesen. Dann wird 'ne Verfügung sich besorgt, und ich komme in diese Klinik rein, weil sie sich Sorgen um mich machen, und weil sie das Gefühl haben, sie können mich nicht nach Hause gehen lassen. Also ich denk, das war so'ne Überreaktion von Fürsorge. Und ich denke, sie ist nicht immer angebracht, diese Fürsorge (Frau Kast, Patientin)

Und gleichzeitig wiesen sowohl Frau Frisch als auch Frau Kast darauf hin, dass mit dem Abwarten ein gewisses Risiko für den ambulant behandelnden Psychiater verbunden sein kann. Aufgrund seiner mangelnden Kontrollmöglichkeit und der Kürze der Kontakte habe er, anders als im Krankenhaus, ggf. wenige Chancen, seine Entscheidungen über Behandlungsmethoden zu korrigieren:

„(...) so dass diese Überfürsorge oder Überreaktion eigentlich nicht notwendig ist, sondern dass man eigentlich abwarten könnte. Nur ist das natürlich bei einem niedergelassenen Arzt fast nicht möglich, weil wenn dann die Bombe platzt, kann er sie natürlich nicht aufhalten. Im Krankenhaus kann das reguliert werden, aber bei einem niedergelassenen Arzt, da kann das nicht reguliert werden, also muss er ad hoc 'ne Entscheidung treffen. Und diese Entscheidung kann natürlich auch diese Überfürsorge sein, so nach dem Motto, ich weiß heute nicht, was ich mit Ihnen machen soll, nicht.“ (Frau Kast, Patientin)

Neben dem Abwarten, bevor eine Klinikeinweisung erfolgt, war ein Kennzeichen von patientenorientiertem Notfallmanagement auch, dass die Ärzte **alternative Behandlungsangebote** als psychiatrische Kliniken **in Betracht zogen**, zum Beispiel Krisenstationen.

Ein Arzt, der ihr immer gut helfen konnte, wenn sie krank wurde, hätte sie z.B. nicht in die Klinik gebracht, sondern Kontakt zur Krisenstation aufgenommen und die hätten sie dann versorgt. Und sie meinte, das wäre total klasse gewesen. Er hätte damit ja auch Kosten gespart. Aber es wäre auch für sie toll gewesen, dass er das so gemacht hat. (Protokoll aus einem Gespräch mit Frau Rath, Patientin)

Auch Frau Kast favorisierte die Überweisung an eine Krisenstation und wies auf die Verbindung zwischen einem gelungenen Notfallmanagement und der Bereitschaft der Patienten, nach der überstandenen Krise ambulante Hilfe in Anspruch zu nehmen, hin.

P: Und dann denke ich, ist es aber immer noch besser, dem Patienten das Angebot zu machen, in die Krisenstation zu gehen, als direkt zu sagen, "ich weise Sie ins Krankenhaus ein". Weil die Krisenstation hat 'ne ganz andere Funktion, und die Krisenstation, da weiß ich auch, ich kann da nur zwei, drei Tage bleiben. Sobald dieser Moment vorüber ist, kann ich wieder rausgehen. Ohne, dass ich erst mal in diesem Prozess drin bin.

I: Ja. Verstehe. Also ist dann eher was Freiwilligeres.

P: Ja, das ist noch so 'ne, Freiwilligkeit, und das ist auch noch so eine Mittellösung. Denn es kann ja auch bedeuten, wenn ich in der Krisenstation bin, dass ich auch aufgrund jetzt der Situation, die sich geändert hat, dann vielleicht auch selbst das Gefühl habe, nee, es muss mehr getan werden, oder ich dann die Bestätigung dafür finde, dass ich den Weg, den ich bisher gegangen bin in ambulanter Behandlung, den fortsetzen möchte. (Frau Kast, Patientin)

Flexibel Verantwortung übernehmen / Flexibles Maß an Fürsorge

Vielen Patienten, die ich befragt habe, war wichtig, dass die Ärzte bereit sind, ein flexibles Maß an Fürsorge zu bieten und flexibel mit der Übernahme und Rückgabe von Verantwortung umzugehen. Fürsorge und Verantwortungsübernahme durch den Arzt wurden in besonderem Maße wichtig, wenn die Patienten sich in akuten Krisensituationen befanden. In krisenfreien Zeiten wünschten sich die Patienten die Möglichkeit, eigenständig zu handeln, viel Verantwortung für die Handhabung ihrer Krankheit zu haben (zum Beispiel bei der Dosierung der Medikamente) und als wichtige Verhandlungspartner in die Behandlung einbezogen zu werden.

P: Und dass er mich nicht jetzt als kleines Kind ansieht, dass er mich noch als Person wahrnimmt. Und dass er diese Fürsorge auch mal in den Vordergrund stellt, wenn es notwendig ist, sie aber genauso gut, zurück lässt, wenn es nicht mehr notwendig ist.

I: Ah ja. * Und wann ist sie notwendig?

P: Notwendig ist Fürsorge natürlich ganz besonders dann, wenn 'ne akute Situation eingetreten ist, dann ist sie natürlich ganz besonders wichtig. Oder eine Situation, wo so ein, ein Scheideweg bevorsteht. So dass ich das Gefühl habe, er begleitet mich sowohl in die linke als auch in die rechte Richtung, er bevorzugt weder das eine noch das andere. (Frau Kast, Patientin)

Unterstützen

Die Patienten erwarteten außerdem von den Psychiatern, dass sie sie unterstützen. Das konnte eine „ideelle“ oder emotionale Unterstützung sein, die darin bestand, ihnen **Mut zu machen**, sie zu **bestärken** oder sie **moralisch zu entlasten** und ihnen ihre (zeitweise) Schwäche zu gestatten. Auch die Bereitschaft des Arztes, den Patienten **zur Seite zu stehen**, sie in manchen Situationen zu „**bemuttern**“ war eine wichtige Form der Unterstützung. Die Unterstützung konnte auch darin bestehen, dass die Ärzte den Patienten **Rat gaben** und mit ihnen gemeinsam **neue Wege** im Umgang mit Psychosen oder beim Bewältigen in einer von Psychosen geprägten Lebenssituation **suchten**. Schließlich erwarteten die Patienten ganz praktische Unterstützung von den Ärzten, nämlich das Vermitteln eines **Zugangs zu gesellschaftlichen Ressourcen** sowie Möglichkeiten, um einen (zeitweisen) Rückzug aus gesellschaftlichen Verpflichtungen zu gestalten.

Mut machen

In einer gelungenen Zusammenarbeit mit einem Psychiater erwarteten die Patienten, dass dieser ihnen Mut macht und sie auf schon Erreichtes hinweist. Dazu war es wichtig, dass sie den Arzt als vertrauenswürdig beurteilten und ihm unterstellten, dass er kompetent ist, dieses Urteil abzugeben.

„Also das ist auch schon so'n Effekt, wenn da jemand da ist, der dann letztenendes immer mal sagt: ‚Na ja, aber Sie haben doch schon ne ganze Menge geschafft!‘ oder so. Und das ist klar, das iss 'n Satz, aber wenn er ab und an doch auch mal gesagt wird, dann, - also von jemandem, der natürlich auch weiß, was es bedeutet, was da geschehen ist.“ (Frau Frisch, Patientin)

Diese Funktion von Psychiatern wird besonders verständlich vor dem Hintergrund, dass viele der befragten Patienten immer wieder hofften, keine Psychose mehr zu bekommen, aber wiederholt erlebten, dass psychotische Phasen wiederkehrten und zunehmend ihr soziales Leben einschränkten oder bedrohten.

Entlasten

Die Entlastung im Kontakt mit den Psychiatern bestand zum einen darin, dass sie den Patienten „moralisch erlaubten“ krank zu sein und versuchten, ihnen die Schuld für die mangelnde Belastbarkeit oder die Krankheit zu nehmen.

„(...) dass die Ärzte auch fragen und drauf eingehen und dass sie das auch anerkennen, dass die Menschen, die krank sind, krank sind, dass sie nichts dafür können.“ (Frau Klein, Patientin)

Entlastung konnte in akuten Krisen auch darin bestehen, dass die Ärzte gemeinsam mit den Patienten über Auslöser und mögliche Interventionen nachdachten.

„ (...) wenn man mal in der Krise iss und dann zusätzlich bespricht, woran das nun liegt, und was man dagegen machen kann, und wodurch das gekommen ist, und das meistens ist es dann schon so'ne Entlastung.“ (Frau Pfleger, Patientin)

Praktisch konnte sich Entlastung auch darin ausdrücken, dass die Ärzte den Patienten ermöglichten, sich aus den gesellschaftlichen Verpflichtungen zurückzuziehen. Zum Beispiel durch eine Krankschreibung, eine frühzeitige Berentung oder eine Klinikeinweisung.

Neue Wege suchen

Eine wichtige Form der Unterstützung durch die Psychiater sahen die Patienten in deren Bereitschaft, mit ihnen neue Wege im Umgang mit Psychosen zu suchen. „Neu“ hieß, nicht allein ausgerichtet an medizinischem Expertenwissen und allgemeinen Behandlungsplänen, nicht starr, sondern immer wieder veränderbar, wenn sich eine Behandlungs- oder Umgangsform als nicht (mehr) passend erwies. Mehrere Patienten haben diese Erwartung an die Ärzte formuliert und es ist interessant, dass sie Ärzte grundsätzlich als kompetente Partner für die Erreichung dieses Ziels ansahen und sich von ihnen eine Anleitung bei der Suche nach neuen Wege erhofften. Dabei war die den Psychiatern zugeschriebene Aufgabe eher eine therapeutische.

I: Mm. Und Sie sagen, *andere* Unterstützung sollte man Ihnen lieber geben. Was wäre das für Unterstützung?

P: (...) also nach Möglichkeiten suchen// also nicht Ratschläge geben, das ist auch schlecht, sondern nach Möglichkeiten suchen, mit der jeweiligen Lebenssituation fertig zu werden. (Herr Schiller, Patient)

„Das [Gespräch mit Herrn Dr. Becker] ist schon ne gewisse Supervision auch.“
(Herr Hölderlin, Patient)

„(...) was auch viel hilft, denk ich mir, sind Gespräche, generell. Und einfach nachzufragen, was ist da los gewesen, wie ist das passiert, und vielleicht auch zum Teil Erklärungsversuche, oder einfach so'n bisschen// also ich denke, man sollte auch, wenn man vielleicht psychotisch iss oder 'ne psychotische Erfahrung hatte, Gespräche sind schon sehr wichtig, generell.“
(Frau Pfleger, Patientin)

Zur Seite stehen / Bemuttern / Zuwendung geben

Besonders in Krisenzeiten sollte sich die Unterstützung der Ärzte in Form von Fürsorglichkeit und zuverlässiger Unterstützung äußern. Der Psychiater sollte jemand sein, von dem man sicher annehmen kann, dass er einem zur Seite steht.

„(...) ich brauche halt Lebenshilfe oder so und fall nicht runter so (...). Du brauchst schon 'n Halt oder Rückhalt in dem Moment, (...) du bist zwar du selbst, (...) aber um halt mit dieser komplexen Gesellschaft klarzukommen, brauchst du halt noch andere Menschen, also brauchst du jemanden, der dir zur Seite steht so. (...) Also vor allen Dingen, um mit Würde durchzukommen so.“ (Frau Viktor, Patientin)

Herr Hölderlin verwendete sogar explizit den Begriff „bemuttern“, als er beschrieb, was er von einem guten Psychiater erwartet. In ähnlichem Sinne äußerte sich Herr Werth:

„ (...) dass man Psychotiker (...) bemuttert, und dass man sie so'n bisschen unterstützt und teilnimmt, also nicht so kalt [ist].“ (Herr Hölderlin, Patient)

„ (...) ich hatte ja auch wirklich das Gefühl, ich brauch jemanden, der (...) sich da auch 'n bisschen auf sich einlä// auf mich eingeht irgendwie.“ (Herr Werth, Patient)

Sie sprachen damit einen wichtigen Aspekt der Fürsorge an, nämlich die Bereitschaft der Ärzte, eine persönliche Beziehung zu den Patienten einzugehen, ihnen Wärme und menschliches in Abgrenzung zu rein professionellem Verhalten entgegen zu bringen. Frau Kast machte im oben zitierten Abschnitt (siehe „Medizinisches Fachwissen kompetent einsetzen“) deutlich, dass in manchen Fällen ihrer Erfahrung nach menschliche Zuwendung und ein Gespräch mit einer Vertrauensperson Medikamente ersetzen kann.

Krankenschein / Zugang zu Ressourcen verschaffen

Die Unterstützung des ambulant behandelnden Psychiaters für die Patienten konnte sich aus Sicht der Patienten auch in praktischen Dingen wie einer Krankschreibung äußern. Der Arzt ist in der Position, den Patienten durch die Krankschreibung einen Zugang zu gesellschaftlichen Ressourcen zu ermöglichen. Die Krankschreibung sichert die finanzielle Situation eines Patienten ab, weil sie ihn davon entbindet, arbeiten zu gehen und er trotzdem Geld erhält. Frau Viktor formulierte am deutlichsten den Anspruch an Psychiater, sie beim Ausstieg aus der Gesellschaft zu unterstützen. Sie las daraus auch die Bereitschaft des Arztes, sie in ihre Krankheit zu akzeptieren und ihr zu ermöglichen, nicht „funktionieren“ zu müssen.

P: wo ich denke, steig ich halt ganz aus (...) so aus der Gesellschaft. (...)diese Frage steht für mich halt auch, geh ich raus aus der Gesellschaft, oder mach ich weiter, (...) Geh ich raus aus der Gesellschaft, bräuchte ich schon ganz viel Unterstützung

- I: Was heißt denn, raus aus der Gesellschaft, wie wäre das denn?
P: Ja, schon ** also zum Beispiel nach Italien gehen, und irgendwie mit Trommeln oder so was machen
I: Mhm, und wozu bräuchtest du da den Krankenschein?
P: Um Rente zu beantragen. (...) ich hab genug gekämpft, nun will ich auch mal zwei Jahre Rente in Anspruch nehmen, und kucken, was es doch noch so gibt (...) und ich denke, das Ideale iss halt schon wenn, wenn du merkst, dass der Arzt für dich da iss, und nicht dafür da iss, dass du funktionierst. (Frau Viktor, Patientin)

Die meisten anderen Patienten, die ich gesprochen habe, versuchten eher, durch die Krankschreibung im Arbeitsleben zu verbleiben und sich dadurch gesellschaftlich akzeptable Auszeiten zu ermöglichen, die sie aufgrund ihrer psychotischen Episoden benötigten.

Akzeptieren

Die Erwartung der Patienten, vom Arzt akzeptiert zu werden, lässt sich aufgliedern in mehre Teilaspekte. Darin enthalten ist einmal der Wunsch, als vollwertige Person gesehen und ernst genommen zu werden und mit besonderen Bedürfnissen Berücksichtigung zu finden. Darin drückte sich auch der Wunsch aus, dass der Arzt das Streben des Patienten nach Individualität und Autonomie respektiert. Gleichwohl bestand der Wunsch der Patienten, in ihrer Hilfsbedürftigkeit wahrgenommen und entsprechend behandelt zu werden. Darin ist ein Widerspruch enthalten, der nur schwer aufzulösen ist.

Ernst nehmen / als vollwertige Person behandeln

In den Interviews finden sich an vielen Stellen Hinweise auf das Bedürfnis der Patienten, vom Arzt ernst genommen, als vollwertige Person akzeptiert und entsprechend behandelt zu werden. Die Tatsache, dass einige meiner Interviewpartner das sehr vehement einforderten, deutet darauf hin, dass dies in ihrer Erfahrung keine Selbstverständlichkeit ist. Herr Hölderlin berichtete von einem Kontakt mit einem Arzt folgendes:

„Und der [Arzt]war so schlecht! Erst mal hat er auch immer kommen lassen, und da hab ich was erzählt, dann hat er aber sich gar nicht dazu verhalten, also er hat nichts dazu gesagt! Dann hab ich ihn einmal drauf angesprochen: ‚Herr Winter, warum reagieren Sie überhaupt nicht, wenn ich etwas sage!‘ Sagte er zu mir: ‚Ich behalte mir vor, wann ich helfe!‘ (Herr Hölderlin, Patient)

Die Patienten erwarteten, dass der Arzt sich dem Patienten stellen möge, sich nicht verstecke hinter seiner Professionalität und der gegebenen Machtasymmetrie. Zusätzlich forderten sie das Wahre bestimmter Umgangsformen. Dies werteten die Patienten als ein Ausdrucksmittel dafür, ob der Arzt den Patienten als gleichwertigen Gegenüber wahrnimmt oder ob er ihn als jemanden behandelt, demgegenüber übliche soziale Umgangsformen außer Kraft gesetzt sind.

Frau Viktor schilderte ihre Erfahrungen mit einem ambulanten Psychotherapeuten und mit Mitarbeitern einer psychiatrischen Klinik, in der sie sich im Zuge einer akuten Psychose aufhielt:

„(...) es ging dann wirklich soweit, dass er dann irgendwann da anfing: ‚Ich habe den Eindruck, zwischen uns bahnt sich eine erotische Beziehung an!‘ Und ich war der Überzeugung, dass dem nicht so ist, und wollte dann abbrechen die Therapie, und er so: ‚Nein, das geht nicht, und das können Sie nicht!‘ (...) der hat mir nichts geglaubt, er hat mich nicht für voll genommen, also er hat null die Probleme, die ich hatte, reflektiert, und hat eigentlich noch versucht, irgendwie dieses Spiel mit mir zu machen. (...)

Ich hab von dem Psychologen, durch den ich eingewiesen worden bin, hab ich 'n Beruhigungsmittel, denk ich mal, bekommen. Im Krankenhaus wurde das ausgetauscht gegen Haldol. Ich habe das geschmeckt, also ich habe gesagt: ‚Das ist nicht das, was ich bekomme, was ich verschrieben bekommen hab.‘ und da haben die gesagt: ‚Ja, das stimmt.‘ und das war alles. Also du wirst einfach nicht für voll genommen. Du wirst nicht für voll genommen und ruhig gestellt, und das war's.“ (Frau Viktor, Patientin)

Dass die Ärzte die Patienten ernst nehmen, äußerte sich aus Sicht der Patienten darin, dass sie bereit sind, ein Gespräch mit ihnen zu führen und sich in Auseinandersetzungen nicht entziehen. Der oben geschilderte Anspruch, dass Ärzte ihr Handeln begründen, galt auch und gerade für die akute Psychose.

Im Interview mit Frau Viktor wurde besonders deutlich, dass die Auseinandersetzung mit den Patienten und der ernst nehmende Umgang mit ihnen einen wichtigen Beitrag dazu leistet, dass diese ihr Selbstwertgefühl aufrecht erhalten können. Deshalb stammen in diesem Abschnitt viele der ausgewählten Zitate aus dem Gespräch mit ihr. Sie beschrieb ihre Erfahrungen in einer Souteria-Einrichtung als positives Gegenbeispiel zu ihren Klinikerlebnissen.

„Und [in der Souteria] hab ich dann 'n ziemlich großen Schritt gemacht, so was Selbstvertrauen, Selbstverständnis [angeht]. (...) Und das hat natürlich GANZ viel mit dem zu tun gehabt, wie mit dir umgegangen worden ist, also im Gegensatz zum Krankenhaus, dass man auf dich eingegangen ist, dass man dich in deinem Zustand ernst genommen hat, dich für voll genommen hat, dich nicht weggeschlossen hat einfach so. (...) wirklich für voll genommen zu werden, also nicht nur ‚Du bist krank und du bist jetzt nicht richtig‘ (...) von außen das Gefühl vermittelt bekommen hab, okay, du kannst trotzdem sein so. Ja, und ich bin mir mittlerweile auch ganz sicher, ziemlich sicher, dass ich sehr wahrscheinlich gar nicht// also dass die Psychosen nicht SO schlimm geworden wären, wenn ich gleich im ersten Jahr// wenn da irgendwo jemand gewesen wäre, der mich ernst genommen hätte.“ (Frau Viktor, Patientin)

Ähnlich äußerte sich Frau Pfleger, die explizit den Umgang professioneller Helfer mit dem Verlauf der Psychose in Zusammenhang brachte:

„ (...) denk ich mir, dass Einfühlungsvermögen sehr wichtig ist, also dass (...) man nicht irgendwie wie so'n Kuriosum betrachtet wird, also wie so'n Fall quasi (...) wobei ich denke, dass Menschen, die so psychotische Erfahrungen haben, zum Teil auch // also mir ging das so, dass ich das erst mal akzeptieren musste, und dass mir das dann// also wenn man das Gefühl hat, man wird aufgenommen, oder man wird irgendwie verstanden, dann fällt einem das leichter, das für sich selbst auch zu akzeptieren.“ (Frau Pfleger, Patientin)

Besonders der Umgang der Klinikmitarbeiter – Pflegende wie Ärzte - mit den Patienten wurde von meinen Interviewpartnern häufig kritisiert, da sie sich von ihnen nicht als vollwertige Personen behandelt fühlten. Dazu trug besonders bei, dass sie den Eindruck hatten, die Pfleger, Schwestern und Ärzte wären nicht bereit, in eine Auseinandersetzung mit den Patienten zu treten.

Frau Viktor betonte, dass auch der stark strukturierte Tagesablauf einer psychiatrischen Klinik und die dortigen Therapieangebote, die standardisiert und wenig auf die Bedürfnisse der Patienten abgestimmt seien, „entpersonalisierend“ auf sie gewirkt hätten:

„Du wirst nicht für voll genommen und ruhig gestellt, und das war's. Und du kriegst 'n Tagesablauf übergestülpt, der so stupide und absurd iss, dass du ihn nicht für voll nehmen kannst (...) du wirst halt früh wach gemacht, und dann (...) Temperatur gemessen und Puls, so als wenn du irgendwie Kreislaufbeschwerden hättest so, und musst dann zum Frühsport gehen im Halbschlaf, und hast dann irgendwie so'ne dumpfsinnige Beschäftigungsmaßnahme, wo du dann aber auch nicht mitmachen musst, wo dann auch kaum jemand mitmachen wollte, weil einfach Strohplüppchen basteln ist nun mal nicht jedermanns Sache so, zumal nicht, wenn man schwerwiegende Probleme hat. Echt so, also es ist nicht ernst zu nehmen // und das merkst du auch, auch wenn du Nöte hast und wenn du Sorgen hast, du kannst es nicht für voll nehmen.“ (Frau Viktor, Patientin)

Schwäche und Hilfsbedürftigkeit wahrnehmen

Während einerseits die Forderung der Patienten darin bestand, als gleichwertig behandelt zu werden, gab es auch die Erwartung, in ihrer Hilfsbedürftigkeit und Schwäche vom Arzt wahrgenommen zu werden. Das konnte sich darin ausdrücken, dass besondere Regeln für den Kontakt gelten, dass der Arzt weniger Ansprüche an die Verhandlungsfähigkeit der Patienten stellen und sie schützen sollte, wie bei Herrn Werth deutlich wird. Er kritisierte einen Arzt, weil der ihn als zu gesund behandelt und die Medikation der Klinikärzte in Frage gestellt habe. Diese Art der Gesprächsführung des Arztes hat Herrn Werth offenbar verunsichert und zu wenig seinen aus seiner Sicht labilen Zustand berücksichtigt:

„(...) der [Arzt] hatte mir eher das Gefühl gegeben so ‚Jo, Sie sind doch 'n ganz intelligenter Mann, und// junger Mann, und also Ihnen geht's doch// also wieso haben sie Ihnen denn die Risperdal verschrieben, und das kann gar nicht sein‘ und so, also der hat mir wieder so das Gefühl vermittelt, als hätten die 'n Fehler gemacht, ja?“ (Herr Werth, Patient)

Als Herr Werth einem anderen Arzt sagte, dass er mehrere Psychiater ausprobieren, um den für sich richtigen herauszufinden, habe der ihm Vorwürfe gemacht. Dies kritisierte Herr Werth als ein Beispiel für dessen nicht ausreichend schützenden Umgang mit Patienten.

„ (...) als ich ihm (...) erzählt habe (...) dass ich ihm noch nicht zusagen kann, sondern dass ich alle möglichen Ärzte konsultieren will, da hat er mich gefragt dann: ‚Ja, finden Sie das denn richtig?‘ Und das fand ich irgendwie, das hat ihn mir wieder so'n bisschen// also ich fand das irgendwie nicht richtig irgendwie, da zu hinterfragen. (...) da fühlte ich mich dann wieder so überfahren, weil er doch relativ sehr stark irgendwie auch gearbeitet hat.“

(Herr Werth, Patient)

Auch eine andere Ärztin habe aus seiner Sicht zu konfrontativ gearbeitet, indem sie zu stark nachgefragt habe, welche Erklärungen er für die Psychose habe:

„(...) es war so'n bisschen preußisch. (...) die wollte halt sofort irgendwie von mir 'ne Antwort haben (...) die wollte irgendwie 'ne Antwort haben, warum// wie das kam oder ich weiß nicht was, und ich wollte einfach nur ich wollte jetzt einfach// ich, ich weiß auch nicht (...) ich fand das irgendwie nicht angemessen irgendwie.“ (Herr Werth, Patient)

Das bedeutet, dass ein Arzt einen Patienten ernst nimmt, kann sich aus der Sicht der Patienten darin äußern, dass er sie in ihrer Verwundbarkeit ernst nimmt und das durch einen nicht- konfrontativen Gesprächsstil sowie den Verzicht auf Auseinandersetzungen signalisiert (**Achtung verwundbarer Grenzen / nicht-konfrontativer Gesprächsstil**).

Wie schwierig es ist, diese Anforderung zu realisieren, belegt ein Beispiel aus eigener Erfahrung. Einige Tage nach dem Interview rief mich die Patientin Frau Maus an, um mir zu sagen, dass ich sie durch das Gespräch in die Psychose getrieben hätte. Ich selbst hatte das Interview mit ihr als sehr anstrengend erlebt und mehrfach das Gefühl gehabt, sie verstehe meine Fragen nicht und denke überdurchschnittlich lange über die Antworten nach. Ihr Gesprächsverhalten hatte bei mir dazu geführt, dass ich immer geschlossener Fragen stellte, die Fragen verkürzte und eine immer aktivere Rolle im Interview übernahm. Dies war mir während des Interviews bewusst und die Versuche, mich darin zu kontrollieren, machten einen großen Teil der Anstrengung aus. Zeitweise war auch sie mir als sehr erschöpft erschienen, doch mein Angebot, das Gespräch zu beenden, hatte sie verneint und betont, sie fände es nicht zu anstrengend. Ich war geschwankt zwischen dem Bestreben, sie in ihrer Selbsteinschätzung ernst zu nehmen und das Interview fortzuführen und dem

Wunsch, sie zu schützen, indem ich es vorzeitig abbreche. Meine Unsicherheit im Kontakt mit Frau Maus geht aus dem folgenden Kontextprotokoll hervor, das ich nach dem Interview angefertigt habe:

Das Gespräch finde ich ziemlich anstrengend. Sie reagiert oft sehr spät auf meine Fragen. Überlegt minutenlang, fragt dann nach, ob ich die Frage noch mal stellen könnte. Ich merke, wie ich immer geschlosseneren Fragen stelle. Manchmal versteht sie meine Fragen inhaltlich nicht. Sie sitzt auf der Kante des Sessels, die Teetasse umklammert. Ich sage ihr am Anfang, dass sie sich ruhig zurücklehnen kann, das Mikro wäre leistungsstark genug, aber sie bleibt so, sagt nur „mh“. Als wir aufhören, frage ich sie, ob das Gespräch für sie ok war, sie überlegt wieder und sagt: ‚ich denke, schon‘. (...) Während des Gesprächs hat sie mich oft ganz eindringlich angeschaut, ganz tief in die Augen. Ich war auch verunsichert dadurch, dass sie sagte, sie könne spüren, was bei anderen Menschen abgeht. Was sie wohl bei mir gespürt hat? Ich hatte die ganze Zeit Angst, sie unter Druck zu setzen mit meinen Fragen. Gleichzeitig habe ich an mehreren Stellen gemerkt, dass ich ihre Antworten ganz anders verstanden habe als sie dann offenbar meinte, denn auf meine Nachfrage kam immer was Anderes als ich erwartet hatte. Im Laufe des Gesprächs habe ich deshalb immer noch mal ihre Antworten zusammengefasst und nachgefragt, ob ich das jetzt so richtig verstanden habe, wobei ich gleichzeitig Angst hatte, sie dadurch zu sehr zu bedrängen. Manchmal hatte ich die Assoziation von einem Verhör. Bin da aber irgendwie nicht rausgekommen. Am Ende war ich völlig geplättet, ganz müde und antriebsschwach – genau das hatte sie auch von sich berichtet. (...) Memo: Vielleicht ist das ein Hinweis darauf, wie schwierig es dann ist, mit so einem Menschen zu verhandeln! (Kontextprotokoll vom Interview mit Frau Maus)

Verfügbarkeit / Zeit haben

Auffällig in den Interviews mit den Patienten war die klare Verknüpfung zwischen der Vorstellung von einer optimalen Behandlung und der ärztlichen Verfügbarkeit. Aus ihrer Sicht war die zeitliche Verfügbarkeit des Arztes eine entscheidende Voraussetzung dafür, dass eine Behandlung befriedigend verlaufen kann.

- I: Haben Sie ne Idee von einer optimalen Behandlung, oder vom optimalen Kontakt mit'm Arzt?
P: Ja, eine Sache, aber das ist wahrscheinlich klar, und das wird wahrscheinlich jeder sagen, das ist die Zeitfrage. (Frau Frisch, Patientin)

„ (...) es war ja immer so, dass man jemanden mal so gegriffen hat und mal 'n bisschen mit denen alleine geredet hat, das war ja wirklich nicht möglich irgendwie fast, das// da rannten denn// die [Ärzte] rannten ja eigentlich immer nur so durch.“ (Herr Werth, Patient)

Verfügbarkeit äußerte sich aus Sicht der Patienten auch in der Bereitschaft der Ärzte, sich zum Gespräch hinzusetzen.

„ (...) er hat mich begrüßt und hat sich auch hingesetzt dann irgendwie, (...) also die stand halt, also diese erste Psychiaterin.“ (Herr Werth, Patient)

Gespräche führen

Viele der Patienten bewerteten die Wirksamkeit von Gesprächen höher als die der Neuroleptika, was auch deren Enttäuschung verständlich macht, wenn keine

Gespräche statt fanden und Hinweise darauf gibt, wie Konflikte zwischen Ärzten und Patienten entstehen, wenn die Ärzte allein auf der Gabe von Medikamenten beharren, aber nicht für Gespräche verfügbar sind. Frau Viktor machte deutlich, dass das Nicht-Sprechen mit Patienten auf sie sogar eine entmenschlichende Wirkung haben kann:

- P: (...) also im Krankenhaus gibt es Würde nicht, also da bist du'n Stück irgendwas, aber kein Mensch so in diesem Sinne, (...) dass du in deiner Ganzheit.
- I: Wie machen die das, dass, dass du'n Stück bist? Also ich meine, welche Verhaltensweisen sind das?
- P: Ja, zum Beispiel, dass mit dir null gesprochen wird. Also da wo ich war, also gab's am Anfang // hat mit mir die Ärztin 'ne Viertelstunde hier, also Aufnahmegespräch gemacht, ich weiß gar nicht mehr, wie das heißt, und ansonsten gab's null Auseinandersetzung, (Frau Viktor, Patientin)

Erwartete Eigenschaften der Psychiater

Aus den bisherigen Ausführungen über die Aufgaben der Ärzte wird deutlich, dass die zentrale gewünschte Eigenschaft der Psychiater die Orientierung ihres Handelns an den Bedürfnissen und Erfahrungen der Patienten ist (**am Patienten orientiert**). Darin enthalten ist die Forderung an die Ärzte, Interesse an der Person des Patienten zu signalisieren (**am Patienten interessiert**).

Die Forderung nach der Ausrichtung an den Erfahrungen und Wünschen der Patienten war jedoch nicht ausschließlich. Vom Arzt wurde auch eine **Behandlungskompetenz** erwartet, die sich unter anderem in der Verfügbarkeit medizinischen Fachwissens und Handlungskompetenz äußerte.

„Ja, also ich denk, erst mal die medizinisch-somatische Seite, also mit der Medizin, die ist verdammt wichtig, ja? Das müssen Sie ja wissen, ja, dann müssen sie die, die ganzen Verbindungen kennen und wissen, wie die wirken.“ (Herr Hölderlin, Patient)

„ (...) und da bin ich zu meiner Hausärztin gegangen, und die war überfordert gewesen, sie wusste nicht, was sie machen sollte, und dann hat sie mir 'n Klinikaufenthalt vorgeschlagen.“ (Frau Kast, Patientin)

Gleichzeitig wurde von den Ärzten eine psychotherapeutische Kompetenz erwartet. Das hieß einerseits, keine eigenen Probleme mit in die Behandlung zu bringen:

„Auf jeden Fall war der hochneurotisch, dieser Arzt, ja, und ich finde, dann sollte man kein Psychiater werden, ja? Oder das besser durchgearbeitet haben.“ (Herr Hölderlin, Patient)

Und das bedeutete andererseits, zu wissen, dass nicht allein medizinische Ursachen Erklärungen für die Probleme der Klienten sein können, sondern auch psychologische Perspektiven und die individuellen Lebensumstände der Patienten in der Behandlung Berücksichtigung finden müssen:

„(...) ich denke, dass immer, wenn es einem auch schlecht geht, irgendwelche Lebensumstände auch begleitend hinzukommen, also bei irgendwelchen Sachen, die im Leben nicht glatt sind, entwickelt man vielleicht wieder mehr Symptome, als wenn alles so// also das denk ich mir, das ist schon ganz wichtig, dass die [Ärzte] auch so'n bisschen so hinter die Kulissen kucken können, und auch sehen können oder einen vielleicht darauf stoßen und einem Tipps geben können, also dann denk ich, das iss auch wichtig, dass die therapeutisch ausgebildet sind.“

(Frau Pfleger, Patientin)

Schließlich wünschten sich die Patienten einen **flexiblen** Arzt. Ausschlaggebend für sein Handeln sollten die Wünsche und Zustände der Patienten sein. Frau Berg forderte um so mehr Bezug auf ihre Wünsche, je stabiler ihr Zustand war. Mit zunehmender Destabilisierung ihres Zustands in akuten Psychosen sollte der Arzt mehr Verantwortung übernehmen und entsprechend handeln.

P: Ist halt irgendwie schon 'n komischer Bereich, wofür man 'n Arzt braucht, (...) Also da ist Therapie irgendwie viel wichtiger. (...) letztes Jahr, als meine Therapeutin in Urlaub war und ich dann auch gleich aus der Klinik entlassen war, da war ich dann mal wöchentlich [bei Herrn Dr. Fried], wir [haben] dann mehr gesprochen, und das war irgendwie auch ganz wichtig, aber im Moment ist// also bin ich einfach stabil genug, wo ich irgendwie das Gefühl hab, so sehr brauch ich da eigentlich 'ne ärztliche Versorgung auch gar nicht.

I: Mhm. Aber wenn Sie etwas instabiler wären, dann

P: Dann hab ich schon das Gefühl, ja, ja. (Frau Berg, Patientin)

Das heißt, der flexible Arzt soll immer wieder aufs Neue die Frage stellen, in wie weit der Patient seiner Einschätzung nach fähig ist, Entscheidungen zu treffen, die er und die Patienten aus nicht psychotischer Sicht als vernünftig und gesundheitsförderlich bezeichnen würden und sein Handeln nach der Antwort auf diese Frage ausrichten.

Behandlungspläne sollen veränderbar sein, wenn sie nicht die erwünschte Wirkung zeigen, und im Sinne der Patientenorientierung soll es auch möglich sein, dass die ärztliche Sicht hinter der des Patienten zurücksteht. Das betrifft besonders den Umgang mit Medikamenten.

Insgesamt bewegt sich dieser flexible Arzt zwischen zwei Positionen hin und her: Einem passiven Abwarten und Beobachten, während dessen die Anforderungen an sein Handeln darin bestehen, nichts zu tun und den Patienten die Verantwortlichkeit für ihren Gesundheitszustand zu überlassen und einem aktiven, ggf. schnell zupackenden Modus, in dem ärztliches Fachwissen unter Einbezug des unterstellten Wohls und der aus früheren Kontakten bekannten Wünsche der Patienten im Vordergrund stehen.

6.1.1.4.3 Konsequenzen für die Arzt-Patient-Zusammenarbeit

Die in diesem Kapitel formulierten Ansprüche der Patienten an das ärztliche Verhalten decken sich nicht automatisch mit den möglichen Interessen von Ärzten. An einigen Stellen entstehen sogar Widersprüche.

So widerspricht der Wunsch der Patienten nach einer individuellen Behandlung ggf. den ökonomischen Zwängen der Ärzte, denn diese Art der Behandlung kostet vor allem Zeit für Gespräche, die kaum bezahlt wird. Auch der Wunsch vieler Patienten nach atypischen Neuroleptika ist für viele niedergelassene Psychiater aufgrund der Budgetierung nicht ohne weiteres zu erfüllen.

Außerdem wird in dieser Art der Behandlungsbeziehung der Expertenstatus des Arztes reduziert. Der Arzt ist nicht, wie in paternalistischen Modellen der Arzt-Patient-Zusammenarbeit, derjenige, der medizinische Anweisungen gibt, die der Patient befolgt, sondern die Patienten erwarten, dass der Arzt sein Expertentum in ihren Dienst stellt und ggf. mit ihnen in Verhandlung tritt, wenn sie aufgrund ihrer eigenen Erfahrungen andere Behandlungsstrategien bevorzugen.

Eine individuelle Behandlung bedeutet auch die strenge Orientierung am Einzelfall, was sich zum Beispiel in der Dosierung der Medikamente manifestieren kann. Nicht die Statistiken, nicht die langen Erfahrungen der Ärzte mit der Masse anderer Patienten sollen hier handlungsleitend sein, sondern die Erfahrungen dieses einen Patienten - selbst wenn diese anderen ärztlichen Informationsquellen fundamental widersprechen.

Der Wunsch der Patienten, der Arzt möge ihnen Einfluss in der Behandlung zugestehen, bedeutet für diesen, ein größeres Rückfallrisiko wider vermeintlich besseres Wissen in Kauf zu nehmen. Nach weit verbreiteter ärztlicher Sicht ist die Prävention von Psychosen eng an die dauerhafte und regelmäßige Einnahme von Neuroleptika gekoppelt. Ein Einwilligen und Mittragen der Reduktion der Medikamente muss daher einem anderen Zweck folgen als einem rein medizinischen. Wie später zu zeigen ist, dient dies vor allem der Festigung der Behandlungsbeziehung.

Die Patienten erwarten eine Orientierung des ärztlichen Handelns an ihrer sozialen Situation – der Arzt soll auch soziale Faktoren im Blick haben und ggf. als Risikofaktoren für erneute Psychosen mit behandeln. Das gemeinsame Gespräch ist hier das entscheidende Instrument. Damit haben die ambulant behandelnden Psychiater auch einer „Sozialarbeiterfunktion“ – eine Eigenschaft, die Ärzte

normalerweise nicht zum Kerngebiet ihres Handelns rechnen und die auch in der medizinischen Ausbildung wenig Berücksichtigung findet. In dem Anspruch, der Arzt möge ihnen Mut machen, sie moralisch unterstützen, steckt der Wunsch nach einer versorgenden Funktion des Arztes und die Hoffnung, er möge seine Neutralität zugunsten einer Parteilichkeit für die Patienten aufgeben. An manchen Stellen hat das gewünschte Verhältnis zum Arzt fast freundschaftliche Züge. Gleichzeitig besteht auch der Wunsch nach psychotherapeutischen Interventionen des Arztes. Hier entsteht ein Widerspruch zu der gewünschten Expertenhaltung des Arztes. Der Wunsch nach psychotherapeutischen Interventionen stößt auch an eine andere Grenze: Anders als ein Psychotherapeut kann der Arzt nicht 50 Minuten für Gespräche mit einem Patienten abrechnen.

Die Patienten fordern außerdem, der Arzt solle eine Absicherungsfunktion für sie übernehmen, und das vor allem in Krisensituationen. Gleichzeitig soll er aber möglichst wenig intervenieren und sie ihren Weg gehen lassen. Besonders der Anspruch, der Arzt solle sich für sie verantwortlich fühlen und aus dem Hintergrund zurückhaltend beobachten widerspricht dem Wunsch nach Gleichberechtigung. Während einerseits sein Expertenstatus gefordert ist, soll im direkten Kontakt der Eindruck entstehen, dass alle Verhandlungsoptionen offen sind, beide Parteien also gleichberechtigt sind, was faktisch nicht der Fall ist.

Besonders in Konfliktsituationen entsteht für den Arzt das Problem, dass nicht klar ist, welche Ansprüche er an den Patienten stellen darf. Muss er einen schonenden Gesprächsstil wählen, weil er den Patienten als schutzbedürftig – und damit nicht mehr gleichberechtigt – einschätzt, oder kann ein Konflikt „auf Augenhöhe“ ausgetragen werden – eigentlich eine Voraussetzung für gleichberechtigte Zusammenarbeit, Partnerschaft oder Kooperation. Besonders die Forderung der Patienten nach einer Wahrnehmung ihrer Schwäche und Hilfsbedürftigkeit und nach „weicheren“ Regeln, die für sie in der Interaktion gelten sollen, manifestiert von Patientenseite aus eine Ungleichheit zu den Ärzten.

Wenn vor dem Hintergrund der divergierenden Interessen (s.a. Dörner, 2003) einerseits und der Forderungen nach Gleichberechtigung bei gleichzeitiger Wahrung der Hilfsbedürftigkeit andererseits eine Zusammenarbeit aus Patientensicht dennoch gelingt, setzt das voraus, dass die Ärzte und die Patienten die Interessenkonflikte erfolgreich überwinden.

Die These für den weiteren Auswertungsprozess ist, dass es vor allem die Ärzte sind, die mit ihrem in den Kapiteln 6.2.2 und 6.2.3 dargestellten Verhalten dazu beitragen, diese Klippe zu überwinden.

6.1.2 Perspektive der Ärzte

Die hier beforschte Zusammenarbeit zwischen Ärzten und Patienten war stark geprägt von ihrer Beziehung zueinander. Deshalb ist es Zielsetzung des Kapitels, ein facettenreiches Bild der Ärzte, ihrer Motive und Ideale einer Zusammenarbeit zu zeichnen. Die teilnehmenden Ärzte in ihrer Individualität darzustellen, trägt dazu bei, dass sie als Menschen greifbar werden und nicht lediglich als Projektionsfläche der Patientenwünsche erscheinen. Denn in der Zusammenarbeit mit den Patienten verhielten sie sich nicht neutral, erfüllten nicht „kundenfreundlich“ alle Wünsche der Patienten, sondern traten mit ihnen in Verhandlungen und trugen Konflikte aus. Dies taten sie vor dem Hintergrund eigener Werthaltungen, Erfahrungen und Erwartungen.

Das folgende Kapitel verdeutlicht, wo die Ärzte Grenzen ihres Handelns und ihres Ideals einer partizipativen Zusammenarbeit sahen.

Zu Beginn der Forschungsphase haben die Ärzte zugestimmt, dass sie ihre Zusammenarbeit mit Patienten als partizipativ bewerten. Allerdings habe ich den Begriff eingeführt und es ist unklar, welchen Begriff sie von sich aus gewählt hätten. Auch deshalb ist es interessant, ihre Arbeit aus ihrer Sicht darzustellen, und damit auch Verhaltensweisen und Einstellungen einzubeziehen, die nicht dem im Literaturteil dargestellten Ideal einer Zusammenarbeit im Sinne des Shared decision-making entsprachen. Vor dem Hintergrund dieser Ausführungen ist es schließlich besser möglich, das Verhalten der Ärzte im Patientenkontakt angemessen zu interpretieren.

In der vergleichenden Analyse der Arztinterviews habe ich Kategorien gebildet und sie zu folgenden Oberkategorien zusammengefasst:

- **Hintergrund des Handelns („Motor“)** – Was berichten die Ärzte über ihre Berufsbiografien, was hat sie aus ihrer Sicht geprägt und zu ihrem heutigen

Vorgehen geführt? Was sind ihre beruflichen Werthaltungen, ihre Ideale, ihr berufliches Selbstbild?

- **Behandlungsziele** – Welche Ziele haben die Ärzte in der Behandlung?
- **Die gelungene Zusammenarbeit** – Wie definieren sie eine gelungene Zusammenarbeit? Welche Kriterien müssen dafür erfüllt sein?
- **Umgang mit Krisen und Konflikten** – Wie schildern die Ärzte ihren Umgang mit Krisen der Patienten? Wie gehen sie in ihrer Wahrnehmung mit Konflikten um, die daraus erwachsen, wenn Patienten ärztliche Interventionen wie z.B. Medikamente ablehnen?
- **Die Zusammenarbeit begünstigende bzw. behindernde Patienteneigenschaften** – Inwieweit und wodurch tragen aus Sicht der Ärzte die Patienten dazu bei, dass eine Behandlung gut verläuft? Wie sieht der ideale Patient aus? Welche Anforderungen stellen die Ärzte an die Patienten?
- **Wahrnehmung der eigenen Rolle im Patientenkontakt** – Wie nehmen die Ärzte ihre eigene Rolle in der Behandlung wahr?

Im folgenden sind die Aussagen der vier befragten Ärzte getrennt voneinander anhand dieser Oberkategorien dargestellt. Die im Text fett gedruckten Begriffe stellen die individuellen Unterkategorien dar. Am Ende des Kapitels stelle ich die Ärzte vergleichend gegenüber und arbeite Gemeinsamkeiten und Unterschiede heraus. Schließlich werde ich verdeutlichen, welche Konsequenzen die beschriebenen Befunde für die Zusammenarbeit mit Patienten haben.

6.1.2.1 Herr Dr. Becker

6.1.2.1.1 Hintergrund des Handelns („Motor“)

Herr Dr. Becker führte seine Praxis zum Zeitpunkt des Interviews seit zwanzig Jahren. Seine beruflichen Wurzeln sah er in der „postachtundsechziger Zeit“, in der er, aus der Kinderpsychiatrie kommend, sich der Erwachsenenpsychiatrie mit der Schwerpunktsetzung Sozialmedizin und politische Medizin zugewandt hatte. Die Verbindung von Psychiatrie mit Gesellschaftskritik und dem psychoanalytischen Ansatz sei damals kennzeichnend für seine Arbeit gewesen – und sei es auch heute noch.

„Zur Psychiatrie im engeren Sinne über die Kinderpsychiatrie bin ich gekommen, im Studium. achtundsechziger Zeit, postachtundsechziger Zeit, [da] hatte ich viel mit Sozialmedizin zu tun

und politischer Medizin irgendwo. Und dann auch mit Psychiatrie. Psychoanalyse, Psychiatrie und auch Gesellschaftskritik, das waren alles Dinge, die irgendwie zusammengehörten“

Ziel seiner Arbeit als in einer Klinik tätiger Assistenzarzt sei es gewesen, **Veränderungen anzustoßen**, Missstände zu verändern.

„(...) als junger Assistenzarzt war man auf den Stationen sehr viel mit Missständen konfrontiert und der Versuch, da was zu ändern (...)“

Sein Bestreben gesellschaftliche Veränderungen herbeizuführen, zeigte sich auch in seiner Mitarbeit in einem Verein für psychisch Kranke, in dem er Vorstandsmitglied war. Er beschrieb diese Arbeit als „konsequenten Versuch, sich kommunal verantwortlich zu fühlen“ – auch bei begrenzten Möglichkeiten und Ressourcen.

„ (...) der Versuch, da was zu ändern, und auf der andern Seite hab ich in 'ner Modelleinrichtung gearbeitet (...). Das hat mich dann konzeptionell doch mit manchen Dingen vertraut gemacht, das war schon sehr gut. Also auch das Konzept der Tagesklinik und diese konsequenten Versuche, kommunal sich verantwortlich zu fühlen und das dann auch durchzuhalten. Und auch mit sehr wenig Patienten oder sehr wenig Betten auszukommen.“

Sein Verantwortungsgefühl auf kommunaler Ebene manifestierte sich während meiner Forschungsphase in der Teilnahme an einer öffentlichen Diskussion zur ambulanten Versorgungssituation psychisch Kranker, in der er als Vertreter der ambulant behandelnden Psychiater auf dem Podium saß. Die Besonderheit dieser Teilnahme zeigte sich allein schon daran, dass außer ihm kaum Kollegen seines Berufsstandes im Saal anwesend waren, dafür um so mehr psychiatriekritische Betroffene, Angehörige und Helfer. Dort wies er engagiert auf die schwierige ambulante Versorgungslage in der ärztlichen Behandlung psychisch Kranker, vor allem aufgrund finanzieller Beschränkungen und der Unbeliebtheit der chronisch psychisch Kranken bei vielen seiner Berufskollegen hin. Gleichzeitig betonte er die aus seiner Sicht wichtige Rolle der ambulant behandelnden Psychiater für die Versorgung psychoseerfahrener Personen – eine Sichtweise, die beim Publikum nicht auf ungeteilte Zustimmung stieß.

Es wurde deutlich, dass ein wichtiger Motor seines Handelns auch **Verantwortungsgefühl** auf einer anderen Ebene ist: Seine Verantwortlichkeit als Arzt, sich chronisch psychisch Kranker und damit einem unbeliebten Klientel anzunehmen und auch für sie eine adäquate und professionelle Versorgung sicherzustellen. Er kritisierte an seinen Kollegen die vielfach vorherrschende Meinung, die Behandlung dieser Patientengruppe sei nicht relevant und könne ohne

spezielle Qualifikationen erfolgen, während der Schwerpunkt der Arbeit auf „funktionelle Diagnostik“ und „raffinierteste Therapie“ gelegt würde.

„(...) viele sagen: ‚Ich bin Neurologe. Ich bin doch mehr Neurologe‘, und distanzieren sich damit von dem Hauptteil ihrer Patienten und auch ihrer Verantwortung. So nach dem Motto, die chronischen psychisch Kranken, die macht man so mit. Die spielen eigentlich keine Rolle. Das brauchen wir auch nicht zu kennen und zu wissen. Und wichtig ist, dass man (xxx)logische Neurologie, funktionelle Diagnostik und raffinierteste Therapie und was weiß ich kennt. Im somatischen Bereich. Und da wird viel Etikettenschwindel betrieben. Ich steh' vielleicht mehr als andere Praxisleute dazu, dass ich dieses Klientel versorge und nachhaltig dazu stehe, dass es 'ne vernünftige Versorgung geben muss. Das ist vielleicht 'n kleiner Unterschied. Andere sagen: ‚Ich bin eher Psychotherapeut‘, oder ‚Ich bin eher Epileptologe‘, vielleicht sogar ‚Ich bin jemand, der sagt, ich fühl mich für die chronisch psychisch Kranken zuständig‘, finden Sie in der Regel nicht so häufig. Verbunden mit so 'nem Touch, da braucht man ja auch nichts zu können oder wissen. Und das ist sicherlich ein großer Irrtum.“

Hintergrund seines derzeitigen Handelns sei auch seine **Freude an der Arbeit mit Menschen und dem Gespräch**. Dies liege ihm mehr als das Diskutieren von Strukturen.

„Ich arbeite wirklich gerne mit Leuten auch, ist für mich immer wieder 'ne Herausforderung. Also, manche arbeiten ja nur im Strukturbereich. (...) Die machen gerne, sagen wir mal, Versorgungspolitik. (...) sie überlegen sich, wie soll das hier organisiert sein. Im Vergleich zu Italien, Holland oder zu Hamburg oder was weiß ich. Und überlegen sich Strukturen und diskutieren endlos lange über Strukturen und solche Sachen. Na, das finde ich spannend auch. Habe ja auch viele viele Diskussionen mitgemacht, die von der Effektivität nachher völlig ätzend waren. Wo ich sagte, mein Gott! (...) ich REDE gern mit Menschen.“

Ähnlich wie Herr Dr. Fried und Frau Luhna ist Herr Dr. Becker zu psychoanalytischen Ansätzen [bei Fried und Luhna tiefenpsychologisch] als Hintergrund seiner Arbeit mit Patienten gekommen. Er habe dem Ansatz zunächst kritisch und etwas distanziert gegenübergestanden und gleichwohl mit ihm sympathisiert, bis er schließlich eine zehnjährige psychoanalytische Ausbildung absolviert habe. Er habe dadurch seine psychotherapeutische Arbeit mit Patienten auf fundierte Füße stellen wollen.

„Und ich hab' da mal gedacht, ich muss 'ne fundierte Ausbildung machen noch im psychotherapeutischen Bereich, und war eigentlich zu Beginn der Ausbildung schon distanziert und eher sympathisierend mit der Analyse, ja. Hab' das dann aber durchgezogen, auch mit'm bisschen Spaß natürlich. Und Aufwand, ich mein, diese Ausbildung dauert dann fast zehn Jahre.“

Seinen heutigen Behandlungsansatz beschrieb er als gekennzeichnet von drei Faktoren, der „Organseite“, der psychologisch-psychoanalytischen Seite und der gesellschaftlichen Seite, wobei er die organische Seite vermutlich besonders auf die Epilepsiepatienten bezog, die einen Schwerpunkt seiner Klientel bilden. Den anderen Schwerpunkt bilden chronisch psychisch Kranke.

„(...) sicherlich überdurchschnittlich viele Epilepsiepatienten, das liegt ja auch daran, weil das einzige Apparative, was ich ganz gut kann, ist EEG, da hab' ich mal 'ne Spezialausbildung

gemacht (...) Diese Schnittstelle, diese beiden Seiten, Organseite und psychoanalytische, psychologische Seite und zum Dritten auch die gesellschaftliche Seite, das ist für mich dann ganz schön spannend. Natürlich bin ich fasziniert von diesen neuen Möglichkeiten. Den Spitzer werden Sie kennen, und alles, was da dranhängt, ist natürlich toll. Wenn jemand das mit philosophischen Background auch versucht, ein bisschen zusammenzuführen.“

Seine Arbeit beschrieb er als **sozialpsychiatrisch und sozialneurologisch** und bezog sich mit dem Zusatz „sozial“ vermutlich auf sein hohes Engagement zur Verbesserung der Lebenssituation der Patienten im Sinne eines vom Helfersystem möglichst unabhängigen Lebens (s.a. Behandlungsziele).

Interessant ist, dass er seinen Arbeitsansatz, seinen Weg in die Praxis als sehr **individuell** bezeichnete – wie auch Frau Luhna – und trotzdem deutliche Parallelen festzustellen waren: Das große Interesse am Gespräch mit dem einzelnen Menschen, das gesellschaftliche und politische Engagement zur Verbesserung der Lebenssituation der Patienten, sowie die psychoanalytische bzw. tiefenpsychologische Ausrichtung.

6.1.2.1.2 Behandlungsziele

Auf die Frage, was seine Ziele in der Behandlung seien, antwortete Herr Dr. Becker, er fände es toll, wenn die Patienten nach einer Phase der Hilfsbedürftigkeit **ein Leben ohne Arzt führen** könnten.

- I: Was ist eigentlich für Sie das Ziel von 'ner Behandlung? Also, gibt es Ziele?
A: Ich find schon toll, wenn Patienten gehen können. (...) also wenn sie weggehen können und sagen, ja, das war jetzt ein, zwei, drei Jahre und war schwierig, und vielen Dank und so, und äh ich bin ein Stückchen weiter, und ich krieg das jetzt hin.

Er relativierte jedoch dieses Ziel, indem er einschränkend bemerkte, dass bei schwer psychisch kranken Menschen die Wahrscheinlichkeit, dass sie keinen Arzt mehr bräuchten, eher gering sei.

„Aber dass Leute mit 'ner ganz schweren psychischen Erkrankung gar nicht mehr kommen brauchen, das ist ja genauso selten wie jemand mit (xxxx), der gar nicht mehr kommen braucht, ne. In der Regel bleiben sie irgendwie in Kontakt. Also wenn sie jetzt nicht wegziehen oder so.“

Bei einigen Patienten strebte er einen **weitmaschigen Kontakt** an, eine weitgehende Unabhängigkeit vom Arzt.

„Aber manche bleiben eben in einem sehr weitmaschigen Kontakt. Es gibt Patienten tatsächlich, die nach zwei Jahren wiederkommen und sagen, sie haben sich manchmal dann auch vom Hausarzt noch mal was verlängern lassen, verschreiben, oder sie haben nichts gebraucht, sie kommen vorbei und sagen, sie wollen wissen, ob alles noch so ist wie vorher, und sagen Bescheid, dass ihnen gut geht. Das find' ich schön. Ist auch nicht so häufig, aber kommt vor.“

Diese Unabhängigkeit sei nicht für viele chronisch psychisch kranke Patienten möglich. Und dennoch, auch für schwer Kranke strebte er an, dass sie „möglichst viel Selbstverantwortung (...) übernehmen“. Darunter verstand er zum Beispiel, dass die Patienten in der Lage sind, ihre Medikamente eigenständig so zu dosieren, dass die Nebenwirkungen nicht die positiven Wirkungen der Medikamente überwiegen.

Im weiteren Schritt erhoffte er sich in einer Behandlung die **Reifung der Patienten** (vergleichbar mit „psychischer Geburt“ bei Frau Luhna) sowie die Erweiterung sozialer Teilhabe in Bezug auf die familiären Verhältnisse oder auch in Form von Arbeit.

- I: Und für jemand, der sehr schwer krank ist, gibt's da so Zwischenziele?
A: Ja, klar, wenn (...) er der in der Lage ist, möglichst viel Selbstverantwortung zu übernehmen. Wenn der selber steuern kann, das Spiel der Medikamente beherrscht, also natürlich nicht relevante Nebenwirkungen hat, und nicht gehandicapt ist durch die Therapie, mehr gehandicapt ist als durch die Krankheit (...) aber das Hauptziel wäre schon, dass er erst mal die Verantwortung für sich übernimmt. Darum dreht sich schon viel. Und natürlich kann man das natürlich noch viel weiter spinnen und sagen, dass er gereift ist und dass er seine sozialen Kontakte, seine Berufstätigkeit, seine familiäre Bezüge (...)

Weiteres Ziel war es, eine **Chronifizierung der Krankheit** sowie die **soziale Ausgrenzung** der Betroffenen zu **verhindern** – Gefahren, die er auch im Zusammenhang mit Bestrebungen zur Enthospitalisierung sah.

Schließlich war es ihm wichtig, jedem Patienten eine **individuelle Behandlung** zukommen zu lassen und ihn je nach seinen Möglichkeiten zu fördern.

Auffällig war seine Haltung gegenüber dem möglichen Suizid von Patienten im Zusammenhang mit ihnen vom Arzt gewährter Freiheit. Wenn man die Sicherung eines Patienten damit erkaufen würde, dass man ihm dauerhaft jegliche Freiheit nehmen und ihn komplett überwachen würde, sei dies nicht der „Idealzustand“. Im folgenden Ausschnitt aus dem Postskript, das ich nach meiner Teilnahme an der psychoedukativen Gruppe, die Herr Becker angeleitet hat, verfasst habe, wird diese Haltung deutlich:

Dann geht er noch darauf ein, dass es ja in vielen Ländern zunehmend dazu komme, dass Kliniken geschlossen würden und damit könne ja andererseits auch weniger verhindert werden, dass Leute „selbstgefährdend“ handeln würden. Dabei müsse es nicht per se ein schlechtes Zeichen für eine Klinik sein, wenn dort ein Suizid statt finden würde. Er fragt dann noch mal nach, ob klar wäre, was er damit meint? Eine Frau sagt nein. Er sagt: „Na ja, wenn eine Klinik das absolut verhindern will, dann gibt es dort keine ‚Schere, Feuer, Messer, Licht‘ für die Patienten, auch Tabletten bekommen sie nicht in die Hand!“. Man würde sie total überwachen. Und das wäre ja auch nicht der Idealzustand. Außerdem verweist er auf den anders veränderten Umgang mit Selbstmord: Ein Autor (er nennt ihn hier nicht beim Namen, erst, als alle weg sind, sagt er, es war Améry) habe genau den Selbstmord beschrieben und sich dann umgebracht. Das Thema werde immer weniger tabuisiert. Das wären verschiedene Entwicklungen, die man in ihrer Wirkung nicht eindeutig bestimmen könnte. (Postskript nach der Teilnahme an der psychoedukativen Gruppe)

6.1.2.1.3 Gelungene Zusammenarbeit

Unter einer gelungenen Zusammenarbeit verstand Herr Dr. Becker eine Interaktion zwischen Arzt und Patient, in der eine **Begegnung** und eine **konkrete Auseinandersetzung** zwischen beiden möglich ist. Eine Behandlung, in der Medikamente die persönliche Beziehung zwischen Arzt und Patient ersetzen, die unter Zeitdruck geschehe und in der der Arzt das Gespräch über Probleme an Sozialarbeiter oder Psychologen delegiere, hielt Herr Dr. Becker nicht für gelungen.

„(...) die haben auch 'n ganz anderes Konzept, auch 'n anderes Menschenbild und 'ne andere Schnelligkeit vorgeben wollen, (...) Die sagen, wenn der sein Haldol nimmt (...), ist das Problem gelöst. (...) viel mehr gibt's nicht da. Wenn er mehr Probleme hat, soll er zum Sozialarbeiter gehen, ja. Oder wenn er sich mal ausreden will und über seine Kindheit reden will, muss er zum Psychologen oder Psychoanalytiker gehen.“

So sei eine ambulante Behandlung bei einem niedergelassenen Psychiater, die geprägt sei von einer **langfristigen persönlichen Beziehung** zwischen Arzt und Patient, auch einer Behandlung in Institutsambulanzen vorzuziehen.

Die Behandlung bei einem niedergelassenen Psychiater eröffne dem Patienten Wahlmöglichkeiten und Entscheidungsfreiräume, die er innerhalb eines sozialpsychiatrischen Hilfesystems teilweise nicht mehr habe.

A: (...) das sozialpsychiatrische Netz ist wunderbar und jedes Netz hält einen auch, aber man kann sich auch in JEDEM Netz verfangen. Das trifft einfach absolut zu. Und die persönliche Beziehung ist eben noch mal ein anderer Akzent. Der Patient kann hier entscheiden, wie lange er kommen will. Das kann er in bestimmten sozialpsychiatrischen Versorgungsnetzen nicht mehr.

I: Also es ist fast freier, hierher zu kommen, als wenn man in so einem sozialpsychiatrischen Netz drin ist?

A: Glaube schon. (...) Gut, sie haben auch anderes Klientel, schwerer erkrankt, das Klientel, aber diesen unterschiedlichen Akzent gibt es. Und der wäre mir was wert. Dass der Patient von sich aus entscheidet, er kommt hierher und er entscheidet sich für den Doktor, den er am verlässlichsten findet oder dessen Humor ihm am angenehmsten erscheint. Oder wie der halt so ist, und das liegt ihm. Und das kann er in der Ambulanz nicht. Da kriegt er jedes zweite Jahr einen neuen Doktor, spätestens. Gut, die haben da Krankenschwestern und so, die haben auch eine andere Bedeutung, die machen ja auch dann den emotionalen Halt.

An diesem Zitat und an dem oben beschriebenen Wunsch nach einer Begegnung zwischen Arzt und Patient wird deutlich, dass für Herrn Dr. Becker die **Authentizität** des Arztes eine wichtige Komponente der Zusammenarbeit ist. Der Arzt wird im Kontakt als Mensch sichtbar und bringt sich z.B. auch mit seinem ganz persönlichen Humor in die Behandlung ein. Der Patient kann darauf aufbauend entscheiden, ob ihm der Arzt als Mensch liegt oder nicht.

Die Art der Zusammenarbeit, die Herr Dr. Becker als gelungen bewertete, zeichnete sich ferner durch die **Abwesenheit von Distanzierungsinstrumenten** aus (vgl. hierzu Herr Dr. Fried: Diagnose als Distanzierungsinstrument!). Möglichkeiten zur Distanzierung seien einerseits der ungerechtfertigte und zu expansive Einsatz von Apparaten, und andererseits feste Konzepte im Kopf des Arztes. Es sei in vielen Situationen schädlich, wenn der Arzt als Experte auftrete, der immer mehr wisse als der Patient und das Gespräch mit diesem vor dem Hintergrund eines starren Krankheitsmodells führe.

„Extremes Beispiel, der Kollege, der seine ganze Praxis mit Apparaten voll stehen hat, der sagte mal irgendwann in einer gemeinsamen Stammtischbesprechung, er wundert sich, dass kein Psychosepatient bei ihm ankommt. Da kann man sich natürlich an Kopf [fassen]. Da kommt jemand in die Praxis und wird erst mal zu drei, vier apparativen Diag// Untersuchungen geführt. Und natürlich, in so'ner Atmosphäre ist keine Begegnungsgeschichte möglich. Also die Begegnung, äh, das// die konkrete Auseinandersetzung mit dem andern Menschen ist mir eben schon wichtig. Das ist völlig klar. Und das mir dann auch nicht so entscheidend anders, wenn der 'ne Epilepsie hat oder 'n Parkinson hat oder äh wenn er 'ne Psychose hat.“

Im Gegensatz dazu sei es förderlich für die Begegnung, wenn der **Patient als Haupttherapeut** gesehen werde und der Arzt versuche, aus dessen Blickwinkel dessen Lebenssituation zu betrachten (**Patientenperspektive einnehmen**). Es sei entscheidend für die Zusammenarbeit, dass der Arzt begreife, dass der Fokus eines Patienten auf seine Lebenssituation gar nicht unbedingt die Psychose in den Mittelpunkt stelle, wie es ein starres Krankheitsmodell tue.

Und dennoch hatte auch seine ärztliche Sicht Platz in der Behandlung, indem er dem Patienten seine Einschätzung mitteilte. Und wie auch Herr Dr. Fried und Frau Luhna ging Herr Dr. Becker davon aus, dass „schizophrene Psychosen“ eine Krankheit sind, nahm seine Einschätzung also vor dem Hintergrund eines **medizinischen Krankheitsmodells** vor.

„Ich denke, dass man möglichst wenig feste Konzepte im Kopf haben sollte. Also diese festen Konzepte, wie sie auch von der Analyse angeboten werden, sind eher schädlich. Und so ist es gut, wenn man sozusagen das nicht Gesagte, das Unbewusste mithören kann (...) und (...) im Gespräch sich darauf beziehen kann. Aber ich glaube, dass die festen Konzepte nach dem Motto ‚Der Doktor weiß immer schon mehr als der Patient‘ und das dann auch kommunikativ-interaktionell so zu konstellieren, dass das eher ungünstig ist und viele Patienten sich in dem Kontext auch nicht verstanden fühlen. Zu Recht, finde ich. Der Patient ist der Haupttherapeut in gewisser Weise, der muss halt sagen, wie er die Dinge sieht und natürlich kann ich korrigieren und natürlich gibt's 'ne klare Einschätzung, 'ne professionelle Einschätzung, aber das ist was anderes, als wenn man mit einem (...) festen Krankheitsmodell arbeitet.“

„Es gibt ja Patienten, die haben auch 'ne Psychose, und das ist eigentlich für deren Leben gar nicht so entscheidend, dass sie 'ne Psychose haben. (...) es sind andere Dinge entscheidend. Und das muss man eben auch begreifen. Wenn ich immer (...) nur verstehe, das ist ein Psychosepatient, da werd' ich ihm nicht gerecht. Obwohl ne schizophrene Psychose oder 'ne schwere depressive Psychose, 'ne sehr einschneidende Krankheit ist, das ist keine Frage.“

6.1.2.1.4 Umgang mit Krisen und Konflikten

Es gab bei Herrn Dr. Becker Situationen, in denen er seine Fürsorge vor die Entscheidungsfreiheit des Patienten stellte. Wenn er bemerkte, dass eine Patientin, die sonst zuverlässig die Termine einhalte, ohne abzusagen nicht komme, und er gleichzeitig aus der gemeinsamen Behandlungsgeschichte wisse, dass sie immer wieder psychotisch wird, würde er von sich aus aktiv. Doch bevor er den sozialpsychiatrischen Dienst einschalte, würde er Kontakt zu der Klinik aufnehmen, in der sie des öfteren gewesen sei, um in Erfahrung zu bringen, ob sie da sei. Offenbar gab es für Herrn Dr. Becker eine **Hierarchie der Interventionen**: Zuerst recherchierte er selbst und schaltete erst an zweiter Stelle den sozialpsychiatrischen Dienst ein. Die Polizei habe er bisher noch nie informiert.

- A: Ja, es ist ja 'ne niedergelassene Situation, freie Praxis, und ich hab' ja überhaupt keine Zwangsmaßnahmen, und dass ich Zwangsmaßnahmen veranlasse, ist 'ne Rarität. Das ist wirklich 'ne Rarität, dass ich ze// Polizei hab' ich noch nie gerufen, nicht, weil ich's versäumt hab', sondern das ergab sich hier nicht. Und ich hab' aber schon mal dem sozialpsychiatrischen Dienst Nachricht gegeben und gesagt: ‚Bitte, müsst euch kümmern‘. Das gab's schon. So was kommt vor.
- I: Was muss'n ein Patient dafür tun, damit das vorkommt?
- A: Na, da gibt's eine Patientin, nee, die haben Sie jetzt nicht gesprochen, die ich lange Jahre kenne, die 'ne schizoaffektive Psychose hat, die dann immer wieder auch mal dekompenziert, die wollte kommen vor zehn Tagen und hatte noch mal angerufen, sie war// Termin zuvor war sie eigentlich stabil, dann hatte se aber angerufen, ging's ihr nicht so gut, dann ist sie nicht gekommen vor zehn Tagen, und haben versucht, sie zu erreichen, als sie an dem Tag nicht kam, und dann hab' ich mir heute endgültig Gedanken gemacht, also entweder jetzt so oder so. Die ist eigentlich verlässlich, und ich weiß, es kann sein, dass es ihr schlecht geht, ich weiß auch, dass sie sich durchaus, das ist eingespielt und schon mehrfach so gewesen, dass sie sich dann alleine an die Klinik wenden kann. Deswegen hab' ich dann von mir aus in der Klinik angerufen, beziehungsweise in der Tagesklinik, mit der ich dann sehr gut zusammenarbeite an der Stelle, und gesagt: „Und was macht'n eigentlich Frau M.“ „Ja, Frau M. ist hier.“ Also wenn sie da nicht gewesen wäre, dann hätt' ich jetzt den sozialpsychiatrischen Dienst verständigt. „Da müsst ihr mal hingehen und gucken, was mit ihr ist.“

Wenn ein Patient vor ihm sitze und offensichtlich psychotisch und aus seiner Sicht hilfsbedürftig sei, setze er seine **Autorität als Arzt** ein. Er benenne seine Sicht der Lage (Expertensicht), teile dem Patienten seine Besorgtheit mit (**Handeln transparent machen**) und **schränke die Wahlmöglichkeiten des Patienten ein**. Er lasse ihm die Optionen, in die Klinik zu gehen oder sich von einem Angehörigen abholen zu lassen bzw. – und das war bemerkenswert - zuzusagen, am nächsten Morgen wieder zu kommen. Ein wichtiger Faktor bei diesem Vorgehen sei Zeit. Nur bei **potentiell unbegrenzter Zeit** des Arztes könne es in solchen Situationen gelingen, eine Lösung zu finden, die dem Problem des Patienten angemessen sei.

- I: Und was ist, wenn jemand hier sitzt und Sie haben das Gefühl, das sieht irgendwie nicht mehr besonders stabil aus und Sie würden vielleicht es für angemessen halten, dass derjenige in die Klinik geht, und derjenige möchte das aber nicht. Kennen Sie solche Fälle?
- A: Ja, das gibt's da.
- I: Und dann?
- A: Also, was ich auf jeden Fall mache, ist, dass ich sage, wie ich das einschätze. (...) dass ich klar sage: ‚Wissen Sie, Sie machen mir große Sorgen. Ich weiß nicht, was Sie machen, wenn Sie jetzt nach Hause gehen. Und ich möchte Sie eigentlich nicht gehen lassen, bevor das nicht organisiert und geklärt ist. Entweder gehen Sie in die Klinik, oder wir rufen 'n Freund an oder Ihre Mutter oder wer auch immer(...), oder Sie kommen morgen früh wieder her und wir sprechen‘, irgendwie so, ja. Und das klingt vielleicht paradox, also man arbeitet ja in der Praxis durchaus unter Zeitdruck und Praxis muss auch wirtschaftlich geführt sein und so, aber ich finde, (...) für die Lösung des Problems, weswegen der Patient gekommen ist, darf's keine Zeitbegrenzung geben, ja. Auch, wenn der Laden voll ist, ich MUSS 'ne Lösung finden, ja. Und die sieht manchmal sehr bescheiden aus.

Offenbar gibt es auch hier Abstufungen in dem Ausmaß, in dem Herr Dr. Becker seine Autorität als Arzt nutzt und die Wahlfreiheiten des Patienten beschränkt. Während er im vorangegangenen Zitat immerhin dem Patienten noch die Möglichkeit ließ die Praxis zu verlassen, bestand die Option nicht mehr für einen Patienten, der „sich nicht mehr entscheiden kann“ oder „sich nicht mehr äußert“. Hier verabreichte er dem Patienten eine Spritze. Dies umso mehr, wenn er aufgrund einer langen Behandlungsbeziehung schon mehrfach die Erfahrung gemacht habe, dass in ähnlichen Situationen der Patient in die Klinik hätte gehen müssen. Außerdem wisse er aufgrund seiner Erfahrungen mit Patienten, dass einige Patienten diese Art der Intervention rückwirkend gutheißen und als Hilfe werten, auch dann, wenn sie die Einwilligung dazu im Moment der Entscheidung nicht hatten geben können. (vgl. Kapitel 6.2.3). Gleichzeitig war Herr Dr. Becker bewusst, dass diese **stellvertretenden Entscheidungen** durch ihn eine **Gratwanderung** darstellten. Vermutlich spielte er hier auf den schmalen Pfad zwischen einer vom Patienten wenigstens im Nachhinein befürworteten Entscheidung und dem Übergehen der Patienteninteressen im reinen Arztsinne an.

„Natürlich gibt es Situationen, wo ich sage: ‚Wissen Sie, ich kenn' Sie jetzt zehn Jahre lang und wir haben fünfmal diese Situation durchgespielt, und wenn Sie jetzt wieder das ablehnen, es so zu machen, wie ich's Ihnen vorschlage, sind Sie in drei Tagen in der Klinik.‘ Dann bin ich sehr direktiv und setze ALLES ein, was ich in persona auch bieten kann, um dann jemand auch 'ne Injektion zu geben. Mit aller Überzeugungskraft, insbesondere, wenn der dann konfus wird und gar nicht mehr entscheiden kann, dann sowieso. Oder sich nicht mehr äußert und hier nur kataton in der Tür steht. Dann kriegt er die Spritze. Und das ist völlig klar. Anschließend ist er aber dankbar, dass er hier so behandelt wurde. Patienten, das weiß ich auch aus den ganzen Jahren, erwarten das auch. Sehr differenzierte, sehr kranke Patienten, zum Teil Kollegen, haben mir gesagt: ‚Mensch, also ich bin manchmal in schweren Situationen allein gelassen worden, ich konnte es nicht entscheiden. Ja. Ich konnte es nicht entscheiden.‘ (...) Aber das ist eben natürlich 'ne Gratwanderung.“

6.1.2.1.5 Die Zusammenarbeit begünstigende bzw. behindernde

Patienteneigenschaften

Herr Dr. Becker machte im Interview kaum Aussagen über bestimmte Eigenschaften und Verhaltensweisen von Patienten, die aus seiner Sicht die Zusammenarbeit fördern oder behindern. Im Kontext seines Interviews und der Beobachtung seiner Zusammenarbeit mit Patienten entstand der Eindruck, dass er es als eine Qualität seiner Arbeit sah, **geringe Voraussetzungen auf Patientenseite** zu erwarten.

Selbst die Anerkennung der Diagnose durch die Patienten war keine Voraussetzung für eine gute Zusammenarbeit. Zwar würde die Ablehnung der Diagnose oft auch die Ablehnung der Einnahme der Medikamente bedeuten, aber die gemeinsamen Gespräche könnten dennoch wirkungsvoll sein.

„Es kommen ja Patienten, (...) die auch nach drei Jahren Behandlung sagen: ‚Wissen Sie, ich habe keine Psychose.‘ Sie werden aber drei Jahre lang von mir mit 'ner Psychose auch behandelt. Wobei ich vielleicht sagen sollte, bei einigen Patienten an erster Stelle mit ihnen spreche. Und ich dann oft auch sage: ‚So, jetzt lassen wir das mit der Diagnose doch mal raus.‘ (...) Und wenn es dann gelingt, die anderen Themen auch unabhängig von dieser Diagnosefixierung zu erörtern, dann kommt man zwar nicht unbedingt bei Medikamenten raus, manchmal auch, ja. Gott sei Dank. Aber nicht unbedingt. Und trotzdem gibt das was.“

An einer Stelle räumte er ein, dass es sehr „anspruchliche“ Patienten gebe, allerdings sei das eher selten und gerade bei psychisch kranken Patienten nicht die Regel. An seiner Formulierung „wenn man's richtig sieht und angeht, sind sie ja froh, wenn sie's alleine hinkriegen“, wird deutlich, dass er es als Zeichen einer gelungenen Behandlung ansieht, wenn die Patienten den Arzt wenig fordern, wenig „anspruchlich“ sind, weil es dann gelungen ist, ihrem Streben nach Autonomie nachzukommen.

„(...) es gibt natürlich anspruchliche Patienten, die einen aussaugen wollen und so was. (...) aber gerade psychisch Kranke, wenn man's richtig sieht und angeht, sie sind ja froh, wenn sie's allein hinkriegen. Und wenn sie sich nicht immer kleinkindmäßig irgendwo festhalten müssen, sondern wenn sie auch dem Doc sagen können: ‚Hey, mir geht's gut. Ich komm' in einem Vierteljahr wieder oder sagen wir mal in sechs Wochen wieder?‘“

Als anspruchsvoll erlebe er eher eine andere Patientengruppe als die chronisch psychisch kranken Patienten, nämlich Menschen in sozial verantwortungsvollen Positionen, die zu ihm kämen, um eine Expertenmeinung darüber einzuholen, ob sie Antidepressiva nehmen müssten oder nicht. Aber auch für diese Anliegen hatte er Verständnis und fand es nachvollziehbar, die Einnahme der Medikamente vermeiden zu wollen.

Auch wenn er wenig darüber ausgesagt hat, welche Eigenschaften die Patienten haben sollten, um mit ihm zusammenzuarbeiten, hat er umgekehrt darauf

hingewiesen, dass die Patienten *ihn* als Gegenüber dahingehend beurteilten und bewerten würden, ob sie einen guten Kontakt mit ihm etablieren könnten. Wenn sie entscheiden würden, dass er ihnen „menschlich“ nicht zusage und sie nicht wiederkämen, fände er das „völlig in Ordnung“. Diese Wahlfreiheit für den Patienten bewusst zu akzeptieren und als Teil der Begegnung zu verstehen, war sein Beitrag, um die Asymmetrie zwischen Arzt und Patient zu verringern. Gleichzeitig thematisierte Herr Dr. Becker hier die **Passung** zwischen Arzt und Patient, die Grundlage für eine gelingende Behandlung sei und über die vor allem der Patient entscheide.

„(...) es ist 'ne asymmetrische Situation, völlig klar, aber sich doch zu begegnen // dass der mich spürt, auch 'n bisschen als Mensch, das ist mir schon wichtig. Und es ist ja auch sein gutes Recht zu gehen und zu sagen: ‚Mit dem kann ich nicht.‘ Das ist ja völlig in Ordnung.“

6.1.2.1.6 Wahrnehmung der eigenen Rolle im Patientenkontakt

Herr Dr. Becker nahm nach seiner Beschreibung im Patientenkontakt sowohl aktive als auch passive Rollen ein. So habe er die Aufgabe, „’rauszukriegen, was [die Patienten] nun haben“ und ihnen das „adäquat zu vermitteln“ (**Diagnose stellen, Diagnose adäquat vermitteln**). Die Art seines Vorgehens variiere individuell, in Abhängigkeit vom Patienten. Dabei war es aus seiner Sicht wichtig, nicht nur den Blick auf die kranken Anteile des Verhaltens der Patienten zu richten, sondern „den **Blick für das Normale zu behalten**“. Die Rückmeldung an die Patienten, dass ihre Verhaltensweisen und Reaktionen keineswegs krankhaft seien, sondern Ausdruck gesunder Bewältigungsmechanismen für schwierige Bedingungen, wirke häufig entlastend für diese. Damit verkehrte Herr Dr. Becker das Vorgehen vieler seiner Kollegen ins Gegenteil: Während die Patienten bei anderen Ärzten kritisierten, dass diese ihr Verhalten als krank einstufen, während sie selbst sich als gesund erlebten, nannte Herr Dr. Becker Verhaltensweisen normal, von denen die Patienten befürchteten, sie seien krank. Er übernahm damit die Rolle eines **Experten, der Mut macht und normalisiert** und leistete so einen Beitrag dazu, dass die Patienten innerhalb normaler Bezüge verbleiben konnten.

A: (...) Ich hab' den Job, rauszukriegen, was sie denn nun haben (...) und ihnen das adäquat zu vermitteln, zu spiegeln. Das fällt natürlich sehr unterschiedlich aus. Also, je nachdem, was man denn nun auch findet, ja. (...) Erster Spruch der Buddhisten ist: Leben ist Leiden. Also ein Stückchen gehört das Leiden auch dazu. (...) Auch natürlich in der Behandlung von Kranken und Krankheitszuständen, dann immer auch den Blick für das Normale zu behalten. Also für das normale Leiden des Lebens. Und dazu auch zu stehen. Finde ich sehr wichtig. Weil, nicht jedes Leiden ist dann auch bei dem, der psychisch krank ist, automatisch schon ein krankhaftes

Leiden. Im Gegenteil, das ist ja manchmal ein sehr gesundes Leiden, (...) zum Glück, könnte man sagen, kann der das erleben.

I: Und dann ist es Ihre Rolle, darauf hinzuweisen, also zu normalisieren oder//

A: Ja, das herauszuarbeiten.

Diese Funktion wird auch im folgenden Zitat deutlich. Gleichzeitig spiegelt sich darin seine Rolle als **Absicherungsinstanz** wider – Patienten wiesen ihm die Rolle zu, zu bestätigen, dass sie den richtigen Weg gewählt hätten.

„Gibt ja Patienten, die kommen im ganz großen Abstand und die sind stolz eigentlich, herzukommen und zu sagen, dass es ihnen gut geht. Sie nehmen brav die Medikamente, oder auch nicht, und wollen eigentlich nur 'ne Bestätigung haben, dass ihr Weg, den sie eingeschlagen haben, gut ist.“

Als **vertrauenswürdiger Experte** trat er auch in Erscheinung, wenn er Patienten beriet, die von ihm wissen wollten, ob sie Medikamente einnehmen sollten, die ihnen ein anderer Arzt verordnet hatte (Berater). Er interpretierte das so, dass er als Psychotherapeut und kritischer Arzt in Anspruch genommen werde, wenn die Patienten ihm unterstellten, dass er kein „Pillenpsychiater“ sei, der unkritisch Medikamente verordne. Sie würden seinem Urteil trauen, weil sie wüssten, dass er im Zweifel auch lieber auf die Verordnung von Medikamenten verzichtet.

A. Und die kommen wegen der Medikation. Sie kommen nicht wegen der Psychotherapie. (...) Aber ich denke, das liegt daran, dass sie die Pillen vom Psychoanalytiker kriegen. (...) Verstehen Sie das Verdrehte dabei? (...) Sie wollen nicht von irgendeinem Pillenpsychiater einfach jetzt die antidepressive Medikation kriegen, (...) die wollen sich darüber mal vernünftig, ausführlich unterhalten, und sie wollen sozusagen von einem Psychoanalytiker gesagt bekommen: ‚Ja, man kann das so machen, und man kann das so machen, aber es ist berechtigt, (...) Antidepressiva einzusetzen.‘ Ist gar nicht unlogisch, so ein Verhalten (...) wenn jemand - ganz anderes Gebiet - einen Bandscheibenvorfall hat, und der ist skeptisch bezüglich einer Operation (...) . Und wenn der zu einem Operateur geht, von dem bekannt ist, dass er nicht automatisch das Messer wetzt, wenn er den Patienten sieht, sondern dass der den Patienten auch nach Hause schickt: ‚Nein, Sie brauchen nicht operiert werden.‘, und wenn der defensiv ist, von seiner Grundhaltung her, dann lässt man sich von dem eigentlich ganz gerne beraten. (...) lassen sich offenkundig aufgeklärte Patienten gerne von einem Psychoanalytiker beraten, der ihnen dann anschließend sagt

I: (LACHEND) Wir müssen doch operieren.

A: Ja.

Herr Dr. Becker machte deutlich, dass er sich zwar in der Expertenrolle sieht, aber dies nicht bedeutet, dass er dem Patienten Verhaltensanweisungen gebe. Er stelle dem Patienten sein Wissen zur Verfügung, damit dieser es nutze, um eigenständige Entscheidungen zu treffen. Diese **Beraterrolle** verknüpfte er mit **Empathie**.

„(...) ich finde auch, dass der Patient im Prinzip sagt, wo's lang geht, und ich stelle ihm Knowhow zur Verfügung, ja. Und auch 'ne gewisse Empathie und was da zusammenhängt. Aber ich sage ihm nicht einfach, wie er's machen muss. Das tue ich nicht.“

Herr Dr. Becker nahm sich außerdem als **Vertrauensperson** seiner Patienten wahr. Er berichte von einer Patientin, die ihm als einziger Person nach zwei Wochen erzählt hat, dass ihr Partner gestorben sei, weil es niemanden gegeben habe, dem sie es sonst hätte erzählen können.

Schließlich sah er seine Rolle sehr passiv in der eines **nicht manipulativen Zuhörers**. Hier sei es wichtig, nicht selbst zu sehr in den Vordergrund zu treten und zu sehr „Macher“ zu sein, denn dies würde das wirkliche Zuhören behindern. Allerdings sei es auch möglich, als Zuhörer zu manipulieren, indem man wenig sage und diesem Wenigen eine besondere Bedeutung beimesse, wie es viele seiner psychoanalytischen Kollegen täten.

„Und es hat, es hat natürlich was damit zu tun, dass man sich selber nicht zu sehr in Vordergrund spielen will in der Behandlung. Jemand, der ein Macher ist, der eigentlich permanent – also, ich mache auch ganz gerne was, bewege auch ganz gerne was - aber jemand, der SEHR gerne lenkt und leitet, der hat's natürlich schwer mit dem Zuhören. Ja, und kann natürlich schwer sich zurücknehmen, sondern der muss sich immer sehr schnell einbringen. Ich finde, das gilt sogar auch für Analytiker. Möglicherweise, obwohl sie wenig sagen, ja. Dass sie sehr dominant sich einbringen und die die 50 Minuten der Analysestunde hoch wichtig nehmen und hochstilisieren und jedes kleine Detail hochstilisieren zu einem wichtigen Moment der Beziehungsgestaltung. Und man kann (...) damit manipulieren. Kann auch mit wenig sagen manipulieren.“

6.1.2.2 Frau Luhna

6.1.2.2.1 Hintergrund des Handelns („Motor“)

Auch Frau Luhna bezeichnete Ihren Arbeitsansatz als sehr **individuell** und geprägt durch **persönliche Erfahrungen**. Als zentrales Ereignis im Zusammenhang mit ihrer beruflichen Biografie beschrieb sie die Erfahrung von **Ohnmacht** und **Hilflosigkeit im Kontakt mit der stationären Psychiatrie**. Während ihres Studiums, als sie noch nicht beabsichtigte Psychiaterin zu werden, sei eine Schulfreundin von ihr psychotisch geworden. Frau Luhna beschrieb drastisch ihre eigene Hilflosigkeit sowohl im Umgang mit der psychotischen Freundin, die sie im Krankenhaus besuchte, als auch mit dem Setting des Krankenhauses selbst. Sie kritisierte die **mangelnde Individualität und Spezialisierung der Behandlung**, das **Fehlen einer Intimsphäre** sowie die **mangelhafte Abstimmung der Medikation** auf die Patientin (**Kritik an der Klinikpsychiatrie**). Auch die Erfahrung, nichts tun zu können, um zu einer Verbesserung der Lage der Freundin beizutragen, habe sie als belastend erlebt.

„ (...) aus meiner ehemals recht grazilen Freundin war ein tapsiger Bär geworden Dank Taxilan. Ich kam in einen Riesensaal, also es gab da auch keine Jugendlichenstation, wo 20 Betten nebeneinander standen, so richtig finstere psychiatrische Verhältnisse. Ich war zutiefst geschockt, und hab dann mit einer superdepressiven Freundin und einer superhilflosen Mutter einen so'n hilflosen Spaziergang gemacht in den Wald, und das Ganze war irgendwie einigermaßen unerfreulich. Wir hatten hinterher nicht mehr viel Kontakt (...) Ich denke aber, dass das mich schon ziemlich nachhaltig geprägt hat, also vor allen Dingen diese Ohnmacht und diese scheußlichen Verhältnisse.“

Weitere, ihren Arbeitsansatz bis heute prägende Erfahrungen habe sie während ihres Aufenthaltes in Italien gemacht, wo sie im Sozialpsychiatrischen Dienst mitgearbeitet habe. Hier habe sie zum ersten Mal erlebt, wie mit psychisch kranken Menschen verhandelt wurde, und zwar außerhalb der Klinik in einem offenen Setting, in der Lebenswelt der Betroffenen, was zu diesem Zeitpunkt in deutschen Psychiatrien noch unüblich gewesen sei (**Verhandlungen im offenen Setting**).

Dort habe sie auch gesehen, dass psychisch kranke Menschen Projekte erfolgreich selbst verwalten und abgestimmt auf ihre Möglichkeiten und Grenzen **arbeiten gehen** könnten. Außerdem sei sie hier zu der Ansicht gekommen, dass die Therapie und Unterstützung von psychisch Kranken vor allem **Hilfe zur Selbsthilfe** sein müsse, sie also dazu langfristig befähigen sollte, **unabhängig vom Helfersystem** zu leben.

Gleichzeitig hätten die dortigen Erfahrungen ihre Überzeugung geprägt, dass reiner „Aktionismus“ keine langfristigen Veränderungen hervorrufen könne. Aktionismus bedeutete für sie die Arbeit „an der Oberfläche, an den Phänomenen“, das schnelle Verändern der Umgebung, ohne nachhaltige Prozesse zu initiieren.

„(...) das war dann so feuerwehrmäßig ausrücken, Leute irgendwo in die psychiatrische Abteilung unterbringen, aber mit sehr viel Ideologie, auch erst mal, wenn's geht, nicht länger als für 'ne Woche, nicht länger als für vierzehn Tage, und dann passierte da mit denen nichts in diesem Krankenhaus, die Krankenhausabteilung war der schiere Horror. Da war sogar die Bethelpsychiatrie noch 'n angenehmer Ort gewesen, ja? So Eisenbetten, nackte, kahle Wände, damit es ja nicht so gemütlich ist, damit den Leuten ja nicht ausreichend Regressionspotential geboten wird, das fand ich ja den völligen Flop. Und dann auch so Tagesklinik oder irgendwelche komplementären Einrichtungen, das fand ich irgendwie nicht besonders überzeugend.“

Frau Luhna stellte dar, wie vehement sie zunächst die Arbeit in einer „normalen“ psychiatrischen Klinik abgelehnt und gleichzeitig die Absicht gehabt habe, die Verhältnisse dort zu verbessern (**Kritik an Klinikpsychiatrie; Verhältnisse verbessern**). In einem anthroposophischen Krankenhaus sei sie aufgrund mangelnder Identifizierung mit den dort vorherrschenden Konzepten nicht eingestellt worden (**Erfahrung, nicht zu passen**). Nach einer Famulatur in Italien, wo sie im

Sozialpsychiatrischen Dienst mitgearbeitet habe, sei sie nach Deutschland zurückgekehrt und stark „ideologisiert“ gewesen. Eine Mitarbeit in einer normalen psychiatrischen Klinik sei ihr ausgeschlossen erschienen, weil sie sich die Hände nicht habe schmutzig machen wollen. Mit ihrem Ansatz, präventiv zu handeln und durch Gespräche mit Patienten Krankheiten zu verhindern und ihrem Ziel, die medizinischen Verhältnisse zu verbessern, sei sie auch in einer weiteren Klinik gescheitert. So habe sie sich schließlich in einer Klinik beworben, in der sie nie habe arbeiten wollen, weil ihr der Zugang zu traditionell erschienen sein. In dieser Klinik hat Frau Luhna schließlich mehrere Jahre ihrer Ausbildung verbracht und bewertete sie im Rückblick eher positiv.

„(...) und dann bin ich hierher gekommen und bin dann erst mal sehr in crisi gegangen, weil ich irgendwie so das Gefühl hatte, ich will mir hier die Hände nicht schmutzig machen (...)// also ich war da schon auch sehr ideologisiert, ja? Muss ich jetzt hier wirklich in nem echten manicomio, in so'm Irrenhaus alten Zuschnitts arbeiten? Und hab dann erst mal beschlossen, dass ich mein praktisches Jahr nicht inner Psychiatrie mache, sondern in der Neurologie, also weil ich das Gefühl hatte, da hätt ich// da war ich sehr skrupulös, ja? Also da hab ich keinen Einfluss und muss am Ende irgendwas mitmachen, was ich nicht will, und Neuro hatte ich keine Ahnung, und das war mir wichtig, dass ich sozusagen erst noch mal organische Grundlagen kennen lerne. (...) als ich da meine Bewerbung abgegeben hab (...) da dacht ich nur, als ich mir das Gelände angekuckt hab: ‚Hier wirst du NIE arbeiten, das iss ja hier wohl das echte eben Irrenhaus, und das Pflegepersonal läuft noch mit Kitteln rum, also das hast du gar nicht nötig!‘“

Im Rahmen ihrer weiteren Ausbildung sei sie in Kontakt mit der psychodynamischen Theorie gekommen und hätte den Eindruck gewonnen, dass dieser Ansatz dem behandelnden Therapeuten helfe, ein tiefer gehendes Verständnis von den Verhaltensweisen und Problemen der Patienten zu erlangen. Einerseits erleichtere dies ihr selbst die Arbeit, andererseits habe sie dadurch das Gefühl, **langfristige Veränderungen anstoßen** zu können, weil sie mit dem Patienten Zugang zu den Ursachen des Problems erhalte. Ihren Arbeitsansatz bezeichnet sie daher als **„Sozialpsychiatrisches Arbeiten mit psychodynamischem Hintergrund“**, wobei das Sozialpsychiatrische ihr Versuch ist, die Integration der Patienten in die Gesellschaft zu erhalten oder zu fördern, und der psychodynamische Aspekt vor allem die Suche nach den Ursachen und Auslösern der Psychosen betrifft.

Schließlich habe sie der Suizid einer Patientin, die viele Jahre in einer psychiatrischen Klinik gelebt hatte und an deren Entlassung sie im Rahmen einer Enthospitalisierungswelle als Assistentin beteiligt war, „tierisch beeinflusst“. Ihr sei bewusst geworden, wie **stützend soziale Kontakte** auf einer Klinikstation sein können und welche **Verantwortung sie als Ärztin** zu tragen habe. Sie selbst habe den Anspruch gehabt, die alte Frau von den aus ihrer Sicht ungünstigen

„chronifizierten Bedingungen“ der Klinikstation zu befreien und daher einen Platz in einem Seniorenwohnheim für sie besorgt. Dort habe sich die Patientin nach kurzer Zeit suizidiert - wie Frau Luhna vermutet aus Trauer darüber, den eigenen Status als „Queen“ auf der psychiatrischen Station eingebüßt zu haben. Sie habe dadurch auch erfahren, wie schwierig es in der Konsequenz sein könne, wenn Professionelle in dem Bestreben, eine verbesserte Situation für den Patienten zu schaffen, die **subjektiven Bedeutungsstrukturen der Patienten** übersähen.

„(...) auf der [Station] war eine die Queen, die war 80 Jahre und depressiv und war zu Anfang der 80er da irgendwie hingekommen nach'm Suizidversuch. Drei Verlegungsversuche hatten nicht geklappt, und dann war sie da eben zehn Jahre lang aufbewahrt worden, und ich mit meinem Eifer, hab mich dann dran gemacht, zusammen mit der Sozialarbeiterin und der Beschäftigungstherapeutin, doch für die dann im Rahmen dieser Enthospitalisierungsmaßnahmen was Besseres zu suchen (...). Und die war also eine der ersten, die wir (...) enthospitalisierten, in ein phantastisches Altersheim (...), und nach sechs Wochen ereilte uns dann (...) ein Anruf, leider hat sich die Patientin am Karfreitagmorgen um sechs Uhr vom vierten Stock gestürzt. Und das hat mich ehrlich gesagt tierisch beeinflusst. Also das war der echte Schocker, (...) das war total schrecklich, also dass du nicht unge- *, wie soll ich sagen, unreflektiert solche Bemühungen machen kannst, sie war einfach die Queen auf der Station, und in dem Altenheim war sie eine von hundert, ja? Und das hab ich einfach nicht bedacht, und das hab ich nicht vorhersehen können, und wir haben das so behutsam alles angegangen, (...)//das war wirklich eine meiner schlimmsten Stunden da in der Klinik“

Schließlich beschrieb sich Frau Luhna als **Behandlerin mit Leib und Seele** und grenzte dies ab zum wissenschaftlichen Arbeiten an der Universität bzw. an ihrer Doktorarbeit, die sie bisher nicht fertig gestellt habe, auch, weil sie sich zu sehr im Praxisbetrieb engagiere.

6.1.2.2.2 Behandlungsziele

Frau Luhna leitete im Interview die Antwort auf die Frage nach ihren Behandlungszielen mit dem Verweis auf den generellen ärztlichen Behandlungsauftrag ein:

„Also wir haben ja drei Aufträge: Heilung, Linderung der Beschwerden oder Verhütung einer Verschlimmerung“

In ihren dann folgenden Ausführungen wurde deutlich, dass sie diesen Auftrag sehr umfassend interpretierte und neben ihren medizinischen Möglichkeiten vor allem den Schwerpunkt auf psychotherapeutische Interventionen legte.

Ein übergeordnetes Ziel von Frau Luhna war die **Förderung der Weiterentwicklung** der Patienten sowohl auf der „innerpsychischen“ Ebene als auch auf der Ebene konkreter Handlungen und allgemein umgebender Verhältnisse. Sie wolle in der Behandlung **Veränderungen** bei den Patienten **initiieren** und durch

Denkanstöße, die sie ihnen mit auf den Weg gebe, **neue Sichtweisen** auf deren Situation und die Psychose **anregen**:

„(...) dass die Leute rausgehen können mit irgend ’nem Wort (...), irgend ’ner Idee, irgend ’nem Anstoß, was ihnen Ansporn sein kann, was sie begleitet, und wenn es vielleicht Monate oder Jahre dauert, bis sie da irgend was von haben, bis sie da irgend etwas von verstehen.“

Gleichzeitig wolle sie den Patienten vermitteln, „dass es Spaß machen kann, sozusagen vorsichtig zu graben und zu gucken“.

Ein weiteres zentrales Ziel ihrer Behandlung bestand darin, **Zugang zu den tieferliegenden Konflikten** der Patienten zu **finden**. In Gesprächen versuche sie, die Ursachen und Auslöser der psychotischen Krisen mit den Patienten zu erforschen. Selbst in akuten psychotischen Krisen habe sie das Ziel, „den Bedeutungsgehalt dieser Symptome zu verstehen, zu dechiffrieren“. Dazu erachtete sie ein Setting für nötig, das **Zeit** lasse. Für sie war ist es nicht Ziel der Behandlung, „Leute so schnell wie möglich aus der Klinik wieder rauszubringen“, „nicht nur wieder an den oberflächlichen Symptomen“ zu behandeln und „so schnell wie möglich wieder halluzinationsfrei hinzukriegen“.

In der Klinik sei ihr Ziel gewesen, ein erstes Verständnis für die Psychose zu entwickeln und damit den Zugang zu bahnen für eine weitere Behandlung außerhalb der Klinik. Der Versuch zu verstehen, „sich in die Biographie eines Menschen einzuarbeiten“ und die Frage zu beantworten, „was ist die auslösende Situation, was kann das sein, also warum dekompenziert jemand psychotisch?“, beschrieb sie als zentrales Ziel in allen Stadien des Befindens der Patienten. Dies nehme aber um so mehr Raum in den Gesprächen ein, je weiter der Patient von seiner akuten Krise entfernt sei.

Dieses Verstehen war für sie auch Voraussetzung für weitergehende Handlungen. Sie beschrieb die Auseinandersetzung mit einer Patientin, die sie darum gebeten hatte, rückwirkend einen Antrag auf Kostenübernahme für die Krankenkasse zu unterschreiben. Da sie in der Zeit vor und in der akuten Psychose keinen Kontakt zu der Patientin gehabt hatte, war Frau Luhna nicht bereit, diesen Antrag zu unterschreiben. Als Begründung führte sie an, dass sie aufgrund des mangelnden Kontaktes zur Patientin nicht verstanden habe, was zum Ausbruch der Psychose geführt habe. Das Verstehen war somit nicht nur für die Patienten mit dem **Handlungsauftrag** verbunden, die psychosebegünstigenden Faktoren im eigenen Leben zu ändern, sondern erleichterte Frau Luhna die **Einschätzung zukünftiger**

Risiken bei den Patienten. Verstehen war für sie eine Möglichkeit, sich abzusichern in ihrer selbst wahrgenommenen Verantwortung für das Wohlbefinden der Patienten. Als Ziel formulierte sei außerdem eine **psychische Geburt** der Patienten, deren **Emanzipation** und **Befreiung**. Ihr Streben zielte vor allem darauf, einen **erweiterten Handlungsspielraum** mit den Patienten zu schaffen, ihnen eine bessere Kommunikation mit anderen zu ermöglichen und so mehr an der **sozialen Umwelt teilzuhaben**. Dazu strebte sie auch eine **Verbesserung der Verhältnisse** an, die zum wiederholten Ausbruch von Psychosen bei den Patienten beitragen. Solche „pathologiefördernden“ Verhältnisse könnten Freundschaften sein, belastende Situationen in der Ehe, schwierige Beziehungen zu den Eltern, Arbeitslosigkeit und psychische Erkrankungen der Eltern aber auch Faktoren wie Traumatisierung durch Krieg und soziale Unsicherheiten z.B. in Form von drohender Abschiebung politischer Flüchtlinge.

Emanzipatorisch zu arbeiten beinhaltet aber auch, die „strukturellen Begrenzungen“, denen eine Person unterworfen sei, mit zu berücksichtigen. Sie als Ärztin habe die Aufgabe, mit ihrer Expertenrolle verantwortungsvoll umzugehen und die Patienten nicht zum radikalen Bruch mit bestehenden Lebensrealitäten aufzufordern, selbst, wenn sie sie als krank machend erlebe. Ziel sei zwar, die Bedingungen langfristig zu verändern, aber sie betonte wiederholt, dass man dabei sehr behutsam vorgehen und die umgebenden Bedingungen, in denen die Patienten leben, mit berücksichtigen müsse.

Soziale Teilhabe bedeutete für Frau Luhna vor allem, dass Menschen **arbeiten** gingen. Das galt auch für Menschen, die durch ihre Psychose deutlich eingeschränkt waren. Dabei sollte die Arbeit angemessen anspruchsvoll und bezahlt sein und nicht nur eine Möglichkeit zur Beschäftigung:

„(...) psychisch Kranke einfach irgend eine gescheite Arbeit brauchen und eben nicht nur billige Arbeitstherapien, sondern nach Möglichkeiten eben wirklich was wie 'ne einigermaßen abgestimmte Beschäftigung, die ihren Möglichkeiten und ihren Grenzen gerecht wird.“

Einen **sozialen Rückzug** eines Patienten in Form eines Klinikaufenthaltes oder einer stationären Rehabilitationsmaßnahme unterstützte Frau Luhna nur dann, wenn dessen Zustand auch aus ihrer Sicht „schlecht“ genug war. Aus ihren Schilderungen wurde deutlich, dass es sich aus ihrer Sicht bei den meisten Patienten um einen **befristeten Zustand** handelte und eine Rückkehr in einen anderen Alltag so schnell wie möglich von ihr angestrebt wurde – allerdings, wie oben beschrieben, unter der Maßgabe,

dass der Klinikaufenthalt lange genug andauerte, um den Zustand des Patienten zu stabilisieren und einen ersten Zugang zu den grundlegenden Problemen der Patienten zu finden.

Bei Patienten, bei denen sie keine Besserung erwartete, wollte sie wenigstens verhindern, dass ihr Gesundheitszustand noch schlimmer wird (**Verhütung einer Verschlimmerung**). Als ein Beispiel dafür nannte sie eine junge Patientin, die an einer „sehr sehr chronifizierten Erkrankung“ litt, „mit schizoaffektiver Psychose und Politoxikomanie, Prostitution und HIV-Infektion, und Hepathitis B und C und frühkindliche Hirnschädigung“. Frau Luhna beschrieb, wie sie mit dieser Patientin nur „in sehr kleinen Schritten weiter“ gekommen sei, zumal die Patientin immer wieder Drogen genommen und gleichzeitig die von Frau Luhna verschriebenen Medikamente für ihre Probleme verantwortlich gemacht habe. Bei dieser Patientin sei ihr primäres Ziel gewesen „zu stabilisieren und eine Verschlimmerung zu verhüten.“ Dazu gehörte auch, einen Krankenhausaufenthalt zu vermeiden, so lange es möglich ist.

So lange, wie ein Patient nicht akut fremd- oder eigengefährdend war, bestand ihr Behandlungsziel schließlich darin, ihn in seiner Umgebung zu halten und auch durch Medikamente zu befähigen, außerhalb der Klinik zu leben.

6.1.2.2.3 Gelungene Zusammenarbeit

Für die Zusammenarbeit zwischen ihr und Patienten formulierte Frau Luhna den Anspruch, eine **gemeinsame Arbeit** zu entwickeln. Viele Patienten kämen mit der Erwartung zu ihr, passiv geheilt zu werden, also die Verantwortung für die Genesung komplett an sie zu übertragen.

„(...) also die Menschen, die haben ja erst mal nicht dieses Interesse, sondern die kommen her und sagen: ‚Ähhhh helfen Sie mir!‘. Und dass es mir dann ein Anliegen wäre, mich jetzt natürlich als Expertin mit meinem Wissen zur Verfügung zu stellen, aber eher, dass es mir wichtig wäre, daraus ’ne gemeinsame Arbeit zu machen.“

Eine gemeinsame Arbeit bedeute, dass sie „ganz viel an Verantwortung dann tatsächlich wieder den Betreffenden selber“ zurückgebe (**Patienten in die Verantwortung ziehen**). Sie erwarte von den Patienten, dass diese in der Behandlung Eigenverantwortung übernehmen. Ein aus ihrer Sicht verantwortungsvolles Handeln der Patienten in Bezug auf die Krankheitsbewältigung schloss zum Beispiel die Einnahme von Medikamenten oder die Inanspruchnahme eines Arztes in Krisenzeiten ein. Sie erhoffte sich davon auch ein größeres Maß an

Informationen über die individuellen Behandlungsanforderungen. Auf der Grundlage dieses Wissens sah sie sich eher in der Lage, die richtige Entscheidung über Behandlungsmaßnahmen zu treffen und Risiken alternativer Behandlungsangebote einzuschätzen.

Dass Patienten Verantwortung übernehmen hieß für Frau Luhna auch, dass sie versuchten, im Rahmen der gegebenen Möglichkeiten am sozialen Leben teilzunehmen, ggf. arbeiten gingen und sich aktiv mit dem Risiko erneuter Psychosen einrichteten. Was zählte, war dabei der Versuch, die Bereitschaft der Patienten, nicht unbedingt der Erfolg. Was die Dauer dieses Prozesses angeht, so dachte Frau Luhna in **langfristigen Perspektiven**.

Als gelungene Therapie und besonderes „Highlight“ ihrer Arbeit beschrieb sie die Zusammenarbeit mit einer zitierten Patientin, die nach einer langen Phase des Ausharrens plötzlich Selbstbewusstsein im Umgang mit ihrem Mann entwickelt und begonnen habe, ihre Lebenssituation verstärkt nach ihren Bedürfnissen auszurichten.

„Und dann fragte ich so: ‚Und Ihr Mann, ist der nicht neidisch?‘ und dann sagt sie: ‚Mein Mann? Wissen Sie, ich hab mich zehn Jahre lang immer nur um meinen Mann gekümmert, ich hab immer nur gefragt, was der will, ich kann das jetzt nicht mehr, ja? Ich kann mich nicht mehr darum kümmern, was der will.‘ Die kleine Frau, die immer ganz ängstlich und ganz depressiv war. Und ich hab ihr das wirklich nie gesagt, so manifest. Latent war das, na klar, in so’ne Richtung, ihre eigenen Bedürfnisse klar machen (...) an so ganz pragmatischen kleinen Geschichten, ja? Und sie stemmt echt so die Hände in die Hüften, als ich frage, ob der Mann neidisch ist, und hält mir ’n feministischen Vortrag, (...) Und das war echt so’n highlight in meiner Arbeit, ja? (...) Wo ich so dachte, boh, das find ich ja klasse, ja?“

Frau Luhna war sich nicht sicher über ihren Anteil an den Veränderungen, die Patienten in ihrem Leben vornehmen. Sie würde jedenfalls versuchen, gemeinsam mit den Patienten Verständnis für die Situation und die Reaktionen der Patienten zu entwickeln, damit die Patienten darauf aufbauend Ursachen erkennen und Bedingungen ändern könnten. Sie sage den Patienten dann immer wieder: „Das ist jetzt erst noch mal schwer zu verstehen, aber da müssen wir gucken, wie wir dran arbeiten können, damit wir das eines Tages besser verstehen werden“. Auf diese Weise würde sich bei den Patienten einerseits eine Bereitschaft für die aktive Beteiligung an der Suche nach Ursachen entwickeln und nicht sie als Expertin allein diese Suche erledigen. Andererseits versuchte sie damit, auch die Patienten zur Einnahme einer langfristigen Perspektive zu bewegen.

Allerdings beschrieb sie auch die Therapie mit einer Patientin, wo beide am Ende theoretisch die Erkenntnis hatten, welche Lebensbedingungen die Frau ändern müsste, diese aber trotzdem diese Änderungen nicht vornahm.

„Zum Teil ist das richtig quälend. Also ich hatte eine Patientin, wo ich das Gefühl hatte, (...) das ist wirklich ne masochistische Beziehung, und das hab ich ihr dann irgendwann nach anderthalb Jahren auch so gesagt, und sie war wirklich total gekränkt (...). Also, ich hab das immer wieder mit meiner Supervisorin durchgesprochen, und das war 100 Stunden Qual von vorne bis hinten, ja? Und ich hätte es ihr wirklich gewünscht, wir haben das immer wieder durchgearbeitet (...). Und das war ihr sozusagen vom Theoretischen hinterher dann auch am Ende der hundert Stunden leider ziemlich klar, aber wir haben dann auch sozusagen die Grenzen der Psychotherapie miteinander betrauern können, und dass sie's auch nicht geschafft hat, eben, worum es die ganze Zeit gegangen war (...).“

Obwohl Frau Luhna von ihren Patienten erwartete, dass diese sich an Absprachen hielten, ihre Sicht als Expertin ernsthaft in die Entscheidung einbezogen und trotz ihrer Ausführungen, was „verantwortlich Handeln“ als Patient heißt – nämlich auch Medikamente einzunehmen und ärztliche Hilfe in Anspruch zu nehmen – war es mehr als Compliance, was sie sich unter einer gelungenen Zusammenarbeit vorstellte. Der Patient sollte freiwillig und unter Kenntnis der Fakten Entscheidungen treffen, die auch aus ihrer medizinischen und therapeutischen Sicht vernünftig erschienen. Sie wollte nicht allein die Expertin sein, die die Patienten gesund macht, sondern erwartete von einer „gemeinsamen Arbeit“, dass die Patienten ihren Teil der Arbeit erfüllten, indem sie versuchten, ihre krank machenden Lebensumstände zu ändern, mehr am Leben teilzuhaben und dazu ggf. unterstützend Medikamente einnahmen.

6.1.2.2.4 Umgang mit Krisen und Konflikten

Wenn Patienten sich offen weigerten Medikamente zu nehmen, Frau Luhna dies aber aus ärztlicher Perspektive für unbedingt erforderlich hielt, versuchte sie durch **eindringliche Appelle**, die Patienten dazu zu bewegen. Auch, wenn sie im ambulanten Rahmen keine Zwangsmaßnahmen zur Verfügung habe und ihr Ideal vom eigenverantwortlichen Patienten sowie ihr Selbstverständnis als Ärztin es verbiete, dass sie den Patienten „mit aufgezogener Spritze hinterher“ laufe, versuche sie, **über die Ängste** der Patienten deren **Motivation** zur Medikation zu **erhöhen**.

„Ich sag immer: ‚Ich kann Sie ja hier nicht dazu zwingen, ich lauf ja nicht hier im ambulanten Rahmen mit aufgezogener Spritze hinter Ihnen her, Sie müssen das selber wissen!‘. Also da appelliere ich dann schon auch sehr viel an die Eigenverantwortung, versuche dann aber meistens, die Leute über ihre Ängste zu kriegen. Das ist ja schon was, also, was dann da zum Beispiel für Misstrauen gegen die Medikamente dahintersteht, dass ich das versuche ernst zu nehmen, dass das ja auch zum Teil berechtigt ist, und dass ich dann aber auch wieder so'n bisschen an die gesunden Anteile appelliere.“

„Jedes Mal kam sie und haderte mit der Spritze, und also, wenn's nicht jedes Mal war, dann jedes zweite Mal, ja? Und ich hab ihr immer wieder mit Engelszungen erklärt, warum ich daran festhalte, und warum ich wirklich denke, dass jetzt auf orale Medikamente umzustellen, der Wahnsinn wäre. Und dann hatte sie mich irgendwann mal so weit, dass ich gesagt hab: ‚Da

müssen wir drüber reden,' und wollte dann aber die Betreuerin mit dazu einladen, und DIE hat dann grandioserweise den Part übernommen, ihr noch mal klarzumachen: ‚Wenn du rückfällig wirst und dann nicht das Depot des Medikaments anhält, und du dann nicht deine Medikamente einnimmst, dann bist du in zwei Tagen wieder in der Klinik!‘.“

Sie bezog sich im Interview auf eine Patientin, die im Laufe eines längeren Zeitraums zunehmend psychotisch geworden sei, sich aber geweigert habe, Medikamente einzunehmen und in eine Klinik zu gehen. In diesem Fall habe sie versucht, **Behandlungsalternativen zu finden**, die die Patientin akzeptieren konnte und sie ihr **angeboten**. Die Entscheidung über die weitere Behandlung hätte dann die Patientin selbst getroffen. Das Kriterium, nach dem diese Wahlfreiheit gegeben sei, sei eine nicht vorliegende Eigen- oder Fremdgefährdung der Patientin.

„Und die sträubt sich ja nun mit Händen und Füßen gegen Medikamente, gegen irgendwas (...) dann hab ich ihr so'ne Soutterria-Klinik vorgeschlagen, weil sie ja wirklich vollkommen aufgelöst war, nicht wusste, wo sie hingehen sollte (...). Frau Meier hinterlässt mir dann Montagabend um 23 Uhr 45 eine sehr differenzierte Message auf Band, dass sie jetzt eine Unterkunftsmöglichkeit hat. (...) Ich hab mich bemüht, sie hat sich bemüht, und so lange sie nicht akut fremd- und eigengefährdend ist, und so lange sie sich mit Händen und Füßen gegen diese Kliniken sträubt, was willst du machen? (...) Die Frau tut mir schon sehr leid, weil ich denke, die könnte sich 'n Stück weit von ihrer Symptomatik ersparen, wenn sie jetzt nicht so aufgedreht wäre, aber wenn das jetzt nicht geht, ich steh hier nicht mit aufgezogener Spritze, das ist nicht mein Selbstverständnis.“

Im folgenden Fall wird deutlich, wie Frau Luhna ihr Verhalten in Abhängigkeit vom Zustand der Patienten ändert. Eine Patientin wollte in ihr Heimatland fahren, aus dem sie vor einem Krieg geflohen war. Zunächst habe Frau Luhna sie darin unterstützt, ihr in einem Attest bescheinigt, dass sie sie für reisefähig halte. Die Entscheidung, ob sie fahren solle oder nicht, habe sie allein der Patientin überlassen. Als sich dann jedoch ihr Zustand verschlechterte und instabiler wurde, habe sie deutlich gemacht, dass sie es nicht für sinnvoll hält, dass die Patientin die Reise antritt und ihr geraten, nicht zu fahren (**Rat geben**). Als die Patientin sich darauf nicht einlassen wollte, habe sie ihr Medikamente verschrieben und die Adresse einer Ärztin vor Ort gegeben. Was Frau Luhna offenbar abgesichert hat, war die Tatsache, dass die Patientin Medikamente einnahm und außerdem Frau Luhna als Expertin in die Überlegungen einschloss.

„(...) es ging ziemlich langsam nur besser, dann kriegte sie wieder Schlafstörungen und sie hatte Schiss, sie kommt wieder in die Psychiatrie. Wir sind mit dem Zyprexa nebenbei hochgegangen. Und dann hatte sie die Chance, (...) mit anderen Frauen und Kindern [in ihr Heimatland] zu fahren, war TOTAL aufgeregt: ‚Soll ich das machen, soll ich das machen, was meinen Sie?‘. Und ich so: ‚Na ja, das müssen Sie schon selber wissen‘. (...) Und dann hab ich sie erst unterstützt und musste ihr dann auch so'n Attest schreiben, dass ich sie für reisefähig halte. Und dann hat sie nicht mehr geschlafen, und ich so: ‚Oh Gott!‘, und dann hab ich gesagt: ‚Ich würde Ihnen davon abraten. (...) Sie haben jetzt irgendwie zehn Tage nicht gut geschlafen. (...) Wenn Sie auf meinen Rat hören wollen, ich werd's Ihnen nicht verbieten, aber

ich werde Ihnen genügend Medikamente mitgeben,' und ich hatte ihr schon vorher gesagt, ich würde ihr die Adresse von einer Psychiaterin geben, die ich auf so'm Therapeutinnenaustausch (...) kennen gelernt hab (...), dass sie sich dahin wenden kann. (...) Na ja, und ich ihr also abgeraten.“

Schließlich habe sich die Patientin entschlossen, auch gegen ärztlichen Rat die Reise anzutreten, woraufhin sich auch ihr Zustand verbesserte. Die Klarheit, mit der die Patientin diese Entscheidung vorgetragen habe, habe sie respektiert, sagte Frau Luhna und dementsprechend habe sie die Entscheidung akzeptiert.

„(...) das hat sie auch GANZ KLAR gesagt: ‚Diese Entscheidungsunfähigkeit hat meinen Schlaf geraubt, und wo ich mich entschieden hab, ich fahre, gegen Ihren Rat,‘ - und das war's ja auch noch! – ‚da konnte ich wieder schlafen!‘. Und da hatte ich das Gefühl, okay, das ist stimmig. Ich hab gesagt: ‚Ich hab große Hochachtung vor Ihrer Entscheidung, ich wünsche Ihnen eine gute Reise, wir sehen uns dann und dann wieder, und dann haben wir extra viel Zeit, dann können Sie mir erzählen, wie die Reise gelaufen ist.‘. Also haben wir einen Termin abgemacht.“

An diesem Beispiel wird deutlich, dass es in Frau Luhnas Beschreibungen durchaus möglich ist, dass eine Patientin sich mit ihrem Wunsch gegen die Ärztin durchsetzt. Wichtige Grundlage dafür ist, dass sie keine akute Eigen- oder Fremdgefährdung annimmt und außerdem Einigkeit darüber herrscht, dass die Patientin selbständig Medikamente einnimmt bzw. sich Hilfe sucht, wenn sich ihr Zustand verschlechtert.

Am folgenden Beispiel zeigt sich, wie sich Frau Luhna in ihrer Wahrnehmung verhält, wenn sich ein Patient in einer Krise befindet, sie eine akute Fremdgefährdung diagnostiziert, dieser aber seine Hilfsbedürftigkeit nicht anerkennt. Nachdem Frau Luhna und Herr Dr. Fried drei Wochen lang versucht hätten, einen Patienten durch erhöhte Dosen von Medikamenten zu stützen, weil er sich weigerte, in eine Klinik zu gehen, sei er während einer Therapiestunde bei ihr so „knalle paranoid“ gewesen, dass sie sich „maximal alarmiert“ gefühlt habe. Sie habe daraufhin einen Klinikplatz für ihn reserviert, einen Krankentransport bestellt und eindringlich an ihn appelliert, freiwillig mitzugehen, um sie nicht zu zwingen, die Polizei zu rufen. Dass sie darauf verzichtet hat, die Polizei zu rufen, ist als ein Zugeständnis an den Patienten zu interpretieren, da sie im Interview betonte, dass sein Verhalten ihr Angst gemacht habe und nicht sicher war, ob er aggressiv auch auf sie, die sie ihn einweisen wollte, reagieren würde. Aus ihren Schilderungen wird deutlich, dass sie sich nicht wohl gefühlt hat in der Ausübung ihrer ärztlichen Autorität, zumal sie den Patienten offenbar sehr sympathisch fand. Davon zeugt auch

ihr Auftrag an die Mitarbeiter des Krankentransports, „verständnisvoll“ mit dem Patienten umzugehen.

„Ich hab hier einmal einen gehabt, (...) das ist mir total schwergefallen, der sagte: ‚Ich fahr heut Nachmittag in meine alte Wohnung und bring sie um!‘, ja, seine Nachbarn. Und der war so was von knalle paranoid, und ich hab mir solche Sorgen gemacht, ich hab das so ernst genommen, dass ich mir wirklich nicht anders zu helfen wusste. (...) ich war maximal alarmiert, den mag ich total gerne, (...) Und ich hab ihm gesagt: ‚Das werden Sie nicht tun, Sie werden in die Klinik gehen!‘. Seit drei Wochen ging es drum, irgendwie Krisenintervention, nein, wollte er alles nicht, ja, er kriegte Laserstrahlen jede Nacht und Sulpirid, ich weiß nicht in welchen Mengen, half alles schon nichts mehr. (...) Und dann hab ich (...) die Klinik angerufen, (...) habe gesagt: ‚Please, help! (...) Ich hab hier einen Patienten in Therapie, den möchte ich euch umgehend überweisen wegen möglicher akuter Fremdgefährdung!‘. (...) und ich hab dann den Krankentransport bestellt, weil ich mir nicht sicher war, wie das werden würde, er saß dann hier und sagte: ‚Man soll den Zorn eines ruhigen Mannes nicht unterschätzen!‘. Und ich war auch einigermaßen wirklich besorgt. (...) Und dann kam, zum Glück, nach 45 Minuten kam dieser dusslige Krankentransport, (...) ich hab gesagt: ‚Das ist so mittelfreiwillig, also Sie müssen besonders gut auf ihn aufpassen und verständnisvoll sein!‘. Und ich hatte ihm vorher gesagt: ‚Wenn Sie nicht freiwillig gehen, ich hol auch die Bullen, ich würde das gerne Ihnen und mir ersparen, (...) aber ich nehme Sie absolut ernst in dem was Sie sagen, und das geht jetzt nicht anders.‘. Und das war das erste Mal, dass ich so was hab machen müssen, das ging nicht anders.“

Aus ihren Schilderungen ist ersichtlich, dass es in Konflikten und Krisen **eine Hierarchie der Interventionen** gibt, wobei zunehmend die Mitbestimmungsmöglichkeiten der Patienten eingeschränkt werden. Zunächst **appelliert sie an die Eigenverantwortlichkeit der Patienten** und **übt verbal Druck aus**, dem ärztlichen Behandlungsplan zu folgen. Sie macht **alternative Behandlungsangebote**. Dabei **begründet sie ihre Sichtweise** und **macht** damit ihre **Entscheidung transparent**. Im nächsten Schritt wird sie aktiver, reserviert einen Klinikplatz und bestellt einen Krankentransport. Ausschlaggebend ist die von ihr diagnostizierte Eigen- bzw. Fremdgefährdung des Patienten.

Im oben zitierten Beispiel war der Patient an der Entscheidung, in die Klinik zu gehen, nicht mehr beteiligt. Worauf er allerdings noch Einfluss nehmen konnte, war der Modus der Einweisung, also ob sie die Polizei einschaltet. Dies wäre vermutlich der nächste Schritt gewesen, wenn der Patient nicht auf den Krankentransport gewartet hätte

Frau Luhna unterschied zwischen Patienten, denen sie zutraute, sich eigenverantwortlich um ihren Gesundheitszustand zu kümmern und solchen, denen sie es nicht zutraute. Je weniger sie die Patienten für fähig hielt, aus ihrer medizinischen Perspektive sinnvolle Entscheidungen über ihre Behandlung zu treffen, desto massiver waren ihre Versuche der Einflussnahme

6.1.2.2.5 Die Zusammenarbeit begünstigende bzw. behindernde

Patienteneigenschaften

Aus ihren Äußerungen wurde deutlich, dass Frau Luhna Patienten bevorzugt, bei denen die **Möglichkeit zur Veränderung** gegeben ist, bei denen also sowohl strukturell Handlungsspielraum vorhanden ist als auch die Patienten über genügend persönliche Ressourcen verfügen, um neue Wege bei der Bewältigung der Krankheit zu beschreiten. Wichtig war außerdem, dass die Patienten grundsätzlich **bereit** waren, **Verantwortung** für die Verbesserung ihres Zustands **zu übernehmen, aktiv** waren und die **Bereitschaft zur Veränderung** mitbrachten. Die Patienten, die sie mir im Interview bzw. während meines Feldaufenthaltes als angenehm vorstellte, waren überwiegend gebildet, differenziert in ihrer Denk- und Ausdrucksweise. Schließlich sagte sie, dass es ihr leichter falle, aufgrund der gemeinsamen Sozialisation mit „Wessis“ zusammen zu arbeiten. Frau Luhna sprach damit die **Passung** zwischen Arzt und Patient an, die sich in ihrem Fall auch in einer **Ähnlichkeit** zwischen beiden äußert.

Sie erlebte es als angenehmer, wenn Patienten ihrerseits die Bereitschaft hatten, sie in die Behandlungsentscheidungen einzubeziehen und mit ihr gemeinsam die Behandlung zu gestalten. **Handlungsspielraum** zu haben war entscheidend für Frau Luhna. Dazu trug bei, dass Patienten nicht so schwer und so lange krank waren, dass kaum noch Aussicht auf Veränderung bestand. Auch soziale Verhältnisse sollten veränderbar sein. Wenn dagegen schon die Verhältnisse in der Herkunftsfamilie „krank“ waren, wenn das Leben mit psychischen Erkrankungen am Rande der Gesellschaft sich über Generationen hinweg etabliert hatte, gab es nach ihrer Einschätzung oft keinen Anreiz mehr für die Patienten, selbst Veränderungen vorzunehmen. Frau Luhna nannte das „**Elend verwalten**“, und es wird deutlich, dass dies nicht ihren Ansprüchen an eine gute Zusammenarbeit gerecht wird.

„Und das ist schon was, also was ich zum Beispiel an der (...) Klientel [in diesem Bezirk] dann eher strukturell teilweise schwierig finde, wenn die Eltern schon Sozialhilfe bezogen haben, das hört sich jetzt an, als wenn ich komplett auf der konservativen Seite gelandet wäre, aber das find ich wirklich eher manchmal tendenziell schwierig, also dass es nichts gibt, wofür es sich lohnen könnte anzustrengen, und im Zweifel muss ich dann doch wieder ritzen, und dann weißte, die Eltern schon alkohol- und medikamentenabhängig oder depressiv oder psychotisch, und so'ne Psychopathologie sich wirklich über Generationen fortpflanzt, da ist es so ermüdend, da irgendwie 'n Fuß breit in die Tür zu kriegen, wenn du nur das Elend verwaltest, ja? Oder nur dabei bist Verschlimmerungen zu verhüten, ja? Also ist einigermäßen unerfreulich.“

Wenn ein Patient nichts an seiner Situation verändern wollte, sondern allein an sie den Anspruch richtete, etwas zu unternehmen, reduzierte sich ihre Bereitschaft zur Zusammenarbeit. Das sagte sie zwar nicht explizit, wies die Ansprüche der Patienten aber ggf. so drastisch zurück, dass diese von sich aus die Behandlung abbrachen (**Behandlungsabbruch provozieren**), wie folgendes Beispiel zeigt:

„Sie wollte 'ne Kur haben, und ich hab gesagt: ‚Wie Kur? Für was denn 'ne Kur? Wir reden hier die ganze Zeit darum, wie Sie in irgend eine Form von Ausbildung kommen können!'. (...) Und ich sagte: ‚Sie müssen arbeiten, Sie müssen irgend eine Form von beruflicher Reha machen, doch keine stationäre Reha, was brauchen Sie irgendwie 'n Hotel auf 'ner grünen Wiese in Westdeutschland, davon geht's Ihnen doch hier vor Ort nicht besser! Machen Sie 'ne Ausbildung, gehen Sie zwei Jahre arbeiten, und dann können wir uns wieder sprechen!'. Und das war dann erfolgreich, der Abtreibungsversuch. Ich kriegte dann danach einen Anruf der Einzelfallhelferin, dass es die Patientin doch vorgezogen hätte, nicht mehr zu mir zu kommen bis auf weiteres, und ich hatte nur das Gefühl, ich kann ihr wirklich nicht mehr bieten. Also das ging nicht zusammen, das ging einfach nicht. Das ist jemand, der es nicht gut geht, aber wenn jemand wirklich jede Verantwortung von sich weist, und sich so hinlegt, und so eine Anspruchshaltung hat, nee. Also sorry.“

Wenn sie dagegen den Eindruck hatte, ein Patient versuche das ihm Mögliche, begleitete sie geduldig einen langen Prozess. Wie zum Beispiel bei Herrn Kilian, über den sie anerkennend berichtete, dass er sehr mühsam über Jahre hinweg nur kleinste Fortschritte gemacht, sich aber inzwischen „zäh befreit“ habe.

6.1.2.2.6 Wahrnehmung der eigenen Rolle im Patientenkontakt

Frau Luhna beschrieb ihre Rolle im Patientenkontakt als eher **passiv**. Obwohl sie die „psychische Geburt“ der Patienten unterstützen wolle, finde sie die Metapher einer „Geburtshelferin“ zu aktiv:

„Also gestern hab ich mich irgendwie mich mit 'ner Bekannten unterhalten, die dann so spontan meinte: ‚Ja, dann bist du ja so was wie ne Art Geburtshelfer!'. Und das wäre mir aber viel zu aktiv.“

Sie sah sich in der therapeutischen Arbeit in der Rolle einer **Archäologin**, die helfe, die psychischen „Fundstücke“ abzubürsten, zu betrachten und in einen Zusammenhang zu stellen bzw. der **Kamerafrau**, die das Objektiv scharf stelle, den Ausschnitt und die Perspektive auf ein Problem wähle.

„(...) welches Bild ich ganz gerne benutze, (...) das ist eher so das, wie so'ne Art Archäologin, dann aber eben gemeinsam mit den Patienten, also den Patienten das eher zu vermitteln, dass es Spaß machen kann, sozusagen vorsichtig zu graben und zu kucken, und diese Stücke, die man da findet, als Preziosen zu nehmen und sie vorsichtig abzubürsten und in die Hand zu nehmen und von verschiedenen Seiten zu betrachten. (...) Was ich auch ganz gerne mache, ist, zu sagen, also dass Psychotherapie und Filmarbeit ja oft auch was miteinander zu tun haben, also mein anderer Berufswunsch wäre so was wie Kamerafrau gewesen, wo ich wirklich ganz viele Vergleiche sehe, dass es total drauf ankommt, was ist gerade für eine Belichtung, welche Atmosphäre will man einfangen, wo richtet man jetzt grad den Zoom drauf, wo kommt dann wieder der Weitwinkel, also wirklich so was mit verschiedenen Perspektiven darzustellen.“

Damit verbunden war eine sehr einflussreiche Rolle, ohne dass sie selbst das so thematisiert hat: Sie verfügte in diesem Bild über das Wissen, wie man die Fundstücke in einen Zusammenhang stellen kann bzw. über die Fähigkeit, den Betrachtungswinkel bzw. die Schärfe der Kamera einzustellen.

Während sie sich bei der Verbesserung der problematischen persönlichen Beziehungen vor allem in der Rolle sah, das Verstehen der Patienten anzuregen und dann erwartete, dass die Patienten die Verantwortung für die Umsetzung der Erkenntnisse selbst übernahmen, sah sie sich sehr viel stärker in der Verantwortung, wenn es darum ging, strukturell-politische Bedingungen zu verändern. Wenn zum Beispiel vom Krieg traumatisierte Flüchtlinge in ihr Herkunftsland abgeschoben werden sollten oder aus ihrer Sicht dringend Einzelfallhilfe benötigten, um den Alltag zu bewältigen, setzte sie sich mit den entsprechenden Stellen in Verbindung, um etwas für ihre Patienten zu erreichen.

„(...) also jetzt grade im Zusammenhang mit [Flüchtlingen] da ist manchmal so viel Elend, und aufgrund der Sprachbarrieren dann so viel über lange Jahre chronifizierte Situationen, wo ich dann denke, mein Gott, das kann ich auch nicht alleine, und wo ich dann, wenn du so willst, auch in so'n bisschen Aktionismus verfallende - was ich dann aber auch gerechtfertigt finde - den Sozialpsychiatrischen Dienst anrufe und sage: ‚Hier, Sie müssen mir ne Einzelfallhilfe bewilligen!‘. Ich weiß, dass das total schwer ist für die [Flüchtlinge], aber wenn man kämpft, da bin ich dann ziemlich eisern, dann kriegt man's manchmal hin, ja. Und das ist dann nur wirklich total viel Arbeit so zusätzlich.“

Die Diskrepanz zwischen ihrer eigenen Fähigkeit, schwer zugängliche Ressourcen zu mobilisieren und der Ohnmacht einiger Patienten in der Verbesserung ihrer Lebenssituation nahm sie deutlich wahr und reflektierte die Gefahr, durch dieses **Machtgefälle** allzu sehr in „**Omnipotenzgedanken**“ zu verfallen.

Gleichzeitig war Frau Luhna **keine** reine **Dienstleisterin**, die jegliche Ansprüche der Patienten auf die Vermittlung von Ressourcen erfüllte. Entsprechend weigerte sie sich, rückwirkend Behandlungsentscheidungen von Patienten zu „decken“, die diese ohne Rücksprache mit ihr getroffen hatten und die sie für riskant hielt. Als Beispiel führte sie die bereits an anderer Stelle erwähnte Frau Rath an. Sie habe die Dosis ihrer Medikamente ohne Absprache mit ihr verändert und Behandlungstermine nicht wahrgenommen. Während einer akuten Psychose sei sie dann anstatt in eine Krisenstation oder eine psychiatrische Klinik in das antipsychiatrische Weglaufhaus gegangen, ohne dies mit Frau Luhna zu beraten. Als sie dann von Frau Luhna erwartete, dass sie ihren rückwirkenden Antrag auf Kostenübernahme des Aufenthaltes im Weglaufhaus bei der Krankenkasse unterschreibt, wies sie sie

zurück. Hier wird deutlich, dass die Behandlung, die Frau Luhna mit den Patienten anstrebte, sehr deutlich auch eine **Partizipation des Arztes** beinhaltete und sie somit ihre Rolle auch als medizinische Expertin sah, die einen wichtigen Teil in der Behandlung haben sollte.

6.1.2.3 Herr Dr. Fried

6.1.2.3.1 Hintergrund des Handelns („Motor“)

Ähnlich wie Frau Luhna beschrieb Herr Dr. Fried, dass ihn **persönliche Erfahrungen zur Psychiatrie geführt** hätten. Krankheit sei ein bestimmendes Thema in seiner Familie gewesen. Er vermutete, seine häufigen Erkrankungen hätten eine wichtige Rolle gespielt, um Kontakt zu seiner Mutter herzustellen und das sei Medizinstudium eine wichtige Möglichkeit gewesen, um diese „hypochondrische Seite“ unter Kontrolle zu bekommen. Hier wird seine Ansicht deutlich, dass **Krankheit eine Funktion** für den Betroffenen haben kann und ggf. soziale Beziehungen konstatiert, eine Perspektive, die sich in seinem Interesse für das Fachgebiet der Psychosomatik und in seiner Affinität zum „verstehenden Ansatz“ in der Psychotherapie wiederfindet.

Gleichzeitig habe in seiner Familie die Erwartung bestanden, dass die nächste Generation Medizin studiere, um „Heilsbringer“ zu werden.

„Ja, ich bin ja Arzt geworden und// erst mal, und das war auch durch meine Familie schon vorgezeichnet, in meiner Familie sind auch zwei Cousinen von mir Ärztinnen geworden, also ich komme aus einer Familie, wo Krankheit eine sehr große Rolle spielt immer noch, und sozusagen an die nächste Generation die Erwartung delegiert wurde, jetzt Heilsbringer zu werden oder so.“

Auch die Form seiner Arbeit – als niedergelassener Arzt in eigener Praxis zu arbeiten – sah er in engem Zusammenhang mit seiner Familie, in der es viele Selbständige gab.

Im Studium habe ihn vor dem Hintergrund der eigenen Biografie zunächst der Bereich der Psychosomatik interessiert. Erst später sei der Schwerpunkt seines Interesses die Psychiatrie geworden. Auch hier spielten persönliche Erfahrungen eine wichtige Rolle. Das, was er bei als schizophren diagnostizierten Patienten beobachtete, entsprach seinen Erfahrungen beim Genuss von Marihuana und gab ihm die Möglichkeit, sich diesen auch als beängstigend erlebten Zuständen von fachlicher

Seite zu nähern (**persönliche Betroffenheit: eigenes Erleben wiederfinden**). Diese Erfahrungen hätten es ihm ermöglicht, einen **Zugang zu den Erfahrungen der Patienten** zu finden.

„(...) beim Kiffen hab ich selbst Phänomene erlebt, die man vielleicht sogar mit den//ja, weiß ich nicht, mit den Kriterien der Schizophrenie, so nach Kurt Schneider, solche Dinge hab ich da erlebt, fand das damals spannend und auch beängstigend, fand deshalb die Psychiatrie sehr spannend, ich hab mich dann//in psychiatrischen Praktika natürlich wurden ja auch Schizophrene exploriert, und hab dann dort sozusagen ein ähnliches Erleben wiedergefunden, wie ich's selbst auch schon gekannt habe, und hab mich dafür interessiert, und konnte dadurch auch 'n Zugang finden. Und das war auch ein Motiv für mich, mich nach dem Studium in einer psychiatrischen Klinik zu bewerben.“

Hintergrund seines Umgangs mit Patienten sei heute ein „**verstehender Ansatz**“, wie er in der ersten Klinik, in der er gearbeitet habe, praktiziert worden sei. Er unterschied diesen Ansatz von einem schulmedizinischen und verstand darunter auch den Versuch, die aktuelle Psychose eines Patienten in Zusammenhang zu bringen mit der Persönlichkeit und der Lebenssituation des Patienten vor Ausbruch der Psychose. Auch wenn er der Ansicht war, dass dieser Ansatz an manchen Stellen zu einseitig ist, wird im Interview deutlich, dass er darunter mehr als eine Technik verstand. Vielmehr war sein Menschenbild deutlich davon geprägt.

„Das war an der Klinik, die wiederum auch 'n stark analytischen Ansatz hat. (...) das Krankheitsverständnis ist da noch mal vielleicht anders als in so 'ner allgemeinen Schulpsychiatrie (...), dadurch bin ich natürlich auch geprägt, durch so diesen verstehenden Ansatz, wobei ich das auch zum Teil einseitig fand dann im Nachhinein, ich hab ja die Klinik noch gewechselt und hab auch gesehen, dass das nicht alles erklären kann, dass es aber trotzdem vom Menschenbild mir ganz gut zusagt, also auslösende Situation, überhaupt die Persönlichkeit vor der Psychose, das überhaupt in so'n Zusammenhang bringen zu wollen, und man kann ja auch sehr viel damit anfangen, finde ich.“

Das Streben nach **Gestaltungsfreiheit** beschrieb er als ein wichtiges Motiv in seiner Arbeit. Er benannte die Hierarchie im Krankenhaus sowie die ständige Bedrohung und Beeinträchtigung der Arbeit durch finanzielle Kürzungen als wichtige Gründe dafür, warum er sich entschlossen habe, eine eigene Praxis aufzumachen.

„Ich hab zehn Jahre inner Klinik gearbeitet und hab irgendwann keine Lust mehr gehabt, weil in der Klinik (...) seitdem ich da bin, es um Klinikschließungen ging erst mal (...) war in vier verschiedenen Kliniken, und es ging in jeder Klinik immer um Schließungen von Stationen und der gesamten Klinik, das hat 'n großen Teil der Arbeitsenergie weggefressen, es wurden viele Sitzungen mit diesem Thema verbraten. Dass man sich dann verbündet und dann immer nur dieses Gespenst dann irgendwie angehen musste, und ich hatte einfach keine Lust mehr darauf. Gerüchte wurden gestreut, dann wurden sie wieder entkräftet, immer dieses Hin und Her (...) diese Hierarchie hat mir auch nicht mehr so gefallen, die ist ja sehr straff in einer Klinik. Und der Chefarzt, der dann eigentlich die Patienten gar nicht genau kennt, hat dann aber (xxx) und insofern find ich die Freiheit hier auch ganz gut.“

Seine **Kritik an der Klinikpsychiatrie** wird auch deutlich, wenn er ausführt, dass er durchaus Verständnis für Patienten habe, die die schlechten Erfahrungen in Kliniken beklagten.

„Patienten haben schlechte Erfahrungen gemacht, keine Frage. Aber es ist auch ganz viel Projektion mit// spielt mit ne Rolle. Und das muss man irgendwie auseinander kriegen dabei. Ich muss halt zum Teil auf diese realen Erfahrungen eingehen, die ich auch akzeptieren kann, die ich ja auch kenne von meinen eigenen Erfahrung in der Psychiatrie, also als Arzt dort, aber ich hab da auch durchaus ja erlebt, wie so'ne Klinik funktioniert.“

6.1.2.3.2 Behandlungsziele

In Herrn Dr. Frieds Verständnis waren Psychosen chronische Erkrankungen und die davon betroffenen Personen somit nach der Erstmanifestation dauerhaft gefährdet, erneut Psychosen zu erleben. Seiner Erfahrung nach blieb es in den seltensten Fällen bei einmaligen psychotischen Episoden, auch wenn die Patienten zunächst erwarten würden, dass sie die Psychose durch eigenes Zutun schnell in den Griff bekämen.

„Patienten, die zum ersten Mal erkranken an 'ner Psychose, die sind dann meist auch sehr motiviert, junge Patienten, da ist dann alles noch so ganz frisch, und die sind oft sehr motiviert und denken, sie könnten jetzt das ganz schnell schultern, und sind voller Tatendrang, und da ist es dann interessant aber auch, auch oft so, denk ich mal, die haben noch viel vor sich, ne. Also was wird sie alles noch erwarten//also noch sehr viel Frustration auch. Was auf sie zukommt noch, auch auf die Behandler, dann, wenn es dann so weitergeht. Und man kann dann vielleicht auch psychodynamisch viele Zusammenhänge erkennen, und trotz dieses Erkennens läuft die Krankheit weiter.“

Für Herrn Dr. Fried war es ein wichtiges Ziel der Behandlung, dass die Patienten sein Krankheitsmodell einer chronischen Erkrankung mit erhöhter Vulnerabilität übernehmen (**Versuch, sein Krankheitsmodell zu vermitteln; Anerkennung der Diagnose, Anerkennung der Vulnerabilität und Chronizität**). Dieses gemeinsame Verständnis von Psychosen erleichtere eine Zusammenarbeit zwischen Arzt und Patient

„Ja, bei Psychotikern finde ich, ist das Hauptproblem, die Diagnose wirklich anzunehmen, das wird ja, wenn// noch bei der Erstmanifestation ist es ja ein unglaublicher Schlag ins Leben rein, und das ist ja ne extreme Überschattung des gesamten// was bis jetzt//also ist ein großer Schock. Und das in irgend einer Form anzunehmen und zu sagen, ich bin jetzt darauf angewiesen, Hilfe in Anspruch zu nehmen, und wenn das erst mal gelaufen ist, dieser Schritt, dann ist das andere meist nicht so ein Problem.“

Gelänge es nicht, dass der Patient die Psychose als Teil seiner Identität wahrnehme, würde er Krankheitsepisoden jedes Mal wieder als unkontrollierbar und von außen gesteuert erleben, was Herr Dr. Fried als ein ungünstiges Vorzeichen einer erfolgreichen Behandlung interpretierte:

„Aber das ist eben oft ganz schwierig, also es gibt einige Patienten, die da wirklich über Jahre nicht darauf zugehen können auf die Krankheit und das dann immer wieder verleugnen, und dann immer wieder auch diese, die neuen Krankheitsausbrüche irgendwie wieder abstreiten und so, ne. Das einfach nicht in ihre Erfahrung mit einbauen, und das dann eben projizieren und als, als fremd gemacht erleben und so weiter, ne. Das ist dann immer 'n ganz schlechtes Zeichen, und da hab ich dann immer prognostisch ungünstige Gefühle.“

Indem die Patienten ein **psycho-soziales Entstehungsmodell** von Psychosen verinnerlichten und akzeptierten, dass äußere Belastungen, die spezifisch für jeden Betroffenen sind, potentielle Risikosituationen darstellen, wären sie ausreichend motiviert, ihren Lebensalltag entsprechend einzurichten (**Ausrichtung des Lebensalltags auf die Vulnerabilität**).

„die Psychose, die da gewesen ist, die psychotische Erfahrung, zu integrieren, und davon auszugehen, dass bei einer bestimmten Belastung, wie auch immer sie aussieht, bei einer psychosozialen Belastung, wenn man das damit ausdrückt, es auch erneut wieder zu so einer Erlebnisweise kommen kann. Wenn das vom Patienten irgendwie akzeptiert worden ist, ist da schon 'n Riesenschritt gemacht, finde ich. Und dann geht es darum, das im einzelnen in den Alltag irgendwie einzubauen und seine Lebensführung darauf auszurichten. Was sicher in alle Bereiche reingeht. Partnerbeziehung, wenn eine da sein kann, Beziehung zu der Familie, zu den Freunden, am Arbeitsplatz. Vielleicht ein sich Abfinden mit einer geringen Belastbarkeit, Leute, die schon einen Beruf haben, dass sie vielleicht sich zurückstufen auf Teilzeit, oder dass sie Schwerbehinderung beantragen, um ihren Arbeitsplatz halten zu können. Manchmal geht's ja auch um Berentung, aber es geht immer um schmerzhaftes Grenzerfahrungen.“

Die bis hier genannten Ziele deuten gemeinsam in einer Richtung: Die Etablierung dessen, was Herr Dr. Fried **Behandlungseinsicht** nannte, also die Akzeptanz der Notwendigkeit, ärztliche Hilfe dauerhaft in Anspruch zu nehmen.

„Also irgend 'ne Form von Krankheitseinsicht, so wird's genannt, und Behandlungseinsicht, dass das nötig iss, wenn das irgendwie entstanden ist, dann ist auch ne Grundlage da, dann kann man über alles andere auch reden. Ist so meine Erfahrung.“

Und schließlich war es ein Ziel von Herrn Dr. Fried, eine gewisse **Stabilität** im Gesundheitszustand der Patienten herzustellen, wobei er den Begriff der Stabilität nicht als endgültigen sondern als temporären Zustand verstand.

„(...) ja, was heißt stabil. Ein recht kurzfristiger Begriff würde ich sagen, ja.“

Die Umsetzung dieses Zieles versuchte er durch die Verschreibung von Medikamenten oder die Empfehlung eines Klinikaufenthalts zu erreichen, stieß dabei jedoch häufig an die Grenze der Zustimmung der Patienten.

„Klar, das wäre natürlich auch// das wäre auch wünschenswert, also anstreben tu ich das schon, aber//Frau Maier zum Beispiel, die dann einfach nicht mitmacht, keine Medikamente nimmt (...)//die in irgend 'ner Form stationäre Behandlung überhaupt nicht zulassen will.“

6.1.2.3.3 Gelungene Zusammenarbeit

Dr. Frieds Ideal einer gelungenen Zusammenarbeit zwischen Arzt und Patient beinhaltete die **freiwillige Mitarbeit des Patienten** einerseits und das **Vertrauen in den Patienten** von Seiten des Arztes andererseits. Kontrollen der Aussagen der Patienten zum Beispiel in Form von Blutuntersuchungen hielt Herr Dr. Fried für eine Gefährdung der Behandlungsbeziehung und setzte sie daher nur in Ausnahmefällen ein.

„(...) ich gebe ja ein Rezept ab, und damit ist ja auch schon klar, dass der Patient freiwillig mitarbeitet. Ich hab auch schon in einzelnen Fällen auch schon mal beim Blutabnehmen mal 'n Spiegel gemacht, wenn ich das Gefühl hatte, ich muss mal kucken, ob überhaupt die Medikamente genommen werden. Aber das mach ich selten. Sonst läuft es wirklich so auf 'ner Vertrauensebene, muss ich sagen. Das ist auch eigentlich schon die beste// das ist vielleicht so was, was du eben gefragt hast, diese Ideal- // also, so sollte es schon laufen, das funktioniert, sonst ist es schwierig. Aber das kann auf Dauer auch gar nicht funktionieren, wenn es nur mit Kontrolle und so, das funktioniert nicht, dann würden sehr viele beim SpD landen oder in der Klinik, irgendwie.“

Grundsätzlich zog er es vor, den Patienten **Spielraum für eigene Erfahrungen** zu geben und ihre **früheren Erfahrungen** in die Behandlungsplanung **einzubeziehen**.

„Also ich spreche immer darüber, wenn sie zum ersten Mal erkrankt sind, was sie schon für Medikamentenerfahrungen haben, womit sie gut gefahren sind, und würde niemals sagen: ‚So, jetzt wird das Medikament genommen!‘. Das bringt ja auch gar nix, ne. In der Klinik wird das manchmal gemacht, dass einfach das über den Kopf hinweg entschieden wird und so, wird oft so gemacht, aber das würde hier auch gar nicht funktionieren, find ich auch gar nicht sinnvoll. (...) Dann würden, ich denke, es würden sehr viele Nebenwirkungen kommen, ne, es kommen ja schon dann Nebenwirkungen, wenn von vornherein ne Aversion gegen das Medikament besteht, kommen ja schon deshalb Nebenwirkungen.(...) Also alles, was dann erlebt wird, wird dann als Nebenwirkung erlebt auch vom Medikament, und (xxx) gar keine Chance, das bringt dann auch nix, also ist ganz schlecht. Also die Substanz muss schon irgendwie positiv besetzt werden.“

Ein weiteres Ideal der von ihm als partnerschaftlich beschriebenen Zusammenarbeit war es, dass er sich **als Arzt in die Situation des Patienten einfühlt**. Günstig wäre es, wenn es ihm gelänge sich vorzustellen, dass er in sich der Position des Patienten befinden könnte und er sich nicht aus Angst oder mangelnder eigener Belastbarkeit vom Patienten distanzieren müsste. In seinen Ausführungen enthalten war auch die Forderung nach **Authentizität des Arztes**, der sich ehrlich in den Kontakt einbringen sollte.

„(...) für mich ist partnerschaftlich, dass ich mir eigentlich versuche vorzustellen, dass ich eigentlich auch in der Situation sein könnte. Das ist natürlich manchmal sehr schwer, wenn das 'n Patient ist, dem es sehr schlecht geht, der sehr extreme Belastungen hinter sich hat, dann hab ich da auch Schwierigkeiten, aber je mehr ich mich in seine Position rein versetzen kann, um so weniger muss ich// und je weniger Angst ich haben muss vor dem, was da gerade ist beim Gegenüber, um so weniger muss ich mich abgrenzen und mich in 'ne andere Position bringen, und ich denke, das spürt dann mein Gegenüber auch, wenn ich selbst Angst habe, und dann irgendwie durch Diagnose, was auch immer, 'ne Grenze ziehen muss, und was ich natürlich manchmal auch trotzdem natürlich tue, das iss mir auch klar, ne, das// man ist natürlich immer nur begrenzt belastbar.“

Seine Fähigkeit, sich in die Position des Patienten zu begeben und die Gefühle des Patienten bei sich ankommen zu lassen, sah er als Grundlage dafür an, dass die Patienten sich bei ihm gut aufgehoben fühlen und wiederkommen.

I: Hast du 'ne Idee, warum die Patienten zu dir kommen?

A: Ja, ich denke, dass diejenigen, die dann bei mir bleiben, sich schon irgendwie aufgehoben fühlen, sonst würden sie ja nicht bleiben, ne. Also dass irgendwo überkommen muss, dass was von ihnen bei mir ankommt, ne, denk ich so.

Herr Dr. Fried sah sich in der Verantwortung, in eine Behandlung eines psychotischen Menschen sowohl partnerschaftliche als auch grenzsetzende Aspekte einzubringen. Gerade in Phasen, in denen die Patienten instabil und verunsichert seien, habe er als Arzt die Aufgabe, ihnen mithilfe seiner **ärztlichen Autorität** Halt zu geben. Diesen Wechsel zwischen einer partnerschaftlichen Zusammenarbeit und einer durch die ärztliche Autorität bestimmten Kooperation empfand er als schwierig und beschrieb sie als eine „**Gratwanderung**“.

„Als Leitlinien, die ergeben sich dann daraus, dass man // verstehender Ansatz, Patienten eher partnerschaftlich zu sehen, andererseits aber auch, ich hab ja auch selbst Therapieerfahrung, zu wissen, dass in Phasen, in denen es einem schlecht geht, dass dann auch der Halt, der Rahmen sehr wichtig ist, dass dann es auch oft gut ist, wenn das Gegenüber, das ärztliche vielleicht auch ein bisschen, wie soll ich sagen, eine Autorität ausstrahlt, die irgendwie mir so'ne Grenze setzt und einen nicht so ganz hängen lässt, und das ist, denk ich, gerade in diesen Psychose- und (xxx) psychotischen Zuständen sehr wichtig. Und das ist für mich dann ne Gradwanderung, ist nicht so einfach, weil natürlich Psychotiker unglaublich empfindlich sind für so was, und manche eben mit Behandlungsabbruch reagieren. Ja, andererseits kann es auch sadistisch sein, sie einfach im Freien, ins Leere laufen zu lassen und ihnen keine Orientierung zu geben, das ist so die Schwierigkeit mit an der Arbeit, find ich. Also einerseits auf einer// möglichst auf so 'ner partnerschaftlichen Ebene aufeinander zu zu bewegen, aber andererseits auch wiederum doch auch strukturierender Grenzensetzer zu sein, ne, und da das richtige Maß (xxx) immer zu finden.“

6.1.2.3.4 Umgang mit Krisen und Konflikten

Im Falle eines Konfliktes hoffte Herr Dr. Fried zunächst, dass sich die Sichtweisen des Arztes und des Patienten aufgrund der Erfahrungen der Patienten annähern (**Konsens durch gemeinsame Erfahrungen**). Interessant ist hier, dass er annahm, dass die Patienten vor allem negative Erfahrungen machen würden, wenn sie entgegen seinen ärztlichen Empfehlungen handeln würden. Wenn sie zum Beispiel die Medikamente reduzieren würden, würde ihnen oft deutlich, dass sich ihr Zustand nicht verbessere. Das erhöhe häufig ihre Bereitschaft, zukünftig Medikamente in der von ihm vorgeschlagenen Dosis einzunehmen. Das **Utilisieren von Patientenerfahrungen** diene Herrn Dr. Fried dazu, Konflikte zu vermeiden und die beiden Sichtweisen einander anzunähern.

„Manchmal ist es hilfreich, wenn sie bisschen reduzieren und merken, dass es ihnen gar nicht besser geht, sondern dass es sogar schlechter wird. Dann können sie selbst sagen: ‚Na ja, es scheint ja doch mit dem Medikament zu tun zu haben, dass es mir besser geht und so.‘. Das hat schon öfter mal geklappt. Dass sie das so ein bisschen ausprobieren und da 'n Spielraum haben.“

Nur, wenn es nicht gelang, dass sich Arzt und Patient annähern und gleichzeitig aus seiner Sicht eine Gefährdung des Patienten eintrat, sah er sich in der Verpflichtung, die gewährende Haltung zu verlassen und seine „Autorität als Arzt“ einzusetzen. Im Interview wurde allerdings deutlich, dass diese Art der Zusammenarbeit ihm widerstrebt und er nicht von ihrer Wirksamkeit überzeugt war.

- A: (...) gerade bei Frau Christ zum Beispiel// im Prinzip war's mir ja schon klar, dass das nicht klappen kann. Hab es dann so laufen lassen, und ich frage mich auch, was ich für Möglichkeiten gehabt hätte. Bei manchen sag ich, es klappt nicht, aber die machen's halt trotzdem
- I: Und was wäre dann ein strafferes Vorgehen in dem Fall?
- A: Ja, noch mal deutlicher zu versuchen, meine Autorität als Arzt noch mal so ins Spiel zu bringen, zu sagen, also ich hab lange Erfahrung, und es ist eigentlich jetzt schlecht, wenn Sie das machen. Dass ich also 'n bisschen Druck mache eigentlich schon so, ne.
- I: Und warum hast du's bei ihr nicht getan?
- A: Ich hatte das Gefühl, dass es keinen Sinn ergeben würde, wobei ich jetzt, wo wir das gem// weil das keine gemeinsame Erfahrung war bisher. Wenn sie jetzt noch mal zurückkommt, dann haben wir beide die gemeinsame Erfahrung, dass es jetzt an der Stelle so nicht geklappt hat, dann können wir uns beide darauf beziehen auch. Aber weil man natürlich immer fragen kann, man kann sich ja auch ändern, und 'ne Entwicklung machen, und es kann dann trotzdem irgendwann der Zeitpunkt kommen, wo sie wieder sagt, keine Medikamente, wo es dann vielleicht adäquater wäre, da muss man sehen, das noch mal zu versuchen. Ist für mich auch schwierig. Also einerseits gibt's diesen Druck von Patienten, möglichst viel Lebensqualität haben zu wollen, und also keine Medikamente, andererseits gibt's natürlich auch die andere Seite, dass wenn sie immer wieder in die Klinik kommen, dass das ja auch schlecht ist für sie, und dass es sie destabilisiert, dass es so'n Triggereffekt haben kann, und sich dazwischen zu bewegen.

Eher als massiven Druck auszuüben, schien es sein Vorgehen zu sein, den Patienten bei Uneinigkeit seine **Haltung deutlich zu machen**, aber gleichzeitig anzuerkennen, dass er kaum Möglichkeiten habe, sie an ihrem Vorgehen zu hindern. In der Darstellung von Herrn Dr. Fried fällt auf, dass er den Patienten bei Konflikten auch **verbal viel Entscheidungsspielraum** ließ. Die Strategie, unter Berufung auf die eigene Expertenrolle den Patienten Angst zu machen, wenn sie einen anderen Weg gehen wollen als er für sinnvoll hält, findet sich in seiner Darstellung nicht wieder. Vielmehr betonte er seinen Standpunkt, ließ aber noch viel Raum für die Sichtweise des Patienten, die gleichberechtigt daneben stehen bleiben konnte. Gleichzeitig wird an seinen Schilderungen deutlich, dass er sein Expertenwissen nicht als endgültig ansah – er hielt es für möglich, dass zu einem anderen Zeitpunkt in der Behandlung

beispielsweise das Ziel der Patienten, Medikamente abzusetzen, gelingen könnte und damit seine Befürchtungen, die auf Erfahrungen mit anderen Patienten beruhen, unberechtigt waren.

„Manchmal sag ich einfach: ‚Okay, jetzt hab ich keine Chance, ich kann argumentieren, wie ich will, Sie wollen jetzt einen anderen Weg gehen, dann kann ich nur sagen, ich sehe es anders, und [werde] aber trotzdem akzeptieren, dass Sie es jetzt nicht tun.‘. Das gebe ich ihnen dann mit auf den Weg und sage: ‚Okay, wir sind verschiedener Meinung, ich sag noch mal deutlich, dass ich's anders sehe.‘ Und dann denke ich, ich kann es verantworten bei bestimmten Patienten, sie trotzdem das machen zu lassen.“

Nur wenn Patienten, die er für gefährdet hielt, ohne abzusagen Termine bei ihm nicht einhielten und er deshalb nicht die Möglichkeit hatte, ihren Zustand einzuschätzen oder in Fällen, in denen Patienten akut gefährdet waren, aber trotzdem nicht in die Klinik gehen wollten, ließ er sie gegen ihren Willen einweisen und nutzte dazu auch den Sozialpsychiatrischen Dienst.

I: Und wenn du's nicht verantworten kannst?

A: Dann würde ich den SpD benachrichtigen und würde sagen, jetzt find ich es gefährlich. Und vor allem, wenn sie dann nicht mehr herkommen und wir nicht mehr gemeinsam sprechen.

„Aber ich kann hier auch deutlich werden, ich hab ja auch schon Patienten eingewiesen und ihn fast in den Krankenwagen reingedrückt, reingeschoben, weil er nicht reingehen wollte, ne. Weil er sich irgendwann dann// er war dann so hin- und her gerissen, er konnte diese Entscheidung selbst nicht mehr richtig treffen, dann wäre die Alternative gewesen, Polizei, das wäre natürlich noch heftiger geworden, ne.“

6.1.2.3.5 Die Zusammenarbeit begünstigende bzw. behindernde

Patienteneigenschaften

Herr Dr. Fried sah die Zusammenarbeit mit psychotischen Patienten als besonders stark geprägt durch deren Krankheit an. Da die **Beziehung zu anderen Menschen ein Hauptproblem** bei Psychosen sei, sei auch die Beziehung zum Arzt davon nicht ausgenommen.

„Ich finde, dass die Zusammenarbeit zwischen Arzt und psychotischem Patienten sehr komplex ist (...), da liegt ja die ganze Beziehung drunter, die ja das Problem an sich ja ist in der Krankheit.“

„Und andererseits weiß ich aber auch, dass es einfach auch ein Kennzeichen der Krankheit ist, einen Feind haben zu wollen.“

„(...) manche ziehen sich zurück, über Wochen, Monate, und kommen dann mal wieder, leben wahrscheinlich ein sehr eingeschränktes Leben in der Zwischenzeit.“

Das Problem entsteht seiner Ansicht nach durch die **unsicheren Außengrenzen** der Patienten. Damit hätten sie autoritärem Verhalten eines Arztes im direkten Kontakt

oft nicht viel entgegen zu setzen, und durch zu große Nähe bzw. zu großes Verständnis des Arztes ihnen gegenüber sei für sie nur schwer auszuhalten.

„(...) das kann ich sagen von meiner Erfahrung, natürlich haben sie einem nicht so stark was entgegenzusetzen, sie sind irgendwie weich und können natürlich auch in gewisser Weise dann autoritativ behandelt werden.“

„(...) zu großes Verstehen hat dann die Gefahr für den Patienten, er fühlt sich dann// die Grenzen lösen sich auf, und das iss grad für'n Psychotiker also wieder angsterregend.“

Vor dem Hintergrund der Einschränkung, dass der Beziehungsaufbau mit Menschen mit Psychosen besonders anstrengend sei, beschrieb Herr Dr. Fried den „idealen Patienten“ als einen, mit dem ein „**Grundkonsens**“ bestehe. Er sprach hiermit das **Passungsverhältnis** zwischen Arzt und Patient an. Zu große Übereinstimmung zwischen Arzt und Patient hielt er allerdings für schwierig, weil der Arzt dann Gefahr laufe, bestimmte Themen zu übersehen. Konflikte in kleinerem Ausmaß hielt er für produktiv.

„Ich glaube, es gibt den idealen Patienten nicht, der ideale Patient darf eben nicht zu//man darf nicht zu sehr miteinander übereinstimmen, dann besteht wiederum die Gefahr, dass man blinde Flecke bekommt, ist ja wie in einer Partnerbeziehung, wenn man zu starke Kollusion betreibt, sich in zu vielen Bereichen einig ist, dann übersieht man zentrale andere Dinge, und dann kommt's irgendwann mal, fliegt der Laden in die Luft, und das iss ja (xxx) auch in der Behandlung so, dass manchmal Reibereien ganz gut sind (...)//gerade beim Psychotiker sind die verschiedenen Standpunkte wichtig (...). Also da kann es auch was ganz Gutes sein, dass er merkt, ich bin 'ne andere Person, ich bin nicht allwissend, ich muss nachfragen, öfter, und bin auch nur ein Mensch, hab Grenzen. Und da hab ich keine Omnipotenzvorstellungen. Der ideale Patient ist auf//es gibt einen Grundkonsens, das wäre für mich der ideale Patient dann der, wo 'n Grundkonsens besteht.“

Wie Frau Luhna bevorzugte auch Herr Dr. Fried Patienten, bei denen eine **Möglichkeit zur Veränderung** gegeben ist. Als spannend bezeichnete er junge Patienten, die zum ersten Mal erkrankt sind und zu diesem Zeitpunkt sehr motiviert seien. Hier sei die Bereitschaft der Patienten noch sehr groß, etwas in ihrem Leben zu verändern. Gleichzeitig würde aus seiner Erfahrung trotz dieses Tatendrangs der Patienten die Krankheit oft weitergehen, was er als einen sehr frustrierenden Prozess beschrieb. Außerdem sei gerade bei Patienten mit Psychosen die Bereitschaft besonders gering, die Diagnose und damit verbunden eine von nun an dauernde Vulnerabilität anzunehmen. Das mache ärztliche Interventionen schwierig.

Einen seiner Patienten beschrieb er als „erfreulichen“ Patienten, denn dieser habe es geschafft, trotz seiner Psychose ein anspruchsvolles Studium zu absolvieren, habe nun Aussicht auf eine Stelle und sei in der Lage, eigenständig seine Medikamente sinnvoll einzusetzen. Er bezeichnete ihn als „Lichtblick“. Diese Formulierung lässt darauf schließen, dass Herr Dr. Fried diese positive Entwicklung als Hoffnung

machende Ausnahme empfand. Das oben beschriebene Bild von Patienten mit Psychosen war pessimistischer und hob eher Eigenschaften hervor, die die Zusammenarbeit mit einem Arzt behindern. Gleichwohl waren diese Patienten in seiner Wahrnehmung offenbar eher die Regel.

- A: (...) das ist sogar 'n richtig//sehr erfreulicher Patient, weil er sein Studium wieder aufgenommen hat, und hat jetzt die Abschlussarbeit geschrieben und kriegt wahrscheinlich sogar 'ne Stelle, und das ist natürlich ganz klasse, das ist ne ganz tolle Entwicklung, wobei man sagen muss, dass er eine gesamte Energie da rein gesteckt hat, und das geht auf Kosten (des Beziehungsraums?), er hat fast keine sozialen Kontakte. Nur dort auf der Arbeit, was schon für ihn sehr viel ist, aber es ist natürlich für ihn unheimlich toll, ne. Bin auch sehr glücklich darüber.
- I: Ist ja schön! Also vielleicht versuch ich ja dann noch mal irgendwie [ihn für ein Interview zu gewinnen].Er hatte offenbar schon zugestimmt, weil ich ihn auf meiner Liste habe.
- A: Ja, das fände ich auch sehr schön, denn er würde bisschen Gegengewicht geben, das ist einer von denen, die eigentlich so'n Lichtblick sind, und wir sind auch sehr// wenn's um die Medikamente geht, dass er das auch sehr in weiten Bereichen so entscheidet, und ganz gut handhaben kann.

Schwierig für das Etablieren einer Behandlung seien Patienten, deren Störung so massiv sei und deren Fähigkeit, Beziehungen konstant aufrecht zu erhalten, so stark beeinträchtigt sei, dass sie die Behandlung im ambulanten Rahmen kaum aufrecht erhalten könnten.

„(...) manche Patienten sind auch so schwer gestört, die können sowieso es gar nicht aushalten, dass ne Beziehung kontinuierlich läuft (...).“

„(...) dann waren auch einige Delinquente, und die einfach ganz viele Abbrüche schon hinter sich hatten, und da war für mich eigentlich auch klar, dass es 'n Wunder wäre, wenn sie jetzt hier ausgerechnet dann dauernd bleiben würden.“

Auch seien zu unterschiedliche Konzepte von dem Umgang mit der Erkrankung schwierig für die Behandlung. Patienten, die von antipsychiatrisch orientierten Einrichtungen geschickt wurden, erlebte Herr Dr. Fried als besonders schwierig, denn er fühlte sich durch deren Haltung der Psychiatrie gegenüber in seiner Professionalität grundsätzlich infrage gestellt.

- A: Ich finde am schwierigsten die Patienten, die aus'm Weglaufhaus kommen, die mag ich auch nicht, kann ich sagen. Weil ich immer wieder in diese Feindesrolle gesteckt werde und also darin gefäll ich mir nicht, das mag ich einfach nicht so, da als Buhmann dann dauernd fungieren zu müssen. Das weiß ich immer schon vorher, wenn 'n Patient aus'm Weglaufhaus kommt, wird's immer ganz kompliziert, dann muss man äußerst vorsichtig sein, alles// man ist sowieso der Buhmann letztlich irgendwie. Macht nicht so'n Spaß.
- I: Aber du schickst sie auch nicht direkt gleich oder so was?
- A: Nee, ich schick sie nicht direkt weg (...) es ist paradox, man kann als Psychiater nicht antipsychiatrisch sein. Ich versuche dann irgendwie, noch mal 'n größeren Raum herzustellen, ich versuche innerhalb der Psychiatrie auch die Antipsychiatrie mit zu denken. Das ist natürlich schwierig. (...) die Patienten haben schlechte Erfahrungen gemacht, keine Frage. Aber es ist auch ganz viel Projektion mit//spielt mit ne Rolle. Und das muss man irgendwie auseinander kriegen dabei.

Aber auch Patienten, deren Verhalten extrem von der Norm abwich und die Umwelt negativ beeinflusste, waren für Herrn Dr. Fried ein schwieriges Klientel. Hier trug auch er dazu bei, dass eine Behandlung nicht dauerhaft zustande kam, indem er die Patienten nicht „so offen“ aufnahm wie er es bei anderen tat und damit einen

Behandlungsabbruch provozierte.

- I: Hast du eine Idee, ob es bestimmte Leute sind, die gehen, die nicht mehr kommen?
A: (...) sind eigentlich wenige gegangen. Mit einigen hab ich schon Probleme gehabt, so ist es nicht. Also da war mal einer, ich glaube, der wird von keinem Arzt hier im Bezirk geliebt, der völlig umtriebig war, gleich das ganze Wartezimmer umgeräumt hat (...). Das fand ich schwer erträglich für mich, und dann war ich wohl auch sehr deutlich, und trotzdem kam er noch mal wieder, hat sich noch mal einen Termin geben lassen, ist dann aber doch nicht gekommen, also ich denke, dass er schon gemerkt hat, dass ich ihn nicht so offen aufgenommen habe

Allerdings schien dieser Fall ein Extremfall zu sein. Ansonsten zeigte Herr Dr. Fried sich bereit, auch Patienten zu behandeln, die nur einmal im Jahr kamen und zu würdigen, dass sie es überhaupt schafften, zu ihm zu kommen.

- A: Und manche sind auch, die kommen einmal, kommen dann in einem Jahr wieder, und kommen in ganz großen Abständen (xxx) das gibt's ja auch, ne.
I: Und wie gehst du dann damit um?
A: Für mich ist das dann okay, ich versuche da nicht irgendwie, ihnen die Pistole auf die Brust zu setzen, ich denke, es geht erst mal darum, dass sie wahrscheinlich große Schwierigkeiten haben, ich find es immer gut, wenn sie überhaupt den Weg hierhin finden.

Und auch, wenn er die Behandlung von Patienten mit sehr negativen Verläufen chronischer Psychosen mit Depotspritzen als ein **Dokument der Resignation** beschrieb und damit verdeutlichte, dass diese Gruppe von Patienten nicht zu seiner bevorzugten gehörte, weil „keine Heilung mehr zu erzielen“ sei, betonte er, dass er auch diese Patienten sympathisch finden könne (**Sympathie für Patienten**). Er führte als Beispiel Herrn Dietz an, einen Patienten, der aufgrund intensiven Alkoholkonsums und wiederkehrender Psychosen immer wieder im Krankenhaus lande, sich dort aber jedes Mal nach einem Tag entlassen lasse. Obwohl dieses Verhalten aus ärztlicher Sicht sehr kontraproduktiv für eine gelungene Behandlung ist, versuchte Herr Dr. Fried, Verständnis für ihn aufzubringen und sein Verhalten zu tolerieren. Konflikte in der Zusammenarbeit entstanden daraus, dass Herr Dr. Fried offenbar immer weniger bereit war, Herrn Dietz bei der Klinikeinweisung zu unterstützen.

„(...) es gibt natürlich Patienten, die man lieber behandelt, und welche, die man nicht so gerne behandelt. Also zum Beispiel bei den Psychotikern sind natürlich die Chronifizierten, die dann hier zur Depot-Spritze kommen, das ist natürlich auch dann zum Teil so ein Dokument der Resignation, also (xxx) das ist natürlich, macht nicht so einen Spaß dann, wo jetzt irgendwie klar ist, es läuft schon seit vielen Jahren die Krankheit, man wird jetzt keine Heilung mehr erzielen. Man muss das Defizit//man muss dem ins Auge sehen, man muss das irgendwie

handhaben, das macht nicht so einen großen Spaß. Wo irgendwie klar ist, es wird nie dazu kommen, dass die mal ohne Medikamente sein könnten, und sie werden öfter immer wieder in die Klinik kommen müssen, wie Herr Dietz zum Beispiel, der sich immer so in so einer ganz// richtig ne Gradwanderung dann macht, ne. Und trotzdem kann ich auch solche Patienten sympathisch finden, ich find ihn auch sympathisch, allerdings, es gibt dann auch, gerade auch das entwickelt sich dann so (...) der geht in die Klinik und er weiß genau, nach einem Tag [wird er sich] entlassen lassen, obwohl es nicht sinnvoll ist. Er kann es da nicht aushalten, was soll man da machen, man muss es irgendwie tolerieren.“

Anders als Frau Luhna machte Herr Dr. Fried keine Psychotherapie mit psychoseerfahrenen Patienten. Er empfand die Therapie mit dieser Patientengruppe als zu anstrengend und schreckte davor zurück, sich auf eine mehrjährige psychotherapeutische Beziehung einzulassen.

„(...) mit der therapeutischen Arbeit von Psychoseerfahrenen, da schreck ich zurück, ehrlich gesagt. Ich hab bisher einen Patienten behandelt und der ist jetzt im Augenblick in der Tagesklinik, und ich find das unglaublich anstrengend. Meine Kollegin ist da, glaub ich, ein bisschen euphorischer//(...) ich muss das sehr, sehr langfristig angehen. So einen psychotischen Patienten in Therapie zu nehmen, heißt eigentlich, sich dann auf sehr viele Jahre einzustellen und das ist mir zur Zeit noch 'n bisschen viel. Kann ich für mich erst mal sagen, das ist so 'ne Grenze für mich, dass ich die lieber inner Sprechstunde behandeln möchte. Und dann vermittele ich natürlich zu Therapeuten, sofern es möglich ist.“

6.1.2.3.6 Wahrnehmung der eigenen Rolle im Patientenkontakt

Herr Dr. Fried sah seine Rolle in der Zusammenarbeit mit Patienten in einer Mischung aus **väterlicher, freundschaftlicher und Beraterrolle**. Ähnlich wie in einer Freundschaft versuche er, sich in die Lage der Patienten hineinzusetzen und ihnen nahe zu sein. Auch die **Verbindlichkeit** im Kontakt war ihm wichtig. Gleichzeitig hielt er es nicht für sinnvoll, die **Gegenseitigkeit**, die in einer Freundschaft idealerweise gegeben sei, mit Patienten zu realisieren. Während er der **Ansprechpartner** für die Probleme der Patienten sei, vermeide er es, umgekehrt den Patienten auch seine Belastungen zu zeigen, auch wenn es ihm nicht immer gelänge, sie vor den Patienten zu verbergen.

Die Rolle des Beraters nimmt diese Einseitigkeit auf, erschien ihm jedoch zu unpersönlich und unverbindlich.

Mit der väterlichen Rolle schließlich verband er seine Eigenschaft als **Grenzssetzer in Krisenzeiten**. Ausgestattet mit der väterlichen Autorität treffe er dann auch Entscheidungen gegen den vorgetragenen Willen der Patienten, wenn er den Eindruck habe, sie wären nicht in der Lage, selbst zu entscheiden.

I: Wenn du 'n Motto oder Bild wählen solltest für deine Art der Zusammenarbeit mit Patienten, was wäre das für'n Bild oder Motto?

- A: (...) Also irgendwas Väterliches glaub ich könnte man vielleicht als Attribut nehmen. Väterlich, oder ob ich jetzt Freund oder Berater sagen soll, in dieser Richtung irgendwie (xxx) wäre ein idealisiertes Bild vielleicht.
- I: Freund oder Berater wäre idealisiert, oder
- A: Freund oder Berater, da kann ich mich nicht so richtig festlegen, ich glaub vielleicht ne Mischung aus beidem. Freund ist ja zu nah, Freund würde ja auch beinhalten, dass von mir jetzt was rüberkommt, das ist ja eigentlich gar nicht sinnvoll. Ich denke, dass sie ganz viel spüren, also es ist schon vorgekommen, dass sie wirklich sehen, wenn's mir schlecht geht und das hat dann so was Entlarvendes, aber ich will ja nicht mein Zeugs aufbürden, das soll da gar nicht passieren, also da muss ich auch schon diese Distanz immer einhalten, weil es ja auch zu viel werden kann. Also auch ne Zurückhaltung iss wichtig, 'ne Zurückhaltung meiner Person, dass die nicht zu aufdringlich wird, ist auch wichtig für mich. Weil ja auch diese Überflutungsängste ne Rolle spielen. Ich hab ja auch mal als Amtsarzt im SpD gearbeitet, und weiß von daher auch, dass es manchmal einfach nötig ist, gegen den Willen des Patienten einzuschreiten, gegen den bewussten, vorgetragenen Willen, und dann, dass dann einfach bei Gefahr im Verzug auch manchmal das die letzte Möglichkeit darstellt, was ich hier natürlich nicht mache. (...)
- Berater ist vielleicht bisschen zu unpersönlich dabei, aber Berater würde es schon// * ja, und Berater iss vielleicht auch 'n bisschen zu unverbindlich, da wäre das Väterliche wichtig, dass manchmal eben auch ich ja sozusagen stellvertretend was entscheiden muss und sagen muss. Was auch schwer ist, ich hab hier bei weitem nicht so viel Mittel wie in der Klinik oder in anderen Institutionen, das ist mir auch ziemlich schnell klar geworden, ne. Und da ist man hier schon, hat man weniger Macht.

Seine Rolle als **verbindlicher Begleiter** umfasste somit sowohl Krisen- als auch krisenfreie Zeiten

- I: Und was ist deine Aufgabe da ?
- A: Ja, die darin zu begleiten und darauf hin zu wirken, dass sie das [Vulnerabilität, geringere Belastbarkeit, chronische Erkrankung] akzeptieren. Und dann diese ganzen Dinge im einzelnen zu begleiten, ne. Was gerade ansteht. Sowohl jetzt zu besprechen, was jetzt ansteht, als auch (...) mögliche Konflikte, und so weiter.

6.1.2.4 Herr Dr. Handtke

6.1.2.4.1 Hintergrund des Handelns („Motor“)

Zu dieser Kategorie kann ich bei Herrn Dr. Handtke kaum Aussagen machen, da er seinen beruflichen Werdegang und den Hintergrund seines aktuellen Handelns in der Praxis im Interview nicht thematisiert hat. Einzig zum Schwerpunkt seiner Arbeit hat er Aussagen gemacht. Er sah ihn im Bereich der **Neurologie** und der „**Organologie**“ und grenzte sich damit gegen seinen Kollegen Herrn Dr. Becker ab, den er als sozialpsychiatrisch arbeitend beschrieb. Auch, wenn er in der Gemeinschaftspraxis ebenfalls psychiatrische Patienten übernehme, sah er sein Haupttätigkeitsfeld nicht dort.

„(...) ich komm ja von meiner Ausbildung her, einen Schwerpunkt hab ich in der Neurologie auch und Epileptologie und Organologie, während mein Kollege eher aus der Psychiatrie von Hause aus eher kommt. Und so, diese sozialpsychiatrische Ecke ganz schwerpunktmäßig macht. Und die mach ich auch mit, aber nicht in dem Umfang wie er, weil mich die Neurologie natürlich auch von früher her mehr interessiert, und das ergibt sich dann.“

6.1.2.4.2 Behandlungsziele

Herr Dr. Handtke beschrieb, dass sich seine Behandlungsziele für die Zusammenarbeit mit psychoseerfahrenen Patienten im Laufe der Zeit verändert hätten. In vielen Fällen strebe er heute nicht mehr an, die Arbeitsfähigkeit der Patienten wieder herzustellen. Statt dessen lege er sein Augenmerk auf eine **Verbesserung der Lebensqualität**, worunter er ein „Minimum an emotionaler Stabilität, sozialer Tragfähigkeit, Kontaktnahme“ und körperliche Betätigung fasste. Er nannte hier Kontakte zu „Patientenclubs“ und zu Freunden. Ziel dessen sei, die Patienten zu unterstützen, „aus der völligen Isolation rauszukommen“ (**Teilhabe an sozialer Umwelt fördern**).

„Ich denke, dass für mich, vor vielen Jahren, vor allem bei jüngeren Psychosepatienten, ein Ziel zunächst mal schien, also, die Arbeitsfähigkeit wieder herzustellen. Also da bin ich aber dann doch in Einzelfällen doch sehr abgerückt und denke, dass wirklich dann statt dessen für mich die Lebensqualität im weitesten Sinne jetzt wichtiger ist. Das heißt, dass auch n Minimum an emotionaler Stabilität, sozialer Tragfähigkeit, Kontaktnahme und auch, was auch immer man unter Selbstverwirklichung, was man körperlich und sonstige Betätigungen, über Patientenclubs oder auch mit Freunden oder in irgend einer Weise, um aus der völligen Isolation rauszukommen, sinnvoll gegeben scheint.“

Er sah die **Behandlungsziele in Abhängigkeit von der sonstigen Betreuungssituation der Patienten**. Wenn ein Patient außerhalb der ärztlichen Behandlung in einem engmaschigen Betreuungskontext eingebunden sei, reduziere sich seine Aufgabe.

Als weitere Ziele formulierte er die **regelmäßige Einnahme der Medikamente** sowie das **zuverlässige Wahrnehmen der Termine** durch die Patienten. Ggf. unterstütze er diese, indem er Patienten, die ihren Termin nicht wahrgenommen haben, von der Sprechstundenhilfe anrufen lasse.

„(...) und zu versuchen auch, dass die Compliance, die regelmäßige medikamentöse Versorgung auch von ihnen akzeptiert und gesichert ist. Ja, also, ganz banal, also auch wenn sie zum Beispiel ne Depotspritze kriegen, dass die Termine hier wahrgenommen werden und dass wir auch dann hier ne Absprache haben, das machen wir nicht bei allen Erwachsenen, bei Gott nicht, aber bei schwerkranken Psychosepatienten oder bei solchen, die, wo wir wissen, dass wenn die die Medikation dann absetzen, dass die dann unweigerlich irgendwo mit ner Zwangseinweisung oder irgendwas rechnen müssen, dass wir da hinterher telefonieren oder sie anschreiben.“

Er versuche, den Patienten **sein Krankheitsverständnis zu vermitteln**. Er verstand Psychosen als Ausdruck einer Nervenerkrankung, die eine „Krankheit [sei], wie jede

andere auch“ und die ausgelöst werde durch Stoffwechselstörungen. Sein Verständnis von Psychosen betonte somit sehr stark den organischen Aspekt und weniger psychosoziale Entstehungsfaktoren. Auch er versuche, die Ansicht bei den Patienten zu etablieren, dass die Krankheit nicht etwas sei, das von außen komme.

„Man kann auch als ein Ziel sagen, bei Patienten, die ne sehr produktive Symptomatik haben, psychotische Symptomatik, und die mit den Medikamenten teilweise sehr sich schwer tun, die dahingehend auch zu unterstützen, dass das irgendwie nicht irgendwas ist, was Ihnen von außen passiert, sondern dass es ne Krankheit ist wie jede andere auch, sie also in dem Sinne in ein Normalitätsverständnis reinzubringen, hinzuführen (...).“

„Dann versuch ich einfach schon, mit edukativen Methoden, zum Teil kann man das versuchen, dass man dann Verständnis fördert, dass eben ne Nervenkrankheit, Nervenerkrankung, zumindest diese schizophrenen, schizoformen Psychosen oder auch diese affektiven Psychosen ja doch auch irgendwas haben, was mit Stoffwechselprozessen zu tun hat, und wo man mit den Substanzen versucht einfach, diese Stoffwechselstörungen zu balancieren, auszugleichen oder dass die Rezeptoren, die da nicht richtig besetzt oder falsch besetzt sind, dann wieder in ein Gleichgewicht gebracht werden. Das lässt sich eigentlich bei doch etlichen Leuten doch ganz gut vermitteln.“

6.1.2.4.3 Gelungene Zusammenarbeit

Herr Dr. Handtke sah die ambulante Behandlung als maßgeblich geprägt von der Entscheidungsfreiheit der Patienten. Die Einflussmöglichkeiten des Arztes hielt er für stark beschränkt und interpretierte die Frage nach Mitbestimmung eher in dem Sinne, inwieweit der *Arzt* Einfluss nehmen könne. Er betonte, dass er seine Einflussnahme eher verstanden wissen möchte als die Möglichkeit, seine Meinung zu äußern, als tatsächlich *mitzubestimmen (Patient bestimmt, Arzt redet mit)*.

„Ich denke, ein Patient, der hier ambulant mit betreut wird, der hat ne Menge mitzubestimmen, fast alles eigentlich.“

„Ich würde vielleicht, was die Frage des Absetzens, was die Medikamente angeht, gerne auch noch mitreden und sagen, das möchte ich nicht. Aber wenn er jetzt bestimmen möchte, dass er's nicht nimmt, dann nimmt er's nicht, dann denk ich, mal ganz abgesehen davon, ich hab ja auch gar keine Handhabe. Er ist ja letztlich dann über seine eigene Situation auch sein Herr, aber mitbestimmen? Ich würde dann gerne mitREDEN.“

Als Themen, bei denen er gerne mitreden wolle, benannte er das Absetzen der Medikamente und den Wiedereinstieg in den Beruf. Er sah sich dann in der Rolle desjenigen, der den Patienten zu einem langsamen Vorgehen rät und darauf einwirkt, dass sie sich nicht überfordern.

„(...) ich würde dann gerne auch mitreden, wenn's da um irgendwelche Rehabilitationsbemühungen geht. Jemand, der, weiß ich, wieder berufliche Rehapläne hat, ja? Jemand, der zum Beispiel studiert hat und mehrere schwerste psychotische Schübe hinter sich hat und einfach auch vielleicht so ne latente Restproduktivität und einfach im Ganzen, sagen wir mal so, in seinem gesamten Gefüge einfach sehr, ja, sehr verunsichert und wenig von dem Spannungsbogen, den man vielleicht für 'nen anspruchsvollen Beruf dann braucht, dass ich dann immer rate, so stufenweise erst mit leichteren Schritten anzufangen, als dass man sich gleich wieder sozusagen, ins Oberseminar vom Juraexamen oder sonstwo rein begibt.“

Gleichzeitig machte er deutlich, dass er das Ausmaß, zu dem er den Patienten die Entscheidungen überlasse, von ihrem Gesamtzustand abhängig macht (**Mitbestimmung abhängig vom Zustand**). Je chronischer und schwerer der Verlauf, desto stärker seien seine Versuche Einfluss zu nehmen.

„Also, ich mach das [Maß an gewährter Mitbestimmung] auch so'n Stück abhängig, man kann das auch nicht so über einen Kamm geschoren sagen. Also jemand mit 'ner schizoaffektiven Psychose, merkt man ja, wenn der schon einigermaßen remittiert ist, dass der von seiner gesamten Persönlichkeit weniger, sagen wir mal so von der Differenzierung her, dass dem's besser geht, als jemand der fünf, sechs Mal über mehrere Monate hochpsychotisch mit 'ner schizophrenen Psychose, schizoformen Psychose. (...) der in so (...) 'ne residualpsychotische Symptomatik reingekommen ist.“

Auch Herr Dr. Handtke hielt die **persönliche Beziehung** zwischen Arzt und Patient für ein wichtiges Bindeglied in der Behandlung. Dabei sprach er das **Passungsverhältnis** zwischen Arzt und Patient an, die Grundvoraussetzung, dass Arzt und Patient „miteinander können“. Auch der **gegenseitige Austausch** sowie das **gegenseitige Vertrauen** seien wichtige Bestimmungsstücke. Das Vertrauen der Patienten zum Arzt sah er zudem als Voraussetzung für deren Bereitschaft an, Medikamente einzunehmen. Die gute Beziehung zum Arzt erscheint so wie ein Mittel zum Zweck, um die Bereitschaft der Patienten zur Medikamenteneinnahme zu fördern.

- I: Welche Rolle spielt eigentlich die persönliche Beziehung, die Sie zu Patienten haben, für die Behandlung?
A: * Na, ich hoffe, ne wichtige! (lacht)
I: (lacht)
A: Was wollen Sie da hören?
I: Na, ist die Frage, ob's Ihre Wertung ist. Also, halten Sie die für zentral, oder
A: Ich denk schon, dass es 'ne zentrale Frage ist, die Arzt-Patienten-Beziehung, dass die, dass das Miteinander-Können und dass es, man sich miteinander austauschen und vertrauen kann, schon ganz wichtig ist. Ich glaube auch, dass die Möglichkeit, wenn das Vertrauen zu dem Arzt da ist, dass auch die Bereitschaft, 'ne Medikation einzunehmen, 'ne ganz andere ist, als wenn das nur so mit schwarze Pädagogik, also wenn da nur so Druck von außen da ist, ja?

Sein Beitrag, um das Vertrauen der Patienten zu wecken, sei es, **begrenzt**es **Mitgefühl** für ihre Situation zu zeigen und emotional mitzuschwingen, wobei er betont, dass dieses Mitschwingen sich von einem tatsächlichen Mitleiden unterscheidet. Dieses Vorhaben gelinge ihm unterschiedlich gut.

Wichtig sei dafür jedoch in jedem Falle die **Zeit**, die er Patienten zur Verfügung stelle. Da er die zusätzlich aufgebrauchte Zeit nicht extra abrechnen könne, zeige sich darin die „relative Wichtigkeit“, die Patienten in seiner Praxis hätten.

- I: Ja. Und wie erwecken Sie Vertrauen bei Patienten? Wie schaffen Sie das?
A: Indem ich versuche, auf den anderen einzugehen, versuche, mit dem, wo er so emotional auch steht, so mitzuschwingen. Nicht in Mitleid jetzt aufzugehen, aber das

Mitgefühl kann ich schon zeigen, und die Betroffenheit. (I: Ja). Nicht, und, ja, ich denke manchmal kommt es besser, deutlich, manchmal weniger deutlich. Aber ich versuch, mir zumindest auch Zeit zu nehmen für die Leute, und ich glaub das tun wir ja hier beide, wird es schon auch da direkt sichtbar, dass der Patient also ne relative Wichtigkeit als Person hat. Von der Ziffer her kann ich die ja abrechnen, ob ich nun fünf oder zwanzig Minuten mit jemandem zusammen bin, ne? (I Ja) Und da gibt's, glaub ich, auch große Unterschiede. (I: Mhmh. Mhmh) *3 Mhh, oder dass ich ihm auch Angebote mache, wenn es ihm schlecht geht, dass er auch anrufen kann, oder wenn er mit der Medikation nicht klarkommt, dass er anrufen kann. (...)

Er bezeichnete die Balance zwischen einem Mitschwingen und Mitfühlen mit der Situation des Patienten und dem Anspruch, ein aus seiner Sicht vernünftiges Handeln wie z.B. die Einnahme von Medikamenten zu forcieren, als eine Gratwanderung (**Gratwanderung zwischen Mitgefühl und Arztperspektive**).

„Was ich tue, um Vertrauen herzustellen? Ich denke manchmal, dass es auch mit der Medikation//wenn die zum ersten Mal so ne Krise hatten, junge Erwachsene, die möglicherweise noch gar nicht zu so 'ner Krankheitseinsicht richtig gekommen sind, und jetzt hier nach dem ersten Krankenhausaufenthalt so wieder einigermaßen einfinden, und dann wieder morgens und abends an ihre abgelaufene Psychose erinnert werden sollen durch die Tabletten, dass denen das also immer ganz schwer fällt. Und dass einfach da, auch trotz dem Bemühen, Verständnis zu wecken, man manchmal so ne Gratwanderung macht, in dem Kontrakt mit dem Anderen weiter gemeinsam zu gehen, ja? Also, ich kann natürlich auch sagen, ich versteh Dich, dass Du diese Tabletten, oder ich versteh Sie, ich sag das jetzt einfach mal, dass Du die Tabletten jetzt nicht mehr möchtest, weil Du auch einfach mit diesen Sachen abgeschlossen haben möchtest, das ist alles sehr verständlich, aber – und dann kann man ganz andere Dinge eben noch mal aufführen. Und meistens kommen wir klar.“

6.1.2.4.4 Umgang mit Krisen und Konflikten

Herr Dr. Handtke erwähnte den Begriff der Compliance im Zusammenhang mit dem Verhalten der Patienten. Hierunter verstand er das Einhalten der Termine und die Einnahme der Medikamente. Allerdings war das Erscheinen eines Patienten zwei Tage nach dem eigentlichen Behandlungstermin für ihn noch nicht als Noncompliance zu werten. Der Konflikt begann für ihn dort, wo ein Patient aktiv die Einnahme der Medikamente ablehnte, weil er annahm, sie nicht mehr zu benötigen. Dann versuchte Herr Dr. Handtke, mit „**edukativen Methoden**“ auf den Patienten einzuwirken und ihnen sein **biologisches Krankheitsmodell** von Psychosen zu **vermitteln**. Diese Modell sieht schizophrene Psychosen im Zusammenhang mit Stoffwechselprozessen. Die Medikamente hätten die Aufgabe, diese „Stoffwechselstörungen zu balancieren“. Auf der Grundlage dieses Verständnisses gelinge es ihm häufig, die Patienten davon zu überzeugen, dass die Einnahme der Medikamente notwendig sei. Wenn allerdings die Nebenwirkungen der Medikamente überwögen, falle es ihm auch vor dem Hintergrund eigener Überzeugungen schwer, die Patienten zu einer Mitarbeit zu motivieren

- I: Sie sagten, wenn ein Patient nicht kommt, kann es sein, dass er zwei Tage später kommt. Versuchen Sie irgendwie auf den einzuwirken? Sie sagten, Compliance sicherzustellen, wie machen Sie das im Gespräch mit ihm?
- A: Also wenn er zwei Tage später wiederkommt, dann sind wir in der Regel auch zufrieden, also, das gilt noch nicht als nicht compliant. Das Problem ist, wenn er nun meint, dass er die Spritze oder die Medikation nun gar nicht mehr braucht, weil ja die Symptome weg sind, ne?
- I: Was machen Sie dann?
- A: Gut, dann gibt es ja verschiedene Möglichkeiten wieder. Dann versuch ich einfach schon mit, edukativen Methoden, zum Teil kann man das versuchen, dass man dann Verständnis fördert (...) Denk am einfachsten ist es, wenn die Wirkung der Medikation so ist, dass sie von den Nebenwirkungen her nicht zu sehr zu Buche schlagen (I: Mhmh). Da wird's natürlich dann, kann's sehr heikel werden, wird's für mich auch sehr schwierig, mit meiner eigenen Überzeugung.

Auch, wenn Patienten eine berufliche Laufbahn anstreben, in der er eine Überforderung wahrnahm, versuchte er, auf sie einzuwirken und ihnen aus seiner Expertenposition **Alternativen vorzuschlagen**. Allerdings versuche er nicht, ihnen ihre Idee einfach auszureden, ihnen Angst zu machen und auszumalen, dass sie das niemals schaffen würden, sondern lenke den Blick auf andere, zusätzliche Möglichkeiten. Wenn ein Patient darauf nicht eingehe, belasse er es dabei.

- A: (...) und will ein Hochschulfernstudium machen. Und alle Leute, die mit ihm zu tun hatten, haben ihn da auch versucht zu bewegen, zu, flexibler da auch zu sein, gibt's denn nicht auch andere Alternativen, falls das aus irgendeinem Grund nicht klappt?
- (...)
- I: Darf ich noch mal kurz mal bei dem bleiben. Was ist denn da Ihre Rolle? Wenn Sie sagen, alle anderen haben auch schon gesagt, versuch's anders zu machen, was ist denn Ihr//also mit ihm in der Zusammenarbeit, was ist denn Ihr Job dann, worin sehen Sie den?
- A: Na, ich versuch schon so'n bisschen auch, erst mal ihn dort zu nehmen, wo er steht. Also, dass ich das nicht ihm so auf ne pädagogische Art so einfach ausrede, sage, das schaffst Du nie und das geht nicht. Sondern dass ich einfach zu bedenken gebe, das wäre eine Möglichkeit, aber man kann ja verschiedene andere auch noch mal ins Auge fassen, wie sieht das aus, ja? Und da ist er aber gar nicht drauf eingegangen. Es gäbe nur das Eine für ihn, und dann hab ich das erst mal so stehen lassen.

Auch, wenn ein Patient eigenständig die Dosierung der Medikament ändern würde, sei er bereit mitzugehen. Ihm wäre es nur wichtig, dass die Patienten diese Änderungen mit ihm besprechen und regelmäßig mit ihm in Kontakt blieben. Er sah auch kaum eine andere Möglichkeit, anders auf die Patienten Einfluss zu nehmen, denn sie würden im Zweifelsfall, wenn er zu vehement ein Absetzen verbieten würde, die Medikamente ohne sein Wissen absetzen und das sei gefährlicher. Im Gespräch mit den Patienten versuche er auch, seine Haltung aufgrund seiner langjährigen Erfahrung zu verdeutlichen und sie auf möglicherweise auftretende Begleiteffekte hinzuweisen (**Expertensicht verdeutlichen; Haltung begründen; Autorität als Arzt einsetzen**). Gleichzeitig mache er den Patienten das Angebot, ihn

kurzfristig aufzusuchen oder anzurufen, wenn sie bemerken würden, dass sich ihr Zustand verschlechtere (**Behandlungsangebot aufrecht erhalten**).

- I: Was machen Sie eigentlich, wenn ein Patient, der relativ stabil erscheint, anfängt, die Medikamente eigenständig zu dosieren, also, ohne das vorher mit Ihnen abzusprechen?
- A: (...) es gibt ja (...) das Perazin, das Taxilan, Prometazin oder Neurozil zum Dämpfen, und besseren Schlafen, was ja dann oft sehr sediert, müde macht, und wenn sie das dann so'n bisschen variieren und dann merken, sie kommen ohne, oder haben überhaupt keine Ängste mehr, kann ich damit ganz gut leben. Wenn er bei den anderen vorsichtig reduziert, kann ich das auch erst mal so festhalten. Ich fände es ganz gut, wenn man sich regelmäßig sieht, das miteinander zu besprechen. Das ist auch unterschiedlich, wenn jetzt die Ängste, der Arzt erlaubt's nicht, dann muss ich's selber machen, so. Ich bin eben so, über Jahrzehnte auch die ganze Rückfälle vor Augen, vielleicht vorsichtiger als jemand, der zum ersten Mal vielleicht eine Psychose hatte und dann meint, jetzt hat er's gerade hinter sich, jetzt kann er's wieder weg lassen. Zwischen Absetzen und Reduzieren gibt's ja auch ne breite Palette, ne breite, ja?
- I: Also, wenn das kontrolliert geschieht mit ihrer Absprache, dann...
- A: Ja, also ich denke mir, solange er's mir erzählt und ich dann, das ist eigentlich nicht so//also schwierig find ich's dann, wenn ein Patient einfach die Tabletten weg lässt. Aber der kommt dann meistens auch gar nicht mehr, weil er ja auch eigentlich keine Einstellung mehr zu nichts hat, ja? Oder der ist schon wieder auf dem nächsten Weg zur Klinik, bald, ja? Nicht, so. Aber, wenn jemand, sagen wir mal, weiß ich, abends mal oder morgens, weil er zu müde ist, mal 25 Milligramm weniger nimmt von was und es mir denn so berichtet, damit kann ich erst mal leben und ich muss es halt beobachten, muss kucken. Wenn er wenig hat, wenn er ganz wenig als Erhaltungsdosis hat, dann würd ich ihn dann schon drauf hinweisen, auf die Symptome, die wieder auftreten können, und dass er sich dann mit mir in Verbindung setzt. Oder ich biet an, mich telefonisch anzurufen, wenn's ihm schlechter geht (I: Ahja!), er nicht klar kommt. Oder wenn er meint, auch die Medikation verändern zu wollen.
- I: Ah ja. Dass man das dann telefonisch schneller (A: Ja!Ja!) macht.
- A: Ja! Ja, wenn der Abstand der Termine so groß ist, dass er meint, das müsste er jetzt machen, aber die trauen sich dann oft nicht. Die wollen dann in der Praxis nicht stören sozusagen.

Wenn Patienten ihre Termine nicht wahrnahmen, ließ Herr Handtke die Sprechstundenhilfen bei ihnen anrufen und einen neuen Termin vereinbaren. Dadurch, dass er die Sprechstundenhilfe anrufen ließ, versuchte Herr Dr. Handtke, die Angst und das Schamgefühl der Patienten zu berücksichtigen. Wenn es ein Patient trotz des Anrufes der Sprechstundenhilfe ablehnte, zu ihm zu kommen, sah sich Herr Dr. Handtke in manchen Fällen veranlasst, den Sozialpsychiatrischen Dienst zu informieren und ihn damit zu beauftragen, den Patienten aufzusuchen.

„Also, wenn einer das nun partout nicht macht, (SEUFZT TIEF), dann ist der Zug möglicherweise schon abgefahren, oder wir müssen den Sozialpsychiatrischen Dienst verständigen, dass die n Auge drauf haben, wenn's dann irgendwie wieder dramatischer wird, ja?“

6.1.2.4.5 Die Zusammenarbeit begünstigende bzw. behindernde

Patienteneigenschaften

Herr Dr. Handtke schilderte, wie für ihn ein Patient aussieht, mit dem die Behandlung leicht geht: Er zeige **sozial erwünschte Verhaltensweisen**, sei freundlich, „gut drauf“ und verhalte sich im Rahmen sozialer Normen. Als Gegenbeispiel beschrieb er Herrn Kreiser, der häufig alkoholisiert in die Praxis käme, über seine Stimmen schimpfe und „Belästigungen und Morddrohungen“ ausstoße. Alkoholisiertheit der Patienten schien die Zusammenarbeit ebenso zu erschweren wie deren unregelmäßiges Erscheinen.

- I: Gibt's Patienten, mit denen die Zusammenarbeit da besonders leicht ist? Also, gibt's da Eigenschaften?
- A: Na, es gibt Patienten, die von ihrer Art her, sagen wir mal, die so sozial erwünschten Verhaltensweisen gut ausgeprägt haben, die freundlich, gut drauf sind. Und sagen wir mal, dieses gefällige, erwartungsmäßige, das, was gefällig, erwartungsgemäß und sozial erwünscht ist, darüber verfügen, die sind sicher angenehmere Patienten für uns alle – oder zunächst mal für uns natürlich zu sehen, als, weiß ich, wenn Herr Kreiser polternd, wütend, angetrunken, ja auch schon sein kann, nicht? Schimpfend über die Stimmen und alles, Belästigungen und die Morddrohungen hier auftritt, und man weiß gar nicht, wo man jetzt anfangen soll mit ihm, ja?. Also, selbst Frau Pfleger, so jemand, den man eher noch, von der Sozialisation her, und auch vom Gestörtheitsgrad auch noch, ist ja auch jemand, der auch sehr gestört ist, der kann natürlich einen auch Schwierigkeiten machen, wenn er unter Alkohol, oder unter, ja, oder solchen Einwirkungen dann auch noch hier auftaucht. Oder unregelmäßig kommt, das ist dann schon etwas erschwerend, wenn die Frage in die Richtung geht. (...)

Wenn Patienten immer wieder ihre Termine vergäßen und vom Praxisteam daran erinnert werden müssten, müsse er sich sehr konzentrieren, um nicht mit der Zeit „Ermüdungserscheinungen“ zu zeigen.

„Ja, also auch, wenn jemand öfters immer wieder erinnert werden muss an die Termine, das macht, da muss man dann auch schon ganz konzentriert dabei sein, dass man denn nicht mit der Zeit in so Ermüdungserscheinungen treibt.“

Im weiteren Verlauf des Interviews beschrieb er diese **Ermüdungserscheinungen** auch als Reaktion auf das wiederholte Nichtannehmen der Angebote des Arztes durch die Patienten bzw. den Rückfall in alte, aus Sicht des Arztes ungesunde Verhaltensweisen. Dann gewährleiste er irgendwann nur noch die Grundversorgung und offeriere den Patienten keine weiteren Angebote. Allerdings war der schlechte Gesundheitszustand des Patienten an sich für Herrn Dr. Handtke noch nicht problematisch. Wenn der Patient noch irgendwo erreichbar sei, sei eine Zusammenarbeit zwar schwierig, aber durchaus mit Veränderungspotential behaftet. Wenn allerdings auch die soziale Umgebung des Patienten und er selbst nicht an der

Lösung des Problems interessiert seien, wäre eine Zusammenarbeit sehr schwer möglich.

- A: Nee, Ermüdungserscheinungen einfach so, dass ich, wenn jemand auf verschiedene Vorschläge dann nur einmal hin gegangen ist und es dann wieder hat bleiben lassen, und dann wieder auf seinen Jointkonsum oder seinen Alkohol zu Hause zurückfällt, so, und jetzt niemand so für ihn jetzt zuständig findet, dann wird man einfach in dem Sinne, wenn man ermüdet, dann einfach irgendwann keine Vorschläge mehr machen, kein weiteres Interesse haben, weil die Einrichtungen erschöpfen sich ja irgendwo auch, das alles schon mal abgegrast, und so.
- I: Dann macht man quasi nur noch die Versorgung hier.
- A: Ja. Und sagt: „Wie geht’s?“ und kann man irgendwie // ich meine, denke auch, wenn jemand ein Problem hat, dem ausweicht, ist es auch wieder was anderes, als wenn er sagt, ich hab zusätzlich so mit dem Alkohol und komm nicht klar, oder ich hab diese Psychose gehabt. Mit dem Joint, das war heute morgen einer, der kam jetzt zum zweiten, dritten Mal. Der war ganz verhuscht, ist disziplinarisch aus der Klinik mit ’ner Psychose entlassen worden. Das muss man sich mal vorstellen, das kommt ja selten vor! Noch nie, noch nie gehört, weil der alle Angebote ausgeschlagen hatte, alles abgelehnt, und kommt jetzt immerhin zum dritten Mal, zum Termin, hätte ich nie gedacht, und der hat jetzt über ’ne andere Adresse noch die Möglichkeit, ne Langzeittherapie zu machen für Alkohol- und Cannabis und würde möglicherweise danach ’ne ambulante Therapie machen, die wir ihm dann vermitteln würden, Spezialtherapie, ’ne Art Gesprächstherapie, Gruppentherapie, wie komm ich auf den? Ja, selbst wenn’s schwierig ist, und der ist ja auch mit dem Cannabis zu Gange und hängt ja auch hier so ’n bisschen wie ein nasser Lappen ’rum, aber er hat auch so ’ne Seite, wo man ihn erreichen kann, und das find ich dann schon wichtig, oder wenn jemand eben, sagen wir mal zu Hause das Bier zugestanden bekommt, wie Herr Kreiser, und nicht wenig, und da auch gar nicht mit den Eltern//niemand eigentlich in der Umgebung von ihm eigentlich an dem Problem Alkohol wirklich interessiert ist, dann ist das schon unendlich schwer, da weiter zu kommen.

Eine besondere **Passung** zwischen ihm und seinen Patienten **verneinte** Herr Dr. Handtke. Es wäre Zufall, wer bei ihm in die Behandlung käme und er sah sich nicht aufgrund bestimmter Eigenschaften als besonders attraktiv für bestimmte Patienten an:

- I: Es könnte ja sein, dass Sie für eine bestimmte Klientel attraktiv sind.
- A: (...) das ist, glaub ich auch, oft ist es ja auch ein Zufall, wenn jemand sich anmeldet, wenn er nicht ne bestimmte Empfehlung hat, ne, die Ausrichtung wird über die Jahre dann auch n Stück angeglichen, ne. Der Kollege kriegt von mir auch Patienten, die von der Epilepsieambulanz zunächst an mich geschickt wurden, wo er aber grade ’nen Termin frei hatte, und umgekehrt.

6.1.2.4.6 Wahrnehmung der eigenen Rolle im Patientenkontakt

Herr Dr. Handtke beschrieb ausführlich seine Rolle im Kontakt zu den Patienten: Er sehe sich als jemanden, der den Patienten **Angebote mache**, ihnen **Anregungen gebe** und versuche, die Patienten dabei zu unterstützen, ihr soziales Netz zu verbessern. Dabei stütze er sich auf die von den Patienten geäußerten Wünsche und versuche sie in Einklang zu bringen mit ihren real gegebenen Möglichkeiten. Die von ihm beschriebene Rolle ist somit eher **aktiv**. Er versuche oft, den Patienten „eine Brücke zu bauen“, um ihnen den ersten Schritt in eine neue Einrichtung zu

erleichtern. Oft rufe er dazu in den Einrichtungen an und frage, wann der Patient kommen könne oder stelle den Patienten Mitarbeiter der Einrichtung vor. Herr Dr. Handtke bezeichnete seine Rolle selbst als **Katalysator** und **Geburtshelfer** und meinem Vorschlag, dies auch als Türöffner zu benennen, stimmte er zu.

- I: Mhmh. Wofür sind Sie denn verantwortlich in der Sprechstunde, also, was ist denn Ihr Kreis, wo Sie sagen, dass...
- A: Ich find schon, dass ich ein bisschen versuche mitzubekommen, wie so der Tages-, der Wochenablauf ist, ob er so auch von seinem Grundbefinden her, wie er so über'n Tag kommt, was er sich wünscht und was er umsetzen kann, ob's da, das näher kommt, das mehr zusammen zu bringen ist, ob auch seine eigenen Aktivitätspegel, ihm da helfen kann, Angebote zu machen, sein soziales Netz zu verbessern, ja (...). Und dann im Zweifelsfall dann eben auch über 'ne Tagesstätte oder 'ne Tagesklinik, über Patientenclubs, wie wir das ja hier auch bei vielen am Laufen haben (...). So dass ich als Arzt auch wirklich da auch meine Grenzen sehen möchte und jetzt, also wenn ich da nur so Anregungen gebe, dass ich da zum Beispiel so 'ne Ergotherapiemöglichkeit, dass da schon was in Gang kommt, und dass derjenige das mal versucht zumindest. Da schau ich schon n bisschen drauf. Oder, wenn jemand Krankengymnastik braucht oder auch die Möglichkeit hat, in der Nähe einfach so zum Treffpunkt, zum Patiententreffpunkt zu kommen. Das mach ich dann auch manchmal so, wenn's da Unsicherheiten gibt, dass ich da einfach mal anrufe (...). Wenn ein Patient sagt, ich weiß nicht wie ich mich da einfinden soll. Manchmal frag ich dann auch „Ist es Ihnen Recht, wenn ich da anrufe? Wann Sie da kommen können?“, so, um 'ne Brücke zu bauen, so? Und dann spreche ich halt mit dem Leiter der Einrichtung und dann sagt der, der soll am Montag um 16 Uhr kommen. Dann zeig ich ihm den ganzen Laden und dann kann er da mal 'nen Kaffee trinken, und dann kommt er schon rein (...) es sind so Kleinigkeiten, wo's dann hakt, und wenn's dann gut läuft, dann ist es das gewesen und dann klappt's dann weiter, ja? Oder einmal hatte ich jemand, den ich auch zum Treffpunkt vermitteln wollte. (...) Vom Treffpunkt waren zwei Mitarbeiter da, die mit uns noch was besprechen wollten. Und die hab ich genommen und hab gesagt „Da, mein letzter Patient, den möchte ich Ihnen noch mal ganz kurz vorstellen, und der würde sich doch demnächst mal bei Ihnen auch zeigen!“ und ob sie ihm da auch irgendwie schon 'nen Tipp geben können, wann er // wann's am angenehmsten ist, wenn er bei ihnen mal vorbeikommt. Und da haben die sich fünf Minuten unterhalten und der ist einer der treuesten Treffpunktbesucher geworden, die wir haben! Und davor war es nicht denkbar, dass er da hingeh! Das ist so, das sieht also bei jedem anders aus, aber es sind einfach solche kleinen Dinge oft, die man da machen muss. So diese Katalysatorfunktion, oder Geburtshelferfunktion, dass man einfach so ein Netz von Adressen und von Ideen hat, wer, wo, was, und wo es was gibt, ja.
- I: Ich nenn das immer//bei meiner Auswertung hab ich das immer die Türöffnerfunktion genannt, aber das kommt in die Richtung, 'ne?
- A: Ja, das geht absolut in die Richtung rein. Das man einfach jemandem 'nen Weg einfach erst mal ermöglicht. Ja, genau, Ja!

Herr Dr. Handtke betonte, dass er sich **nicht** in der Rolle eines **Freundes oder Vaters** für die Patienten sehen möchte. Je mehr er sich in der Vaterrolle befinde, desto mehr gerieten die Patienten in die des Kindes, verbunden mit den „Hemmnissen und Kränkbarkeiten“, die damit einher gingen. Er ziehe es vor, sich als **ärztlicher Begleiter**, als Fachmann in einem Prozess zu sehen, in dem Arzt und Patient sich gemeinsam an das Problem des Patienten anzunähern versuchen. Die **Interaktion** zwischen Arzt und Patient sei dann die **von zwei Erwachsenen**.

- I: Was würden Sie sagen, was Ihre Rolle ist? Was sind Sie in der Beziehung? (...)
- A: Na ja, ich denke, die Rolle des Arztes ist ja schon an sich in der Geschichte überhaupt schon ein Stück festgelegt, wie ärztlicher Begleiter oder so, also ich würd jetzt gar nicht so gern sagen, dass ich jetzt ein Freund oder Vater da//also ich bin Arzt und da möchte ich das nicht mit der Vaterrolle verwechseln, weil ich denke, gerade da manchmal, das sind natürlich oft die Chance auch bei Übertragungssituationen, aber oft natürlich auch die ungeheuren Hemmnisse und Kränkbarkeiten. Und je mehr ich dann in so 'ne Vaterrolle komme, um so mehr kommt ja der Patient dann wieder in die Kindrolle rein, ja? Wenn ich das mal so durchdenke. Und ich würde dann schon sagen, so ne partnerschaftliche Rolle von zwei Erwachsenen, wo ich eben Fachmann//das ist 'ne Rollenverteilung mit 'ner//ich hab 'ne fachliche Kompetenz, und mit der möchte ich einbringen und möchte gucken, wie wir das Problem zusammen angehen, so.

Schließlich wies er darauf hin, dass die Erwartungen der Patienten an die Ärzte besonders anspruchsvoll in der Großstadt seien, was zum Beispiel den Wunsch nach Aufklärung und die Art der Zusammenarbeit betreffe. In ländlicheren Gebieten sei die Autorität des Arztes sehr viel weniger angefochten. Er führte die Bereitschaft der Patienten zum „Aufbegehren“ auch darauf zurück, dass es in einer Großstadt eher möglich sei unangepasst herumzulaufen, der Zwang zur Konformität viel geringer sei und es dementsprechend auch nicht immer vorrangiges Ziel sei, mit Hilfe des Arztes „normal“ im Sinne von „unauffällig“ zu werden.

6.1.2.5 Zusammenfassung und Konsequenzen für die Arzt-Patient-Zusammenarbeit

Es fällt auf, dass es viele Übereinstimmungen in den Selbstwahrnehmungen und -darstellungen der Ärzte gibt. Oft unterscheiden sich die Ausprägungen nur graduell zwischen den Ärzten Fried, Luhna, Handtke und Becker. Es gibt allerdings auch einige zentrale Unterschiede, die besonders anhand von Herrn Dr. Handtke deutlich werden.

Alle hier beforschten Ärzte haben den Kontext der Klinik verlassen, um selbständig in einer eigenen Praxis zu arbeiten. Sie haben also aktiv dazu beigetragen, sich bestimmten Systemrationalitäten zu entziehen, wie sie beispielsweise Vogd (2004) für das Krankenhaus beschrieben hat. Dass damit auch eine kritische Beurteilung des Klinikkontextes und des teilweise dort praktizierten bzw. unterstellten Umgangs mit psychoseerfahrenen Patienten einhergeht, wird besonders bei Frau Luhna und Herrn Dr. Fried deutlich.

Daraus ist einerseits die hohe Bedeutung ablesbar, die Individualität und Entscheidungsfreiheiten für die Ärzte haben, und es ist anzunehmen, dass diese Haltung sich auch im Kontakt mit den Patienten widerspiegelt. Die Entscheidung der

Ärzte, sich bestimmten Zwängen nicht auszusetzen, kann insofern Konsequenzen für die Zusammenarbeit mit Patienten haben, als die Ärzte Verständnis dafür aufbringen, wenn die Patienten sich in bestimmte Strukturen nicht einpassen wollen und den Wunsch nach Sonderwegen haben. Andererseits ist die kritische Haltung gegenüber der Klinikpsychiatrie Hintergrund für das Abwarten, bevor ein Patient in die Klinik eingewiesen wird. Die Klinik ist für sie ebenso wie für die Patienten ein zu vermeidender Aufenthaltsort.

Schwierig wird es besonders für Herrn Dr. Fried und Frau Luhna, wenn die eigenen Werthaltungen mit psychosebedingten Realitäten kollidieren. Beide haben ihr Unbehagen darüber formuliert, Patienten zwangsweise einzuweisen. Bei Herrn Dr. Fried wird noch stärker als bei Frau Luhna deutlich, dass ihm schon das Ausüben von Druck auf den Patienten widerstrebt.

Die Freiheit, die die Ärzte den Patienten gewähren, ist nicht daran messbar, ob die Patienten Medikamente einnehmen bzw. dies nicht tun. Alle Ärzte haben darauf hingewiesen, dass der ambulante Rahmen ihnen keine andere Wahl lässt, als mit der Eigenständigkeit der Patienten zu leben. Das Besondere an den hier beforschten Ärzten ist allerdings die Haltung, die sie dazu einnehmen und die sich auch in entsprechendem Verhalten niederschlägt. Alle vier Ärzte erhalten in den meisten Fällen auch dann das Behandlungs- und Beziehungsangebot aufrecht, wenn Patienten etwas tun, das dem ärztlichen Behandlungsplan widerspricht. Dies äußert sich darin, dass sie den Patienten anbieten, sich bei Krisen zu melden, wenn sie die Medikamente absetzen oder dass sie bei den Patienten anrufen lassen, wenn diese Termine nicht wahrnehmen. Dahinter steht die Einsicht, dass die Patienten erwachsene Verhandlungspartner sind, die möglichst unabhängig vom Arzt leben wollen und die Haltung, mit diesen Patienten auf einer Augenhöhe zusammen arbeiten zu wollen. Es ist das ärztliche Selbstverständnis, die Sichtweisen und Wünsche der Patienten in die Behandlung einbeziehen zu wollen. Ihre Haltung drückt sich auch in einer Flexibilität der Konzepte aus, die sie vertreten. Zwar versuchen alle befragten Ärzte, den Patienten ihr Krankheitsmodell von Psychosen zu vermitteln, doch ist die Annahme des Krankheitsmodells durch die Patienten nicht Behandlungsvoraussetzung von Seiten der Ärzte. Am deutlichsten hat Herr Dr. Becker formuliert, dass starre Konzepte manchmal einer Behandlung im Wege

stunden und er dann von sich aus den Patienten anbiete, jenseits von Konzepten ein Gespräch über ihre Probleme zu beginnen.

Gleichzeitig benennen alle Ärzte auch Anteile von Kontrolle und Fürsorge im Kontakt zu den Patienten. Im Vergleich der Ärzte wird deutlich, dass deren Haltung und selbst wahrgenommenes Verhalten in einem unterschiedlichen Ausmaß eine Patientenpartizipation zulässt. Herr Dr. Becker ist derjenige unter den Ärzten, dessen Haltung am eindeutigsten auf die Partizipation der Patienten ausgerichtet ist. In Phasen, in denen die Patienten in der Lage sind, Entscheidungen zu treffen und die Behandlung mit zu gestalten, unterstützt er sie darin und zumindest in seiner Darstellung sind diese Phasen auch relativ frei von einer offen gezeigten Kontrolle seinerseits. Er sieht eine klare Abgrenzung zu Krisenzeiten und beschreibt, dass er dann seine Autorität als Arzt einsetze, um die Patienten zur Inanspruchnahme medizinischer Interventionen zu bringen. Gleichzeitig sei es aber auch möglich, dass Patienten, wenn er ihren Zustand als noch nicht so bedrohlich einschätzt, ihm versprechen, am nächsten Morgen wieder zu kommen. Bei Frau Luhna zeigte sich, dass sie zwar aus Sicht der Patienten Partizipation zulässt, sie aber immer parallel dazu kontrollierend den Zustand der Patienten beobachtet. Außerdem hat es für sie einen zentralen Stellenwert, in die Entscheidungen der Patienten einbezogen zu werden. Wenn Patienten dies ablehnen und eigenständige Entscheidungen treffen, ist es möglich, dass Frau Luhna von ihrer Verwaltungsmacht Gebrauch macht und den Patienten, wie im Beispiel von Frau Rath dargestellt, ihre Unterstützung versagt. Verständlich wird dieses Verhalten besonders vor dem Hintergrund ihrer Erfahrungen in der Klinik und ihrer selbst zugeschriebenen Mitverantwortung für den Suizid einer alten Patientin. Es scheint, als habe sie in viel größerem Ausmaß als Herr Dr. Becker Angst um die Patienten und daher das Bedürfnis, die Patienten - auch gegen ihren Widerstand - zu schützen.

Herr Dr. Fried und Herr Dr. Handtke bewegen sich zwischen diesen beiden Polen. Sie kontrollieren die Patienten kaum – das Anrufen ausgenommen, wenn ein Patient, der ihnen instabil erscheint, seinen Termin nicht wahrnimmt – und lassen ihnen hohe Freiheitsgrade. Sie unterstützen aber nicht in ähnlich großem Ausmaß wie Herr Dr. Becker aktiv die Autonomie der Patienten – zumindest ist das in ihrer Selbstdarstellung nicht erkennbar.

Außerdem wird anhand der Ausführungen deutlich, wie wichtig die Kategorie der **Passung** zwischen Arzt und Patienten ist. Besonders bei Frau Luhna, aber auch bei

Herrn Dr. Fried wirkt der Rahmen eher eng, in dem diese Passung stattfinden kann. Es scheint, als hätten Frau Luhna und Herr Dr. Fried eher die gesunden Patienten vor Augen, wenn sie den „idealen“ Patienten beschreiben. Herr Dr. Becker hat ein sehr offenes Konzept, in das viele Patienten passen. Für ihn bedeutet eine Passung nicht, dass der ideale Patient zu ihm kommt, sondern dass er als Arzt in seiner gezeigten Individualität für die Patienten passend ist. Die Voraussetzungenfreiheit, die er Patienten entgegenbringt, geht einher mit einer hohen Verbindlichkeit seinerseits.

Herr Dr. Handtke thematisiert die Passung nicht, obwohl ich ihn im Interview explizit danach gefragt habe. Dies fügt sich zusammen mit der unten beschriebenen geringeren Involviertheit Herrn Dr. Handtkes in die persönliche Beziehung mit einem Patienten. Es scheint, als habe er nur wenige Voraussetzungen, die Patienten erfüllen müssen und als sehe er vor allem den ärztlichen Behandlungsauftrag im Vordergrund, jeden Patienten zu behandeln, der in seine Sprechstunde kommt.

Frau Luhna und Herr Dr. Fried zeigen im Interview, mit welchen Patienten sie nicht gerne zusammen arbeiten und dass sie dann ggf. verhindern, dass diese bei ihnen „andocken“, wie es Herr Dr. Fried formuliert hat. Damit weisen ihre Aussagen darauf hin, dass Ärzte aktiv dazu beitragen können, sich einen Rahmen zu schaffen, in dem Partizipation möglich ist. Indem sie darauf achten, mit Patienten zusammen zu arbeiten, mit denen wenigstens der minimale Grundkonsens besteht, dass eine ärztliche Behandlung notwendig ist, treffen sie eine Auswahl an Patienten, mit denen sie dann ggf. auch Konflikte austragen können. In diesen Konflikten geht es allerdings nicht darum, ob ärztliche Behandlung überhaupt notwendig ist, sondern höchstens, in welchem Ausmaß und in welcher Ausprägung. Besonders bei Frau Luhna wird deutlich, dass sie nur vor dem Hintergrund der Bereitschaft der Patienten, sie in die Bewältigung der Krankheit und der damit verbundenen Lebensführung einzubeziehen, ihrerseits bereit ist, Partizipation zu fördern und sich in den Dienst der Patienten zu stellen.

Auffällig im Vergleich der vier Ärzte sind ihre unterschiedlichen Modelle von der Entstehung von Psychosen, die eher implizit in den Beschreibungen einer guten Zusammenarbeit bzw. ihren Behandlungszielen deutlich werden. Während Herr Dr. Becker, Herr Dr. Fried und Frau Luhna einen starken Fokus auf die psychischen und sozialen Entstehungsfaktoren haben, sieht Herr Dr. Handtke eher den organischen Prozess im Vordergrund. Während die psychosoziale Sichtweise für mich

erwartungsgemäß war, hat mich diese organmedizinische Sicht Herrn Dr. Handtkes überrascht. Dass diese Haltung aus der Sicht der Patienten aber keineswegs einer Patientenorientierung widersprechen muss, wird an den Interviews mit den Patienten deutlich. Möglicherweise ist dies als weiterer Hinweis auf das Konzept der Passung zwischen Arzt und Patient zu werten – denn manchen Patienten kann auch diese Sichtweise weiterhelfen.

In der Betrachtung der Aussagen der Ärzte fällt ein weiterer Aspekt ins Auge: Die Authentizität im Umgang mit den Patienten ist besonders Herrn Dr. Becker, Herrn Dr. Fried und Frau Luhna ein zentrales Anliegen. Die Erwartungen der Patienten und die Haltung der Ärzte treffen sich hier komplementär (vgl. Kapitel 6.1.1.4). Frau Luhna äußert selbst nicht, wie wichtig Authentizität sei, aber an ihrer vehementen Ablehnung des Anliegens von Frau Rath wird deutlich, dass sie schwer eine professionelle Distanz oder eine Berufsmaske einnehmen kann oder will. Sie ist sehr engagiert und involviert, wahrscheinlich am stärksten von den befragten Ärzten. Doch bis auf Herrn Dr. Handtke betonten auch alle anderen befragten Ärzte ihren Wunsch, die Patienten an sich herankommen zu lassen.

Offenbar ist das, was das Handeln der Ärzte Becker, Luhna und Fried von dem Herrn Dr. Handtkes unterscheidet, das Ausmaß der persönlichen **Involviertheit des Arztes**. Darunter fallen verschiedene Kategorien:

- Als wie wichtig bewerten die Ärzte die persönliche Beziehung zwischen Arzt und Patient (Beziehung als Mittel zum Zweck vs. als Wert an sich) ?
- Welche Rolle schreiben die Ärzte Passung zu? (Inwieweit sehen die Ärzte es als wichtig an, dass sie zu den Patienten passen? Inwieweit betonen sie, dass es wichtig sei, dass der Patient Eigenschaften hat, die die Zusammenarbeit ermöglichen?). Damit verbunden ist auch gegenseitige Sympathie. (Inwieweit erachten es die Ärzte als wichtig, Sympathie für den Patienten aufzubringen und von ihm gemocht zu werden?)
- Inwieweit sehen die Ärzte ihr aktuelles Handeln als motiviert durch persönliche Erfahrungen an? (z.B. sich in die Patienten einfühlen können aufgrund Erfahrungen mit Kiffen; Erfahrung von Ohnmacht im Kontakt mit der Psychiatrie)
- Wie wichtig schätzen sie eine Begegnung zwischen Arzt und Patient ein? (Abwesenheit von Distanzierungselementen vs. begrenzte Anteilnahme)

- Wie sehr fühlen sie sich verantwortlich für die Patienten auch außerhalb der Sprechstunde?
- Welche Rolle haben die Ärzte aus ihrer Sicht? (Expertenrolle - persönliche Rollen)

Der Involviertheit der Ärzte steht die persönliche Gebundenheit der Patienten gegenüber, wie sie Herr Dr. Becker, Herr Dr. Fried und Frau Luhna hervorhoben.

Anhand der Interviews mit den Ärzten zeichnet sich immer mehr ein Bild, das die persönliche Beziehung und Begegnung zwischen Arzt und Patient in den Vordergrund rückt. Damit ist nicht allein die Freiheit relevant, die in dieser Form der Zusammenarbeit möglich ist, sondern gleichzeitig die Gebundenheit der Patienten an den Arzt sowie das persönliche Engagement der Ärzte für die Patienten. Anhand der Mitschnitte der Arzt-Patient-Gespräche und der Interviews mit den Patienten wird zu zeigen sein, wie sich diese Haltungen im konkreten Patientenkontakt zeigen.

6.1.3 Das Behandlungssetting

„So Eisenbetten, nackte, kahle Wände, damit es ja nicht so gemütlich ist, damit den Leuten ja nicht ausreichend Regressionspotential geboten wird, also das fand ich ja den völligen Flop.“
(Frau Luhna, Ärztin)

Für das Setting habe ich als zwei wesentliche Oberkategorien **Einrichtung und Abläufe** und das **Verhalten der Sprechstundenhilfen im Kontakt mit den Patienten** identifiziert. Diese Faktoren rahmen den konkreten Behandlungstermin beim Arzt, unterstützen oder beeinträchtigen das Wohlbefinden der Patienten in der Praxis und sind zusätzliche Signale für die Ausrichtung an den antizipierten Patientenwünschen.

Im folgenden werden die Kategorien, die ich zu diesem Themenschwerpunkt gebildet habe, dargestellt (fett gedruckt). Sie sind jeweils zusammengefasst unter Kategorien höherer Ordnung, die als Überschrift einen neuen Abschnitt markieren. Das Datenmaterial, das diesen Kategorien zugrunde liegt, besteht neben den Interviews mit den Patienten aus meinen Feldaufzeichnungen. Meine Wahrnehmung diente mir als Modell für die möglichen Erfahrungen der Patienten.

6.1.3.1 Einrichtung und Abläufe

Unter die Oberkategorie „Einrichtung und Abläufe“ habe ich die Kategorien **geschützter Raum**, **Verzicht auf Signale, die die Asymmetrie betonen**, **persönliche Ansprache** und **Zugang** gefasst (vgl. Abbildung 13). Diese Kategorien sind selbst anhand weiterer (in der Abbildung nicht fett gedruckter) Unterkategorien differenzierbar, die in den jeweiligen Kapiteln dargestellt werden, jedoch aus Gründen der Übersichtlichkeit in der Abbildung nicht aufgeführt sind.

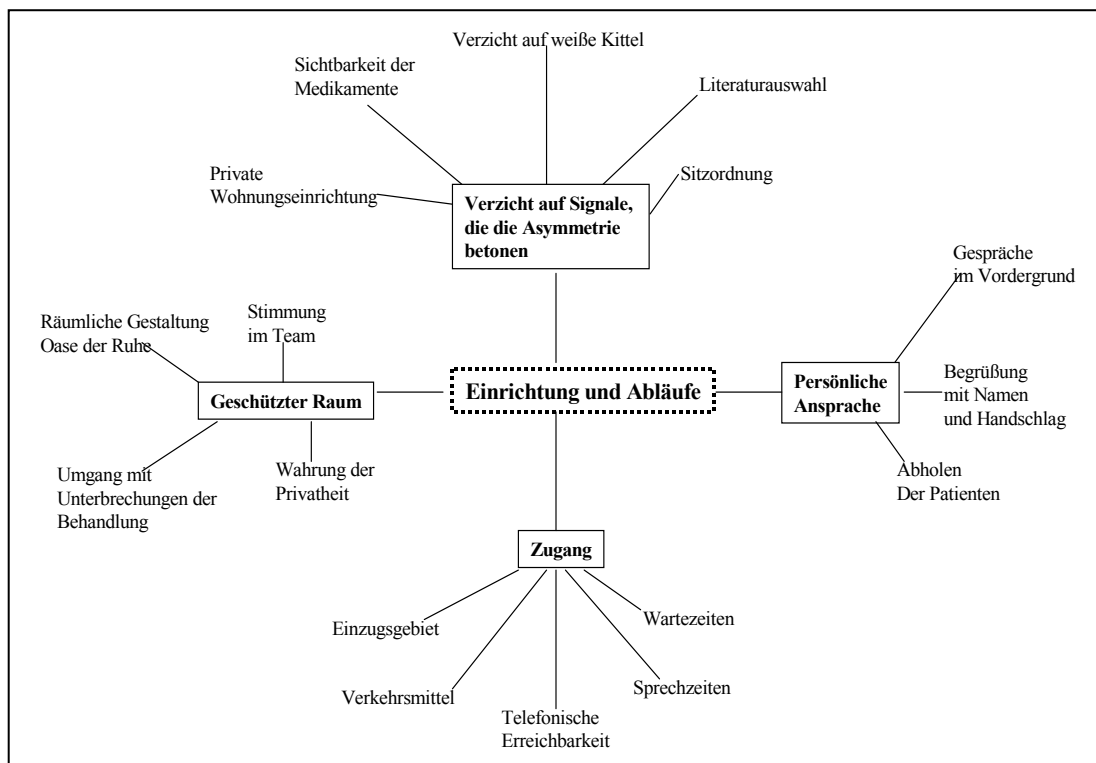


Abbildung 13: Einrichtung und Abläufe

6.1.3.1.1 Geschützter Raum

Unter diesen Oberbegriff habe ich die Kategorien **Umgang mit Unterbrechungen der Behandlung**, **Wahrung der Privatheit**, **räumliche Gestaltung** und **Stimmung im Team** gefasst.

Umgang mit Unterbrechungen der Behandlung

Wenn ein Patient im Behandlungszimmer war, ging die Sprechstundenhilfe der Praxis Fried / Luhna, Frau Walser, nicht in den Raum. Wenn sie von dieser Regel abwich, also einmal zu Beginn einer Behandlung den Raum betrat, was ich nur sehr

selten beobachtet habe, dann klopfte sie an und wartete einige Zeit ab, bevor sie die Tür öffnete.

Frau Walser läuft durch das Wartezimmer, ein Rezept in der Hand haltend. Sie klopft an Frau Luhnas Tür (Patient ist drin). Wartet ca. 2 sec., macht die erste Tür auf. Klopft an die zweite Tür. Wartet 2 Sekunden, macht die Tür auf. Kommt gleich wieder raus, mit Rezept in der Hand und geht zur Anmeldung, wo ein Patient wartet. (Feldnotizen)

Ein Vertreter oder Handwerker kommt in die Praxis, will Herrn Dr. Fried sprechen, kann aber nicht so lange warten, bis dieser aus dem Gespräch kommt. Frau Walser klopft erst an die erste Doppeltür zu seinem Zimmer. Wartet. Öffnet dann die erste Doppeltür. Klopft dann an die zweite Doppeltür. Wartet. Geht dann hinein. (Feldnotizen)

Außerdem wurden keine Telefonate durchgestellt, wenn sich Patienten im Behandlungszimmer befanden. Frau Walser notierte die Namen und Anliegen der Anrufer und leitete die Zettel an die Ärzte weiter, wenn diese zwischen zwei Behandlungsterminen an die Anmeldung kamen. In dringenden Fällen führten die Ärzte Telefonate zwischen zwei Patiententerminen.

Im Gegensatz dazu wurden zumindest bei Herrn Dr. Handtke Telefongespräche manchmal auch während einer Behandlung durchgestellt. Als ich zum Beispiel mit Herrn Kiri an seinem Behandlungstermin bei Herrn Dr. Handtke teilnahm, erlebte ich, wie störend Telefongespräche wirken können. Herr Kiri, der sich zu diesem Zeitpunkt in einer Notlage befand und die Unterstützung Herrn Handtkes benötigte, um eine Wohnungskündigung zu verhindern, wie er mir im Wartezimmer mitteilte, konnte dies im Gespräch mit seinem Arzt nicht komprimiert darstellen. Durch das Telefonklingeln und das anschließende Gespräch wurde er zusätzlich aus dem Zusammenhang gebracht und vergaß, nach dem notwendigen Attest zu fragen. Auch Herr Dr. Handtkes Konzentration auf seinen Gegenüber wurde merklich durch das Telefonat unterbrochen und erst am Ende des Gesprächs kam das Gespräch auf das Herrn Kiri bewegende Thema. Allerdings hatte Herr Dr. Handtke dann keine Zeit mehr, das Attest auszustellen und entließ Herrn Kiri mit dem Angebot, sich bei Bedarf für ihn einzusetzen.

Ähnliches beobachtete ich auch, als Frau Kast, eine sehr leise sprechende und depressiv wirkende Patientin, bei Herrn Dr. Handtke war (zweites Zitat):

Kaum, nachdem er die erste Frage gestellt hat und Herr Kiri zwei Sätze dazu gesagt hat, klingelt das Telefon. Herr Kiri hält mittendrin im Satz an und verzieht das Gesicht – beleidigt, genervt. (Kontextprotokoll des Arzt-Patient-Gesprächs zwischen Herrn Kiri und Herrn Dr. Handtke)

Zwischendurch klingelt das Telefon. Herr Dr. Handtke geht ran, bedeutet mir mit einer Handbewegung, das Tonbandgerät auszumachen. Telefoniert ca. 7 Minuten, offenbar mit einem Kollegen. Ganz fröhliche, laute Stimme. Ich finde das unpassend. Als er auflegt, entschuldigt er sich, nimmt das Gespräch aber nicht an der Stelle wieder auf, wo er aufgehört

hatte. Danach ist der Kontakt zur Patientin irgendwie weg, habe ich den Eindruck. (Kontextprotokoll des Arzt-Patient-Gesprächs zwischen Frau Kast und Herrn Dr. Handtke)

Allerdings fanden sich auch Feldaufzeichnungen, in denen es Anrufern nicht gelang, durchgestellt zu werden, weil Herr Dr. Handtke einen Patienten im Zimmer hatte, wobei mir die Kriterien, nach denen diese Entscheidung getroffen wurde, nicht klar wurden. Aus Herrn Dr. Handtkes Interview geht hervor, dass die Dringlichkeit, mit der ein Patient seine Lage beschrieb, eines dieser Kriterien sein könnte. Allerdings war zumindest im Telefonat während Herrn Kiris Behandlung ein ärztlicher Kollege der Anrufer und kein Patient. Ein Grund, warum Telefonate nicht durchgestellt wurden, konnte auch der Erstkontakt eines Patienten zum Arzt sein. Die unten angeführte Feldnotiz deutet darauf hin, dass Routineterminale langjähriger Patienten eher unterbrochen wurden, während das erste Zusammentreffen eines Patienten mit den Psychiatern als besonders schützenswerte Situation behandelt wurde.

Wenn Leute anrufen und zum Arzt durchgestellt werden wollen, fragt die Sprechstundenhilfe meistens „Worum geht’s denn?“ mit sehr fordernder, harter Stimme. Oft sagt sie, sie sollen später noch mal anrufen, manchmal stellt sie auch durch. Nach welchem Prinzip sie das tut, wird mir nicht klar. Bei einem Anrufer sagt sie „Der hat gerade einen neuen Patienten drin, da kann ich jetzt nicht durchstellen!“. Ist das ein Ausschlusskriterium? (Feldnotizen)

Wahrung der Privatheit

Doppelte Türen zu den Sprechzimmern von Herrn Dr. Fried und Frau Luhna verhinderten, dass man im Wartezimmer die Gespräche im Sprechzimmer mit hören konnte. Auch bei Herrn Dr. Handtke und Herrn Dr. Becker war dies durch die räumliche Trennung der Warte- und Sprechzimmer sowie dicke Türen der Behandlungsräume nicht möglich. Die Relevanz dieser Kategorie wurde mir während eines privaten Arzttermins in einer orthopädischen Praxis während meiner Feldforschungsphase deutlich:

Beim Orthopäden gab es Kabinen zusätzlich zum Sprechzimmer, die nur durch einen Vorhang zu verschließen waren – nebenan saß schon der nächste Patient. Der Kommentar der Schwester dazu „Sonst würden wir es gar nicht mehr schaffen und Sie müssten doppelt so lange warten!“ (Feldnotizen)

Allein durch die räumliche Entfernung war es in der Praxis Luhna / Fried schwer, aus dem Wartezimmer heraus Gespräche an der Anmeldung mit zu verfolgen. Dazu trug auch bei, dass Frau Walser so leise mit den Patienten sprach, dass man sie im Wartezimmer nicht hören konnte. Wenn sie bei der Anmeldung etwas mit den Patienten zu besprechen oder ihnen ein Formular zu geben vergessen hatte, kam sie

ins Wartezimmer, ging zu den Patienten und gab diesen entweder diskret den Schein oder sie bat sie, nach vorne zu kommen.

Die Patientenkarten wurden in der Praxis Fried / Luhna im Aktendeckel von der Anmeldung zum Sprechzimmer transportiert, selbst auf dem kurzen Weg in das Sprechzimmer Herrn Dr. Frieds.

In der Praxis Becker / Handtke sprachen die Sprechstundenhilfen sehr laut mit den ankommenden Patienten und die Anmeldung lag direkt gegenüber dem Wartezimmer, so dass man von dort aus häufig Details über die Behandlung oder die persönliche Situation der Patienten mithörte.

Als sie nach 10 Minuten wieder aus dem Sprechzimmer von Herrn Dr. Handtke kamen, sagte er zu den Schwestern „Herr Müller bekommt noch eine Spritze!“ Die Schwester rief zurück „Wie viel? [?] oder [?] Milliliter?“ Er antwortete eine Zahl. Er sagte dann noch, dass Herr Müller in drei Wochen wieder einen Termin haben soll. (Feldnotizen)

Fünf Minuten nach dem Termin kam Herr Kiri in die Praxis. Er ging an die Anmeldung. Die Sprechstundenhilfe fragte ihn nach seiner Chipkarte. Seine Antwort hörte ich nicht. Nur die Nachfragen der Sprechstundenhilfe: „Haben Sie nicht dabei, ja? Vergessen?“ Er sagt was. Sie „Wie, Sie haben keine? Haben Sie sie verloren?“ Die Stimme blieb dabei freundlich, so kindlich piepsig. Dann fragte er sie etwas. Sie sagte, „Nein, eine Überweisung kann ich Ihnen ohne Chipkarte nicht geben. DA müssen Sie sich noch mal mit Ihrer Krankenkasse in Verbindung setzen und eine neue beantragen!“ (Feldnotizen)

Dieser Indiskretion, die dadurch entstand, dass die Sprechstundenhilfen so laut sprachen, widersprach ein Schild, das an der Anmeldung stand: „Diskretion, bitte Abstand halten.“ Auch, wenn Spritzen gegeben wurden, blieb die Privatheit der Patienten nicht unbedingt gewahrt:

Der Spritzenraum ist sehr klein und verwinkelt und die Tür bleibt offen, wenn Spritzen gegeben werden bzw., wie bei Frau Lind, Blut abgenommen wird. Der Raum ist gut einsichtig von der Anmeldung aus. (Feldnotizen)

Räumliche Gestaltung

Die räumliche Gestaltung der Praxis Luhna / Fried trug dazu bei, dass die Patienten diesen Ort als schützend empfanden, und dies im Besonderen in Zeiten von akuten Psychosen, wie ein Zitat von Frau Berg belegt:

- P: Ganz angenehm, also ich find die Praxis sehr ansprechend, (...) so sonnig, hell, schön eingerichtet. (...) das ist schon 'n Ruhepol, auf alle Fälle, ja. Das ist total angenehm. Ja, so aufatmen können auch. Also ich hab auch schon so Phasen gehabt, wo ich halt schwierig U-Bahn fahren konnte und so und wo ich dann schon bisschen angekratzt da angekommen bin, und wo man da auch dann relaxen kann einfach erst mal (...).
- I: Woran liegt'n das, dass man das da kann? Also ich hab's noch nicht rausgefunden
- P: Also ich denke einfach, die Farbe, das gelb Gestrichene, Holzfußböden und so irgendwie, denk ich, macht da schon unheimlich viel Atmosphäre aus. Und dann, dass die Fenster auch immer offen stehen, also das find ich, macht unheimlich viel aus, dass irgendwie Licht reinkommt genügend und so, ja, und dann halt, dass es halt untereinander da auch irgendwie nicht hektisch abgeht, ne. (Frau Berg, Patientin)

Ähnliche Faktoren sind mir positiv aufgefallen: In der Praxis war viel Platz, die Räume wirkten hell und freundlich durch die gelbe Wandfarbe, den Holzfußboden und die vielen Fenster im Wartezimmer und in den Behandlungszimmern. Es gab wenig Ablenkung in diesen Räumen, ohne dass sie steril wirkten. Dadurch, dass kein Radio oder Musik liefen und die Anmeldung weit weg war, war es sehr ruhig im Wartezimmer. Die große Zimmerpalme, die dort stand, unterstützte diesen Eindruck von einer **Oase der Ruhe**. Immer wieder notierte ich die positiv beruhigende Wirkung der Praxisatmosphäre auf mich und es finden sich mehrere Aufzeichnungen, in denen ich auch Patienten beschreibe, die, während sie warten, ihren Gedanken nachhängen.

Ich finde es schön, wieder hier zu sein. Es ist wie ein Entspannungsort. Sehr ruhig, Zeit zum Denken. (Feldnotizen)

Es war wieder so schön und ruhig und freundlich dort. Die gelben Räume mit Sonne drin und diese ruhige Stimmung. Hat so was Kuscheliges. Ist es das, was Frau Luhna im Interview damit meinte, als sie sagte, ein Raum müsse den Leute Regressionspotential geben? (Feldnotizen)

Wenn Patienten in ihrer Psychose so aufgeregt waren, dass sie nicht im Wartezimmer mit den anderen Patienten sitzen wollten, war es möglich, dass sie in der Nähe der Anmeldung saßen oder auf- und abliefen.

Eine junge Frau kommt an die Anmeldung (ca. 30 Jahre alt). Sie begleitet eine ältere Frau, die möglicherweise ihre Mutter ist. (...) Sie überreicht Frau Walser einen Überweisungsschein: „Ist der richtig?“. Sie gehen nicht ins Wartezimmer, die ältere Frau setzt sich auf den Stuhl im Flur. Die jüngere Frau schaut mich an, fragt, ob sie auch hier sitzen dürfen? Ich schaue zu Frau Walser, die fragt: „Wieso? Wollen Sie nicht ins Wartezimmer?“. „Nein, ich kenne das nur aus anderen Praxen, dass man da im Wartezimmer sitzen muss!“. „Nein“, sagt Frau Walser, „Sie können auch hier sitzen, wenn Sie wollen. Mir ist das egal“. (Feldnotizen)

Anders war es in der Praxis Becker / Handtke. Die Einrichtung sah eher zusammengewürfelt aus: Im schlauchartigen Wartezimmer standen dicht aneinander gedrängt schwarze Freischwinger, eine Tischlampe aus den siebziger Jahren mit orangefarbenem Untertisch und ein hoher metallener Zeitungsständer.

Es ist komisch, ich krieg irgendwie kein Gefühl zu dem Wartezimmer, zu der Praxis – weder fühl ich mich besonders wohl noch besonders unwohl. Ist mehr so ne Zwischenstation – man bleibt nicht unbedingt länger als man muss. Ist irgendwie zweckmäßig – nicht mehr. (Feldnotizen)

Das Wartezimmer und die Anmeldung waren mit etwas abgenutztem grauen Teppichboden ausgelegt, die Wände weiß gestrichen. Auffällig im Wartezimmer waren gerahmte Fotos von Kindern, möglicherweise in Südamerika aufgenommen.

Sie wirkten seltsam privat in dieser Atmosphäre. In einer Ecke des Raumes hing ein altes Werbeplakat für ein Gerät zur Lichttherapie bei Depressionen. Der Raum erschien mir schon in völlig ruhigem Gemütszustand zu eng. Man hörte die Sprechstundenhilfen an der Anmeldung u.a. auch, weil sie sehr laut sprachen, und immer, wenn ein neuer Patient kam, konnte man den ganzen Prozess der Anmeldung mithören. Einige Male, als ich dort war, lief Musik im Hintergrund, einmal auch Radio.

In demselben Haus wie die Praxis befand sich eine Begegnungsstätte für psychisch kranke Menschen, in der sich auch einige Patienten der Praxis aufhielten, wenn sich lange Wartezeiten ankündigten oder das Wartezimmer überfüllt war. Zu Beginn der Forschung in dieser Praxis hatte Herr Dr. Becker auch deshalb meinen dauerhaften Aufenthalt in der Praxis abgelehnt, weil er meinte, oft genug würden sie nicht einmal alle angemeldeten Patienten unterbringen können, da störe jede zusätzliche Person.

Herr Dr. Becker will aber nicht, dass ich drei Wochen in seinem Wartezimmer sitze. Da sei oft so viel los, dass sie „auch Pharmavertreter bitten, das Weite zu suchen“. Ich biete an, ich könnte ggf. auch stehen, an der Anmeldung. Er sagt, wenn soviel los ist, „können wir da niemanden gebrauchen, der rumsteht und nicht mitarbeitet!“ Einen Tag mal kommen wäre ok, aber „dass Sie da 3 Wochen Ihr Zelt im Wartezimmer aufschlagen“, das eher nicht. (Protokoll des ersten Treffens mit Herrn Dr. Becker)

Auch wenn mir dieses Szenario zunächst unwahrscheinlich vorkam, bestätigte es sich später in meinen Beobachtungen. Auch im Bereich der Anmeldung war kein zusätzlicher Platz für Patienten.

Doch auch, wenn die Einrichtung der Praxis bei Herrn Dr. Becker und Herrn Dr. Handtke weniger modern und aufeinander abgestimmt war als die der Praxis Luhna / Fried und ich mich hier weniger wohl fühlte, brachte mich Frau Walser darauf, dass dies nicht unbedingt die Einschätzung der Patienten widerspiegeln müsse.

Habe Frau Walser ein Bild auf einem Prospekt für eine Reha-Einrichtung gezeigt, auf dem ein Zimmer mit einer super-hässlichen Foto-Tapete und 70er-Jahre-Einrichtung abgebildet war. Ich habe gewitzelt, davon würde man doch nun endgültig psychisch krank, wenn man's bis dahin nicht wäre! Sie antwortete, für manche wäre das eine ganz gewohnte Einrichtung, bei denen zu Hause sehe es auch so aus. „Auch, wenn es Dir nicht gefällt, kann es für andere Menschen eine ganz gewohnte Umgebung sein!“ (Feldnotizen)

Es erschien mir daraufhin möglich, dass sich bestimmte Patienten in der Praxis von Herrn Dr. Becker und Herrn Dr. Handtke wohler fühlten als in der Praxis Fried Luhna. Möglicherweise wirkte auf manche Patienten das großzügige, schicke Wartezimmer der Praxis Fried / Luhna auch einschüchternd, weil es so wenig ihrer gewohnten Umgebung entsprach.

Umgekehrt hatte ich häufig den Eindruck, dass einige Patienten der Praxis Fried und Luhna in der Art der Bekleidung ihren Ärzten ähnelten. Möglicherweise ist dies als ein Hinweis auf eine Passung zwischen Arzt und Patient zu interpretieren.

Und schließlich ist es gut möglich, dass die Einrichtung einer Praxis für manche Patienten auch nicht relevant ist, sondern allein die Atmosphäre im Sprechzimmer und der direkte Gesprächskontakt zum Arzt dafür entscheidend ist, wie sie den Aufenthalt in der Praxis bewerten, wie das Zitat von Herrn Sommer, einem Patienten von Herrn Dr. Becker, belegt:

„Ja irgendwie, also ich bin drin in der Praxis, und mich hat das immer damals aufgeregt, ach jetzt muss ich da wieder ´ne Stunde warten (...), und drin ist es schön ruhig. (...) so ´ne richtige dumpfe, schöne Atmosphäre, man findet erst mal Ruhe da. Also das erste, was ich da finde. Wenn ich reinkomme, finde ich Ruhe. Und sofort, wenn ich da bei Herrn Dr. Becker drin bin im Zimmer, dann ist es irgendwie alles wie gelöscht. Das ist einfach gut.“ (Herr Sommer, Patient)

Stimmung im Team

Als Frau Luhna an die Anmeldung kommt, hatte sie gerade einen einstündigen Termin. Sie wischt sich in einer Geste der Anstrengung symbolisch den Schweiß von der Stirn. Atmet tief aus. Frau Walser meint zu ihr „Nimm erst mal einen Tee!“ (Feldnotizen)

Auch die Stimmung im Team kann dazu beitragen, sich die Praxis wie ein „geschützter Raum“ erscheint. Der Umgang der Mitarbeiter untereinander in der Praxis Fried / Luhna war auffällig kollegial und fast freundschaftlich, obwohl immer eine professionelle Distanz gewahrt blieb. Dies trug zu einer sehr angenehmen Stimmung bei. Es finden sich mehrere Feldbeobachtungen, in denen ich beschreibe, wie einer der Ärzte (oder beide) vor Beginn der Sprechstunde an der Anmeldung stehen und gemeinsam mit der Sprechstundenhilfe witzeln. An der Anmeldung stand immer eine Teekanne auf einem Stövchen, so dass die Ärzte, wenn sie einen Tee trinken wollten, ihn sich an der Anmeldung holten und bei der Gelegenheit ein kurzes Gespräch mit Frau Walser begannen.

Umgekehrt können spürbare Differenzen zwischen den Praxismitarbeitern dazu beitragen, dass man sich als Besucher unwohl fühlt. Aggressive Stimmungen, die „im Raum schweben“, sind dabei vermutlich gerade für Menschen mit Psychosen unangenehm. Solche Stimmungen habe ich in manchen Situationen in der Praxis Becker/Handtke bei den Sprechstundenhilfen wahrgenommen.

Als der Patient weg ist, beschwert sich die Sprechstundenhilfe mit Blick auf Herrn Dr. Handtkes Behandlungszimmer bei Herrn Dr. Becker: „Frau X ist jetzt schon bald ´ne dreiviertel Stunden drinnen – und nachher heißt es dann wieder, wir können das nicht gut

organisieren!“. Herr Dr. Becker beugt sich runter, schaut, wer gerade drin ist, sagt dann leise etwas für mich Unverständliches. Es klingt aber beruhigend. (Feldnotizen)

Am Ende meines Forschungsaufenthaltes in der Praxis Becker / Handtke fragte mich eine der Sprechstundenhilfen, ob ich eine eigene Praxis hätte und dort nicht eine Mitarbeiterin bräuchte. Ich wertete diese Anfrage als einen Hinweis auf die zeitweise schwierige Stimmung im Team.

6.1.3.1.2 Verzicht auf Signale, die die Asymmetrie betonen

Zwischen Arzt und Patient ist per se eine Asymmetrie in der Beziehung gegeben, da der Patient als Hilfesuchender zum Arzt kommt, der seinerseits einen professionellen Umgang mit diesem etabliert. Dennoch ist mir besonders in der Praxis Fried und Luhna aufgefallen, dass bestimmte Signale, die ich in einer Arztpraxis erwartet hätte und die diese professionelle und asymmetrische Beziehung betonen, fehlen. Ich habe folgende Kategorien unter diesem Oberbegriff zusammengefasst:

- Sitzordnung,
- private Wohnungseinrichtung,
- Sichtbarkeit der Medikamente,
- Verzicht auf weiße Kittel,
- Literatúrauswahl.

Sitzordnung

In beiden Praxen hatten die Patienten die Möglichkeit, über Eck zum Arzt am Tisch zu sitzen, oder, wenn sie wollten, auch ganz klassisch, auf der gegenüber liegenden Seite des Tisches. Der Schreibtisch der Ärzte wirkte hier nicht wie eine Barriere zwischen den Gesprächspartnern. Dazu trug bei Herrn Dr. Fried, Frau Luhna und Herrn Dr. Becker auch bei, dass der Schreibtisch von Akten befreit war. Die Ärzte hatten zwar die Patientenkarte vor sich liegen, in die sie vor allem zu Beginn der Behandlung schauten bzw. in die sie Notizen machten, doch lagen diese zentral bzw. als einzige Karte auf dem Tisch, womit eine Konzentration auf den einzelnen Patienten signalisiert wurde und der Patient sich nicht als eine Karte von vielen auf einem großen Stapel fühlen musste. Die Computerbildschirme standen bei allen Ärzten seitlich, so dass sie nicht die Sicht auf den Patienten bzw. den Arzt behinderten. Bei Herrn Dr. Fried war die Rolle des Computers am deutlichsten beschränkt – er hatte nur ein kleines Notebook auf einem Extratischchen zu stehen.

In der Praxis von Herrn Dr. Fried und Frau Luhna hatten Ärzte und Patienten außerdem die gleichen Stühle. Dies war besonders auffällig im Unterschied zu der Praxis Becker und Handtke – hier hatten die Ärzte dicke Ledersessel, die im Gegensatz zu den für Besucher vorbehaltenden Stühlen ausgesprochen mächtig wirkten.

Private Wohnungseinrichtung

In beiden Praxen fanden sich Anlehnungen an private Wohnungseinrichtungen, allerdings sehr viel stärker in der Praxis Luhna / Fried. Die Einrichtung der Praxis erinnerte an den Stil von Wohnungseinrichtungen vieler Akademiker ihres Alters – eine Mischung aus IKEA-Korbsesseln und -Regalen und gebeizten Holztischen, die auch Esstische sein könnten, mit entsprechenden Stühlen dazu. Bei Frau Luhna im Sprechzimmer hing ein Filmplakat, das auch in einer Wohnküche hängen könnte und das den Eindruck vermittelte, diejenige, die es aufgehängt hat, befasst sich mit frauenspezifischen und emanzipatorischen Filmen. Im Bücherregal standen ihre Fachbücher. Sowohl bei Frau Luhna als auch bei Herrn Dr. Fried gab es zusätzlich eine Sitzgruppe, bestehend aus bequemen Sesseln und einem kleinen Tischchen. An der Anmeldung hingen im Fenster Feng-Shui Glaskugeln, die die Sprechstundenhilfe Frau Walser mit liebevoller Ironie betrachtete. Regelmäßig zu Beginn der Woche wurden auf dem Tresen der Anmeldung frische Blumensträuße aufgestellt, die einer der beiden Ärzte aus einem Blumenladen mitbrachte.

Zu der privaten Atmosphäre der Praxis Fried / Luhna trug auch bei, dass keine Medikamente oder Werbebroschüren von Pharmafirmen sichtbar waren (s.u. Sichtbarkeit der Medikamente). Es gab einen Raum, in dem Blut abgenommen und Spritzen verabreicht wurden, doch selbst hier standen Korbmöbel und das Verbandszeug sowie die Medikamente waren nicht sichtbar, sondern in einem Schrank verstaut. Dieser Raum war mit Teppich ausgelegt, also nicht mit praktisch abwischbarem Linoleum. Diese Art der Praxisausstattung empfand auch Frau Walser als außergewöhnlich schön.

Ich frage Frau Walser, ob sie schon in anderen Arztpraxen gearbeitet hätte, und ob sie diese Praxis hier für außergewöhnlich halten würde. Sie sagt: „Oh ja, das ist hier etwas Besonderes, das ganze Ambiente hier!“ (Feldnotizen)

Bei Herrn Dr. Becker war es der große Perserteppich in seinem Sprechzimmer, der den Raum wie ein Wohnzimmer wirken ließ. An den weißen Wänden hingen

moderne Kunstdrucke. Allerdings wurde der Raum durch einen sehr massiven Holzschreibtisch mit entsprechendem Lederschreibtischstuhl so sehr dominiert, dass er nicht wirklich gemütlich auf mich wirkte. Außerdem stand hier eine Untersuchungsliege direkt gegenüber dem Schreibtisch und im Regal hinter Herrn Dr. Becker befanden sich sichtbar Medikamente. Auch hier gab es eine zusätzliche Sitzgruppe. Insgesamt wirkte dieser Raum mit dem schweren, dunklen Wollteppich sehr ruhig.

Bei Herrn Dr. Handtke waren es Photos südamerikanischer Kinder, die so aussahen, als habe er sie selbst in einem Urlaub gemacht, die eine private Atmosphäre in Ansätzen herstellten. Außerdem standen hier viele getöpferte Fabelwesen. Auch hier fand sich eine Sitzgruppe, doch waren die Sessel so angeordnet, dass man sich immer zur Seite drehen musste, wenn man den anderen anschauen wollte. Das empfand ich im abschließenden Interview als unbequem. Die relative Unordnung, die hier herrschte, ließ das Behandlungszimmer in meiner Wahrnehmung etwas gemütlicher erscheinen. An mehreren Stellen lagen Zettelberge oder Medikamentenproben, auf einem Regal stapelten sich scheinbar ungeordnet Medikamentenschachteln.

Sichtbarkeit der Medikamente

Die Medikamente, die bei Herrn Dr. Handtke, aber auch bei Herrn Dr. Becker so gut sichtbar herumlagen, könnten ein Problem für manche Patienten darstellen. Für viele Patienten war die Bereitschaft des Arztes entscheidend, auf ihren Wunsch hin die Behandlung ohne Medikamente zu versuchen. Wenn Medikamente so offen herumliegen, wird dies möglicherweise als Signal für die Affinität des Arztes zu Medikamenten gedeutet und *eine* Alternative in den Verhandlungen um die Therapie scheint weniger wahrscheinlich. Medikamente waren außerdem für viele Patienten verbunden mit Erfahrungen in psychiatrischen Kliniken, in denen sie sich oft als sehr machtlos und die Beziehung zu den Ärzten als sehr asymmetrisch zu ihren Ungunsten erlebt haben. Bei mir erzeugten die unverkäuflichen Muster der verschiedenen pharmakologischen Präparate zunächst die Assoziation einer engen Verbundenheit der Ärzte zur Pharmaindustrie bzw. Pharmavertretern und damit einer unkritischen Haltung der Psychiater zu diesen Medikamenten. Dies bestätigte sich allerdings nicht in den beobachteten Kontakten zu den Patienten und den Interviews mit den Psychiatern.

Verzicht auf weiße Kittel

In beiden Praxen trugen die Ärzte keine weißen Kittel, *die* Berufskleidung des Arztes schlechthin, sondern private Kleidung. In der Praxis Fried / Luhna trug auch die Sprechstundenhilfe Frau Walser private Kleidung im sportlichen Stil. In der Praxis Becker / Handtke trugen die Sprechstundenhilfen weiße Kleidung. Eine von ihnen fiel mir bei unserer ersten Begegnung gleich dadurch auf, dass sie die in Krankenhäusern üblichen weißen Gesundheitsschuhe trug. Mir wurde der Unterschied zwischen den Praxen sehr deutlich: Die weiße Kleidung schuf in meiner Wahrnehmung Distanz, stellte die Professionalität des Gegenübers in den Vordergrund und betonte eine „körperliche“ Seite der Behandlung.

Literaturauswahl

Während in der Praxis Becker/Handtke die Auswahl der ausgelegten Zeitschriften meinen Erfahrungen aus andern Arztpraxen entsprach, fiel mir in der Praxis Fried/Luhna mir schon meinem ersten Besuch auf, dass jegliche Frauenzeitschriften, Boulevardblätter etc. fehlten. Statt dessen fanden sich hier intellektuelle Magazine wie GEO, MARE, Art, der National Geographic und Informationsbroschüren über Angebote für psychisch Kranke im Kiez. Im Flur der Anmeldung stand ein Regal mit Informationsbroschüren verschiedener Einrichtungen, die von vielen Patienten in Anspruch genommen wurden. Diese Broschüren wurden vor dem Auslegen von den Ärzten gesichtet.

Es war mir bis zum Abschluss der Forschung nicht möglich zu erfassen, wie die Patienten dieser Praxis die Zeitschriftenauswahl bewerteten. Fanden sie es besonders angenehm, in Zeiten innerer Aufruhr Fotomagazine zu betrachten oder drückte sich in der Auswahl der Zeitschriften ein besonderer erzieherischer Aspekt aus, der gleichzeitig eine deutliche Machtasymmetrie zwischen Arzt und Patient etablierte? Befanden sich in der Praxis Luhna / Fried besonders viele Akademiker, die zur Zielgruppe dieser Zeitschriften gehörten und diese Auswahl deshalb als patientenorientiert werten würden? Zumindest entsprach die Auswahl der Patienten, die die Ärzte mir vorstellten, dieser Zielgruppe, obwohl Herr Dr. Fried eine bestimmte Häufung der Gesamt-Patientengruppe in dieser Richtung verneinte.

6.1.3.1.3 Persönliche Ansprache

Hierunter habe ich die Kategorien

- Abholen der Patienten,
- Begrüßung mit Namen und Handschlag sowie
- Gespräche im Vordergrund

gefasst.

Abholen der Patienten

Alle beforschten Ärzte holten die Patienten im Wartezimmer ab: Herr Dr. Becker und Herr Dr. Handtke gingen zur Eingangstür des Wartezimmers und riefen dort den Namen des nächsten Patienten, Herr Dr. Fried öffnete die Tür seines Behandlungszimmers zum Warteraum und rief die Patienten – wenn er sie kannte, ging sein Blick zunächst suchend durch das Wartezimmer, er nahm Blickkontakt auf und ludt dann den Patienten ein, hinein zu kommen. Frau Luhna ging in vielen Fällen direkt zu den Patienten, stellte sich vor sie, sprach sie an und ging dann mit ihnen gemeinsam ins Behandlungszimmer. Auffällig war, dass diese besonders intensive Form der ersten Kontaktaufnahme unter steigendem Zeitdruck eingestellt wurde. Volle Wartezimmer führten zu verkürzten Kontaktaufnahmen.

Die Wartezeit Frau Luhna beträgt heute eine Stunde. Im Moment warten 5 Leute im W-Zimmer. Inzwischen entsteht Unmut bei zwei Frauen, die sich auf italienisch unterhalten – sieht man an ihren Gesten. Heute steckt Frau Luhna auch nur noch den Kopf aus der Tür, wenn sie einen neuen Patienten aufruft. Sie ist nicht so präsent im Wartezimmer wie sonst. (Feldnotizen)

Frau Luhna kommt an die Anmeldung und sagt „Heute war kein guter Tag!“. Er wäre so viel los gewesen. (...) Sie wirkt sehr müde. Mir ist aufgefallen, dass sie heute immer besonders kurz im Wartezimmer erschienen ist, im Gegensatz zu sonst: Kopf raus gesteckt, aufgerufen, wieder verschwunden. Ich habe die Idee, dass Zeitprobleme Kundenfreundlichkeit beschränken. (Feldnotizen)

Heute grüßt Frau Luhna wieder häufiger die wartenden Patienten im Wartezimmer. Das Wartezimmer ist leerer als gestern. Wartezeit ca. 30 Minuten (Feldnotizen)

Herr Dr. Becker begleitete nach Behandlungsterminen die Patienten zur Anmeldung, verabredete den nächsten Termin und verabschiedete sich dort von ihnen. Wenn er einen Patienten aufrief, stand er am Eingang des Wartezimmers, schüttelte dessen Hand und ging dann hinter ihm her ins Behandlungszimmer. Er ging immer langsam durch die Praxis.

Herrn Dr. Handtke sah ich häufig durch die Praxis eilen. Wenn er einen Patienten an der Tür des Wartezimmers aufrief, schaute er dabei auf seine Akten oder befand sich schon auf dem Weg zurück ins Sprechzimmer. Ein Patient sah ihn aus dem Wartezimmer also kaum, bevor er aufgerufen wurde.

Begrüßung mit Namen und Handschlag

In allen Fällen, die ich beobachtet habe, reichten die Ärzte den Patienten zur Begrüßung die Hand und sprachen sie mit ihren Namen an. In der Praxis von Herrn Dr. Fried und Frau Luhna begrüßte auch Frau Walser diejenigen Patienten, die sie schon kannte, mit Namen. Im folgenden Beispiel wird deutlich, wie verwirrend es wirkt, wenn der Arzt anders, als erwartet, nicht weiß, mit wem er es zu tun hat:

Als Herr Kiri aufgerufen wird, gehe ich mit. Herr Dr. Handtke empfängt ihn an der Tür zu seinem Behandlungszimmer, reicht ihm die Hand „Herr Kiri! Kommen Sie rein!“ Schaut mich an und sagt „Ach, und Sie sind dann wohl die Ehefrau?“ Ich bin super überrascht, stammele los, dann sagen Herr Kiri und ich fast gleichzeitig „Nein!“ und lachen dabei. Herr Dr. Handtke ist verwirrt, ich sage „Herr Dr. Handtke, aber wir kennen uns doch!“ Er schaut immer noch verwirrt. Ich sage „mein Name ist Terzioglu, ich war doch schon ein paar Mal hier. Wissen Sie, wegen der Forschung!“ Da schaltet er. Ich sehe, er kann mich jetzt einordnen, wir gehen in sein Zimmer, eigentlich schiebt er uns mehr rein, geht hinter uns, schließt die Tür. Er sagt, er hätte eigentlich erwartet, dass Herr Kiri heute seine Frau mitbringt: „Das war doch verabredet, oder?“ mit Blick auf Herrn Kiri. Der sagt: „Ja, war verabredet. Beim nächsten Mal.“ Und Herr Dr. Handtke betont noch, dass er heute nicht mit mir gerechnet hätte. (Feldnotizen)

Ich interpretierte diese Verwechslung als Geringschätzung meiner Person. Herr Dr. Handtke und ich hatten zu diesem Zeitpunkt mehrfach miteinander gesprochen und ich fand, ich war als Feldforscherin in einer Arztpraxis „Störung“ genug, damit sich der Praxisinhaber an mich erinnerte. Umso erstaunlicher und kränkender empfand ich dieses Erlebnis.

Daraus wurde mir die besondere Bedeutung bewusst, die es für Patienten haben musste, wenn der Arzt oder die Ärztin ihnen bereits im Wartezimmer zeigte, dass er ihr Gesicht einem Namen zuordnen konnte und sie somit Bedeutung für den Arzt hatten. Gleichzeitig kann dies als Hinweis darauf gewertet werden, wie adäquat der Arzt in dem folgenden Behandlungsgespräch die persönlichen Hintergründe, die Geschichte des Patienten einschätzt, weil er sie aus früheren Zusammentreffen in Erinnerung hat. Wenn er dagegen zeigt, dass er den Patienten kaum erkennt, erscheint es mir vor dem Hintergrund dieser Erfahrung vorstellbar, dass der Patient befürchtet, vom Arzt „ahistorisch“ betrachtet und behandelt zu werden.

Gespräche im Vordergrund

Durch oben schon erwähnte Signale symbolisierten die Ärzte, dass Gespräche in diesen Praxen im Vordergrund standen: Bei Herrn Dr. Fried und Frau Luhna waren **keine Medikamente sichtbar** im Sprechzimmer, außer bei Herrn Dr. Handtke **keine Aktenberge sichtbar** im Sprechzimmer, bei allen Ärzten stand der **Computer seitlich auf dem Tisch**. Dadurch, dass die Behandlungszimmer durch doppelte bzw. massive Türen vom Wartezimmer abgetrennt waren und es nicht möglich war, die dort statt findenden Gespräche mitzuhören, wurde deren Wichtigkeit unterstrichen: Türen hatten hier offensichtlich nicht nur die Funktion eines Sichtschutzes z.B. bei körperlichen Untersuchungen, sondern boten vor allem auch akustischen Schutz. Schließlich signalisierte **private Kleidung statt weißem Kittel**, dass in diesen Praxen etwas anderes im Vordergrund stand als die körperliche Untersuchung.

6.1.3.1.4 Zugang

Einzugsgebiet

Die Praxis von Herrn Dr. Becker und Herrn Dr. Handtke befand sich in einem Bezirk, in dem auch eine große Nervenklinik stand. Herr Dr. Becker hat dort früher gearbeitet und viele der Interviewpartner, die ich in der Praxis vorgestellt bekam, waren von Ärzten dieser Nervenklinik nach ihrem stationären Aufenthalt dorthin empfohlen worden. Direkt gegenüber der Praxis befand sich ein weitläufiger Park. Die Wohngegend war bürgerlich, die Mieten lagen auf mittlerem Niveau. Die Lage der Praxis war zentral.

Die Praxis Fried / Luhna lag ebenfalls sehr zentral, jedoch in einem anderen Bezirk als die Praxis Becker / Handtke. Die Bevölkerungsstruktur dieses Bezirks war geprägt durch einen hohen Ausländeranteil und durch viele arbeitslose Menschen. In diesem Bezirk gab es vergleichsweise viele Einrichtungen für psychisch Kranke. Der Nachbarbezirk wurde vor allem von jungen Leuten und Studenten bewohnt. Frau Luhna beklagte im Interview die Lage der Praxis aufgrund ihres Einzugsgebietes und auch wegen ihrer großen Entfernung zu der Klinik, in der sie ursprünglich gearbeitet hat:

„(...) der [Bezirk] war offen gestanden nicht mein Lieblingsbezirk, also ich wäre lieber in [Parkaue] geblieben. (...) die Klientel ist schon ne andere. (...) eine meiner ausländischen Patientinnen (...) sagt, es ist für sie so unglaublich, diese Deutschen sind so verwahrlost. Und ich sag dann: ‚Sie können doch nicht den Wilhelm-Platz [an dem sich die Praxis befindet] sozusagen als Spiegel der Gesellschaft nehmen!? (...) Ich finde schon, der Platz ist einer der schönsten Plätze im [Bezirk]. (...) ist super zentral gelegen, und ich bin absolut gerne hier, aber erst mal an den liegenden Pennern auf der Bank da vorbeizugehen, ist einfach was anderes, ob du da am Grünberg-Platz [in einem anderen Bezirk] bist, ja? (...) Ich bin nicht aus innerster

Überzeugung hierher gekommen, sondern weil die kassenärztliche Vereinigung mir keine andere Wahl gelassen// oder die Wahl wäre sonst Heinrichsdorf [Bezirk im Osten der Stadt] gewesen. Und ich bin im Westen sozialisiert, und ich wollte schon auch bezirksübergreifend arbeiten, aber das war mir klar, dass niemand aus Sophienburg [Bezirk, in dem sich die Nervenklinik befindet] nach Heinrichsdorf kommt, und ich hatte einfach, als ich hier angefangen hab, noch im Rahmen der Psychotherapieausbildung eine ganze Reihe von Patientinnen aus Sophienburg.“ (Frau Luhna, Ärztin)

Verkehrsmittel

Die Praxis Fried / Luhna lag direkt an einem U-Bahnhof, an dem sich zwei Linien kreuzten und war zusätzlich erreichbar durch zahlreiche Buslinien. Die Praxis von Herrn Dr. Handtke und Herrn Dr. Becker war nur durch Busse mit öffentlichen Verkehrsmitteln erreichbar.

Sprechzeiten

Bei Frau Luhna und Herrn Dr. Fried gliederten sich die Sprechzeiten in reguläre Sprechstunden und Telefonzeiten, in denen die Patienten die Ärzte direkt telefonisch erreichen konnten. Die Praxis war täglich besetzt, Mittwochs gab es nur telefonische Sprechzeiten bei Frau Luhna. Montags und donnerstags war die Praxis nachmittags geöffnet, donnerstags bis 19 Uhr. Dienstags und freitags war sie von morgens bis mittags geöffnet. Frau Luhna hatte an drei Tagen in der Woche telefonische Sprechzeiten, Herr Dr. Fried an zwei Tagen. Die Praxis öffnete nicht vor 9 Uhr.

Herrn Dr. Becker und Herrn Dr. Handtke erreichte man täglich bis auf mittwochs in ihrer Praxis. Die Sprechzeiten gingen montags, dienstags und donnerstags von 10 bis 12 und 16 bis 18 Uhr. Freitags hatte die Praxis nur von 10 bis 14 Uhr geöffnet.

Im Vergleich war somit die Praxis Luhna / Fried häufiger besetzt.

Telefonische Erreichbarkeit

Es gab getrennte Telefon-Nummern in der Praxis Fried / Luhna - für jeden Arzt eine. Beide Ärzte hatte auch eigene Anrufbeantworter. Herr Schiller, einer der Patienten von Frau Luhna, berichtete im Interview, dass sie zuverlässig an demselben Tag zurückrufe, wenn er ihr auf den Anrufbeantworter spreche. Dies hat sich auch im Verlauf meiner Feldbeobachtungen bestätigt: Eine Nachricht auf dem Anrufbeantworter der Ärzte wurde meist von Frau Walser abgehört, die dann den Namen des Anrufers notierte und diesen Zettel den Ärzten ins Fach legte. Diese riefen dann in Pausen und nach Ende der Sprechzeiten zurück. Es war auch möglich,

dass die Patienten Anfragen zum Beispiel über Medikationsdosen telefonisch an die Ärzte richteten und zu deren Beantwortung nicht extra in die Praxis kommen mussten.

Die Verfügbarkeit der Ärzte für Patienten war somit maximal während des Praxisbetriebs. Allerdings lehnten es beide Ärzte ab, den Patienten ihre Privatnummern für Notfälle zu geben. Statt dessen gaben sie ihnen die Telefonnummer des Krisendienstes.

Die Praxis Becker / Handtke bot keine Möglichkeit, Nachrichten auf dem Anrufbeantworter zu hinterlassen. Dafür war es in manchen Situationen möglich, direkt zum Arzt durchgestellt zu werden und offenbar gab zumindest Herr Dr. Becker einigen Patienten seine Privatnummer, unter der sie ihn auch am Wochenende erreichen konnten. Darauf deutete eine Patientin im Interview hin, als sie beschrieb, dass ihre Eltern, als sie an einem Wochenende psychotisch geworden sei, Herrn Dr. Becker angerufen hätten.

Wartezeiten

In beiden Praxen konnten Wartezeiten von über einer Stunde entstehen. Während ich in der Praxis Fried / Luhna nicht erlebt habe, dass dies zu Platzproblemen führte, wichen in der Praxis Becker / Handtke die wartenden Patienten teilweise in die im selben Haus befindliche Begegnungsstätte für psychisch Kranke aus. Die Stimmung im Wartezimmer war durch die Wartezeiten an manchen Tagen etwas gespannt und auch die Ärzte wirkten beim Anblick der wartenden Patienten häufig unter Druck.

Frau Luhna nahm zum Zeitpunkt der Forschung keine neuen Patienten mehr an. Wenn Patienten akute Probleme hatten, kamen sie ohne Termin und wurden dazwischen geschoben.

6.1.3.2 Patientenorientiert Abläufe organisieren - Die Sprechstundenhilfe

Die Sprechstundenhilfen machten eine wichtige Rahmenbedingung des Arzt-Patient-Kontaktes aus. Der Vergleich der Sprechstundenhilfen der Praxen Fried / Luhna und Becker / Handtke zeigte, dass der Unterschied in ihrem Handeln sich anhand der Kategorien **Sprechstundenhilfe als Teil des therapeutischen Teams**, **Übernahme zusätzlicher Aufgaben** sowie **flexible, auf den Patienten abgestimmte Abläufe** beschreiben werden kann.

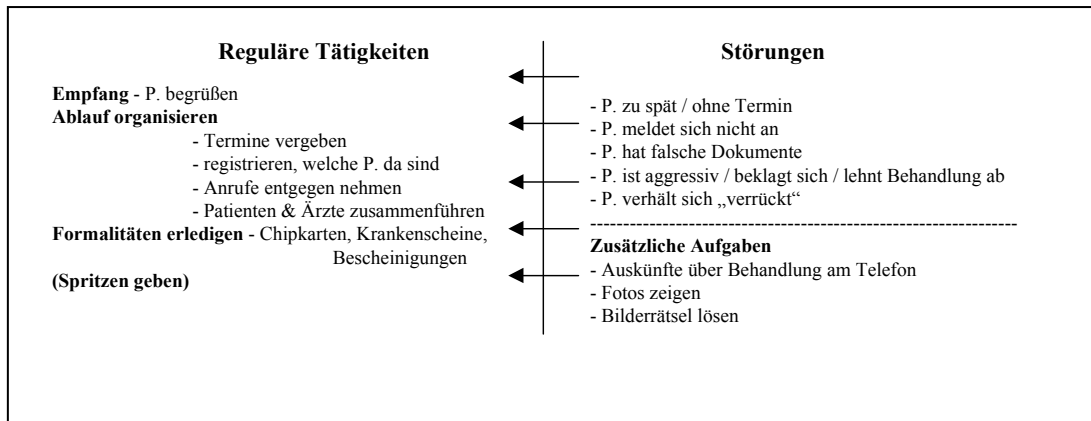


Abbildung 14: Reguläre Tätigkeiten der Sprechstundehilfen und Störungen

Folgende regulären Tätigkeiten der Sprechstundehilfen konnte ich bei meinen Aufenthalten in den Praxen beobachten (vgl. Abbildung 14 links):

Empfang	Patienten begrüßen
Ablauf organisieren	Termine vergeben Registrieren, welche Patienten da sind Anrufe entgegennehmen Patienten und Ärzte zusammenführen
Formalitäten erledigen	Sicherstellen, dass Chipkarten, Bescheinigungen etc. vorhanden sind bzw. den Patienten Bescheinigungen, Rezepte etc. ausdrucken
(Spritzen geben)	Nur in Praxis Becker / Handtke; in der Praxis Luhna / Fried geben die Ärzte selbst die Spritzen

In beiden beforschten Praxen deckten sich diese Tätigkeiten der Sprechstundehilfen, allerdings variierte die Art, wie sie sie ausführten. Dies wurde bereits deutlich beim Empfang. Während Frau Walser freundlich lächelnd, mit sanfter Stimme die meisten Patienten mit Namen begrüßte und dabei sofort andere Tätigkeiten einstellte, wirkte Frau Winter (Praxis Becker / Handtke) eher abweisend und genervt. Häufig begrüßte sie die Patienten nicht, obwohl sie sie registriert hatte oder ließ sie an der Anmeldung warten, bis sie eine andere Tätigkeit zu ende gebracht hatte.

Gleich am Eingang ist die Anmeldung, an aber keiner sitzt. Ich warte zwei Minuten, dann kommt eine Frau so um die 50, kurze blonde Haare, schlank, in Latschen um die Ecke gehastet, schaut mich kurz an und sagt „Ja bitte?“, klingt ziemlich genervt.(...) Ich sage wer ich bin und dass ich um 14.30 Uhr mit Herrn Dr. Becker verabredet bin. „Mhh“, sie schaut auf den Terminplan. in dem Moment kommen zwei Männer aus dem einen Zimmer, an dem „Dr.Becker“ dransteht und sie sagt zu ihm „Herr Dr. Becker, das ist Frau Terzioglu.“ (Feldnotizen)

Frau Winter fragte, als ich mich vorstellte und fragte, ob ich Herrn Dr. Handtke sprechen könnte „Worum handelt es sich denn?“. Ich habe erklärt, dass ich von der FU bin, einen Brief geschickt habe wg. einer Studie, dass ich neulich schon mit Herrn Dr. Becker gesprochen habe...Sie sagt „Ach ja, wir haben uns neulich gesehen!“ sehr viel freundlichere, weniger reservierte Stimme (Memo: Ist diese Stimme nur Patienten vorbehalten?). Sie sagt, sie versucht mal, ob sie mich durchstellen kann. „Sie sind Psychotherapeutin, ne?“ „Nein,“ sage ich, „Psychologin.“ „Ach so.“ (Feldnotizen)

Als Frau Winter gerade die Post macht, kommt jemand herein. Sie schaut nicht auf, der Besucher bleibt „brav“ stehen. Als sie nach ca. einer Minute fertig ist, schaut sie hoch und sagt mit genervtem Ton: „Ja, bitte?“. Später kommt noch jemand, wartet aber nicht, bis sie ihren Brief offen hat, sondern sagt: „Ich bin Herr Maier, ich hatte einen Termin“. Sie unterbricht ihn scharf „MoMENT!“ und macht ihren Brief fertig auf. (Feldnotizen)

Irgendwann kommt eine Frau in die Praxis, so um die Ende 30, mit einer riesigen Aktentasche. (...) Sie geht zur Anmeldung, sagt fröhlich: „Hallo!“. Die beiden Sprechstundenhilfen reden weiter. (...) Die neu gekommene Frau steht vor der Anmeldung und keine der Mitarbeiterinnen schaut zu ihr. Sie sagt dann noch mal ganz freundlich Hallo! Keine Reaktion. Erst als die eine aufhört zu reden und sich aufzuregen, macht die ältere der beiden noch einen Vorgang im Computer fertig und schaut dann zu der Frau auf. (Feldnotizen)

Die Art, wie die jeweiligen Mitarbeiterinnen die Abläufe organisieren, wird besonders deutlich, wenn man ihren **Umgang mit** durch Patienten hervorgerufene **Störungen** dieser Abläufe betrachtet. Beispielhaft sind folgende Situationen zu nennen, die ich beobachten konnte (vgl. Abbildung 14 rechts):

- Patient kommt zu spät oder ohne Termin,
- Patient meldet sich nicht an der Anmeldung an, sondern geht gleich ins Wartezimmer,
- Patient hat die falschen Dokumente bei sich bzw. Chipkarte fehlt,
- Patient ist aggressiv / genervt / beklagt sich,
- Patient verhält sich „verrückt“.

Auch, wenn Patienten von den Sprechstundenhilfen Aufmerksamkeit für Dinge fordern, die jenseits von deren Aufgabenbereich liegen (**zusätzliche Aufgaben**), ist dies als Störung routinemäßiger Abläufe zu bewerten, zum Beispiel:

- Patient möchte am Telefon Auskünfte bezüglich seiner Behandlung haben,
- Patientin möchte ihre Familienfotos zeigen,
- Patientin, die offenbar in einer psychotischen Krise ist, möchte gemeinsam mit der Sprechstundenhilfe ein Bilderrätsel lösen.

Frau Walser bewältigte diese Störungssituationen mit einer hohen Flexibilität, sie **integrierte die Störungen** in den Ablauf und nahm dabei eine **Haltung** gegenüber den Patienten ein, die geprägt war von **Interesse** und **Respekt** sowie der **therapeutischen Sichtweise**, dass störendes Verhalten oft ein Symptom der Erkrankung sei (vgl. Abbildung 15).

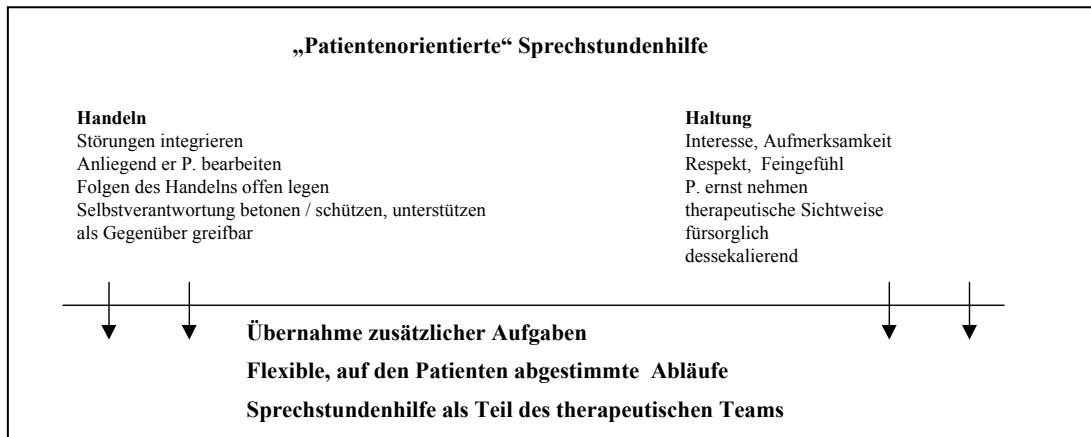


Abbildung 15: Tätigkeiten und Haltung einer „patientenorientierten“ Sprechstundenhilfe

Gleichzeitig wahrte sie den Anspruch an die Patienten, selbst Verantwortung für ihr Verhalten zu übernehmen, weshalb ihr Umgang mit ihnen nicht belehrend war, sondern sie versuchte, ihnen die Folgen ihres Verhaltens **transparent** zu machen.

Ein Patient kommt zu spät mit den Worten „Tut mir leid, ich habe verschlafen“. Sie geht nur mit einem freundlichen „Ja“ darauf ein und meint dann, er solle doch im Wartezimmer Platz nehmen. Fünf Minuten später ist er auch schon dran: kein Abstrafen, kein Belehren durch sie! Memo: finde ich auffällig, ihre Stimme bleibt ganz freundlich, hätte auch anders ablaufen können! (Feldnotizen)

Neulich kam ein Patient zu spät und sie hat so gelassen reagiert. Ich frage sie, ob sie mit Absicht so reagiert hat, ihn nicht belehrt hat, ihn gleich durchgeschleust hat? Ist da bei bestimmten Patienten ein System dahinter, weil sie sonst den Ablauf stören würden? Sie schaut in der Patientenliste nach, findet den Patienten, den ich meinte. „Nein, seine Blutprobe sollte ins Labor. Der Fahrer des Labors muss bis halb elf angerufen werden, deshalb musste es schnell gehen, weil es kurz vor halb elf war.“ „Außerdem“, sagt sie, „ich bin ja nicht die Mutti, was soll ich ihn belehren? Bei manchen Patienten ist es auch ein Teil des Symptoms, dass sie Termine nicht einhalten können.“ Wenn der Patient aber gar nichts sage zur Entschuldigung beim Zuspätkommen, weise sie ihn schon darauf hin, dass er zu spät ist, damit klar ist, dass es den Ablauf stört, wenn er den Termin nicht einhält. (Feldnotizen)

Einem anderen Patienten, der seinen Termin vergessen hatte, bot sie ohne Vorwürfe einen Ersatztermin an:

Anruf. Frau Walser antwortet in sehr freundlicher Stimme „Nein, Herr Stein., das wäre am Montag gewesen. Um 14 Uhr. Nun ist Herr Dr. Fried eine Woche im Urlaub. Aber wenn Sie wollen, können Sie zu Frau Luhna gehen.“ Anrufer sagt etwas. Frau Walser: „Wollen Sie schon heute? Nein? Dann Montag?“ (Feldnotizen)

Eine Patientin, die ohne Termin zu Frau Luhna wollte, wurde ohne größere Probleme in die Warteliste eingefügt:

Eine Patientin kommt zur Anmeldung (ich stehe hinter ihr) und sagt: „Guten Tag. Ich habe keinen Termin, möchte aber gerne 5 Minuten zu Frau Luhna rein“ Frau Walser schaut sie freundlich an „Wie war noch mal Ihr Name?“. Nachdem die Patientin ihn gesagt hat, sagt Frau Walser: „Ok, setzen Sie sich noch einen Moment rein?“. Die Patientin wartet nicht länger als die anderen, die einen Termin haben, ca. 20 bis 30 Minuten. (Feldnotizen)

Das Verhalten Frau Walsers gegenüber Patienten, die sich nicht anmelden oder die den falschen Krankenschein mitgebracht haben, zeichnete sich ebenfalls aus durch eine besänftigende, **fürsorgliche Haltung**:

Eine Frau kommt mit ihrem etwa 6-jährigen Sohn. Sie meldet sich nicht an. Nach ca. 3 Minuten kommt Frau Walser, steht im Türrahmen zum Wartezimmer und fragt in leisem, eher schüchternem Ton und mit auffordernd-freundlichem Gesicht, wer denn gerade neu gekommen sei. (Feldnotizen)

Frau Walser kommt ins Wartezimmer, geht zu einer jungen Frau und hält ihr einen grünen Zettel entgegen: „Den kann ich nicht nehmen. Ist für das erste Quartal. Hier: Februar! Ich brauche 2. Quartal! April, Mai!“ Die junge Frau schaut ganz enttäuscht, steht auf, will gehen. Frau Walser sagt: „Nächstes Mal! Sie können bleiben!“ und untermalt das mit einer Geste mit den Händen. Die Frau lächelt erleichtert und setzt sich wieder. (Feldnotizen)

Diese **deeskalierende Haltung** bestätigte sich auch im Umgang mit aggressiven oder sich beklagenden Patienten. Während sie sich im ersten Beispiel auf einen Streit mit einer Patientin, die ohne Termin gekommen ist und sich dann über die Wartezeit beklagt, nicht einlässt, ist es im zweiten Beispiel noch mehr: Frau Grün, die sich offensichtlich in einer psychotischen Krise befindet, begegnet sie mit besonderer Ruhe und **Aufmerksamkeit**. Als sie das Telefon bedienen muss, kündigt sie dies an (**Transparenz des Handelns**). Sie **nimmt** Frau Grün in ihrem Anliegen zu gehen, **ernst**, und überlässt ihr die Entscheidung (**Selbstverantwortung betonen**). Insgesamt wird hier besonders deutlich, dass Frau Walser im Kontakt zu anderen **als Gegenüber greifbar** war – sie stellte sich, im Gegensatz zu mir, Frau Grüns „verrückten“ Fragen.

Eine junge Frau (...) sitzt in der Ecke und liest. Frau Walser kommt und sagt, „Er will Sie vorher noch mal sehen“ (den Rest verstehe ich nicht). Die Patientin fragt mit zickigem, gereiztem Ton: „Wieso? Für 'ne Aspirin?!“ „Nein, Aspirin haben wir nicht. Und bevor ich Ihnen etwas anderes gebe, will er Sie sehen!“ Die Frau ist empört, was sie durch einen genervten Gesichtsausdruck zeigt. Frau Walser geht. Die Frau schaut mich an, murmelt etwas von „Kopfschmerzen... ein paar einfache Aspirin... ist ja wohl ein bisschen merkwürdig.“ Ich lächle sie an. Drei Minuten später steht sie auf, geht zur Anmeldung, fragt, wie lange sie wohl noch warten muss. Frau Walsers Antwort höre ich nicht. Sie kommt wieder zurück ins Wartezimmer. Zwei mal wird eine Tür ein bisschen stärker zu gemacht, sie schaut jedes Mal genervt und mit schmerzverzerrtem Gesicht. 10 Minuten später geht sie wieder nach vorne, zur Anmeldung, sagt etwas, das ich nicht verstehe. Frau Walser geht in den Pausenraum, kommt mit einem Glas Wasser wieder heraus, gibt es ihr wortlos, geht zügig wieder zur Anmeldung (Feldnotizen)

Frau Grün kommt. Sie erkennt mich nicht. Geht freudestrahlend auf Frau Walser zu: „Überall Flöhe! Die müssen alle ins Krankenhaus!“ Frau Walser fragt „Was für Flöhe, Frau Grün?“, ungläubige Stimme, Stirnrunzeln. Frau Grün führt aus, was man dann machen muss. Ob sie denn schon mal so eine Gummikappe aufgehaut habe?. Frau Walser: „Nee, habe ich nicht!“ Frau Grün geht ins Wartezimmer. Kommt nach einiger Zeit wieder, beschwert sich, dass es so lange dauert. Sie wäre viel lieber in der Klinik. Der Arzt da wäre viel besser. „Da sind Leute, es ist schön grün, die Luft ist gut!“ Hier zu sein sei reine Zeitverschwendung! Dann erkennt sie mich, begrüßt mich herzlich. Fragt, wie es mir denn gehe? Ich sage: „Gut geht's mir. Und Ihnen?“ „Nicht so gut“, antwortet sie. Sie beklagt sich über die Medikamente. Sie hätte sie alle durch, alle verträge sie nicht. Aber das würde der Arzt hier nicht begreifen. Sie will endlich gute Menschen mit Herz um sich rum haben. Man trifft ja niemanden mehr, der im Herzen gut

sei. Dann geht sie wieder ins Wartezimmer. Nach einiger Zeit kommt sie wieder. Ich schaue weg. Bin verwirrt, unsicher, wie ich reagieren soll. Denke, wegschauen geht vielleicht, dann spricht sie mich nicht an...Sie geht wieder. Kommt wieder. geht wieder. Kommt nach einer Weile wieder. Und stellt sich an den Tresen. Ich solle ihr doch noch mal meine Nummer vom Büro geben. Ich erschrecke und frage: „Warum, Frau Grün?“. Sie sagt, sie will mich mal anrufen, sie hätte mir so gute Dienste geleistet. Ich fühle mich hilflos, kann ihr ja wohl kaum sagen, nee, mache ich nicht, gleichzeitig weiß ich aber auch nicht, was ich mache, wenn sie wirklich anruft...Kriege Visionen, wie sie in meiner Sprechstunde anruft und ich sie gar nicht mehr loswerde.... Sie geht zum Regal an der Anmeldung, wo die ganzen Broschüre draufliegen, u.a. meine Ankündigung, dass ich komme. Da steht noch meine alte Nummer drauf, ohne die 5. Sie schreibt die Nummer ab und ich merke, dass sie die 5 weglässt. Ich weise sie einmal darauf hin. Als sie das nicht korrigiert, insistiere ich nicht. Bin froh, dass sie mich nicht erreichen wird. Wir gehen wieder zurück an die Anmeldung. Sie erzählt mir etwas, hält plötzlich inne und schaut mich fest und durchdringend an. Sehr freundlicher Blick. Ich werde unsicher unter ihrem Blick, versuche, ihm Stand zu halten. Gehe einen Schritt vor, einen zurück. Lächle verkrampft. Ich spreche leise mit ihr. Sage, ich würde noch ein paar Leute kennen, die wirklich gut sind und mir nichts böses wollen. „Ach! Wirklich?“ fragt sie. Nach einer Weile Unterhaltung geht sie unvermittelt wieder.

Kommt wieder. Ist empört. Sie will einen neuen Termin. „Bei dem Arzt hier klappt das alles nicht! Zack, zack zack, da muss Zug in den Laden!“ Ihr Chef sei da strenger gewesen. Frau Walser sagt „Nun waren Sie schon so lange hier, haben so lange gewartet. Sie sind auch als Nächste dran! Wollen Sie nicht hier bleiben?“ „Nein, ich habe meine Zeit auch nicht gestohlen. Ich habe extra einen Termin um 11 im Krankenhaus abgesagt, wo ich viel lieber hin wollte!“ Frau Walser sagt lächelnd „Aber der ist ja jetzt eh schon vorbei!“ Das Telefon klingelt. Frau Walser sagt zu Frau Grün „Ich geh jetzt erst ans Telefon, dann gebe ich Ihnen den neue Termin!“. Als das Telefonat fertig ist, sucht sie ruhig einen neuen Termin. „Es geht aber erst wieder in drei Wochen!“. Frau Grün: „Ist ok, den nehme ich!“. Frau Walser schreibt den Termin auf einen Zettel, gibt ihn Frau Grün, die ihn nimmt, und ins Wartezimmer schlendert. Später frage ich Frau Walser, ob sie wusste, dass Frau Grün nicht gehen würde. „Nein, aber ich kann sie doch nicht zwingen hier zubleiben!“ Ich frage, „Und wenn Sie Medikamente braucht?“ „Ja, das muss sie dann selbst wissen!“.

Memo: Ich bin beeindruckt, denn Frau Grün ist offensichtlich neben der Spur und Frau Walser hat weder groß versucht, sie zum Bleiben zu bewegen, noch Herrn Dr. Fried verständigt, damit er sie irgendwie abfängt. Sie hat das ganz allein gemanagt. Ich wäre an ihrer Stelle in totale Panik ausgebrochen, hätte die Verantwortung nicht übernehmen wollen, dass sie aus der Praxis geht, sich vielleicht was antut (Feldnotizen)

Frau Walser habe ich häufig bei der Erfüllung **zusätzlicher Aufgaben** beobachten können: Wenn Frau Grün mit ihr Bilderrätsel lösen wollte oder eine andere Patientin ihr Familienfotos zeigte, nahm sie sich dafür Zeit und begegnete den Patientinnen mit **Interesse und Aufmerksamkeit**:

Frau Walser hat auch erzählt, Frau Grün sei „immer mal so und mal so drauf“. Manchmal ganz schlecht, dann sei sie ganz anstrengend. „Wir haben hier auch schon zusammen Bilderrätsel gelöst, weil es sie so genervt hat, dass sie nicht alle 10 Fehler gefunden hat!“ (Feldnotizen)

Diese Patientin kommt nach ihrer Besprechung mit Herrn Dr. Fried an die Anmeldung und sagt „Meine Familienfotos wollte ich Ihnen doch immer mal zeigen!“. Sie zeigt Bilder von ihrem Sohn und ihrem Enkel. Frau Walser schaut sie sich interessiert an, gibt zurückhaltende Kommentare („Ach!“ „Schön!“). Sie lässt während dessen ihre Arbeit liegen, macht nichts nebenbei. Patientin erzählt dabei von ihrer Familie. Am Ende fragt Frau Walser die Patientin, ob sie noch einen Termin wolle, nein, will sie nicht. (Feldnotizen)

Wenn Patienten ihr hilfsbedürftig erschienen, **schützte** sie sie, **unterstützte** sie in ihren Anliegen:

Frau Walser erzählt mir, dass Frau Müller gestern hier war. Es wäre ganz schön anstrengend gewesen. (...) Frau Müller habe gefragt, wie das denn nun sei mit dem Interview. Frau Walser hat geantwortet, ich sei ja noch eine Weile hier, das habe ja noch Zeit, sie müsse das Interview ja nicht jetzt machen. Ich sage, es sei ja bestimmt auch sehr spannend, ein Interview in diesem Zustand zu führen. Sie sagt, das sei sehr anstrengend. Ich habe die Vermutung, dass sie mich schützen wollte, in dem sie Frau Müller angeraten hat, noch abzuwarten, dass sie es mir ersparen wollte, das Interview so zu führen. Aber im weiteren Verlauf des Gesprächs wird mir deutlich, dass Frau Walser Frau Müller schützen wollte. Sie hatte den Eindruck, dass Frau Müller dachte, sie hat ja nun schon mal zugesagt und müsse sich nun an die Absprache halten. Diese Sorge wollte ihr Frau Walser nehmen. (Feldnotizen)

Schließlich war Frau Walser auch bereit, Aufgaben zu übernehmen, die eigentlich nicht ihre wären, um die **Anliegen der Patienten** möglichst in deren Sinne zu bearbeiten: Als eine Patientin telefonisch Auskunft über die Dosierung eines Medikaments haben wollte, bemühte sich Frau Walser zunächst selbst darum, diese Frage anhand von Literatur zu beantworten und ihr auf diesem Weg zu einer schnellen Linderung ohne den Aufwand eines Praxisbesuchs zu verhelfen:

9.45 Uhr. Anruferin redet lange, Frau Walser hört zu. Sagt dann, dass Herr Dr. Fried in Urlaub sei. Aber es gebe Medikamentenbeschreibungen, da können sie mal nachschauen und außerdem Frau Luhna fragen. Aber das dauere einen Moment, weil Frau Luhna noch einen „Patienten drin“ habe. „Ach so, wann nehmen Sie die denn immer? Na, warten Sie noch einen Moment mit der Einnahme ab, ich rufe Sie bestimmt innerhalb der nächsten Stunde zurück!“. Frau Walser macht eine Gesprächsnotiz, dass Frau K. mit Fluanxol Übelkeit habe. Frau Walser schaut in dem Ordner mit den Medikamentenbeschreibungen nach, aber die für dieses Medikament fehlt. Als Frau Luhna um 10 Uhr an die Anmeldung kommt, fragt sie, ob die Übelkeit von dem Medikament kommen kann. „Ja,“ antwortet Frau Luhna, „kann es, die Patientin soll erst mal eine halbe Tablette nehmen, schauen, ob es besser wird. Und wenn sie mag, Montag noch einmal vorbei kommen.“ (Feldnotizen)

Mit wie viel **Respekt** und **Feingefühl** Frau Walser den Patienten begegnete, wird besonders deutlich an einem Beispiel, wo es mir an diesem Feingefühl mangelte:

Mir ist aufgefallen, dass hier fast alle Patienten erst mal auf die Toilette gehen, wenn sie kommen. Ich frage Frau D., ob die Toilette hier besonders schön sei, ob ihr das auch schon aufgefallen sei, und ob sie eine Idee habe, woran das liege. Sie sagt, mit unterdrückter Stimme, das sei ihr noch nicht aufgefallen. Später sagt sie, da habe gerade eine Patientin gestanden, die einen Waschzwang habe und deshalb ständig auf die Toilette renne, deshalb habe sie so leise gesprochen. Mir ist das unangenehm, daran hatte ich gar nicht gedacht. (Feldnotizen)

Der Umgang der Sprechstundenhilfen der Praxis Becker / Handtke unterschied sich in manchem von dem eben geschilderten. Der Betonung der Selbstverantwortlichkeit und damit das „Mündig-Machen“ Frau Walsers stand hier eine Situation gegenüber, in der die Sprechstundenhilfe Frau Winter eine Patientin mit dem vor allem alten Menschen gegenüber in Pflegeeinrichtungen häufig verwandten entmündigenden „Wir“ anredete:

Bei einer Patientin sagt die jüngere, nachdem sie verschiedene Termine abgecheckt hatte, an denen die Patientin nicht konnte, irgendwas in der Wir-Form, aber dieses entmündigende Wir, dass man häufig für alte oder behinderte Menschen nimmt, nicht das, was sie selbst mit eingeschlossen hätte. (Feldnotizen)

Auch die Reaktion von Frau Winter auf eine Patientin, die offenbar eine Behandlung ablehnte oder zumindest deren Sinn anzweifelte, war deutlich anders. Hier entstand eher der Eindruck, dass sie bemüht war, die **Patientin in die Ablaufroutine einzupassen** und ihr damit **drohte**, dass sie Wartezeiten in Kauf nehmen müsse, wenn sie trotzdem noch einmal den Arzt dazu befragen wolle.

Während ich warte, erlebe ich mit, wie eine Frau aus einem Zimmer um die Ecke an die Anmeldung kommt und Frau Winter anspricht. Sie sagt irgendwas, dann „Ich versteh den SINN überhaupt nicht!“ dann unverständlich. Frau Winter: „Sie müssen das schon so machen, wie’s da steht!“ Sagt sie laut und bestimmt und aggressiv. Patientin, leise: „kann das was damit zu tun haben...“, beugt sich über den Tresen, so dass ich den Rest nicht verstehe. Frau Winter: „Nein, das hat bestimmt nichts damit zu tun. (...) Sonst müssen Sie eben warten!“ Geht hinter ihr, sie treibend, zurück in den Spritzenraum, wo die Frau her kam. Redet dort sehr laut weiter. (Feldnotizen)

Außerdem erlebte ich Frau Winter nicht als Gegenüber greifbar, sondern den Kontakt mit ihr als **unverbindlich** und **unpersönlich**. Dies ging soweit, dass ich bis zum Schluss ihren Namen nicht kannte, einerseits, weil die Ärzte mich nicht vorgestellt hatten. Aber auch später hatte ich Mühe, eine Gelegenheit zu finden, um ein Gespräch mit ihr zu führen, das uns erlaubt hätte, uns einander vorzustellen und einige Sätze jenseits der reinen Organisation miteinander zu wechseln.

Das ist irgendwie merkwürdig – ich wurde von beiden Ärzten nicht eingeführt, vorgestellt. Ich finde irgendwie auch immer nicht die Gelegenheit, es selber zu tun. Wenn sie mich an den Arzt oder die Patientin vermittelt haben, ist irgendwie die Aufgabe beendet, sie schauen dann gleich wieder runter auf den Block, aufs Telefon etc. Da traue ich mich dann nicht, einfach stehen zu bleiben und was weiterführendes zu sagen. Ich habe das Gefühl, dass sie beide schon wissen, wer ich bin, ich aber nicht weiß, wie sie heißen. Das irritiert mich. Ich lauf da irgendwie so anonym durch die Gegend. (Feldnotizen)

Auch im Umgang mit den Patienten erlebte ich Frau Winter häufig als unpersönlich, denn auch wenn sie offenbar sehr wohl die Namen der Patienten kannte, sie registrierte, begrüßte sie sie häufig nicht mit ihrem Namen.

Die Sprechstundenhilfe meldet sich am Telefon nie mit ihrem Namen, sie sagt „Praxis Becker und Handtke, guten Tag?“. Sie wirkt immer sehr geschäftig, ich traue mich gar nicht, sie anzusprechen. Wenn sie arbeitet und es kommt jemand rein und grüßt, grüßt sie oft nicht zurück. Ohne weiter nach dem Namen zu fragen, sagt sie dann zu den meisten Patienten: „Sie können sich hinsetzen!“. (Feldnotizen)

Bei mir entstand der Eindruck, dass Frau Winter ihre Aufgabe allein in der Organisation möglichst reibungsloser Abläufe sah. Zusätzliche Aufgaben oder auch die Gestaltung eines persönlichen Kontakts waren dazu nicht notwendig.

6.1.3.3 Konsequenzen für die Arzt-Patient-Zusammenarbeit

Im Rahmen der teilnehmenden Beobachtung in den Arztpraxen habe ich Hinweise darauf erhalten, dass bereits die Gestaltung der Abläufe in den Praxen sowie die Einrichtung der Praxisräume dazu beitragen können, dass Patienten sich in den Praxen wohl fühlen und den Eindruck erhalten, ihre Bedürfnisse werden hier ernst genommen. Die Praxis kann sich wie ein geschützter Raum gestalten, in dem sich der Patient schon außerhalb des Sprechzimmers entspannen kann. Auch der Verzicht auf Signale, die die Asymmetrie betonen, jenseits des konkreten Gesprächsverhaltens der Ärzte, kann dazu beitragen, dass gerade psychoseerfahrene Patienten, die häufig die Befürchtung haben, ihr Zustand werde zu sehr medizinisch gedeutet und behandelt und die außerdem, wie eigene Erfahrungen gezeigt haben und auch die Ärzte und Patienten berichteten, aufgrund der Psychose teilweise Schwierigkeiten haben ihre Grenzen zu wahren, sich in dieser Praxis wenig bedroht und sehr ernst genommen fühlen. Das Verhalten der Sprechstundenhilfen leistet einen wichtigen Beitrag dazu. Sie können den Patienten ihrerseits signalisieren, dass die Abläufe flexibel an ihren Bedürfnissen ausgerichtet werden und damit deutlich machen, dass die Patienteninteressen hier bereits an der Anmeldung und im Wartezimmer wichtig sind. Eine Sprechstundenhilfe wie Frau Walser, die früher als Schwester in der Psychiatrie gearbeitet hat und daher über sichtbare Kompetenzen im Umgang mit psychiatrischen Patienten und ihren teilweise ungewöhnlichen Anliegen verfügt, ist dabei sicherlich besonders geeignet.

6.1.4 Allgemeine Kontextfaktoren

Unter die Oberkategorie „Allgemeine Kontextfaktoren“ habe ich diejenigen Faktoren gefasst, die jenseits der individuellen Arzt- und Patientenfaktoren und jenseits des konkreten Settings in den Praxen die Zusammenarbeit der Ärzte und Patienten beeinflussen. Hierunter fällt der **ambulante Behandlungskontext**, die prozessorientierte Sichtweise auf den Krankheitsverlauf und die hier getroffenen Entscheidungen (**Krankheitsverlaufskurven und Entscheidungsprozesse**) sowie die von dritten, nicht direkt an der Behandlung beteiligten Instanzen und Personen erfolgenden Zuschreibungen und Erwartungen an die Ärzte (**Zugeschriebene Aufgaben und Eigenschaften von Psychiatern aus der Sicht Dritter**). Die

dargestellten Ergebnisse in diesem Abschnitt basieren vor allem auf den Arzt- und Patienteninterviews.

6.1.4.1 Ambulanter Behandlungskontext: Freiwilligkeit und eingeschränkte Kontrollmöglichkeiten

„Ich gebe ja 'n Rezept ab, und damit ist ja auch schon klar, dass der Patient freiwillig mitarbeitet.“ (Herr Dr. Fried, Arzt)

Verbunden mit der ambulanten Betreuung ist eine starke Betonung der Selbstverantwortlichkeit der Patienten. Die psychiatrische Behandlung eines Patienten, der alleine lebt, kommt nur zustande, wenn er sie **freiwillig** in Anspruch nimmt. Diese Freiwilligkeit betrifft alle **Behandlungsmaßnahmen**, wie zum Beispiel die **Einnahme der Medikamente** (ob überhaupt, in welchen Dosierungen), das **Wahrnehmen der Arztbesuche** und das **Aufsuchen einer Klinik** in Krisensituationen. Die Freiwilligkeit der Patienten endet dann, wenn der Arzt eine akute Selbst- oder Fremdgefährdung des Patienten diagnostiziert: Dann ist er verpflichtet, auch gegen den Willen des Patienten tätig zu werden und mit Hilfe des Sozialpsychiatrischen Dienstes eine Klinikeinweisung zu veranlassen.

Von den im Rahmen dieser Studie befragten Patienten lebten nur zwei in betreuten Einrichtungen (Frau Hauser und Herr Kreiser). Eine Patientin, Frau Weinert, hatte eine regelmäßige ambulante Betreuung in ihrer Wohnung. Herr Dietz lebte alleine, suchte jedoch jeden Tag eine Tagesstätte auf. Alle anderen nahmen, neben ihren Besuchen beim ambulant behandelnden Psychiater, nur sporadisch professionelle Hilfe in Anspruch. Manche gingen zur Psychotherapie, andere zu Stimmenhörer- oder Psychosegruppen oder zu Kontakt- und Beratungsstätten für psychisch kranke Menschen. Damit war für viele der befragten Patienten der Psychiater der einzige kontinuierliche Kontakt zum medizinisch-therapeutischen Betreuungssystem.

6.1.4.1.1 Die Sicht der Patienten

Die befragten Patienten erlebten an dieser Betreuungsform vor allem den **Freiheitsaspekt** als kennzeichnend. Dieser machte sich besonders an einem den Patienten sehr wichtigen Thema, der Medikamenteneinnahme, fest. Frau Pfleger sagte dazu:

„Erstens will ich nicht gezwungen werden, was zu nehmen, was ich nicht nehmen will, und dazu kann mich ja auch keiner zwingen, also weiß ich jetzt nicht, wie das rechtlich aussieht,

ich glaube nicht, wenn ich sag, ich will jetzt keine Medikamente mehr nehmen, müsste ich die ja nicht nehmen, ist ja ne freiwillige Sache.“ (Frau Pfleger, Patientin)

Frau Maus, eine Patientin von Herrn Dr. Becker, beschrieb im Interview, wie sie entgegen seiner Empfehlung die Dosis der Medikamente reduziert und ihm dies erst nach einigen Wochen berichtet habe. Sie machte deutlich, dass er aus ihrer Sicht auch keine andere Möglichkeit hatte zu reagieren, als ihr zu sagen, dass er „nicht sehr zufrieden“ war.

- P: Und da hab' ich von selbst des auf ein Milligramm begrenzt und hab' ihm des ein bisschen später erzählt. Da war er nicht sehr zufrieden, aber was sollte er machen, wenn ich das (LACHT EIN BISSCHEN) so genommen hatte. Und ich hatte das, glaub' ich, schon sechs Wochen so eingenommen, so in dem Dreh jedenfalls, und es war keine Psychose aufgetreten. Er meint, es wäre unter der zulässigen Dosierung, aber // also WIRKT jedenfalls mit dieser Dosierung.
- I: Und dabei blieb es dann auch deshalb?
- P: Ja. (Frau Maus, Patientin)

Ähnlich berichtete Herr Schiller, dass er auf die mangelnde Bereitschaft zweier ambulant behandelnder Psychiater, die Dosierung der Medikamente zu senken, damit reagierte, dass er eigenständig und ohne deren Wissen die Dosis reduzierte:

- P: So, dem [Arzt] hab ich das dann erzählt, dass ich eigentlich schneller absetzen möchte (...). Er hat dann ein anderes Medikament noch eingeführt (...). Ich hab von dem Fluanxol gar nichts gemerkt, ich hab die dann ganz weggelassen, und hab nur die Abendsdosis genommen. (...)
- I: Und als Sie die runterdosiert haben, das haben Sie dem Arzt aber dann nicht gesagt, oder doch?
- P: Äh, das hab ich dem Arzt nicht gesagt (...). Und ich hab mir dann ein Blatt Papier genommen, hab ein Diagramm aufgetragen, unten die Tage und dann oben die Dosis, und dann hab ich die Anfangsdosis eingeschrieben, und hab immer gekuckt, wie ich mich fühle und hab dann immer so alle // alle Woche hatte ich 25 Milligramm weniger genommen oder so was. (Frau Maus, Patientin)

Der Entscheidungsspielraum der Patienten bezüglich der Medikation in der ambulanten Behandlung unterscheidet sich damit von dem in einer psychiatrischen Klinik. Während eines Klinikaufenthaltes können Medikamente auch zwangsweise verabreicht werden, wie Frau Christ berichtete:

„(...) und dann haben sie praktisch gesagt, jetzt müssten Medikamente gegeben werden, und das war zwangsweise, also ich wollte keine Medikamente. Und da sind dann auf einmal praktisch die Pfleger auf einen drüber hergefallen, ja, und haben einen festgehalten und haben praktisch diese Medikamente zwangsweise gespritzt.“ (Frau Christ, Patientin)

Die Patienten haben in der ambulanten Behandlung die Möglichkeit, einen Arzt nach ihren Bedürfnissen zu suchen, den Arzt zu wechseln, einzelne Termine nicht wahrzunehmen oder komplett auf eine ärztliche Behandlung zu verzichten.

Dabei hängt die Arztwahl davon ab, ob der Arzt den Ansprüchen des Patienten genügt. Herr Werth, Patient bei Herrn Dr. Fried, beschrieb, dass er, bevor er sich für einen Arzt entschieden habe, Auswahlgespräche mit verschiedenen ambulanten Psychiatern geführt habe, um den individuell passenden zu finden:

Also ich hatte zwischendurch eben auch Kontakt aufgenommen mit so'n paar Ärzten *4* ja, das war erst eine, die war halt, weil die bei mir in der Nähe war, aber ich hatte irgendwie nicht so das Vertrauen zu der (...). Also sie [die Klinikärzte] haben (...) mich halt dann entlassen und gesagt, ja, Sie machen das (...) jetzt beim behandelnden Arzt. Ich hatte halt den Namen angegeben, aber mir war klar, also das wird bei der nicht sein, aber ich muss mir dann halt verschiedene Ärzte anucken. Und dann (...) bin ich wirklich einmal durch [die ganze Stadt] gegangen und hab mir auch so'n paar verschiedene Leute angeguckt (...). Am Ende bin ich dann halt bei Herrn Dr. Fried gewesen. (Herr Werth, Patient)

Kriterien für einen **Behandlungsabbruch** waren häufig geringes Vertrauen zum Arzt sowie das Gefühl, nicht ernst genommen oder ausreichend an der Behandlungsplanung beteiligt worden zu sein. Manche meiner Interviewpartner erlebten die Umgangsformen der Ärzte als mangelhaft und gingen deshalb nicht mehr hin – zum Beispiel Herr Schiller oder Herr Werth.

„Diese Frau Meier hat dann so'n Einleitungsgespräch gemacht, war schon irgendwie merkwürdig, die hat höher gesessen als ich. Fand ich ziemlich scheiße. Ich hab so'n// war zwar 'n bequemer, bequemer Stuhl, aber die hat so'n bisschen höher gesessen (MACHT WAS VOR) Also das war schon so wie Hitler das früher gemacht hat sozusagen, ja?“ (Herr Schiller, Patient)

„(...) also die stand halt, also diese erste Psychiaterin, die ich weiß noch, ich kam rein, das hat mich einfach schon gleich erschlagen.“ (Herr Werth, Patient)

In den Interviews zeigte sich auch, dass der Behandlungsabbruch bei einem Arzt durch die Patienten in der ambulanten Behandlung ein machtvolles Instrument ist, um ein Fehlverhalten des Arztes im zweiten Schritt zu „korrigieren“. Da einige der Patienten es in der direkten Interaktion mit dem Arzt nicht schafften, sich mit ihm auseinander zu setzen, nutzten sie die Möglichkeit zur freien Arztwahl, um sich einen Einfluss auf die Behandlung doch noch zu sichern. Ein Beispiel ist Frau Viktor, die über die Gründe für ihren Arztwechsel folgendes berichtete:

„Ja, den ersten hab ich schon gewechselt, weil's da außer Haldol nichts gab so. Und die Zweite hab ich dann gewechselt, weil ich mit ihrer Art und Weise nicht klargekommen bin, also, weil die halt (xx) war und so, und sobald ich (mehr) aggressiv bin (...), ich in die Klinik gehen soll, (...) tja, die musste ich dann wechseln.“ (Frau Viktor, Patientin)

Bei Herrn Schiller war das Thema Medikamentendosis entscheidend für seinen Behandlungsabbruch: Weil die erste Ärztin nicht bereit war, die Dosis zu reduzieren, ging er nach ihrem Urlaub nicht mehr hin. Auch zu ihrem Vertreter ging er nur ein

Mal. Da auch dieser nicht bereit war zu reduzieren und ihm statt dessen andere Medikamente verschrieb, verzichtete er danach zunächst völlig auf ärztliche Hilfe.

„Ich dachte mir, ja, so schnell wie möglich absetzen (...) Und die [Ärztin] meinte denn so, hopplahopp, anerkannte Meinung ist (...), man müsste das zwei Jahre behandeln. Da hab ich noch mal nachgefragt: ‚Mit Medikamenten behandeln?‘ und da hat sie gesagt: ‚Ja.‘ Und dann hab ich mir gedacht: ‚Öh, nee, weißte, das ist mir ein bisschen zu fett, also das glaub ich nicht, dass ich das brauche.‘ So, die ist dann in Urlaub gegangen und hat mich zu ihrem Vertreter geschickt. (...) Ich hab gesagt, ja okay, ich geh nun zum Arzt, aber nicht mehr zu dem, ich such mir andere. (...) Und das ging mir ganz wunderbar auch ohne Arzt.“ (Herr Schiller, Patient)

Länger bestehende, **stabile Behandlungsbeziehungen** zwischen Arzt und Patient sind ein Grund für die Patienten, im Falle eines Konfliktes nicht sofort die Behandlung abzubrechen. Wenn der Arzt – aus Patientensicht – in Krisensituationen und in den vorangegangenen Kontakten bewiesen hatte, dass er daran interessiert ist, die Wünsche der Patienten in die Behandlung und seine Entscheidungen einzubeziehen, gaben viele von ihnen auch in Konfliktsituationen dem Arzt eine Chance, behielten sich jedoch immer vor, im Zweifel den Arzt zu wechseln. So berichtete Frau Frisch, dass sie im Konfliktfall zunächst versuchen würde, mit Frau Luhna darüber zu sprechen. Erst im zweiten Schritt würde sie sich eine andere Ärztin suchen:

- I: Wenn nun Frau Luhna Ihre Erwartungen an die Behandlung nicht mehr erfüllen würde in irgendeinem Punkt, also sie würde sich irgendwie anders verhalten, als Sie das für hilfreich empfinden, was würden Sie dann machen?
- P: Tja, gute Frage, also da gibt's zwei Möglichkeiten: Also man kann das bis zum gewissen Punkt besprechen, und kann nach 'ner Lösung suchen. Und das hängt aber natürlich davon ab, ob man jemandem vertraut. Und dieses Vertrauen, das stellt sich ja auch nicht automatisch her (...) und ich glaub, wenn es überhaupt nicht gehen würde, dann bliebe mir ja nichts anderes übrig als jemand anders zu suchen. (...) also ich wüsste in meinem Fall nicht, warum das jetzt so sein sollte, aber ich würde dann auf keinen Fall sagen, es lohnt sich nicht, noch jemand anders zu fragen. (Frau Frisch, Patientin)

Ein anderes Beispiel ist Herr Hölderlin. Nachdem ich in einem Behandlungsgespräch miterlebt hatte, wie er und Herr Dr. Becker sich darüber auseinandersetzten, ob Herr Hölderlin das Kiffen einstellen sollte oder nicht, schickte er mir anschließend folgende e-mail:

„Heute Abend werde ich Becker sagen, dass seine Interaktion kontraproduktiv war. Dass ich ihn bitte, das leidige Thema [Kiffen] nicht mehr hoch zu kochen, sondern auf meine Bemühungen und meine relative Einsicht zu vertrauen. (...) Wenn nötig, behalte ich mir vor, den Arzt zu wechseln.“ (Herr Hölderlin, Patient)

Hier wird deutlich, dass er sich aufgrund der Möglichkeit zur freien Arztwahl in einer starken Verhandlungsrolle sieht: Wenn Herr Dr. Becker seinem Wunsch nicht nachkommt, wird er die Behandlung bei ihm abbrechen.

Neben den positiven Aspekten der Freiwilligkeit in der Beziehung zum Arzt wies Frau Frisch auch auf das **Risiko** hin, das damit verbunden ist. In Phasen akuter und massiver Hilfsbedürftigkeit muss der Patient immer noch in der Lage sein, den Arzt eigenständig aufzusuchen oder zumindest anzurufen und von seiner Hilfsbedürftigkeit zu unterrichten. Das ist Frau Frisch nur mit letzter Kraft gelungen:

„(...) und dann nach einem dreiviertel Jahr hab ich dann sozusagen hier das Telefon rausgezogen und hab gedacht, wenn ich jetzt nichts unternahme, dann ist es zu Ende. Und dann hab ich halt die Therapeutin angerufen, und die hat dann mit Frau Luhna telefoniert, und dann bin ich // also das ging dann// (...) von der Therapeutin aus hab ich dann in der Klinik angerufen (...) Frau Luhna hatte das aber im Vorfeld für mich schon gemacht (...)ich hatte da schon bei Frau Luhna das Gefühl, da ist jemand, der versteht mich und der hat auch 'n gewissen Pragmatismus. Der vonnöten ist, um jemanden gelegentlich auch zurückzuholen. Manchmal sitzt man ja auch in der Sackgasse und (...) blockiert und so, und wenn dann jemand das doch zurückholt (...) Und die Erfahrung, dass ich DA auf Verantwortung * gestoßen bin, also und auch das Gefühl hatte, dass da jemand wirklich verantwortlich HANDELT, mit jemandem, der schon in einem Zustand ist, wo man sagt, ja, das ist eigentlich schon jenseits.“
(Frau Frisch, Patientin)

Vielen Patienten gelingt dies in akuten Psychosen nicht. So berichtete Frau Viktor, wie sie sich in Zeiten akuter Psychosen völlig zurückzieht und alleine in ihrer Wohnung ist, ohne dann den Weg zu ihrer Ärztin zu schaffen. Auch Frau Berg erlebte, wie sie teilweise in akuten Psychosen nicht in der Lage war, Lebensmittel einzukaufen und erst recht nicht, von sich aus ärztliche Hilfe in Anspruch zu nehmen. Oft ist dann eine Klinikeinweisung unter minimaler Einflussnahme der Patienten, an der auch der ambulant behandelnde Arzt nicht direkt beteiligt ist, der nächste Schritt.

6.1.4.1.2 Die Sicht der Ärzte

Die befragten Ärzte stellten die freiwillige ambulante Behandlung stärker unter dem Aspekt der **beschränkten Möglichkeit zur Einflussnahme bei voller Verantwortung** dar. Sie fühlten sich auch im ambulanten Rahmen stark für die Patienten verantwortlich und hatten gleichzeitig weniger Möglichkeiten, die Patienten direkt zu beeinflussen oder zu kontrollieren als ihre Kollegen im Klinikkontext. Die **Abwesenheit von Zwangsmaßnahmen** sahen sie als ein zentrales Kennzeichen der ambulanten psychiatrischen Behandlung.

„Ja, es ist ja 'ne niedergelassene Situation, freie Praxis, und ich hab' ja überhaupt keine Zwangsmaßnahmen.“ (Herr Dr. Becker, Arzt)

Auch den Ärzten war bewusst, dass besonders die Einnahme der Medikamente auf der Freiwilligkeit der Patienten beruhte, wie die Zitate von Herrn Dr. Handtke und Frau Luhna belegen:

„Ich denke, ein Patient, der hier ambulant mit betreut wird, der hat ne Menge mitzubestimmen, fast alles eigentlich. Äh, ich würd vielleicht, was die Frage des Absetzens, was die Medikamente angeht, gerne auch noch mitreden und sagen, das möchte ich nicht. Aber wenn er jetzt bestimmen möchte, dass er's nicht nimmt, dann nimmt er's nicht, dann denk ich, mal ganz abgesehen davon, ich hab ja auch gar keine Handhabe. Er ist ja letztlich dann über seine eigene Situation auch sein Herr.“ (Herr Dr. Handtke, Arzt)

„Ich kann Sie ja hier nicht dazu zwingen. Ich werde ja nicht hier im ambulanten Rahmen, lauf ich ja nicht mit aufgezogener Spritze hinter Ihnen her. Sie müssen das selber wissen!“ (Frau Luhna, Ärztin)

Wenn die Ärzte auch nicht dafür sorgen können, dass die Patienten die Medikamente einnehmen – bis auf die seltenen Fälle von Depotmedikationen – so können sie doch anhand von Blutuntersuchungen rückwirkend festzustellen, ob die Patienten die Medikamente eingenommen haben. Damit können sie mögliche falsche Angaben der Patienten zwar aufdecken. Gleichzeitig besteht dabei die Gefahr, die Beziehung zum Patienten zu belasten. Die **stabile Behandlungsbeziehung gleicht** im ambulanten Rahmen **die fehlenden Kontrollmöglichkeiten** der Ärzte aus. Wenn der Arzt mangelndes Vertrauen in die Aussagen des Patienten signalisiert, kann das dazu führen, dass der Patient die Behandlung bei diesem Arzt abbricht und diesem damit überhaupt keine Möglichkeit zur Einflussnahme und Unterstützung des Patienten mehr bleibt. Wenn sich der Patient dann keinen neuen Arzt sucht, steigt die Gefahr, dass er bei der nächsten akuten Psychose nicht adäquat und rechtzeitig interveniert und dann restriktivere Hilfssysteme wie der SpD eingreifen. Herr Dr. Frieds Zitat deutet darauf hin. Der Einsatz des SpD oder einen Klinikaufenthalt sah er als letzte Option, als Versagen der ambulanten Betreuung.

„Ich hab auch schon in einzelnen Fällen auch schon mal beim Blutabnehmen (...) 'n Spiegel gemacht, wenn ich das Gefühl hatte, ich muss mal gucken, ob überhaupt die Medikamente genommen werden. Aber das mach ich selten. Sonst läuft es wirklich so auf einer Vertrauensebene, muss ich sagen. Das ist auch eigentlich schon die beste// (...) also, so sollte es schon laufen, (...) sonst ist es schwierig. das kann auf Dauer auch gar nicht funktionieren, wenn es nur mit Kontrolle und so, das funktioniert nicht, dann würden sehr viele beim SpD landen oder in der Klinik, irgendwie.“ (Herr Dr. Fried, Arzt)

Doch während es scheint, dass die befragten Ärzte ihre begrenzten Einflussmöglichkeiten auf die Medikamenteneinnahme der Patienten akzeptieren konnten, war das Nichtkommen eines Patienten ein schwer lösbares Problem für sie. Es wurde deutlich, dass es sich aus ihrer Sicht bei psychosereifahren Patienten um ein **potentiell gefährdetes Klientel** handelt. Hierfür war die Annahme entscheidend, dass immer die Möglichkeit besteht, dass ein Patient im Zuge einer akuten Psychose nicht in der Lage ist, sich Hilfe zu holen, obwohl er welche bräuchte, dass er versucht sich zu suizidieren oder dass er andere Menschen bedroht. Viele der

Patienten hatten aufgrund der Psychose kein engmaschiges soziales Netz mehr und der Arzt war für sie eine der wenigen kontinuierlichen Bezugspersonen. Die Ärzte nahmen für sich selbst den Auftrag wahr, den Zustand eines Patienten auch prospektiv adäquat einzuschätzen und ggf. entsprechende Behandlungsschritte einzuleiten. Aus diesen Bedingungen entstand für die Ärzte ein großes Maß an Unsicherheit, Besorgnis und Schuldgefühlen, wenn ein Patient, ohne sich abzumelden, seinen Termin nicht wahrnahm. Es war dann unklar, ob der Patient möglicherweise akut hilfsbedürftig ist und der Arzt beim letzten Zusammentreffen wichtige Hinweise auf eine beginnende Psychose übersehen hat oder ob es ihm gut geht und er keinen Bedarf an ärztlicher Hilfe hat bzw. den Termin einfach vergessen hat.

Anhand der folgenden Feldnotizen zeige ich, wie das Nichtkommen der Patientin Frau Viktor zunächst von Frau Luhna und dann von mir mit meinem Interview in Zusammenhang gebracht wurde. Wie die Frage, ob ich mit meinem Interview eine Psychose bei ihr ausgelöst habe, **Schuldgefühle** in mir hervorrief und gleichzeitig die **Angst**, ihr könne es jetzt schlecht gehen oder sie habe sich umgebracht. Damit ist auch meine Sorge angesprochen, dass ich meine Aufgabe als Interviewern nicht professionell wahrgenommen habe, einen **Fehler** gemacht habe, als ich den Eindruck hatte, das Gespräch habe ihr gut getan. Das Zitat belegt auch mein mangelndes Zutrauen, dass die Kategorien, nach denen ich normalerweise das Verhalten anderer Menschen bewerte, bei einer psychoseerfahrenen Person ebenfalls greifen (**schwere Einschätzbarkeit**). Sowohl Frau Luhna als auch ich fühlten uns **verantwortlich** dafür, Frau Viktor im Blick zu behalten und ihr ggf. zu helfen. Andererseits hielt der Respekt vor ihrer Eigenständigkeit uns davon ab, sie aktiv aufzusuchen oder anzurufen.

Auf dem Terminkalender von Frau Luhna entdeckte ich zufällig, dass Frau Viktor heute einen Termin hat. Ich frage Frau Walser, ob Frau Viktor jetzt wieder komme. „Ja, sie hat angerufen und gesagt, dass sie den letzten Termin total vergessen habe“. Ich bin erleichtert. Seit Mittwoch hatte ich mir Sorgen gemacht. Frau Luhna hatte gesagt, dass Frau Viktor schon den ganzen Mai nicht hier gewesen sei. Und ich hätte sie ja noch im Interview gesehen. (...) Ich habe die Kassette mit dem Interview genau abgehört, ob sie am Ende traurig oder aufgeregter klang. Tat sie eigentlich nicht. Im Gegenteil, sie klang ziemlich fröhlich. Ich hatte das Gefühl, das Gespräch hat ihr gut getan. (...) Trotzdem, die Angst blieb. Hat sie sich umgebracht? Liegt sie da allein in ihrer Wohnung? Und braucht Hilfe? Ich erzähle Frau Walser von meinen Befürchtungen und meiner Erleichterung jetzt. Sie sagt „Das muss ja nichts Schlimmes sein, wenn jemand nicht kommt! Kann ja im Gegenteil auch ein gutes Zeichen sein! Dass es den Leuten gut geht und sie das Gefühl haben, keinen Arzt zu brauchen.“ Das hatte ich bis jetzt nicht so bedacht. Wenn's ihnen gut geht, brauchen sie keinen Arzt, das klingt plausibel. Vor allem dann nicht, wenn sie keine Medikamente nehmen, wie Frau Viktor. Würde ich zum Arzt gehen, nur um ihm zu zeigen, dass es mir gut geht? (Feldnotizen)

Weiterhin wird an Frau Luhn's Verhalten deutlich, dass niedergelassenen Ärzten im Gegensatz zu ihren Klinikkollegen die **Absprache im Team** fehlt und damit auch die Möglichkeit der **Aufteilung von Verantwortung** sowie der **fachlichen Absicherung unter Kollegen**. Denn während es im Klinikkontext möglich ist, sich in seiner Einschätzung über Patienten mit Kollegen auszutauschen und dann Entscheidungen über weitere Behandlungs- oder Sicherungsmaßnahmen zu treffen, entscheidet der niedergelassene Arzt dies alleine und trägt damit von fachlicher Seite aus die volle Verantwortung. Frau Luhna sprach in ihrem Interview ihre Angst, isoliert zu arbeiten, an. Sie sah für sich die Lösung in einem „virtuellen Team“ und regelmäßiger Supervision.

„Und vor allen Dingen auch eben die Angst, zu isoliert zu arbeiten. Und jetzt hab ich das Gefühl, eben indem ich mein virtuelles Team so über die Stadt verteilt hab,(...), also da haben wir auch gemeinsame Supervision (...), das ist so 'ne tragfähige Basis(...). Und so Teambesprechungen mit [Herrn Dr. Fried] und [der Psychologin in der Praxis] und zum Teil gemeinschaftlich besuchte Fortbildungen, das ist schon für mich ziemlich wichtig so.“ (Frau Luhna, Ärztin)

6.1.4.1.3 Konsequenzen für die Arzt-Patient-Zusammenarbeit

Im ambulanten Rahmen spielt die freiwillige Mitarbeit der Patienten eine entscheidende Rolle. Im Gegensatz zum Krankenhaus haben die Ärzte keine Möglichkeit, Patienten gegen ihren Willen zu behandeln. Patienten schätzen diesen Aspekt der Freiwilligkeit besonders in Verhandlungen mit dem Arzt über Medikamente. Dass Arzt und Patient gemeinsame Entscheidungen treffen, heißt im ambulanten Rahmen also auch, dass der Patient den Arzt einbezieht. Die Möglichkeit des Behandlungsabbruchs ist dabei ein machtvoll Instrument der Patienten, um Missfallen über das Verhalten des Arztes auszudrücken bzw. mangelnde Mitbestimmungsmöglichkeiten auszugleichen.

Da sich Psychosen dadurch auszeichnen, dass sie phasenhaft auftreten und der betroffene Patient dann ggf. zeitweise nicht in der Lage ist, rationale Entscheidungen zu treffen, entsteht für den Patienten aus diesem freiwilligen Rahmen auch das Risiko, dass er im entscheidenden Moment keine ärztliche Hilfe bekommt, da er nicht in der Lage ist, den Arzt aufzusuchen.

Für die Ärzte bedeutet diese Behandlungsform ein hohes Maß an Unsicherheit. Sie sehen sich trotzdem in der Verantwortung, den Zustand des Patienten adäquat einzuschätzen und ihm gerade auch in Krisenzeiten adäquate Hilfe zukommen zu lassen. Da zu massive Versuche ärztlicher Einflussnahme zu Konflikten führen können und von den Patienten oft mit Behandlungsabbruch beantwortet werden,

müssen die Ärzte eine Form finden, die sowohl ihrem eigenen Sicherheitsbedürfnis Rechnung trägt als auch die Freiwilligkeit der Patienten ausreichend berücksichtigt.

6.1.4.2 Krankheitsverlaufskurven und Entscheidungsprozesse

Während der Behandlung bei einem Arzt haben die Patienten zu verschiedenen Zeiten verschiedene Bedürfnisse an die Zusammenarbeit, da ihre Fähigkeit, autonom und im eigenen Sinne fürsorglich zu handeln, zwischen symptomfreien und akut psychotischen Phasen stark variiert (vgl. Ausführungen zum Trajectory-Ansatz in Kapitel 2.1.4.1). Mit der **wechselnden Fähigkeit zur Übernahme von Verantwortung** (vgl. Kapitel 6.1.1.1) variiert das, was die Patienten als Kooperation bewerten, und das betrifft auch die Art, wie Entscheidungen getroffen werden.

Die aktuelle Behandlung bei einem Arzt muss vor dem Hintergrund der **Krankheits- und Behandlungsgeschichte** der Patienten analysiert werden. In diesem Prozess sammeln die Patienten **Erfahrungen mit niedergelassenen und Klinikärzten**. Je nachdem, ob die Zusammenarbeit mit ihnen als hilfreich erlebt wird und ob die Patienten das Gefühl haben, eigene Wünsche in der Behandlung umsetzen zu können, werden sie zukünftig einen ambulant behandelnden Psychiater in ihre Krankheitsbewältigung einbeziehen. Eine gemeinsam mit einem Arzt erlebte Behandlungs- und Krankheitsgeschichte erhöht die Wahrscheinlichkeit, dass dieser die Vorlieben und Bedürfnisse des Patienten kennen lernt und dementsprechend handelt sowie umgekehrt eine Annäherung an die medizinische Position des Arztes durch den Patienten statt findet.

Außerdem sammeln die Patienten im Laufe ihrer oft mehrjährigen Erkrankung **Erfahrungen im Umgang mit ihrer Krankheit** und wissen, wie sich Psychosen ankündigen, welche Ausprägungen sie annehmen, unter welchen Umständen sie auftreten, welche Interventionen helfen, welche Auswirkungen sie auf die Umwelt und das soziale Leben haben. Viele Betroffene erleben dabei Situationen massiver Hilfsbedürftigkeit und oft anhand von Negativerlebnissen ihre Angewiesenheit auf *wohlwollende* (medizinische) Hilfe.

Sowohl Ärzte als auch Patienten **utilisieren** diese **Erfahrungen** im Behandlungs- und Verhandlungsprozess. Frau Maus „bewies“, wie bereits an anderer Stelle dargestellt, ihrem Arzt Herrn Dr. Becker, dass sie, entgegen seinen Prophezeiungen, über einen längeren Zeitraum nicht psychotisch wird, obwohl sie die Medikamentendosis eigenständig unter den Wirkspiegel reduziert hat.

Der Psychiater Herr Dr. Fried hielt die „richtige“ Interpretation psychotischer Erfahrungen durch die Patienten für eine zentrale Grundlage, um eine Annäherung zwischen dem ärztlichen Behandlungsangebot und den Wünschen der Patienten zu erreichen. „Richtig“ hieß hier, dass die Patienten ihre psychotischen Phasen als Teil einer Krankheit verstehen und demzufolge Hilfe bei einem Arzt suchen. Dies ist, wie aus dem Zitat deutlich wird, ein Prozess, der auf teilweise schmerzhaften Erfahrungen der Patienten basiert. Das Zitat, das ich an anderer Stelle bereits eingeführt habe, stelle ich hier noch einmal dar, um unter diesem Aspekt die Aussagen Herrn Dr. Frieds zu beleuchten:

„Ja, bei Psychotikern ist das Hauptproblem, die Diagnose wirklich anzunehmen // noch bei der Erstmanifestation ist es ja ein unglaublicher Schlag ins Leben rein (...) also ist 'n großer Schock. Und das in irgendeiner Form anzunehmen und zu sagen, ich bin jetzt darauf angewiesen, Hilfe in Anspruch zu nehmen, wenn das erst mal gelaufen ist, dieser Schritt, dann ist das andere meist nicht so'n Problem. Also irgendeine Form von Krankheitseinsicht, so wird's genannt, und Behandlungseinsicht, dass nötig ist, wenn das irgendwie entstanden ist, dann ist auch eine Grundlage da, dann kann man über alles andere auch reden. (...) Aber das ist eben oft ganz schwierig, also es gibt einige Patienten, die sich da wirklich über Jahre nicht darauf zugehen können auf die Krankheit und das dann immer wieder verleugnen, und dann immer wieder auch diese neuen Krankheitsausbrüche irgendwie wieder abstreiten und so. Das einfach nicht in ihre Erfahrung mit einbauen, und das dann eben projizieren und als fremdgemacht erleben und so weiter, ne. Das ist dann immer 'n ganz schlechtes Zeichen, und da hab ich dann immer prognostisch ungünstige Gefühle.“ (Herr Dr. Fried, Arzt)

Es liegt nahe, dass die **Dauer der Erkrankung** ein entscheidender Faktor für die Behandlungsgestaltung ist, da die Möglichkeit, verschiedene Erfahrungen zu sammeln, mit der Dauer der Erkrankung zunimmt. Bei vielen Patienten wächst im Laufe der Zeit das Gefühl der Angewiesenheit auf medizinische Hilfe, so dass sie viel mehr als vielleicht zu Beginn ihrer Psychosen bereit sind, sich dem ärztlichen Urteil anzuschließen. So zum Beispiel Frau Berg. Sie hat in Laufe der letzten 15 Jahre, die von wiederkehrenden Psychosen geprägt waren, die Erfahrung gemacht, dass sie selbst oft nicht in der Lage ist, ab einem bestimmten Punkt der psychotischen Episode für sich selbst zu sorgen. Während sie die Anfänge der Psychosen oft genossen hat, erlebte sie den weiteren Verlauf meist als bedrohlich und einschränkend, ohne dann noch ärztliche Hilfe suchen zu können. Ihre Freundinnen konnten ihr oft nur zu Beginn einer Psychose helfen, indem sie sie drängten, ihre Medikamente einzunehmen. Nachdem Frau Berg jedoch schon mehrfach versucht hat sich während einer Psychose umzubringen, waren diese mit fortschreitender Psychose nicht bereit, die Verantwortung für Frau Berg zu übernehmen. Ärzte in Kliniken, mit denen sie während akuter Psychosen Kontakt hatte, hat sie überwiegend als nicht kooperativ erlebt. Sie hatte den Eindruck,

während der Klinikaufenthalte wenig Gestaltungsspielraum in der Behandlung zu haben und erlebte dies als belastend. Da sie ohne äußere Hilfe nicht dauerhaft zurecht kam und versuchen wollte, Klinikaufenthalte zu vermeiden – auch um ihren Arbeitsplatz nicht zu verlieren – suchte sie einen ambulant behandelnden Psychiater, der ihren Ansprüchen nach Mitbestimmung und variabler psychiatrischer Behandlung genügt. In Herrn Dr. Fried hatte sie mittlerweile diesen ärztlichen Unterstützer gefunden. Er sollte ihr helfen, beginnende Psychosen zu bemerken und ihren durch ihre häufigen psychosebedingten Fehlzeiten bedrohten Arbeitsplatz zu behalten. Zusätzlich war sie mittlerweile auch bereit, regelmäßig Medikamente einzunehmen, was sie jahrelang abgelehnt hatte.

Auch Herr Schiller hat die Erfahrung gemacht, dass er ambulante psychiatrische Hilfe benötigt, da seine Umwelt ansonsten nicht bereit und in der Lage ist, die Verantwortung für ihn zu übernehmen und er auch nicht eigenständig der Psychose adäquat begegnen kann. Im Zuge seiner akut psychotischen Phase hat er einen Klinikaufenthalt zwar zunächst abgelehnt, dann jedoch bemerkt, dass er Zuhause nicht bleiben konnte und ist dann in die Klinik gegangen. Später lehnte er ambulante psychiatrische Hilfe zunächst ab. Da ihn seine Psychotherapeutin jedoch nur weiter treffen wollte, wenn er bei einer ambulanten Psychiaterin zusätzlich in Behandlung ist und er außerdem mit Frau Luhna sehr schnell die Erfahrung machte, dass diese bereit sein würde, seine Wünsche an die Behandlung zu berücksichtigen, ging er inzwischen regelmäßig zu ihr.

Ein eindrucksvolles Beispiel für den Prozess, den eine Patientin durchmacht, der von der massiven Ablehnung von Medikamenten zur freiwilligen Einnahme führt, war Frau Pfleger, eine Patientin von Herrn Dr. Handtke. Hier spielten offenbar das inzwischen etablierte Vertrauensverhältnis zu Herrn Dr. Handtke und die positiven Erfahrungen mit der Wirkung der Spritzen, die er ihr verabreichte, eine wichtige Rolle. Denn während sie im Krankenhaus dazu gezwungen wurde, Medikamente einzunehmen, dies als „traumatisch“ empfand und sie außerdem die Wirkung der Medikamente als negativ erlebte, hat Herr Dr. Handtke ihre Zustimmung abgewartet. Frau Pfleger hatte außerdem den Eindruck, dass die von ihm verabreichte Spritze ihr geholfen habe.

- I: Und Sie sagten, Sie haben sich irgendwann selber dazu entschieden, Medikamente zu [nehmen] . Wie stell ich mir das vor?
- P: Also, es kam nicht unter Druck. Nee, dadurch, dass ich das mal ausprobiert hatte, also da, da hatte ich gerade, da zu der Zeit hatte ich gerade ne Ausbildung gemacht,

(...) und da war ich ziemlich angespannt und (...) da hatte [Herr Dr. Handtke] mir einfach 'ne Spritze gegeben. Also hatte mich gefragt, ist ja nicht so, dass er sagt: ‚Sie müssen jetzt ne Spritze nehmen‘, und da hab ich einfach gemerkt, dass mir die sehr gut getan hat.(...) Und da dacht ich: ‚Mann, warum kannst du das nicht immer haben?‘ Ich meine, natürlich sind Medikamente auch nicht gerade gesund, aber vielleicht gesünder, als wenn man in so'ne Psychose reingleiten würde.

I: Kann ich mir das denn als so'n Prozess vorstellen, weil Sie sagen, irgendwann haben Sie sich dafür entschieden?

P: Ja, also besonders weil ich als ich nach Talheim [in die Klinik] kam, überhaupt keine Medikamente wollte, also die abgelehnt hatte, und die gegen meinen Willen mir eingespritzt wurden (...)// also hab die gekriegt, ob ich wollte oder nicht, also das war irgendwie schon sehr gewalttätig.(...) // ich hatte mich dann doch, obwohl ich eben so negative Erfahrungen mit Medikamenten gemacht hatte, letztendlich im Laufe der Zeit doch für Medikamente entschieden. (Frau Pfleger, Patientin)

Bei Herrn Werth haben die negativen Erfahrungen mit eigenen Dosierungsversuchen dazu geführt, dass er die Verantwortung für das Thema Medikamente inzwischen komplett seinem Arzt überließ. Anders als Herr Werth nahmen sich jedoch viele der Patienten im Laufe der Jahre zunehmend als Experten ihrer Krankheit wahr und wollten dieses Wissen in der Behandlung berücksichtigt sehen. Interessant ist, dass selbst diejenigen Patienten, die über ein großes Maß an individuellem Wissen über den Umgang mit ihrer Erkrankung verfügten, damit nicht so unabhängig vom Arzt wurden, dass sie ihn nicht mehr aufsuchten. Vielmehr forderten sie dann umso mehr eine Kooperation „auf Augenhöhe“ unter Berücksichtigung der medizinischen und der Betroffenenperspektive. Ein Beispiel hierfür ist Herr Hölderlin. Er berichtete, dass er sich das Wissen, das er über die Medikamente habe, im Laufe der Zeit selbst angeeignet habe:

„Wenn ich krank bin, dann kann von mir, denk ich, auch erwartet werden, dass ich mich für die Krankheit interessiere. Das kam aber peu à peu, ja, also ich hab das nicht gleich am Anfang gewusst, ja? Sondern ich hab das nach und nach, hab ich mir das angeeignet, und weiß das jetzt inzwischen, ja?“ (Herr Hölderlin, Patient)

Vor dem Hintergrund dieses Wissens bewertete er die Behandlungsvorschläge seines Arztes und war ggf. auch bereit, zeitweise auf die Erfüllung seines Wunsches nach Reduktion der Medikamente zu verzichten.

Und ich hör mir das dann an, ja, und wenn mir das plausibel erscheint, und meistens erscheint mir das auch plausibel, was er sagt, ja, dann arbeite ich da auch mit oder gebe nach, ja, jetzt in meinen Wünschen, nach Reduktion von Medikamenten, ne. (Herr Hölderlin, Patient)

Ebenso wie der aktuelle Arztbesuch im Kontext der Behandlungs- und Krankheitsgeschichte betrachtet werden muss, sind auch die Entscheidungen, die in der ärztlichen Behandlung getroffen werden, nicht sinnvoll als isolierte Situationen zu untersuchen. Vielmehr müssen **Entscheidungsprozesse** analysiert werden. Dies wurde sehr bald im Forschungsprozess deutlich. Selten fand ich Situationen, in denen

Arzt und Patient innerhalb einer Sitzung eine Frage erörterten, Informationen austauschten, gemeinsam über das Vorgehen entschieden und dann weitere Behandlungsschritte entsprechend festlegten, wie es in der Literatur idealtypisch beschrieben wird. Vielmehr wurden Entscheidungen, die früher getroffen worden waren, neu diskutiert und vor dem Hintergrund inzwischen gemachter Erfahrungen modifiziert. Teilweise schien, es stand die gemeinsame Entscheidung noch aus und Arzt und Patient befanden sich noch in einer Phase des Aushandelns – die auch über mehrere Sitzungen andauern konnte.

Zusätzlich stieß ich auf das Phänomen, dass mir Patienten von Entscheidungen berichteten, die aus meiner Perspektive sehr einseitig vom Arzt getroffen worden waren, die Patienten aber trotzdem die Zusammenarbeit mit den Ärzten als kooperativ bewerteten. Bei der weiteren Analyse wurde dann deutlich, dass einzelne Entscheidungen – zum Beispiel über den Beginn eines Klinikaufenthaltes – zwar maßgeblich vom Arzt getroffen wurden, die Patienten jedoch offenbar ihr Urteil nicht aufgrund der einzelnen Situation, sondern im Hinblick auf den *gesamten* Behandlungsprozess fällten.

Die Entscheidungsprozesse stehen im Kontext der Krankheitsverlaufskurven und werden je nach Zustand des Patienten von diesem beeinflusst, modifiziert und bewertet. Ein Beispiel hierfür berichtete Frau Luhna, die aus einer Therapiesitzung heraus einen psychotischen Patienten in eine Klinik einwies, weil er drohte, seine Nachbarn umzubringen. Obwohl er dem nur widerwillig und unter Androhung von Polizei zustimmte, war er einige Tage später mit der Ärztin der Überzeugung, dass es sich um eine richtige Entscheidung gehandelt hatte.

Und ich hatte ihm vorher gesagt, „Wenn Sie nicht freiwillig gehen, ich hol auch die Bullen, ich würde das gerne Ihnen und mir ersparen,“ (...) Und dann hatt' ich nach zehn Tagen 'n Anruf auf dem Anrufbeantworter, „Ja, die sagen jetzt hier, ich kann da nächste Woche wieder raus, ich wollt' nur sagen, ich komm dann wieder zu dem Termin. (...) Ich weiß auch nicht, was ich da gehabt hab, also kann das alles Einbildung sein? Ich hab das doch gemerkt, die ganze Seite WAR verbrannt von diesem Laser, diese Schweine, aber irgendwie, mir ging's sofort gut, als ich in der Klinik war, ich konnte wieder schlafen, und das war ja für mich das Allerwichtigste.“
(Frau Luhna, Ärztin)

Konsequenzen für die Arzt-Patient-Zusammenarbeit

Die aktuelle, in dieser Arbeit untersuchte Arzt-Patient-Zusammenarbeit ist aus der Patientenperspektive Teil einer Krankheitsverlaufskurve, die teilweise schon viele Jahre vorher begonnen hat. Die Patienten bringen Erfahrungen mit dem psychiatrischen Hilffsystem und bei der Bewältigung ihrer Psychosen mit in die Behandlung. Vor diesem Hintergrund leiten sie Erwartungen an den aktuell behandelnden Arzt ab und treffen Entscheidungen. Diese nicht zu erfragen, bedeutet für die ärztliche Tätigkeit einen großen Informationsverlust, weil kaum ein Verständnis für die Verhandlungsposition des Patienten erlangt werden kann. Ein daraus resultierendes dauerhaftes Aneinandervorbeiarbeiten von Arzt und Patient wiederum erhöht das Risiko eines Behandlungsabbruchs durch den Patienten.

Für die weitere Forschungstätigkeit bedeutete das Ergebnis, dass Entscheidungen als Prozess betrachtet werden müssen, eine veränderte Perspektive: Es kann zu falschen Schlüssen führen, wenn nur einzelne Entscheidungsdialoge detailliert analysiert werden, da die Umsetzung der Entscheidung oder ihre Modifikation in anderen Sitzungen bzw. zwischen den Arztterminen erfolgen.

Anders als in der vorliegenden Forschungsliteratur ist die Bewertung der Art, wie Entscheidungen getroffen werden, abhängig vom Zustand des Patienten. Eine „geteilte“ Entscheidung ist nicht immer zwingend die aus Patientensicht „gute“ Entscheidung und das, was die Patienten als „gute“ Entscheidung bewerten, nicht immer eine „geteilte“ Entscheidung. Diese Erkenntnis bildete der Hintergrund für das, was in Kapitel 6.2.3 über die Verhaltensweisen der Ärzte als **flexible Verantwortungsübernahme** ausgesagt wird.

6.1.4.3 Zugeschriebene Aufgaben und Eigenschaften von Psychiatern aus der Sicht Dritter

Die Patienten sind nicht die einzigen Personen, die den Psychiatern bestimmte Aufgaben, Rollen und Eigenschaften zuschreiben (vgl. Kapitel 6.1.1.4.2). Auch andere Mitglieder der Gesellschaft, Einzelpersonen, Institutionen, Einrichtungen ordnen Psychiatern im Umgang mit psychoserefahrenen Patienten bestimmte Funktionen zu. Um diese Funktionen erfüllen zu können, werden die Psychiater entweder explizit oder durch Zuschreibungen von „begünstigenden“ Eigenschaften mit Einfluss und besonderen Befugnissen ausgestattet (detaillierte Darstellung s.u.).

Diese Befugnisse und Eigenschaften stehen in Gegensatz zu den Möglichkeiten der Patienten und besonders zu den Eigenschaften, die ihnen aufgrund wiederkehrender Psychosen zugeschrieben werden. Diese Situation, die bereits im Literaturteil angedeutet wurde und die ich vor Beginn der Forschung hypothetisch unterstellt hatte, bestätigte sich in ihrem Einfluss auf die Arzt-Patient-Zusammenarbeit in den vorliegenden Daten.

Ziel der folgenden Darstellung ist es herzuleiten, worin die Erwartungen unterschiedlicher Personen und Institutionen an die ambulant behandelnden Psychiater bestehen und dabei deutlich zu machen, dass diese Aufträge denen der Patienten widersprechen können. Aus Patientensicht können diese Aufträge als gegen sie bzw. ihre Autonomie gerichtet erlebt werden. Dies betrifft besonders den Umgang mit den Patienten in akuten Psychosen. Der Arzt, der kooperativ mit seinen Patienten zusammenarbeiten will, arbeitet deshalb in einem Spannungsverhältnis zwischen den eher kontrollierenden Aufträgen Dritter und den Erwartungen der Patienten, ihre Freiräume zu wahren (**divergierende Ziele**).

Es soll außerdem deutlich gemacht werden, dass auch aufgrund der Zuschreibung von Befugnissen und Eigenschaften an Ärzte und Patienten – unabhängig davon ob diese jeweils die Zuschreibungen erfüllen – ein **Machtgefälle** entsteht, das in der konkreten Arzt-Patient-Interaktion kaum aufzuheben ist. Wenn dem Arzt „positive“ Eigenschaften wie Glaubwürdigkeit und Vernunft zugeschrieben werden, sind dies diejenigen Eigenschaften, die psychoseerfahrenen Personen häufig abgesprochen werden. Dem zuverlässigen Arzt steht ein stigmatisierter, in seinem sozialen Status und seiner Eigenständigkeit bedrohter Patient gegenüber. Dieser Patient ist, will er seine soziale Teilhabe erhalten und eine gewisse Eigenständigkeit leben, auf die Hilfe eines Arztes angewiesen.

Damit sind die Erwartungen der verschiedenen Personen an die Aufgaben und Verhaltensweisen der Psychiater sowie die Eigenschaften, die sie ihnen damit (implizit) zuschreiben, eine wichtige Kontextbedingung der Arzt-Patient-Interaktion. Vor diesem Hintergrund findet die konkrete Begegnung statt. Und möglicherweise auch Versuche, das Gefälle zu beseitigen, zu ignorieren oder zu nutzen.

Folgende Kategorien habe ich zu diesem Abschnitt gebildet und werde ich im folgenden darstellen:

- Die Rolle der Psychiater für das soziale Umfeld der Patienten
- Rechtliche Grundlagen ärztlichen Handelns

- Verwaltung knapper Ressourcen – der ambulant behandelnde Psychiater als Schnittstelle zwischen Politik und Patient
- Ambulant behandelnde Psychiater als Teil eines professionellen Betreuungsnetzes
- Zugeschriebene Eigenschaften

6.1.4.3.1 Die Rolle der Psychiater für das soziale Umfeld der Patienten

Die Erwartungen der Angehörigen des sozialen Umfelds der Patienten an die Psychiater beschreibe ich über den Umweg der Wahrnehmung der Patienten. Dies hat zwei Gründe. Zunächst einen forschungspraktischen, denn im Rahmen dieser Studie wurden keine Interviews mit Angehörigen, Freunden, Kollegen oder Nachbarn der Patienten durchgeführt. Zum anderen ist für die Frage, die hier im Vordergrund steht, besonders die Wahrnehmung der Patienten entscheidend. Wenn sie sich „ihren“ Psychiater suchen, ihm bestimmte Funktionen geben, dann ist es von besonderer Wichtigkeit für die Zusammenarbeit, welche Ansprüche auch andere Personen aus der Sicht des Patienten an diesen Psychiater stellen. Nehmen die Patienten ihn dann eher als den Ansprüchen der anderen folgend wahr oder als ihren Verbündeten?

Bevor die einzelnen Funktionen, die die Psychiater für die mit den Patienten in Kontakt stehenden Personen des sozialen Umfelds einnehmen können, eingehend beleuchtet werden, ist es sinnvoll, die **Situationen** zu untersuchen, in denen sie sie in Anspruch nehmen. In den Interviews mit den Patienten lassen sich zahlreiche Beispiele dafür finden, dass die Situation, in der Angehörige, Nachbarn oder auch Therapeuten und Betreuer die Hilfe von Psychiatern suchen, oft geprägt ist von einer massiven **Hilflosigkeit im Umgang** dieser Personen mit den psychotischen Menschen. Die Beschreibungen, die meine Interviewpartner mir über ihr Verhalten in psychotischen Phasen gegeben haben, beinhalteten deutliche **Verletzungen der sozialen Norm**. In vielen Berichten wurde die verunsichernde Wirkung dieses Verhaltens auf die Personen des sozialen Umfelds deutlich. Diese Personen wussten nicht, wie sie das Verhalten einordnen und den Betroffenen adäquat helfen können. An Herrn Schillers Beispiel wurde deutlich, wie die einzelnen Schritte vom ersten sichtbaren ungewöhnlichen Verhalten langsam in die Klinik führten, weil einerseits seine Freundin und seine Verhandlungspartner mit ihm überfordert waren und

andererseits auch er selbst merkte, dass er alleine nicht mehr weiter kam. Zunächst hätten seine Verhandlungspartner bemerkt, dass mit ihm etwas nicht stimmte:

„(...) dann bin ich reingegangen in diesen Raum, und dann nahm das Unheil seinen Lauf sozusagen. Die haben gemerkt, dass ich gar nicht richtig ansprechbar bin“ (Herr Schiller, Patient)

Seine Freundin, die ihn abholen wollte, habe diesen Zustand ebenfalls bemerkt und eine gemeinsame Freundin zu Rate gezogen:

„Meine Freundin hat mich denn abgeholt, sie [eine Bekannte] angerufen da, die Maja, die hatte selbst früher mal ne Episode, und das wusste Sonja, und die hat sie halt gefragt, was sie machen soll, dann sind wir zu mir gefahren“ (Herr Schiller, Patient)

Aber auch zu Hause gelang es ihm nicht, zur Ruhe zu kommen. Im Gegenteil, sein Verhalten muss zunehmend ungewöhnlich gewirkt haben, weil er ständig versuchte, sich auf seinem Sitz um die eigene Achse zu drehen. Schließlich brachte ihn seine Freundin ins Krankenhaus, in dem er nach einigem Widerstand auch blieb. Vor diesem Hintergrund lassen sich die Funktionen, die die Psychiater für die jeweiligen Personen des sozialen Umfelds erfüllen, vor allem unter den Oberbegriffen **Entlasten, Verantwortung übernehmen, Absichern, Rat geben** und **Zustand kontrollieren** zusammenfassen.

Ein anderes Beispiel ist ein Ladenbesitzer, der Frau Maus ziellos durch die Stadt irren sah und sie zu einem Arzt brachte. Vermutlich erwartete er hier **Rat** in einer für ihn schwierig einzuschätzenden Situation. Und gleichzeitig erfüllte der Arzt für ihn die Funktion, die Verantwortung für Frau Maus zu übernehmen.

P: Dass die Wahnvorstellungen immer schlimmer wurden, so dass ich in der Stadt umhergeirrt bin, mehr oder weniger ziellos und nur durch das einfühlsame Eingehen eines Ladenbesitzers auf mich ins Krankenhaus gekommen bin

I: Was hat der gemacht, wie war das?

P: Der hat mich gefragt, ob ich zum Arzt [will], na, ich gesagt ja. Und der hat mich denn zu 'ner ganz in der Nähe von dem Laden gelegenen Arztpraxis gebracht. (Frau Maus, Patientin)

Auch bei einem angedrohten oder versuchten Suizid besteht die Erwartung an das Handeln des Arztes darin, zu wissen, was zu tun ist (**Rat wissen**), und gleichzeitig den betreffenden Patienten **in Obhut zu nehmen**. Des weiteren wird damit vermutlich eine **Entlastung** angestrebt, vor allem, indem die **Verantwortung abgegeben** werden kann. So berichtet Herr Sommer, er habe in der akuten Psychose am Fenster gestanden und gedroht, hinauszuspringen, weshalb seine Eltern nach einiger Zeit einen Arzt gerufen hätten

Und auch die Eltern von Frau Pfleger schalteten Ärzte ein, als sie nicht mehr wussten, wie sie mit dem psychotischen Verhalten ihrer Tochter umgehen sollten.

„ (...) das fing bei mir zu Hause an, und meine Eltern waren ziemlich hilflos und haben mich erst mal ins (...) Krankenhaus gebracht.“ (Frau Pfleger)

Die Klinikeinweisung des Patienten kann für die überforderte Umwelt allein schon deshalb eine **Entlastung** sein, weil die psychotische Person durch das Wirken des Arztes nicht mehr in ihrer natürlichen Wohnumgebung verbleibt, wie das Beispiel von Frau Grün illustriert. Ihr Ehemann bat den ambulant behandelnden Psychiater Herrn Dr. Fried um Hilfe bei der Bewältigung einer für ihn unerträglichen gewordenen Lebenssituation, indem er sie in die Klinik einweisen sollte:

Beim Eintreten in sein Sprechzimmer sagt Herr Dr. Fried zu Frau Walser: „Übrigens, ich denke, wir werden Frau Grün in die Klinik einweisen. Ihr Mann war gestern hier, der war völlig verzweifelt, sie macht ihm das Leben zur Hölle.“

„Wir werden sie wohl gegen ihren Willen einweisen lassen“ sagt er zu mir gerichtet, mit bedauernden Gesichtsausdruck. (Feldnotizen)

Hier wird deutlich, wie der Anspruch zum Beispiel von Angehörigen an den Psychiater dem Wunsch der Patienten ggf. widersprechen kann. Der Ehemann wünschte sich eine Einweisung seiner Frau und suchte dafür die Unterstützung des Arztes. Dieser entsprach dem Wunsch aufgrund eigener Einschätzungen und wies sie in eine Klinik ein, aber „gegen ihren Willen“, das heißt, hier kollidierten der Anspruch eines Angehörigen und der Anspruch der Patientin miteinander (**divergierende Ziele**) und der Arzt befand sich aufgrund seiner Profession in der Situation, die Entscheidung über die weitere Behandlung treffen zu müssen. Es ist vorstellbar, dass Frau Grün Herrn Frieds Verhalten in dieser Situation als Umsetzung der Wünsche ihres Ehemannes gegen ihre Interessen wahrgenommen und darin einen Vertrauensbruch ihres Arztes gesehen hat, obwohl dieser seine Entscheidung, sie einzuweisen, auf der Grundlage seiner eigenen Einschätzungen getroffen hat. Allerdings ist diese Annahme rein hypothetisch, da ich Frau Grün danach nicht befragt habe.

Auch die Nachbarn von Frau Grün schienen externe Hilfe in Anspruch zu nehmen, wenn sie sich durch ihr Verhalten gestört fühlten bzw. ihr Hilfsbedürftigkeit unterstellten. Sie riefen wiederholt den sozialpsychiatrischen Dienst.

Im Gegensatz zu Herrn Schiller, der rückwirkend die Sicht seiner Freundin teilte, dass sein damaliger Zustand nicht ohne ärztliche Hilfe zu bewältigen gewesen wäre, sah Frau Grün die Ansprüche der Nachbarn und in deren Folge des

sozialpsychiatrischen Dienstes, dass sie in die Klinik gehen sollte, als ungerechtfertigt an:

- P: Nee, ich hab auch manchmal Zwangseinweisungen gekriegt.
I: Wie ist es dazu gekommen?
P: Das weiß ich gar nicht, da hab ich dann auch immer totale Angst davor gehabt, plötzlich hat's geklingelt, da hat sich vom Gesundheitsamt so eine Sozialarbeiterin angekündigt, und ich bin ja immer so extrovertiert und so vertrauensselig, und dann hab ich der irgendwie so was erzählt, und da hat sie gesagt, das sei psychotisch, und dann hat sie die Amtsärztin oder die Ärztin vom Gesundheitsamt mitgebracht, und dann hab ich ne Einweisung gekriegt. (...) ich weiß auch nicht, warum. (...) Ich bin manchmal sehr unkonventionell gekleidet gegangen, und ob ich dadurch irgendwie auffällig geworden bin, jedenfalls in Abständen bin ich dann immer von denen aufgesucht worden, und dann hab ich ne Einweisung gekriegt.
I: Was heißt unkonventionell gekleidet?
P: Na, zum Beispiel hatte ich 'ne Freundin, die lebte in München, und die war ein paar Mal in Indien und die war immer so indophil, kann man mal sagen, und die hat mir dann so Decken mitgebracht und sich immer mit so'ne Decke umhüllt und so, und dann hab ich mir auch aus so'ne Decke gemacht, und bin damit mal zum Briefkasten gegangen, ob das die Gründe waren oder so, ich weiß es nicht, manchmal war es mir gar nicht einsichtig. (Frau Grün, Patientin)

6.1.4.3.2 Rechtliche Grundlagen ärztlichen Handelns

Ein entscheidender Faktor für die Zusammenarbeit von psychoseerfahrenen Patienten und Psychiatern ist das **Gesetz für psychisch Kranke (PsychKG)**, das je nach Bundesland unterschiedlich ist. Darin wird die zentrale Rolle von psychiatrischen Fachärzten für die Betreuung von Menschen mit psychiatrischen Problemen geregelt. Sie sind sowohl im akuten Krisenfall tätig und ggf. als Ärzte im Auftrag des sozialpsychiatrischen Dienstes oder des Berliner Krisendienstes an einer Unterbringung beteiligt als auch zentrales Glied einer ambulanten Versorgungskette. Damit sind zwei wichtige Funktionen der Psychiater angesprochen: Die Überwachung und **Kontrolle des Zustandes** der betroffenen Patienten sowie die **Sicherstellung der medizinischen Behandlung** dieser Patientengruppe.

Auf der Grundlage des PsychKG können Unterbringungen der Patienten in psychiatrischen Kliniken statt finden – auch gegen den Willen der Patienten. Die einweisenden Ärzte sind dann nicht die ambulant behandelnden Psychiater, sondern Ärzte, die für den Sozialpsychiatrischen Dienst tätig sind. Ein ambulant behandelnder Psychiater hat in solchen Fällen – rein rechtlich – ebenso viel Einfluss wie die Nachbarn oder Angehörigen der Patienten. Damit ist die stark kontrollierende, eingreifende Tätigkeit einer Klinikeinweisung an den SpD delegiert, was zumindest Herr Dr. Fried als weniger belastend für die ambulante Arzt-Patient-Beziehung erlebte.

„Das find ich ganz glücklich hier, dass es die Sozialpsychiatrischen Dienste gibt, und dass die dann sozusagen dafür zuständig sind, dass man das dann an die delegieren kann, und sie ihre Hausbesuche machen.“ (Herr Dr. Fried, Arzt)

Es kann die Situation entstehen, dass ein ambulant behandelnder Psychiater den SpD hinzuzieht, weil er einen Patienten als akut eigen- oder fremdgefährdend einschätzt. Frau Berg beschrieb, wie sie die Zusammenarbeit mit dem ansonsten von ihr als kooperativ bewerteten Herrn Dr. Fried als von dieser Möglichkeit beeinflusst wahrnimmt. Sie unterstellte, dass die Verhandlungsbereitschaft Herrn Dr. Fried nur auf der Grundlage von dessen Verzicht auf Machtausübung funktioniere, solange sie nicht psychotisch sei. Im Falle einer akuten Psychose würde dieser von seiner Machtposition als Arzt Gebrauch machen:

- I: Könnte man sagen, Sie sind gleichberechtigt?
P: Weiß ich nicht. Also ich denke, wenn's hart auf hart kommt, ist er der Arzt und ich der Patient.
I: Also hat er die Macht?
P: Also ist// ja, auf alle Fälle.
I: Hart auf hart heißt, er könnte Sie #einweisen lassen?#
P: #Einweisen,# ganz genau, ja. Also da ist schon 'n anderes Verhältnis noch mal da, denk ich schon. (Frau Berg, Patientin)

Dieses Zitat deutet wie Aussagen anderer Patienten darauf hin, dass Patienten die Unterscheidung bezüglich der Machtbefugnisse von SpD und ambulant behandelndem Psychiater nicht vornehmen. Die Zusammenarbeit mit einem Psychiater bedeutet für sie aus dieser Perspektive in jedem Fall die Kooperation mit einem sehr **mächtigen Partner**, dessen Machtbefugnisse sich auch gegen sie richten können (vgl. dazu auch Kapitel 5.3: Erste Eindrücke von der Zusammenarbeit mit den Psychiatern, wo ich ähnliche Eindrücke für meine Zusammenarbeit mit den Psychiatern beschreibe).

6.1.4.3.3 Verwaltung knapper Ressourcen oder: Der ambulant behandelnde Psychiater als Schnittstelle zwischen Politik und Patient

Besonders in den Interviews mit den Ärzten wurde eine weitere Rolle der Ärzte deutlich: Sie sahen sich unfreiwillig in der Lage von **Unternehmern** und **Verwaltern knapper finanzieller Ressourcen** versetzt. Von den Krankenkassen und Politikern erlebten sie sich eingesetzt, um Kosten zu sparen, auch zum Nachteil der Patienten und entgegen medizinischer Indikation. Wenn zum Beispiel die viel teureren, aber aufgrund ihrer geringen Nebenwirkungen bei vielen Patienten beliebten atypischen Neuroleptika verschrieben wurden, konnte es passieren, dass die

ambulant behandelnden Ärzte damit ihr Medikamentenbudget sprengten. Herr Dr. Fried beschrieb Konflikte, die daraus entstehen, dass Kliniken bisher seiner Ansicht nach weniger diesem Kostendruck ausgesetzt sind als ambulant behandelnde Psychiater. Schließlich habe der ambulant behandelnde Arzt die Aufgabe, seinen Patienten zu der Einnahme der billigeren Medikamente zu bringen:

- A: Es kam jetzt bei einem Patienten vor, dass er wiederholt auf ein atypisches Neuroleptikum eingestellt war, und dass er dann wieder in die Klinik musste, und dass, ich dann mit dem dortigen Arzt telefoniert habe und ihm auch mal klargemacht habe, der hatte bei mir auch schon vorher mal 'n anderes, mit dem er auch ganz gut gefahren ist, kein Atypisches, dass die Klinik da gar nicht mehr drüber nachdenkt dann. Also da wird über die Preise nicht nachgedacht, das wird einfach verlagert. Also da entstehen dann so Auseinandersetzungen über solche Dinge (...)
Das Morbiditätsrisiko wird auf die Niedergelassenen verlagert, und eben auf diese Medikamentengeschichten. Hier endet das sozusagen, an dieser Stelle ist die Schnittstelle (...) zwischen Politik und Patient, wenn man so will.
- I: Hier muss es ausgetragen werden.
- A: Am Einzelfall. (Herr Dr. Fried, Arzt)

Herr Dr. Becker machte immer noch allein die medizinische Indikation zur Leitlinie seines Handelns und verschrieb atypische Neuroleptika, obwohl sie sein Budget sprengten.

„Und bei den Medikamenten ist es natürlich so, manche Kollegen sind sehr verunsichert. Das Spiel hab' ich nun gar nicht mitgemacht. Was die Patienten brauchen,(...) der braucht das, dann kriegt der das. Klingt jetzt sehr heroisch und ganz toll, ich finde das eigentlich 'ne Selbstverständlichkeit. (...)der Patient (...), weil er vielleicht privat ist, kriegt das, ja, und als Kassenpatient nicht. Also das muss man dann auch vom Sozialen her sehen. Das ist ja auch unmöglich, (...) wenn alle sich so verhalten würden, (...) die verlieren ja dann die Behandlungskompetenz für diese Patienten. (...) das ist ja berufspolitisch auch völlig irrwitzig, wenn ich sage, ich bin für die Patienten nicht mehr die optimal behandelnde Instanz, und er soll woanders hingehen. Dann verabschiede ich mich ja auch konzeptionell.“ (Herr Dr. Becker, Arzt)

Die Folge war, dass er sich Regressforderungen in einer Höhe gegenüber sah, die die Existenz seiner Praxis hätten gefährden können.

„Jaja, ich hab' ja Ärger mit 80.000 Mark. 80.000 Mark (für'n) Regress, das verändert die Praxissituation schon. (...). Der Prüfungsausschuss hatte Regress ausgesprochen. Der hat den Regress so ausgesprochen, dass er sich über die in den Vorjahren anerkannten Praxisbesonderheiten, sprich, chronische Psychosen, schwere Depressionen, Epilepsie, Parkinson hinweggesetzt hat. Gesagt, das sind keine Praxisbesonderheiten. Und das is' 'ne Unverschämtheit. Das ist heftig, ja. Zu sagen, dieser Patientenkreis muss nicht besonders gesehen werden. Das ist 'n heftiger Affront gegen die Patienten, ja. Es gibt andere, die haben über 100.000 Mark.“ (Herr Dr. Becker, Arzt)

Herr Dr. Becker machte jedoch nicht nur die Medikamentenbudgetierung für die finanzielle Benachteiligung einiger Praxen verantwortlich. Er sah eine weitere Schwierigkeit darin, dass bei der Kostenerstattung die Besonderheiten des von ihm behandelten Patientenkreises nicht berücksichtigt würden. Da seine Patienten häufig

eine intensivere Betreuung benötigten, sah er sich bei der Abrechnungspraxis benachteiligt:

(...) der [Arzt], der Diagnostik macht (...), der sieht eben 500 Patienten mehr, aber die kommen nur ein einziges Mal. Ja, und die[se Ärzte] haben auch keine Probleme mit dem Budget. (...) ihre Patienten kriegen gar keine Medikamente so viel, außerdem sehen sie ganz viele Leute und sie haben auch weniger Probleme mit (...) der budgetierten ärztlichen Leistung. Weil (...) in dem Moment, wo sie einen Patienten in der Regel nur einmal sehen und machen Untersuchungen mit ihm und der geht dann nach Hause, dann liegt's natürlich daran, wie die Untersuchung (?gewählt ist.) (...) wenn 60 Mark oder 80 Mark zur Verfügung stehen, dann ist nach dem ersten ausführlichen Gespräch das Budget für das Quartal erschöpft. Sie können das nicht noch mal bei dem Patienten geltend machen. (...) Und manche Patienten brauchen eben fünf Termine oder sieben Termine. Selbst in Kriseninterventionsgesprächen, das geht alles in die 60 oder 80 Mark, ne. Das ist unmöglich. Das führt automatisch dazu, dass die Versorgung verschlechtert wird. Die Kollegen dünnen die Termine aus. Wir haben ja auch rationalisiert, 'n Stückchen, * also dass wir gesagt haben, wer muss denn unbedingt in welchem Abstand kommen. (...) in der Tendenz, dass man bei jedem/ Patienten neu einjustiert, kann der nicht zwei Wochen später kommen. Die Patienten stehen am Ende der ganzen Rationalisierungsskala. (Herr Dr. Becker, Arzt)

Ähnlich belastend für die tägliche Arbeit erlebte Herr Dr. Handtke die Vorgaben von Politik und Krankenkassen:

„Aber, wir können uns jetzt auch über diese Medikament jetzt noch tiefer auch unterhalten. Das Ganze ist ja eingebettet auch in diese politische Diskussion, die ne furchtbare Zumutung ist. Wenn ich denke, dass ich mich mit jedem Mal, wo ich so was verschreibe, dann schon wieder vorm Tribunal halb wiederfinde, weil ich mein Budget schon längst überschritten hab.“ (Herr Dr. Handtke, Arzt)

Dennoch hätten sich die Vorgaben bereits in seinem Handeln niedergeschlagen:

„Wenn jemand zum Beispiel n hochpreisiges Medikament bekam und schafft die Termine hier nicht und zu Hause sieht's so aus, dass die Medikamentenschachtel gleich in der nächsten Ecke liegt, und die kosten Päckchen vielleicht vierhundert Mark gleich für 50 Stück, dann wär ich sicher auch am Überlegen, wie ich da mit umgehe, weil das kann ich dann auch nicht mehr rechtfertigen.“ (Herr Dr. Handtke, Arzt)

Gleichzeitig wies Herr Dr. Handtke darauf hin, dass die zunehmende Ökonomisierung der Medizin dazu führe, dass die Ärzte kaum noch über von Pharmafirmen unabhängig gewonnene Informationen über die Wirksamkeit von Medikamenten zurückgreifen könnten. Er sah dadurch die Möglichkeit der Ärzte, zu objektiven Daten über die Medikamente zu kommen, als begrenzt an:

„(...) und auch gleichzeitig nicht sicher sein kann, wie weit ich über die Notwendigkeit und den Vorteil der Atypika wirklich ne objektive Information bekomme, oder wie weit das nicht doch auch noch mal ne von der Pharmaindustrie gesteuerte Geschichte ist. Wenn man so bedenkt, dass der Großteil der Studien heute alle von der Pharmaindustrie her finanziert wird (...).“ (Herr Dr. Handtke, Arzt)

Die Ärzte beklagten, dass auch Gespräche mit Patienten von den Kassen nicht adäquat erstattet würden und offenbar bei der Bemessung der Sätze andere

Maßgaben entscheidend seien als sie in ihrer Behandlungspraxis für sinnvoll erachteten.

„Die sagen, wenn der sein Haldol nimmt (...), ist das Problem gelöst. Und viel mehr gibt's nicht da. Wenn er mehr Probleme hat, soll er zum Sozialarbeiter gehen. Oder wenn er sich mal ausreden will und über seine Kindheit reden will, muss er zum Psychologen oder Psychoanalytiker gehen.“ (Herr Dr. Becker, Arzt)

„Von der Ziffer her kann ich die ja abrechnen, ob ich nun fünf oder zwanzig Minuten mit jemandem zusammen bin, ne?“ (Herr Dr. Handtke, Arzt)

Die Psychiater stehen außerdem in der Verantwortung, den „gerechtfertigten“ Einsatz von Ressourcen wie Geld oder Behandlungsplätzen zu kontrollieren. Sie haben die Aufgabe, Anträge auf Kostenübernahmen für Behandlungen oder Rehabilitationsmaßnahmen zu unterschreiben. Der Arzt wird zum **Gatekeeper** dieser Ressourcen und kann entscheidend dazu beitragen, die oben genannten Ressourcen für die Patienten zugänglich zu machen oder zu verschließen. Diese Funktion der Psychiater kann zu Konflikten mit Patienten führen, wenn diese das Handeln des Arztes als gegen sie gerichtet erleben.

Ein Beispiel ist Frau Rath. Sie wollte eine Kostenübernahme ihres Aufenthaltes in einer antipsychiatrischen Einrichtung durch die Krankenkasse erhalten und benötigte dafür rückwirkend die Unterschrift ihrer Ärztin Frau Luhna. Diese weigerte sich jedoch, die eigenmächtige Entscheidung Frau Raths, während der Psychose nicht in die Klinik sondern in die alternative Behandlungseinrichtung gegangen zu sein, rückwirkend aus ärztlicher Sicht gegenüber der Krankenkasse zu rechtfertigen, weil sie selbst Frau Rath in der Psychose nicht gesehen hatte.

Auch bei einer vorzeitigen Berentung – zum Beispiel bei Frau Viktor, einer jungen Frau um die dreißig, war die Zustimmung der Ärztin notwendig.

Auch wenn es darum geht, ob einem Patienten zusätzliche stützende Maßnahmen zum Beispiel in Form von Einzelfallhilfe zuteil werden sollen, kann der Arzt dort seinen Einfluss im Sinne der Patienten geltend machen, wie ein Zitat aus dem Interview mit Frau Luhna verdeutlicht:

„(...) wo ich dann (...) den Sozialpsychiatrischen Dienst anrufe und sage: ‚Hier, Sie müssen mir eine Einzelfallhilfe bewilligen!‘“ (Frau Luhna, Ärztin)

Während die oben genannten Fälle eher die institutionellen Einflussmöglichkeiten der Ärzte illustrieren, gibt es auch Beispiele für Versuche einzelner, den Psychiater als Verbündeten bei der Schonung von Ressourcen zu gewinnen: Frau Bergs Arbeitgeber versuchten, Herrn Dr. Fried als Unterstützer für ihr Anliegen zu nutzen, Frau Berg aufgrund ihrer psychosebedingten häufigen Fehlzeiten vorzeitig berenten

zu lassen. Er sollte bestätigen, dass sie nicht mehr belastungsfähig sei. Auch hier wird der Widerspruch in den Forderungen deutlich, die verschiedene Personen an die ambulant behandelnden Psychiater richten: Der Arbeitgeber will Unterstützung bei seinem Anliegen, Frau Berg vorzeitig zu berentem und Frau Berg erwartet dabei Unterstützung, trotz ihrer häufigen Fehlzeiten ihre Arbeit zu behalten. Dass die Arbeit möglicherweise an manchen Stellen doch zuviel für sie wird, zumindest dann, wenn auch noch andere Probleme in ihrem Leben auftreten, deutet folgendes Zitat an:

„(...) und dann kam ne Zeit, wo auf Arbeit unheimlich viel zu tun war, (...) hab dann teilweise 50-, 60-Stundenwoche gehabt, also was 'n bisschen heftig war, ja, und dann kamen private Probleme noch dazu, mit meiner Beziehung damals (...) und das hat mir dann irgendwann so die Schuhe ausgezogen, dass ich wieder in so psychotische Zustände reingerutscht bin (...)“
(Frau Berg, Patientin)

Das Spannungsverhältnis entsteht daraus, dass der Arzt, der behauptet, sie sei arbeitsfähig, mit jedem weiteren Klinikaufenthalt Frau Bergs in zunehmenden Rechtfertigungsdruck gerät. Wo ist der Punkt, an dem Herr Dr. Fried von seiner unterstellten Kompetenz Gebrauch machen wird, zu beurteilen, dass es besser für sie wäre, einer leichteren Arbeit nachzugehen, in der sie weniger Stress hat bzw. vollständig mit dem Arbeiten aufzuhören?

6.1.4.3.3 Ambulant behandelnde Psychiater als Teil eines professionellen Betreuungsnetzes

In den Interviews finden sich auch Hinweise darauf, dass Ärzte in den psychiatrischen Kliniken ihre Patienten an ambulant behandelnde Psychiater überweisen, um eine psychiatrische Behandlung der Patienten nach der Entlassung sicher zu stellen. Aus allgemein verbreiteter ärztlicher Sicht ist die dauerhafte Einnahme von Neuroleptika eine hilfreiche Methode, um zukünftige Psychosen unwahrscheinlicher zu machen. Um die Einnahme und Verschreibung der Medikamente sicher zu stellen, ist der Patient auf die Zusammenarbeit mit einem ambulant behandelnden Psychiater angewiesen, da dieser die Rezepte für die Medikamente ausstellen kann. Bei der Entlassung aus den Kliniken empfehlen deshalb viele Psychiater den Patienten ambulant behandelnde Kollegen, sofern diese nicht bereits zu einem in Kontakt stehen.

- P: Und das hat denn alles so gut geklappt, ja, dass ich denn irgendwann auch zu Herrn Dr. Becker gekommen bin.
I: Haben die [Klinikärzte] ihn empfohlen?
P: Ja. (Herr Sommer, Patient)

- I: Wie sind Sie auf die Ärztin gekommen?
P: Also da ich im Grüneweg wohnte, hat man mir die dort praktizierende eine Ärztin da gegeben.
I: Ah ja, vom Krankenhaus aus oder?
P: Hm vom Krankenhaus, ich glaub', zwei hatte man mir zur Auswahl und eine hatt' ich denn da anvisiert.(Frau Maus, Patientin)

Der ambulant behandelnde Psychiater kann andere mit den psychotischen Patienten in Kontakt stehenden Professionellen wie zum Beispiel Psychotherapeuten **absichern**: Einerseits in **akuten Situationen**, wie im Beispiel von Frau Frisch. Ihre Psychotherapeutin hatte Kontakt mit Frau Luhna aufgenommen, als Frau Frisch psychotisch war und als letzten Hilferuf vor einem Suizidversuch bei ihr anrief.

„(...) und dann nach'm dreiviertel Jahr hab ich dann sozusagen hier das Telefon rausgezogen und hab gedacht, wenn ich jetzt nichts unternehme, dann ist es zu Ende. Und dann hab ich halt die Therapeutin angerufen, und die hat dann mit Frau Luhna telefoniert.“ (Frau Frisch, Patientin)

Andererseits kann die Mitarbeit eines ambulanten Psychiaters ein höheres Maß an Sicherheit für die Therapeuten bedeuten, wenn dieser Arzt regelmäßig den **Zustand** des Patienten **kontrolliert**, mit medizinischem Auge beobachtet und den Therapeuten damit auch rechtlich entlastet (**Verantwortung übernehmen**):

„Und meine Therapeutin, Frau Kreiser, (...) hat gesagt, ich muss auf jeden Fall, damit sie mich überhaupt weiter betreut, zu einer Psychiaterin gehen, damit das mit den Medikamenten klar ist. (...) Und jetzt hat also Frau Kreiser aber darauf bestanden, dass ich zu einer Ärztin gehe, weil sie das eben nicht verantworten kann, hat sie gesagt, wenn jetzt wieder so was [Psychose] auftaucht, dann hat sie das Ding an der Backe sitzen danach. Und so nach unterlassene Hilfeleistung oder so.“ (Herr Schiller, Patient)

6.1.4.3.4 (Zugeschriebene) Eigenschaften

Die Aufgaben als **Kontrolleure**, **Verantwortungsträger**, **Gutachter** und **Gatekeeper** nehmen die Ärzte vor dem Hintergrund spezifischer, ihnen zugeschriebenen Eigenschaften wahr. Sie gelten als besonders **glaubwürdig** und **kompetent** im Umgang mit psychisch kranken Patienten. Ein Beispiel hierfür ist eine Feldnotiz:

Im Gespräch mit einer Freundin, die als Psychologin beim Berliner Krisendienst mitarbeitet, habe ich sie gefragt, ob es für sie einen Unterschied mache, ob ein Profi (z.B. Mitarbeiter betreuender Einrichtungen, Sozialpädagogen, Psychologen, Ärzte etc) oder ein „Laie“ (z.B. Nachbar, Angehöriger, Mitbewohner) sie über den Zustand eines Patienten informiere. Sie sagte, wenn zum Beispiel ein Kollege aus einer ambulant betreuenden Einrichtung anrufe und sage, es gehe nun wirklich nicht mehr mit einem Patienten, dann würde sie dem oft besonders hohe Bedeutung beimessen, weil sie unterstelle, wenn schon eine spezialisierte betreuende Einrichtung nicht mehr mit der Person fertig werde, müsse es richtig schlimm sein. (Feldnotiz)

Allein aus ihrer Gutachterrolle wird deutlich, dass den Ärzten per se schon eine gewisse **Neutralität** im Urteil, ein **vernunftgesteuertes Verhalten** und damit auch die **Definitionskompetenz** zugeschrieben wird zu beurteilen, wie krank oder gesund jemand ist. Sonst könnten sie diese Funktion nicht erfüllen.

Wenn im oben genannten Beispiel der Partner von Frau Grün den Arzt aufsucht, um mit ihm über die weitere Behandlung zu sprechen, schreibt er ihm die Kompetenz zu, die Lage angemessen zu beurteilen. Wenn die Arbeitgeber von Frau Berg von ihrem Anliegen ablassen, sie vorzeitig zu berenten, nachdem Herr Dr. Fried ihnen verdeutlicht hat, dass sie doch arbeitsfähig sei, zeugt das von dem ihm zugeschriebenen Expertenstatus, was seinem Urteil gegenüber den Arbeitgebern Gewicht verleiht. Zusätzlich ist es nicht möglich, jemanden vorzeitig zu berenten, ohne dass der Arzt dem zugestimmt hat. Der Arzt erhält entscheidendes Gewicht bei der weiteren Gestaltung des Arbeitslebens von Frau Berg.

Auch die Therapeutin von Herrn Schiller verlässt sich auf das ärztliche Urteil und darauf, dass Frau Luhna in der Lage ist, angemessen zu beurteilen und zu handeln, wenn Herr Schiller wieder psychotisch werden sollte. Sie ist beruhigt, seitdem sie weiß, dass er in regelmäßigen Abständen die Psychiaterin aufsucht.

6.1.4.3.5 Konsequenzen für die Arzt-Patient-Zusammenarbeit: Kollision von Zielen?

Einige der oben beschriebenen Aufträge an die Psychiater widersprechen, zumindest zeitweise, den Zielen vieler der Patienten, die ich befragt habe (vgl. Kapitel 6.1.1.3). Vor allem ihre Eigenständigkeit und die selbständige Kontrolle ihres Krankheitsprozesses können dadurch bedroht sein.

Wenn Angehörige die Patienten in akuten Krisen drängen, ins Krankenhaus zu gehen oder Nachbarn den sozialpsychiatrischen Dienst alarmieren, der eine Unterbringung einleitet, dann beschränkt das offensichtlich in dem Moment die Bewegungs- und Entscheidungsfreiheit der Patienten, während es gleichzeitig die Umwelt entlastet und ihr die Verantwortung abnimmt. Keiner der Patienten hat mir berichtet, dass er gerne und unter schneller Einsicht zugestimmt hätte, in die Klinik zu gehen. Denn Klinikaufenthalte wurden von den Patienten oft mit Freiheitsentzug und mangelnden Einflussmöglichkeiten in Verbindung gebracht.

Wenn eine Therapeutin droht, die Therapie abubrechen, wenn ihr Klient nicht zur ambulanten Psychiaterin geht, um den Gesundheitszustand kontrollieren zu lassen, beschränkt auch das dessen Handlungsspielraum, will er die Therapie erhalten.

Damit kann der Auftrag der **In-Obhut-Name**, der damit verbundene Wunsch nach **Entlastung** und **Verantwortungsübernahme** von Seiten der Umwelt des Patienten kollidieren mit dessen Bedürfnis nach **Entscheidungsfreiheit** in der ärztlichen Behandlung und dem Ziel, ein **eigenständiges Leben** zu führen.

Der Auftrag des Arbeitgebers an Herrn Dr. Fried, Frau Bergs Berentung zuzustimmen, widerspricht ihrem Wunsch, in dem Beruf zu verbleiben und so ihre soziale Teilhabe zu sichern. Hier widerspricht der Auftrag, **Ressourcen zu schonen** dem Wunsch nach der **Sicherung sozialer Teilhabe**.

Ähnlich verhält es sich mit dem Auftrag, finanzielle Ressourcen zu schonen, indem teure, aber bei vielen Patienten aufgrund geringerer Nebenwirkungen beliebte Medikamente nicht verschrieben werden. Hier gibt es einen Widerspruch zu dem Wunsch der Patienten, mit möglichst wenigen Einschränkungen ein **Leben mit Psychosen** zu leben, dadurch auch soziale Teilhabe zu sichern und die **Psychosen** zunehmend **selbst in den Griff** zu bekommen.

Ebenso widerspricht der „Auftrag“, Gesprächszeit einzusparen, indem sie dem Arzt nur zu geringen Teilen erstattet wird, dem Bedürfnis vieler Patienten, ihre **Psychosen zu kontrollieren**. Denn viele von ihnen erleben das persönliche Gespräch mit dem Arzt als den wichtigsten hilfreichen Faktor in der Behandlung ihrer Psychosen (vgl. Kapitel 6.1.1.4).

Das Ziel von Klinikärzten und auch des Gesetzes für psychisch Kranke, die **ambulante Weiterbehandlung** von Patienten nach dem Klinikaufenthalt **sicherzustellen**, kann mit dem Ziel einiger Patienten kollidieren, möglichst bald wieder ein **Leben ohne Krankheit und Arzt** zu führen. Ein Beispiel ist hier Herr Schiller, der bald nach dem Klinikaufenthalt nicht mehr zum Arzt wollte, weil er sich gesund fühlte und die psychotische Episode eher als „Ausrutscher“ interpretiert hat.

Bis hier sollte das Spannungsverhältnis, in dem sich der ambulant behandelnde Psychiater befindet, deutlich geworden sein: Er tritt nicht per se dem Patienten in der Behandlung als dessen Verbündeter gegenüber. Es gibt Ansprüche und Aufträge an ihn, die denen des Patienten widersprechen können. Wenn er sich zu stark gesellschaftlichen Auftraggebern verpflichtet sieht, zu sehr deren Aufträge erfüllt, dann erleben dies viele Patienten als Machtausübung oder Gleichgültigkeit für ihre

Belange - besonders dann, wenn die gesellschaftlichen Aufträge denen der Patienten widersprechen. Denn der Arzt ist ausgestattet mit zahlreichen Einflussmöglichkeiten: Er kann Krankschreibungen *nicht* ausstellen, Rehabilitationsmaßnahmen und andere Kostenübernahmen *nicht* bewilligen, *nicht* bereit sein, auf Wunsch der Patienten teure atypische Neuroleptika auszuprobieren, Gespräche verkürzen, bei einer anstehenden Klinikeinweisung *nicht* die Zustimmung der Patientin abwarten, *nicht* versuchen, außergewöhnliche Unterstützungsmaßnahmen wie Einzelfallhilfen auf dem „kurzen Dienstweg“ zu erhalten, *nicht* den Arbeitgeber in seinem Anliegen auf Frühberentung enttäuschen.

Und schließlich kann er vor dem Hintergrund seines Auftrags, den Zustand des Patienten zum Wohle der Gesellschaft zu kontrollieren, in der Auseinandersetzung mit Patienten darauf bestehen, dass sein medizinisches Wissen und die ihm zugeschriebene Fachkompetenz die alleinige Grundlage für Behandlungsentscheidungen sind und die Akzeptanz dieser Sichtweise zur Bedingung für die gute Zusammenarbeit machen. Denn ein Patient, der aufgrund seiner psychotischen Verhaltensweisen eines Teils seiner Glaubwürdigkeit und gesellschaftlichen Anerkennung beraubt ist, wird immer in der schwächeren Verhandlungsposition einem Arzt gegenüber sein, dem Eigenschaften wie Glaubwürdigkeit und Kompetenz zugeschrieben werden, wenn der Arzt nicht bereit ist, sich auf eine Verhandlung mit dem Patienten einzulassen.

Gleichzeitig sind auch für die Patienten teilweise dieselben Fähigkeiten und (zugeschriebenen) Eigenschaften der Psychiater entscheidend. Auch hinter der Erwartung der Patienten, dass der Arzt die Medikamente in ihrer Behandlung kompetent einsetzen möge, steht eine unterstellte **Fachkompetenz**.

Aus dem **Gatekeeper**, dem Hüter gesellschaftlicher Ressourcen, wird im Falle der aus Patientensicht gelungenen Zusammenarbeit ein **Türöffner**, der ihnen Zugang zu für sie attraktiven Bereichen wie Rehamaßnahmen und Frühberentung ermöglichen kann. Aus dem **Kontrolleur**, der den Gesundheitszustand überwacht, wird ein **Beobachter**, der im Grunde dasselbe tut – bis auf den Unterschied, dass er im Sinne der Patienten abwartet und sie nach Möglichkeit erst nach ihrer Zustimmung in eine Klinik einweist.

Außerdem wird aus dem Kontrolleur, der mit überwachendem Auge auf die Patienten schaut, ein **Anwalt**. Ausgestattet mit den gesellschaftlichen Zuschreibungen kann ein Arzt, der bereit ist, sich für sie einzusetzen, viel bewegen.

Er kann in Zeiten von akuten Krisen an ihrer Stelle und in ihrem Sinne handeln (vgl. Kapitel 6.2).

Aus der **Ausrichtung an der sozialen Norm** wird die **Ausrichtung an der individuellen Norm** der Patienten, wird eine Zusammenarbeit, in der der Arzt versucht, die ganz individuellen Muster des einzelnen Patienten zu erforschen und je nach Bedarf unterstützend tätig zu werden.

Das bedeutet, dass die den Psychiatern von Nicht-Patienten zugeschriebene Eigenschaft der Neutralität für die Patienten eher zu einer patientenorientierten und in ihrem Sinne parteiischen Haltung werden muss, damit der Arzt ihre Aufträge erfüllen kann.

Und es kommt noch eine Eigenschaft hinzu, die ich bei den gesellschaftlichen Zuschreibungen nicht so eindeutig entdecken konnte: Die **Flexibilität**. Wenn ein Arzt aus Patientensicht „richtig“ handelt, ihre Aufträge umsetzt, müssen sie ihm diese Flexibilität unterstellen, denn ein Eingehen auf Ihre Wünsche bedeutet ein Eingehen auf wechselnde Zustände und auf wechselnde Bedürfnisse – und schließlich erfordert das Abweichen von vorgegebenen medizinischen Standards und Richtlinien sowie von gesellschaftlichen Erwartungen ebenfalls die Bereitschaft zu einem hohen Maß an Flexibilität.

Ein Kennzeichen der von mir untersuchten Zusammenarbeit von Psychiatern und Patienten scheint darin zu bestehen, dass in der Wahrnehmung der Patienten die betreffenden Ärzte den **Einfluss**, den sie haben und die Eigenschaften, die ihnen zugeschrieben werden, **in den Dienst der Patienten stellen**. Es geht nicht um eine angestrebte Gleichberechtigung, sondern darum, den Einfluss des „starken“ und mächtigen Interaktionspartners einzusetzen im Sinne des anderen, gesellschaftlich geschwächten und zeitweise hilfsbedürftigen Interaktionspartners. Im folgenden Kapitel wird nun detailliert hergeleitet, welche Faktoren die Zusammenarbeit zwischen den untersuchten Psychiatern und ihren Patienten charakterisieren.

6.2 Komponenten gelungener Zusammenarbeit

In diesem Kapitel stelle ich die **Komponenten gelungener Zusammenarbeit** dar, wie ich sie über alle Fälle hinweg identifizieren konnte. Grundlage sind die Interviews mit den Patienten, ergänzt durch Hinweise aus den Arztinterviews, meine Feldbeobachtungen und die Arzt-Patient-Gespräche.

Ich verwende an dieser Stelle bewusst nicht mehr den Begriff der partizipativen Zusammenarbeit, denn die Formen der Kooperation, die ich beobachten konnte und die mir die Interviewpartner beschrieben, enthielten sowohl partizipative, auf Partnerschaft ausgerichtete Aspekte als auch kontrollierende und den Einfluss der Patienten beschränkende Anteile. Besonders die Interviews mit den Patienten verdeutlichten, dass gerade diese Kombination die Behandlung gelingen lässt und ihnen Partizipation in der Behandlung ermöglicht. Die Schlüsselkategorie oder Kernkategorie (vgl. Strauss & Corbin, 1996) der gelungenen Zusammenarbeit integriert diese verschiedenen Aspekte der beforschten Zusammenarbeit.



Abbildung 7b: Komponenten gelungener Zusammenarbeit

Die Komponenten der Zusammenarbeit finden sich links in Abbildung 7b. Ich habe sie unterteilt in einerseits die **Passung** zwischen Arzt und Patient, die sich als wichtige Grundlage einer gelungenen Zusammenarbeit herausgestellt hat. Hier unterscheide ich zwischen den **Komplementären Erwartungen an die Rolle von**

Arzt und Patient, der **persönlichen Passung und Sympathie** zwischen Arzt und Patient sowie den **kompletären Einschätzungen der Fähigkeit des Patienten zur Eigenständigkeit**.

Andererseits verstehe ich unter diesen Komponenten diejenigen Kategorien, die ich im mittleren Kreis dargestellt habe. Hier habe ich die drei Oberkategorien **Fördern einer stabilen Beziehung / Beziehungspflege**, **Notfallmanagement** und **Stabilisierung** herausgearbeitet. Sie stehen im Kreis außen. Unter sie fallen alle innerhalb des Kreises dargestellten (nicht fett gedruckten) Kategorien. Dass diese Kategorien, die ärztliche Handlungs- und Verhaltensweisen beschreiben, je nach Ziel der Zusammenarbeit in unterschiedlicher Zusammensetzung und Gewichtung auftreten, ist ein entscheidendes Ergebnis der Auswertung.

Die im Inneren des Kreises stehenden Kategorien (Kooperieren/Abstimmen, Absichern/Kontrollieren, Unterstützen, Akzeptieren, zeitliche Verfügbarkeit, Nichtfragmentierung und Gesprächstechniken/Umgangsformen) sind teilweise ausdifferenziert in weitere Unterpunkte. Diese sind jedoch nicht in der Grafik abgebildet, um die Übersichtlichkeit zu erhalten. Damit wird die Komplexität der Kategorienanordnung und der beforschten Zusammenarbeit deutlich.

Im dritten, untersten Kreis schließlich ist im Hinblick auf den Ausgangspunkt dieser Studie das zentrale Ergebnis abgebildet, nämlich die Art, wie in dieser Form der Zusammenarbeit Entscheidungen realisiert werden. Sie lässt sich durch die Kategorien **Stellvertretende Entscheidungen** und **Flexible Verantwortungsübernahme** kennzeichnen.

Ich werde zunächst die unter der Oberkategorie **Passung** zusammengefassten Kategorien erläutern, bevor ich zur Darstellung der unter den Oberkategorien **Beziehungspflege**, **Notfallmanagement** und **Stabilisierung** subsummierten Kategorien und später zu **Stellvertretende Entscheidungen / Flexible Verantwortungsübernahme** übergehe.

6.2.1 Passung

Aus den Aussagen der Patienten und Ärzte wurde deutlich, dass die Passung zwischen Ärzten und Patienten eine wichtige Bedingung beim Gelingen der Zusammenarbeit ist. Unter der Oberkategorie der „Passung“ habe ich folgende Kategorien zusammengefasst:

- Komplementäre Erwartungen an die Rolle von Arzt und Patient,
- Persönliche Passung, Sympathie und
- Komplementäre Einschätzungen der Fähigkeit des Patienten zur Eigenständigkeit.

Im folgenden werden diese Kategorien näher erläutert.

6.2.1.1 Komplementäre Erwartungen an die Rolle von Arzt und Patient

Wie bereits dargestellt, hatten sowohl Patienten als auch Ärzte Erwartungen an den jeweils anderen, was die Art der Zusammenarbeit betrifft. Dabei waren die Erwartungen individuell verschieden, allerdings bei den Patienten häufig enger ausgelegt als bei den Ärzten. Wie in einigen Patienteninterviews deutlich wurde, sind die Erwartungen an die Verhaltensweisen des Arztes dabei durchaus nicht immer auf Partizipation ausgerichtet, sondern divergieren zwischen Patienten bzw. „innerhalb“ eines Patienten und auch in Abhängigkeit vom jeweiligen Gesundheitszustand. Daraus folgt, dass die Ärzte ein breites Spektrum an Verhaltensweisen zeigen müssen, wollen sie in der ambulanten Behandlung verschiedene Patientenerwartungen befriedigen und so zu einer Fortführung der Behandlung beitragen. Dabei war die Bereitschaft der Ärzte, von ihren Idealvorstellungen einer gelungenen Zusammenarbeit abzuweichen, generell stärker ausgeprägt als bei den Patienten. Allerdings variierte das Ausmaß dieser Bereitschaft zwischen den beforschten Ärzten.

Die Patienten habe ich in drei Gruppen zusammengefasst:

1. Psychiatriegegner
2. Patienten mit paternalistischer Erwartung
3. Aus ärztlicher Sicht kompetente und selbstverantwortliche Patienten

Die **Psychiatriegegner** zeichneten sich dadurch aus, dass sie eine kritische bis ablehnende Haltung gegenüber dem psychiatrischen Behandlungssystem hatten. Sie bezweifelten, dass die Psychose eine Krankheit sei (**Ablehnung eines medizinischen Krankheitskonzepts von Psychosen**). Teilweise erschien bei ihnen die **Psychose als Lebensstil**. Die Probleme, die sie mit psychotischem (Er)leben hatten, bezogen sich eher auf die „Zusammenstöße“ mit der Gesellschaft während akuter Psychosen und dementsprechend wurden vor allem Klinikpsychiater als

verlängerter, reglementierender Arm der Gesellschaft erlebt, die sie wegsperren und ausschließen will, da sie keine Möglichkeiten hat, mit abweichendem Verhalten adäquat umzugehen. Dass diese Patienten dennoch ambulant behandelnde Psychiater in ihre Lebensführung einbezogen, hatte die Aufgabe, weitere Zwangseinweisungen zu verhindern, wie beispielweise bei Frau Christ. Sie nutzte Herrn Dr. Fried als Warninstanz, er sollte ihr rechtzeitig eine entsprechende Rückmeldung geben, wenn ihr Verhalten zu auffällig wurde, um dadurch zu verhindern, dass die Nachbarn erneut den Sozialpsychiatrischen Dienst benachrichtigen. Der Kontakt zu Herrn Dr. Fried erschien hier wie das geringere Übel im Vergleich zu einem Leben ohne Psychiater, aber mit wiederholten Zwangseinweisungen. Auch Frau Rath fällt in diese Gruppe. Sie benötigte Frau Luhn's Hilfe beispielsweise, um Kostenübernahmeanträge für die Krankenkasse unterschreiben zu lassen.

Diese Patientengruppe versuchte am stärksten, die Psychiater für sich zu nutzen, ohne sie ansonsten stark in ihr Leben einzubeziehen bzw. ein Krankheits- und Behandlungskonzept mit ihnen zu teilen. Der Psychiater erschien hier wie ein Dienstleister.

Patienten mit paternalistischer Erwartung teilten mit den Ärzten deren Krankheitskonzept und gingen von einer Vulnerabilität und Hilfsbedürftigkeit aus. Allerdings waren sie in ihren Erwartungen an eine gelingende Behandlung passiv auf den Arzt ausgerichtet, erwarteten also von ihm, dass er die Heilung übernahm. Ich habe einige Patienten gefunden, die überwiegend diese Haltung vertraten – allerdings hieß das bei keinem der befragten Patienten, dass er nicht wenigstens phasenweise auch versuchte, eigene Wege zu gehen.

Aus ärztlicher Sicht **kompetente und selbstverantwortliche Patienten** habe ich jene genannt, die mit den Ärzten deren Krankheitskonzept teilten, ihre eigene Vulnerabilität anerkannten und willens waren, mit Hilfe des Arztes ihre Lebenssituation zu verbessern bzw. zu stabilisieren. Viele von diesen Patienten waren kompetent im Umgang mit Medikamenten, also in der Lage, in einem mit dem Arzt abgestimmten Rahmen die Medikamente eigenständig zu dosieren. Sie hatten an den Arzt die Erwartung, sie beim Management ihrer Krankheit zu unterstützen und erkannten dabei ihre eigene Verantwortung an.

Einige Patienten standen zwischen diesen Gruppen, bzw. bewegten sich hin und her. Beispielsweise stand Frau Viktor der Psychiatrie sehr kritisch gegenüber und verwandte im Interview viel Zeit darauf, Psychiater sowie die Gesellschaft und ihren

Umgang mit Psychoseerfahrenen zu kritisieren. Gleichwohl nahm sie sich als hilfsbedürftig wahr und war darum bemüht, mit Frau Luhna gemeinsam einen Behandlungsweg zu finden. Trotzdem nahm sie Termine nicht wahr, ohne sich abzumelden und lebte ihre Psychose allein zuhause aus – erwartete aber von Frau Luhna Unterstützung, indem sie rückwirkend Krankschreibungen ausstellen sollte.

Es wurde deutlich, dass die Zusammenarbeit zwischen Psychiatern und im medizinischen / ärztlichen Sinne kompetenten und selbstverantwortlichen Patienten am leichtesten gelingt. Hier besteht zwischen den Ärzten und den Patienten eine grundlegende Übereinstimmung bezüglich der Krankheitskonzepte und der Behandlungsbedürftigkeit von Psychosen, die weitere Verhandlungen erleichtert.

Konflikte habe ich zwischen Patienten, die die Psychiatrie ablehnen und den Ärzten miterlebt. Besonders Frau Luhna reagierte ablehnend darauf, wenn sie einerseits nicht in Entscheidungen einbezogen wurde, andererseits aber von den Patienten eingesetzt wurde, um diesen Zugang zu gesellschaftlichen Ressourcen zu verschaffen. Auch Herr Dr. Becker war nicht bereit, ohne weiteres die Patientenwünsche zu erfüllen, wenn er den Eindruck hatte, dass grundlegend keine Einigung über Behandlungskonzepte bestand. Allerdings verweigerte er – zumindest in meinem Beisein – seine Unterstützung nicht komplett, sondern versuchte, ein Gespräch mit den Patienten zu finden, in dem sich beide über ihre Konzepte austauschen konnten. Divergierende Konzepte waren dann kein Ausschlussgrund mehr für eine Zusammenarbeit. Herr Dr. Fried schien von den beforschten Psychiatern derjenige mit der höchsten Bereitschaft zu sein, den Patienten entgegenzukommen, auch wenn diese ihn ihrerseits nicht einbezogen.

Interessant war der Umgang Frau Luhnas mit Patienten mit zu stark paternalistischen Erwartungen. Diese Gruppe schien sie problematischer zu finden als die der Psychiatriegegner, denen sie immerhin noch versuchte, alternative Behandlungsangebote zu machen. Ihr Ideal von einem aktiven, die eigene Situation verbessernden Patienten schien so stark ausgeprägt, dass sie passive Patienten schwer ertragen konnte.

6.2.1.2 Persönliche Passung / Sympathie

In den Interviews mit den Patienten zeigte sich, dass die Sympathie des Patienten zum Arzt ein wichtiger Faktor in der gelungenen Behandlung ist. Dies deutete auch Herr Dr. Becker im Interview an, der meinte, es käme auch darauf an, dass der Humor des Arztes dem Patienten zusage

„Dass der Patient von sich aus entscheidet, er kommt hierher und er entscheidet sich für den Doktor, den er am verlässlichsten findet oder dessen Humor ihm am sinnvollsten// oder (xxx) ja, am angenehmsten erscheint. Oder wie der halt so ist, und das liegt ihm.“ (Herr Dr. Becker, Arzt)

Auch die Bereitschaft der Patienten zur Teilnahme an der Untersuchung schien mir häufig geleitet durch den Wunsch, dem Arzt einen Gefallen zu tun und sich ihm aus Sympathie erkenntlich zu zeigen.

Umgekehrt förderte auch die Sympathie der Ärzte für die Patienten eine gute Zusammenarbeit. Für das Entstehen von Sympathie gegenüber Patienten war aber nicht deren besonders gute Anpasstheit an ärztliche Vorstellungen entscheidend – jedenfalls nicht bei Herrn Dr. Becker und Herrn Dr. Fried.

Herr Dr. Fried betonte dazu, dass er durchaus auch „schwierige“ Patienten wie Herrn Dietz sympathisch finden könne. Bei Frau Luhna entstand der Eindruck, dass sie Patienten, die schwer durch ihre Krankheit beeinträchtigt waren, aber dennoch versuchten, ihre Lebenssituation mit ärztlicher Hilfe zu verbessern, sympathisch fand, aber solche, die zu massiv ihre ärztliche Rolle bzw. die Notwendigkeit medizinischer Interventionen in Frage stellten, eher ablehnte bzw. in Konflikt mit ihnen geriet.

6.2.1.3 Komplementäre Einschätzungen der Fähigkeit zur Eigenständigkeit

Der dritte Aspekt der Passung zwischen Arzt und Patient betrifft die komplementären Einschätzungen beider von der Notwendigkeit ärztlicher Hilfe bzw. der Fähigkeit des Patienten zur eigenständigen Lebensgestaltung. Gleichwohl sind diese Einschätzungen in den vorliegenden Fällen der Kooperation kein Ausschlusskriterium einer Zusammenarbeit – sie kann auch ohne Konsens in dieser Frage hergestellt werden.

Dabei lassen sich, wie in Abbildung 16 dargestellt, die Patienten nach zwei Kriterien gruppieren:

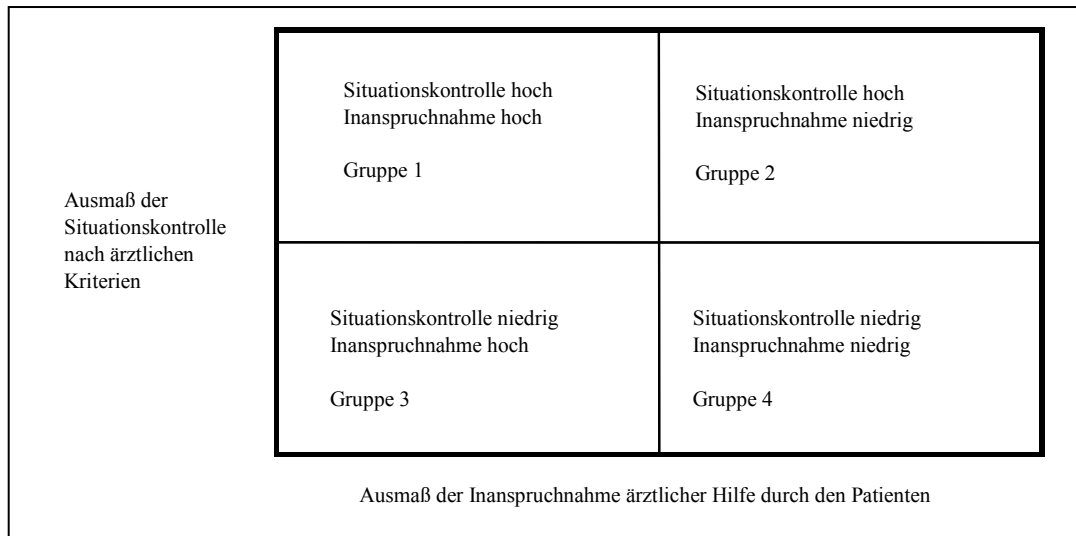


Abbildung 16: Gruppierung der Patienten nach Ausmaß der Situationskontrolle und Inanspruchnahme ärztlicher Hilfe

Ein Kriterium ist das **Ausmaß der Situationskontrolle nach ärztlichen Kriterien**. In den Interviews mit den Ärzten und anhand der Arzt-Patient-Gespräche ist deutlich geworden, dass die Ärzte versuchen, eine Einschätzung vorzunehmen, ob der Zustand des Patienten gerade stabil ist, und zwar sowohl was die gesundheitliche Seite angeht als auch was die soziale Integration betrifft. Gleichzeitig versuchen sie, die aktuelle Gefährdung des Patienten zu beurteilen. Dahinter steht die Beurteilung der Frage, wie groß zum Zeitpunkt der Beurteilung die Fähigkeit der Patienten ist, die Situation realistisch einzuschätzen, vernünftige Entscheidungen zu treffen und entsprechend zu handeln. Dabei unterstellen die Ärzte den Patienten Interessen, die diese hätten, wenn sie gesund wären. Es geht also um die Frage, wie groß die vom Arzt wahrgenommene Kontrolle des Patienten über seine Lebenssituation ist, sowohl primär – auf die aktuelle Situation ausgerichtet- als auch sekundär – auf zukünftige Situationen ausgerichtet und z.B. den Arbeitsplatz betreffend. Im nächsten Schritt leiten die Ärzte daraus die von ihnen wahrgenommene Hilfsbedürftigkeit des Patienten ab und fühlen sich entsprechend stärker oder schwächer in der Verantwortung, zu intervenieren. Ich habe also in der dieser Gruppierung o.g. Kriterien ärztlicher Beurteilung zugrunde gelegt und die Patienten „aus den Augen eines Arztes“ eingeschätzt.

Das zweite Kriterium ist die tatsächliche **Inanspruchnahme ärztlicher Hilfe durch die Patienten**. Unter Inanspruchnahme verstehe ich sowohl die Häufigkeit und Zuverlässigkeit, mit der Termine wahrgenommen werden, als auch die Anwendung medizinischer Interventionen wie beispielsweise Medikamente, sowie das Ausmaß, in dem die Ärzte in Entscheidungen einbezogen werden, die die Lebensplanung und die Behandlungsplanung betreffen.

Die Zuordnung der Patienten zu den einzelnen Gruppen ist nicht in allen Fällen eindeutig und variiert auch über die Zeit. Die Variation über die Zeit birgt Konfliktstoff: Wenn ein Arzt sich statisch auf das geringe Ausmaß der Situationskontrolle während einer akuten Psychose bezieht und der Patient das Ausmaß seiner Inanspruchnahme am gesunden Zustand ausrichtet, können daraus Konflikte entstehen. Die Bereitschaft, flexibel in der Beurteilung zu sein, ist somit ein wichtiges Kriterium ärztlichen Verhaltens und war bei den beforschten Ärzten beobachtbar.

Die Analyse der Arzt-Patient-Kooperation in den vorliegenden Fällen zeigt, dass korrespondierende Einschätzungen von Arzt und Patient eine konfliktfreie Zusammenarbeit begünstigen: Wenn also der Arzt das Ausmaß der Situationskontrolle hoch bewertet und der Patient ihn zu einem geringen Ausmaß in Anspruch nimmt (Gruppe 2) bzw. wenn der Arzt die Situationskontrolle des Patienten als gering einschätzt und der Patient ihn in hohem Maße einbezieht (Gruppe 3).

Ein Beispiel für Gruppe 2 ist Herr Schiller. Er hatte bisher nur eine psychotische Episode, die einen Krankenhausaufenthalt nötig machte. Er hatte bald danach das Bedürfnis, die Medikamente abzusetzen und sah keine Notwendigkeit, dauerhaft ärztliche Hilfe in Anspruch zu nehmen, da er sich zum einen gesund fühlte und zum anderen eher Unterstützung bei seiner Psychotherapeutin suchte. Er selbst bewertete bald nach seinem Krankenhausaufenthalt seinen Zustand als stabil. Die Psychiater, auf die er dann zunächst traf, bewerteten nicht seinen aktuellen Zustand, sondern bezogen sich auf Erfahrungswerte mit anderen Patienten. Die Tatsache, dass er gerade aus der Klinik entlassen worden war, veranlasste eine Psychiaterin, ihn zwei Jahre lang medikamentös behandeln zu wollen. Herr Schiller brach darauf hin die Behandlung ab und nahm nur auf Drängen seiner Psychotherapeutin den Kontakt zu Frau Luhna auf. Mit ihr hat er schnell eine Zusammenarbeit etabliert, in der er selbst die Abstände zwischen den Terminen bestimmen konnte und wo er auf die Einnahme

von Medikamenten weitestgehend verzichtete. In akuten Krisen setzte er Medikamente zunächst eigenständig ein und stimmte dies rückwirkend telefonisch mit Frau Luhna ab. Herr Schiller ging einer „normalen“ Arbeit nach und war auch ansonsten sozial gut integriert. Durch die Termine bei seiner Psychotherapeutin fühlte er sich selbst und sah ihn Frau Luhna als zusätzlich abgesichert, falls sein Zustand instabil werden sollte. Herrn Schiller und Frau Luhna habe ich sehr übereinstimmend im Behandlungsgespräch erlebt und seine Beschreibungen von ihr im Interview waren sehr positiv und enthielten keinen Hinweis auf größere Konflikte.

Ein Beispiel für Gruppe 3 ist Frau Berg. Sie hat schon mehrfach Psychosen erlebt und befürchtete zum Zeitpunkt des Interviews daraus resultierend den Verlust des Arbeitsplatzes. Lange Zeit lehnte sie psychiatrische Hilfe in Form von Medikamenten immer wieder ab. Da sie ihre Arbeit als zentrales Element ihrer Lebensgestaltung betrachtete, war sie inzwischen einverstanden, regelmäßig Medikamente zu nehmen und Herrn Dr. Fried aufzusuchen. Er war eine zusätzliche Kontrollinstanz, um beginnende Psychosen rechtzeitig zu erkennen und schnell zu intervenieren. Gemeinsames Ziel war das Verhindern erneuter Psychosen und damit verbundener langer Krakenhausaufenthalte. Frau Berg sah selbst eine Notwendigkeit, dafür einen Psychiater in Anspruch zu nehmen, und im Arzt-Patient-Gespräch entstand der Eindruck, als nehme sie seine Hinweise ernst und wichtig so wie er umgekehrt seine Rolle als „Frühwarnsystem“ erfüllte.

Schwieriger wird es, wenn die Einschätzungen divergieren, die Patienten also die Ärzte stärker in Anspruch nehmen wollen als die Ärzte es für sinnvoll erachten (Gruppe 1), oder, was im Datenmaterial viel häufiger zu finden war, wenn der Arzt die Situationskontrolle als gering bewertet und der Patient ihn dennoch nur in geringem Ausmaß in Anspruch nimmt (Gruppe 4).

Ich konnte im Datenmaterial keine Hinweise auf Gruppe 1 finden. Diese Art der Zusammenarbeit impliziert, dass Ärzte dem Bedürfnis der Patienten nach Fürsorge nicht nachkommen. Dies habe ich bei keinem der befragten Ärzte erlebt bzw. keiner der Patienten hat mir entsprechendes über die Ärzte berichtet. Desinteresse und Zurückweisung waren keine Kategorien, mit denen sich die befragten Ärzte beschreiben ließen. Allerdings berichteten einige Patienten über Erfahrungen mit anderen Ärzten, die illustrieren, wie diese Kombination aussehen kann. Herr Werth

erzählte von einem Arzt, der ihn aus seiner Sicht zu stark im Gespräch konfrontierte, also seiner Hilfsbedürftigkeit und seinem Bedürfnis nach Schutz zu wenig entsprach. Drastischer sind die Erfahrungen von Frau Frisch, die beschrieb, sie habe während ihrer akuten Psychose und geängstigt durch ein immer massiver werdendes Streben nach einem Suizid versucht, einen Termin bei einem Psychotherapeuten zu bekommen. Sie wurde dabei von mehreren Therapeuten auf Termine in mehreren Monaten verwiesen. Dass ihre jetzige Therapeutin und durch sie auch Frau Luhna während ihrer letzten akuten Psychose so schnell interveniert hätten, also ihr Maß an Situationskontrolle adäquat gering eingeschätzt hätten, wertete sie rückwirkend als lebensrettend.

Gruppe 4 schließlich beschreibt die in der ambulanten psychiatrischen Behandlung nicht selten anzutreffende Konstellation, dass ein Arzt den Patienten als weniger in der Lage einschätzt, seine Lebenssituation und die Psychose zu kontrollieren als der Patient den Arzt zur Unterstützung in Anspruch nimmt. Hier finden sich vor allem die Patienten wieder, die ich oben als Psychiatriegegner bezeichnet habe. Aus dem Gefühl heraus, gesund und kompetent im Umgang mit der Erkrankung zu sein, suchen diese Patienten den Arzt nur selten auf, nehmen Termine nicht wahr, lehnen Medikamente ab bzw. dosieren sie ohne Absprache mit dem Arzt geringer als von diesem angewiesen oder nehmen seine Hilfe während akuter Psychosen nicht in Anspruch - teilweise auch, weil sie dann den Weg zu ihm nicht mehr schaffen. Ein Beispiel hierfür ist Frau Hauser, die mehrfach lange Zeit im Krankenhaus verbracht hat und deren einzige Chance, ihren Zustand zu stabilisieren, aus Frau Luhnas Sicht in einem engmaschigen Kontakt zur Ärztin und einer regelmäßigen Medikation bestand. Frau Hauser sah das anders und versuchte wiederholt, eine Depotmedikation zu vermeiden. Dass sie dennoch immer wieder einlenkte, hängt vermutlich damit zusammen, dass sie in einer betreuten Einrichtung für psychisch Kranke lebte und die Einzelfallhelferin sie häufig zur Ärztin begleitete. Die Spielräume für die Durchsetzung abweichender Behandlungsvorstellungen sind hier eher gering. Und dennoch wurde im Arzt-Patient-Gespräch, an dem ich teilnahm, der Konflikt zwischen Frau Luhna und Frau Hauser über diese Frage sehr deutlich.

Frau Maus dagegen wohnte allein und hatte von daher eher die Möglichkeit, das Ausmaß der gewünschten ärztlichen Hilfe zu regulieren. Herr Dr. Becker hat sie offenbar als nicht stabil genug eingeschätzt, die Lebenssituation zu kontrollieren, als er eine Reduktion der Medikationsdosis ablehnte. Frau Maus hat dies daraufhin

eigenständig getan und ihm erst Wochen später davon berichtet. Sie erzählte, dass Herr Dr. Becker zwar sein Missfallen deutlich gemacht habe, aber dennoch diese geringe Dosis beibehalten worden sei.

Bei Herrn Hölderlin war Herr Dr. Becker weniger bereit, dessen geringe Bereitschaft, ärztliche Hilfe in Anspruch zu nehmen, zu akzeptieren. Der Konflikt über den Cannabiskonsum Herrn Hölderlins schien immer wieder aufzubrechen, da Herr Dr. Becker darauf beharrt, die Gefahren zu verdeutlichen und die drohende Destabilisierung zu betonen, Herr Hölderlin ihm aber nicht folgen und weiterhin neben der Medikamenteneinnahme kiffen wollte.

Auch dies wurde in der Analyse der Daten deutlich: Gerade die zuletzt beschriebene Konstellation birgt Konfliktpotential, aber neben der Tatsache, dass die Ärzte ihre Sichtweise wiederholt transparent machten und auf den Patienten einwirkten, ihnen zu folgen, indem sie ihnen die potentiellen negativen Konsequenzen seines Handelns verdeutlichten, stellten zumindest Herr Dr. Becker und Herr Dr. Fried eine Fortführung der Behandlung in den meisten Fällen nicht in Frage. Aus Frau Luhnass Schilderungen wurde deutlich, dass es bei ihr schwieriger mit der Zusammenarbeit wurde, wenn Patienten dauerhaft nicht bereit waren, sie in die Behandlung und Lebensgestaltung einzubeziehen, obwohl sie aus Frau Luhnass Sicht nur in geringem Maße in der Lage waren, ihre Lebenssituation zu kontrollieren.

6.2.2 Beziehungspflege, Notfallmanagement und Stabilisierung

Im folgenden Abschnitt stelle ich die in Abbildung 7b links im mittleren Kreis abgebildeten Kategorien dar. Zunächst beziehe ich mich auf die Oberkategorien Beziehungspflege, Notfallmanagement und Stabilisierung, bevor ich die einzelnen ärztlichen Handlungen und Verhaltensweisen beschreibe, die zu diesen Komponenten einer gelungenen Behandlung beitragen.

6.2.2.1 Beziehungspflege

Das Vorliegen einer langfristigen, von gegenseitigem Vertrauen geprägten Behandlungsbeziehung ist nach den vorliegenden Ergebnissen die wichtigste Voraussetzung für die Realisierung einer gelungenen Behandlung und gleichzeitig ihr deutlichstes Kennzeichen.

Viele der Patienten haben deutlich gemacht, dass sie möglichst wenig durch ihre Erkrankung und vor allem durch das medizinische Helfersystem in ihrer alltäglichen Lebensführung beeinträchtigt werden wollen (vgl. Kapitel 6.1.1). Ihr Ziel war es, eigenständig und mit möglichst wenig professioneller Hilfe zu leben. Außerdem hatten viele Patienten, oft vor dem Hintergrund negativer Erfahrungen, Angst vor einer Bevormundung durch die Ärzte, besonders, weil sie sich während akuter Krisen als schwache und leicht zu übergehende Verhandlungspartner erlebten. Gleichzeitig konnten ihnen die Psychiater dabei helfen, Krisen angenehmer zu überstehen und ihre soziale Teilhabe zu erhalten.

Die Ärzte handelten und entschieden vor allem auf der Grundlage von Informationen. Sie fühlten sich außerdem oft in hohem Maße persönlich verantwortlich für das Wohlergehen der Patienten, und dies umso mehr, wenn die Patienten phasenweise so hilfsbedürftig waren wie die untersuchte Patientengruppe (vgl. Kapitel 6.1.2). Je weniger Informationen ein Arzt hatte und je weniger er sich darauf verlassen konnte, dass ein Patient ihn in einer akuten Krise in Anspruch nimmt, desto geringer war seine Bereitschaft zur Verhandlung zum Beispiel über eine Reduktion der Medikamente.

Wenn die Patienten durch gemeinsame Erfahrungen mit den Ärzten den Eindruck gewonnen hatten, diese würden versuchen, sie in krisenfreien Zeiten an Entscheidungen zu beteiligen und in ihrem Sinne zu handeln, waren sie auf der Grundlage dieses Vertrauens bereit, sie in Krisensituationen aufzusuchen und das medizinische Wissen in Anspruch zu nehmen bzw. ihnen in krisenfreien Zeiten korrekte Informationen beispielsweise über die erfolgte (Nicht-)Einnahme von Medikamenten zu geben.

Damit reduziert sich die Unsicherheit, die ein Arzt mit dem Einlassen auf aus ärztlicher Sicht manchmal riskante Behandlungsschritte wie die Medikamentenreduktion eingeht, in einer lange bestehenden Behandlungsbeziehung. Die vertrauensvolle Behandlungsbeziehung ersetzt die ärztlichen Kontrollmöglichkeiten, die im ambulanten Rahmen nicht gegeben sind (vgl. Kapitel 6.1.4.1).

Schließlich ist es in einer so gestalteten Behandlungsbeziehung möglich, Konflikte auszutragen, ohne, dass die Patienten die Behandlung abbrechen. Gleichzeitig ist diese Offenheit für verschiedene Sichtweisen und Positionen zwischen Arzt und

Patient nicht nur Voraussetzung sondern auch Zeichen der untersuchten Form der Zusammenarbeit.

Da eine vertrauensvolle Behandlungsbeziehung von so zentralem Stellenwert ist, unternahmen die Ärzte viel dafür, sie zu etablieren und aufrecht zu erhalten. Ein Großteil der beobachteten Handlungsweisen der Psychiater kann unter dem Aspekt der Beziehungsstabilisierung gesehen werden. Hier sind vor allem folgende zu nennen:

- Die zeitliche Verfügbarkeit der Ärzte in Abhängigkeit von den Bedürfnissen des Patienten,
- der unten beschriebene Gesprächs- und Interaktionsstil,
- ein flexibler Umgang mit Medikamenten,
- das Aufrechterhalten des Behandlungsangebots auch in Konfliktsituationen,
- das Begründen des Handelns in Konfliktsituationen,
- ein nicht-moralisierender Umgang mit den Verhaltensweisen der Patienten,
- das einseitige Aufrechterhalten der Beziehung bei Klinikaufenthalten oder Krisen und
- ein flexibler Umgang mit Begriffen / Krankheitskonzepten.

6.2.2.3 Notfallmanagement

Unter der Kategorie Notfallmanagement fasse ich alle Handlungen der Ärzte zusammen, die dazu beitragen, dass die Patienten die phasenweise auftretenden Krisen in einer Weise überstehen, die vor allem für sie akzeptabel ist. Das impliziert die Anwendung von möglichst wenig Druck und Zwang, die Vermeidung von Krankenhausaufenthalten bzw. wenigstens die Vermeidung einer Zwangseinweisung, den Verzicht auf das Einschalten von Polizei oder Sozialpsychiatrischem Dienst, ggf. die freiwillige Auswahl des Krankenhauses, das Berücksichtigen der Wünsche der Patienten bzw. deren Beteiligung an Behandlungsentscheidungen, eine Rückkehr aus der Klinik in das natürliche Lebensumfeld, die „sanft“ gestaltet ist und Unterstützungsmaßnahmen in dem für sie notwendigen Ausmaß bereit hält. Dass dies gelingt, dazu tragen vor allem Verhaltensweisen bei, die ich unter den **Kategorien „Absichern / kontrollieren“**, **„unterstützen“** und **„akzeptieren“** zusammengefasst habe. Natürlich spielt auch hier das Vorliegen einer **vertrauensvollen Beziehung** eine entscheidende Rolle.

6.2.2.2 Stabilisierung

Die Oberkategorie Stabilisierung beinhaltet die Handlungen der Ärzte in Nicht-Krisenzeiten. Sie sind darauf ausgerichtet, dass der Zustand der Patienten sich stabilisiert und verbessert, dass sie am sozialen Leben teilhaben und möglichst wenig durch ihre Psychose beeinträchtigt sind. Hierunter fallen vor allem die Kategorien, die ich unter den Begriffen **Kooperieren / Abstimmen, Informieren, Absichern / Kontrollieren, Unterstützen** und **Akzeptieren** zusammengefasst habe. Und auch hier hat das Vorliegen einer **vertrauensvollen Beziehung** zum Arzt einen entscheidenden Einfluss.

Es wird deutlich, dass einzelne Kategorien mehreren Oberkategorien zuzurechnen sind. Dies verwundert nicht, denn einzelne Handlungen können zu mehreren Ergebnissen / Zielen führen – auch in Abhängigkeit von der aktuellen Situation, in der sich Arzt und Patient befinden.

Es war auffällig in den beobachteten Arzt-Patient-Gesprächen, dass diese häufig eine Zweiteilung aufwiesen: Einen Teil am Anfang, der in Abhängigkeit vom Arzt und auch vom Patienten in unterschiedlichem Ausmaß an Psychotherapiegespräche erinnerte und in denen die Patienten über aktuelle Lebensereignisse und ihr Befinden berichteten bzw. die Ärzte dies erfragten. Dann begann ein „Medikamenten-Teil“, in dem teilweise die aktuelle Dosierung besprochen wurde bzw. der Arzt ein neues Rezept ausstellte oder sich versicherte, dass der Patient noch genügend Medikamente vorrätig hatte.

Im ersten Teil waren häufiger die Handlungen, die unter **Absichern/Kontrollieren, Unterstützen** und **Akzeptieren** zusammengefasst wurden, zu beobachten. Die Prozesse des **Abstimmens** und der **Kooperation** bezogen sich dagegen meist auf den Umgang mit Medikamenten.

6.2.2.4 Ärztliche Handlungen und Verhaltensweisen

Im folgenden stelle ich die im Inneren des Kreises abgebildeten Kategorien dar. Sie sind in Tabelle 4 als Spaltenüberschriften fett gedruckt. Ihnen untergeordnet sind weitere Kategorien, die ich im jeweiligen Abschnitt illustriere.

Kooperieren / Abstimmen	Absichern / Kontrollieren	Unterstützen	Akzeptieren	Zeitliche Verfügbarkeit	Nichtfragmentierung	Gesprächstechniken / Umgangsformen
Einfluss zugestehen	Rückmeldung geben	Mut machen	Ernst nehmen / Patienten als vollwertige Person behandeln	Ausrichtung an individuellem Bedarf	Politische Situation beeinflussen	Offene Fragen
flexibler Umgang mit Medikamenten	Aussenperspektive einnehmen	Prozessorientierte Haltung	Schwäche / Hilfsbedürftigkeit berücksichtigen	Lange Wartezeiten	Betreuung organisieren	Nicht unterbrechen
Patientenwissen einbeziehen	Bezug auf gemeinsame Erfahrungen	Moralische Entlastung	Akzeptanz von Individualität und Autonomiewünschen	Telefonische Erreichbarkeit	Kontakt herstellen	Bezug auf das vom Patienten Gesagte
Erfahrungen nutzen	Zurückhaltend beobachten	Persönlich Stellung beziehen Rat geben	Nicht moralisierender Umgang		Psychosoziale Gesprächsthemen	Natürliche respektvolle Umgangsformen
Umsetzen von Patientenwünschen	Bezug auf Expertenwissen	Rolle des zuverlässigen Begleiters				
Informieren / Handeln begründen	Achten auf Frühwarnzeichen Gabe von Medikamenten Verlassen auf Inanspruchnahme	Neue Wege suchen Fürsorge Zugang zu gesellschaftlichen Ressourcen ermöglichen Aufrechterhalten der Beziehung während Klinikaufenthalten oder Krisen				

Tabelle 4: Übersicht über ärztliche Handlungen und Verhaltensweisen

6.2.2.4.1 Kooperieren / Abstimmen

Die Definition von Kooperation, die Herr Hölderlin gab, beinhaltet die Komponenten, die auch viele andere Patienten als kooperativ in der Behandlung erlebten:

- I: was verbinden Sie mit dem Begriff Kooperation?
P: Ja, also wie, wie gesagt, wir hatten das vorher mit aushandeln, ja, man handelt etwas aus, und man geht dann// äh, jeder ist befriedigt, wenn die Sitzung vorbei ist, ja? (...) kooperativ heißt, ich mache Abstriche von meinen Vorstellungen eventuell, aber ich hab meine Vorstellungen, also ich mach nicht dauernd Abstriche, ja? Aber ich mach vorübergehend Abstriche, und man versucht, ein Ziel gemeinsam zu erreichen, ja? Und ich denke, Beckers Ziel ist es auch, dass ich halbwegs stabil bin, ja? (...) also man hat 'n gemeinsames Ziel, man (...) überlegt Wege, wie man dieses Ziel realisiert. Man hat auch verschiedene Vorstellungen teilweise, aber man kommt irgendwie zu nem gemeinsamen Ergebnis, wie man das am besten erreichen könnte, ja? (...) Also das ist ungefähr Kooperation, ja? (Herr Hölderlin, Patient)

Es war zentral für die Patienten, dass die Ärzte ihnen **Einfluss auf die Behandlung zugestanden**. Der Bereich der Medikamente war neben der Klinikeinweisung, die viel seltener vorkam, aus Patientensicht das entscheidende Feld für Verhandlungen mit den Ärzten. Am Umgang der Ärzte mit Medikamenten machten sie deren Bereitschaft zur Kooperation fest.

Die Einnahme der Medikamente nach allein ärztlichen Gesichtspunkten wurde von den Psychiatern nicht zur Bedingung der Behandlung gemacht (**flexibler Umgang mit Medikamenten**), auch wenn dies teilweise ihren Überzeugungen widersprach und kann deshalb als Versuch der Ärzte interpretiert werden, die Behandlungsbeziehung zu stabilisieren.

Herr Hölderlin schilderte, wie Herr Dr. Becker auf seinen Wunsch, die Medikamente zu reduzieren, mit weniger Widerstand reagiert habe, als er erwartet hatte. Der Psychiater habe sofort eingewilligt. Dabei hatte Herr Hölderlin sich im Voraus überlegt, dieses Mal noch nachzugeben, wenn Herr Dr. Becker nicht einwilligt. Bei einer wiederholten Ablehnung durch den Arzt hätte er die Behandlung allerdings auch abgebrochen:

- I: (...) in einer Behandlung, es müssen ja manchmal auch Entscheidungen getroffen werden, also Sie haben das schon gesagt, bezüglich der Medikamente, da kann man ja// würden Sie sagen, Sie verhandeln darüber, oder//
P: Ja, wir verhandeln, ja, das ist genau das richtige Wort, ja.
I: Ham beide die gleiche Position, also beide gleich viel zu sagen, oder hat einer 'n bisschen mehr zu sagen?
P: Na, ich würd schon// das ist gleichberechtigt, man, man kommt zu dem Ergebnis, und äh, beide akzeptieren das Ergebnis, also ist dann einvernehmlich, ja? (...) Ist aber nicht so, dass jetzt einer mehr zu sa// ich hatte, wie schon gesagt, letztes Mal nicht erwartet, dass er mir gleich entgegenkommt, und hätte gedacht, er bremst 'n bisschen, und das ging dann also ganz problemlos, insofern, gut, ich mache ungern gegen den Arzt, ich würde auch gegen den Arzt mal was machen, also gut, mit dem Lyogen, das iss schwierig, mit der Spritze, ja, obwohl ich hatte die auch schon mal

- über Fe- // bin einfach nicht hingegangen und bin dann eine Woche später gegangen, ne. (...) Ich kann da nicht sagen, dass jetzt einer mehr zu sagen hat, ja, also ich würde schon sagen, das iss einmal// verhandelt wirklich, und kommt dann zu einem Ergebnis, was beide befriedigt, ja. So, und deswegen ist es auch konstruktiv und ne befriedigende Zusammenarbeit, ja?
- I: Ja. Und wenn er Ihnen nicht entgegengekommen wäre neulich? Also Sie sagen, es hat Sie 'n bisschen überrascht irgendwie, dass er so leicht bereit war, wenn er's nicht getan hätte, wie wär das Gespräch denn dann verlaufen?
- P: Also ich hatte mir vorher überlegt, ich gebe noch einmal nach, ja? Also
- I: Ah ja. Und beim nächsten Mal?
- P: Also es geht nicht ewig, ich kann auch den Arzt wechseln, ja?
(Herr Hölderlin, Patient)

Die Flexibilität der Ärzte im Umgang mit Medikamenten und deren Bereitschaft, den Patienten Einfluss zuzugestehen bzw. ihren Wünschen zu folgen, manifestierte sich nicht nur in der Herabsetzung der Dosis. Es war auch möglich, bei diesen Ärzten eine Behandlung ohne die Einnahme der Medikamente fortzusetzen – für einige Patienten eine entscheidende Behandlungsvoraussetzung. Gleichzeitig werteten Patienten diese Möglichkeit als ein Zeichen dafür, dass der Arzt ihnen eine Kompetenz im Umgang mit der Krankheit unterstellt, wie Frau Viktor es deutlich machte. Damit leisten die Ärzte einen Beitrag zur tatsächlichen Kompetenzentwicklung der Patienten: Sie können über wiederholte Versuche den Umgang mit Medikamenten erlernen und sich außerdem ausreichend unterstützt und ermutigt fühlen, einen individuellen Umgang mit der Krankheit zu entwickeln.

„Dann ist es zum Beispiel das, dass ich schon den Eindruck hab, dass [Frau Luhna] dir 'ne Kompetenz unterstellt, ob und wie weit du mit deinen Medikamenten selber umgehst, also jetzt Psychose war es halt wirklich oft so, dass ich nur 'ne Woche oder vierzehn Tage genommen hab, und dann wieder nur, wenn's mir wieder schlecht ging und so(...) also sie ist einverstanden und das ist schon nicht so, dass sie sagt, "Sie müssen aber" und so, (...) also ich glaub, sie hat da schon 'n sehr großes// Na ja, also es hängt ja auch mit 'nem Wissen zusammen, also so'n Vertrauen (...)also das merkt man bei ihr ganz doll, dass du halt wirklich selbst entscheiden kannst, brauch ich jetzt Medikamente, wie viel brauch ich jetzt (...).“ (Frau Viktor, Patientin)

Auch die Akzeptanz alternativer Medikamente, zum Beispiel Naturheilmittel, ist für manche Patienten ein entscheidender Hinweis darauf, dass der Arzt bereit ist, sich auf die Konzepte des Patienten einzulassen und mit ihnen zu kooperieren. Aus den Interviews ging allerdings nicht hervor, ob die Psychiater diesen Wunsch tatsächlich umsetzen.

„(...) dass er sich wirklich für das Befinden des Patienten interessiert, und halt sich für Naturheilmittel interessiert. Ich weiß nicht, inwiefern das abgerechnet werden kann, ne, das glaub ich eben, ist eben so'ne Frage, also es ist ne Geldangelegenheit, ne. (...) dass er insofern tolerant iss, dass er eben sacht, Psychose, das hört sich eben so an, ja, das ist halt irgendwie ne Krankheit und so, und ich denk schon, manch jemand sacht, ne Stoffwechselstörung des Gehirns irgendwie findet da statt, oder dass er eben sagt, es kann eben wirklich Phänomene

geben, die er sich noch nicht erklären kann, ne. Also irgendwie Toleranz und Offenheit, dass er beruhigend einwirkt auf den Patienten, und dass er vor allen Dingen, also ich weiß nicht, es gibt jetzt hier dieses Zyprexa, ne, als Mittel, und das ist aber ziemlich teuer // also der Dr. Fried wollte das bis jetzt nicht verschreiben, und ich hab eben gedacht, also wenn ich jetzt doch mal irgendwie was kriegen sollte, oder ich mich unwohl fühlen sollte oder irgendwie so denke an Psychose oder an, an irgend'ne Krankheit oder an Unwohlsein oder so, dann will ich eben zumindestens, dass er das verschreibt, oder ich wechsle den Arzt auch dann, ne.“ (Frau Christ, Patientin)

Ein weitere wichtiger Aspekt war, dass die Psychiater das Wissen der Patienten, ihre Erfahrungswerte im Umgang zum Beispiel mit den Medikamenten, in die Behandlungsplanung einbezogen (**Patientenwissen einbeziehen**).

Sie **nutzten** außerdem die **Erfahrungen der Patienten**, besonders zu Beginn der Behandlung, wenn es darum ging, eine Auswahl an Medikamenten zu treffen. Herr Dr. Fried wies im Interview darauf hin, dass es entscheidend sei, die Patientenerfahrungen zu berücksichtigen, da ein Medikament, das diese aufgrund früherer Erfahrungen ablehnten, sowieso nicht wirken würde. Es sei wichtig für den Nutzen der Einnahme, dass das Medikament positiv besetzt sei.

Schließlich waren Verhaltensweisen der Ärzte, die ich unter **informieren / Handeln begründen** zusammen gefasst habe, Ausdruck ihrer Bereitschaft, mit den Patienten partnerschaftlich zu kooperieren. Ein Beispiel hierfür waren die psychoedukativen Gruppen, die Herr Dr. Becker einigen seiner Patienten und deren Angehörigen anbot. Hier versuchte er gemeinsam mit einer Psychologin, den Patienten Informationen über Psychosen, ihren Verlauf und ihre Behandlung zu vermitteln. Ich habe selbst an einer Sitzung teilgenommen und erlebte dort eine entspannte Atmosphäre, in der Herr Dr. Becker und seine Kollegin Informationen gaben und die Teilnehmer diese anschließend in Bezug auf ihre eigenen Erlebnisse diskutierten. Herr Hölderlin betonte im Interview, dass er diese Gruppe für hilfreich hält, um etwas über Medikamente zu erfahren:

„ (...) man bekommt Informationen, die man zuvor nicht hatte, jetzt auch eben mit Medikamenten, wenn Sie sagen, gab es ne Aussage zu den Medikamenten von Becker, das gibt's jetzt in der psychoedukativen Gruppe, das ist nächstes Mal dran, ja? (...) [Das ist] so'n kleines Seminar für Betroffene, wenn man so will, ja, und das iss schon ganz gut. Also ich erfahre auch immer neue Aspekte von der Krankheit, die ich vorher äh, nicht gekannt hatte, oder Informationen, die ich nicht vorher hatte, bekomm ich neu.“ (Herr Hölderlin, Patient)

Herr Hölderlin wies aber auch darauf hin, dass er diese Informationen nicht in der regulären Behandlung erhalten habe und dies trifft sich auch mit meiner Beobachtung. Ich habe wenige Situationen miterlebt, in denen die Ärzte den Patienten explizit Informationen über die Medikamente vermittelt haben. Allerdings

waren alle Patienten schon länger bei ihren Ärzten in Behandlung, so dass es mir plausibel erschien, davon auszugehen, dass sie schon zu einem früheren Zeitpunkt die Patienten informiert hatten. Dagegen sprach allerdings die Unsicherheit, mit der die Patienten in den Interviews von ihren Medikamenten sprachen – viele wussten nicht die Namen der Präparate, die sie schon lange Zeit einnahmen. Interessant war, dass die Patienten die Informationen nach eigenem Bekunden nicht vermissten – jedenfalls solange die Beziehung zum Arzt von Vertrauen geprägt war. Dabei blieb offen, ob die Ärzte die Patienten tatsächlich nicht informiert hatten oder ob diese die Informationen wieder vergessen hatten. Zudem ist davon auszugehen, dass nicht allein die Informationen über Medikamente(namen) relevant für die Patienten waren. Viel wichtiger war vielen, Wissen über auslösende Faktoren und Interventionsmöglichkeiten bezüglich ihrer Erkrankung zu erhalten, was ihnen im Kontakt mit den beforschten Ärzten umfassend gewährt wurde. Herr Schiller berichtete beispielsweise, wie Frau Luhna mit ihm gemeinsam seine individuellen ersten Anzeichen beginnender Psychosen erforscht und entsprechende Interventionen geplant habe. Damit habe sie sich von allen anderen Ärzten unterschieden, die er vorher getroffen habe. Herr Schiller erhoffte sich von diesem Vorgehen, zukünftige Krisen dadurch verhindern zu können, dass er rechtzeitig Psychosen erkenne und entsprechend frühzeitig interveniere.

Wichtig war zudem die Bedeutung von und der Umgang mit Informationen in Konflikten: Nicht allein die „objektiven“ Informationen spielten hier eine Rolle und wurden von den Ärzten als Argumentationshilfe genutzt, sondern ebenso die persönliche Begründung des Handelns. Indem die Ärzte beispielsweise ihre Sorge um den Patienten deutlich machten oder auch die Handlungsoptionen klar aufzeigten, die sie unterstützen oder ablehnen würden, waren sie einer Auseinandersetzung für die Patienten zugänglich und signalisierten diesen zugleich die Wichtigkeit, die diese für sie hatten.

6.2.2.4.2 Absichern / Kontrollieren

Das Absichern der Patienten, die Kontrolle ihres Gesundheitszustandes war eine wichtige Funktion, die die Patienten von den beforschten Ärzten erwarteten und die sie auch bei ihnen erfüllt sahen. In dem im folgenden Interviewabschnitt beschreibt

Frau Berg stellvertretend für viele andere Patienten, die ich befragt habe, was ihr behandelnder Arzt Herr Dr. Fried in der Behandlung tut, um sie abzusichern:

„(...) dadurch, dass er mich jetzt auch schon ne Weile kennt, vielleicht Zurückmeldungen [gibt], wo bestimmte Sachen vielleicht schon mal aufgetreten sind, was man jetzt nicht so im Kopf hat oder nicht mehr so sehen kann (...) ich mein, beim letzten Mal hat er auch gleich gesagt, weil das teilweise auch diese Diätgeschichten mit forciert haben, dass ich halt auch wieder in die Klinik gegangen bin, wo er dann auch gleich gefragt hat, wenn was iss, ob ich das dann merken würde und so, also irgendwie so'n bisschen, wo vielleicht jemand noch 'n bisschen mit aufpasst, irgendwie so einfach. (...) Weil das iss alleine schon sehr schwierig, gerade, wenn das so in 'ner Anfangsphase steckt. Ich meine, jetzt mittlerweile ist es halt so, dass einige Freunde dann auch gleich Alarm schlagen, also im Frühjahr hatte ich auch mal wieder ne Phase, wo ich dann zwei Nächte nicht geschlafen habe und wo dann gleich insistiert wurde von Freunden, und was ist los, und dadada, und „Nimm doch erst mal dein Neurocil!“, und wo mir das zwar einerseits dann auch auffällt, aber andererseits dann irgendwie der Zustand auch ganz angenehm ist, wo ich vielleicht gar nicht erst mal in dem Maße was ändern möchte. So, wo ich dann das Gefühl hab, ich blüh auf und werd wieder lebendig oder so (...) wo ich dann denke, das wäre jetzt Quatsch, das irgendwie alles abzdämpfen oder so was, ne. Aber es ist halt schon auch gefährlich, also dann halt nicht ganz abzurutschen wieder. Und da ist so was schon ganz gut, dann einfach so'n bisschen so'n Spiegel quasi von außen zu haben. In unterschiedlichen Formen vielleicht auch.“ (Frau Berg, Patientin)

Frau Berg beschrieb, wie Herr Dr. Fried für sie die Funktion eines Spiegels habe, der ihr unter Bezugnahme auf gemeinsame Erfahrungen **Rückmeldungen über ihren Zustand** geben kann. Wichtig ist dabei, dass Herr Dr. Fried eine **Außenperspektive** einnahm, die zeitweise ihrer eigenen Wahrnehmung in einer beginnenden Psychose widersprach und ihr half, rechtzeitig medizinisch zu intervenieren und damit einen erneuten Krankenhausaufenthalt zu verhindern. Die gemeinsame Behandlungsgeschichte, **gemeinsam gemachte Erfahrungen** zeigen sich als eine gute Voraussetzung für das Gelingen dieser Absicherungsfunktion.

Im Gespräch zwischen Herrn Dr. Fried und Herrn Luis wird deutlich, wie sich diese Funktion konkret ausdrückt:

- A: Das ist ja dann doch, wenn ich das jetzt mal so mal überblicke, recht schwankend bei Ihnen, ne? Also letztes Mal waren Sie recht locker, /P: Mhm/ und hörten da eher diese Stimmen, die Sie angenehm fanden, diese Frauenstimmen, ne.
- P: Genau, genau, genau.
- A: Mit der sie zusammensein wollten.
- P: Richtig.
- A: Und davor waren's ja eher diese Männerstimmen, die bedrohlich waren, ne?
- P: Genau.
- A: Also ja, das geht dann ziemlich hin und her. Unter Umständen wäre es wichtig, dass Sie die Medikamente recht regelmäßig nehmen, ne?
(Arzt-Patient-Gespräch Herr Dr. Fried und Herr Luis)

Gleichzeitig wird bei Frau Berg deutlich, dass sie erwartet, dass Herr Dr. Fried ihren Zustand **zurückhaltend beobachtet**, also vor dem Hintergrund seines Wissens Beurteilungen anstellt und nur dann aktiv wird, wenn er den Eindruck hat, sie wäre auf seine Hilfe angewiesen. Anders als in der von mir in Kapitel 5.6 dargestellten

Stimmenhörergruppe, wo Ärzte grundsätzlich das Mitspracherecht verweigert wurde, da sie keine persönlichen Erfahrungen mit Psychosen hatten, medizinisches Expertenwissen also negiert wurde, erwarteten und nutzten die von mir befragten Patienten den **Bezug des Arztes auf sein Expertenwissen**.

Es gab allerdings auch Ausnahmen: Frau Christ und Frau Rath und in Teilen auch Frau Maus waren sich nicht sicher, ob der Arzt wirklich in der Lage sei, aus seiner Perspektive adäquat ihren Zustand einzuschätzen. Ihnen gemeinsam war, dass sie ihren Zustand nicht als krank erlebten, sondern lediglich als einen Zustand, der gesellschaftlichen Normen widersprach. Dennoch hatten sie sich mit den Ärzten arrangiert, da diese ihnen helfen konnten, Krankenhausaufenthalte zu vermeiden. Am folgenden Zitat aus dem Interview mit Frau Christ wird deutlich, dass sie Herrn Dr. Fried in Anspruch nahm, damit dieser ihr aus der Außenperspektive eines in der Gesellschaft Stehenden Rückmeldungen gibt, falls ihr Verhalten wieder einmal zu sehr von der Norm abweichen sollte. Da sie unbedingt verhindern wollte, dass sie wieder in die Klinik kommt, bzw. die Nachbarn den Sozialpsychiatrischen Dienst alarmieren, weil sie „lauter mit Gott“ spricht, traf sie neben ihrer Einzelfallhelferin regelmäßig Herrn Dr. Fried, der ihr ggf. mitteilen sollte, dass ihr Verhalten jetzt aus seiner Sicht den Kriterien einer Psychose entsprechen würde. Dann wollte sie Johanniskraut nehmen oder auch die von Herrn Dr. Fried verordneten Medikamente, um ruhiger zu werden.

- I: Und welche Funktion haben denn die Arztbesuche für Sie jetzt?
- P: Na, dass ich einfach selber sage//also es ist jetzt so, wenn ich jetzt praktisch mit Gott spreche, oder sich das noch mal so steigert auch so wie es war, dass dann die Nachbarn halt irgendwie den SpD anrufen, ne, und dass ich dann in die Klinik kommen könnte, ne. Und das soll ja nicht sein, ne. Und es kann eben sein, dass man sich selber da so hineinsteigert, dass man// ich mein, ich find es ist ja auch meine Sache, ob ich da// der eine hört vielleicht laut Radio oder so, und man spricht eben halt auch lauter mit Gott, ne, oder es wird dann irgendwie turbulent, weil man engagiert ist für Frieden oder so, ne, und erzählt dann vielleicht was von Krieg oder so, und man wird da halt eben auch laut und energisch oder so, ne. Und ich will eben nicht in die Klinik kommen, und wenn so'ne Phänomene da sind, dass ich mich da also so engagiere oder so hineinsteigere, dass das einer von außen sagt, dass ich dann halt (...) irgendwas machen muss, entweder wieder ins Weglaufhaus gehen muss oder so, wo ich dann irgendwie// wo man das akzeptiert, oder dass ich dann halt Medikamente nehme, dass ich irgendwie eingedämmt// weil die Medikamente dämpfen irgendwie so, dass ich dann irgendwie eingedämmt werde oder Johanniskraut irgendwie nehme oder irgendwas, dass ich ruhiger werde, dass ich mich da nicht so engagiere, oder dass ich überhaupt merke, dass das auffällig wird. Und da denk ich jetzt, geh ich wöchentlich dahin, weil eben ohne Medikamente, er meint, das wäre 'n Risiko, ohne Medikamente zu sein, und er hält das eben für 'ne Psychose (...) das sind eben wenige, die das dann nehmen, wenn sie so'ne Psychose bekommen, dann sich selber helfen da mit Medikamenten (...) und da haben wir's jetzt so vereinbart, dass, also die Einzelfallhelferin achtet eben auf mich, und wir sehen uns erst mal wöchentlich, um eben zu sagen, wie ich mich fühle, und dass 'n Arzt also mich sieht einfach. (...) Ich hab jetzt mit der Einzelfallhelferin abgesprochen, wenn sie mich auffällig findet (...) dass sie dann halt zu mir was

sagen, oder dass sie den Arzt verständigen, oder dass der mich verständigt, ne. Also ich würde dann schon mit Doktor Fried sprechen, und kann ich mir vorstellen, dass der dann irgendwie sagt auch, „Nehmen Sie einfach die Medikamente,“ vielleicht verordnet er mir dann auch Zyprexa oder so, und mich nicht gleich ins Krankenhaus sperren würde. (Frau Christ, Patientin)

In dem, was die Patienten beschrieben haben, steckt auch das gemeinsame oder einseitig vom Arzt vorgenommene **Achten auf Frühwarnzeichen** beginnender Psychosen. Im Gespräch mit den Patienten klang dies dann so, wie im beispielhaft ausgewählten Gespräch zwischen Frau Klein und Herrn Dr. Becker. Ich habe vor allem die Antworten von Frau Klein stark gekürzt, um deutlich zu machen, wie Herr Dr. Becker versuchte, mögliche Belastungen zu erfragen bzw. sich ein Bild von ihrem Zustand zu machen. Besonders deutlich wurde sein Überprüfen möglicher Anzeichen einer Verschlechterung ihres Zustands an seiner Frage, ob sie morgens nicht mehr aus dem Bett komme – Frau Klein hatte dies nicht angedeutet und verneinte das auch vehement, aber die „Antriebsschwäche“, die Zunahme einer „passiven Symptomatik“ - beides Begriffe aus einem medizinischen Krankheitsmodell - sind etwas, das beginnende Psychosen oft auszeichnet.

- A: Wie geht's Ihnen, Frau Klein?
P: (...)
A: Hm. Was zieht Sie denn so runter? Was macht Sie denn so müde?
P: (...)
A: Das ist // so Weltgeschehnisse beschäftigen Sie /I: Ja./ schon, ja?
P: Ja. /A: Hm./ Auf jeden Fall. /A: Hm./ Mehr als mir lieb ist wahrscheinlich. Nehm' ich mal an.
P: Katastrophen und Politik, /I: Ja./ Politikentscheidungen /I: Ja./ und so, ja? /I: Mhm./ Was war denn so in der letzten Zeit, was Sie beschäftigt hat?
(...)
A: Und noch mal darauf, mit dem Fernsehen, gibt's denn da irgendwas, was Sie in letzten Tagen besonders verunsichert hat?
P: (...)Und manchmal hab' ich denn auch abends oder morgens denn das Gefühl, also der heutige Tag, was bringt der dir? Bringt der dir was Gutes? Gestern dacht' ich auch kurz, hoffentlich musste nicht wieder ins Krankenhaus. (...) Denn, wenn ich hin müsste, (xxx)
A: Gibt solche Stimmungen, ja? (...) Was ist denn dann los, Frau Klein? Kommen Sie dann gar /I: Ja./ nicht raus aus'm Bett oder kommen Sie da nich//
(...)
A: Aber gedanklich kommen dann manchmal komische Stimmungen auf, ja?
P: #Gedanklich kommen# dann manchmal, aber wie gesagt, so'ne Unsicherheiten. Ob mein Mann das mit mir schafft. Also ich bin ja froh, dass ich 'n habe, ja.
A: Was könnte passieren, im schlechtesten Falle?
(...)
A: hätten Sie denn Angst, dass Sie dann wieder 'n Unfall haben, oder so? Oder wär's nich' so?
P: (...)
A: Verunsichert, ja?
(...)

(Arzt-Patient-Gespräch Frau Klein und Herr Dr. Becker)

Auch in den anderen Arzt-Patient-Gesprächen konnte ich ähnliche Muster finden: Die Ärzte und Patienten sprachen über Ereignisse im Lebensalltag der Patienten, die seit dem letzten Treffen stattgefunden hatten. Und die Ärzte haktten besonders bei Punkten ein, die möglicherweise zu eine Destabilisierung des Zustands der Patienten beitragen könnten – beispielsweise Ärger am Arbeitsplatz, Beziehungs- oder Familienkonflikte. Sie fragten dann die Patienten genauer, wie es ihnen gehe, ob sie gut schlafen könnten etc. Ggf. wiesen sie die Patienten auf das Vorliegen erster Anzeichen einer Destabilisierung ihres Zustands hin.

Schließlich wurde auch die **Gabe von Medikamenten** von einigen Patienten als ärztliche Absicherungsmaßnahme begriffen. Am deutlichsten beschrieb dies Frau Berg. Aus Angst, ihren Arbeitsplatz bei einem erneuten Krankenhausaufenthalt zu verlieren, nahm sie Medikamente ein, obwohl sie von deren Wirkung nicht völlig überzeugt war und die Erfahrung gemacht hat, trotz Medikamenten psychotisch geworden zu sein. Aber sie folgte dem ärztlichen Behandlungsvorschlag, weil sie, wie sie sagte, „keine Experimente mehr machen“ wollte.

Allerdings bewerteten nicht alle Patienten die Einnahme von Medikamenten als hilfreiche Absicherung. Ich habe ein Gespräch zwischen Frau Hauser und Frau Luhna miterlebt, in dem der Konflikt zwischen beiden über die Einnahme der Medikamente offenbar wurde. Frau Luhna wollte, dass die junge Frau, die neben ihrer wiederkehrenden Psychose Drogen konsumierte und HIV-infiziert war, sich ein Depotneuroleptikum verabreichen ließ, was diese in jedem neuen Behandlungsgespräch zur Diskussion stellte.

Sie war allerdings neben Herrn Kreiser und Herrn Dietz die einzige der befragten Patienten, die ein Depotneuroleptikum bekam und Medikamente so vehement ablehnte. Alle anderen nahmen sie entweder dauerhaft eigenständig ein oder setzten sie zumindest in Krisenzeiten als Unterstützungsmaßnahme ein. Bei mehreren Patienten, die Medikamente eigentlich ablehnten, fand sich die schon angedeutete Haltung, dass Medikamente als Kriseninterventionsmethode einem Krankenhausaufenthalt vorzuziehen seien, was deren Bereitschaft zur Einnahme erhöhte.

Entscheidende Ausprägungen der Absicherungsfunktion waren weiterhin die von den Ärzten getroffenen **stellvertretenden Entscheidungen** in Krisensituationen sowie deren **flexible Verantwortungsübernahme**. Diese Kategorien stellen ein zentrales Ergebnis dieser Arbeit dar, da sie eine Antwort auf die Frage erlauben, wie

Partizipation der Patienten im ambulanten psychiatrischen Kontext umgesetzt werden kann. Ich habe diese Kategorien deshalb gesondert in Kapitel 6.2.3 beschrieben.

Schließlich stellte das Verlassen der Ärzte darauf, dass die Patienten sie in Krisenzeiten in Anspruch nehmen (**Verlassen auf Inanspruchnahme**), einen Beitrag zur Absicherung dar, allerdings eher langfristig. In der Erzählung von Herrn Dr. Becker und auch in dem Bericht der Patientin Frau Frisch fällt auf, dass die Ärzte offenbar auch Patienten, die sich in einer akuten Krise befinden, wieder aus der Praxis gehen lassen, wenn diese nicht in eine Klinik möchten. Herr Dr. Becker ließ sich von den Patienten zusichern, dass sie am nächsten Tag wiederkommen, und auch Frau Frisch berichtete, dass sie eigenständig entschieden hätte, wann sie bereit für die Klinik gewesen sei. An Frau Frischs Beispiel wird deutlich, dass diese Strategie langfristig den positiven Effekt hat, dass die Patienten das Gefühl haben, bei diesem Arzt auch in Krisenzeiten mitbestimmen zu dürfen, und ihn deshalb in Krisenzeiten in Anspruch nehmen. Kurzfristig gesehen erschien mir dieses Vorgehen der Ärzte riskant, denn wer konnte ihnen garantieren, dass die Patienten in der Lage wären, in die Praxis zurückzukehren? Gleichzeitig wurde mir deutlich, dass die Ärzte in der ambulanten Behandlungssituation kaum die Möglichkeit hatten, einen Patienten, der nicht akut eigen- oder fremdgefährdend ist, gegen seinen Willen in die Klinik einzuweisen – wobei die Auslegung dieser Gefährdung durch die Ärzte unterschiedlich eng sein kann. Diese Ärzte legten sie offenbar sehr weit aus, bzw. diagnostizierten sie spät und versuchten, die Zustimmung der Patienten abzuwarten. Dies stabilisierte langfristig die Behandlungsbeziehung und beließ die Patienten in einer eigenständigen Rolle. Frau Frisch lehnte beispielsweise die Hilfe von Psychiatern zuvor vehement ab. Die Erfahrung mit Frau Luhna führte jedoch dazu, dass sie sie später regelmäßig aufsuchte.

Dieses Vorgehen trägt neben der Beziehungsstabilisierung möglicherweise dazu bei, dass die Patienten über mehrere Krisen hinweg zunehmend kompetenter im Einschätzen ihres eigenen Zustands werden und immer weniger darauf angewiesen sind, dass der Arzt einschätzt, ob und wann sie ins Krankenhaus müssen.

6.2.2.4.3 Unterstützen

Viele der von den Ärzten im Kontakt mit den Patienten gezeigten Verhaltensweisen fallen unter diese Kategorie. Sie entsprachen damit den Erwartungen der Patienten an eine gute Behandlung.

In den Arzt-Patient-Gesprächen finden sich viele Beispiele dafür, wie die Ärzte den Patienten **Mut machen** und sie in dem, was sie schon erreicht haben und wie sie aktuell ihr Leben mit der Psychose einrichten, bestärken. So zum Beispiel bei Herrn Kiri: Herr Dr. Becker ermutigte den Patienten, den Weg, den er bezüglich seiner Berufsausbildung eingeschlagen hatte, fortzuführen.

- P: Doktor Becker hat sich letzts, hat er auch gesagt, dass ich nen guten Eindruck bei ihm hinterlassen haben
- A: Ja. Der hat Sie, glaub ich, auch vor langer Zeit davor mal gesehen (ja), das war einige Zeit vorher, und da sieht man doch dann aus'm Abstand heraus schon die Unterschiede, ne (ja). Was merken Sie selber, was besser geht als zum Beispiel vor nem halben Jahr?
- P: Oh! Ja. Ja. Mh. *3 Ich bin aktiver.
- A: Mhmh! Mhmh! Präsenter! (ja) Frischer irgendwie! Weniger so antriebsgehemmt, ja? (Ja, genau). (Arzt-Patient-Gespräch Herr Dr. Handtke und Herr Kiri)

Herrn Sommer widersprach Herr Dr. Becker in dessen Selbstwahrnehmung, dass man seine Psychose sofort bemerken würde und dass Frauen, die er kennenlerne, ihn aufgrund seiner Psychose ablehnen würden.

- P: Es gibt bestimmte Sekunden, da denken [die Frauen, die er kennen lernt]: „Ach, das ist ja'n ganz Normaler“, und denn haben sie irgendwie 'n Problem damit. Wenden sich denn auch wieder ab. (...)
- A: Warum meinen Sie das, warum meinen Sie, an welchen Momenten passiert so was nach Ihrer Meinung?
- P: Jaa, dass ich irgendwie so'ne Ausstrahlung habe, dass die das merken. Sei es vom Reden her, vom Denken her, Gefühlen her.
- A: Ich bezweifle das. Ich bezweifle das. Also wie Sie sind die ganzen Jahre, ich denke, was man Ihnen vielleicht anmerkt, dass es so'n Moment der Verslossenheit gibt und dass Sie manchmal bisschen Anlauf brauchen, um sich zu öffnen. Das haben Menschen mit Psychosen, das haben Menschen ohne Psychose. Das haben Menschen mit Psychose öfter. Ist richtig. Aber das kann keiner so'n Zusammenhang gleich herstellen. Ja das kann eher sein, dass dann im Kontakt ihr Gegenüber vielleicht mehr erwartet oder so (...). (Arzt-Patient-Gespräch Herr Dr. Becker und Herr Sommer)

Frau Frisch, eine Patientin von Frau Luhna, machte im Interview deutlich, dass die Zusammenarbeit mit ihrer Ärztin, mit der sie aufgrund der Länge der Behandlung schon **gemeinsame Erfahrungen** im Umgang mit der Krankheit hat, besonders geeignet ist, ihr Mut zu machen. Sie könne aufgrund der langfristigen Perspektive beurteilen, was einzelne Verbesserungsschritte für eine individuelle Bedeutung hätten.

„Wenn ich von Frau Luhna weggehe, dann geh ich da doch immer mit 'nem gewissen Mut weg. Also das würde ich so als Unterscheidung [zur Psychotherapie] so beschreiben. (...) das ist auch schon so'n Effekt, wenn da jemand da ist, der dann letztenendes immer mal sagt: ‚Na ja, aber Sie haben doch schon ne ganze Menge geschafft‘. Und das ist, klar, das ist 'n Satz, aber

wenn er ab und an doch auch mal gesagt wird - also von jemandem, der natürlich auch weiß, was es bedeutet, was da geschehen ist (...).“ (Frau Frisch, Patientin)

In dem, was Frau Frisch beschreibt, kommt auch die **prozessorientierte Haltung** der Ärzte zum Ausdruck. Die Psychiater beziehen sich nicht nur auf den aktuellen Status des Patienten, sondern setzen den aktuellen Zustand in Beziehung zu früheren Phasen. Dadurch entsteht eine weitere Perspektive, die häufig positive Verläufe erkennen lässt und damit dazu beiträgt, die Patienten zu ermutigen, weiterzumachen und mit sich selbst geduldig zu sein. So ist es außerdem möglich, dass Ärzte unter Bezugnahme auf frühere negative Erfahrungen den Patienten mögliche Risiken ihres Verhaltens verdeutlichen und damit **glaubwürdig** sind.

- P: Na, ich denk auch, dass wegen diesem Vordiplom, wenn ich das dann haben sollte, oder wenn ich das dann habe, noch mal so'n anderen Schnitt habe. /Ä: Mhm, mhm/ Und mich freier und (...) mit dem anderen befassen kann und so. /I: Mhm/ Und also nicht mehr so ständig hin- und her (xx) so.
- Ä: Na, so'n bisschen wäre vielleicht noch mal, ob wir noch mal zurückgehen können, also wie es Ihnen so gegangen iss Frühjahr 99, und Sie dann so gesagt haben, wär ja nicht schlecht, jetzt noch Vordiplom zu machen, aber, so ungefähr, egal, Freiberg steht jetzt an, /P: Mhm/ also weil ich nur grad gemerkt hab, dass ich so dachte, vielleicht klinge ich jetzt für Sie zu pessimistisch /P: Mhmh/, aber dass ich schon das wichtig fände, die Fehler von Freiberg nicht zu wiederholen. (Arzt-Patient-Gespräch Frau Viktor und Frau Luhna)

Die Patienten beschrieben auch, wie hilfreich es ist, dass die Ärzte ihnen die „Erlaubnis“ geben, sich aufgrund der Krankheit phasenweise zurückzuziehen und nicht zu „funktionieren“, wie im folgenden Beispiel Frau Viktor über Frau Luhna berichtet:

„Also du musst halt funktionieren, funktionieren, funktionieren, und wenn dir die Scheiße bis über'n Hals steht so, ist egal, Hauptsache, du funktionierst. Und dahingehend, dass sie mich runtergeholt hat, als ich krampfhaft versucht hab, da noch mal auf Teufel komm raus trotzdem das Ding durchzuziehen, dass sie gesagt hat, „Komm, lass es, wenn du merkst, es geht nicht!“ (...) Also mir schon so ganz viel Druck weggenommen hat, den ich mir selber gemacht habe. (...) sie war schon ne wichtige Ansprechpartnerin auf jeden Fall so. Also ich hab schon ganz viel Kompetenz, Verstehen und Wissen so gemerkt.“ (Frau Viktor, Patientin)

Auch die **moralische Entlastung**, wenn die Patienten sich nicht in der Lage sahen, gesellschaftliche Aufgaben zu erfüllen, war eine wichtige Funktion der Ärzte. Herr Werth, ein Vater einer einjährigen Tochter, beschrieb, wie erleichternd es für ihn war, dass Herr Dr. Fried Verständnis für ihn gehabt hätte, als er sich nicht in der Lage sah, sich allein um seine Tochter zu kümmern und deshalb häufig auf die Großeltern als Unterstützung zurückgegriffen habe. Im Gegensatz dazu habe er in einer psychotherapeutischen Gruppe von den anderen Gruppenmitgliedern Vorwürfe wahrgenommen, weil er sich nicht genug um seine Tochter gekümmert habe.

- P: (...) [Herr Dr. Fried] kann sich gut in so'ne Rolle rein versetzen irgendwie (...) als werdender Vater irgendwie oder als seiender Vater, und kann auch diese ganzen Probleme, die das mit sich bringt, irgendwie ganz gut, er kann sich da also gut rein versetzen. Ich empfind von ihm relativ viel Verständnis halt so für meine Situation, das find ich schon ganz gut.
- I: Mm, fällt Ihnen irgend 'ne besondere Situation oder Episode ein, wo das vielleicht mal so war?
- P: Ja, dass wir halt eben überlegen müssen (...), ja, mit der Zeit, und jetzt hat meine Freundin gerade Examensklausuren geschrieben, und dann war also unser Kind halt bei den Großeltern, und es ist jetzt halt im Moment auch 'n bisschen öfter da (...) er hat das verstanden irgendwie, also die Situation, während ich aus der Gruppe dann echt sehr oft immer so Vorwürfe bekomme (...) es kommt immer so unterschwellig, dass sie das irgendwie schädlich finden. Ist auch richtig, aber
- I: Für das Kind schädlich?
- P: Ja, ich find das auch nicht gut für's Kind, aber es ist halt eben in der Situation, also da find ich mich bei ihm etwas besser verstanden irgendwie. (Interview mit Herrn Werth, Patient)

Ein weiteres Kennzeichen der gelungenen Arzt-Patient-Zusammenarbeit war, dass die Ärzte zu dem von den Patienten Berichteten **persönlich Stellung bezogen** und ihre Meinung äußerten, häufig in Form eines **Rates**. Dabei bezogen sie sich auf ihre Rolle als medizinischem Experten und auf langjährige Erfahrungen, aber auch auf gemeinsame Erfahrungen mit diesem konkreten Patienten. Für viele der befragten Patienten war dies angenehm und bot die Möglichkeit zur Orientierung.

„(...) und wenn mich irgendwas stutzig macht und so weiter, wenn mir irgendwas eingefallen ist, denn frag' ich [Herrn Dr. Becker], und er gibt eigentlich auch meistens die Antwort, die ich denn auch brauche. Die mir denn auch weiterhilft.“ (Herr Sommer, Patient)

„(...) dass [Frau Luhna] mich dann auch zurückruft und sagt, „Ja, überlegen Sie sich das,“ also ich hab halt überlegt, (...) also was mach ich jetzt so, war halt so spontan als erstes, dass ich dachte, okay, ich mach jetzt bei diesem (...) Krisentelefon mit, für Vergewaltigte, und da meinte sie schon, „Na ja, das könnte 'n bisschen hart werden,“ wenn mich selbst 'n Film schon wieder aus der Fassung bringen kann so, und wo ich das dann auch einsehen muss, und da hab ich gesagt, ja, okay, also ist vielleicht doch 'n bisschen zuviel.“ (Frau Viktor, Patientin)

Gleichzeitig birgt dieses Vorgehen bei einigen Patienten auch die Möglichkeit eines Konfliktes zwischen Arzt und Patient, wenn sich die Ansichten beider widersprechen oder der Patient keinen Rat haben möchte. Die Form, wie die Ärzte ihre Meinung äußerten, war teilweise so gestaltet, dass sie Druck auf die Patienten ausübten, ihnen in der ärztlichen Ansicht zu folgen. Aber zumindest in den Gesprächen, die ich beobachtet habe, war es den Patienten immer möglich, ihre divergierende Sicht darzustellen, ohne, dass deshalb die Fortführung der Behandlung von ärztlicher Seite in Frage stand.

Ein besonders anschauliches Beispiel bot der bereits mehrfach erwähnte Konflikt zwischen Herrn Dr. Becker und Herrn Hölderlin über den Cannabiskonsum des Patienten. Während der Psychiater die Risiken stark in den Vordergrund stellte und

an Herrn Hölderlin appellierte, auch im Hinblick auf den Erhalt sozialer Teilhabe keine weiteren Psychosen durch den Drogenkonsum zu provozieren, betonte der Patient, der sich des Risikos durchaus bewusst war, die angenehme Wirkung des Rauchens. Sowohl Arzt als auch Patient bestätigten mir später, dass der Konflikt in ungewöhnlich scharfer Form ausgetragen wurde. Das Besondere war, dass sich Herr Dr. Becker sehr eindringlich und mit freundlichem Ton am Ende des Gesprächs versicherte, ob Herr Hölderlin wisse, dass er jederzeit kommen könne, wenn er Hilfe brauche, was dieser bestätigte. Der Patient teilte mir später mit, er habe aufgrund dieses Konflikts überlegt, den Psychiater zu wechseln, sich aber nach einer Aussprache mit Herrn Dr. Becker dagegen entschieden. Ich habe im Folgenden eine längere Textpassage aus dem Arzt-Patient-Gespräch ausgewählt, um den sich aufbauenden Konflikt zu verdeutlichen - und die Wende, die das Gespräch zu Ende hin nimmt. Ich habe diesen Punkt fett markiert.

- A: Ich weiß aber, dass das die kritischen Momente der Vergangenheit waren, wo Sie dann auch wirklich wieder angekommen sind in einer Psychose, in der Klinik, und dann dauert's erst mal wieder Monate, bis dann wieder Boden unter den Füßen ist. Also mit Nachdruck: Sie müssen aufpassen!
- P: Das auf jeden Fall. Nur um noch mal meinen eigenen Standpunkt zu behaupten: Ja, ich denke, die Psychose ist eine Krankheit, ja, auf jeden Fall, weil man ist nicht normal, man ist nicht gesund, es läuft da was schief, aber sie ist nicht unbedingt etwas ganz Schreckliches, ja? (...)
- A: Das hört man ja durchaus raus, (...) und wenn Sie sozusagen auch 'n bisschen mit der Psychose spielen, es ist für Sie ja kein Chaos. Nicht unbedingt. Aber unterm Strich angekuckt, ist natürlich immer wieder das Eintauchen in die Psychose über längere Zeit etwas, was Ihren Lebensweg beeinträchtigt. Auch wenn es Ihr Befinden (...) in der Psychose auch nicht immer ist.
- P: Also ich fühle mich durch die Medikamente schon beeinträchtigt, ja? Also wenn ich Medikamente nehme, und ein normales behindertes Leben führe, dann fühle ich mich behindert.
(...)
- A: Das eine wäre die ganz abgegrenzte, kontrollierte Situation, wo Sie mit dem Effekt des Kiffens einerseits und der Psychose, die dann kommen kann, umgehen können. Das gibt es, solche Momente, solche Phasen auch, wo Sie das können, aber es gibt eben auch, ohne Zweifel, dass Sie das nicht können. Und wenn Sie sagen, Sie erleben das ja durchaus auch als was Positives, und da kommt da so'n Moment der Selbstbehauptung, dass Sie so sagen, das ist mein gutes Recht, dann laufen Sie natürlich Gefahr, dass Sie sich außerordentlich isolieren. Das muss Ihnen klar sein, weil Sie in Ihrem Glückserleben sozial abgeschnitten werden. Die anderen teilen das nicht, zu Recht, weil die Realität anders aussieht, (...) aber das ist Ihre Gefahr, dass Sie sich durch die selbstgesuchte Psychose und das Psychosegelück isolieren, und damit vielleicht viel kaputt machen, was jetzt noch trägt. Ich kenne diese Verläufe, ich kann Ihnen das nur so sagen. Ich kenne Menschen, die dann dort ankommen, wo dann nachher nichts mehr trägt, die Brücken, die drum herum waren, sind dann eingerissen. Also ich denke, mit allem Nachdruck, Sie sollten nicht nur Rücksicht auf die anderen nehmen, sondern auch auf Ihre weitere Entwicklung. Ich denke, das können Sie erwarten, so'ne klare Stellungnahme von mir, auch wenn Sie Ihre eigene innere Bilanz haben.
- P: Kein Problem, ja. Ich könnte jetzt aus der Erfahrung einiges dagegenhalten, aber ich akzeptiere das auch, dass die Gefahr besteht, und ich sag ja nicht, dass ich ungefährlich lebe.
- A: Ja. Hat was von 'ner Gratwanderung. Ja. Wo kann ich Ihnen helfen? Über das hinaus?
(...)

- A: Also ich würde jetzt im Moment auch keine Veranlassung sehen von mir aus, (...) die Dosierung [der Medikamente] zu erhöhen. Also mir wäre es jetzt wichtiger zu sagen, wir bleiben dabei jetzt und Sie lassen das Kiffen, das ist meine Position dazu. (...) Was Sie machen, ist Ihre Entscheidung (...)
- P: Ja, ich wäre auch nicht einverstanden mit einer Erhöhung der Dosierung.
- A: Aber sind Sie denn mit dem anderen einverstanden?
- P: Zum Teil, ja. (...) Aber das ist noch mal ne andere Nuance, als die, die SIE reinbringen. Sie sagen nämlich: „Sie dürfen überhaupt nicht“. Und das kann ich nicht akzeptieren, wenn ich gar nicht darf, dann führ ich 'n normales behindertes Leben, und da bin ich stink unglücklich!
- A: Ohne Kiffen sind Sie unglücklich?
- P: Ich bin ohne Antrieb unglücklich. Und der Antrieb, der wird mir durch die Medikamente ganz stark genommen.
- A: Ja. Gut, für heute lassen wir's jetzt mal bei diesem Gespräch soweit, denke ich. (...) **Herr Hölderlin, Sie wissen auch, zwischendurch, (...) wenn es mal kitzlig wird oder so, Sie melden sich?**
- P: Ich komme auf jeden Fall, ja? Also ich hab, ich hab da keine Bedenken, also auch, äh, den Not- ähm ähm, wie heißt das, äh Not//**
- A: Sie wissen, wo die Notbremse hängt, ja?**
- P: Ja. (LACHT)**
- A: Das wäre mir sehr wichtig. Gut.**
(Arzt-Patient-Gespräch Herr Dr. Becker und Herr Hölderlin)

In den Arzt-Patient-Gesprächen wurde besonders deutlich, dass die Psychiater für die Patienten die Rolle eines ständigen Begleiters – oder, um es mit Dörner (2003) zu sagen: eines Ersatzspielers - hatten, der je nach Patient in unterschiedlichem Ausmaß an Entscheidungen bezüglich der alltäglichen Lebensführung beteiligt wurde. Die Ärzte wurden immer grob auf dem Laufenden gehalten, was aktuell im Leben der Patienten von Bedeutung war. Die Psychiater zeigten anhand ihrer Nachfragen, dass sie sich erinnern konnten, was beim letzten Termin wichtig gewesen war und fragten nach der Entwicklung der besprochenen Sachverhalte. Sie signalisierten, dass sie sich an positiven Entwicklungen mitfreuten oder erleichtert über die Lösung eines Problems waren, wie am folgenden Beispiel von Herrn Dr. Fried und Frau Berg deutlich wird:

- A.: Und auf der Arbeit gab's jetzt überhaupt keine Kommentare mehr /P: Nö/ zu diesem /P: nee, nichts weiter/. Mhmh. Das hat sich dann alles wieder normalisiert und beruhigt, denn..
- P.: Ja.
- A.: Is ja sehr erfreulich! /P: Mhmh/ Ham Sie denn eigentlich weiterhin genug Arbeit, da?
- P.: Ja, ja. Im Moment ja. /A: Aha/ Mhmh.
- A.: Freut mich ja
- P.: Ja. Mich auch!
- A.: War ja ne Zitterpartie! (Arzt-Patient-Gespräch Herr Dr. Fried und Frau Berg)

In den Interviews wiesen die Patienten darauf hin, dass sie die beforschten Ärzte als grundsätzlich auf ihrer Seite stehend erlebten, als jemanden, der ihnen zur Seite stehe und an ihrem Wohl in ihrem Sinne interessiert sei.

„Ich brauche halt Lebenshilfe oder so und fall nicht runter so, (...) Und dann steht [Frau Luhna] schon, glaub ich, voll hinter (...).“ (Frau Viktor, Patientin)

Frau Viktor erklärte, dass dieser Eindruck entscheidend für eine gelingende Zusammenarbeit sei, denn wenn sie den Eindruck hätte, die Ärztin folge weniger den Interessen der Patientin als denen der Gesellschaft, wäre es nicht möglich, Vertrauen aufzubauen.

„Ja, also ich denke, das hat halt auch ganz viel so was mit Macht positiv benutzen zu tun, also du hast halt mit diesem Arztstatus eine Machtposition, und du kannst sie entweder dafür verwenden, dass die Leute halt so sind wie sie sein sollen, oder dass die Leute halt die Möglichkeit bekommen, so zu sein, wie sie sein wollen.“ (Frau Viktor, Patientin)

Dem Interview mit Frau Frisch entnehme ich, dass gerade die Begleitung eines Patienten in der akuten Krise entscheidend für dessen Befinden sein kann. Sie hat die Unterstützung Frau Luhn während ihrer akuten Psychose vor allem dadurch wahrgenommen, dass diese sie auf ihren Schritten in die Klinik begleitet hat, indem sie ihr Behandlungsangebote machte, ohne gleichzeitig zu viel Druck auf sie auszuüben. Diese Form der Freiheit zur Entscheidung, die ihr trotz akuter Psychose geblieben wäre, sei entscheidend für den weiteren Heilungsprozess gewesen. Gleichzeitig sei sie nicht mehr alleine mit ihrer Psychose gewesen, sondern habe eine professionelle Ansprechpartnerin gehabt.

„So lange wie das alles gedauert hat, aber ich bin diese Schritte letzten Endes dann alle selber gegangen. (...) wenn der Patient den Freiraum hat, dann sollte man ihm den möglichst auch lassen. Das ist also meine Erfahrung, die ich da gemacht hab.“ (Frau Frisch, Patientin)

Im oben zitierten Interviewausschnitt von Herrn Hölderlin wird ein Aspekt angesprochen, der die Zusammenarbeit der Ärzte und Patienten weiterhin auszeichnet: Indem die Ärzte bereit sind, von ihrer eigenen Meinung wenigstens partiell abzuweichen und indem sie sich einlassen auf die Sichtweise des Patienten unterstützen sie ihn darin, **neue Wege im Umgang mit der Krankheit** zu suchen. Wie in Kapitel 6.1.2 gezeigt wurde, hatten die beforschten Ärzte durchaus ein medizinisches Krankheitsmodell von Psychosen, allerdings erweitert durch die psychosoziale Sichtweise. Im Kontakt mit den Patienten vertraten sie jedoch nicht vehement nur ihre Vorstellung von einer Behandlung oder einer Lebensführung mit Psychosen, sondern respektierten abweichende Sichtweisen der Patienten.

Weiterhin ist der Aspekt der **Fürsorge** durch die Ärzte ein Beitrag dazu, dass die Patienten die Zusammenarbeit mit den beforschten Ärzten als unterstützend erleben. Fürsorge kann sich zum Beispiel darin ausdrücken, dass die Ärzte auf die Instabilität und Vulnerabilität der Patienten hinweisen, wenn diese sich aus ärztlicher Perspektive zu viel zumuten. Wie oben zitiert, bremste Frau Luhn Frau Viktor

darin, bei einem Krisentelefon für vergewaltigte Frauen mitzuarbeiten, da der Auslöser ihrer Psychose eine Vergewaltigung war. Herr Dr. Fried machte Frau Berg darauf aufmerksam, dass eine Gewichtsabnahme zwar einerseits zu begrüßen sei, aber andererseits zu einer zusätzlichen Instabilität beitragen könne. Und selbst in Herrn Dr. Beckers vehementem Hinweis, dass Kiffen erneute Psychosen und damit einen erweiterten sozialen Verlust nach sich ziehen könne, war zu erkennen, dass der Patient dem Arzt nicht gleichgültig war, dass er ein wirkliches Interesse daran hatte, den Patienten vor negativen Folgen seines Handelns zu schützen. Somit steht dem freiheitseinschränkenden Aspekt ihres Handelns ein unterstützender gegenüber, da die Ärzte sich auf diese Weise in eine persönliche Beziehung mit dem Patienten begeben. Dies ist umso wichtiger, als viele der befragten Patienten ein immer kleiner werdendes soziales Netz beklagten (vgl. Kapitel 6.1.1.2).

Herr Hölderlin beschrieb dies im Interview an mehreren Stellen. Er setzte die fürsorglichen Komponenten mütterlichem Verhalten gleich und schrieb die Kompetenz dazu vor allem Ärztinnen zu. Gleichzeitig betonte er, dass dieses Verhalten nur in Krisensituationen von so großer Wichtigkeit wäre. Und auch wenn Herr Dr. Becker nicht „mütterlich“ sei, weil ihm weiblicher Charme fehle, finde er bei ihm „väterliche“ Anteile wie Interesse an ihm und seinem Wohlergehen:

- I: Sie sagten ja, dieses Mütterliche ist Ihnen ganz wichtig, also das finden Sie auch immer gut, wenn ein Psychiater oder Psychiaterin vor allen Dingen das macht, und wenn ich Sie richtig verstanden habe, ist das ja bei Herrn Dr. Becker nicht unbedingt so entwickelt, wie Sie sagten, weil Frauen können das besser, ist es doch 'n bisschen entwickelt bei ihm? Oder (...) ist das für Sie so 'ne Entscheidung, na gut, dann verzichte ich bei ihm darauf, ist nicht so schlimm?
- P: Na, also er hat auf jeden Fall Interesse an mir, ne, (...) das schon mal wichtig (...) er ist kooperativ und ich denke, das Mütterliche hat er nicht so in dem Sinn, ja? Das taucht aber// das kann man auch nicht sagen, weil das, ist nicht immer da, das taucht nur manchmal auf, in besonderen Krisensituationen. Meine Psychiaterin, die ich zuvor hatte, die war auch nicht immer mütterlich, aber in einer besonderen Situation, da tauchte es dann auf (...)// vielleicht väterlich, ja, das ist dann auch in Ordnung, ja? Ich denke, er ist auf jeden Fall besorgt, er sorgt sich um mein Wohl, und er versucht, das Beste für mich rauszuholen, insofern ist das in Ordnung, ja? (...) Und mütterlich, das ist halt doch noch vielleicht weiblicher Charme, ja? (Interview mit Herrn Hölderlin)

Fürsorgliches Handeln konnte sich auch darin ausdrücken, dass zum Beispiel Frau Luhna einer Patientin zunächst ohne Absprache mit ihr ein Bett in einer Klinik reservierte für den Fall, dass diese doch einwilligen sollte, in die Klinik zu gehen. Oder dass sie versuchte, eine Betreuungseinrichtung zu finden, die keine psychiatrische Klinik ist und damit einer Patientin ein Behandlungsangebot zu machen versuchte, das sie annehmen konnte.

Fürsorge konnte sich außerdem darin ausdrücken, dass Herr Dr. Becker Frau Klein bezüglich der noch verbliebenen Menge an Medikamenten fragte: „Haben Sie’s im Blick, Frau Klein?“ und ihr anbot, dass sie schon vor dem nächsten regulären Behandlungstermin vorbeikommen könne, wenn sie sich verschätzt haben sollte und die Medikamente doch nicht ausreichen. Oder Frau Luhna versuchte, für Flüchtlinge Einzelfallhilfe zu beantragen, ein Anliegen, das diese aufgrund ihres ungesicherten Status` nie eigenständig erfolgreich umsetzen könnten. An anderer Stelle wurde sie in persönlichen Gesprächen und mit Attesten aktiv, die sie traumatisierten Flüchtlingen ausstellte, um ihnen eine Rückkehr in ihr zerstörtes Heimatland zu ersparen. Oder sie versorgte eine Patientin, die trotz instabiler psychischer Verfassung in ihr Heimatland reisen wollte, mit der Adresse einer dortigen Psychiaterin und zusätzlichen Medikamenten, falls ihr Zustand sich vor Ort verschlechtern sollte. Fürsorgliche Verhaltensweisen habe ich in besonderem Maße bei Frau Luhna identifizieren können, aber auch bei allen anderen Ärzten waren sie zu beobachten, wenn auch in geringerem Ausmaß.

Fürsorgliches Verhalten macht immer auch die Asymmetrie zwischen Arzt und Patient deutlich, betont die Hilfsbedürftigkeit und Abhängigkeit des Patienten von äußerer Hilfe. Gleichzeitig hilft es den Patienten, ihren Zustand zu stabilisieren bzw. instabile Phasen nicht alleine zu durchleben. Ich habe in keinem Interview mit einem Patienten Klagen darüber identifizieren können, dass die Patienten sich bevormundet fühlten – eher beklagten sie an anderen Ärzten deren mangelndes Engagement und Interesse für den Patienten.

Schließlich kann als Unterstützung für die Patienten gewertet werden, wenn die Ärzte ihnen den **Zugang zu Ressourcen ermöglichen**. Dies können sie besonders gut aufgrund ihrer gesellschaftlichen Machtposition (vgl. Kapitel 6.1.4.3). Dies illustriert das eben genannte Beispiel, in dem Frau Luhna Flüchtlingen staatliche Unterstützung erschließt. Oder indem die Ärzte den Patienten Krankschreibungen ausstellen oder Frühberentungsanliegen unterstützen. Allerdings hatte ich in den Interviews mit den Patienten und Ärzten eher den Eindruck, dass das primäre Ziel der Ärzte der Erhalt gesellschaftlicher Teilhabe der Patienten ist, sie also nicht großzügig diese Schritte unterstützen. Bei Frau Luhna wurde dies am deutlichsten. Eine ihrer Patientinnen, Frau Viktor, kritisierte im Interview, dass Frau Luhna nicht bereit sei, ihr Anliegen auf Berentung zu unterstützen. Frau Viktor war Ende zwanzig und strebte zum Zeitpunkt des Interviews einen Ausstieg aus der

Gesellschaft an. Im Arzt-Patient-Gespräch traten Frau Luhna und Frau Viktor außerdem in Verhandlung darüber, ob Frau Luhna einen Krankenschein rückwirkend ausstellen könne, was sie zunächst unter Verweis auf das Computersystem, das dies nicht könne, ablehnte. Auch hier wurde deutlich, dass es Frau Luhnas eigentliches Interesse war, Frau Viktor zu einer gesellschaftlichen Teilhabe zu bringen, auch, indem sie ihr nicht zu großzügig Rückzugsmöglichkeiten verschafft.

Den Zugang zu Ressourcen zu ermöglichen, kann auch bedeuten, dass die Ärzte den Patienten helfen, die erste Scheu vor dem Aufsuchen einer Kontakt- und Beratungsstelle zu verlieren. Dazu riefen die befragten Psychiater mit Einverständnis der Patienten in den Einrichtungen an und stellten einen ersten Kontakt her.

Ein weiterer wichtiger Faktor war schließlich das **Aufrechterhalten der Beziehung während Klinikaufenthalten oder Krisen**. So ließen die Ärzte, wenn ein Patient ohne sich abzumelden einen Termin nicht wahrnahm und sie ihn als potenziell gefährdet einschätzten, die Sprechstundenhilfe bei ihm anrufen und sich nach seinem Befinden erkundigen. Wenn die Patienten zu Hause nicht erreichbar waren, riefen sie in der Klinik an, in der der Patient schon des öfteren war. Während längerer stationärer Aufenthalte der Patienten erkundigten sie sich telefonisch nach dem Befinden des Patienten. Dies reduzierte einerseits die Unsicherheit der Ärzte. Andererseits gaben sie den Patienten Mut und signalisierten eine Anlaufstelle für die Krise bzw. die Zeit nach dem Krankenhausaufenthalt.

6.2.2.4 Akzeptieren

Für die befragten Patienten war dies eine zentrale Kategorie. Die Kritik der Patienten an Ärzten, mit deren Zusammenarbeit sie nicht zufrieden gewesen waren, bezog sich häufig auf die ihnen von den Patienten unterstellte mangelnde **Akzeptanz der Individualität und der Autonomiewünsche** der Patienten sowie ihrer durch die Psychose beeinflussten Persönlichkeit. Die meisten Patienten nahmen sich als eigenständige, wenn auch zeitweise auf Hilfe angewiesene Personen wahr und suchten einen Arzt, der diese beiden Seiten gleichermaßen akzeptierte und dies in seinem Verhalten zum Ausdruck brachte. Demgegenüber berichteten viele Patienten von ihren Erlebnissen mit Ärzten während akuter Psychosen, in denen sie sich nicht **ernst genommen und als vollwertige Person behandelt** gefühlt hatten. Besonders deutlich brachte dies Frau Viktor zum Ausdruck. Sie fühlte sich durch das Verhalten des Pflegepersonals und der Ärzte in psychiatrischen Kliniken herabgesetzt und hat

nur während ihres Aufenthaltes in einer Souteria-Einrichtung das Gefühl gehabt, als vollwertige Person behandelt zu werden. Als wichtige Indikatoren eines ihre Individualität respektierenden Umgangs benannte sie das **Gespräch**, das Ärzte mit ihr führen, die ihr zugestandene **Möglichkeit, Einfluss zu nehmen** zum Beispiel auf die Medikation und die **Abstimmung der Therapiemethoden auf die Bedürfnisse der Patienten**.

- P: also im Krankenhaus gibt es Würde nicht, da bist du 'n Stück irgendwas, aber kein Mensch so in diesem Sinne, (xxx) dass du in deiner Ganzheit (xxx).
- I: Wie machen die das, dass du 'n Stück bist? Also ich meine, welche Verhaltensweisen sind das?
- P: Ja, zum Beispiel, dass mit dir null gesprochen wird. Also da wo ich war, also gab's am Anfang, hat mit mir die Ärztin 'ne Viertelstunde Aufnahmegespräch gemacht (...) und ansonsten gab's null Auseinandersetzung, von dem, was ich ihr damals gesagt hab, müsste ihr klar gewesen sein, dass das ne Vergewaltigung war, die Ursache, und nichts, nichts sonst. Und du bekommst Medikamente, ich hab von dem Psychologen, durch den ich eingewiesen worden bin, hab ich 'n Beruhigungsmittel, denk ich mal, bekommen, das wurde abge// also im Krankenhaus wurde das ausgetauscht gegen Haldol, ich habe das geschmeckt, also ich habe gesagt, „Das ist nicht das, was ich immer bekomme, was ich verschrieben bekommen hab,“ und da haben die gesagt, „Ja, das stimmt“, und das war alles, also du wirst einfach nicht für voll genommen (...) und ruhiggestellt, und das war's. Und du kriegst 'n Tagesablauf übergestülpt, der so stupide und absurd ist (...)
Du wirst halt früh wach gemacht, und dann Temperatur gemessen und Puls, so als wenn du irgendwie Kreislaufbeschwerden hättest, und musst dann zum Frühsport gehen im Halbschlaf, und hast dann irgendwie so 'ne dumpfsinnige Beschäftigungsmaßnahme, wo du dann aber auch nicht mitmachen musst, wo dann auch kaum jemand mitmachen wollte, weil einfach, Strohplüppchen basteln ist nun mal nicht jedermanns Sache so (...) Also es gab weder Nachfragen, noch ne Rücksprache noch irgendwas, also es gab wirklich null Auseinandersetzung mit mir so. (Frau Viktor, Patientin)

Aber auch die Akzeptanz der individuellen Konzepte der Patienten war ein wichtiger Faktor (**Flexibler Umgang mit Konzepten**). Frau Viktor nahm bei Frau Luhna die Bereitschaft wahr, die Lebenskonzepte der Patientin zu akzeptieren und sie nicht nur auf ihre Kompatibilität mit der Gesellschaft hin zu behandeln. Auch die Akzeptanz vom schulmedizinischen Krankheitskonzept abweichender Vorstellungen von Psychosen und Schizophrenie trug dazu bei, dass sie die Behandlung als angenehm erlebte und Vertrauen zu ihrer Ärztin habe fassen konnte. Frau Viktor las daraus die Bereitschaft der Ärztin, mehr als nur Basisversorgung zu machen und sich dabei nicht ausschließlich an ärztlichen Konzepten festzuhalten, sondern sich auf die Sichtweisen der Patienten einzulassen, um ihnen weiter zu helfen.

„Ich hab schon das Gefühl oder den Eindruck, dass [Frau Luhna] einen versucht, mit der Lebensvorstellung, die man hat, zu respektieren, also dass sie nicht unbedingt der Meinung ist, sie muss jetzt auf Teufel komm raus irgendwie irgendwelchen Gesellschaftsansprüchen Genüge tun, nur damit du auch unauffällig bist so, also wenn du so'n eigenes Lebenskonzept hast, ich glaube schon, dass sie da irgendwie sagt, macht dein Ding, so.
(...) was noch 'n ganz wichtiger Aspekt ist, warum ich sage, ja, da kannst Vertrauen haben, dass du zum Beispiel Sachen, wie, ich habe den Eindruck, ich (...) kann von meinem Umfeld Gedanken wahrnehmen, also so'ne Sachen wie, wie, wie telepathische Möglichkeiten und so was, dass sie das nicht negiert, also was auch viele Neurologen gar nicht, also das wird einfach

nicht zugelassen, das darf's nicht geben, im wissenschaftlichen Weltbild so, schulmedizinischen, und da ist sie schon auch soweit für offen, dass sie sagt, ja, das gibt's, das kann es geben (...) und das ist für mich schon 'n Zeichen dafür, dass (xxx) irgendwie mehr als nur ihren Schein gemacht hat, und jetzt nicht irgendwie da sitzt, um Medikamente zu verschreiben, sondern wirklich, um zu gucken, also wie kann ich die Leute da rausholen und weiterbringen?“ (Frau Viktor, Patientin)

Bei Frau Viktor wurde auch deutlich, dass sie gleichzeitig den Anspruch hatte, von den Ärzten in ihrer Hilfsbedürftigkeit wahrgenommen und akzeptiert zu werden (**Schwäche / Hilfsbedürftigkeit berücksichtigen**). Dies half ihr, eine Psychose „mit Würde“ zu überstehen, unter anderem dadurch, dass Frau Luhna ihr die „Erlaubnis“ gab, schwach zu sein und z.B. eine Ausbildung abzubrechen, weil sie sie überforderte. Trotz ihrer Hilfsbedürftigkeit sei sie sich im Umgang mit Frau Luhna jedoch als „vollwertig vorgekommen“. Somit gibt Frau Viktor ein gutes Beispiel dafür, wie eine Patientin sehr selbstbewusst Hilfsbedürftigkeit bei sich erkennt und entsprechend fürsorgliches und gleichwohl die „Vollwertigkeit“ betonendes Verhalten von der Ärztin einfordert.

„(...) ich hab 'n Recht darauf, ne besondere Fürsorge oder irgendwie Unterstützung zu bekommen, in dieser Situation. Von daher würde ich schon sagen, dass man das als Krankheit sehen sollte, (...) du brauchst schon 'n Halt oder 'n Rückhalt in dem Moment, also du bist zwar (...) ganz viel du selber, aber um halt mit dieser komplexen Gesellschaft klarzukommen, brauchst du halt noch andere Menschen, also brauchst du jemanden, der dir zur Seite steht so. Also auf jeden Fall. Also vor allen Dingen, um mit Würde durchzukommen so. (...) Ich bin mir eigentlich schon sehr vollwertig [in der gemeinsamen Bewältigung der Psychose mit Frau Luhna] vorgekommen, kann ich nicht anders sagen.“ (Frau Viktor, Patientin)

Herr Schiller ist ein gutes Beispiel vor allem dafür, wie die **Berücksichtigung der Autonomiewünsche** der Patienten durch die Psychiater eine Behandlungsgrundlage schafft. Er lehnte die Zusammenarbeit mit einem Psychiater zunächst ab, aber Frau Luhna hat es entgegen seinen Erwartungen ihm überlassen, wann der nächste Behandlungstermin statt findet und akzeptiert, dass er keine Medikamente einnimmt. Durch dieses Verhalten Frau Luhnas wuchs bei ihm die Bereitschaft, sie erneut aufzusuchen, sie bei beginnenden Krisen anzurufen und Medikamente einzunehmen. Allerdings dosierte der diese selbst und ließ die von ihm eingesetzte Dosis rückwirkend von Frau Luhna absegnen.

- P: (...) dann kam ich wieder in so'n Ding rein (...) und dachte, nee ey, das geht jetzt nicht, du musst noch mal Tabletten nehmen. (...) So, und in dieser Phase war das auch ganz wichtig, dann noch mal zu Frau Luhna gehen zu können, um auch die Dosis abzustimmen.
- I: Wie war das Gespräch? Also Sie sind hingegangen und haben gesagt: „Ich möchte das gerne nehmen,“ und wie hat sie reagiert?
- P: Ich hatte es schon genommen, weil ich ja noch genug zu Hause hatte.
- I: Ah ja, okay, also Sie sind hingegangen und haben gesagt, „Ich hab's schon genommen,“ und wie ging's dann weiter? (...) Also mich interessiert so'n bisschen, wie sie darauf reagiert hat, also ich mein, das ist ja, also Ärzte können ja unterschiedlich darauf

reagieren, wenn ihre Patienten zu ihnen kommen und sagen, ich hab das schon mal alleine dosiert, /P: Ja/ also es könnte ja auch sein, dass manche Ärzte anders reagieren oder so und mich würde interessieren, wie sie reagiert hat, also was sie

P: Also für meine Begr// also so angemessen, würde ich sagen, ich habe ihr erklärt, wieso weshalb warum, und wie es mir geht, und ja, meine Situation steht im Vordergrund, und nicht irgendwelche Sachen, man macht das halt so, man nimmt halt soundsoviel, wie ich's bei den anderen Ärzten sozusagen erlebt hatte. (Herr Schiller, Patient)

Akzeptanz der Ärzte zeigte sich auch in einem **nicht moralisierenden Umgang** mit den Verhaltensweisen der Patienten. Im bereits zitierten Interviewausschnitt beschrieb dazu Herr Werth, wie wichtig ihm die akzeptierende Haltung seines Psychiaters in Bezug auf den Umgang mit seiner Tochter sei. Da er trotz Psychose versuchte, sein Studium zu beenden, konnte er sich nur eingeschränkt um sie kümmern und fand dafür bei Herrn Dr. Fried viel Verständnis.

Ich habe jedoch auch beobachten können, wie das Verhalten der Patienten bei den Ärzten an die Grenzen der Toleranz stieß, nämlich dann, wenn es zu sehr der ärztlichen Vorstellung von einer gesundheitsförderlichen Lebensführung widersprach. Ein besonders gutes Beispiel ist der mehrfach zitierte Konflikt zwischen Herrn Hölderlin und Herrn Dr. Becker über den Cannabiskonsum des Patienten. Im Laufe des Gesprächs wich die akzeptierende, zurückhaltende Haltung Herrn Dr. Beckers immer mehr einer moralisierenden, die negativen Konsequenzen des Rauchens betonenden Haltung. Herr Hölderlin betonte beinahe trotzig die Vorteile des Rauchens und Herr Dr. Becker führte immer drastischere Beispiele an, was durch das Kiffen ausgelöste Psychosen im Leben des Patienten bewirken könnten: Konflikte mit der Partnerin und der gemeinsamen Tochter, einen völliges Wegbrechen sozialer Unterstützung und schließlich bemühte er sogar einen Vergleich mit Opiumkonsumenten in China, die in ihren „Kemenaten dahingedämmert“ hätten. Allerdings bezeichnete Herr Dr. Becker seine Vorgehensweise später als Ausrutscher, wenn er auch bei seiner ablehnenden Haltung dem Kiffen gegenüber blieb. Als Unterschied zu seinem sonstigen Vorgehen benannte er, dass er nicht, wie sonst üblich, seine Meinung gesagt hätte und höchstens noch um Verständnis geworben bzw. an die Eigenverantwortung des Patienten appelliert hätte, sondern dass er so vehement seine Meinung vertreten habe. Ähnliches habe ich bei Frau Luhna miterlebt, die mir von meinen Interviewpartnern als besonders akzeptierend geschildert worden war. Die Ablehnung der Depotstrix durch die schwer durch ihren Drogenkonsum, die Psychose und weitere Erkrankungen beeinträchtigte Frau Hauser konnte Frau Luhna kaum akzeptieren.

Aus dem Gespräch ging hervor, dass schon beim vorangegangenen Termin ein Konflikt über dieses Thema entstanden war, Frau Luhna es bisher aber immer noch knapp geschafft hatte, die Patientin zu einer Einwilligung zu bewegen. Frau Hauser hatte es abgelehnt, dass ich das Gespräch auf Tonband aufzeichne, war aber damit einverstanden gewesen, dass ich teilnehme und es schriftlich protokolliere.

In diesem Gespräch wurde deutlich, wie emotional engagiert Frau Luhna versucht, die Patientin von ihrem Vorgehen zu überzeugen. Es fällt ihr offensichtlich schwer, in Anbetracht der sozialen und gesundheitlichen Situation der Patientin eine gewährende Haltung beizubehalten. Obwohl sie diese Auseinandersetzung schon mehrfach geführt hat, lässt sie sich in meinem Beisein auf einen erneuten Konflikt über das Thema Medikamente ein. Sie macht die Grundlagen ihrer Haltung sehr explizit und drückt ihre Sorge um die Patientin aus – allerdings in ähnlich drastischer Form wie Herr Dr. Becker im oben zitierten Beispiel. Auch sie wechselt am Schluss des Gespräches den Modus und beschließt ihre Aussagen mit dem Werben um Geduld in einer sanften Tonlage. Dennoch erschien mir die Patientin Frau Hauser in dieser Situation nicht ähnlich selbstbewusst und wehrhaft wie Herr Hölderlin im Konflikt mit Herrn Dr. Becker. Im folgenden gebe ich einen Ausschnitt aus dem Protokoll des Arzt-Patient-Gespräches wieder.

- P: „Nicht, dass sie jetzt wieder böse werden, Frau Doktor. Aber,“ sie richtet sich an mich, „letztes Mal ist sie ziemlich sauer geworden – weil ich immer mit der Spritze nicht will“ Stimme unsicher, aufgeregt, wie ein Kind, was jetzt die Wahrheit beichtet, aber auch aufsässig
- A: vorgebeugt, das Kinn auf die Hand gestützt „Vielleicht sagen Sie dann gleich auch, warum ich so sauer geworden bin“ spitzer Ton, gleichzeitig betont ruhig, aber man merkt, dass sie sich dazu zwingt
- P: Weil Frau Doktor meint, ich soll mal ein Jahr psychosofrei sein. Und dazu die Medikamente nehmen...ne?“ mit Blick auf sie, wie eine Schülerin, die Wissen reproduziert
- A: „Ja, ich bin letztes Mal ziemlich explodiert (Geste) im Spritzenraum. Weil, wir haben da schon hundert Mal drüber gesprochen, und dann ging das schon wieder los“ jetzt aufgeregte Stimme
- P: „Ja, aber ich hab mit Frau Hinz darüber gesprochen, die sagt, die Konzentrationsstörungen können auch durch die Medikamente kommen. Kann das sein?“
- A: „Also, ich hab ja auch mit Frau Hinz telefoniert (...) und die ist Medikamenten ja durchaus nicht grundsätzlich abgeneigt“ führt das dann aus, dass Frau Krieger auch dafür ist...eiert ziemlich rum. „Ich denke, ohne das [Medikament] hätten Sie vielleicht noch viel dollere Störungen. Mein Angebot war ja, umzustellen auf ein anderes Präparat, was ich dann aber auf jeden Fall auch als Spritze geben würde. Bis xxx. Ein Jahr ist da absolutes Minimum! Ich denke, die Betreuer [in der Einrichtung, in der Frau Hauser lebt] haben da schon viel, also Sie auch, schon viel geschafft. Und wir hatten ja gesprochen, dass wenn Sie wieder mit den Amigos da am Bahnhof rumhängen und drücken und dann Ihre Tabletten nicht dabei haben, also, das sollten Sie in Ihrem eigenen Interesse vermeiden. Zumal Sie ja die letzten sieben Jahre mehr im Krankenhaus als draußen verbracht haben, also da sollten Sie eine Psychose erst mal vermeiden.“
- Pause

- P „Mh“ ganz leise und schüchtern „Dann kann ich’s mir gar nicht mehr erklären...“
A: „Also, ich denke, Sie haben durch das, was Sie die letzten sieben Jahre erlebt haben, tierisch gelitten. Und ich sag das jetzt mal so drastisch: Das kann jetzt noch mal genauso lange dauern, bis Sie sich davon erholt haben! Das dauert.“ Sanfter Ton:
„Und wir sollten da ganz, ganz viel Geduld haben!“
(Mitschrift des Arzt-Patient-Gesprächs zwischen Frau Luhna und Frau Hauser)

Diese Gesprächssequenz könnte auf die Grenzen von Frau Luhnas Bereitschaft, die Autonomiewünsche der Patienten zu akzeptieren, hindeuten. Leider war Frau Hauser nicht zu einem Interview mit mir bereit, so dass ich ihre Einschätzung nicht erfahren konnte. Direkt im Anschluss an dieses Gespräch gingen wir zusammen aus der Praxis und auf der Strasse präsentierte sie sich mir gegenüber sehr selbstbewusst, was ihre Behandlung anging. Den Konflikt habe sie nicht als schlimm empfunden. Dennoch deutete Frau Luhna in einem späteren Gespräch an, eine Patientin habe die Behandlung bei ihr abgebrochen und ihr dies über die Einzelfallhelferin mitteilen lassen. Ich vermutete, dass es sich dabei um Frau Hauser handelte. Später erfuhr ich, dass die Patientin an einer Überdosis Heroin gestorben ist.

6.2.2.4.5 Zeitliche Verfügbarkeit

Die zeitliche Verfügbarkeit der Ärzte war etwas, das die Patienten als wichtigen Baustein einer gelungenen Behandlung bezeichneten. Sie erlebten die Länge der Behandlungstermine als abhängig von ihren Bedürfnissen, trotz überfüllter Wartezimmer (**Ausrichtung am individuellen Bedarf**). Frau Christ, eine Patientin von Herrn Dr. Fried, war die einzige der befragten Patienten, die eine mangelnde Verfügbarkeit ihres Arztes beklagte. Allerdings führte sie dies nicht auf Herrn Dr. Fried selbst zurück, sondern machte die Kostenerstattungspraxis der Krankenkassen dafür verantwortlich. Meine Nachfrage, ob sie mehr Zeit von ihm erwarten würde, verneinte sie. Ich interpretierte das so, dass sie nicht von Herrn Dr. Fried konkret mehr Zeit erwartete, sondern grundsätzlich befürwortet hätte, wenn für Menschen wie sie mehr Zeit zur Verfügung stünde, auch, um über alternative Medikamente zu verhandeln.

- P: Na ja, ich mein, er hat nicht allzu viel Zeit, und wie kann er da helfen, also als er das Medikament verschrieben hat, ich mein, er hatte halt gute Erfahrungen damit, und die Situation begegnet einem so, dass man da halt hingehet und sagt, also Haldol wirkt nicht gut, man fühlt sich unwohl, und man will halt 'n anderes Mittel haben, und dann hat er halt gesagt, na, wir probieren mal Fluaxol, also er hat sich dann schon darum gekümmert, was ich gesagt habe, ne. Aber es konnte eben nicht helfen, daran ist er vielleicht nicht schuld und hat vielleicht das getan, was er kann, ich weiß auch nicht, wie viel Zeit da eben noch für den Patienten übrig bleibt, also was er vorgeschrieben bekommt, ne, was er bezahlt bekommt und so, er kann ja auch nicht aus seiner eigenen Tasche noch sich da um die Leute kümmern.

- I: Würden Sie denn erwarten, dass er das täte?
P: Nee, das würde ich nicht erwarten. (Interview mit Frau Christ, Patientin)

Während der Feldbeobachtungen war es ein auffallendes Merkmal der beforschten Praxen, dass die Wartezimmer fast immer voll und Wartezeiten bis zu einer Stunde keine Seltenheit waren (**lange Wartezeiten**). Gleichwohl habe ich nur selten erlebt, dass die Stimmung im Wartezimmer unruhig wurde. Wie Herr Schiller und Herr Sommer verdeutlichten, könnte dies an dem Bewusstsein der Patienten liegen, im Falle eigener Bedürftigkeit darauf vertrauen zu können, dass einem selbst auch die scheinbar unbegrenzte Aufmerksamkeit des Arztes zuteil werden würde.

- P: (...) was negativ ist, dass man lange warten muss in der Praxis, was positiv ist, also auch wenn man ne Stunde gewartet hat oder auch länger, dass man dann das bekommt, wofür man hingegangen ist. Das ist der Frau Luhna wichtiger, dass der Patient zufrieden ist, also während des Gesprächs, und [sie] sagt auch, „Ja, tut mir leid, dass Sie so lange warten mussten,“ aber mir geht's so, ich hab dafür Verständnis, wenn ich weiß, ich werd' nicht abgefertigt.
I: Also Sie hat dann auch Zeit für Sie in dem Fall?
P: Ja, genau. Das ist so wie'n Schneeball, oder das ist halt so, jeder, der zehn Minuten länger braucht, der kostet dem Letzten ne Stunde und so, aber muss man halt sehen, dass man vorher 'n Termin kriegt, den ersten. (Herr Schiller, Patient)

„(...) mich hat das immer damals aufgeregt, ach jetzt muss ich da wieder 'ne Stunde warten // weil beim einen Patienten dauert's länger, bei dem anderen weniger (...). Und sofort, wenn ich da bei Herrn Dr. Becker drin bin im Zimmer, dann ist es irgendwie alles wie gelöscht. Das ist einfach gut.“ (Herr Sommer, Patient)

Aus der Beobachterperspektive verkürzte sich die Anwesenheit der Patienten in den Behandlungszimmern bei extremen Wartezeiten auf 15 Minuten, während sie sonst häufig bei 20 bis 25 Minuten lag, wobei einzelne Patienten deutlich länger beim Arzt blieben. Das deutet darauf hin, dass Routineterminale verkürzt wurden, Patienten, die einen hohen Gesprächsbedarf hatten, jedoch Gelegenheit zu einer umfassenderen Betreuung erhielten. Ähnlich hatte es auch Herr Dr. Becker im Interview beschrieben.:

„Für die Lösung des Problems, weswegen der Patient gekommen, darf's keine Zeitbegrenzung geben, ja. Auch wenn der Laden voll ist, ich muss 'ne Lösung finden. Und die sieht manchmal sehr bescheiden aus, (...) das klingt jetzt auch 'n bisschen hochgestochen, aber ich mein's wirklich so, (...) das heißt eben auch, wenn 'n Patient kommt und der will eigentlich nur mal wieder nach vier, nach acht Wochen hier erzählen, wie's ihm geht, der würde an so einem Tag, wo es bei jemand anderen brennt, natürlich den Bach runtergehen. (...) für den würde keine Zeit sein, würde ich fragen: ‚Und, geht's gut? Haben Sie was aufm Herzen? Alles in Ordnung? Sorry, beim nächsten Mal haben wir mehr Zeit. Tschüss, ja.‘ Und der sagt dann, ja, schade, ich hab' aber auch weiter nix. Oder viele sind ja auch froh.“ (Herr Dr. Becker, Arzt)

Besonders bei Frau Luhna verkürzte sich ihre ansonsten auffällig hohe Präsenz im Wartezimmer in Stresssituationen. Sie unterließ es dann zunehmend, die Patienten im Wartezimmer anzusprechen bzw. Patienten an ihrem Platz abzuholen, wie unten

unter „Gesprächstechniken“ beschrieben. Statt dessen steckte sie nur noch den Kopf aus dem Behandlungszimmer und rief die Patienten knapp auf, ging dann sofort wieder ins Behandlungszimmer zurück bzw. sie lief in schnellen Schritten durch das Wartezimmer zur Anmeldung und zurück. Dies trug aus meiner Perspektive als einer im Wartezimmer sitzenden Person dazu bei, dass die besonders ruhige und entspannte Atmosphäre einer gewissen Unruhe wich.

Gleichzeitig verstehe ich unter zeitlicher Verfügbarkeit auch die **telefonische Verfügbarkeit** der Ärzte über die Sprechzeiten hinaus, wie sie besonders bei Frau Luhna gegeben war. Wenn ein Patient ihr auf den Anrufbeantworter sprach bzw. während der Sprechzeiten anrief, rief sie ihn nach Ende der Sprechzeiten zuverlässig noch am selben Tag zurück. Über Herrn Dr. Becker berichtete mir eine Patientin, dass ihre Eltern ihn während einer ihrer akuten Krisen auch am Wochenende erreicht hätten, was sie als sehr absichernd erlebte (vgl. Kapitel 6.1.3).

6.2.2.4.6 Nichtfragmentierung – umfassendes Betreuungsangebot

Die Ärzte fühlten sich auch für Themen zuständig, die nicht eigentlich im ärztlichen Aufgabenfeld lagen. Am extremsten war dies bei Frau Luhna ausgeprägt, die sich besonders in der Versorgung der Flüchtlinge, die als Patienten zu ihr kamen, engagierte (**politische Situation beeinflussen**). Sie traf sich mit dem Sozialstadtrat ihres Bezirks in der Mittagspause, um die Situation der Flüchtlinge zu besprechen, telefonierte mit Anwälten oder war kurzfristig verfügbar, wenn die Patienten Unterstützung bei der Verhinderung einer Abschiebung benötigten. Als eine Patientin sich weigerte, in eine Klinik zu gehen, versuchte sie, Betreuungseinrichtungen für sie zu finden, die jenseits der klassischen Psychiatrie lagen, zum Beispiel die Souteria. In einem anderen Fall erreichte sie durch hohes persönliches Engagement die Bewilligung einer Einzelfallhilfe für Flüchtlingsfamilien (**Betreuung organisieren**).

Aber auch die anderen Ärzte versuchten, den Patienten Zugang zu Einrichtungen jenseits der ärztlichen Praxis zu verschaffen, indem sie ihnen halfen, Kontakt zu Betreuungsangeboten für psychisch Kranke herzustellen (**Kontakt herstellen**) bzw. entsprechende Informationsbroschüren in ihren Wartezimmern auslegten. Herr Dr. Becker ermunterte z.B. die Patienten zu einer Kontaktaufnahme zu entsprechenden Freizeitangeboten und fragte häufig nach, ob denn der Patient schon da gewesen sei.

Herr Dr. Handtke machte allerdings deutlich, dass er sich zwar über die medikamentöse Behandlung hinaus engagiere, aber sein Einsatz auch Grenzen habe, an denen er auf andere Berufsgruppen vertraue (vgl. auch Kapitel 6.1.2). Allerdings war er mit dieser Einschränkung der einzige der befragten Ärzte.

Nichtfragmentierung bedeutete aber auch, dass die Ärzte sich im Gespräch mit den Patienten nicht nur interessiert zeigten an rein psychiatrischen Anliegen. Die Patienten berichteten über ihren Lebensalltag und wurden vom Arzt danach gefragt, oder, wie im Fall von Frau Klein und Herrn Dr. Becker, wurden zuerst vom Psychiater auf ihren Husten angesprochen, bevor die psychische Befindlichkeit Thema wurde.

- A: Der Husten ist aber immer noch da, ja?
P: Ja, also ich hatte ihn jetzt den ganzen Tag nicht, aber jetzt, vor ein paar Minuten, fing's an. (HUSTET) Wohl so'n trockener Husten.
A: Ah ja. Neulich in der Gruppe war's ja auch mal sehr heftig gewesen. Aber im Prinzip ist es besser geworden, ja?
P: Ja, war eigentlich schon besser, jetzt fängt das wieder an, weiß ich nicht. (HUSTET)
Am besten einreiben und Tee trinken.
A: Wie geht's Ihnen, Frau Klein?
(Arzt-Patient-Gespräch Herr Dr. Becker und Frau Klein)

Mit diesem Vorgehen signalisierten die Ärzte, dass der Patient als ganze Person interessant in dieser Behandlung ist, dass sein Lebensalltag relevant ist für die ärztliche Behandlung und auch diese nicht-psychiatrischen Themen beim Arzt auf Interesse stoßen.

Frau Viktor nannte im Interview die Bezugnahme auf „psychologische“ Themen als positiven Faktor der Behandlung bei Frau Luhna (**psycho-soziale Gesprächsthemen**). Diese Behandlung beinhalte mehr als reine Maßnahmen, sie wieder „funktionsfähig“ zu machen:

- „Na, ich denke schon, (...) dass sie von ihrer Sprechstunde her schon erst mal sehr psychologisch rangeht, (...) sie fragt ziemlich nach, also sehr tiefgründig, (...) allumfassend, (...)da ist schon mehr außer: ‚Können Sie jetzt wieder funktionieren oder nicht?‘“
(Frau Viktor, Patientin)

6.2.2.4.7 Gesprächstechniken / Umgangsformen

Der Gesprächs- und Interaktionsstil der Ärzte zeichnete sie sich durch Techniken aus, die unter dem Schlagwort „psychotherapeutische Basiskompetenzen“ zu fassen sind. Die Ärzte stellten viele **offene Fragen**, besonders zu Beginn der Behandlung. Die Ausführungen der Patienten wurden **nicht unterbrochen**, die Ärzte fielen ihnen nicht ins Wort und nahmen in ihren Antworten **Bezug auf das von den Patienten Gesagte** – entweder in Form von „Mh“s und weiterem Abwarten, um die Patienten

zu weiteren Ausführungen zu animieren, oder in Form eines „Ja?“s mit derselben Wirkung, oder dergestalt, dass die Ärzte inhaltlich Bezug auf das Gesagte nahmen, es reformulierten oder eine inhaltlich passende Frage anschlossen. Folgende Beispiele von Herrn Dr. Becker, Herrn Dr. Fried und Frau Luhna illustrieren die dargestellten Techniken.

- A: Wie geht's Ihnen, Frau Klein?
I: Na, es schwankt immer, ja. Also, es ist nicht beständig. // mal geht's besser, und mal ist' dann, sag' ich mal, das Gefühl, ich schaff's nicht. Jeden Tag denn aufs Neue wieder.
A: Hm. Jeder Tag ein kleiner Kampf. (Arzt-Patient-Gespräch Herrn Dr. Becker und Frau Klein)

Frau Luhna wartet oft ab, wenn Frau Endres, aufhört zu sprechen, sagt „mh, mh“, auch mehrmals hintereinander, ohne eine neue Frage zu stellen. Frau Endres erzählt, Frau Luhna fragt „Ja?“.

Die meiste Zeit schaut Frau Luhna Frau Endres an. Die beiden sitzen über Eck.

Frau Luhna fragt nach, wie dieses „Eingebundenein“, das die Patientin benannt hatte, genau ist. Danach entsteht eine Pause von ca. 10 Sekunden. Frau Endres sagt, sie kann das gar nicht beschreiben. Frau Luhna wartet, dann kommen doch Beschreibungen. (Beobachtungsprotokoll des Arzt-Patient-Gesprächs zwischen Frau Luhna und Frau Endres)

- A: Wie geht's Ihnen denn?
P: Also heute geht's mir irgendwie, weiß ich nicht, 'n bisschen// ich bin irgendwie gestresst.
A: Mhm. Ähm, was machen die Stimmen?
P: Die sind so gut wie, Na ja, also heute sind sie gar nicht da, die ganze Zeit irgendwie (SEUFZT) * weiß ich nicht, also ff, teilweise sind sie da, teilweise nicht, das ist je nachdem, wie ich mich halt irgendwie so fühle.
A: Mhm. Wie iss es an so Tagen wie heute, wenn Sie kein Methadon nehmen? (Arzt-Patient Gespräch Herr Dr. Fried und Herr Luis)

Dennoch konnte ich bei einer genaueren Analyse feststellen, dass die Gespräche, die mich zunächst sehr stark an psychotherapeutische Gespräche erinnerten, in ihrer Form von diesen abwichen. Die Ärzte stellten zwar zu Beginn der Behandlung offene Fragen, diese wurden aber im Verlauf von geschlossenen Fragen bzw. Kommentaren und Feststellungen der Ärzte ersetzt. Die Patienten schienen damit nicht unzufrieden zu sein und genau diese Gesprächsform zu erwarten. Frau Frisch beschreibt stellvertretend für einige der befragten Patienten, dass sie unterscheidet zwischen einem Gespräch mit ihrer Psychotherapeutin und dem mit ihrer Psychiaterin. Entsprechend unterschiedlich seien ihre Erwartungen an Gesprächsform und -inhalte:

- I: Besprechen Sie eigentlich die gleichen Sachen mit der Ärztin, oder
P: Nee. Das ist ganz klar, also auf der anderen Seite, ja, das muss man auch 'n bisschen auseinanderhalten, klar. (...) was in der Therapie besprochen wird, das ist natürlich viel, viel mehr und sind ganz andere Sachen (...) ich würde das vielleicht so beschreiben, in der Therapie muss ich mich viel stärker auseinandersetzen, also das ist ne ganz andere Form. (Frau Frisch, Patientin)

Herr Sommer beschrieb sehr treffend den typischen Ablauf der Termine bei Herrn Dr. Becker, wie er auch auf die anderen beforschten Ärzte übertragbar ist.

„Gut also das Erste ist, klar, wie’s mir geht. So. Und eigentlich, also ich bin nie lange drin. Ja, ich meine, wenn ich’n Anliegen habe, kann ich so lange drin bleiben, wie ich will, also der hört immer zu. Bloß, er fragt mich auch, was ich für’n Anliegen habe. Hab ich überhaupt ’n Anliegen, wie geht’s mir, und so weiter. Erzählen Sie, was haben Sie denn so mal gemacht in der letzten Zeit, oder haben Sie irgend ein Problem auf Arbeit und so weiter. Er spricht halt so die wichtigsten Sachen an, und eigentlich ist es immer so, dass ich nur sagen kann: ‚Es ist okay, gut‘, und wenn mich irgendwas stutzig macht und so weiter, wenn mir irgendwas eingefallen ist, dann frag’ ich ihn, und er gibt eigentlich auch meistens immer denn die Antwort, die ich denn auch brauche. Die mir denn auch weiterhilft.“ (Herr Sommer, Patient)

Die Ärzte wahrten im Umgang mit den Patienten **natürliche und respektvolle Umgangsformen**. Sie holten die Patienten an der Wartezimmertür ab, gaben ihnen zur Begrüßung und Verabschiedung die Hand, sahen sie dabei an und sprachen sie mit ihrem Namen an. Besonders bei Frau Luhna fiel mir auf, dass sie oft in das Wartezimmer ging, sich vor die Patienten stellte, sie begrüßte und dann mit in ihr Sprechzimmer nahm, was, von außen betrachtet, sehr einladend wirkte. Häufig begrüßte sie auch Patienten, die noch nicht dran waren, die sie aber schon im Wartezimmer bemerkte, mit einem Lächeln oder einem „Hallo, Frau X!“. Besonders bemerkenswert war eine Situation, als sie einen Patienten, der bereits eine Weile wartete, von sich aus ansprach und sagte „Ich weiß, Herr Schmitt, Sie sind schon eine Weile da, aber jetzt ist erst noch Frau Hellweg dran, dann Sie!“. Damit signalisierte sie hohe Aufmerksamkeit für die Patienten und reduzierte vermutlich deren Unmut über lange Wartezeiten.

Die beforschten Ärzte setzten sich zum Gespräch mit den Patienten an einen Tisch und hielten während des Gesprächs Blickkontakt. Herr Dr. Becker lehnte sich meist in seinem Sessel zurück, verschränkte die Arme vor dem Körper und signalisierte damit seine Bereitschaft zuzuhören. Frau Luhna schrieb teilweise während der Behandlungsgespräche mit, schaute dabei aber immer wieder auf, hielt inne und wartete auf weitere Ausführungen der Patienten. So signalisierte ihr Mitschreiben eher Interesse als dass es als Gesprächshemmer wirkte. Herr Dr. Fried legte häufig seine Unterarme entspannt auf den Tisch vor sich und deutete auf diese Weise seine Bereitschaft zum Zuhören an.

Die Computer standen seitlich versetzt (siehe Kapitel 6.1.3) und die Ärzte schauten während des Gespräches immer nur kurz hinein, wenn es beispielsweise um die aktuelle Dosis der Medikamente ging.

Die Patienten hatten bei allen Ärzten sowohl die Möglichkeit, sich über Eck mit dem Arzt zu setzen, als auch die, auf der anderen Seite des Schreibtisches, gegenüber dem Arzt Platz zu nehmen.

Bei Herrn Dr. Fried und Frau Luhna habe ich nie miterlebt, dass Telefonate durchgestellt wurden, während Patienten anwesend waren. Auch bei Herrn Dr. Becker habe ich keine derartigen Erfahrungen gemacht, dennoch berichtete Frau Klein, dass sie dies bei ihm schon erlebt und als sehr störend empfunden habe (erstes Zitat).

Bei Herrn Dr. Handtke habe ich konkret miterlebt, wie Telefonate durchgestellt wurden, während Herr Kiri gerade zum Gespräch ansetzte. Ich habe das als sehr störend erlebt, vor allem, als ein zweites Mal das Telefon klingelte und Herr Kiri erneut unterbrochen wurde. Er benötigte ein Attest von seinem Arzt, das ihn beim Erhalt des Mietvertrages unterstützen sollte. Da Herr Kiri immer wieder von seinem Anliegen abgebracht wurde, stellte er die Forderung nach dem Attest erst zum Ende des Gespräches und auch erst nach Aufforderung des Arztes. Da der Arzt dann keine Zeit mehr hatte, stellte dieser ihm das Attest in dieser Sitzung nicht mehr aus (zweites Zitat).

„Naja, und er hat dann auch oft telefoniert. Ich meine, dann kamen denn auch mal Telefonate zwischendurch, wenn ich drin war, er hat mich auch zwei- dreimal rausgeschickt, weil es eben ein bisschen sehr privat wohl war. Gerade als ich drin war. Und das hat mich 'n bisschen immer irritiert. Weil ich fand, dass man als Arzt dann sagen muss: ‚Ich will jetzt nicht gestört werden.‘ Fänd' ich besser, aber ich wollt's ihm nicht sagen, ich meine, er ist der Arzt. Da kann ich nicht sagen, mir gefällt das nicht! Ja? Oder manchmal hat er auch 'ne Weile dann gesprochen, per Telefon. Denn hatte ich eben nur noch drei bis fünf Minuten Zeit mit ihm, weil er denn in der Zeit denn 'n langes Telefonat hatte.“ (Frau Klein, Patientin)

P: Ja. Es gibt ziemlich viel zu berichten

A: Ja?

P: Also, die ganze Zeit hatte ich eigentlich keine Schwierigkeiten, mir ging's ganz gut /A: Mhmh/ *Telefon klingelt*. Ich hab jetzt /A: Mhmh, *geht ans Telefon*/

(A *telefoniert*: Ja? (*4) Ja, doch, wir wollten Blut abnehmen, mh, hat sie jetzt draußen, mh, das wusste sie schon. Das Blutbild wollt ich haben von ihr, ja? Ja, ok.)

A: Mh?

P: Ich hab eine Fortbildungsmaßnahme begonnen /A: Ja?/, und zwar als Softwareentwickler (Aha?). Die beginnt jetzt am 15.1. /A: Die geht jetzt bald los?/ Die geht nächste Woche (...)

A: (...) Wann sind Sie denn beim Sozialamt?

P: Ich geh heute hin, um 16 Uhr.

A: 16 Uhr. Wenn die dort arg Probleme haben, oder wenn die, sagen wir mal, Ihnen n fachärztliches Attest helfen könnte, oder sonstwie, dass man mal auch mit Blick auf die Stabilisierung Ihrer gesundheitlichen Situation das wichtig ist /P:Ja/, die haben ja auch beliebig freien Spielraum, die können, die müssen manchmal nicht, aber dass Sie, sagen wir mal, mit dem unterstützenden Attest von meiner Seite aus noch, dass auch Ihre weitere Stabilisierung nicht gefährdet ist /P:Ja/, dass es wirklich wichtig ist, in Ihrer Wohnung zu verbleiben /P:Ja/. Das müssen Sie aber vielleicht fragen. Ich mach das schon, aber nicht unnötig, ob das unterstützend Sinn macht, ja?

- P: Also, der Rechtsanwalt hat zu uns gesagt, wir sollten so ne Bescheinigung bekommen.
/P:Ja/ Das wär von Vorteil.
- A: Sie sollten das bekommen #Von wem?#
- P #Ja, hat der Rechtsanwalt gesagt.#
- A: Von wem?
- P: Der Rechtsanwalt vom Mieterverein.
- A: Ja, ja. Von wem sollten Sie das bekommen?
- P: Vom behandelnden Arzt.
- A: Dann müssen Sie mir das ja sagen, ne!
- P: Ja, das wollt ich sagen #Arzt lacht dabei#
- A: Bitte?
- P: Das hätt ich auch getan!
- A: Das hätten Sie noch gemacht! Ich bin bloß jetzt, im Moment, zeitknapp. Ich muss gleich auch los. Ich kann das jetzt nicht mitgeben, das Attest (...)
- (Arzt-Patient-Gespräch Herr Dr. Becker und Herr Kiri)

6.2.3 Flexible Verantwortungsübernahme und stellvertretende Entscheidungen

Diese Kategorien beschreiben das zentrale Ergebnis der Untersuchung im Hinblick auf die Frage, wie die befragte Patientengruppe an Entscheidungen bezüglich ihrer Behandlung beteiligt wird.

Unter einer **flexiblen Verantwortungsübernahme** verstehe ich ein Verhalten der Ärzte, das sich in Abhängigkeit vom Zustand des Patienten ändert: Je nachdem, wie hilfsbedürftig die Ärzte die Patienten einschätzen, übernehmen sie mehr oder weniger die Verantwortung und den Einfluss bei Behandlungsentscheidungen. Ebenso, wie sie die Verantwortung in Krisenzeiten übernehmen, geben sie sie in krisenfreien Zeiten wieder zurück. Sie verharren also nicht in einer Sichtweise, die die Patienten als potenziell immer gefährdet und zu labil für die eigenständige Gestaltung ihres Alltags ansieht, sondern unterstellen ihnen die Kompetenz zur Entscheidungsbeteiligung immer wieder aufs Neue (vgl. Abbildung 17) .

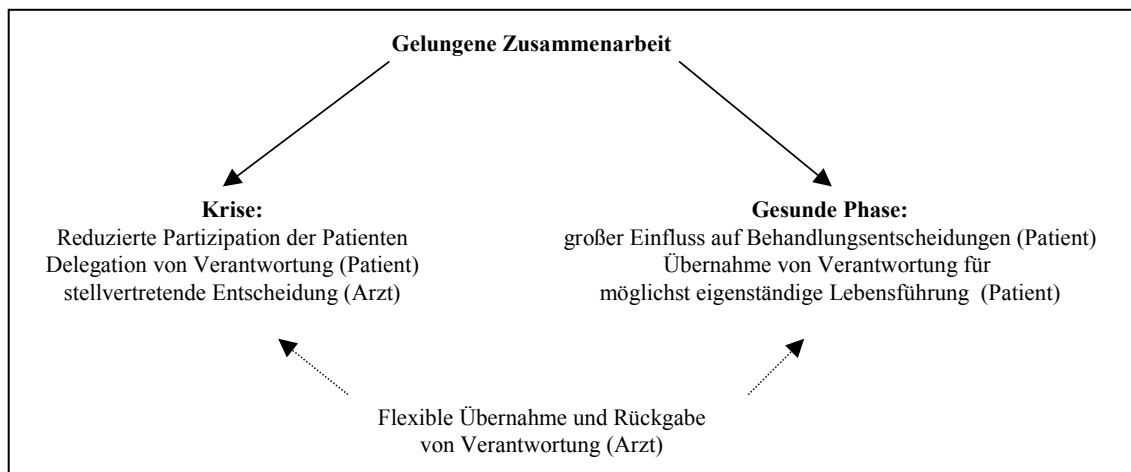


Abbildung 17: Gelungene Zusammenarbeit in Krisenzeiten und in gesunden Phasen

Wenn die Patienten aus der Sicht der Ärzte nicht in der Lage waren, Entscheidungen sinnvoll zu treffen und für sich selbst zu sorgen, änderte sich die Zusammenarbeit, wie sie in krisenfreien Zeiten funktionierte und zu großen Teilen eine Entscheidungsfreiheit der Patienten gewährleistete, und war deutlich weniger geprägt von partizipativen Aspekten. Dennoch bezeichneten die befragten Patientinnen und Patienten die Beziehung zum Arzt bzw. zur Ärztin als kooperativ. Die Patienten berichteten von Situationen, die nicht meinem durch die eingangs geschilderten Modelle der Arzt-Patient-Zusammenarbeit beeinflussten Bild einer partizipativen Behandlung entsprachen und betonten dennoch, wie gelungen, vertrauensvoll und patientenorientiert die Behandlung sei. Hintergrund dafür war die wiederholte Erfahrung der Patienten, zeitweise nicht in der Lage gewesen zu sein, für sich selbst zu sorgen. Sowohl die Ärzte als auch die Patienten sahen die Ärzte in der Verantwortung, in Krisenzeiten die Behandlungsentscheidungen maßgeblich zu treffen – einige Patienten schränkten dies ein auf das Vorliegen einer akuten Eigen- oder Fremdgefährdung. Die Patienten nahmen dann eine **zeitweise Delegation der Verantwortung** an die Ärzte vor.

- I: Das heißt, wenn ich Sie richtig verstehe, gibt es keine Situation, wo der Arzt gegen Ihren Willen etwas entscheiden sollte, also wo Herr Dr. Becker etwas gegen Ihren Willen entscheiden sollte. Oder gibt's Situationen, wo Sie meinen: „Da ist es besser, wenn er das entscheidet, auch wenn ich anderer Meinung bin“?
- P: Also wenn der Herr Dr. Becker um sein Leben bangen müsste, wenn ich da in die Praxis komme und im Psychoseschub Kraft habe wie 'n Titan oder so, da sollte der Herr Dr. Becker sicherlich für sich selbst sorgen, dass er nicht zu Schaden kommt. Aber solange keine Selbst- oder Fremdgefährdung vorliegt, find' ich schon, dass er meine Entscheidung akzeptieren sollte.
- I: Mhm. Und tut er das in allen Fällen? Bisher?
- P: Zumindest hab' ich bisher noch nichts Anderes wahrgenommen. (Frau Maus, Patientin)

„(...) ich hatte da schon bei Frau Luhna das Gefühl, da ist jemand, der versteht mich und der hat auch 'n gewissen Pragmatismus. Der vonnöten ist, um auch sozusagen jemanden gelegentlich auch zurückzuholen. Manchmal (...) sitzt man ja auch in der Sackgasse und kommt überhaupt nicht// also blockiert, und wenn dann jemand das doch zurückholt (...) es gibt ja in dieser Welt ziemlich viel Verantwortungslosigkeit (...) es gibt ja viele Leute, die denken, es ist alles beliebig, was man so tut. Und die Erfahrung, dass ich da [bei Frau Luhna] auf Verantwortung gestoßen bin, und auch das Gefühl hatte, dass da jemand wirklich verantwortlich handelt, mit jemandem, der schon in 'nem Zustand ist, wo man sagt, ja, das ist eigentlich schon jenseits. Und dieses Gefühl, da in so einer Situation, wo man dann ja selber kaum noch reagieren kann, dann einfach ernst genommen zu werden, und gekoppelt mit so einer Verantwortung (...).“ (Frau Frisch, Patientin)

I: Mhm. Mhm. Gibt's irgendeinen Zustand, in den Sie kommen könnten, wo Sie sagen würden, da wär's okay, wenn sie irgendwas über mich hinweg, also für mich entscheidet?

P: Na nur der, wenn ich nicht mehr Herr meiner Sinne bin. Also wenn ich in der Praxis bin und sie merkt, hoppla, der entgleitet mir hier oder so. (Herr Schiller, Patient)

Die Ärzte, die im günstigen Falle über einen längeren Zeitraum gemeinsame Erfahrungen mit diesen Patienten beim Bewältigen psychotischer Krisen gesammelt hatten, konnten aufbauend auf diesem Erfahrungswissen stellvertretende Entscheidungen für die weitere Behandlung treffen. Entscheidend war, dass die Patienten diese Entscheidung rückwirkend als in ihrem Sinne bewerteten.

„So schwierig, wie das war, finde ich's im Nachhinein immer noch ne gute Entscheidung, dass ich das sozusagen am Ende frei gewählt hab. Also dass ich sozu// also ich hätte niemals mich eingelassen (...) auf ne Zwangseinweisung auf irgendwas, ich wollte das selber entscheiden, (...) ich hätte das nicht überlebt, wenn da irgend'n Zwang von außen gewesen wäre, also dann wäre das zu Ende gewesen, und das hat Frau Luhna, und das hat die Therapeutin schon ganz gut abgeschätzt, und ich bin auch ganz froh darüber, dass es so gelaufen ist.“

(Frau Frisch, Patientin)

Wie der Prozess dieser stellvertretenden Entscheidung genau stattfand, ließ sich anhand von Beschreibungen der Ärzte und Patienten rekonstruieren. Persönlich miterlebt habe ich keine derartige Situation.

Einige Bestimmungsstücke fanden sich in den Beschreibungen aller Ärzte wieder. Der **eindringliche Appell**, der Behandlungsmethode ärztlicher Wahl zuzustimmen, auch unter **Verweis auf ärztliche Fachkompetenz und Autorität** war ein zentrales Mittel der Überzeugungsversuche der Ärzte. Dabei hoben die Ärzte die **negativen Konsequenzen** des Handelns der Patienten hervor, würden sie nicht dem ärztlichen Behandlungsvorschlag folgen. Gleichzeitig stellten sie die **positiven Konsequenzen des ärztlichen Behandlungsvorschlags** in den Vordergrund – in Psychosen eine Entspannung, Entlastung von den Symptomen, eine bessere Versorgung in der Klinik. Dabei **appellierte** der Arzt **an die Eigenverantwortung des Patienten** und gab ihm ausreichend **Zeit**, diesen Entscheidungsschritt mitzutragen.

Wichtig ist, dass in den ärztlichen Behandlungsvorschlägen offenbar die Vorlieben oder Abneigungen der Patienten bereits berücksichtigt waren.

Besonders bei Frau Luhna fiel auf, dass sie auch ihre eigenen Sorgen und Ängste gegenüber dem Patienten verdeutlichte, also zum Beispiel sagte, sie mache sich jetzt Sorgen um den Patienten – ähnliches fand sich auch bei Herrn Dr. Becker. Damit brachten sich die Ärzte selbst ins Spiel, handelten also nicht wie ein Teil einer Maschinerie, die in Gang gekommen war, weil der Patient psychotische Verhaltensweisen zeigte, und von diesem nicht mehr zu beeinflussen war, sondern waren für den Patienten als Menschen sichtbar und greifbar. Das persönliche Engagement, die **persönliche Haftung** der Ärzte für ihr eigenes Handeln und nicht der Rückzug auf allgemeine Verfahrensweisen und Regeln waren es, was den Patienten gut gefiel. Sie erlebten, dass die Ärzte sich für sie persönlich verantwortlich fühlten, und das machte es ihnen leichter, sich auf deren Behandlungsangebote einzulassen.

Interessant war, dass zwar in Fällen akuter Krisen die Mitbestimmungsmöglichkeiten der Patienten real abnahmen, für einige Patienten die Illusion der völligen Wahlfreiheit aber dennoch erhalten blieb. Ein Beispiel ist die eben zitierte Frau Frisch. In der Formulierung „ich hätte niemals mich eingelassen auf 'ne Zwangseinweisung“ steckt ein Widerspruch, denn es ist ein wesentliches Merkmal der Zwangseinweisung, dass die Patientin nicht einwilligt, sondern zwangsweise in eine Klinik gebracht wird. Aber offenbar ist es Frau Luhna gelungen, in einer Situation, in der aus ihrer Sicht keine Wahlfreiheit mehr gegeben war – denn Frau Frisch hatte deutlich gemacht, dass sie sich sorgt, sie könne sich suizidieren – einen scheinbaren Entscheidungsspielraum zu schaffen, in dem die Patientin den Eindruck hatte, sie könne die Entscheidung mittreffen. Ziemlich sicher hätte Frau Luhna sie auch in eine Klinik bringen lassen, wenn sie nicht eingewilligt hätte, aber diese Option ist offenbar nicht zur Sprache gekommen. Aufgrund der Beschreibungen der Patienten über das Erleben ihrer Psychose liegt die Vermutung nahe, dass der kleine Entscheidungsspielraum, den die Ärzte ihnen zugestanden, ihren Fähigkeiten zu diesem Zeitpunkt entsprach. So traf auch der Patient, über den Frau Luhna im Interview berichtete, nicht die „große“ Entscheidung, ob er in die Klinik gehen wolle oder nicht, sondern die „kleinere“, dass er es zumindest ohne Einschalten der Polizei tun wollte. Da er geäußert hatte, dass er seine Nachbarn umbringen möchte und Frau Luhna diese Äußerung sehr ernst genommen hatte, bestand für ihn nicht mehr die

Option, die Praxis zu verlassen, was Frau Luhna ihm deutlich machte. Interessant ist, dass der Patient sich im Nachhinein von der Richtigkeit dieser Intervention überzeugt zeigte, ihre Haltung und ihr Handeln zumindest rückwirkend also nicht als negativ einschränkend bewertete.

„Und ich hatte ihm vorher gesagt: ‚Wenn Sie nicht freiwillig gehen, ich hol auch die Bullen, ich würde das gerne Ihnen und mir ersparen,‘ also ich red auch so mit dem, ja? (...) wirklich 'n total sympathischer junger Mann, ja? ‚Ich hol auch die Bullen, ich würd' das gerne Ihnen und mir ersparen, aber ich nehme Sie absolut ernst in dem, was Sie sagen, und das geht jetzt nicht anders.‘ (...) Und dann hatte ich nach zehn Tagen 'n Anruf auf Anrufbeantworter: ‚Ja, die sagen jetzt hier, ich kann da nächste Woche wieder raus, ich wollt' nur sagen, ich komm dann wieder zu dem Termin an dem und dem‘ ja? Und das war wirklich eher im Sinne von einer Krisenintervention, er hatte wieder schlafen können, er war entlastet, sagte: ‚Ich weiß auch nicht, was ich da gehabt hab, kann das alles Einbildung sein? Ich hab das doch gemerkt, die ganze Seite war verbrannt von diesem Laser, diese Schweine, aber mir ging's sofort gut, als ich in der Klinik war, und ich konnte wieder schlafen, und das war ja für mich das Allerwichtigste.‘“ (Interview mit Frau Luhna)

Dass die Patienten die Behandlung trotz der zeitweise wenig partizipativen Krisenintervention als partizipativ erlebten, hatte vor allem etwas damit zu tun, dass sie die *gesamte* Behandlung bewerteten, sich also auch und gerade auf die krisenfreien Zeiten bezogen. Hier war entscheidend, dass sie Einfluss auf Behandlungsentscheidungen, zum Beispiel über die Medikation, nehmen konnten. Das Gefühl der eigenen Hilfsbedürftigkeit in psychotischen Krisen und die Erleichterung durch die Auswirkungen der Krisenintervention trug dazu bei, dass sie die Tatsache, dass der Arzt zu großem Maße die Entscheidung traf, eher als dessen Bereitschaft zur Verantwortungsübernahme interpretierten denn als Versuch der Bevormundung. Offenbar erweckten die Ärzte bei den Patienten den Eindruck, in ihrem Sinne handeln zu wollen, auch, wenn dabei ebenso ihr gesellschaftlicher und ärztlicher Auftrag, ihnen ggf. auch Hilfe gegen ihren Willen zukommen zu lassen, Berücksichtigung fand. An Frau Luhnas Schilderung wird deutlich, dass ihr Versuch, Verständnis für ihr Vorgehen beim Patienten zu erwecken, Erfolg hat. Sie macht die Handlungsoptionen, die sie noch sieht, transparent – der Patient willigt ein und geht in die Klinik bzw. er willigt nicht ein und sie schaltet die Polizei ein, um ihn in die Klinik bringen zu lassen. Aber dadurch, dass sie statt „Polizei“ das Wort „Bullen“ benutzt und sagt, dass sie deren Anwesenheit sich und ihm ersparen möchte, schafft sie eine Distanz zu dieser Vorgehensweise, kennzeichnet sie auch für sich als allerletzte und ungeliebte Option.

Auch Frau Frisch hat im Interview ihren Eindruck beschrieben, Frau Luhna habe abgewartet, bis die Patientin eingewilligt hat, bevor sie sie in die Klinik eingewiesen hätte. Vielleicht liegt dieser Eindruck der Entscheidungsbeteiligung nicht so fern:

Die Ärzte haben in den Interviews ihren Widerwillen gegen Entscheidungen, die die Patienten nicht mittragen, deutlich gemacht (vgl. Kapitel 6.1.2). Alle wollten nur im Notfall solche Maßnahmen ergreifen. Vielleicht war für die Patienten spürbar, dass die Ärzte zwangsweise Unterbringungen aus tiefer Überzeugung versuchten zu umgehen bzw. dass sie immer auf eine Einwilligung der Patienten hofften. Denn auch die beforschten Ärzte hatten ein durchaus kritisches Verhältnis zur Klinikpsychiatrie – ebenso wie viele ihrer Patienten.

6.3 Zusammenführung der Ergebnisse zu einer gegenstands begründeten Theorie

Am Beginn dieser Arbeit habe ich den Anspruch formuliert, Aussagen darüber zu machen, wie Partizipation von psychoserefahrenen Patienten in der ambulanten psychiatrischen Behandlung realisiert werden kann. Ich werde deshalb im folgenden Ansatzpunkte für eine entsprechende Theorie aufzeigen. Diese soll im praktischen Feld anwendbar und auf die Praxis übertragbar sein (vgl. Glaser & Strauss, 1974).

Das in Abbildung 18 dargestellte Modell lehnt sich an das von Strauss & Corbin (1996) vorgeschlagene Konzept an, obwohl die dort implizierte Linearität nur eingeschränkt geeignet ist, um die Komplexität der untersuchten Arzt-Patient-Interaktion abzubilden. Dieses Vorgehen birgt dennoch die Möglichkeit, die bis zu dieser Stelle eingeführten Kategorien in einen dynamischen Zusammenhang zu bringen und in ihrer Wirkweise anschaulich darzustellen.

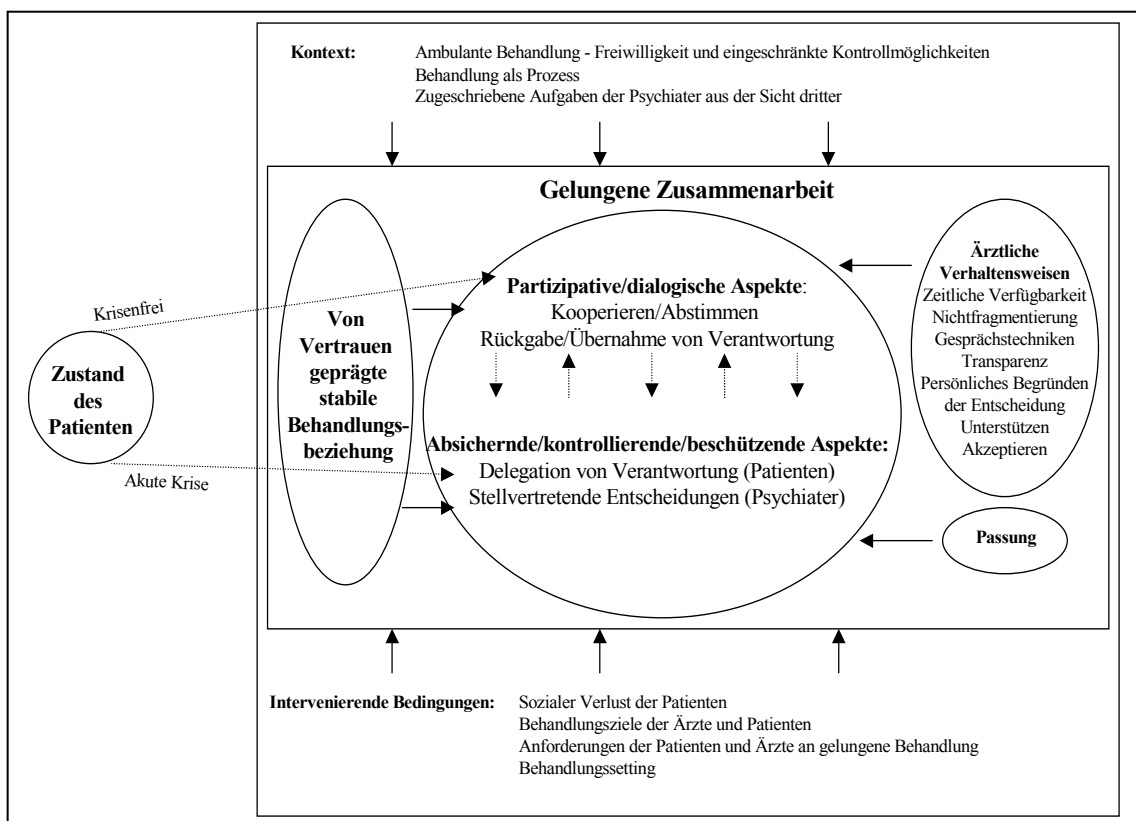


Abbildung 18: Gelungene Zusammenarbeit – Zusammenführung der Ergebnisse zu einer gegenstands begründeten Theorie.

Gelungene Zusammenarbeit zeichnet sich durch das Vorliegen einer vertrauensvollen, stabilen Behandlungsbeziehung und durch einen flexiblen Wechsel zwischen partizipativen und kontrollierenden Aspekten aus. Ausschlaggebend ist der Zustand des Patienten. Sie zeigt sich in bestimmten ärztlichen Verhaltensweisen, die die Partizipation und den Beziehungsaufbau unterstützen sowie in der Passung zwischen Arzt und Patient. Diese Zusammenarbeit wird beeinflusst durch den allgemeinen Kontext der ambulanten Behandlung mit seinen Freiheitsgraden für Patienten und den eingeschränkten Kontrollmöglichkeiten für die Ärzte, durch die Tatsache, dass die ärztliche Behandlung als Prozess zu verstehen ist und durch zugeschriebene Aufgaben Dritter an die Psychiater. Konkret beeinflussen zusätzlich intervenierende Bedingungen wie der soziale Verlust der Patienten, die Behandlungsziele der Ärzte und Patienten, die Vorstellungen beider von einer gelungenen Zusammenarbeit, die gegenseitigen Rollenzuschreibungen und das Behandlungssetting der Praxen die Interaktion.

Im einzelnen lassen sich folgende Aussagen über die gelungene Arzt-Patient-Zusammenarbeit unter dem Blickwinkel ermöglichter Patientenpartizipation machen:

1. Die Partizipation der Patienten an Behandlungsentscheidungen, ihr Wunsch und ihre Fähigkeit dazu variiert in Abhängigkeit von ihrem Gesundheitszustand.
2. In der gelungenen Zusammenarbeit reagieren die Ärzte auf die wechselnden Bedürfnisse und Fähigkeiten der Patienten mit einer flexiblen Verantwortungsübernahme und stellvertretenden Entscheidungen in Krisensituationen.
3. Voraussetzung für das Gelingen der Zusammenarbeit und besonders der stellvertretenden Entscheidungen ist eine von Vertrauen geprägte, möglichst langfristige und stabile Behandlungsbeziehung. Sie trägt dazu bei, dass Konflikte ausgetragen werden können, ohne dass die Patienten die Behandlung abbrechen, dass die Ärzte die Patientenpräferenzen kennen und in ihren stellvertretenden Entscheidungen im Krisenfall berücksichtigen können. Sie gibt zusätzlich dem Arzt die Chance, den Zustand des Patienten besser einzuschätzen, seine Hilfsbedürftigkeit adäquat wahrzunehmen bzw. nicht zu früh zu intervenieren. Damit wächst die Chance, dass die Patienten die Ärzte in Anspruch nehmen.

4. Besonders von Seiten der Patienten sind persönliche Passung und Sympathie für den Arzt wichtige Voraussetzungen für das Gelingen der Zusammenarbeit. Sie suchen den Arzt aktiv aus und nutzen die Möglichkeit des Behandlungsabbruchs.
5. Korrespondierende Einschätzungen der Psychiater von der Fähigkeit der Patienten zur Eigenständigkeit einerseits und das Ausmaß der Inanspruchnahme des Arztes durch den Patienten andererseits befördern das Gelingen der Zusammenarbeit.
6. Die Rollenzuschreibungen und Erwartungen der Ärzte und Patienten aneinander sollten vereinbar sein.
7. Die Ärzte tragen mit ihrem Verhalten maßgeblich dazu bei, dass Partizipation der Patienten gelingt. Darin sind sowohl dialogische, auf Partnerschaftlichkeit ausgerichtete Handlungen als auch kontrollierende, fürsorgliche und absichernde Aspekte enthalten.
8. Zentrale Voraussetzung dafür, dass die Patienten die Handlungen der Ärzte nicht als negativ einschränkend sondern als absichernd erleben, sind neben der individuellen Abgestimmtheit der Intervention auf die Patienten die Transparenz der Motive ärztlichen Handelns und die persönliche „Haftbarkeit“ des Arztes für sein Vorgehen. Das persönliche Begründen der Entscheidungen durch den Arzt in Krisensituationen, d.h. das Nichtzurückziehen allein auf die Expertenrolle, ist hier besonders wichtig.
9. Da die Patienten aus einer Prozessperspektive die Zusammenarbeit mit dem Arzt bewerten, ist es erklärbar, dass sie trotz einschränkender Handlungen der Ärzte in Krisenzeiten die Behandlung als partizipativ oder „kooperativ“ bewerten. Eine gelungene Behandlung gibt den Patienten aus ihrer Sicht die Freiheit, Einfluss zu nehmen, wenn sie es können und sichert sie durch das Bewusstsein ab, dass der Arzt die Verantwortung übernimmt, wenn sie es nicht können bzw. sie zurückhaltend beobachtet.
10. Die Zusammenarbeit zwischen Arzt und Patient wird beeinflusst von Kontextfaktoren.

Zu nennen sind hier besonders:

- die wechselnden Zustände der Patienten mit der daraus resultierenden unterschiedlichen Fähigkeit zur

- Entscheidungsbeteiligung und variierenden Ansprüchen an die Zusammenarbeit mit dem Arzt,
- die soziale Situation und die Vorerfahrungen der Patienten, ihre daraus resultierenden Erwartungen an eine gute Zusammenarbeit mit dem Arzt sowie ihre Ziele in der Behandlung,
 - Erfahrungen der Ärzte, ihre Motive für das Handeln, ihre Ziele in der Behandlung und Erwartungen an die Patienten,
 - das Behandlungssetting und hier vor allem die Arbeit der Sprechstundenhilfen und die Art, wie sie Abläufe in den Praxen gestalten und diese auf die Bedürfnisse der Patienten abstimmen,
 - allgemeine Kontextfaktoren wie die ambulante Behandlungssituation mit ihren erhöhten Freiheitsgraden für die Patienten im Vergleich zum stationären Setting, die Erwartungen Dritter an die Ärzte, die mit den Behandlungsaufträgen der Patienten kollidieren können.

Anhand der Rolle der Kategorie „Passung“ wird die Begrenztheit des Modells bei der Abbildung der komplexen Datenrealität besonders deutlich:

Passung kann sowohl als *Ausdruck* einer gelungenen Behandlung gesehen werden als auch als *Resultat* einer gelungenen Zusammenarbeit (je gelungener die Zusammenarbeit, desto mehr nähern sich die Sichtweisen von Arzt und Patient einander an - dieses Ziel haben die Ärzte formuliert), und schließlich als *intervenierende Bedingung* für das Gelingen der Zusammenarbeit (je besser die Passung ist, desto eher wird die Zusammenarbeit gelingen). Ich habe mich, wie Abbildung 18 zeigt, für die erste beschriebene Sichtweise entschieden und verstehe somit Passung als Ausdruck der beschriebenen Zusammenarbeit. Gleichwohl erscheinen mir beide anderen Möglichkeiten ebenso plausibel und in den Daten begründbar.