

8 Diskussion der Ergebnisse

Ich werde im folgenden Kapitel die Ergebnisse dieser Studie zum einen aus einer methodischen Perspektive diskutieren und sie zum anderen in Abgrenzung zu einschlägigen Forschungsbefunden in ihrer Relevanz verdeutlichen.

8.1 Methodische Diskussion der Ergebnisse

Die dieser Arbeit zugrunde gelegten normativen Modelle zur Patientenbeteiligung erwiesen sich in der Praxis als schwer anwendbar, vor allem wegen des Problems der Festlegung, ab wann eine Interaktion als partizipativ gewertet werden kann. Ich bin deshalb im Verlauf des Forschungsprozesses dazu übergegangen, nicht die beobachteten Arzt-Patient-Gespräche zur Hauptgrundlage der Analyse zu machen und diese anhand von aus der Forschungsliteratur begründeten Kriterien als partizipativ oder nicht partizipativ zu bewerten. Statt dessen habe ich vor allem die Bewertungen der Patienten als Ausgangspunkt meiner Interpretationen genutzt, da ich deren Kriterien für entscheidender für das Gelingen der Arzt-Patient-Zusammenarbeit hielt als meine theoretisch begründeten Maßstäbe (vgl. auch Williams, Coyle & Healy, 1998).

Anders als in vielen Studien zur geteilten Entscheidungsfindung habe ich mich somit nicht nur auf meine Wahrnehmung und normativen Vorgaben in der Interpretation der Daten verlassen, sondern die Wahrnehmung meiner Interviewpartner maßgeblich einbezogen. Widersprüche, die sich zwischen den Wahrnehmungen der Patienten und meinen Sichtweisen ergaben, habe ich in der Darstellung der Ergebnisse deutlich gemacht. Es wäre möglich, die Ansicht zu vertreten, dass manche Patienten nicht wüssten, was Partizipation wirklich sei und dass sie sich deshalb mit zu wenig Einflussnahme im Kontakt mit Professionellen zufrieden geben. Dieser Sichtweise möchte ich mich nicht anschließen. Neben der Tatsache, dass sie meines Erachtens die Patienten entmündigt, konnte ich sie auch im Kontakt mit den Patienten nicht bestätigt finden: Viele von ihnen erschienen mir sehr autonom und hatten konkrete Vorstellungen davon, wie Patientenbeteiligung in der Behandlung aussehen kann.

Indem ich die Sichtweisen der Beteiligten, ihre Präferenzen, Werthaltungen und Ziele berücksichtigt habe, konnte ich die Faktoren, die Entscheidungen in der ärztlichen Behandlung beeinflussen, erschöpfender erfassen als durch reine Beobachtung. Gleichzeitig ermöglichte mir dieses Vorgehen eine prozessorientierte

Sichtweise. Da ich aus forschungspraktischen Gründen die Patienten nicht über Jahre hinweg bei ihren Erfahrungen beim Bewältigen der Krankheit begleiten konnte, war es mir durch die Interviews wenigstens möglich, die subjektiven Konstruktionen ihrer Krankheits- und Lebensgeschichte zu erfahren, zu dokumentieren und in die Analyse einzubeziehen.

Meine Forschungstätigkeit verdeutlicht, dass es zumindest für diese Patientengruppe nicht ausreicht, einzelne Gesprächssequenzen als einzige Grundlage für die Analyse im Hinblick auf ermöglichte Patientenpartizipation zu nutzen, wie es zahlreiche Studien zu diesem Thema tun (vgl. Beisecker & Beisecker, 1990; Mead & Bower, 2000; van den Brink-Muinen, Verhaak, Bensing, Bahrs, Deveugle, Gask, Leiva, Mead, Messerli, Oppizzi, Peltenburg & Perez, 2000 in der sog. Eurocommunication Study; Verhaak, Kraaimaat, Staps. & van Daal, 2000). Die kontinuierliche Behandlung von Menschen mit chronischen Psychosen erfordert einen anderen Entscheidungsmodus als z.B. die einmalige Einwilligung zu einer Operation. Denn wie die vorliegenden Ergebnisse zeigen, drückt sich Partizipation auch darin aus, dass Konflikte sich über mehrere Sitzungen erstrecken oder vertretene Positionen in der folgenden Zusammenkunft modifiziert oder revidiert werden, sowohl von den Ärzten als auch von den Patienten. Es geht also um einen Prozess des Aushandelns, in dem Behandlungsentscheidungen nach meinen Beobachtungen häufig in mehreren Schritten und auch außerhalb der Praxis getroffen werden.

Die Gesprächssituationen sind im beforschten Kontext so wenig formalisiert, dass die Analyse eines einzelnen Behandlungstermins als alleinige Grundlage für die Bewertung der Zusammenarbeit zu kurz greifen würde (vgl. Elwyn, Edwards & Kinnersley, 1999). Dazu trägt auch bei, dass gerade Krisensituationen von den Patienten als Indikatoren für gewährte Mitbestimmung bzw. die Rolle der Verantwortung des Arztes herangezogen wurden, ich die Arzt-Patient-Interaktion dann aber nicht begleitet und auf Tonband aufgezeichnet habe. Die retrospektive Schilderung von Erlebnissen der Patienten mit diesem Arzt und anderen Ärzten und die Bewertung dieser Zusammenarbeit hat sich hier als entscheidender Zugang zum Verständnis des Feldes erwiesen. Die Betrachtung der Arzt-Patient-Zusammenarbeit unter einer Prozessperspektive hat sich somit als sehr sinnvoll bestätigt.

Im Folgenden soll die Arbeit anhand von Gütekriterien zur Beurteilung qualitativer Forschungsarbeiten, wie sie beispielsweise Steinke (2000) formuliert, diskutiert werden.

Die Dokumentation des Forschungsprozesses gilt als eine Möglichkeit, um die intersubjektive Nachvollziehbarkeit der Interpretationen zu erhöhen. Ich habe in Kapitel 2 mein Vorverständnis dokumentiert, sowie die verwendeten Erhebungsmethoden und den Erhebungskontext in Kapitel 3 (Methoden) und Kapitel 4 (Der Zugang zum Feld) beschrieben. Die Transkriptionsregeln, soweit sie nach der Veränderung der Zitate zugunsten ihrer Lesbarkeit relevant waren, sind im Anhang abgedruckt. Sämtliche Interviews liegen in transkribierter Form vor, ebenso die Arzt-Patient-Gespräche, meine Feldnotizen und das Feldtagebuch. Ich habe an verschiedenen Stellen dieser Arbeit verdeutlicht, wo meine Schwierigkeiten im Feld lagen, wie ich Entscheidungen bezüglich der Interpretation der Daten oder der Fallauswahl etc. getroffen habe (vgl. Kapitel 4.2 und 5.6). Ich habe die Darstellung meiner Interpretationen im Ergebnisteil durch zahlreiche Zitate der Interviewpartner sowie Ausschnitte aus meinen Feldnotizen und dem Feldtagebuch dokumentiert. Durch die Darstellungsform der Ergebnisse habe ich es dem Leser ermöglicht, zwischen meinen Interpretationen und denen der Interviewpartner zu unterscheiden, indem Kategorien fett gedruckt wurden, meine Interpretationen im Präsens formuliert waren, die Aussagen der Interviewpartner in Anführungsstrichen standen bzw. in der Vergangenheitsform oder im Konjunktiv formuliert waren.

Die Indikation des Forschungsprozesses ergibt sich aus der Forschungslage zum Thema. Die qualitative Herangehensweise hat es erlaubt, die Perspektiven der Betroffenen zu erfahren und sie zur Grundlage der Interpretation der Daten zu machen. Es liegen, wie in Kapitel 2 beschrieben, keine methodisch abgesicherten quantitativen Erhebungsinstrumente zum Thema Shared decision-making und Patientenbeteiligung vor. Gleichzeitig wäre durch den Einsatz entsprechender Instrumente vorgegeben gewesen, dass die Patienten in allen Situationen an medizinischen Entscheidungen partizipieren wollen oder dass das Maß der Informationsvermittlung durch den Arzt ein entscheidender Indikator für realisierte Partizipation der Patienten ist – zwei Annahmen, die durch diese Studie nicht bestätigt werden können. Es wäre mir dann nicht möglich gewesen, zu erfahren, wann die Patienten sich Partizipation und wann sie sich Fürsorge durch den Arzt

wünschen bzw. worin sich eine entsprechende Behandlung ausdrücken würde. Die Möglichkeit, meine Vorannahmen zu hinterfragen und meine Kriterien an eine gelungene Behandlung durch den Einfluss des Feldes verändern zu lassen, war nur im qualitativen Ansatz gegeben.

Die Anwendung der Methoden „Problemzentriertes Interview“ und „Teilnehmende Beobachtung“ hat sich als sehr hilfreich erwiesen. Dadurch war es mir möglich, verschiedene Perspektiven auf das Problem zu erfassen, Widersprüche zu entdecken und die Relevanz der Passung zwischen Arzt und Patient zu bemerken. Die Teilnahme am medizinischen Forschungsfeld hat es mir ferner erlaubt, selbst zu erfahren, wie sich der Umgang der Ärzte anfühlt oder was die Gestaltung der Praxisabläufe ausmacht. Gleichzeitig bot mir das Problemzentrierte Interview die Möglichkeit, nachzufragen und damit auch erste Interpretationen zu überprüfen und ggf. zu korrigieren. Gerade bei der befragten Patientengruppe hatte dieses Vorgehen außerdem den Vorteil, dass ich die Gespräche strukturieren konnte. Es stellte sich heraus, dass dies für einigen Patienten eine große Hilfe bedeutete. Ein offeneres Vorgehen, das meine Rolle als Interviewerin eingeschränkt hätte, hätte nach meinen Erfahrungen bei einigen Patienten zu einer zusätzlichen Verunsicherung geführt. Gleichwohl war das Verfahren offen genug, um Ärzten und Patienten jeweils zu ermöglichen, mir ihre Sicht darzustellen, zum Beispiel durch das Erzählen von Episoden. Nur so war es möglich, dass ich mich von den vorgegebenen Modellen löse, die mir vor Beginn der Forschung bekannt waren. Meine lange Anwesenheit im Forschungsfeld war eine wichtige Vorbedingung dafür, dass ich Theorien entwickeln, überprüfen und verändern konnte, dass sich mein Blick für bestimmte Phänomene geschärft hat und dass ich meine Aussagen nicht nur auf der Grundlage einer kurzen Momentaufnahme der Zusammenarbeit der beforschten Ärzte mit den Patienten gründe.

Schließlich wurde mir die hohe Bedeutung meiner Flexibilität (aber auch meiner Subjektivität) während des Forschungsprozesses deutlich, als sich mein Ideal von einem partizipativen Arztverhalten infolge eigener Erlebnisse nach einem Unfall änderte. Diese Erfahrung trug maßgeblich zu einer erhöhten Sensibilität für die Äußerungen der Patienten bezüglich ihres Wunsches nach Fürsorge und Schutz während akuter Krisen und somit zu einem erweiterten Verständnis vom beforschten Phänomen bei.

Die Transkriptionen waren im Original genauer als in der hier vorgestellten Version. Zugunsten besserer Lesbarkeit habe ich die Zitate geglättet, dabei aber keine inhaltlichen Veränderungen vorgenommen. Meine Interpretationen habe ich auf die Originale gestützt, da sie teilweise noch besser die Stimmungen, das Zögern oder spontane Ideen der Beteiligten wiedergegeben haben.

Die Samplingstrategie hat sich als ausgesprochen produktiv erwiesen. Durch die Vorgabe, entwickelte Fälle der Zusammenarbeit zu suchen, habe ich tatsächlich eine Auswahl von Ärzten erhalten, die eine Partizipation der Patienten fördern – auch wenn sie dies anders tun, als ich es zu Beginn der Forschung erwartet hätte. Möglicherweise stellen diese Ärzte eine Ausnahme dar. Zumindest liegt diese Vermutung anhand meiner Erfahrungen nach Vorträgen der Ergebnisse auf Kongressen nahe: Häufig fragten mich im Anschluss an meinen Vortrag Patienten, Ärzte und Psychotherapeuten nach den Adressen der beforschten Psychiater und waren enttäuscht, wenn ich ihnen diese aufgrund der Anonymisierung nicht geben konnte.

In Bezug auf die Patienten war es nicht möglich, eine gezielte Fallauswahl im Samplingprozess zu realisieren, da alle Ärzte darauf bestanden, die Patienten selbst anzusprechen. Ich sehe darin eine Beschränkung der Studie, konnte aber das Bedürfnis der Ärzte, die Patienten zu schützen, gut nachvollziehen.

Der Arzt als Vermittler war entscheidend für meinen Zugang zu den Patienten. Viele Patienten haben nach Aussage der Ärzte ihre Teilnahme an der Studie verweigert, weil sie das Gespräch mit einer fremden Person über ihre Erkrankung als zu verunsichernd bewerteten. Andere nahmen offensichtlich daran teil, um ihrem Arzt einen Gefallen zu tun. In mehreren Fällen hatte ich den Eindruck, es war für die Patienten eine wichtige Rückversicherung, dass ihr behandelnder Arzt mich als vertrauenswürdige Person schilderte und meiner Forschung wohlwollend gegenüber stand.

Der Aufwand einer gezielten Auswahl wäre zudem ungleich höher gewesen. Viele Patienten kommen nur in großen Abständen zu ihren ambulant behandelnden Ärzten. So hätte es passieren können, dass Patienten, die ich aufgrund bestimmter Eigenschaften gerne befragt hätte, erst in sechs Monaten wieder zum Arzt gekommen wären. Meine Kontaktaufnahme zu den Patienten war an reguläre Behandlungstermine gekoppelt, so dass sich daraus eine weitere Verlängerung des Forschungsprozesses ergeben hätte.

Ich bin den beschriebenen methodischen Beschränkungen bei der Auswahl der Patienten so begegnet, dass ich im Auswertungsprozess die befragten Patienten im Sinne einer Fallkontrastierung sowie Bearbeitung abweichender, negativer und extremer Fälle einander gegenüber gestellt habe.

Aus ethischen Gründen hat sich ferner meine Teilnahme an Gesprächen der Ärzte mit Patienten in akuten Krisen, in denen es beispielweise um Klinikeinweisungen ging, nicht umsetzen lassen. Zu groß wäre hier die zusätzliche Belastung der Patienten durch meine Anwesenheit und die Störung der geschützten Gesprächsatmosphäre gewesen.

Die empirische Verankerung der Arbeit kann als gegeben angesehen werden. Die Anwendung der Strategie der Grounded Theory, die in dieser Studie erfolgt ist, hat maßgeblich dazu beigetragen, dass ich eine Theorie aus dem Datenmaterial heraus entwickeln konnte. Zahlreiche Textbelege aus den Interviews und Beobachtungen unterstützen meine Interpretationen. Eine kommunikative Validierung mit den Interviewpartnern hat bisher aus zeitlichen Gründen allerdings nicht statt gefunden. Eine mögliche Limitation des Geltungsbereichs der entwickelten Theorie könnte in verschiedenen Patienteneigenschaften begründet liegen. Die Ergebnisse deuten darauf hin, dass diese Art der Zusammenarbeit mit Patienten, die antipsychiatrisch eingestellt sind, schwer funktioniert. Möglicherweise ist die grundsätzliche Akzeptanz eines ärztlichen Beitrags zur Krankheitsbewältigung eine wichtige Voraussetzung für das Gelingen der Zusammenarbeit, eine Vorgabe, die nicht bei allen Psychoseerfahrenen oder Stimmenhörern gegeben ist (vgl. Kapitel 5.6). Auch der Zustand der Patienten könnte ein wichtiger Faktor für diese Art der Kooperation sein. Die befragten Patienten waren weitgehend in der Lage, allein zu leben. Es wäre interessant systematisch zu erforschen, wie zum Beispiel Patienten, die in betreuten Einrichtungen oder Heimen leben, entsprechende Formen der Zusammenarbeit bewerten bzw. welche Formen der Partizipation sie sich mit einem Arzt wünschen und etablieren.

In den Bemühungen, die Konsistenz der sich entwickelnden Theorie zu erhöhen, habe ich Widersprüche in den Daten in der Forschungsgruppe diskutiert. So hat war zum Beispiel der Umgang der Ärzte und Patienten mit Zwangseinweisungen vor dem

Hintergrund der postulierten Patientenpartizipation immer wieder Anlass für Diskussionen.

Die Relevanz der Studie lässt sich aus der Forschungslage zum Thema Partizipation in der ambulanten psychiatrischen Behandlung eindeutig ableiten: Ich habe bei meinen Recherchen keine Studien gefunden, die dieses Thema aus einer qualitativen Perspektive erforschen. Gleichzeitig sind die vorliegenden Instrumente zur Erhebung von Patientenpartizipation noch nicht hinreichend entwickelt. Aus der Praxis ist ferner bekannt, dass ambulante ärztliche Behandlungen von Patienten mit Psychosen oft daran scheitern, dass sie sich nicht ausreichend vom Arzt in die Entscheidungen einbezogen fühlen. Es lag also nahe, eine Studie zu entwickeln, die die Möglichkeiten für entsprechende Behandlungsformen mit einer offenen Herangehensweise untersucht.

Wie bereits dargestellt, zeichnet sich diese Untersuchung durch die Kombination verschiedener Erhebungsmethoden aus (Triangulation). Dadurch war es möglich, meine Beobachtungsdaten den Interviewaussagen der Ärzte und Patienten gegenüberzustellen sowie mit der beobachteten Interaktion beider in den Behandlungsterminen abzugleichen.

Zur Kontrolle meiner Subjektivität als Forscherin habe ich regelmäßig in einer Forschungsgruppe meine Vorgehensweisen, die Ergebnisse und Interpretationen mit anderen Forscherinnen diskutiert (Reflexion der Subjektivität). Gleichwohl war mir immer bewusst, dass meine Perspektive beim Datenerhebungs- und Auswertungsprozess eine zentrale Rolle spielt. Dies ist eine besondere Stärke des gewählten Ansatzes der teilnehmenden Beobachtung, da er mir ermöglicht hat, bestimmte Erfahrungen im Kontakt mit dem Untersuchungsfeld selbst zu machen und auf meine Interpretationen einwirken zu lassen. Andererseits ist mir während der Auswertung immer wieder deutlich geworden, wie schwierig es ist, eine angemessene Distanz zu den Daten und den einbezogenen Interviewpartnern herzustellen. Durch die lange Interaktion mit den Ärzten, durch die Sympathie und den Respekt, die ich für sie empfand und durch die monatelange Auseinandersetzung mit dem Interviewmaterial war es zeitweise sehr schwierig, Interpretationen zu finden, die jenseits meiner persönlichen Bewertungen ausreichend abstrahiert waren. Die Auseinandersetzungen in der Forschungsgruppe, die Aussagen der Patienten und die zeitweise Unterbrechung der Auswertungstätigkeit waren hier wichtige Korrektive. Zusätzlich mache ich durch die Wahl der Ich-Form für die Darstellung

der Ergebnisse diese Subjektivität deutlich und verzichte darauf, sie in einer scheinbar objektivierenden Weise darzustellen. Durch die Teilnahme an Kongressen und die Präsentation und Diskussion der Ergebnisse mit unterschiedlichen Personenkreisen wie z.B. psychoseerfahrenen Personen in einem Psychoseseminar oder Ärzten verschiedener Fachrichtungen war es mir zusätzlich möglich, die Ergebnisse aus unterschiedlichen Positionen heraus zu beleuchten und meine Interpretationen ggf. zu korrigieren (vgl. Terzioglu, 2001; 2002a; 2002b; 2004; Terzioglu & Zaumseil, 2002; Zaumseil & Terzioglu, 2001; 2002; 2004). Die Diskussion der Ergebnisse mit Betroffenen kann gleichzeitig als Beitrag zur Validierung gesehen werden. Dabei stieß ich sowohl bei Psychoseerfahrenen als auch bei Ärzten durchgängig auf die Bereitschaft zu einer kritischen Auseinandersetzung sowie auf positive Resonanz und Zustimmung zu meinen Ergebnissen.

Die Erkenntnisse über die „gelungene Zusammenarbeit“ habe ich während meiner Tätigkeit als Leiterin des Bereichs „Interaktion“ im Reformstudiengang Medizin der Charité in Berlin in die Praxis umgesetzt, nachdem ich sie zur Grundlage eines Curriculums für Studierende gemacht habe. In Zusammenhang mit der gemeinsamen Reflexion dieser Handlungsstrategien erwies sich die Handlungsorientierung und die tatsächliche Anwendbarkeit sowie die Transferierbarkeit der Ergebnisse auf andere Bereiche ärztlichen Handelns (vgl. Terzioglu, Jonitz, Schwantes & Burger, 2003).

8.2 Inhaltliche Diskussion der Ergebnisse

Die Ergebnisse der Arbeit heben sich an zwei Stellen besonders deutlich von den Modellen geteilter Entscheidungsfindung, die ein wichtiger Bezugspunkt bei der Planung der Studie waren, ab: Der Art, wie **Entscheidungen** getroffen werden und der Rolle von **Informationen**. Beide Punkte sollen näher beleuchtet werden.

Es wird deutlich, dass für die meisten befragten Patienten **geteilte Entscheidungen** und ein gleichbleibend großes Maß an Eigenverantwortung allein keine wünschenswerte Zusammenarbeit mit einem Psychiater charakterisieren. In der hier untersuchten Form der Behandlung sind Elemente enthalten, wie sie Charles et al. (1997) für das Modell des Shared decision-making beschreiben, wie die Beratung und der gegenseitige Austausch von Argumenten und Sichtweisen. Aber es gibt bei

denselben Patienten und Ärzten Phasen, in denen keine oder kaum Partizipation der Patienten statt findet und in denen der Psychiater maßgeblich die Entscheidungen trifft. Die Patienten wissen darum und bezeichnen die Behandlung dennoch als auf Partizipation ausgerichtet.

Dies wird erklärbar vor dem Hintergrund der wechselnden Zustände, die die Patienten erleben. Aus der Erfahrung heraus, in akuten Psychosen Entscheidungen zu treffen, die aus wieder gesunder Perspektive nicht hilfreich erscheinen, haben die Patienten das Bedürfnis, vom Arzt abgesichert zu werden. Dieser soll ihren Zustand zurückhaltend beobachten und nur intervenieren, wenn es notwendig erscheint.

Außerdem haben sie häufig die Erfahrung gemacht, dass eine Einweisung in eine psychiatrische Klinik gegen ihren Willen ihnen überhaupt keine Möglichkeit mehr zur Mitsprache einräumt und der Aufenthalt dort häufig wenig Raum zur Mitsprache eröffnet.

Gleichzeitig haben die Patienten erfahren, dass die Zustände, in denen ggf. ein Krankenhausaufenthalt nötig ist oder von Ärzten und anderen Personen der sozialen Umgebung der Patienten als notwendig erachtet wird, immer wieder auftreten, die Psychose also chronisch wiederkehrt.

Die Zusammenarbeit mit einem Psychiater, der ihnen in gesunden Zeiten umfassende Beteiligung und in Krisenzeiten begrenzte Partizipation ermöglicht, erscheint so als großer Gewinn, vor allem, wenn er hilft, zwangsweise Klinikeinweisungen zu verhindern. Gleichzeitig erleben die Patienten die Mitarbeit eines verbündeten Psychiaters als sehr entlastend.

Der Befund, dass die Patienten sowohl den Wunsch nach Schutz und Fürsorge als auch den nach Eigenverantwortlichkeit und Partizipation haben, ist vereinbar mit den von Lupton (1997) beschriebenen wechselnden und sich dabei auch widersprechenden Bedürfnissen von Patienten. So sei es möglich, dass ein Patient sowohl die Rolle des „passiven Patienten“ als auch die des reinen „Nutzers“ oder Konsumenten medizinischer Hilfe einnehmen wolle. Lupton macht jedoch deutlich, dass diese Bedürfnisse gesellschaftlich nicht gleich bewertet werden: Während Autonomie und Rationalität hoch angesehen seien, würde Abhängigkeit von Anderen als Zeichen von Schwäche und Irrationalität interpretiert. Dadurch würden die Patienten in einen Zwickspalt geraten zwischen ihrem Bedürfnis nach Schutz und Fürsorge durch die Ärzte und dem Versuch, im Sinne des Consumerismus möglichst unabhängig vom Arzt zu bleiben.

Interessant ist auch die unterschiedliche Bedeutung der **Informationen**, die die Ärzte den Patienten geben. In den Modellen zur Steigerung der Patientenbeteiligung spielen sie eine herausragende Rolle (vgl. Schwartz, 1999; Charles, Gafni & Whelan, 1997). In verschiedenen Studien wurde die Bedeutung der Informationen für Patienten und deren Compliance hervorgehoben (z.B. Deber, 1996; Eaden, Ward, Smith & Mayberry, 1998; Kissling, 1994; Kramer, Simon & Katschnik, 1996; Sutherland, Llewellyn-Thomas, Lockwood, Tritchler & Till, 1989).

Sutherland et al. (1989) zeigen, dass Patienten zwar Informationen haben wollen, dass das jedoch nicht bedeutet, dass diese Patienten auch an Behandlungsentscheidungen partizipieren möchten. Ähnlich interpretieren Deber, Kraetschmer & Irvine (1996) ihre Befunde. Auch in ihrer Studie wollten informierte Patienten, dass sich die Ärzte an Entscheidungen beteiligen bzw. diese die medizinischen Entscheidungen komplett übernehmen. In einer früheren Studie fand Deber (1994), dass sich die Annahme, dass Patienten vor unangenehmen medizinischen Informationen geschützt werden wollen, nicht bestätigen lasse. Insgesamt ist keinesfalls belegt, dass besser informierte Patienten mehr medizinische Entscheidungen treffen (wollen).

In den Interviews dieser Studie wird der Zusammenhang zwischen dem Vertrauen, das die Patienten ihren Ärzten entgegen bringen und ihrem Bedürfnis nach Informationen deutlich. In den von ihnen geschilderten zurückliegenden Situationen, in denen sie einem Arzt nicht vertrauten, betonten sie ihren Wunsch nach fachlichen Informationen. In den Konstellationen mit den beforschten Ärzten, die sie als vertrauenswürdig erleben, spielen die Informationen kaum noch eine Rolle. So berichten einige Patienten, dass sie in der Klinik vehement Informationen über die Behandlung gefordert hätten und kritisieren die mangelhafte Informationsbereitschaft der dortigen Ärzte. Gleichwohl verlangen dieselben Patienten von ihren derzeitigen ambulant behandelnden Psychiatern diese Informationen nicht mit dem Hinweis auf das Vertrauen, das sie ihnen entgegen bringen. Zu dieser nachrangigen Bedeutung fachlicher Informationen trägt vermutlich auch bei, dass medizinisches Fachwissen in Auseinandersetzungen mit dem Arzt nicht gewichtiger ist als das Erfahrungswissen der Patienten – zumindest in Nicht-Krisenzeiten. Versuche der Informationsgewinnung durch die Patienten erscheinen in diesem Zusammenhang als das Bestreben, in einem Kontext, in dem sie sich ansonsten als ohnmächtig erleben,

wenigstens minimal Einfluss nehmen zu können und Kontrolle zu erhalten. Damit sind die Befunde in Einklang mit der von Engert (1999) formulierten Kritik an der Überbetonung umfassender Information und seiner Beobachtung, dass das Schaffen einer Vertrauensbasis zwischen Arzt und Patient eher dazu beitrage, die Unsicherheit eines Patienten zu reduzieren als das Vermitteln einer „technischen Gebrauchsanweisung“ (S.28). Diese Sichtweise bestätigt auch McCormick (1996), wenn er schreibt, dass der Kranke einen „personal doctor“ brauche, dem er sicher vertrauen könne. Demgegenüber bedrohe die Überbetonung der Patientenautonomie und der Enthusiasmus für geteilte Verantwortung die Wahrnehmung des Individuums und seiner Bedürfnisse. Gerade in akuten Krisen sei weniger der Wunsch nach Unabhängigkeit als vielmehr das Bedürfnis der Patienten nach Fürsorge und Unterstützung aus einem Gefühl der Abhängigkeit heraus handlungsleitend für diese.

McCormick unterstreicht die Bedeutung der persönlichen Beziehung und Sympathie zwischen Arzt und Patient. Ich habe das Verhalten der beforschten Ärzten gegenüber den Patienten aber auch mir als Forscherin gegenüber als sehr sympathiefördernd erlebt. Es kam sowohl bei den Patienten als auch bei mir schnell das Gefühl auf, von den Ärzten gemocht und freundlich empfangen zu werden, nicht mit Angriffen rechnen zu müssen. Dies kann Ausdruck einer Haltung der Ärzte sein. Zusätzlich kann es ein Hinweis auf die professionelle Anwendung von Gesprächstechniken sein (vgl. auch Frosch & Kaplan, 1999). Die Erfahrung, von den Ärzten ausreichend Zeit zum Besprechen persönlich relevanter Anliegen zur Verfügung gestellt zu bekommen, trägt zusätzlich zu dem Eindruck bei, von den Ärzten wertgeschätzt zu werden.

Obwohl sich für mich sich aus der Sympathie für die Ärzte ein methodisches Problem entwickelte (vgl. oben methodische Diskussion der Ergebnisse), liefert diese Erfahrung auch einen weiteren Hinweis darauf, warum die Zusammenarbeit von Seiten der Patienten gelingt: Es ist anzunehmen, dass sie einem Arzt gegenüber, den sie mögen, verhandlungsbereit sind und sich in manchen Situationen eher auf dessen Vorschläge einlassen oder auf die Umsetzung ihrer Vorstellungen zugunsten derer des Arztes verzichten.

Gegenseitiges **Vertrauen** ist ein konstituierendes Merkmal der untersuchten Arzt-Patient-Zusammenarbeit. Dabei stellt sich die Frage, wie Patienten zu einem Arzt

Vertrauen entwickeln können, der im Vergleich zu ihnen mit deutlich mehr Macht und Entscheidungsbefugnissen ausgestattet ist. Solomon hat bereits 1960 den Einfluss der Machtverteilung auf den Aufbau von Vertrauen untersucht. Grundlage war hier das häufig in der Vertrauensforschung verwendete sog. Gefangenendilemma-Spiel. Es wurde deutlich, dass Vertrauen nicht durch äußeren Druck und Machtausübung erzwungen werden kann und sich am besten bei gleich mächtigen Partner aufbaut. Dies ist eine Bedingung, die bei der Zusammenarbeit zwischen Ärzten und Patienten nicht als gegeben vorausgesetzt werden kann. Darauf deuten auch Ergebnisse dieser Studie hin: Obwohl nicht klar ist, ob sie sich dabei auf die rechtlichen Grundlagen der Betreuung psychisch Kranker beziehen (vgl. PsychKG), gehen einige der befragten Patienten davon aus, dass der Psychiater sie im Falle akuter Eigen- oder Fremdgefährdung auch gegen ihren Willen in einer Klinik unterbringen könne. Diese Annahme begrenzt wenigstens in der Wahrnehmung der Patienten die Freiheitsgrade in akuten Psychosen und unterstreicht deren Wahrnehmung der Machtasymmetrie im Kontakt zum Arzt.

Demgegenüber machen die Psychiater deutlich, dass sie eine Unterbringung nur im äußersten Notfall veranlassen würden, da dies die Beziehung zwischen ihnen und dem Patienten potenziell gefährde. Sie würden eher versuchen, die Patienten zu einem „freiwilligen“ Klinikaufenthalt zu bewegen. Möglicherweise verleiht jedoch allein die *Annahme* der Patienten, der Arzt habe im Falle ihrer Nichteinwilligung die Macht, sie einzuweisen, den Argumenten der Psychiater in diesem Moment besonderes Gewicht.

Dennoch lassen sich Ergebnisse der Vertrauensforschung auf diese Studie anwenden. Hake & Schmid (1981) haben im Sinne der Equity-Theory unterstellt, dass Menschen sich vertrauensvoll verhalten, wenn sie zeitweise auf ihre berechtigten Ansprüche zugunsten des Partners verzichten, also ein Aufschub von Belohnung statt findet. In dieser Konstellation wird in der Beziehung zum Partner langfristig ein Gleichstand erwartet. In Untersuchungen an Studenten fanden sie heraus, dass sich Vertrauen schrittweise anhand unmittelbarer Verstärkung (in ihrer Studie waren es Geldbeträge, die die Teilnehmer erhielten) aufbaut. Sobald jedoch vertrauensvolles Verhalten aufgebaut war, bedurfte es dieser unmittelbaren Verstärkung nicht mehr, da die Studenten gelernt hatten, dass ein Ausgleich durch das vertrauensvolle Verhalten des Mitspielers herbeigeführt wurde (vgl. Petermann, 1996). Haas & Deseran (1981) erachten einen symbolischen Austausch von Gütern als

entscheidenden Beitrag zum Aufbau von Vertrauen. Die Bedeutung der ausgetauschten Güter liege dabei nicht in ihrem eigentlichen Nutzwert für den Empfänger, sondern in ihrer Bedeutung als Gesten, die die Absichten des Handelnden vermitteln. Ein Beispiel hierfür ist der Austausch von Geschenken.

Die Befunde dieser Arbeit lassen sich vor diesem Hintergrund wie folgt interpretieren: Der Verzicht der Ärzte auf das Einhalten der aus ihrer Sicht sinnvollen Medikamentendosis dient dem Aufbau von Vertrauen. Man kann ihre Einwilligung in die Reduktion oder das Absetzen der Medikamente als „Geschenk“ an die Patienten interpretieren, als Geste, ihren Wünschen entgegen zu kommen. Ähnlich interpretieren auch die befragten Patienten dieses Verhalten des Arztes. Besonders am Anfang der Zusammenarbeit ist ein Entgegenkommen der Ärzte offenbar wichtig, um das Vertrauen der Patienten aufzubauen. Viele Patienten haben verdeutlicht, dass sie bereit sind, in einer vertrauensvollen Beziehung auf die sofortige Umsetzung ihres Wunsches nach Reduktion der Medikamente zu verzichten, weil sie wissen, dass der Arzt ihnen später entgegen kommen wird, wie er es ihnen zugesichert hat.

Petermann (1996) beschreibt anhand seiner Studie über das Verhalten von Kinderärzten ein Drei-Phasen-Modell des Vertrauensaufbaus in der therapeutischen Beziehung:

| | |
|----------|--|
| Phase 1: | Herstellen einer vertrauensvollen Kommunikation (Blickkontakt; Gestik, Mimik, Körperhaltung und sprachliches Verhalten signalisieren Zuwendung ; Konzentration auf den Partner ermöglicht Wahrnehmung seiner Ängste, Wünsche etc.) |
| Phase 2: | Abbau bedrohlicher Handlungen (Handeln durch eindeutige Handlungen durchschaubar machen, Anforderungen an den Partner klar aussprechen; durch Rückmeldungen dem Partner Orientierung über sein Verhalten geben) |
| Phase 3: | Gezielter Aufbau von Vertrauen (Übertragen anspruchsvoller Aufgaben auf den Partner, dadurch Vertrauen in dessen Kompetenz vermitteln). |

Abbildung 19: Drei-Phasen-Modell des Vertrauensaufbaus nach Petermann (1996)

Sämtliche dieser Handlungen habe ich auch bei den beforschten Psychiatern beobachten können bzw. durch die Interviews mit den Patienten erfahren. Petermann postuliert, dass die Bevormundung von Patienten in Entscheidungssituationen das

Resultat eines mangelnden Einflussvermögens der Ärzte ist. Indem der Arzt in unzureichendem Ausmaß die Wünsche des Patienten erfasse, kommunizierten „die Partner aneinander vorbei“ (S.120), die Entscheidungen seien „unzureichend koordiniert“ (ebd.) und würden vom Patienten als starke Einschränkung der eigenen Entscheidungsfreiheit empfunden werden. Dies zerstöre die Motivation des Patienten, eine Beziehung zum Arzt aufrecht zu erhalten.

Petermanns Beschreibung unterstützt meinen Befund, dass Patienten die ambulante Behandlung abbrechen, wenn sie den Eindruck haben, der Arzt sei nicht an ihnen persönlich interessiert und führe eine Behandlung nach einem vorgegebenen Schema durch. Auch die Kategorie der Stellvertretenden Entscheidungen lässt sich vor diesem Hintergrund interpretieren: Indem die Ärzte erfassen, was sich die Patienten wünschen, sind sie viel eher in der Lage, Entscheidungsspielräume offen zu halten und ihnen Optionen anzubieten, die diese annehmen können.

Die vorliegenden Befunde bestätigen in vielen Bereichen die Ansätze der **partnerschaftlichen Zusammenarbeit** und **Patientenzentriertheit** (vgl. Bahrs & Pohl, 1999; Mead & Bower, 2000; Koerfer, Köhle & Obliers, 1994). Aspekte wie die diskursive Verständigung zwischen gleichberechtigten Partnern, das Einbeziehen des Anliegen des Patienten und seines Expertentums bezüglich seiner Erkrankung, das Nutzen des Arztes durch den Patienten als medizinischen Experten, wie sie von Körfer, Köhle & Obliers (1994) beschrieben werden, sind auch bei den hier beforschten Ärzten und Patienten zu finden. Interessant ist deren Formulierung, die Zustimmung des Partners erfolge nicht durch Überredung, Anordnung oder Autorität. Meine Befunde weichen von diesem Idealbild ab – und dennoch bezeichnen die befragten Patienten die Zusammenarbeit als „kooperativ“ und auf ihre Beteiligung ausgelegt. In akuten Krisen setzen die befragten Ärzte ihre Autorität ein und versuchen durch eindringliche Appelle, die Patienten beispielsweise zu einem Klinikaufenthalt zu bewegen. Allerdings verknüpfen sie diese mit der Betonung ihrer Sorgen um den Patienten, bleiben als Menschen sichtbar und machen den Patienten Angebote, die weitgehend ihre Präferenzen berücksichtigen.

Auch die von Mead & Bower (2000) formulierten Kriterien einer patientenzentrierten Zusammenarbeit passen weitgehend zu den vorliegenden Ergebnissen. Besonders die Betonung des Arztes als Person und die Rolle der therapeutischen Allianz und persönlichen Beziehung zwischen Arzt und Patient sind

hier hervorzuheben. Aber auch sie betonen, dass Macht und Verantwortung zwischen Arzt und Patient geteilt werden müssen. Anhand der Ergebnisse dieser Studie möchte ich diese Bedingung für die Behandlung psychoseerfahrener Patienten differenzieren: In akuten Krisen ist die Übernahme der Verantwortung durch den Arzt ein wichtiger Bestandteil einer gelungenen Behandlung, wenn der Patient vorübergehend nicht in der Lage ist, die Verantwortung für sich selbst zu übernehmen. Somit haben die befragten Patienten zwar einen sehr hohen Wunsch nach Mitbestimmung und Handlungsfreiheit, wie auch Savage und Armstrong (1990) besonders für psychisch kranke Patienten festgestellt haben, doch schränken sie selbst diese Forderung für akute Krisen ein. Stellvertretende Entscheidungen der Ärzte aufgrund der geringen Partizipationsmöglichkeiten der Patienten auszuschließen hieße nach diesen Ergebnissen, den Patienten eine wichtige Möglichkeit der Absicherung in Krisen zu verweigern.

Sowohl in den Shared decision-making Modellen als auch in denen zur partnerschaftlichen oder patientenzentrierten Zusammenarbeit fällt auf, dass sie statisch sind. Im Gegensatz dazu verdeutlichen die vorliegenden Ergebnisse, dass gerade die **flexible Übernahme und Rückgabe der Verantwortung** in Abhängigkeit vom Zustand des Patienten einen wichtigen Bestandteil der gelungenen Zusammenarbeit ausmacht.

Die vorliegenden Ergebnisse weisen starke Bezüge zum Empowerment-Ansatz auf. Rodwell (1996) beschreibt **Empowerment** als

- einen Prozess des Helfens,
- eine Partnerschaft, in der die Person sich selbst und andere wertschätzt,
- das gemeinsame Treffen von Entscheidungen
- die Freiheit, eine Wahl zu treffen und Verantwortung zu übernehmen.

Auch Skelton (1997) greift den Begriff des Empowerment auf und kritisiert die in der Literatur häufig vorgenommene künstliche Trennung zwischen auf Kontrolle und auf Empowerment der Patienten ausgerichtetem ärztlichen Verhalten. Bei der Anwendung auf die Realität erweise sich diese Trennung als hinderlich. Skelton fordert, dass eine neue Sprache entwickelt werden müsse, die die Beschränkungen

dieser Dichotomie aufhebe und formuliert folgende Fragestellungen als relevant für die Forschung:

„Freed from the totalising discourses of medico-centred compliance and patient-centred empowerment, how might a doctor and patient determine the conditions of their educational association? (...) How can doctors and patients get in touch with and express their own desires and orientations to an educational process without becoming slaves of predetermined and ‘coherent’ organising principles?” (S. 156).

Meine Ergebnisse unterstützen diese Sicht: Auch ich habe die Trennung in partizipatives und paternalistisches Verhalten als unzulänglich für die Beschreibung meiner Daten erlebt. Die Zusammenarbeit ist durch mehr Faktoren zu beschreiben, als es das Shared decision-making Modell erlaubt. Ihre Qualitäten sind weit reichender und entsprechen eher den oben von Rodwell beschriebenen Komponenten der Prozesshaftigkeit, der gegenseitigen Wertschätzung sowie der Freiheit (und nicht der Pflicht!) des Patienten, eine Wahl zu treffen und Verantwortung zu übernehmen.

In der geschilderten Zusammenarbeit erhält der Arzt eine große Bedeutung im sozialen Bezugssystem des Patienten. Viele der befragten Patienten haben vor allem aufgrund der wiederkehrenden Psychosen nur noch wenige soziale Kontakte. Die Psychiater übernehmen die Rolle **verfügbarer und vertrauenswürdiger Ansprechpartner**, die die Patienten als in ihrem Sinne parteiisch erleben (vgl. Dörner, 2003: der Arzt als zeitlich befristeter Ersatzspieler). Dennoch schließt diese Beziehung Kontakte der Patienten zu anderen Helfern und Bezugspersonen nicht aus. Die Psychiater regen Kontakte zu anderen Einrichtungen an und ebnen den Patienten ggf. durch einen Anruf oder Broschüren, die im Wartezimmer ausliegen, den Weg dorthin. Je mehr die Patienten in andere Betreuungskontexten eingebunden sind, desto stärker beschränkt sich die Rolle der Ärzte auf die einer zusätzlichen Absicherungsinstanz und pharmakologischen Expertenschaft.

Die deutlichen Hinweise auf den sozialen Verlust, den die Patienten im Zuge ihrer Psychosen erleiden, stellen den Bezug zu den im Literaturteil dargestellten Diskussionen über die Freisetzung und Individualisierung und die Frage her, inwieweit Autonomie in der Entscheidung der Patienten vorausgesetzt werden darf (vgl. Beck, 1986; Honneth, 2003). Fast alle befragten Patienten sind im negativen Sinne freigesetzt, haben einen deutlich reduzierten Freundeskreis, gehen keiner oder nicht ihrer ursprünglichen Arbeit nach und leben allein. Die Gefahr, weitere soziale Bezugspunkte durch erneute Psychosen zu verlieren, setzt der Handlungsfreiheit einen engen Rahmen jenseits der Zusammenarbeit mit dem Arzt.

Auch andere **Kontextbedingungen** beeinflussen die untersuchte Art der Zusammenarbeit. Patienten mit chronischen Psychosen stellen für die beforschten Ärzte ein unternehmerisches Risiko dar: Sie benötigen und erhalten bei Bedarf mehrfache Gesprächstermine in individuell angepasster und am Zustand ausgerichteter Länge und die beforschten Ärzte verschreiben ihnen atypische Neuroleptika auch jenseits des zulässigem Budgets mit der Folge von möglichen Regressforderungen der Krankenkassen. Diese Patientengruppe eignet sich auch kaum zur Anwendung diagnostischer Apparate. Das, was diese Patienten also bevorzugen und auch von den Psychiatern dieser Studie erhalten, sind Zeit, Zuwendung, Gespräche, Verfügbarkeit des Arztes und ggf. teure Medikamente - also Faktoren, die die wirtschaftliche Existenz der Praxis bedrohen können. Es entstand bei meiner Forschungstätigkeit der Eindruck, dass die Ärzte diese Kluft im Zweifel bisher zu ihren Ungunsten lösen, also jenseits von Bezahlung ihr Handeln maßgeblich an den Bedürfnissen der Patienten ausrichten. Somit habe ich im Feld eben jene Bedingungen vorgefunden, die verschiedene eingangs zitierte Autoren für den Prozess der Ökonomisierung der Medizin kritisch diskutiert haben (vgl. Feuerstein & Kuhlmann, 1999; Kühn, 1996; Vick & Scott, 1998).

Auf der Grundlage meiner Ergebnisse ist zu fragen, ob die existierenden Modelle zur Patientenpartizipation nicht den Einfluss solcher Kontextfaktoren auf die Gestaltung der Arzt-Patient-Interaktion unterbewerten. Die Befunde dieser Studie deuten darauf, dass die Modelle zu kurz greifen, wenn sie nur die konkrete Entscheidungssituation analysieren und die Motive der Beteiligten außer Acht lassen.

Anhand verschiedener Arzt-Patient-Konstellationen in dieser Arbeit wurde deutlich, dass der Aspekt der **Passung** erheblich zum Gelingen der Zusammenarbeit beiträgt. Gute Zusammenarbeit kommt auch dadurch zustande, dass Arzt und Patient komplementäre Erwartungen haben. Die „Einsatzfähigkeit“ bzw. Kompatibilität des jeweiligen Arztes für verschiedene Patienten ist unterschiedlich weit ausgeprägt. Einige Ärzte können sowohl mit Patienten, die ihre Autonomie betonen als auch mit solchen, die einen paternalistischen Kooperationsstil favorisieren, zusammenarbeiten, andere sind restriktiver in ihren Angeboten an die Patienten. Dennoch ist Passung nicht alles. Es finden sich auch bei allen beforschten Ärzten Faktoren, die jenseits persönlicher Vorlieben einzelner Patienten liegen. Dies sind die Faktoren, die ich als Komponenten partizipativer Zusammenarbeit bezeichnet

habe Nicht alle Komponenten kommen immer bei allen Ärzten in gleichem Ausmaß vor. Manche Komponenten sind bei manchen Ärzten stärker vertreten als bei anderen und sie variieren in Abhängigkeit von der jeweiligen Situation und den Patienten. Meine Darstellung umfasst also die Möglichkeiten bzw. Bausteine, die eine kooperative Behandlungsbeziehung prägen können und hat nicht den idealen, in allen Situationen Partizipation ermöglichenden Arzt zum Ausgangspunkt, der alle Eigenschaften in sich vereint.

Neben den vielen Patienten, die ihre Zufriedenheit mit dieser Art der Zusammenarbeit betonen und dabei auch das Ausmaß der möglichen Einflussnahme als ausreichend einschätzen, habe ich auch Patienten befragt, die eine Zusammenarbeit mit dem Arzt sehr kritisch betrachten. Dabei entsteht der Eindruck, dass sie eine Zusammenarbeit mit einem Arzt bzgl. ihrer Psychose per se ablehnen, insbesondere dann, wenn sie sich nicht krank fühlen. Diese Patienten beschreiben ihre Ärzte nicht so positiv wie die übrigen Interviewpartner, denn eine Zusammenarbeit mit diesen Psychiatern bedeutet auch, dass sie Einfluss auf den Umgang der Patienten mit der Erkrankung haben. Dies macht deutlich, dass die Zusammenarbeit eines Patienten mit einem Arzt grundsätzlich immer mit einer Einschränkung der persönlichen Wahlfreiheit des Patienten einhergeht – solange der Patient die Behandlung nicht abbricht. Und dies um so mehr, wenn Ärzte eine Behandlung etablieren wollen, in der beide Parteien Einfluss nehmen, also keine Zusammenarbeit nach dem Modell des Consumerism befürworten. Die Tatsache, dass partizipative Behandlungsbeziehungen auch eine Partizipation des Arztes beinhalten, wurde somit in den Daten bestätigt. Möglicherweise wird hier eine Grenze deutlich: Wenn ein Patient ärztliche Behandlung nicht für indiziert hält, ist es schwierig, Kooperation mit einem Arzt gelingen zu lassen. Dass diese Patienten dennoch zum Arzt gehen, deutet am ehesten auf eine Passung hin: Möglicherweise erleben sie ihn als sympathisch und sein Verhalten als weitgehend kompatibel mit ihren Bedürfnissen, so dass sie ihn als „geringstes Übel“ in die Bewältigung ihrer Lebenssituation einbeziehen.

Die **ethischen Ansätze** zur Beschreibung der Arzt-Patient-Zusammenarbeit haben sich im Verlauf meiner Forschungsarbeit als bedeutsam erwiesen. Die Ärzte scheinen zu einem hohen Ausmaß ihr Handeln an ethischen Prinzipien wie der Fürsorgepflicht

und dem Streben des Menschen nach Selbstbestimmung und Autonomie auszurichten (vgl. Beauchamp & Childress, 2001). Zudem habe ich das beobachten können, was Anselm (2003) als hilfreiches ärztliches Verhalten vorgeschlagen hat: Anstatt den Patienten zum „Gegenexperten“ in medizinischen Fragen zu machen, solle der Arzt ihn als Experten für seine Lebenssituation in die Behandlung einbeziehen. Nur so würde die Machtasymmetrie verringert, die zwischen Arzt und Patient so lange bestehe, wie ärztliches Fachwissen alleinige Entscheidungsgrundlage sei. Alle Ärzte dieser Studie sprechen in jedem Behandlungsgespräch mit den Patienten über deren lebensweltliche Bezüge. Die Patienten berichten von aktuellen Erlebnissen und sie bewegenden Themen. Gleichwohl beurteilen die Ärzte den Zustand der Patienten vor dem Hintergrund ihrer medizinischen Perspektive. Auch den Patienten ist es wichtig, dass medizinische Themen in der Behandlung Berücksichtigung finden und die Ärzte aus dieser fachlichen Perspektive ihre Probleme einschätzen.

Dörner (2003) hat die Ambivalenz deutlich gemacht, in der sich auch die Ärzte und Patienten dieser Studie befinden: Wolle der Arzt im Kontakt zu einem Patienten, der auf seine Hilfe angewiesen ist, verantwortlich handeln, komme er nicht umhin, sich in dessen Entscheidungen einzumischen und sich die „Finger schmutzig zu machen“, indem er dessen Autonomie beschneide, um ihm zu helfen. Dieses Bild benutzt auch Frau Luhna, als sie ihren Weg in die Psychiatrie beschreibt: Von ihrer anfänglichen Abneigung, Teil des Systems zu sein, das Patienten auch gegen ihren Willen behandle, habe sie aufgrund schmerzhafter Erfahrungen gelernt, dass sie als Ärztin in manchen Situationen die Verantwortung anstelle der Patienten übernehmen müsse.

Meine Ergebnisse können auch im Kontext der Forschung zum Thema **Patientenzufriedenheit** interpretiert werden, denn die befragten Patienten haben ihre Kontakte mit den beforschten Psychiatern als Beispiel für eine gelungene Zusammenarbeit hervorgehoben und überwiegend ihre Zufriedenheit mit den Ärzten betont. Williams, Coyle & Healy (1998) bewerten die Anwendung von Patientenzufriedenheit als Kriterium zur Beurteilung der Zusammenarbeit mit Professionellen kritisch. Hintergrund ihrer Skepsis ist der Befund, dass in Umfragen die Nutzer sehr häufig gute Werte vergeben, sich in der Studie von Williams, Coyle & Healy auf der Grundlage von ausführlichen Interviews jedoch herausgestellt hat, dass dieselben Personen trotzdem negative Erfahrungen mit den Einrichtungen

berichten. Die Autoren referieren widersprüchliche Befunde zum Einfluss der Erfüllung der Patientenerwartungen auf deren Zufriedenheit. Es bleibe offen, ob wirklich die Kongruenz zwischen Erwartungen und tatsächlicher Erfahrungen zu einer hohen Zufriedenheit beitrage, oder ob vielmehr die Tatsache, dass die Erfahrungen besser als erwartet sind, die Zufriedenheit steigern. Diese zweite These trifft sich mit meinen Befunden: Herr Schiller erwartet eine einschränkende, wenig auf seine Bedürfnisse abgestimmte Behandlung als er das erste Mal zu Frau Luhna kommt. Als er dann auf eine Psychiaterin trifft, die ihm Einfluss auf Behandlungsentscheidungen zugesteht, ist er positiv überrascht und geht fortan regelmäßig zu ihr. Offenbar spielt in der Bewertung der Nutzer eine Rolle, ob sie denken, bestimmte Aufgaben gehören zur „Pflicht“ des Anbieters (z.B. Arztes) und ob im Falle der Nichterfüllung dieser „Pflichten“ eine Schuldhaftigkeit auf dessen Seite vorliegt (vgl. Williams, Coyle & Healy, 1999). Positive Erfahrungen wären dann als die erwartungsgemäße Erfüllung der ärztlichen Aufgaben oder als nichterwartungsgemäße Erfüllung zusätzlicher Aufgaben zu interpretieren. Derartige Erfahrungen steigerten in der zitierten Studie die Nutzerzufriedenheit.

Die hohe Zufriedenheit der in meiner Studie befragten Patienten mit ihren behandelnden Psychiatern ließe sich dadurch erklären, dass die Ärzte Aufgaben übernehmen, die auch mir als Forscherin als nicht primär ärztliche erscheinen: Zum Beispiel die Kontaktabahnung zu Begegnungsstätten für psychisch Kranke, die Versuche, eine Unterbringungsmöglichkeit jenseits psychiatrischer Kliniken zu finden, das Zurückrufen nach Sprechstundenschluss bei Bedarf des Patienten, das Anbieten von Gesprächsgruppen zur Information über Psychosen, die Teilnahme an Podiumsdiskussionen zur Verbesserung der Versorgung psychisch Kranker etc. Negative Erfahrungen der Patienten führen in dem Modell von Williams et al. dann nicht zu negativen Bewertungen, wenn der Professionelle aus Sicht des Nutzers seine Pflicht nicht erfüllt, der Nutzer ihn aber nicht für schuldig hält. Dies würde erklären, warum zum Beispiel Frau Christ beklagt, Herr Fried habe manchmal zu wenig Zeit für sie, sie aber trotzdem zufrieden mit ihm ist: Sie sieht die Krankenkassen als verantwortlich dafür an, dass er nicht mehr Zeit zur Verfügung habe, da sie keine ausführlichen Gesprächszeiten mit Patienten honorieren.

Die Autoren argumentieren, dass es teilweise nicht sinnvoll erscheint, nur die Nutzerzufriedenheit als Kriterium für gelungene Versorgung zugrunde zu legen. Nutzer seien auch Bürger und die Versorgung des Einzelnen habe auch

Konsequenzen für die Gesellschaft. Daher müssten manche Nutzererwartungen als unangemessen zurückgewiesen werden. Dies könnte ein Argument sein, das auf die hier vorliegenden Ergebnisse angewandt wird: Offenbar erwarten und erhalten die Patienten in den beforschten Praxen das seltene Gut Gesprächsbereitschaft und Zeit der Ärzte sowie die starke Orientierung an ihren Wünschen und es bleibt zu diskutieren, welchen Grund es neben der Zufriedenheit der Patienten dafür gibt, ihnen eine solche Behandlung zu gewähren.

Hier stellt sich die Frage, welche **Vorteile eine „gelungene“ Behandlung** neben der Zufriedenheit der Patienten hat, sodass sie als positives Modell für die Arzt-Patient-Zusammenarbeit dienen kann. Kaplan, Greenfield & Ware (1989) haben den Einfluss der Arzt-Patient-Beziehung auf den Verlauf chronischer Erkrankungen nachgewiesen. Sie haben Patienten mit Diabetes, Bluthochdruck, Magengeschwüren und Brustkrebs in ihre Untersuchung einbezogen und herausgefunden, dass der Ausdruck von Emotionen während der Behandlung, die Informationssuche der Patienten und das Vermitteln der Informationen durch die Ärzte sowie eine erhöhte Beteiligung am Gespräch durch die Patienten positiv mit einem verbesserten Gesundheitszustand der Patienten korreliert.

Anderson, Funnell, Butler, Arnold, Fitzgerald & Feste (1995) konstatieren anhand ihrer Untersuchungen mit Diabetikern einen positiven Einfluss der Teilnahme an einem Empowerment-Programm auf deren Einstellungen und Blutzuckerwerte.

Donovan & Blake (1992) machen deutlich, dass Patienten Kosten-Nutzen-Analysen bezüglich ihrer medizinischen Behandlung anstellen, indem sie die Kosten der Behandlung ihrem persönlich wahrgenommenen Nutzen gegenüberstellen. Noncompliance könnte dann aus der Sicht der Patienten Ausdruck rationaler Entscheidungsprozesse sein. Die Verschwendung von Ressourcen, die Noncompliance mit sich bringt, kann aus Sicht der Autoren weniger durch direkte Versuche, die Compliance per se zu erhöhen, begrenzt werden, als vielmehr durch eine auf Kooperation angelegte Arzt-Patient-Zusammenarbeit, in der der Arzt die Gelegenheit hat, die Werte und Ziele der Patienten kennen zu lernen.

Gafni, Charles & Whelan (1998) argumentieren, dass es leichter und praktikabler sei, Ärzte zu motivieren, Patienten Informationen zu vermitteln, als sie in die Lage zu versetzen und zu motivieren, die Präferenzen eines jeden Patienten in jeder Behandlung zu erfragen, wenn es das Ziel sei, eine Behandlungsentscheidung zu

treffen, die auf der Grundlage ärztlichen Wissens und der Wünsche der Patienten basiert. Hinzu käme der psychologische Vorteil, wenn der Patient die Behandlungsentscheidung verkünde und nicht der Arzt.

Anhand dieser ausgewählten Untersuchungen wird deutlich, dass verschiedene Autoren versuchen, den Nutzen einer auf Patientenbeteiligung ausgerichteten ärztlichen Behandlung anhand von Kriterien wie z.B. Blutzuckerwerte, Zuverlässigkeit der Befolgung des Behandlungsplans oder der psychischen Befindlichkeit des Patienten zu beschreiben. Dabei stellt sich das Problem, dass Kriterien zur Erfolgsbestimmung der Arzt-Patient-Interaktion häufig nicht eindeutig festzulegen sind. Schon die Einhaltung der sog. Compliance ist schwierig zu überprüfen. In Bezug auf die hier untersuchte Patientengruppe lassen sich ebenfalls kaum sinnvolle und dazu eindeutig messbare Kriterien finden. Da selbst bei regelmäßiger Einnahme von Neuroleptika erneute Psychosen nicht auszuschließen sind (vgl. Olbrich, Leucht, Fritze, Lanczik & Vauth, 2004), sind Rückfallraten kein zuverlässiges Kriterium zur Beurteilung der Güte einer Behandlung. Es ist zudem schwierig, zutreffende Kausalaussagen über die *direkte* Auswirkung der Arzt-Patient-Zusammenarbeit auf die Einnahme der Medikamente zu machen.

Ich habe in dieser Studie nicht systematisch die „Outcomes“ der Arzt-Patient-Interaktion erhoben, da sie nicht im Fokus meines Forschungsinteresses standen. Allerdings kann ich Tendenzen beschreiben, die mir in den Interviews mit den Patienten aufgefallen sind. So deuten die Daten auf einen Zusammenhang zwischen der Bereitschaft der Patienten, Medikamente einzunehmen und der Art der Zusammenarbeit mit dem Arzt hin– allerdings eher mittelbar. Herr Schiller nimmt beispielsweise die Medikamente nur bei Bedarf ein. Die Freiheit, die ihm Frau Luhna dabei lässt, erhöht seine Bereitschaft zur Medikamenteneinnahme überhaupt, denn während seiner ersten akuten Krise, die er vor seinem Kontakt zu Frau Luhna erlebt hatte, hatte er sich geweigert, Medikamente einzunehmen. Frau Frisch wollte die Medikamente absetzen. Sie tat es mit Einwilligung und Unterstützung Frau Luhnas. Als sie jedoch feststellte, dass ihr Zustand sich verschlechterte, nahm sie sie wieder ein, nachdem Frau Luhna mit ihr ohne große Umstände am Telefon die passende Dosierung besprochen hatte. Es scheint, als erhöhe die Abwesenheit des Zwanges, Medikamente einzunehmen, die Bereitschaft der Patienten, einen entsprechenden Bedarf bei sich zu erkennen und sie dann freiwillig einzunehmen. Erfahrungen, die

sie diesbezüglich gemeinsam mit dem Arzt machen, sind dafür eine entscheidende Grundlage.

Weiterhin deuten die Beschreibungen der Patienten darauf hin, dass die Verhandlungsbereitschaft und Akzeptanz der Ärzte dazu beiträgt, dass selbst diese Patientengruppe, deren Fähigkeit zur kontinuierlichen Beziehungsgestaltung die Psychiater als besonders gering eingestuft hatten, relativ regelmäßig zu ihren Ärzten geht und so eine weitgehend kontinuierliche Behandlung etabliert werden kann. Dies erhöht die Wahrscheinlichkeit, dass die Psychiater die Patienten auch bei beginnenden Krisen sehen und so gemeinsam mit den Patienten frühzeitig intervenieren können, sei es medikamentös und/oder durch die Einhaltung vermehrter Ruhephasen. Krisen werden so abgesichert und Klinikaufenthalte in manchen Situationen vermieden. Regelmäßige Kontakte sind Grundlage für mehr gemeinsame Erfahrungen und die Kenntnis der Ärzte über die aktuelle Lebenssituation der Patienten sowie deren Wünsche in der Behandlung. Auf diese Weise sind stellvertretende Entscheidungen eher möglich.

Einiges deutet darauf hin, dass die Zusammenarbeit der Patienten mit den Ärzten sich positiv auf die soziale Integration der Patienten auswirken kann: Indem die Ärzte z.B. für die teilweise sozial verunsicherten Patienten Kontakte anbahnen, immer wieder nachfragen, ob die Patienten bestimmte Kontaktangebote wahrnehmen, durch Interventionen dazu beitragen, dass Patienten ihre Arbeit behalten oder indem sie die Patienten auffordern, eine ihren Fähigkeiten entsprechende Arbeit zu suchen und sich nicht frühzeitig aus dem Erwerbsleben zurückzuziehen.

Einige Patienten haben darauf hingewiesen, dass diese Art der Zusammenarbeit ihre Kompetenzen im Umgang mit der Erkrankung fördert. Indem ihnen die Ärzte zutrauen, Eigenständigkeit zu leben und sie ihnen Mut machen, geben sie den Patienten die Möglichkeit, Erfahrungen in der Krankheitsbewältigung zu sammeln. Gleichzeitig bieten die Ärzte den Patienten durch ihre Beteiligung ein Sicherheitsnetz, so dass z.B. missglückte Versuche, Medikamente abzusetzen, nicht zu einer massiven Krise führen müssen.

Die Patientin Frau Viktor hat mit ihren Aussagen über Frau Luhna maßgeblich zur Bildung der Kategorie „individuelle Wege“ beigetragen. Sie betonte, dass es durch diese Art der Zusammenarbeit möglich sei, Wege der Lebensführung zu beschreiten, die von den normalen Lebensentwürfen abweichen. Frau Luhna unterstütze sie in

vielen Fällen durch ihre gesellschaftliche Machtposition darin, einen Lebensstil zu finden, der ihren Bedürfnissen als Psychoseerfahrene entgegen komme.

Und schließlich habe ich eine weitere Konsequenz dieser Art der Zusammenarbeit zwischen Ärzten und Patienten beobachten können. Sie führt zu einer hohen Arbeitsbelastung der Ärzte und wurde von den teilnehmenden Psychiatern auf Kosten ihrer Freizeit und eigenen notwendigen Erholungsphasen gewährleistet.

Die Erfahrungen aus diesem Projekt haben gezeigt, dass es möglich ist, partizipative Behandlungen mit psychoseerfahrenen Patienten zu etablieren. Dies gilt zumindest für die Patientengruppe, die hier befragt wurde, und die ohne Zweifel eine sehr selbständige Teilgruppe psychoseerfahrener Patienten darstellt.

Die schlichte Dichotomie zwischen Kontrolle und geteilter Entscheidung erscheint nicht sinnvoll, um Arzt-Patient-Zusammenarbeit zu beurteilen.

Die beforschten Psychiater haben gezeigt, welche Haltung, Flexibilität und Formen des Umgangs dazu beitragen, tragfähige Beziehungen zu Patienten zu entwickeln, die von jenen als dialogisch und partnerschaftlich angesehen werden.

Es wurde deutlich, dass diese Art der Behandlung ein hohes Maß an Bezogenheit und eine kontinuierliche Beziehung erfordert. Es geht nicht allein darum, den Patienten die Verantwortung für Behandlungsschritte zu überlassen. Sondern im Gegenteil haben die ambulant behandelnden Ärzte, indem sie die Verantwortung an die Patienten abgeben, selbst ebenfalls mehr Verantwortung und müssen größere Risiken eingehen, z.B. wenn die Patienten die Dosis der Medikamente reduzieren möchten.

Die Psychiater haben auch gezeigt, wie schwierig diese Zusammenarbeit unter den gegenwärtigen Bedingungen zu realisieren ist und somit abhängt von der individuellen Bereitschaft des Arztes, sich jenseits von ökonomischen Zwängen in den Dienst der Patienten zu stellen. In einer sozialen Situation, in der sich der sog. „aktivierende Sozialstaat“ zurückzieht und dem einzelnen mehr Verantwortung für das eigene Wohl überlässt, erhält ein ambulant behandelnder Psychiater die Rolle, Patienten mit Psychosen so zu unterstützen, dass sie die Autonomie auch leben können, die ihnen zugeschrieben wird. Allein mit der Reduktion von Unterstützung würde aufgrund der politischen und gesellschaftlichen Rahmenbedingungen eher eine Vernachlässigung dieser Patientengruppe entstehen. Die Ergebnisse dieser

Studie zeigen somit auch, dass eine ausschließlich auf die Selbstverantwortung der Patienten setzende ärztliche Behandlung die Gefahr in sich birgt, dass diese Patienten in entscheidenden Momenten ihrer Erkrankung nicht auf ärztliche Hilfe zurückgreifen können.

Obwohl sich einige Faktoren der Modelle, die Ausgangspunkt der Studie waren, hier replizieren ließen, belegen die Ergebnisse dieser Untersuchung, dass das Verständnis, das den Modellen zur Patientenbeteiligung an medizinischen Entscheidungen zugrunde liegt, weiter differenziert werden muss.

8.3 Weitergehende Fragestellungen

Aus den dargestellten Limitierungen dieser Studie ergeben sich weitergehende Fragestellungen für anschließende Forschungsbemühungen. Vor allem wäre zu klären, ob sich das Konzept der „gelungenen Zusammenarbeit“, das sich in dieser Forschungsarbeit immer mehr durchgesetzt hat und das sowohl partizipative als auch kontrollierende, die Einflussnahme der Patienten beschränkende Anteile enthält, auch übertragen lässt auf Patienten mit anderen Erkrankungen. Weitergehende Studien könnten das Verständnis davon erweitern, welche Faktoren für die von Patienten und Ärzten präferierten und umgesetzten Modelle von Partizipation entscheidend sind. Konkrete Fragestellungen lassen sich ableiten.

Hinsichtlich der Patienten:

- Lassen sich andere Erkrankungen finden, die ähnliche Implikationen für das Bedürfnis und die Fähigkeiten der Patienten haben, Entscheidungen über die eigene Behandlung zu treffen? Inwieweit ähneln die präferierten und realisierten Formen partizipativer Zusammenarbeit mit Ärzten den in dieser Studie vorgefundenen?
- Wie unterscheiden sich die Erwartungen bzw. Präferenzen der Patienten in Abhängigkeit von der Dauer der Erkrankung? U.a.: Wie ändern sie sich vom Zeitpunkt der Erstmanifestation der Krankheit an bis zu einem Zeitpunkt mehrere Jahre später? Lassen sich typische Verläufe erkennen?
- Welche Rolle spielt der chronische Aspekt der Erkrankung? Wie lassen sich die Unterschiede insbesondere zu tödlich verlaufenden Erkrankungen

beschreiben? Finden sich hier vergleichbare Erwartungen und Interaktionsformen?

Hinsichtlich der Ärzte:

- Welche Rolle spielen die Länge und die Art der Berufserfahrungen der Ärzte in ihrer Bereitschaft, Patientenpartizipation zuzulassen?
- Welche Rolle spielt die psychotherapeutische Zusatzausbildung der Ärzte?
- Sind entsprechende Interaktionsformen auch bei anderen Fachgruppen (z.B. bei Chirurgen) zu finden? Wo bestehen ggf. Unterschiede und woraus lassen sich diese erklären?
- Sind die Haltungen, die die Ärzte hier beschrieben haben und die ihren Umgang mit den Patienten maßgeblich prägen, auch bei anderen Berufsgruppen zu finden (sowohl bei ärztlichen als auch bei anderen „helfenden“ Berufen). Inwieweit sind sie identisch? Gibt es zentrale Kriterien? Und wie sind diese Haltungen aktiv zu vermitteln?

Mit der Beantwortung dieser Fragen ließe sich klären, inwieweit die vorliegenden Ergebnisse auf den beforschten Patienten- und Ärztekreis begrenzt sind und wie eine Übertragbarkeit des Konzeptes der „gelungenen Zusammenarbeit“ auf andere Arzt-Patient-Konstellationen möglich ist. Daraus könnten sich in Bezug auf aktuelle Diskussionen um die Inhalte der ärztlichen Ausbildung sowie die Wirksamkeit bestimmter Behandlungsmethoden Handlungsstrategien und Modelle hilfreicher Interaktion ableiten und für die Praxis nutzbar machen lassen.