

TECHNISCHE UNIVERSITÄT MÜNCHEN

Fakultät für Medizin

Shared Decision Making bei akutpsychiatrischen Patienten mit Störungen aus dem schizophrenen Formenkreis - eine qualitative Untersuchung

Stefanie Christina Becher

**Vollständiger Abdruck der von der Fakultät für Medizin der Technischen
Universität München zur Erlangung des akademischen Grades einer
Doktorin der Medizin genehmigten Dissertation.**

Vorsitzender: Prof. Dr. Lars Mägdefessel

Prüfer der Dissertation: 1. apl. Prof. Dr. Johannes Hamann

2. Prof. Dr. Dr. Thomas R. Tölle

**Die Dissertation wurde am 11.03.2021 bei der Technischen Universität
München eingereicht und durch die Fakultät für Medizin am 12.10.2021
angenommen.**

Inhaltsverzeichnis

1	VORWORT	5
2	EINLEITUNG	6
2.1	Die therapeutische Entscheidung als essenzielles Element des Behandlungsprozesses	6
2.2	Die Arzt-Patienten-Beziehung im Wandel	7
2.3	Shared Decision Making	8
2.4	Stand der Forschung zu Shared Decision Making	9
2.4.1	Shared Decision Making in der somatischen Medizin	9
2.4.2	Shared Decision Making in der Psychiatrie	10
2.5	Besonderheiten in der therapeutischen Zusammenarbeit zwischen Behandler und Patient im Kontext der Schizophreniebehandlung	13
2.6	Shared Decision Making PLUS	15
2.6.1	Harvard Negotiation Project	17
2.6.2	Motivational Interviewing/LEAP	19
3	ZIELSETZUNG	21
3.1	Derzeitiger Erkenntnisstand	21
3.2	Fragestellung	21
4	MATERIAL UND METHODEN	22
4.1	Studiendesign	22
4.1.1	Quantitativer Studienteil: Ablauf, Kontext und Ergebnisse	23
4.1.2	Qualitativer Studienteil	25
4.1.2.1	Führung der Interviews und Selektion des Materials.....	25
4.1.2.2	Vorgehensweise der inhaltlich strukturierenden qualitativen Inhaltsanalyse	26

4.1.2.3 Erster Auswertungsschritt: Elemente von SDM.....	26
4.1.2.3.1 Selektion der genannten Entscheidungen	26
4.1.2.3.2 Klassische Schritte im SDM-Prozess.....	27
4.1.2.3.3 Grenzen des Kategoriensystems und Notwendigkeit eines weiteren Instrumentes	28
4.1.2.4 Erster Auswertungsschritt: Stufenmodell der Partizipation.....	29
4.1.2.4.1 Erstellung eines zweiten Kategoriensystems.....	29
4.1.2.4.2 Kodierleitfaden	30
4.1.2.5 Zweiter Auswertungsschritt: Identifizierung von erleichternden und erschwerenden Faktoren für Shared Decision Making.....	30
4.1.2.5.1 Erstellung eines Kategoriensystems	31
4.1.2.5.1.1 Die Frage nach der Polarität.....	31
4.1.2.5.1.2 Materialdurchlauf	33
4.1.2.5.2 Kodierleitfaden zweiter Auswertungsschritt	33
5 ERGEBNISSE	35
5.1 Ergebnisse erster Auswertungsschritt.....	35
5.1.1 Stufen von SDM	35
5.1.1.1 Abgrenzung, Inhalte und Beispiele.....	35
5.1.1.2 Zusammenfassende Beurteilung.....	41
5.2 Ergebnisse zweiter Auswertungsschritt.....	44
5.2.1 Analyse entlang von Haupt- und Subkategorien	47
5.2.1.1 Contra-SDM-Faktoren.....	48
5.2.1.2 Pro-SDM-Faktoren	55
5.2.2.2 Zusammenfassung.....	62
5.2.1.3 Zwang und Mitentscheiden	62
6 DISKUSSION.....	66
6.1 Stärken und Grenzen der Untersuchung.....	67
6.2 Vergleich mit bestehenden Forschungsergebnissen.....	68
6.3 Mögliche Schlüsse für die klinische Praxis	71

7	ZUSAMMENFASSUNG	76
8	LITERATURVERZEICHNIS.....	81
9	ANHANG	85
9.1	Elemente von SDM: Kategoriensystem, Definition und Ankerbeispiele	85
9.2	Stufen von SDM: Definition und Ankerbeispiele.....	95
9.3	Pro- und Contra-SDM-Faktoren: Definition und Ankerbeispiele	99
	9.3.1 Contra-SDM	99
	9.3.2 Pro-SDM.....	105
9.4	Kodierregeln	110
9.5	Vollständiges Kategoriensystem zweiter Auswertungsschritt:	114
10	TABELLEN- UND ABBILDUNGSVERZEICHNIS.....	119
11	ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS FÜR TEXT UND INTERVIEWMATERIAL..	121
12	DANKSAGUNG.....	122

1 Vorwort

Der Prozess der medizinischen Entscheidungsfindung befindet sich seit den 1980er Jahren im Wandel. Bevorzugte die Mehrheit der Patienten damals noch das paternalistische Modell, wobei dem Arzt die aktive und zugleich autoritäre Rolle zukam, so haben die meisten Patienten heute andere Bedürfnisse.

Durch zuvor nie gekannte Möglichkeiten der Informationsfindung im Internet scheint der Patient zunehmend aus der passiven Rolle heraustreten zu wollen. Es reicht nicht mehr aus, dass der Arzt den Patienten lediglich informiert, für welchen nächsten Schritt in der Therapie er sich entschieden hat. Der Großteil der Patienten möchte zunehmend in den tatsächlichen Prozess der Entscheidungsfindung miteinbezogen werden.

Das Ziel dieses Forschungsprojekts soll darin liegen, herauszufinden, was sowohl Patienten als auch Ärzte im Setting der Akutpsychiatrie tun können, damit es möglichst oft und erfolgreich zum Prozess der partizipativen Entscheidungsfindung kommt. Außerdem soll geprüft werden, welche Faktoren die erfolgreiche partizipative Entscheidungsfindung begünstigen und welche sie einschränken bzw. behindern können.

2 Einleitung

2.1 Die therapeutische Entscheidung als essenzielles Element des Behandlungsprozesses

In jedem Behandlungsprozess ergeben sich früher oder später unweigerlich therapeutische Entscheidungssituationen. Arzt und Patient müssen zwischen mehreren Optionen wählen, um Weichen für das therapeutische Vorgehen zu stellen: Um eine Behandlung im eigentlichen Sinne überhaupt beginnen zu können, um eine mögliche Änderung der bisher verfolgten Strategie zu eruieren, um die Beendigung eines therapeutischen Prozesses zu erwägen; für all das sind zahlreiche Einzelentscheidungen unumgänglich.

Therapeutische Entscheidungen sind im Behandlungsprozess nicht nur unvermeidlich, sondern auch kritische Momente in der Arzt-Patienten-Beziehung, kommt es doch in vielen Fällen hierbei zu einem Aufeinandertreffen von (mindestens) zwei verschiedenen Parteien, Behandler und Patient, mit ihren unterschiedlichen Erwartungen, Erfahrungen, Motiven, Präferenzen und Vorkenntnissen. Aus verschiedenen Optionen muss die für den Patienten bestpassende, möglichst optimale gewählt werden, denn er ist es ja in (nicht ausschließlicher, aber) überwiegender Weise, der mit den Auswirkungen der getroffenen Entscheidung leben muss. Die Art und Weise, wie in der Dyade aus Behandler und Patient eine Entscheidung getroffen wird, ist eng verknüpft mit der Beziehung zwischen beiden beteiligten Parteien. Diese vollzog innerhalb des letzten Jahrhunderts einen erheblichen Wandel.

2.2 Die Arzt-Patienten-Beziehung im Wandel

Bis weit in die 1980er Jahre hinein war das paternalistische Modell der Arzt-Patienten-Beziehung in Deutschland unter Patienten und Ärzten sehr verbreitet (Klemperer 2005). Beim paternalistischen Modell kommt dem Arzt die entscheidende Führungsrolle zu (Emanuel and Emanuel 1992, Beitinger, Kissling et al. 2014). Bei ihm liegt die volle Autorität und er allein trifft die Entscheidungen für seinen Patienten gemäß seiner professionellen Einschätzung (Klemperer 2005). Der Arzt informiert den Patienten nach dem Treffen der therapeutischen Entscheidung lediglich über den neuen Therapiepfad. Dieses Konzept erscheint heute nicht mehr zeitgemäß. Mit den technischen Fortschritten der 1990er und 2000er Jahre wurde es zunehmend einfacher für Patienten, sich über ihre Krankheit und ihre Therapieoptionen zu informieren (Beck, Richard et al. 2014). Höchstwahrscheinlich begann dieser Informationsprozess schon deutlich früher als heute allgemein angenommen: Schon 1959 konstatierten *Menzel et al.*, dass mit der stärkeren Verbreitung der Printmedien in den 1950er Jahren Patienten plötzlich in der Lage seien, ihr Informationsdefizit gegenüber dem Wissensstand des Arztes zu verkleinern (Menzel, Coleman et al. 1959). Ausgestattet mit diesem neuen Wissen haben Patienten heute andere Anforderungen an den Arzt. Natürlich nutzen nicht alle die digitalen Informationsmöglichkeiten in vollem Umfang (Mano 2015). Doch sind es inzwischen nur noch die wenigsten, die die uneingeschränkte Entscheidungsgewalt bei ihrem Arzt sehen möchten (Murray, Pollack et al. 2007). Der moderne Patient möchte gründlich aufgeklärt und in signifikantem Ausmaß an der Therapie beteiligt werden (Dieterich 2007). Daher muss der Arzt auf die veränderten Patientenbedürfnisse reagieren und sich anpassen.

Als Folge der veränderten Bedürfnisse und Erwartungen entstand das Modell des „Shared Decision Making“, also der partizipativen Entscheidungsfindung (Charles, Gafni et al. 1997).

Menzel, Coleman et al. (1959) waren es auch, die in ihrer Forschungsarbeit in den späten Fünfzigerjahren zum ersten Mal die Frage stellten, ob die Einbeziehung des Patienten in die Therapieentscheidung zu den „vier Dimensionen eines modernen Arztes“ gehöre. Seitdem ist die Idee des Shared Decision Making immer mehr in den Fokus der Forschung gerückt.

2.3 Shared Decision Making

Das Konzept der partizipativen Entscheidungsfindung ist nicht neu. Aus der Somatik kommend, findet diese Form der Arzt-Patienten-Beziehung schon seit den 1990er Jahren zunehmend Anklang in der ärztlichen Fachöffentlichkeit (Laine and Davidoff 1996). Die Wirksamkeit dieses „Shared Decision Making“ in Bezug auf Faktoren wie die Patientenadhärenz wurde in anderen Fachrichtungen, wie beispielsweise der Allgemeinmedizin (Meijers, Noordman et al. 2019), durch Studien bereits gut belegt, ebenso bei speziellen Krankheitsbildern wie beispielsweise bei Diabetikern (Saheb Kashaf, McGill et al. 2017) . Die Arzt-Patienten-Beziehung steht beim Shared Decision Making in besonderem Maße im Mittelpunkt. Man könnte SDM als einen Mittelweg zwischen paternalistischem Modell und „Informed Choice“ Modell (hierbei fungiert der Arzt als Informationsvermittler und der Patient kann aus verschiedenen Therapieoptionen eigenhändig auswählen) verstehen (Charles, Gafni et al. 1999).

Eine klare Definition von Shared Decision Making im Sinne von konkreten Handlungsschritten im Umgang mit Patienten steht bisher aus, ist aber womöglich

auch gar nicht sinnvoll im Hinblick auf die Heterogenität von individuellen Arzt-Patientenbeziehungen (Charles, Gafni et al. 1997).

Der Grundgedanke von Shared Decision Making (SDM) besteht in der Begegnung zwischen Arzt und Patient auf Augenhöhe und dem Eingehen einer partnerschaftlichen Verbindung der beiden Parteien. Eine wesentliche Voraussetzung für erfolgreiches SDM ist die möglichst optimale Anpassung des für die Entscheidung relevanten Informationsstandes des Patienten an den des Arztes (Stiggelbout, Pieterse et al. 2015).

Charles, Gafni et al. (1997) postulierten folgende, der Heterogenität der Arzt-Patienten-Beziehungen gerecht werdende, Grundelemente: Beide Entscheidungspartner werden am Prozess der Entscheidungsfindung beteiligt. Währenddessen sollen die Präferenzen beider Partner deutlich gemacht werden und gleichermaßen einfließen. Dabei ist der Informationsaustausch in beide Richtungen eine wichtige Hilfestellung. Am Ende soll eine Entscheidung getroffen werden, mit der beide Partner einverstanden sind.

2.4 Stand der Forschung zu Shared Decision Making

2.4.1 Shared Decision Making in der somatischen Medizin

Seit ca. 30 Jahren wird in der somatischen Medizin zunehmend gefordert, dass der Arzt die paternalistische Arztrolle aufgibt und der Patient eine aufgeklärte und aktive Rolle annimmt. Mittlerweile gilt die mehr oder weniger intensive Einbeziehung des Patienten in den Prozess der therapeutischen Entscheidungsfindung als gute klinische Praxis. Shared Decision Making ist in der somatischen Medizin angekommen. Zahlreiche Studien belegen Vorteile für Therapieerfolg und Arzt-Patienten-Beziehung. Beispielhaft seien hier Studien über die medikamentöse

Einstellung des arteriellen Hypertonus (Deinzer, Babel et al. 2006) und die Therapiemöglichkeiten bei Brustkrebs (Vodermaier, Caspari et al. 2004) angeführt. Und doch gibt es Hindernisse, die eine noch konsequentere Implementierung von SDM hemmen. Dazu gehören unter Behandlern Faktoren wie die Furcht vor höherem Arbeitsaufwand, das Fehlen von geeigneten “Tools” zur richtigen Anwendung und die Annahme, dass bei Patienten kein Bedürfnis nach SDM besteht (Joseph-Williams, Lloyd et al. 2017). Ein möglicher Lösungsvorschlag für eine erleichterte Anwendbarkeit beinhaltet beispielsweise die Vereinfachung des Prozesses: Durch das Befolgen eines einfachen, einprägsamen, aus wenigen Schritten bestehenden Modells könnte SDM in die klinische Routine integriert werden (Elwyn, Frosch et al. 2012).

2.4.2 Shared Decision Making in der Psychiatrie

Die Psychiatrie scheint eine Sonderrolle in der flächendeckenden und dauerhaften Anwendung von SDM einzunehmen (Durand, DiMilia et al. 2018). Obwohl SDM aufgrund zahlreicher Hinweise auf positive Effekte, wie z.B. eine verbesserte Adhärenz (Thompson and McCabe 2012), bereits Einzug in die Leitlinien der Behandlung von psychiatrischen Erkrankungen, beispielsweise der Depression, gefunden hat, steht eine breite Anwendung im psychiatrischen Bereich noch aus und das, obwohl unter großen Teilen von Patienten und Behandlern gleichermaßen die Meinung vorherrscht, dass es für SDM im Sektor der psychiatrischen Erkrankungen ein großes Bedürfnis gibt (Nott, McIntosh et al. 2018). Befragt man das psychiatrische Fachpersonal nach der Sinnhaftigkeit und Notwendigkeit von SDM, so stößt man fast ausschließlich auf große Zustimmung (Chong, Aslani et al. 2013). Es gibt sogar Hinweise darauf, dass Psychiater im Vergleich zu anderen Fachdisziplinen

ein besonders hohes Maß an Patientenautonomie für angemessen halten (Falkum and Førde 2001). Akzeptanz und Offenheit für die Idee scheinen also durchaus vorhanden zu sein. Eine ubiquitäre, konsequente Anwendung konnte jedoch nicht erreicht werden (Beitinger, Kissling et al. 2014). Woran mag es liegen, dass SDM in deutschen Psychiatrien noch so wenig umgesetzt wird? Gerade in einem Feld, wo Patienten regelmäßig von schmerzlichen Autonomieverlusten und auf sie ausgeübtem Druck berichten, wo die Machtverteilung zwischen Behandler und Patient häufig besonders unausgewogen ist, wäre eine flächendeckende Implementierung wünschenswert. Zur fehlenden Anwendung trägt sicherlich das im Vergleich zur somatischen Medizin unterschiedliche Patientenkontext mit seinen krankheitsspezifischen Besonderheiten bei. *Hamann und Heres (2014)* beschreiben eine Reihe von Problemen, die in der Durchführung von SDM bei psychisch kranken Patienten apparent werden (Hamann and Heres 2014), beispielsweise eine Einschränkung der Teilnahme an Entscheidungen aufgrund symptombezogener kognitiver Einschränkungen oder die Furcht vor negativen Konsequenzen bei zu selbstbestimmtem Auftreten gegenüber dem Behandler. Insbesondere die Gruppe der Patienten, die an einer Störung aus dem schizophrenen Formenkreis leidet, nimmt nochmals eine gewisse Sonderstellung ein. Hier gibt es spezifische Herausforderungen für Patienten und Behandler, die mit diesem Störungsbild verknüpft sind. Zur Durchführbarkeit von SDM bei dieser Patientengruppe existieren einige wissenschaftliche Vorarbeiten. Einige limitierende Faktoren wurden bereits identifiziert. Dabei sind sowohl auf Patienten- als auch auf Behandlerseite vorliegende Faktoren/präformierte Grundannahmen erwähnenswert.

- Patienten leiden an akuter Symptomatik, die SDM erschwert (Hamann, Langer et al. 2006)
- Die Kommunikation zwischen Patienten und Behandlern ist eingeschränkt (Giacco, Mavromara et al. 2018)
- Patienten sind in therapeutischen Entscheidungssituationen passiv (Hamann, Kohl et al. 2016).
- Psychiater schätzen bestimmte Patientengruppen (z.B. mit akuter psychotischer Symptomatik) und bestimmte Entscheidungsfelder (vor allem medikamentöse Entscheidungen) als weniger geeignet für SDM ein (Hamann, Mendel et al. 2009)
- Psychiater erachten Druckausübung während einer medikamentösen Einstellung bei ambivalenten Patienten als notwendig (Heres and Hamann 2017).

Konzepte für eine erleichterte, konsequente Implementierung von SDM umfassen Maßnahmen, die gleichzeitig auf Behandler- und Patientenseite ansetzen: Ärzte sollen an Kommunikationstrainings teilnehmen, Entscheidungshilfen sollen in konkreten Situationen regelhaft zum Einsatz kommen, und ebenso muss die „patientenseitige Kommunikation“ aktiviert werden (Heres and Hamann 2017).

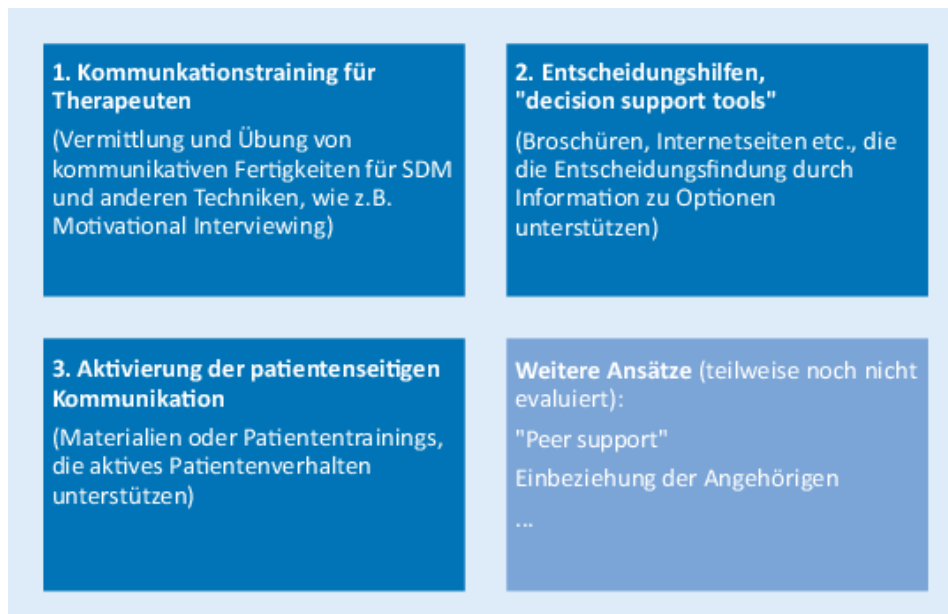


Abbildung 1: Implementierungsstrategien für SDM (Heres and Haman 2017)

2.5 Besonderheiten in der therapeutischen Zusammenarbeit zwischen Behandler und Patient im Kontext der Schizophreniebehandlung

Bezogen auf Personen, die an einem schizophrenen Syndrom leiden, ergeben sich in der Zusammenarbeit zwischen Patienten und Behandlern spezifische Herausforderungen. Oftmals sind Behandler ungünstigen Startbedingungen ausgesetzt, da Patienten gegen ihren Willen in eine psychiatrische Einrichtung gebracht wurden und keinerlei Therapiewunsch innehaben. Mitunter besteht ein richterlicher Beschluss, der eine beträchtliche Mindestverweildauer in der psychiatrischen Einrichtung vorsieht. Patienten sind also mit einer freiheitsbeschränkenden Maßnahme konfrontiert, was die Bereitschaft für eine gute Zusammenarbeit oftmals lähmt. Fehlende Krankheitseinsicht, Misstrauen gegenüber dem Behandlungsteam und durch Symptomatik verursachte kognitive Einschränkung bzw. Störungen im Kontaktverhalten sind weitere typische Gründe für eine eingeschränkte Zusammenarbeit. Weiterhin besteht bei Patienten nicht selten

aufgrund akuter Symptomatik Selbst- oder Fremdgefährdung, was ein produktives Miteinander mitunter vorübergehend erheblich einschränkt.

Aber auch bei Patienten mit prinzipiellem Therapiewunsch und der Bereitschaft zur Aufnahme einer medikamentösen Therapie können sich spezifische Schwierigkeiten im Therapieverlauf ergeben. Die für einen langfristigen Therapieerfolg essenzielle dauerhafte pharmakologische Compliance kann von Patienten oft nicht gewährleistet werden. Heute eingesetzte Antipsychotika unterscheiden sich, bezogen auf Positiv- und Negativsymptome, in der Potenz ihrer Wirkung. Während Positivsymptome wie Wahn und Halluzinationen oftmals sehr effizient behandelt werden können, lassen sich ausgeprägte Negativsymptome oftmals nur schleppend und schwer verbessern. Zu einer mitunter insuffizienten Symptomkontrolle kommt ein reiches Spektrum an Nebenwirkungen. Typisch sind zum Beispiel Bewegungsstörungen oder ausgeprägte Gewichtszunahme, was von den Patienten als sehr störend empfunden wird und immer wieder zum eigenmächtigen Absetzen der Medikation führt. Für eine erfolgreiche Rezidivprophylaxe ist jedoch eine konsequente, lückenlos eingenommene Dauermedikation von Nöten. Somit ergeben sich aus mangelnder Compliance häufige Rezidive und Rehospitalisierungen. Patienten werden hierdurch nicht selten zunehmend therapiemüde. Das Interesse an einer Einflussnahme auf die eigene Therapie sinkt, worunter die gute Zusammenarbeit zwischen Behandler und Patient leidet.

Durch die in vielen Fällen langjährigen Krankheitsverläufe sind die Patienten auf häufige Arztkontakte angewiesen (Wittchen 2001). Um den oben dargestellten Circulus vitiosus zu durchbrechen, gilt es daher, den Patienten von Beginn an in die Wahl des therapeutisch einzuschlagenden Pfades eng miteinzubinden, um eine dauerhaft passende Therapiestrategie zu wählen, die eine möglichst optimale Langzeit-Compliance erleichtern könnte

2.6 Shared Decision Making PLUS

Therapeutische Entscheidungssituationen sind im klinischen Alltag naturgegeben genauso vielfältig wie die Patienten, um die sie entstehen. *Hamann und Heres (2014)* erkannten eine Notwendigkeit, den klassischen SDM-Ansatz mit zusätzlichen Techniken zu komplementieren, um eine breitere Anwendbarkeit zu schaffen. Diese zusätzlichen Strategien werden im Ausdruck „Shared Decision Making PLUS“ subsummiert (Hamann and Heres 2014). SDM PLUS kann als Erweiterung von SDM für bestimmte Situationen im klinischen Alltag verstanden werden, bei denen die Anwendung von klassischem SDM schwer realisierbar ist. SDM PLUS versucht nicht, ein Ersatz für SDM zu sein, sondern durch zusätzliche Ansätze in definierten Situationen, die sonst rundheraus eine Domäne der paternalistischen Entscheidungsfindung wären, eine Miteinbeziehung überhaupt erst zu ermöglichen (wenn auch gegebenenfalls in kleinerem Rahmen).

SDM PLUS beinhaltet, wie oben erwähnt, die Anwendung bestimmter, zusätzlicher Techniken, um Miteinbeziehung zu ermöglichen. *Hamann und Heres (2014)* schlagen ein schematisches, situationsabhängiges Vorgehen vor: Als Erstes muss vom Behandler eine Analyse der Situation durchgeführt werden mit anschließender Einordnung in folgende Kategorien:

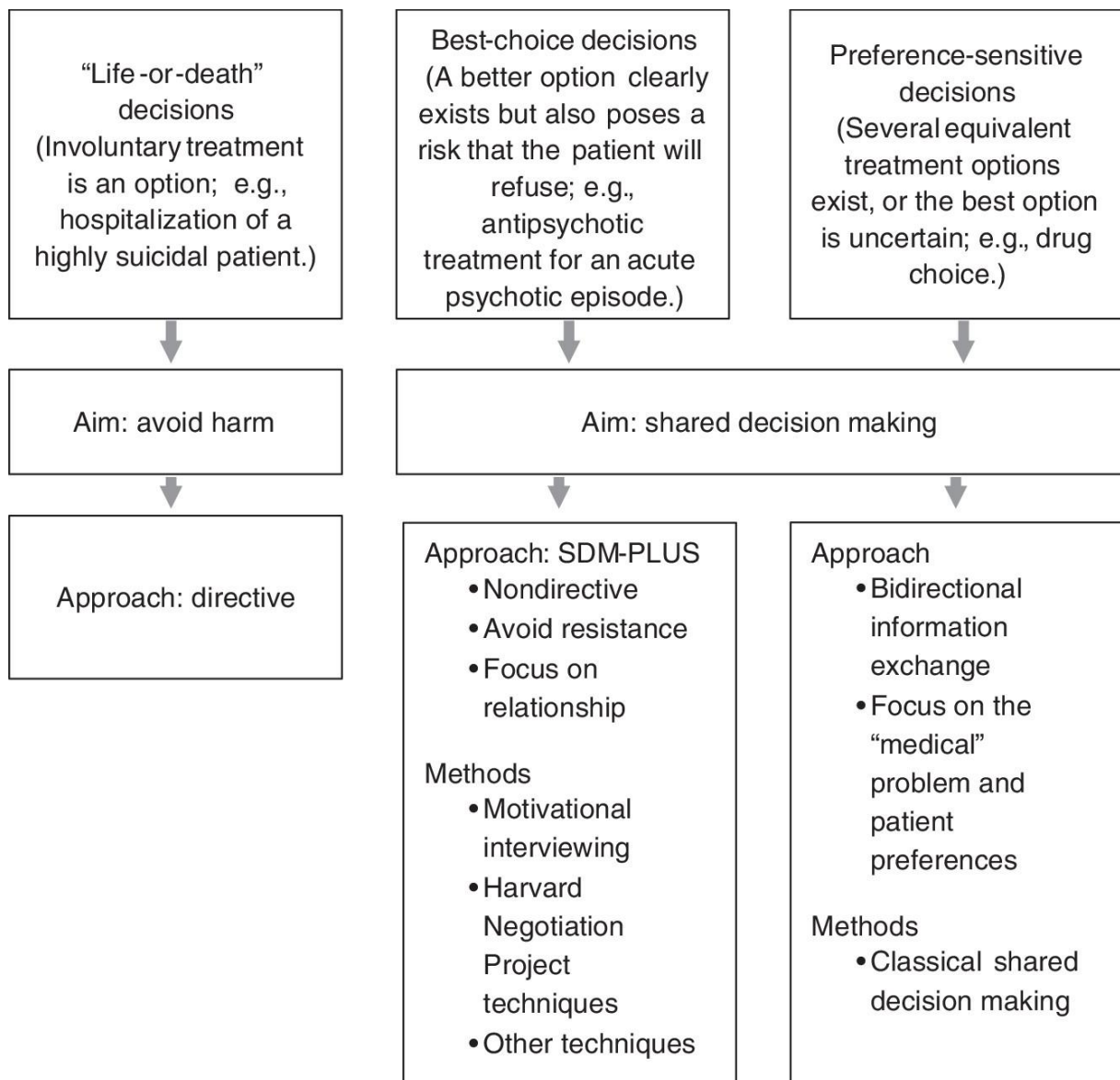


Abbildung 2: Situationsbezogene Anwendung von Shared Decision Making (Hamann and Heres 2014)

Laut *Hamann und Heres* (2014) ist SDM in (den sehr seltenen) „life or death“-Entscheidungssituationen nicht möglich. Der Behandler trägt hierbei die Verantwortung für das Wohlergehen des Patienten, sodass für derartige Situationen keine andere Option als eine paternalistische Herangehensweise bleibt. SDM ist somit nur in den Entscheidungssituationen überhaupt möglich, von denen bei Treffen der falschen Entscheidung keine akute Gefahr ausgeht. Diese Situationen lassen sich einteilen, in „preference-sensitive decisions“ und „best-choice-decisions“.

“Preference-sensitive decisions” sind solche Entscheidungen, bei denen mehrere gleichwertige Entscheidungsoptionen zur Verfügung stehen, unter denen der Patient quasi frei wählen kann, beispielsweise eine Entscheidung zwischen verschiedenen vergleichbaren Medikamenten zur Behandlung bestimmter Symptome. Diese Entscheidungssituationen eignen sich gemäß obiger Forschungsarbeit am besten für die Anwendung von „klassischem“ SDM.

„Best-choice-decisions“ sind solche, bei denen mehrere, in ihrer Wertigkeit oder Eignung für den Patienten aus der Sicht des Behandlers sehr differierende Behandlungsmöglichkeiten zur Verfügung stehen, beispielsweise in der Therapie eines akuten schizophrenen Syndroms die Behandlung mit versus ohne Antipsychotikum. Da in diesen Entscheidungssituationen keine akute Gefahr für den Patienten besteht, ist SDM sehr wohl möglich, muss aber durch den Behandler flexibel angepasst werden, um hier noch implementierbar zu sein (Hamann and Heres 2015). Eine Anpassung in diesen Fällen ermöglicht das „Schließen der Lücke zwischen klassischem SDM und Paternalismus“ und kann in Form von Shared Decision Making PLUS stattfinden.

2.6.1 Harvard Negotiation Project

Die Handlungsstrategien des SDM PLUS sind unter anderem abgeleitet aus dem von *Fisher und Ury (1991)* im Rahmen des „Harvard Negotiation Projects“ veröffentlichten Buch „Getting to Yes – Negotiating an agreement without giving in“. (Ury 1991) Darin vorkommende Strategien für die Verhandlung zwischen zwei Parteien unterschiedlichen Standpunktes wurden im Rahmen des juristischen Verhandlungsprozesses entwickelt und dann für die Anwendung in vielen anderen

Bereichen, in denen es zu schwer lösbar Situationen zwischen verschiedenen Verhandlungspartnern kommt, generalisiert.

Bestimmte darin vorkommende Lösungsstrategien wurden von *Hamann und Heres (2017)* für den Kontext des SDM PLUS ausgewählt und modifiziert. Sie empfehlen unter anderem zwei Vorgehensweisen: Statt in schwierigen Situationen spontan emotional oder unbedacht zu reagieren, sollen sowohl Behandler als auch Patient „Time-Outs“ nehmen, das heißt, sich bewusst aus der Situation entfernen, sich wieder beruhigen, währenddessen eine Strategie für die weitere Verhandlung mit dem Anderen zurechtlegen und dann zu einem vereinbarten Zeitpunkt in die Verhandlung zurückkehren. (Johannes Hamann and Stephan Heres 2015)

Des Weiteren raten *Hamann und Heres (2017)* gemäß dem Vorbild von *Ury (1991)* dem Behandler, vor einer Verhandlung mit dem Patienten alternative, sekundäre Entscheidungsmöglichkeiten für diesen zu entwickeln, falls er die primär angebotenen, möglicherweise sogar schon vereinbarten, Optionen unerwartet ablehnt. Dieses Entwickeln und Anbieten der zweitbestmöglichen (unter Umständen auch dritt-/viertbestmöglichen usw.) Option wird von den Autoren BATNA genannt, best alternative to negotiated agreement. Hat der Behandler bei Eintreten in eine Verhandlung alternative Optionen zur Auswahl, die dem Patienten angeboten werden können, ist es dem Behandler möglich, entspannt zu verhandeln und er muss nicht fürchten, im Falle einer Weigerung des Patienten durch spontanes Handeln seine Beziehung zum Patienten zu verschlechtern.

Als weiteren Punkt befürworten *Hamann und Heres (2017)* eine gute Vorbereitung auf das Verhandlungsgespräch. Das umfasst zum Beispiel die Vereinbarung eines festen Termins zu einem definierten Thema, die Anwesenheit von sinnvoll für die Therapieentscheidung ausgewählten Teilnehmern, einen angemessenen Zeitrahmen, das Fehlen von Unterbrechungen und eine vorhergehende inhaltliche

Auseinandersetzung der Teilnehmenden mit dem Thema, die zur Entwicklung eines klaren Plans (mit möglichen Alternativen) geführt hat.

Bei aller optimaler Vorbereitung bleibt schließlich die gegenseitige Wertschätzung eine unabdingbare Voraussetzung für eine erfolgreiche Verhandlung zwischen den beteiligten Parteien.

2.6.2 Motivational Interviewing/LEAP

Ein weiteres Schlüsselement von SDM PLUS ist „Motivational Interviewing“/ „Reflective Listening“. Diese aus der Suchttherapie stammende Gesprächstechnik beinhaltet das nicht-lösungsorientierte Zuhören durch den Behandler im Kontakt mit dem Patienten und will die Herausarbeitung und Bewusstmachung von intrinsischen Ambivalenzen des Patienten in Bezug auf seine Situation fördern, sodass es diesem gelingen kann, pathologische Muster (wie Suchtverhalten) zu identifizieren. So soll im Patienten die Motivation zur Veränderung des pathologischen Verhaltens entstehen und wachsen. (Bennett 1992). Motivational Interviewing (MI) lässt sich aber auch bei Patienten mit anderen psychischen Erkrankungen erfolgreich anwenden.

Gesprächstechniken, die MI beinhalten, zeigten sich bei Patienten mit Schizophrenie in Bezug auf die Verbesserung einer langanhaltenden medikamentösen Adhärenz konventionellen psychotherapeutischen Gesprächsansätzen überlegen (Zygmunt, Olfson et al. 2002)

Eine Weiterentwicklung dieses Ansatzes für die Behandlung von Patienten mit Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis wurde von *Xaxier Amador* (1994) in Form des „LEAP“-Kommunikationsprogramms (L für „Listen“, E für „Empathize“, A für „Agree“, P für „Partner“) vorgenommen. *Amador* beleuchtet unter anderem das Konzept der Anosognosie, das krankhafte Nichterkennen einer

offensichtlich pathologischen Symptomatik (Amador, Flaum et al. 1994). *Amador (1994)* sieht hierin Parallelen zur Schizophrenie: Bezogen auf das Thema Krankheitseinsicht bzw. Mangel derselben, lässt sich ein Vergleich ziehen. Er postuliert also, dass es dem krankheitsuneinsichtigen Patienten schlichtweg nicht möglich ist, seine offensichtlich pathologische Symptomatik zu erkennen. Dies soll vom Behandler nicht angefochten werden, da daraus nur Misstrauen und ein Verlust der guten Arzt-Patienten-Beziehung resultieren können. Stattdessen kann es durch die Anwendung der vier Komponenten des LEAP-Schemas gelingen, die Einstellung des Patienten zu einer Behandlung zu verbessern und Krankheitseinsicht zu fördern.

3 Zielsetzung

3.1 Derzeitiger Erkenntnisstand

Zwar existieren bereits Studien zur Durchführbarkeit von SDM im Bereich der Psychiatrie. Doch fehlen überzeugende Erkenntnisse über die Anwendbarkeit bzw. Effekte von SDM bei schwer kranken Akutpatienten mit Störungen aus dem schizophrenen Formenkreis. Mit SDM PLUS wurde eine Methodenerweiterung von SDM zur breiteren Implementierbarkeit in der Psychiatrie geschaffen. Das Ziel dieser Studie war somit, die Anwendbarkeit von SDM (inklusive SDM PLUS-Techniken) im Rahmen der stationären psychiatrischen Akutversorgung von Patienten mit Erkrankungen des schizophrenen Spektrums zu untersuchen. Dabei sollte geprüft werden, ob die konsequente Anwendung von SDM zu einer als stärker erlebten Einbeziehung in therapeutische Entscheidungen seitens der Patienten führte. Außerdem sollte zur Klärung beigetragen werden, welche möglichen Faktoren den Einsatz von SDM im klinischen Alltag beschränken oder erleichtern.

3.2 Fragestellung

Diese Forschungsarbeit basiert auf qualitativen Daten, die in der SDM-PLUS-Studie durch Patienten- und Behandlerbefragungen generiert wurden und hat zum Ziel, das Maß an angewandtem SDM bei akut erkrankten Patienten mit Diagnosen aus dem schizophrenen Formenkreis während der stationären Behandlung in geschlossenen Stationen zu untersuchen und Erkenntnisse über die erlebten hindernden und erleichternden Faktoren bezüglich SDM in besagtem Setting im Kontext einer vorangegangenen erfolgreichen SDM-Intervention zu gewinnen.

4 Material und Methoden

4.1 Studiendesign

Bei der SDM-PLUS-Studie handelte sich um eine prospektive Cluster-randomisierte Studie, die sich im Sinne eines Mixed-Methods-Designs in einen quantitativen und einen qualitativen Forschungsansatz aufgliederte. Inhalt dieser Dissertation ist der qualitative Studienteil (s.u.). Die Untersuchung richtete sich an Patienten (18-65 Jahre) mit der Diagnose Schizophrenie (F20.-), akute vorübergehende psychotische Störung (F23.-) oder schizoaffektive Störung (F25.-). Die Größe der Stichprobe lag bei 322 Patienten. Zwölf psychiatrische Akutstationen nahmen an der Studie teil, davon waren sechs Interventionsstationen und sechs Kontrollstationen.

Teilnehmende Kliniken waren das Isar-Amper-Klinikum-Nord München Schwabing, das Isar-Amper-Klinikum-Ost Haar, das Isar-Amper-Klinikum-Südwest Haar, das Lech-Mangfall-Klinikum Agatharied und das Bezirkskrankenhaus Augsburg.

Die Patienten der Interventionsgruppe nahmen an einer auf Station abgehaltenen Patientengruppe namens „Wie spreche ich mit meinem Psychiater?“ teil, in der den Patienten Kommunikationskompetenzen und Vorbereitungsstrategien für ihre Arztgespräche vermittelt werden sollten (Hamann, Mendel et al. 2011). Ziel war es, die Patienten zu motivieren, aktiv an ihren Therapieentscheidungen teilzunehmen und besser mit ihrem behandelnden Arzt zusammen zu arbeiten. Die Behandler der Interventionsgruppe wurden in mehreren Workshops im oben beschriebenen Ansatz SDM PLUS geschult und dazu motiviert, die Patienten möglichst viel in Entscheidungssituationen einzubeziehen (Hamann, Holzhuter et al. 2017).

Die Patienten der Kontrollgruppe erhielten eine übliche stationäre Behandlung nach derzeitigem Standard. Die Behandler der Kontrollstationen erhielten ebenso wenig eine Intervention.

4.1.1 Quantitativer Studienteil: Ablauf, Kontext und Ergebnisse

Im quantitativen Teil der Studie wurde versucht zu klären, wie sich das erlebte Ausmaß an Einbeziehung in die Therapie auf Patientenzufriedenheit und Compliance auswirkte. Das Paper *“Implementing shared decision-making on acute psychiatric wards: a cluster-randomized trial with inpatients suffering from schizophrenia (SDM PLUS)”* wurde in „Epidemiology and Psychiatric Sciences“ zur Publikation angenommen (Hamann, Holzhüter et al. 2020). Die Ein- und Ausschlusskriterien, der Ablauf der Patientenrekrutierung sowie eine tiefergehende Beschreibung des Ablaufs der Intervention können dem Studienprotokoll der SDM-PLUS-Studie sowie obigem Paper entnommen werden. Die Studie fand zwischen Oktober 2016 und Oktober 2018 statt. A priori erfolgte die Schulung der therapeutischen Teams der Interventionsstationen in Form von Workshops. Wichtige Kernelemente von Shared Decision Making sowie Strategien zu dessen Implementierung in den klinischen Alltag mit SDM PLUS wurden den Behandlern nähergebracht.

Die Teilnahme an der Untersuchung beinhaltete für alle Interventionspatienten die regelmäßige Teilnahme an der Patientengruppe „Wie spreche ich mit meinem Psychiater?“, die auf jeder der Interventionsstationen zwei Mal wöchentlich durch die Untersucher abgehalten wurde. Diese Leitfaden-gestützte, manualisierte Therapiegruppe hatte zum Ziel, bei den Patienten ein Bedürfnis nach Partizipation zu wecken, sie zu motivieren, aktiv an therapeutischen Entscheidungen teilzunehmen und das Verhalten in Arztgesprächen zu verbessern.

An zwei Zeitpunkten während des stationären Aufenthaltes wurden die Patienten mithilfe von Fragebögen befragt. Weiterhin wurden die Patienten und deren ambulante Behandler postalisch im Verlauf eines Jahres nach zu vier weiteren Zeitpunkten befragt, um die Ergebnisse im zeitlichen Verlauf beurteilen zu können. Das Maß an von Patienten erlebter Miteinbeziehung in therapeutische

Entscheidungen wurde mithilfe des SDM-Q-9-Fragebogens (siehe Anhang) untersucht. Dieser wurde bei den jeweiligen Behandlern in einer eigenen Version zu denselben Zeitpunkten parallel erhoben. Weitere, durch zusätzliche Fragebögen untersuchte, Parameter waren ein eventueller Einfluss der Intervention auf die therapeutische Beziehung, Zufriedenheit und Adhärenz bezogen auf die Therapie sowie die patientenseitig erlebte Lebensqualität. Inhalte der Nachbeobachtung waren u.a. Zufriedenheit, medikamentöse Compliance und Anzahl der Rehospitalisierungen.

322 Patienten wurden in die Studie eingeschlossen, davon 161 auf Interventions- und 161 auf Kontrollstationen. Die Geschlechterverteilung belief sich auf 160 Frauen und 162 Männer, davon 84 Frauen und 77 Männer in der Interventionsgruppe (IG) und 76 Frauen und 85 Männer in der Kontrollgruppe (KG). Das mittlere Alter der Patienten betrug 41,8 Jahre. In der IG waren die Patienten durchschnittlich 42,1 Jahre alt und in der KG 41,4 Jahre. Die Verteilung der Diagnosen belief sich auf 214 Patienten mit Schizophrenie (99 in der IG und 115 in der KG), 90 mit schizoaffektiver Störung (52 in der IG und 38 in der KG) sowie 18 Patienten mit anderen F2-Diagnosen (10 in der IG und 8 in der KG). Beide Gruppen unterschieden sich nicht signifikant im Hinblick auf Geschlecht, Alter, Diagnosen, Erkrankungsdauer, Bildungsstand und Beruf.

Bezüglich des quantitativen Outcomes war der Parameter von größtem Interesse das Maß an von Patienten erlebter Miteinbeziehung, gemessen am SDM-Q-9-Fragebogen). Ein Unterschied von mindestens 15 Punkten zwischen IG und KG wurde a priori als klinisch signifikant definiert. Zwischen IG und KG ergab sich hier ein signifikanter mittlerer Gruppenunterschied von 16,7 Punkten ($p=0,002$): Patienten der IG fühlten sich in signifikanter Weise stärker in therapeutische Entscheidungen

miteinbezogen. Jedoch zeigten sich keine Verbesserungen bezüglich Adhärenz und Rehospitalisierungsraten im Nachbeobachtungszeitraum von 12 Monaten.

4.1.2 Qualitativer Studienteil

4.1.2.1 Führung der Interviews und Selektion des Materials

Im qualitativen Teil der Studie wurden im Sinne eines „purposeful samplings“ ausgewählte Interventionspatienten durch die Untersucher in semistrukturierten, leitfadengestützten Interviews zu den Themen Zufriedenheit auf Station und Maß der Einbeziehung in therapeutische Entscheidungen befragt. Das Pendant bildeten Einzelinterviews mit den entsprechenden hauptverantwortlichen Behandlern der Patienten (Stationsärzte, Psychologen, Pflegekräfte). Die Behandler wurden zu den Themen Beziehung zum Patienten, Art der therapeutischen Entscheidungen während des stationären Aufenthaltes und Maß der Einbeziehung in dieselben und zu ihrer Einschätzung der Umsetzbarkeit von SDM beim jeweiligen Patienten befragt. Hier wurde mit einer offenen Frage zum jeweiligen Patienten begonnen. Dann wurde der Behandler gebeten, wesentliche Therapieentscheidungen im Verlauf des stationären Aufenthaltes darzulegen. Es folgte eine ausführliche Befragung, wie die einzelnen Entscheidungen zustande gekommen waren.

Aus dem „Pool“ an Interviews wurden anschließend Interviews aus korrespondierenden Patienten-Behandler-Konstellationen für die qualitative Inhaltsanalyse ausgewählt. Das so entstandene Interview-Material wurde mithilfe des Programms *f4transkript* transkribiert und formal vereinheitlicht. Anschließend erfolgte die qualitative Inhaltsanalyse mithilfe des Programms *MAXQDA 12*.

4.1.2.2 Vorgehensweise der inhaltlich strukturierenden qualitativen Inhaltsanalyse

Die strukturierte qualitative Auswertung des Materials folgte einem mehrschrittigen, hierarchischem Prozess. Da das letztendliche Ziel die Determination von SDM-erleichternden und SDM-erschwerenden Faktoren war, mussten in einem ersten Schritt die therapeutischen Entscheidungen im Text identifiziert und die Schilderungen daraufhin auf Nennungen bezüglich des Vorhandenseins/Fehlens von SDM untersucht werden. Dieser Frage näherten sich die Untersucher auf zwei verschiedene Weisen (s.u.).

Erst nachdem also für jede im Text apparente Entscheidungssituation eine Aussage im Sinne von „Hinweis auf SDM liegt vor/liegt nicht vor“ getroffen werden konnte, wurde in einem nächsten Schritt versucht, die oben erwähnten erleichternden/erschwerenden Faktoren zu eruieren.

In einem dritten Schritt wurden drei besonders auffällige, im Text wiederkehrende, Konstellationsmuster untersucht.

4.1.2.3 Erster Auswertungsschritt: Elemente von SDM

4.1.2.3.1 Selektion der genannten Entscheidungen

In einem ersten Auswertungsschritt wurde versucht, aus den Schilderungen der Befragten zu eruieren, in welchem Maße SDM bei den therapeutischen Entscheidungen des betreffenden stationären Aufenthaltes stattgefunden hatte. Da im Zuge der im Interview offen gehaltenen Frage nach den stattgehabten Entscheidungen während des Aufenthaltes von den Befragten mannigfaltige Nennungen erfolgt waren, musste nun definiert werden, welche Entscheidungen als „therapeutische“ Entscheidungen einzustufen waren. Ausgehend vom Material

wurden Entscheidungen aus den folgenden Bereichen als therapeutische Entscheidungen eingestuft: Medikamentöse Entscheidungen (Neueinstellung/Umstellung/Wiedereinstellung auf ein Antipsychotikum, Zwangsmedikation, Ansetzen/Auf-/Abdosierung von Begleitmedikation), Entscheidungen über Ausgangsregelungen (erstmaliges Gewähren von Ausgang nach Aufnahme auf die Station, Veränderung der Ausgangsregelung im Verlauf), Therapieprogramm auf Station, Wechsel auf eine andere Station/in ein anderes Zentrum, Entscheidungen im Zusammenhang mit einem Betreuungsverhältnis (Betreuungsverhältnis/-status beenden, Betreuerwechsel) Länge des stationären Aufenthaltes/Entlasszeitpunkt, Planung der Zeit nach Entlassung aus der stationären Behandlung (Weiterbehandlung in offener/geschlossener Einrichtung, Rückkehr auf den Arbeitsmarkt, Veränderung der Wohnsituation).

4.1.2.3.2 Klassische Schritte im SDM-Prozess

Anschließend wurde versucht, klassische Schritte von SDM im Sinne einer deduktiven Kategorienbildung a priori festzulegen und im transkribierten Interview-Text systematisch nach Nennungen dieser Schritte zu suchen. Für diesen Schritt erfolgte eine Orientierung an der Nationalen Leitlinie zur Behandlung der unipolaren Depression. Diese empfiehlt für eine Entscheidungsfindung im Sinne des SDM folgende elementare Schritte:

Schritt 1	Aufklärung über Diagnose, Verlauf und Prognose der Erkrankung sowie Angebot einer Partizipativen Entscheidungsfindung
Schritt 2	Gleichwertigkeit der möglichen Behandlungsoptionen betonen ("Equipoise")
Schritt 3	Behandlungsmöglichkeiten und Vor- sowie Nachteile beschreiben
Schritt 4	Explorieren von Verständnis, Gedanken und Befürchtungen des Patienten
Schritt 5	Erwartungen und unterschiedliche Entscheidungspräferenzen erfassen
Schritt 6	Entscheidung besprechen, treffen oder aufschieben
Schritt 7	Folgevereinbarung treffen

Abbildung 3: Klassische Schritte der Partizipativen Entscheidungsfindung (Programm für nationale Versorgungsleitlinien 2015)

Die sieben empfohlenen Schritte, auf deren Nennungen die Interviews untersucht werden sollten, wurden angepasst und als Kategorien formuliert (Kategoriensystem siehe Anhang). Für die strukturierte Bearbeitung des Materials nach a priori definiertem Vorgehen wurde ein Kodierleitfaden mit Definition von Ankerbeispielen zur besseren Veranschaulichung der Kernaussagen erstellt (siehe Anhang). Kodierregeln wurden erstellt, um eine einheitliche Bearbeitung des Materials durch verschiedene Untersucher zu ermöglichen (siehe Anhang). Der Text wurde nach Nennungen der Kategorien untersucht.

4.1.2.3.3 Grenzen des Kategoriensystems und Notwendigkeit eines weiteren Instrumentes

Zwar ließen sich in den Interviewtranskripten die deduktiv gebildeten Kategorien zahlreich wiederfinden, doch fiel es bei den meisten Entscheidungssituationen

schwer, Aussagen im Sinne von „gemäß Schilderung SDM erfolgt/nicht erfolgt“ zu treffen. Schnell wurde klar, dass ein solches Vorgehen die Multidimensionalität einer SDM-Therapieentscheidung nicht abbildete und die Anzahl an vergebenen Kategorien pro Therapieentscheidung nur in begrenztem Maße die Aussage „SDM ja“ oder „SDM nein“ ermöglichte, sodass eine alternative Strategie angeführt wurde.

4.1.2.4 Erster Auswertungsschritt: Stufenmodell der Partizipation

4.1.2.4.1 Erstellung eines zweiten Kategoriensystems

Um dieser Multidimensionalität besser gerecht werden zu können, wurde auf das Stufenmodell der Partizipation zurückgegriffen (Wright, Block et al. 2009).

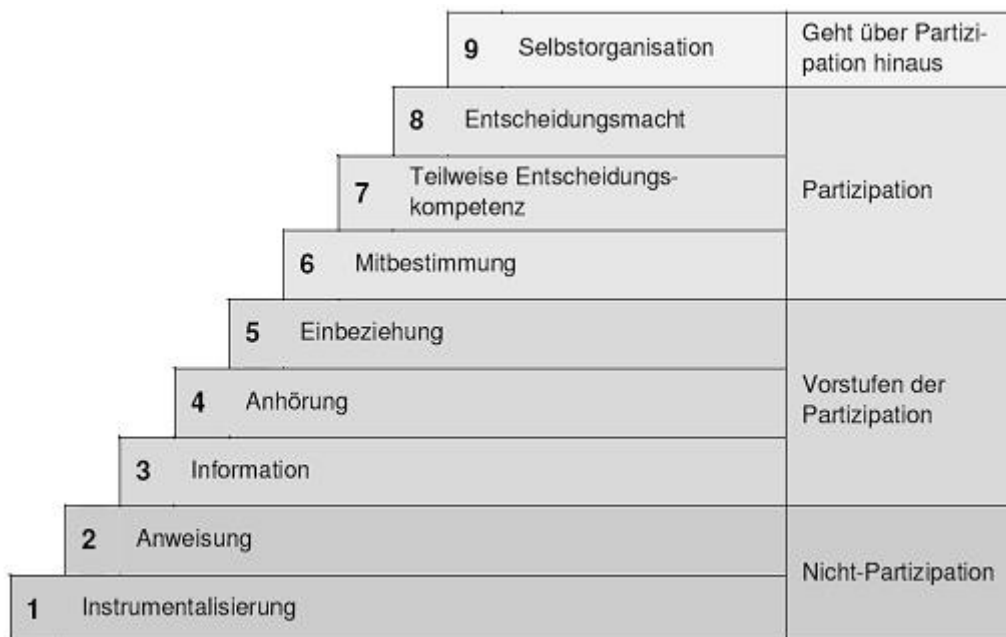


Abbildung 4: Stufenmodell der Partizipation (Wright et al., 2009)

Dieses aus der partizipativen Gesundheitsforschung stammende und hierarchisch aus neun Stufen aufgebaute Modell wurde ursprünglich von *Wright, Block et al. (2009)* als Maß der Teilhabe der Allgemeinbevölkerung an präventiven und

gesundheitsfördernden Maßnahmen entwickelt. Bei der deduktiven Kategorienbildung wurde in Stufe 1 eine Veränderung an der Vorlage vorgenommen („Erpressung/Zwang“ statt „Instrumentalisierung“), um der Tatsache gerecht zu werden, dass sich sowohl die Natur der Entscheidungen, die während eines stationär-psychiatrischen Aufenthaltes getroffen werden, als auch die Zielgruppe deutlich unterscheidet.

4.1.2.4.2 Kodierleitfaden

Das Ziel dieses Auswertungsschrittes war es, jede der 137 in den Interviews geschilderten medizinischen Entscheidungen in eine dieser neun Kategorien einzuordnen. Um dies zu ermöglichen, wurde analog zu den Elementen von SDM ein Kodierleitfaden erstellt. Es erfolgte eine Definition der einzelnen Kategorien sowie von Ankerbeispielen aus dem Interviewmaterial (siehe Anhang). Weitere Kodierregeln wurden zu den bereits bestehenden ergänzt (siehe Anhang).

4.1.2.5 Zweiter Auswertungsschritt: Identifizierung von erleichternden und erschwerenden Faktoren für Shared Decision Making

Für den nächsten Auswertungsschritt galt es, mögliche Faktoren zu identifizieren, die mit einer erleichterten/erschweren Anwendung von SDM in Verbindung standen. Dafür wurden nur die Therapieentscheidungen untersucht, bei denen im ersten Schritt nach dem Stufenmodell eine eindeutige Aussage über das Vorhandensein von SDM möglich gewesen war.

4.1.2.5.1 Erstellung eines Kategoriensystems

Die Untersuchung dieser therapeutischen Entscheidungen auf SDM-begünstigende/-behindernde Parameter erfolgte auf Basis der inhaltlich strukturierenden qualitativen Inhaltsanalyse. Zu Beginn des zweiten Auswertungsschrittes wurden zwei übergeordnete Kategorien gebildet: Pro-SDM-Faktoren und Contra-SDM-Faktoren. Das gesamte Material wurde mit diesen übergeordneten Kategorien kodiert. Hierbei wurden nur für die Forschungsfrage relevante, inhaltstragende Textstellen kodiert. Soweit möglich, bezogen sich diese Textstellen auf konkrete Entscheidungssituationen. Diese Therapieentscheidungen mussten, um für eine Kodierung relevant zu sein, während des stationären Aufenthaltes des jeweiligen Patienten getroffen worden sein, wobei hiervon wiederum Entscheidungen, die mit nicht in die Studie eingebundenen Behandlern getroffen worden waren, ausgenommen waren. Da es aber bei einer reinen Beschränkung auf diese Entscheidungssituationen nicht möglich gewesen wäre, Faktoren wie beispielsweise Grundhaltungen, Einstellungen und Vorerfahrungen zu inkludieren, war dies kein Ausschlusskriterium für die Vergabe von Codes.

4.1.2.5.1.1 Die Frage nach der Polarität

Aus dem vorherigen Schritt war bekannt, dass bei der Beurteilung der Entscheidungen nach der Frage „gemäß Schilderung SDM ja“/„SDM nein“ nur schwerlich absolute, schwarz-weiße Aussagen möglich gewesen waren. Beim ersten Materialdurchgang fiel auf, dass bei vorher als „SDM nein“-determinierten Entscheidungen trotzdem oft Aspekte sichtbar waren, die durchaus als SDM-förderlich angesehen werden konnten und umgekehrt bei als „SDM-ja“-

gekennzeichneten Entscheidungen Aspekte, die als SDM-erschwerend angesehen werden konnten.

Beispiel: Patient: „[...] ich wollte zuerst keine Medikamente akzeptieren und wurde dann aufgrund dessen... medikamentös... dazu bewilligt, Medikamente zu nehmen. Hab' ich dann gemacht und wurde dann eben auf das Soljan eingestellt und das läuft jetzt ganz gut, also das tut mir ganz gut.“ (IAK58BE14, Abschnitt 45)

So wie hier geschildert, fand bei dieser Entscheidung kein SDM statt, der Patient zeigte sich aber SDM-förderlich einsichtig/pragmatisch. Dieser Wesenszug wurde bei diesem Patienten auch in anderen Entscheidungssituationen, bei denen mehr SDM stattgefunden hatte, als relevant eingeschätzt und schien festhaltenswert. Es wurde also die grundsätzliche Entscheidung getroffen, dass an vergleichbaren Textstellen

- a) nicht nur unipolare Codes (entsprechend „gemäß Schilderung SDM ja/nein“) vergeben werden konnten, also beispielsweise in oben genanntem Fall unter anderem: Contra-SDM -> Patientenfaktoren -> „Verweigern von Medikation“.
- b) nicht einfach aus dem Positivaspekt der Umkehrschluss gezogen und entsprechend kodiert werden konnte, z.B.: Contra-SDM -> Patientenfaktoren -> „zu viel Einsicht/Pragmatismus“ (und nicht vice versa aus einem Negativaspekt).

Stattdessen war der Konsens unter den Untersuchern, in solchen Fällen pragmatisch an die Kodierung heranzutreten. Im Sinne von Einzelfallentscheidungen war an einigen entsprechenden Textstellen eine gewisse Bipolarität in der Kodierung möglich. Dies orientierte sich auch am Eindruck, den die Untersucher in zahlreichen persönlichen Gesprächen mit den jeweiligen Patienten gewonnen hatten. Trotzdem

blieb „SDM ja/nein“ für die Frage nach der Polarität stets das übergeordnete, wichtigste Kriterium.

4.1.2.5.1.2 Materialdurchlauf

Das Material wurde mehrheitlich von zwei verschiedenen Untersuchern unabhängig voneinander in dieser Art bearbeitet, um die Güte und Passgenauigkeit der bisher gefundenen Kategorien zu überprüfen. Unterschiede in der Kategorienvergabe wurden anschließend diskutiert. Bestand Uneinigkeit über die Zuordnung einer Textstelle in eine Kategorie, so wurde versucht, durch eine Einschätzung des Gesamtkontextes des jeweiligen Interviews zu einer Entscheidung zu gelangen. Falls sich auch so keine Einigkeit erzielen ließ, wurde die Beurteilung eines dritten Untersuchers ersucht. Vergeben wurde dann die mehrheitlich favorisierte Kategorie. So erfolgte im Zuge des Materialdurchlaufs eine Bildung von Haupt- und Subkategorien aus den übergeordneten Kategorien (s. Ergebnisse). Die Subkategorien wurden anschließend geordnet, sprachlich vereinheitlicht und auf ein vergleichbares Abstraktionsniveau gebracht. Anschließend erfolgte eine weitere Ausdifferenzierung der Subkategorien (Für eine Darstellung des gesamten Kategoriensystems siehe Anhang).

4.1.2.5.2 Kodierleitfaden zweiter Auswertungsschritt

Zur Kodierung des gesamten Materials entlang der Haupt- und Subkategorien war erneut die Erstellung eines Kodierleitfadens (siehe Anhang) notwendig. Hierzu mussten Definitionen festgelegt und Ankerbeispiele determiniert werden. Des Weiteren mussten nochmals weitere Kodierregeln (siehe Anhang) aufgestellt und zu den bestehenden hinzugefügt werden.

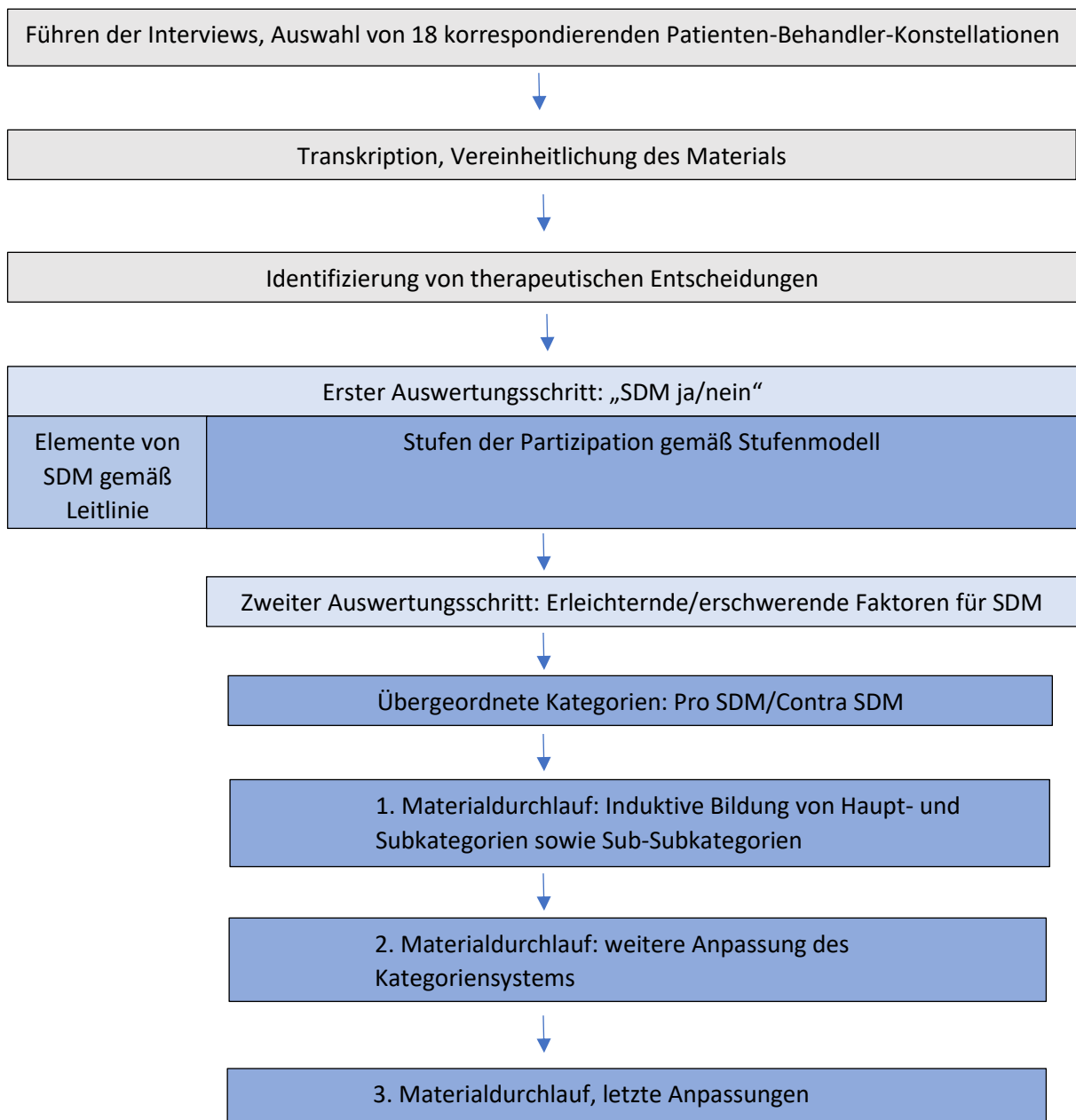


Abbildung 5: Vorgehen der qualitativen Inhaltsanalyse

5 Ergebnisse

Aus dem „Pool“ an geführten Interviews wurden 40 Einzelinterviews aus 18 Arzt-
Behandler-Konstellationen für die qualitative Inhaltsanalyse ausgewählt. Die Länge
der Interviews variierte zwischen 04:56 Minuten und 21:38 Minuten. In 14 Fällen gab
es je ein korrespondierendes Interview von Patienten und Behandler, in zwei Fällen
waren einem Patienteninterview zwei oder drei Behandler-Interviews zugeordnet,
wenn innerhalb des jeweiligen Versorgungshauses ein Wechsel des Patienten auf
eine andere, in die Studie involvierte, Interventionsstation stattgefunden hatte, bzw.
pro Patient sowohl der ärztliche als auch der pflegerische Behandler befragt wurden.
In zwei Fällen korrespondierten zwei an unterschiedlichen Zeitpunkten geführte
Interviews desselben Patienten mit einem Behandlerinterview.

Auf Patientenseite wurden 18 Patienten zwischen 18 und 65 Jahren befragt.

Die Gesprächspartner auf Behandlerseite waren 11 Stationsärzte/-innen, zwei
Psychologinnen und eine Psychiatriefachpflegekraft.

5.1 Ergebnisse erster Auswertungsschritt

5.1.1 Stufen von SDM

5.1.1.1 Abgrenzung, Inhalte und Beispiele

115 Codes wurden in diesem Auswertungsschritt vergeben. Deren Verteilung wird in
folgender Übersicht deutlich:

Stufe	Kategorie	Anzahl	Bewertung
1	Erpressung/Zwang	15	Keine Partizipation (27)
2	Anweisung	12	
3	Information	14	Vorstufen der Partizipation (50)
4	Anhörung	12	
5	Einbeziehung	24	
6	Mitbestimmung	26	Partizipation (35)
7	Teilweise Entscheidungskompetenz	5	
8	Entscheidungsmacht	4	
9	Selbstorganisation	3	Über Partizipation hinausgehend (3)

Tabelle 1: Erreichte Stufen der Partizipation

Erpressung/Zwang und Anweisung:

Bei acht verschiedenen Patienten (immerhin fast der Hälfte der interviewten Patienten) wurden im Text insgesamt 15 Mal Hinweise auf das Anwenden von Zwang oder Erpressung durch Behandler gefunden. Pro jeweilige Patienten wurde also, gemäß Schilderung der Befragten, mehrfach Zwang in der Entscheidungsfindung angewandt. Allen Betroffenen war gemein, dass diese hochsymptomatisch auf den jeweiligen Interventionsstationen aufgenommen wurden und sich eine medikamentöse Einstellung als schwierig gestaltete. Die Krankheitseinsicht wurde hier meist als gering beschrieben. Kritische Situationen schienen oft medikamentöse Therapieentscheidungen zu sein, in denen sich

Behandler und Patient in Bezug auf die Notwendigkeit eines Antipsychotikums nicht einig waren. Das von Behandlern bevorzugt genutzte Druckmittel schien die Limitierung von Ausgangsregelungen zu sein. Da die Patienten motiviert waren, eine strengere Ausgangsregelung oder sonstige Beschränkungen ihrer Autonomie zu verhindern, erfolgte immer wieder doch noch deren Einwilligung.

Arzt: „[...] sie war damit nicht einverstanden, sie sah auch ihre Diagnose nicht ein. Sie kann sich damit nicht anfreunden, dass sie eine paranoide Schizophrenie hat, das lehnt sie kategorisch ab und war dann aber bereit, nachdem der Ausgang gestrichen war, eine Medikation zuzulassen und war dann mit Amisulprid einverstanden;“ (IAKBE015-Arzt, Abschnitt 14)

Als **Anweisung** kodierte Textstellen beinhalteten ebenfalls vor allem medikamentöse Entscheidungen, wurden aber deutlich seltener berichtet und somit kodiert. Ein Behandler bemerkte, es gäbe einen Patiententypus, der von dieser Art der Entscheidungsfindung besonders profitieren würde:

Arzt: „Mit Frau X war es relativ unkompliziert, da sie eher so eine ängstliche Persönlichkeit ist, die halt eher doch so eine führende Kraft braucht, die ihr dann sagt, was sie so tun kann oder sollte.“ (IAKBE013-Arzt, Abschnitt 5)

Information, Anhörung, Einbeziehung:

Im Bereich dieser drei als Vorstufen der Partizipation zu wertenden Stufen, wurden in diesem Auswertungsschritt die meisten Codes vergeben.

Information beinhaltete das Mitteilen der geplanten Handlungsschritte, ohne dass der Patient mit Entscheidungsgewalt beteiligt wurde:

Ärztin: „[...] es ging ja dann hauptsächlich eben um..., dass man das eine ansetzt. Das haben wir natürlich dann ihm immer erzählt: "Es wird jetzt angesetzt, es wird jetzt hochdosierte." (BKHE2018-Ärztin, Abschnitt 14)

Anhörung wurde kodiert, wenn der Prozess einer Therapieentscheidung so geschildert wurde, dass die Wünsche/Vorstellungen des Patienten exploriert wurden, dies aber nicht unbedingt dazu führte, dass die Entscheidung tatsächlich gemäß diesen Vorstellungen getroffen wurde.

Interviewer: „[...] Und die Entscheidung mit der TWG [therapeutischen Wohngemeinschaft], wurden da Ihre Wünsche berücksichtigt, fühlen Sie sich da miteinbezogen in diese Entscheidung?“

Patient: „Jein. Also, ich hätte halt lieber wieder zu meinem Vater zurück und hätte das alles weiter, so, wie ich mir das vorgestellt habe, weitergeführt. Hat halt dazu nicht geführt. Aber, wie gesagt, aufgrund der Erfahrung der Ärzte haben sie gesagt, ich soll lieber mal ein bisschen piano machen und um die ganze Situation auch zu... zu entzerren, ist es eben besser, dass ich in eine TWG gehe und nicht wieder zurück nach Hause.“ (IAKBE018, Abschnitt 34-35)

Die Kategorie **Einbeziehung** kristallisierte sich als Dreh- und Wendepunkt des Kategoriensystems heraus, da sie in dessen Hierarchie die letzte Stufe darstellte, bei der noch nicht von Partizipation gesprochen werden konnte. Sie wurde kodiert, wenn (gemäß der Schilderung) vom Patienten gegebene Impulse in die Entscheidungsfindung miteinfließen, die letztendliche Entscheidungsgewalt aber klar auf Behandlerseite lag. In der folgenden Passage schilderte die Patientin, immer wieder Impulse gegeben zu haben, dass aber keine Entscheidungsgewalt vorhanden gewesen war:

Patientin: „[...] ich hab' mich halt danach gerichtet, weil ich kenn mich da zu wenig aus. Also ich hab' ihnen halt gesagt, dass das halt ganz gut funktioniert; zum Schluss

war's so, da hatte ich eben diese Spritze gekriegt, dann war die Dosis bisschen zu hoch, das hab' ich Ihnen dann auch gesagt, jetzt [haben] sie's halt bisschen niedriger gestaltet und das hat dann eigentlich ganz gut gepasst.“ (LMK19011, Abschnitt 43)

Mitbestimmung, Teilweise Entscheidungskompetenz und

Entscheidungsmacht:

Eine Kodierung dieser drei Stufen beinhaltete (gemäß Schilderung der Entscheidungssituation) das Beteiligtsein des Patienten mit Entscheidungsmacht. Nur, wenn der Patient mit Entscheidungsmacht beteiligt war, konnte von Partizipation gesprochen werden. Ob der Patient in der jeweiligen Entscheidungssituation wohl tatsächlich Entscheidungsgewalt gehabt hatte, war immer wieder schwer zu beurteilen und musste im Untersucher-Team diskutiert werden.

Mitbestimmung war mit 24 Mal eine der am häufigsten vergebenen Kategorien dieses Auswertungsschrittes.

Dass Patienten durch engagiertes Vorgehen selbst Einfluss auf das Maß ihrer eigenen Beteiligung nehmen konnten, zeigt folgende Schilderung:

Interviewer: „[...] Und wie kam es dann zu diesem Wechsel, dass Sie jetzt mittlerweile rausdürfen, wann auch immer Sie möchten?“

P: Ich hab' da drum gekämpft. Also ich hab' da an dieser...Sitzung hier bei Ihnen teilgenommen und Sie haben mir dann verschiedene Sachen gesagt. Ich hab' das dann gewusst mit dem richterlichen Beschluss durch Sie; ich hab' dann da gleich angerufen, ich hab' denen 'nen Brief geschrieben; dann hab' ich mehr Unterstützung vom Betreuer auch gehabt [...]“ (LMK19011, Abschnitt 54-59)

Teilweise Entscheidungskompetenz wurde kodiert, wenn die Beschreibung der Entscheidungssituation erkennen ließ, dass Patienten partiell die Entscheidung

bestimmten. In Abgrenzung von „Entscheidungsmacht“ trug der Arzt aber ebenfalls noch an der Entscheidung mit:

Interviewer: „[...] Wie hat es denn geklappt, ihn in Entscheidungen miteinzubeziehen?“

Arzt: (...) Hm, also sagen wir mal so, was die Medikation anging, hat er ja, nimmt er ja jetzt schon länger nix mehr, nachdem er die letzte Medikation abgelegt hat, das Abilify, und wir haben das dann probeweise laufen lassen und da sich klinisch auch nix verändert hat, gab es da jetzt auch keinen Grund, ihn da nochmal für irgendwas motivieren zu müssen.“ (BKHC2018-Arzt, Abschnitt 10-11).

Die Kategorie **Entscheidungsmacht** wurde vergeben, wenn Entscheidungssituationen so beschrieben wurden, dass Patienten Entscheidungen weitgehend allein trafen und der Behandler mit weniger Entscheidungsmacht beteiligt war als der Patient.

Arzt: „Also (...), wie gesagt, er hat sich diese [betreute Wohn-] Einrichtung angekuckt, aber er hat jetzt weiterhin den Plan [, nach seiner Entlassung] rauszugehen, bei der Freundin zu wohnen und dann eine Ausbildung bei dem Stiefvater von der Freundin zu beginnen. Und wir so semi-optimistisch hinblicken. Da hat letztlich schon er die Entscheidung getroffen, muss man sagen.“ (BKHC2018-Arzt, Abschnitt 27)

Die Kategorie **Selbstorganisation** ging über Partizipation hinaus und wurde kodiert, wenn Entscheidungen und sogar damit verbundene weiterführende Schritte gemäß Schilderung von einem Patienten selbstständig getroffen, geplant und organisiert wurden.

Interviewer: „Wir waren gerade bei der Frage, wie Sie da das Gefühl haben, in Entscheidungen miteinbezogen zu werden.“

Patientin: „Ja, ICH entscheide jetzt und die machen mit. [...] Es hat sich geändert in

meinem Wahrnehmen, aber ich glaube auch im Verhalten von denen. Ich hatte ja das angesprochen mit dem gerontopsychiatrischen Heim mit geschlossener Unterbringung. Mit Pflege an meinem Körper, die mir aufgezwungen wird. Und jetzt hab' ich mir selbst eine Wohnung gefunden über das Wohnungsamt. Den Wohnungsberechtigungsschein hab' ich mir selbst... TROTZ Betreuung mit Wohnungsangelegenheiten. Ich habe mir den Pflegedienst ausgesucht, das wird jetzt auch organisiert. [...]" (IAKAE018, Abschnitt 38-43)

5.1.1.2 Zusammenfassende Beurteilung

Ein Ziel dieses Auswertungsschritts war, mithilfe der kodierten Stufen eine Aussage darüber treffen zu können, ob Partizipation und somit SDM bei den jeweiligen Entscheidungen stattgefunden hatte oder nicht. Obwohl eine zweifelsfreie Stufen-Zuordnung nicht immer möglich war, gelang es doch auf diese Weise, eine näherungsweise Aussage über das Stattfinden von Partizipation treffen zu können. Bei Entscheidungen, die mit Stufe eins bis fünf kodiert wurden, hatte dementsprechend keine Partizipation/kein SDM stattgefunden (77 Mal). Bei mit Stufe 6-9 kodierten Entscheidungen hatte dagegen Partizipation/SDM stattgefunden (38). 16 Entscheidungssituationen ließen sich nicht zweifelsfrei zuordnen, gingen nicht in die Zählung mit ein, sondern wurden in einem späteren Schritt gesondert betrachtet.

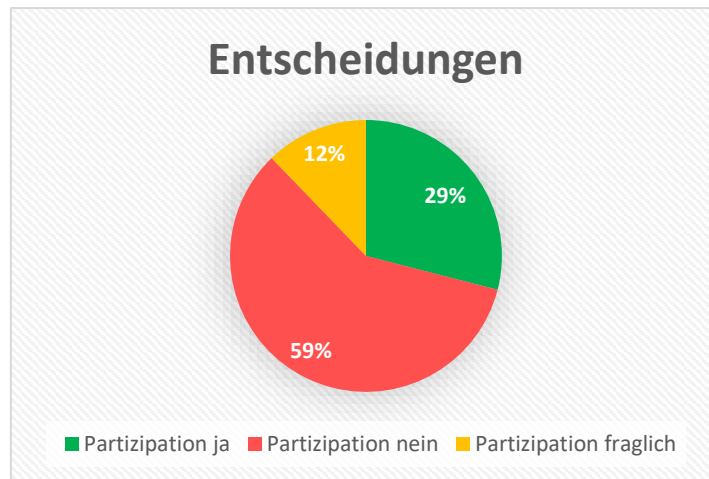


Abbildung 6: Prozentuale Verteilung von erreichter/nicht erreichter/fraglich erreichter Partizipation

Verteilt auf die vier verschiedenen Blöcke innerhalb des Stufenmodells wurden die meisten Codes im Bereich der Vorstufen von Partizipation vergeben (50), also im Bereich der drei Stufen, bevor von Partizipation gesprochen werden konnte. Das bedeutet, dass laut Schilderung der Befragten zahlreiche Entscheidungen getroffen wurden, bei denen Mitbeteiligung in Ansätzen erkennbar war, aber kein echtes Mitentscheiden erreicht wurde. Bemerkenswert ist weiterhin, dass in der Kategorie „Zwang“ die dritthäufigste Anzahl an Codes vergeben wurde. Somit befanden sich die meistvergebenen Partizipations-Stufen am unteren Ende und der Mitte des Spektrums. Höhere Stufen als „Mitbestimmung“ wurden nur vereinzelt erreicht.

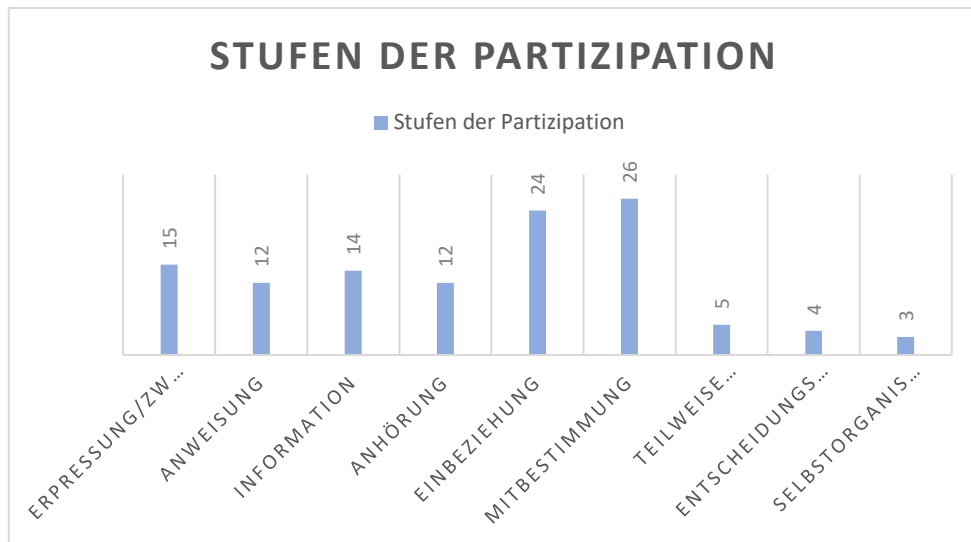


Abbildung 7: Prozentuale Verteilung der erreichten Stufen der Partizipation

Betrachtet man die Verteilung der Stufen getrennt für Patienten und Behandler, ergibt sich folgende Tabelle:

Stufen der Partizipation	Patienten	Behandler
Erpressung/Zwang	10	9
Anweisung	11	5
Information	4	4
Anhörung	12	3
Einbeziehung	17	8
Mitbestimmung	7	17
Teilweise Entscheidungscompetenz	3	5
Entscheidungsmacht	1	2
Selbstorganisation	3	0
Gesamt	68	53

Tabelle 2: Getrennte Betrachtung von erreichten Stufen gemäß Patienten und gemäß Behndlern

Die von Patienten meistvergebene Stufe war Einbeziehung (17), die von Behandlern meistvergebene Stufe war Mitbestimmung (17).

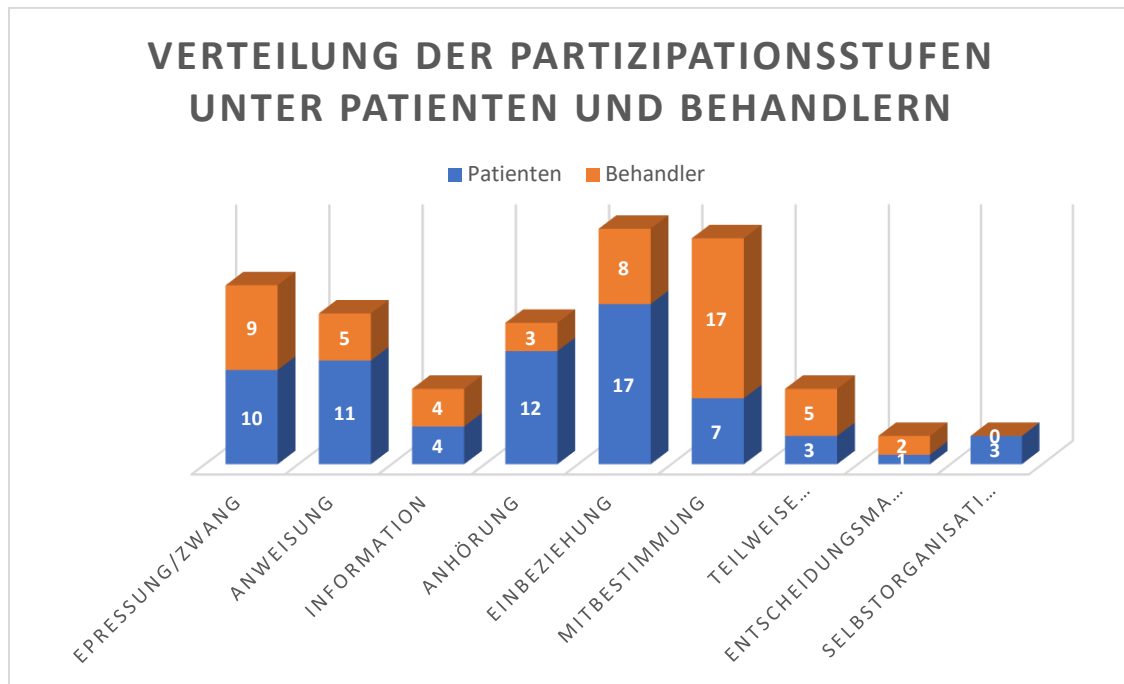


Abbildung 8: Prozentuale Verteilung der erreichten Stufen gemäß Patienten und Behandlern

Es fällt auf, dass von Patienten geschilderte Entscheidungssituationen verhältnismäßig oft als Vorstufen der Partizipation kodiert wurden, wohingegen von Behandlern geschilderte Entscheidungssituationen häufiger als Stufen, in denen Partizipation stattfand.

5.2 Ergebnisse zweiter Auswertungsschritt

Zur Forschungsfrage, welche Faktoren die Implementierung von SDM im klinischen Alltag erleichtern/erschweren, wurden 715 Codes vergeben, hierunter 293 SDM-erleichternde („Pro-SDM“) und 422 SDM-erschwerende („Contra-SDM“) Codes.

Sowohl für die Pro- als auch die Contra-SDM-Faktoren wurden induktiv jeweils vier identische Hauptkategorien gebildet:

- Patientenfaktoren
- Behandlerfaktoren
- Rahmenbedingungen
- Sonstiges

Im Folgenden erfolgte eine erste Bildung von Subkategorien innerhalb aller in die Hauptkategorien eingeordneten Codes. Betrachtete man das gesamte Material, so fiel auf, dass von den Befragten häufiger Äußerungen zu SDM-erschwerenden Faktoren gemacht wurden. In der Folge wurde primär eine Ausdifferenzierung der Contra-Seite des Kategoriensystems vorgenommen. Das gesamte Material wurde daraufhin zunächst entlang der entstandenen Haupt- und Subkategorien der Contra-Seite kodiert. Die Subkategorien wurden anschließend geordnet, sprachlich vereinheitlicht und auf ein vergleichbares Abstraktionsniveau gebracht. So entstanden für die Contra-SDM-Faktoren folgende Subkategorien:

Contra-SDM:

Patientenfaktoren	Behandlerfaktoren	Rahmenbedingungen	Sonstiges
<ul style="list-style-type: none"> • Persönlichkeitseigenschaften • Einstellung zu psychiatrischer Behandlung • Verhalten • Schlechtes Verhältnis zum Behandler • Symptomatik • Erfahrungen • Krankheitskonzept 	<ul style="list-style-type: none"> • Eigenschaften/Einstellungen • Verhalten bei Entscheidungen 	<ul style="list-style-type: none"> • Fehlende Ressourcen • Regeln/Gesetz • Anstehender Behandlerwechsel 	<ul style="list-style-type: none"> • Sonstige Beteiligte • Unklare Verantwortlichkeiten • Finanzielle Belastung durch Aufenthalt

Tabelle 3: Subkategorien der Contra-SDM-Faktoren

Die Ausdifferenzierung der Pro-SDM-Faktoren wurde im nächsten Schritt an die Contra-Seite angelehnt, wobei keine vollständige Symmetrie der Aussagen in beide

Richtungen im Material vorhanden war, die zwei Seiten des Kategoriensystems also nicht einfach als gespiegelte Versionen voneinander angesehen werden konnten.

Pro-SDM:

Patientenfaktoren	Behandlerfaktoren	Rahmenbedingungen	Sonstiges
<ul style="list-style-type: none"> • Persönlichkeitseigenschaften • Verhalten bei Entscheidungen • Gutes Verhältnis zum Behandler • Symptomatik • Erfahrungen • Krankheitskonzept 	<ul style="list-style-type: none"> • Eigenschaften/Einstellungen • Verhalten bei Entscheidungen • Gutes Verhältnis zum Patienten 	<ul style="list-style-type: none"> • Personelle Ressourcen • Atmosphäre 	<ul style="list-style-type: none"> • Sonstige Beteiligte • Art der Entscheidung

Tabelle 4: Subkategorien der Pro-SDM-Faktoren

Das weitere Vorgehen wurde analog zur Contra-Seite durchgeführt. Anschließend erfolgte eine weitere Ausdifferenzierung der Subkategorien (Für eine Darstellung des gesamten Kategoriensystems siehe Anhang).

Die absolute Zahl an Codes war mehrheitlich auf der Contra-Seite zu finden:

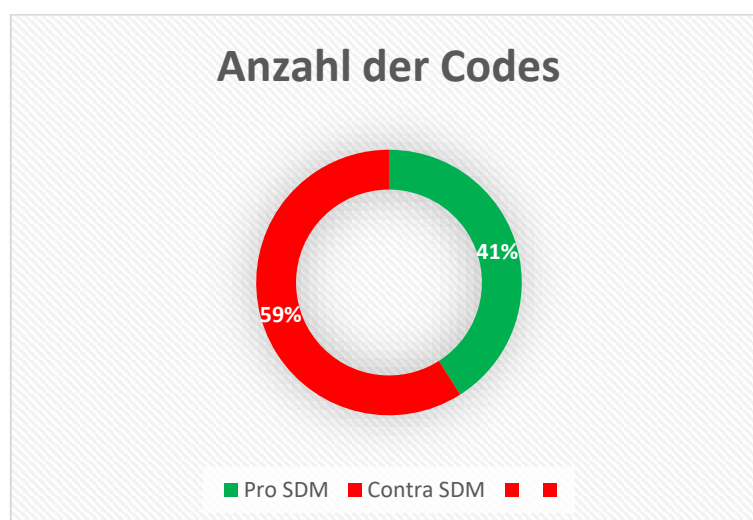
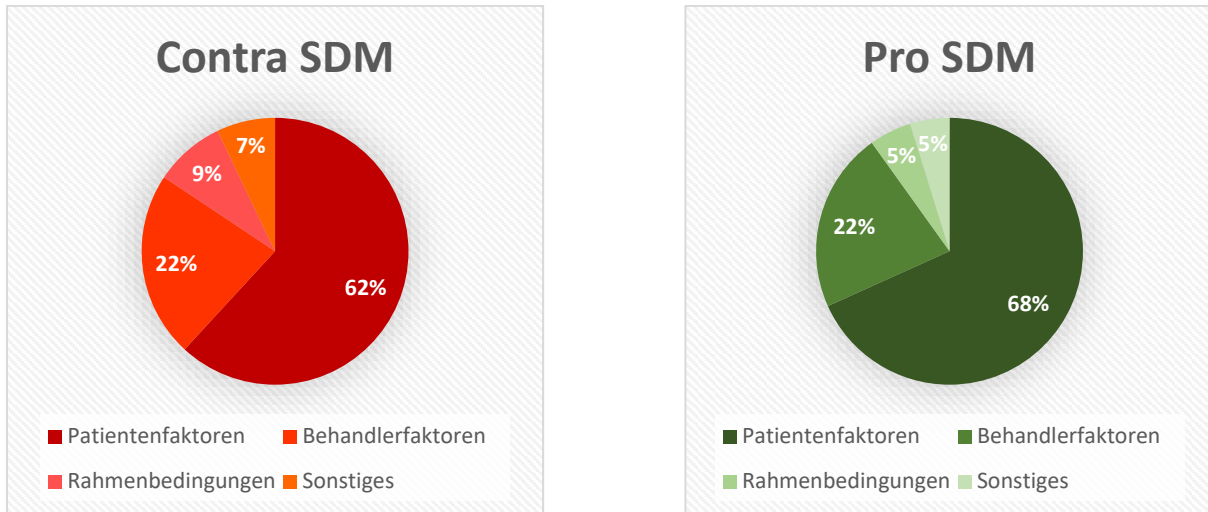


Abbildung 9: Prozentuale Verteilung aller SDM-Faktoren bzgl. Pro- und Contra-SDM

Die Verteilung der Subkategorien innerhalb der Contra- und Pro-Seite war dabei vergleichbar:



Gesamt: 422 Codes

Gesamt: 293 Codes

Abbildung 10: Vergleich der Verteilung der Subkategorien innerhalb der Pro- und Contra-SDM-Faktoren

Die tiefere inhaltliche Aufschlüsselung von Pro- und Contra-SDM-Kategorien soll im Folgenden getrennt voneinander vonstattengehen.

5.2.1 Analyse entlang von Haupt- und Subkategorien

Da die Erstellung des Kategoriensystems ausgehend von den Contra-Faktoren erfolgte, sollen im Folgenden diese zuerst dargestellt werden.

5.2.1.1 Contra-SDM-Faktoren



Kategorie	Anzahl
Codesystem	1145
Entscheidungen	137
Contra SDM	0
Patientenfaktoren	0
Persönlichkeitseigenschaften	16
Einstellung zu psychiatrischer Behandlung	17
Verhalten	77
Schlechtes Verhältnis zum Behandler	4
Symptomatik	87
Erfahrungen	40
Krankheitskonzept	20
Behandlerfaktoren	0
Verhalten bei Entscheidungen	45
Eigenschaften/Einstellungen	50
Rahmenbedingungen	0
Fehlende Ressourcen	20
Regeln/Gesetz	13
Anstehender Behandlerwechsel	3
Sonstiges	0
Weitere Beteiligte	20
Unklare Verantwortlichkeiten	2
Finanzielle Belastung durch Aufenthalt	1
Der Wohlfühlpatient	7

Abbildung 11: Aufschlüsselung der Subkategorien der Contra-SDM-Faktoren (MAXQDA12, Projekt „Interviews“)

422 Codes wurden auf der Contra-Seite vergeben. Folgende Subkategorien waren darin enthalten:

Patientenfaktoren (261)

Persönlichkeitseigenschaften (16)

Hier wurden 16 Code vergeben, die darauf schließen ließen, dass bestimmte Persönlichkeitseigenschaften von Patienten SDM behinderten. Zwei Subkategorien werden exemplarisch ausgewählt:

Die Schilderung einer **militanten** (6), aggressiven Haltung mit entsprechendem Auftreten führte dazu, dass Behandler und Patienten nicht zusammenarbeiteten.

Patienten, bei denen dieser Code vergeben wurde, waren assoziiert mit dem Einsatz von Zwangsmaßnahmen.

Interviewer: „Wenn es [...] Entscheidungssituationen gibt, zum Beispiel Medikamente ja oder nein, kündigen [das] die Ärzte hier an, sagen die: "Wir müssen uns heute entscheiden?"“

Patient: „Ich tät' trotzdem dann sagen, es ist mein Leben und wenn sich da jemand einmisch, der soll eigentlich nur sterben.“ (BKHC2018, Abschnitt 68-69)

Ein zu großes Maß an **Angepasstheit** (3) konnte ebenfalls als ein Hemmnis für SDM identifiziert werden, da infolgedessen Patienten befangen waren, Einspruch gegen Behandlungsvorschläge einzulegen und so vieles akzeptierten, was eigentlich nicht in deren Sinne geschah.

Arzt: „Wir haben ihr gesagt, dass wir sie wieder auf ihre Medikation einstellen würden, dass sie aber nicht die alte Medikation wieder bekommen würde mit Flupentixol, sondern mit... nem anderen Mittel und dass das sicherlich besser wäre und dass man dann Depot und damit war sie dann sofort einverstanden. Aber sie war auch sehr angepasst.“ (IAKBE013-Arzt, Abschnitt 7)

Einstellung zu psychiatrischer Behandlung (17)

Eine ungute Voraussetzung für das Zustandekommen von SDM war eine grundsätzliche, übermäßig kritische Einstellung von Patienten gegenüber psychiatrischer Behandlung und deren Ablauf. Einer **kritischen Einstellung zu psychiatrischer Medikation**, bzw. einer **Verweigerung** dieser (12) kam in diesem Kontext eine besondere Bedeutung bei. Ärzte sahen sich bei einer konsequenten Verweigerung von Antipsychotika dazu genötigt, nach einer Weile auf Zwangsmedikation zurückzugreifen:

Ärztin: Wie es [zur Zwangsmedikation] kam, mei, [...] die haben es, glaube ich, wochenlang probiert, also wirklich wochenlang, dass er oral was einnimmt und er war dann da oben aber auch [...] nicht im Zaum zu halten und [...] zunehmend angespannt und ja, einfach nicht erreichbar im Kontakt und dann haben wir das beantragt, ja.“ (IAKBE018-Ärztin, Abschnitt 17)

Verhalten (77)

77 Codes, die auf ein SDM-erschwerendes Patientenverhalten bei Entscheidungen schließen ließen, wurden vergeben. Hierbei wurde weiter differenziert in **Verhalten bei Entscheidungen** (56) und **Verhalten während der stationären Behandlung** (21). Die Aussagen wurden in diesem Bereich in der überwiegenden Mehrzahl von Behandlern über Patienten getroffen. Bei SDM-nicht-förderlichem **Verhalten bei Entscheidungen** wurde abermals differenziert in unter anderem **mangelnde Mitarbeit** (10) und **Arglosigkeit** (10). **Mangelnde Mitarbeit** (10) implizierte ein mehr oder weniger aktives Arbeiten des Patienten gegen den Behandler:

Ärztin: „Aber da hat er sich oft auch bisschen quergestellt, weil er bei den Bewerbungsgesprächen dann auch gesagt hat, nee, er möchte halt erster Arbeitsmarkt und so, er möchte nicht und so... [...] Genau, das war immer die Schwierigkeit mit ihm.“ (IAKB beE018-Ärztin, Abschnitt 7-9)

Arglosigkeit (10) wurde kodiert, wenn aus den Interviews ersichtlich war, dass Patienten bei Entscheidungen ein nahezu blindes Vertrauen gegenüber der Empfehlung des Behandlers demonstrierten, sodass sie keine Rückfragen stellten o.ä.

Interviewer: „Und haben Ihnen die Ärzte da zum Beispiel eine Option gegeben zwischen verschiedenen Medikamenten, die man jetzt nehmen kann oder gab es da eine Auswahl?“

Patientin: „Nein, weil ich nicht danach gefragt habe. Mir wurde ein Medikament empfohlen [...] und das wurde mir genau beschrieben und ich vertraue der Ärztin, dass das auf mich abgestimmt ist.“ (IAK28025 Abschnitt 20-21

Bei nicht-SDM-förderlichem **Verhalten während der stationären Behandlung** (21) wurden unter anderem unterschieden: **Ausfallendes Verhalten** (13) und **Klagen gegen das Personal** (3).

Schlechtes Verhältnis zum Behandler (4)

Es konnten **fehlendes Vertrauen, schlechte Erfahrungen mit dem Behandler** und **fehlender Wille zur Zusammenarbeit** unterschieden werden.

Symptomatik (87)

Hier zeigte sich mit 87 Codes die zahlenmäßig größte Subkategorie innerhalb der Patientenfaktoren. Differenziert wurden **eingeschränkte Entscheidungsfähigkeit** (50), **erschwerter Kommunikation** (31) und **verringertes Handlungsspielraum** (6).

Durch Symptomatik **eingeschränkte Entscheidungsfähigkeit** (50) umfasste verschiedene Aspekte. Hiervon wurde am häufigsten eine **fehlende Reflexionsfähigkeit** (20) von Behandlern als wichtiges Hindernis für SDM genannt.

Ärztin: „[...] man kann es schon mit ihr besprechen. Ob sie selber jetzt das abwägen kann und sich informieren kann, glaube ich nicht. [...] Ja, sondern sie nimmt das dann schon, was man ihr sagt, ja. Und so selber das kognitiv überdenken ist glaube ich eher schwierig.“ (IAK28025-Ärztin, Abschnitt 13-15)

In der Kategorie **erschwerter Kommunikation** war ein **gestörtes Kontaktverhalten** (12) ein oft benannter Vertreter.

Ärztin: „[...] bei ihm war es wirklich schwierig, weil er dafür echt nicht so zugänglich war. Der war da ziemlich in seinem Ding drin. Und auch wirklich echt schwer erreichbar.“ (IAKBE018-Ärztin, Abschnitt 23)

Affektive Auffälligkeiten/Manie (10) wurden in dieser Kategorie ebenfalls als limitierend für SDM bezeichnet.

Ärztin: „Naja, ich hab's schon auch mal mit Motivational Interviewing probiert, dass ich sie einfach da hatte und... zwanzig Minuten, glaub ich, einfach hab' reden lassen. Das war dann auch eigentlich ganz gut, aber das Problem ist, dass die Stimmung so labil ist, es schlägt irgendwann ohne jeden Reiz von außen um und dann geht sie in die Luft.“ (LMK19014-Ärztin, Abschnitt 22)

Verringerter Handlungsspielraum (6) wurde kodiert, wenn Entscheidungen von SDM ausgenommen wurden, da nach Einschätzung der Behandler Eigen- oder Fremdgefährdung bestand. Dies war insgesamt selten gegeben.

Erfahrungen (40)

40 Codes wurden vergeben, die darauf hinwiesen, dass negative Patientenerfahrungen limitierend für SDM waren. Unterschieden wurden:

Ohnmachtserleben/Resignation (18), Erfahrungen mit Medikation (10), schlechte Erfahrungen mit dem Personal (8) und schlechte Erfahrungen mit psychiatrischen Einrichtungen (4).

Der zahlenmäßig wichtigste Vertreter **Ohnmachtserleben/Resignation** (18) wurde kodiert, wenn Patienten schilderten, die Erfahrung gemacht zu haben, dass im Wesentlichen die Behandler über Entscheidungsmacht in der Therapie verfügten und sie sich diesen ausgeliefert fühlten.

Patientin: „Körpersprachlich waren die da sehr deutlich, dass sie jetzt keinen Einwand mehr hören möchten und dass es einfach so ist. Und die haben da nicht

groß Wert auf Verständlichkeit gelegt, sondern wissen genau, dass sie hier die Gewalt haben.“ (IAKBE015, Abschnitt 36)

Krankheitskonzept (20)

Es wurde weiter differenziert in **fehlende Krankheitseinsicht/-akzeptanz** (13), **fehlendes Krankheitsverständnis** (2) und fehlende Einsicht in Bezug auf Medikation (5). **Fehlende Krankheitseinsicht/-akzeptanz** (13) war ein von Behandlern häufig genannter SDM-erschwerende Faktoren:

Interviewer: „[...] was war schwierig mit Frau X?“

Ärztin: „Also sie zeigt nach wie vor überhaupt keine Krankheitseinsicht, keinerlei Krankheitsgefühl [...]“ (LMK19014-Ärztin, Abschnitt 7-8)

Behandlerfaktoren (95)

Eigenschaften/Einstellungen (50)

50 Mal waren im Text Hinweise auf SDM-erschwerende Eigenschaften oder Haltungen von Behandlern sichtbar. Unterschieden wurden **Eigenschaften** (16), die **Haltung gegenüber SDM** (25) und die **Haltung gegenüber dem Patienten** (9).

Von den Befragten beschriebene SDM-behindernde Behandler-**Eigenschaften** (16) waren Vorsicht, Strenge und fehlendes Einfühlungsvermögen. Die Aussagen stammten zum großen Teil von Patienten. Als am häufigsten genannten Faktor wurde hier exemplarisch ein Beispiel für Behandler-Vorsicht ausgesucht:

Patientin: „Ich hatte schon das Gefühl, dass eine Besorgnis der Ärzte dahintersteckt, wenn sie es nicht genehmigen, also nicht so als Druckmittel, sondern... Aber dass es eine Besorgnis war, die ich zum Teil nicht nachvollziehen konnte.“ (IAKBE015, Abschnitt 47)

Eine Hürde für SDM schien die **Haltung** der Behandler **gegenüber SDM** (25) gewesen zu sein. SDM schien von Behandlern bisweilen generell ausgeschlossen zu werden, z.B. bei bestimmten Patiententypen:

Arzt: „Mit Frau X war es relativ unkompliziert, da sie eher so eine ängstliche Persönlichkeit ist, die halt eher doch so eine führende Kraft braucht, die ihr dann sagt, was sie so tun kann oder sollte.“ (IAKBE013-Arzt, Abschnitt 5)

Die **Haltung des Behandlers gegenüber dem Patienten** (9) schien ebenfalls eine Rolle zu spielen, vor allem aus Sicht der Patienten. Hier konnten verschiedene Faktoren erkannt werden, z.B. **fehlende Offenheit für die Ansicht des Patienten**

Verhalten bei Entscheidungen (45)

45 Codes, die auf ein SDM-erschwerendes **Behandlerverhalten** bei Entscheidungen schließen ließen, wurden vergeben. Hierbei wurde weiter unter anderem differenziert in: **Mangelndes Eingehen auf Patientenwünsche/-fragen** (9) und **Ausübung von Druck zum Erreichen des Ziels** (9).

Mangelndes Eingehen auf Patientenwünsche/-fragen (9) bildete als Kategorie fast ausschließlich Patientenäußerungen ab. Die Tatsache, dass einige Behandler bei fehlendem Patienteneinverständnis relativ zügig **Druck auszuüben** schienen (9), um ihr Behandlungsziel zu erreichen, war ein wesentliches Hindernis für das Zustandekommen von SDM. Als typisches Druckmittel, um den Patienten zu einer Einverständniserklärung zu bewegen, wurde die Reduktion der Patientenautonomie, vor allem eine Limitierung der Ausgangsregelung, eingesetzt.

Arzt: „[...] das lehnt sie kategorisch ab und war dann aber bereit, nachdem der Ausgang gestrichen war, eine Medikation zuzulassen und war dann mit Amisulprid einverstanden;“ (IAKBEBE015-Arzt, Abschnitt 14)

Rahmenbedingungen (36)

Fehlende Ressourcen (20)

20 Codes wurden vergeben, bei denen fehlende Ressourcen als SDM-erschwerende Rahmenbedingungen identifiziert werden konnten. Unterschieden wurden:

Personalmangel (15), eingeschränkte Verlegungsmöglichkeiten durch

Bettenmangel (2) und ein **fehlendes** therapeutisches **Angebot** (3) auf Station.

Regeln/Gesetz (13)

Weiter unterschieden wurden: **Beschluss/Unterbringung** (9) und **Stationsregeln** (4).

Sonstiges (30)

Hier waren vor allem weitere beteiligte Personen relevant.

Weitere Beteiligte (20)

Weitere Beteiligte, die SDM erschwert haben könnten, wurden unterteilt in: Pflege (6), Mitpatienten (6), Betreuer (5) und Angehörige (3).

5.2.1.2 Pro-SDM-Faktoren

293 Pro-SDM-Faktoren wurden kodiert. Die Verteilung auf die vier Hauptkategorien stellte sich in folgender Weise dar:

Codekategorie	Anzahl
Codesystem	1145
Entscheidungen	137
Pro SDM	0
Patientenfaktoren	0
Persönlichkeitseigenschaften	57
Verhalten bei Entscheidungen	72
Gutes Verhältnis zum Behandler	16
Symptomatik	36
Erfahrungen	11
Krankheitskonzept	9
Behandlerfaktoren	0
Eigenschaften/Einstellungen	26
Verhalten bei Entscheidungen	33
Gutes Verhältnis zum Patienten	4
Rahmenbedingungen	0
Personelle Ressourcen	12
Atmosphäre	3
Sonstiges	0
Weitere Beteiligte	6
Art der Entscheidung	1
Der Wohlfühlpatient	7
Contra SDM	422

Abbildung 12: Aufschlüsselung der Subkategorien der Pro-SDM-Faktoren (MAXQDA12, Projekt „Interviews“)

Patientenfaktoren

Mit 200 Codes war dies die bei weitem am häufigsten genannte und somit vergebene Haupt-Pro-SDM-Kategorie. Folgende Subkategorien konnten daraus gebildet werden:

Persönlichkeitseigenschaften (57)

Diese Codes wurden mehrheitlich aus Behandleraussagen generiert. Es wurden unter anderem folgende Cluster unterschieden: **Engagement, Hartnäckigkeit und Durchsetzungsvermögen** (19) sowie **Entschlossenheit, Motivation und Selbstwirksamkeit** (12).

Engagement, Hartnäckigkeit, Durchsetzungsvermögen (19) als Pro-SDM-Faktor wurde kodiert, wenn ersichtlich war, dass bestimmte Charaktereigenschaften von

Patienten diesen dabei helfen, die Initiative zu ergreifen, Entscheidungsprozesse aktiv anzustoßen und diese bis zu einem befriedigenden Ergebnis zu verfolgen.

Patientin: „[...] und jetzt, also nach der vierten Woche hab‘ ich dann halt gesagt, dass ich jetzt wirklich Ausgang brauche; den hab‘ ich jetzt auch, also jetzt kann ich jederzeit rausgehen und spazieren gehen [...]“ (LMK19011, Abschnitt 55)

Entschlossenheit, Motivation und Selbstwirksamkeit (12) waren laut Behandlern wichtige Faktoren. Ein guter Motivator war beispielsweise das Bestreben, einem erneuten Rückfall der Erkrankung vorzubeugen. Dies ermöglichte beispielsweise die Vermittlung der Vorteile schwer akzeptabler Optionen wie einer Depot-Spritze.

Ärztin: „Wir haben mit ihr über die Vorteile des Depots nochmal gesprochen und sie ist von selber auch gekommen, um nachzufragen, welche Erkrankung sie denn jetzt hat und wie man das verhindern kann, dass sie wiederkommt.“ (LMK19011-Ärztin, Abschnitt 7)

Verhalten bei Entscheidungen (68)

Folgende Subkategorien wurden differenziert: **Offenheit für Vorschläge/Sicht der Ärzte** (21), **aktive Kommunikation** (19) und **Vorbereitung** (28).

Offenheit für die Vorschläge/Sicht der Ärzte (21) wurde von Behandlern als hilfreich für SDM empfunden.

Ärztin: „Der Herr X selber hat sich sehr aufgeschlossen gezeigt und wird dann da noch mitbestimmen, ob er das jetzt möchte, dass da noch was [zur Medikation] dazu kommt oder... Müssen wir mit ihm einfach jetzt auch dann diskutieren, ja.“

(LMK19016-Ärztin, Abschnitt 38)

Aktive Kommunikation (19) bedeutete das selbstständige Einbringen des Patienten ins Gespräch durch Äußern von Wünschen/Anliegen/Befürchtungen, Stellen von

Fragen und das Geben von Rückmeldung an den Arzt, wie der Patient mit der aktuellen Medikation/Behandlung zurechtkam.

Ärztin: „[...] also bei ihm war die schlimmste Befürchtung, dass er Gewichtszunahme bekommt. [...] Das ist dann auch nicht eingetreten, also wir haben jetzt das richtige Medikament gefunden mit dem Amisulprid mit ihm.“ (IAKBE018-Ärztin, Abschnitt 7)

Ähnlich verhielt es sich, wenn Patienten in Gesprächen **Fragen stellten** (1) und sich ein genaues Bild zu verschaffen versuchten.

Eine gute Vorbereitung (28) wurde u.a. durch den Besuch der im Rahmen der Intervention angebotenen Patientengruppe erreicht.

Gutes Verhältnis zum Behandler (16)

Hier konnten **Vertrauen** (6) und eine **positive Einstellung zum Behandler** (4) weiter abgegrenzt werden:

Symptomatik (39)

Hier wurden differenziert in **wenig Symptomatik** (33) und **Vorhandensein von Leidensdruck** (6). Vielfach wurde von Behandlern berichtet, dass SDM gerade bei den Patienten anwendbar gewesen sei, die durch **wenig Symptomatik** (33) nicht so stark eingeschränkt waren, sodass eine weitgehend normale Gesprächsführung möglich gewesen sei. Dies umfasste unter anderem eine wenig eingeschränkte Entscheidungsfähigkeit (15) und eine wenig erschwerte Kommunikation (12).

Wenig eingeschränkte Entscheidungsfähigkeit wird in folgendem Beispiel deutlich:

Interviewer: „Gibt es Eigenschaften von ihr, die das Ganze leicht gemacht haben?“

Ärztin: „Naja, mit Sicherheit, dass sie... kognitiv eigentlich recht fit ist, dass sie auch

versteht, was man ihr erklärt [...] Das hat es schon sehr erleichtert.“ (LMK19017-Ärztin, Abschnitt 19)

Wenig eingeschränkte Kommunikation (12) wurde von Ärzten unter anderem in folgender Weise beschrieben:

Arzt: „Leicht gemacht hat es sicher, dass er insgesamt von der Klinik doch verhältnismäßig gut war im Vergleich zu anderen Patienten, also er war jetzt nicht völlig zerfahren [...] Das hat es sicher leichtgemacht. Also im Vergleich zu den anderen Patienten kann man einfach normal mit ihm reden.“ (BKHC2018-Arzt, Abschnitt 45)

Erfahrungen (11)

Hier wurden **Erfahrungen mit Medikamenten (9)** von **Erfahrungen mit der Einrichtung (2)** unterschieden.

Krankheitskonzept (9)

Unterschieden wurden Krankheitseinsicht (4) und Therapieeinsicht (5).

Das Vorhandensein von **Krankheitseinsicht (4)** half ebenfalls dabei, eine ausreichende Therapiemotivation zu schaffen und inspirierte

Präventionsbemühungen gegen ein Wiederkehren der Erkrankung.

Interviewer: „Weil sie das Thema Krankheitseinsicht angesprochen haben, war das ein Faktor, der möglicherweise limitierend war für's Thema Shared Decision Making?“

Ärztin: „Zu Beginn sicher und später dann eben nicht mehr, weil sie verstanden hat und gesehen hat, irgendwie ging's ihr am Anfang überhaupt nicht gut und sie wollte dann auch verstehen, woher's kommt.“ (LMK19011-Ärztin, Abschnitt 8)

Behandlerfaktoren (64)

Eigenschaften/Einstellungen (27)

Es wurden unter anderem unterschieden: **Eigenschaften** (11) und die **Haltung gegenüber dem Patienten** (14). Patienten brachten bestimmte Behandlungseigenschaften (11) mit Mitentscheiden in Verbindung. Dazu gehörten Freundlichkeit/Höflichkeit, Kompromissbereitschaft/Pragmatismus, Gewissenhaftigkeit, Toleranz und Hilfsbereitschaft.

Die SDM-fördernde **Haltung gegenüber dem Patienten** (14) umfasste zum Beispiel das Erkennen von Bedürfnissen/Einfühlen in den Patienten (8). Dies ermöglichte einen guten Zugang zum Patienten, um eine Basis für gemeinsames Entscheiden zu treffen.

Ärztin: „Ja, es war schon viel Motivational Interviewing auch und halt in erster Linie mal so drüber sprechen, was ihre Problematik ist, dass ihr das viel Angst macht. Das war, glaub‘ ich, das Wichtigste, dass sie sich da gesehen gefühlt hat.“ (LMK19017-Ärztin, Abschnitt 15)

Verhalten bei Entscheidungen (33)

Unterschieden wurden zum Beispiel Eingehen auf Patientenwünsche/-anliegen (10), gute Aufklärung (8) und Geben von Rückmeldung (9).

Das Eingehen auf Patientenwünsche (10) war der zahlenmäßig häufigste Faktor. Mithilfe einer **guten Aufklärung** (8) konnten Patientenängste abgebaut werden und sogar im Allgemeinen schwer vermittelbare Optionen wie Depotmedikation von Patienten leichter akzeptiert werden:

Indem ausreichend Möglichkeiten zur **Gabe von Rückmeldung** (9), die aktuelle Therapie betreffend, für Patienten gewährt wurden, war es möglich, schnell und flexibel auf Nebenwirkungen mit Medikamentenanpassungen zu reagieren.

Gutes Verhältnis zum Patienten (4)

Ein gutes Verhältnis zum Patienten beinhaltet unter anderem Vertrauen (1) und ein Kennen des Patienten (2).

Rahmenbedingungen (15)

Personelle Ressourcen (12)

Dies beinhaltet: Möglichkeiten für Gespräche (9), die Möglichkeit eines Behandlerwechsels (2) und eine gute Zusammenarbeit zwischen den Berufsgruppen (1).

Atmosphäre (3)

Eine SDM-fördernde Atmosphäre beinhaltet ein deeskalierendes Setting (1) und das Gefühl des Aufgehobenseins (1).

Sonstiges (14)

Wie auf der Contra-Seite waren hier besonders weitere Beteiligte relevant.

Weitere Beteiligte (6)

Hier wurden unterschieden: Pflege (3), Mitpatienten (1) und Betreuer (2).

Waren den Patienten zum Beispiel erfahrene, zugewandte **Pflegekräfte** (3) zur Seite gestellt, profitierten auch sehr angespannte, den Konflikt suchende Patienten.

Pflege: „[...] das wird schon gemacht, dass man dann jemanden speziell auch zuteilt, aber, also in dem Fall war es tatsächlicher Weise schon auch ich, wo... Bei mir gab es eigentlich wenig Probleme. Also natürlich ist er da, wenn ich da war, auch ausgeflippt, aber ich konnte ihn halt auslenken.“ (BKHC2018-Pflege, Abschnitt 20)

5.2.2.2 Zusammenfassung

Grundsätzlich schien es den befragten Personen leichter zu fallen, SDM-erschwerende Faktoren zu identifizieren als SDM-erleichternde. Knapp 60% der Codes wurden auf der Contra-Seite notiert. Innerhalb der beiden Pole fand sich eine sehr ähnliche Verteilung der einzelnen Hauptkategorien. Ca. zwei Drittel machten auf beiden Seiten Patientenfaktoren aus, ca. ein Viertel Behandlerfaktoren und den verbliebenen Rest Rahmenbedingungen und sonstige Faktoren. Dabei wurde die Mehrzahl an vergebenen Codes innerhalb der Patientenfaktoren aus Behandlerstimmen generiert. Bei den Behandlerfaktoren stammte eine knappe Mehrheit der Stimmen von Patienten. Trotzdem war die Stimmenverteilung innerhalb der Kategorien zwischen den beiden Parteien im Ganzen recht ausgeglichen. Beide Seiten betonten Patientenfaktoren als wichtigste Konstante. Jedoch ergab sich eine Diskrepanz in der Wichtigkeit, die dem Vorliegen von Symptomen zugeschrieben wurde. Dieser Faktor wurde fast ausschließlich von Behandlern als limitierend genannt, was darauf hinwies, dass Patienten Symptompräsenz nicht in diesem Ausmaß als einschränkend für Partizipation empfanden.

5.2.1.3 Zwang und Mitentscheiden

Auffällig waren immer wieder Hinweise auf die Anwendung von Druck, Zwang, ja vereinzelt sogar Erpressung.

Patientin: Ich bin deswegen unzufrieden, weil ich erpresst werde. Das heißt, das Medikament, das ich verordnet krieg' und geschluckt habe, bekommt mir überhaupt nicht. [...] Es wurde darauf hingewiesen, wenn ich dieses Medikament, so wie ich's verordnet hab', nicht weiternehme, werde ich nicht zugelassen zum Zahnarzt, zur

gynäkologischen Untersuchung, ...darf ich keine neue Brille beantragen und auch kein Hörgerät. (LMK19014)

Weiterhin zeigten sich außerdem interessanter Weise wiederkehrend die Verbindung von Zwangselementen mit SDM-Elementen:

Arzt: Frau X wurde immer miteinbezogen in diese ganzen Entscheidungen, sie hat die ganze Sache, wie gesagt, überhaupt nicht eingesehen, weil sie die Diagnose nicht akzeptiert, und wollte nur ihr Quetiapin Retard, sie war dann aber immer wieder doch bereit, etwas dazu zu nehmen, nachdem man ihr sozusagen ihre Privilegien gestrichen hat aufgrund ihres psychopathologischen Befundes und war dann bereit, das angebotene Antipsychotikum dann doch zu nehmen, es war aber dann immer ihre Entscheidung, welches es war. (IAK58BE015-Arzt)

Das Nebeneinander von Zwang und Partizipation irritierte auf den ersten Blick. Die Schilderung von Zwang wurde bei fast der Hälfte der interviewten Patienten in jeweils mehreren Entscheidungssituationen notiert. Ging man einen Schritt tiefer ins Material und betrachtete die einzelnen Patientenfälle, bei denen Zwangsmaßnahmen verzeichnet wurden, so fiel auf, dass bei vielen dieser Patienten im Verlauf der Behandlung durchaus unterschiedliche SDM-Stufen erreicht wurden, dass also Zwang und Partizipation bei demselben Patienten möglich waren. Analyisierte man die einzelnen Entscheidungssituationen, ließen sich in einigen Fällen sogar bei unter Zwang getroffenen Entscheidungen Elemente von (in diesem Kontext limitierter) Entscheidungsfreiheit feststellen.

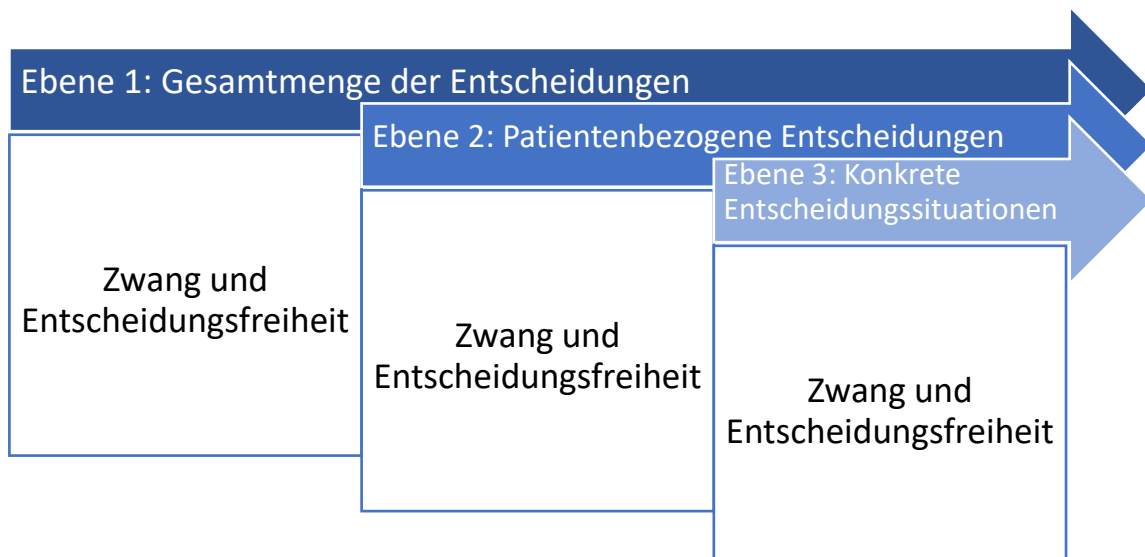


Abbildung 13: Zwang und Mitentscheiden auf verschiedenen Ebenen

Betroffene Patienten hatten gemeinsam, dass sie sich einer antipsychotischen Medikation verweigerten. Daraufhin wurde von Seiten der Behandler massiv Druck ausgeübt, der eine Beschränkung der Patientenautonomie (Ausgangsregelung, Unterbringung) beinhaltete. Um ihre Autonomie zu erhalten, stimmten die Patientinnen einer Medikation schließlich zu. Die Behandler stellten den Patienten die Wahl des jeweiligen Präparates frei, versuchten hierbei sogar beratend tätig zu sein, um ein passendes Medikament zu finden. Natürlich konnte hier nicht von echter Entscheidungsfreiheit oder SDM gesprochen werden, da der wesentliche Aspekt der Entscheidung den Patienten aus der Hand genommen wurde und nur ein Teilaspekt von ihnen determiniert werden konnte. Und doch kann es als ein Versuch verstanden werden, SDM in schwierigen Momenten zu integrieren. Eine weitere Analyse von Daten aus der SDM-PLUS-Studie zeigte, dass Patienten vor allem zu frühen Zeitpunkten der stationären Behandlung mit Zwangsmaßnahmen konfrontiert werden (Hamann, John et al. 2020). Folgendes Zitat aus unseren Interviewdaten kann exemplarisch hierfür dienen:

Ärztin: Am Anfang war's ja sehr, sehr schwierig, weil sie hochpsychotisch gekommen ist, fremdaggressiv war, mehrfach fixiert wurde und...sämtliche Nahrungs-/Flüssigkeitsaufnahme ja verweigert hat, sodass 'ne Zwangsmedikation beantragt und dann auch notfallmäßig genehmigt wurde. Und im weiteren Verlauf, so ab der Hälfte des Aufenthalts, hat sich die Situation stark gebessert. (LMK19011-Ärztin)

Das oben zitierte Paper zeigte aber, dass Patienten, die sich unfreiwillig in stationärer Behandlung befanden oder die aggressives Verhalten zeigten, durchaus auch von der SDM-Intervention profitierten (bzgl. erlebter Einbeziehung, Adhärenz und Zufriedenheit).

6 Diskussion

In der hier dargestellten Studie wurden hindernde und erleichternde Umstände für SDM unter verhältnismäßig günstigen Bedingungen untersucht: Beide teilnehmenden Seiten wurden mehrfach bezüglich SDM geschult und zu dessen Anwendung ermutigt. Die Ergebnisse aus dem quantitativen Studienteil weisen konkordant hierzu auf eine vermehrte Anwendung von SDM in der Interventionsgruppe hin. Unter diesen Umständen ist es bemerkenswert, dass selbst unter der Prämisse, dass ein maximales Maß an SDM angestrebt werden sollte, trotzdem die gesamte Bandbreite an Partizipationsstufen in den Ergebnissen abgebildet wurde:

Trotz „günstiger Umstände“ ließen die Aussagen der Befragten auf das Vorliegen eines breiten Spektrums an Partizipation (von Zwang bis hin zu SDM-übersteigenden Elementen war alles vertreten) in den stattgehabten Entscheidungssituationen schließen. Die Ergebnisse weisen darauf hin, dass die Implementation von SDM bei stationär-psychiatrisch geführten Schizophreniepatienten vielschichtig ist. Zahlreiche SDM-Elemente waren in unterschiedlicher Form präsent. Die meistverzeichneten Stufen zeigten sich im Bereich der Vorstufen von Partizipation. Weiterhin fiel teilweise ein Nebeneinander von Zwang und Partizipation auf.

Eine breite Palette an hindernden und erleichternden Faktoren für SDM konnte erstellt werden. Die Identifizierung dieser Faktoren war komplex. Bestimmte Faktoren konnten je nach Auslegung SDM-erleichternd oder -erschwerend angesehen werden.

6.1 Stärken und Grenzen der Untersuchung

Zwar existiert bereits eine Vielzahl an wissenschaftlichen Vorarbeiten zur Implementation von SDM im klinischen Alltag von Patienten mit psychischen Störungen und auch im Speziellen für Psychose-Patienten, doch handelt es sich größtenteils um reine Beobachtungsstudien, die sich meist auf die eine oder andere Seite der therapeutischen Dyade fokussieren. Im Gegensatz dazu baute diese Studie auf einer vorangegangenen Intervention mit dem Ziel einer maximalen Implementation von SDM-Strategien auf, die beide Seiten der therapeutischen Dyade miteinbezog und einen signifikanten, positiven Effekt zugunsten von SDM gezeigt hatte. Weiterhin ermöglichte diese Untersuchung durch einen Vergleich der verschiedenen Perspektiven von korrespondierenden Patienten-Behandler-Paaren aus einem großen Datenschatz einen allumfassenden Einblick in das Zustandekommen therapeutischer Entscheidungen und die begrenzenden und erleichternden Faktoren für erfolgreiches SDM. Die hier vorliegende Studie lässt erkennen, dass die Anwendbarkeit von SDM grundsätzlich breit ist und grundsätzlich auch für diffizile Situationen und auch für als so eingeschätzte Patienten gilt. Gleichzeitig muss festgestellt werden, dass trotz der in der SDM-PLUS-Studie gezeigten Überlegenheit der Methode in Bezug auf die erlebte Miteinbeziehung und Zufriedenheit von Patienten immer noch keine konsequente Implementierung erreicht werden konnte.

Das verzeichnete Ergebnis muss in jedem Fall unter dem Gesichtspunkt betrachtet werden, dass das von Patienten der Interventionsgruppe erlebte Maß an Einbeziehung, gemessen mit dem SDMQ9-Fragebogen aus dem quantitativen Studienteil, in signifikanter Weise über dem der Kontrollgruppe lag. Daraus kann also geschlossen werden, dass zwar auch in der Interventionsgruppe nicht immer SDM stattfand, aber dennoch deutlich mehr als in der Kontrollgruppe.

Die Messung von SDM erwies sich als ausgesprochen komplex.

Der erste Versuch, die identifizierten Entscheidungen in Hinblick auf das Vorliegen von SDM zu kategorisieren, war wenig geeignet, um Aussagen wie „SDM vorhanden“ oder „SDM nicht vorhanden“ zu treffen, da Entscheidungen quasi niemals in einer solchen modellhaften Weise an den Patienten herangetragen wurden. Offensichtlich sehen -im Einklang mit wissenschaftlichen Vorarbeiten- weder Patienten noch Behandler den SDM-Prozess als das Abhaken bestimmter Elemente (Kaminskiy, Senner et al. 2017). Das *Stufenmodell der Partizipation* wurde ursprünglich für Bürger im Kontext der politischen Mitbeteiligung entwickelt und nicht für Patienten mit psychischen Erkrankungen. Hier sind Limitationen in Bezug auf die Validität des Instrumentes grundsätzlich denkbar. Jedoch erwies sich nach Vornahme von kleineren Modifikationen das Modell als geeignet, um für eine überwiegende Mehrheit der Entscheidungssituationen eine Aussage über das Vorhandensein von SDM zu ermöglichen.

Eine grundlegende Schwäche der Untersuchung besteht darin, dass die Untersucher die Entscheidungssituationen nicht selbst beobachteten, sondern dass vielmehr die Berichte der Teilnehmer die Grundlage bildeten. Diese könnten gelegentlich durch akute Symptomatik oder, in manchen Fällen, durch Patientenunzufriedenheit verfälscht worden sein. Genauso könnten Behandler das Maß ihrer Miteinbeziehung teilweise falsch eingeschätzt haben.

6.2 Vergleich mit bestehenden Forschungsergebnissen

Es ergaben sich einige Parallelen zwischen den hier dargestellten und bereits vorbestehenden Untersuchungsergebnissen. Bereits in anderen qualitativen Studien wurde wiederholt die mangelnde Kompetenz der Teilnehmer zu Partizipation als

behindernder Faktor betont (Seale, Chaplin et al 2006; Chong, Aslani et al. 2013).

Unter mangelnder Kompetenz wurden in unseren Ergebnissen unter anderem Patientenfaktoren wie Verhalten, Symptome und Krankheitskonzept subsummiert. Kommunikationsassoziierte Faktoren auf Patientenseite wurden ebenfalls bereits in der Literatur als einschränkend benannt (Giacco, Mavromara et al. 2018).

Bezüglich Behandlerfaktoren kamen *Seale, Chaplin et al. (2006)* zu dem Schluss, dass „Psychiater nicht durch ein (in der Selbstwahrnehmung) Rücken des Patienten ins Zentrum der Behandlung vom Wahren einer sozialen Kontrollfunktion ausgeschlossen werden dürfen“ (Seale, Chaplin et al. 2006). Diese Aussage deckt sich mit Aspekten unserer Behandlerfaktoren (siehe „Persönlichkeitseigenschaften/Haltungen“ und „Verhalten während Entscheidungssituationen“).

Ungünstige Rahmenbedingungen wurden ebenfalls bereits in der Literatur als hindernder Faktor beschrieben (Giacco, Mavromara et al. 2018). Auf der anderen Seite wurden Vertrauen, erfolgreiche Kommunikation und das Vorhandensein von ausreichend Informationen ebenso schon als erleichternde Faktoren definiert.

In unseren Ergebnissen konnten jedoch auch einige Faktoren identifiziert werden, die so noch nicht eingehend anderweitig beschrieben wurden:

Erstens wurde in unseren Ergebnissen der Einfluss von Symptomatik auf erfolgreiches SDM als besonders bedeutend eingeschätzt (hier dominierten jedoch in den Aussagen bei weitem die Behandler- gegenüber den Patientenstimmen). Dieser Faktor überschneidet sich zwar mit der oben beschriebenen „Kompetenz“ zum Mitentscheiden, könnte aber hier von spezieller Bedeutung gewesen sein, da das ausgewählte Patienten Klientel während der Befragungen noch an teilweise schwerwiegender Symptomatik litt. Schon während der Analyse der Transkripte

zeigten sich in vielen Fällen offensichtliche Hinweise auf das Vorliegen von Symptomatik.

Zweitens legen unsere Ergebnisse die Bedeutung von Patientenverhalten während den Arztgesprächen nahe; ein Aspekt, der in anderweitiger Literatur eher vernachlässigt wurde. Dieser Faktor könnte sich aus dem Grund als besonders prominent erwiesen haben, dass aktive Patientenbeteiligung ein erklärtes wichtiges Ziel des SDM-PLUS-Intervention war.

In unseren Ergebnissen zeigte sich immer wieder die Verbindung von SDM-Elementen mit paternalistischen Elementen. Dieses Phänomen kann einerseits als Methode betrachtet werden, einen generell paternalistischen Stil der Entscheidungsfindung „aufzuwerten“. Andererseits kann es auch als Versuch verstanden werden, Patienten in Situationen/zu Zeitpunkten, wo eine echte Teilnahme von den Behandlern als problematisch eingeschätzt wurde, ein gewisses Maß an Partizipation zu ermöglichen. In einigen Fällen wurden jedoch auch drastischere Methoden wie Zwang und Erpressung berichtet. Dieses Phänomen wurde in der bestehenden Literatur bereits als „informal coercion“ beschrieben (Pelto-Piri, Kjellin et al. 2019).

In dieser Untersuchung wurde in ähnlicher Weise wie bei vergleichbaren Vorarbeiten (Chong, Aslani et al. 2013) deutlich, dass die letztendliche Einschätzung einer Eignung von Patienten für SDM beim Behandler lag. Hier hat der Behandler eine beträchtliche Macht über den Patienten inne, sodass letztendlich weitere Symmetriebemühungen in der Arzt-Patienten-Beziehung im Keim erstickt werden können (Seale, Chaplin et al. 2006). Eine Patientin war nach Teilnahme an der Patientengruppe motiviert, sich in Entscheidungen einzubringen, war dann aber kurz darauf ernüchtert, da ihr kein Entgegenkommen von Behandlern zuteilwurde und sie sich weiterhin machtlos fühlte:

Patientin: „Ich dachte eher, das war in der Einflusslinie des Arztes, dass ich nicht mitentscheiden konnte, auch wenn ich hier in der Gruppe war und wir das theoretisch gemacht haben. Die Ärzte haben da so eine Tagesentscheidungskraft, oder..., ich konnte es leider nicht umsetzen.“

Die Wichtigkeit von Patienten- und Behandlerverhalten in Entscheidungssituationen, wie sie sich auch in unseren Daten darstellte, reiht sich nahtlos in bestehende Ergebnisse ein (Hamann, Kohl et al. 2016), wodurch nochmals die Bedeutung von Kommunikationsskills in der Behandler-Patienten-Interaktion als entscheidendes Element zugunsten SDM betont wird.

6.3 Mögliche Schlüsse für die klinische Praxis

Aus unseren Ergebnissen lässt sich konkordant zu bestehenden Ergebnissen folgern, dass die regelmäßige Integration von SDM in Entscheidungsprozesse auf psychiatrischen Akutstationen oftmals möglich ist. (Hamann, Langer et al. 2006). In der überwiegenden Mehrheit der Fälle wollen Patienten unbedingt miteinbezogen werden. Trotz insgesamt relativ niedrigem erlebtem Maß an SDM müssen die Ergebnisse im Kontext einer vorangegangenen erfolgreichen Intervention angesehen werden, die zeigen konnte, dass auf diese Weise augenscheinlich mehr Patientenbeteiligung erreicht werden konnte als unter den üblichen Bedingungen und dass außerdem die generelle Patientenzufriedenheit signifikant höher war als in der Kontrollgruppe.

Es scheint offensichtlicher denn je zu sein, dass erfolgreiches SDM aus einer gemeinschaftlichen Anstrengung von Patienten und Behandlern resultiert (Tonelli and Sullivan 2019). Daher müssen, um SDM zu ermöglichen, beide Teilnehmer in die Verantwortung genommen werden.

Patienten müssen augenscheinlich aktive Maßnahmen ergreifen, damit SDM regelmäßig stattfindet (Hamann, Kohl et al. 2016). Die Vorbereitung auf Arztgespräche und das aktive Aufsuchen der Behandler führte zum gehäuftem Auftreten von SDM-Elementen während Arztgesprächen. Manche Patienten brachten bereits von sich aus günstige Grundvoraussetzungen mit. Bestimmte Charaktereigenschaften sowie eine suffiziente intrinsische Motivation zum Mitentscheiden (hier spielte das Vorhandensein von Leidensdruck eine wichtige Rolle) waren förderlich. Andere Patienten, die diese günstigen Bedingungen in reduzierter Form mitbringen (durch eher passive Charaktereigenschaften) und die durch Negativsymptomatik zusätzlich eingeschränkt sind, profitieren insbesondere an einer regelmäßigen Teilnahme an Patientengruppen mit dem Ziel, die Motivation zum Mitentscheiden zu verbessern sowie Visitengespräche bestmöglich vorzubereiten (Hamann, Mendel et al. 2011). Jedoch zeigt sich hier auch eine Verantwortung auf Seiten der Behandler, Patienten zur Beteiligung aufzufordern, zu aktivieren (Poon, Shortell et al. 2020). Moderne Medien könnten hierbei möglicherweise eine entscheidende Rolle spielen (Vitger, Austin et al. 2019).

Vorbehalte auf Behandlerseite scheinen immer noch eine Rolle zu spielen (Zeuner, Frosch et al. 2015). Behandler sahen einige weitreichende Limitationen für SDM (Schoenfeld, Goff et al. 2019), was in manchen Fällen laut Schilderungen zur Anwendung von Zwang und Erpressung führte. Wir sehen hierfür mehrere mögliche Erklärungsansätze.

Einerseits wurde hochsymptomatischen, aggressiven, schwer zugänglichen Patienten wenig SDM zuteil und dies insbesondere zu frühen Zeitpunkten während der Behandlung (Hamann, John et al. 2020), trotz Hinweisen darauf, dass gerade diese Patienten besonders von SDM profitieren (Nott, McIntosh et al. 2018).

Andererseits wurde auch vorsichtigen, passiven und unkritischen Patienten eher wenig SDM zuteil. Möglicherweise gibt es bei Vorliegen bestimmter, schwerer Symptomatik Konstellationen und Situationen, in denen SDM extrem limitiert, wenn nicht unmöglich ist. Hier sind zwei Symptomkomplexe zu nennen: Akute Manie, einhergehend mit der begrenzten Möglichkeit strukturierter, zielgerichteter Kommunikation sowie Negativsymptomatik, also extreme Passivität und Antriebslosigkeit. Wie oben erwähnt erfordern Negativsymptome eine vermehrte Anstrengung seitens des Behandlers, den Patienten zu motivieren. Bezüglich manischer Symptomatik braucht es möglicher Weise alternative Strategien. Bei insgesamt wenig Erkenntnissen in diesem Bereich sind hier weitere Forschungsarbeiten zur Implementierbarkeit von SDM notwendig. Ist klassisches SDM momentan nicht möglich, liegt es wiederum in der Verantwortung der Behandler, beispielsweise durch SDM-PLUS-Strategien Einbeziehung zu ermöglichen, zumal, wie oben erwähnt, der Wunsch nach Einbeziehung seitens der Patienten fast immer vorhanden ist. Statt Patienten in „geeignet für SDM“ und „nicht geeignet für SDM“ einzuteilen, müssen Behandler flexibel auf die jeweiligen Patienten reagieren und hierfür lernen einzuschätzen, wie bei welchem Patiententypus am besten SDM erreicht werden kann. Das Ausmaß von SDM war oftmals sehr stark abhängig von den einzelnen teilnehmenden Behandlern, also von deren Einstellung und Haltung gegenüber SDM, war aber auch geprägt von deren individuellen und teilweise sehr unterschiedlichen Strategien, SDM zu implementieren. Im alltäglichen Setting wurde SDM nicht flächendeckend eingesetzt. Ein möglicher Erklärungsansatz besteht in der Komplexität der Methode und der damit verbundenen Anstrengung, diese in die tägliche Routine zu integrieren. *Reichart, Kissling et al. (2008)* beschreiben das Erlernen neuer Fertigkeiten seitens

der Ärzte als eine relevante Herausforderung im Zusammenhang mit SDM (Reichhart, Kissling et al. 2008).

Manche SDM-Elemente wurden häufiger als andere von den Befragten erwähnt (Elemente im Zusammenhang mit Kommunikation über Krankheit und Behandlung), während andere Elemente (bspw. im Zusammenhang mit Metakommunikation) seltener genannt wurden. Hieraus könnte der Schluss gezogen werden, dass einige Charakteristika von SDM bereits Bestandteil der Gesprächsroutine der Behandler waren, während andere neu und ungewohnt waren. Um eine konsequentere Anwendung auch dieser neuen Elemente zu erreichen, könnte eine regelmäßige Teilnahme an SDM-Trainings vorteilhaft sein.

Es scheint ein vielschichtiger Ansatz notwendig (Schulung von Behandlern und Patienten, Bereitstellung von Entscheidungshilfen für Patienten etc.) zu sein, um in der Breite erfolgreiches SDM zu ermöglichen (Légaré, Turcotte et al. 2012).

Aus bereits existierenden Studien lässt sich erkennen, dass die Erfahrung von Stationsärzten ebenfalls eine Rolle für das erreichte Ausmaß von SDM spielen könnte. Erfahrene Kollegen trauen sich SDM in mehr Situationen zu (Seale, Chaplin et al. 2006). In einer weiteren Voruntersuchung konnte gezeigt werden, dass Berufsanfänger in diesem Gebiet beträchtliche Schwierigkeiten haben, eine produktive therapeutische Beziehung zu Psychose-Patienten aufzubauen (Packer, Prendergast et al. 1994). In der vorliegenden Untersuchung waren behandelnde Ärzte Assistenz- und Stationsärzte in der Facharztausbildung. Möglicherweise kommt einem Mangel an klinischer Erfahrung hier eine Bedeutung zu. Die Schilderungen einer Psychiatriefachpflegekraft lassen darauf schließen, dass auch auf pflegerischer Seite Erfahrung ein positiver Faktor war:

Pflege: „[...] Bei mir gab es eigentlich wenig Probleme. Also natürlich ist [der Patient] da, wenn ich da war, auch ausgeflippt, aber ich konnte ihn halt auslenken.“

(BKHC2018-Pflege, Abschnitt 20)

SDM sollte ein elementarer Bestandteil der psychiatrischen Ausbildung sein und dies von einem frühen Ausbildungsstand an (Durand, DiMilia et al. 2018), um den Stellenwert von SDM als Goldstandard der Kommunikation und als selbstverständliche Verantwortung dem Patienten gegenüber zu verankern.

7 Zusammenfassung

Shared Decision Making ist ein Modell der medizinischen Entscheidungsfindung, welches eine gemeinsame Beteiligung von Behandlern und Patienten bei Entscheidungen im Therapieprozess vorsieht. Zwar gilt es derzeit als Goldstandard in der Behandler-Patienten-Interaktion, jedoch kann besonders im Bereich der Psychiatrie noch nicht von einer flächendeckenden Implementierung gesprochen werden und das, obwohl bereits gezeigt werden konnte, dass SDM auch bei klinisch akut schwer kranken Patienten angewandt werden kann. SDM PLUS ist eine Erweiterung von SDM für bestimmte problematische Situationen, in denen mithilfe klassischen SDMs keine Einigung erzielt werden kann, um auch dann trotzdem Einbeziehung zu ermöglichen. Patienten mit Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis wird eher wenig SDM zuteil. Die Gründe hierfür sind vielfältig (Unfreiwilligkeit der Behandlung, Freiheitsbeschränkung, Misstrauen etc.). Die hier dargestellte Untersuchung hatte zum Ziel, herauszufinden, wie viel SDM unter der Prämisse einer maximalen Miteinbeziehung in therapeutischen Entscheidungssituationen erreicht wurde sowie mögliche erleichternde und erschwerende Faktoren für SDM in diesem Zusammenhang zu eruieren. Es handelte sich um eine prospektive Cluster-randomisierte Studie, die sich im Sinne eines Mixed-Methods-Designs in einen quantitativen und einen qualitativen Forschungsansatz aufgliederte. 322 Patienten zwischen 18 und 65 Jahren mit Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis wurden eingeschlossen. Die Patienten der Interventionsgruppe wurden in regelmäßigen Patientengruppen zur aktiven Mitbeteiligung in Entscheidungssituationen angeleitet. Behandler der Interventionsgruppe wurden in Workshops zum strukturierten Ablauf therapeutischer Entscheidungen gemäß SDM geschult. Im hier vorliegenden qualitativen Teil wurden

semistrukturierte Interviews mit Gesprächspartnern aus Behandler-Patienten-Konstellationen der Interventionsgruppe geführt. Interviews aus 18 dieser Konstellationen wurden für die weitergehende Analyse ausgewählt. Es folgte die Transkription und qualitative Inhaltsanalyse des Interviewmaterials. Hierfür wurden zuerst therapeutische Entscheidungssituationen im Text identifiziert und anschließend nach Schilderungen von Elementen von SDM gemäß der aktuellen deutschen Leitlinie zur Entscheidungsfindung bei der Therapie einer Depression untersucht. Danach erfolgte die Kodierung der Entscheidungssituationen nach dem von *Wright et al* etabliertem Stufenmodell der Partizipation.

Im nächsten Schritt folgte die Identifizierung von SDM-erleichternden und -erschwerenden Faktoren mittels induktiver Kategorienbildung.

131 therapeutische Entscheidungssituationen wurden identifiziert. Selbst unter der Prämisse, dass ein maximales Maß an SDM angestrebt werden sollte, wurde eine breite Palette an Partizipationsstufen erreicht, inklusive Elementen von Zwang und Erpressung. Entscheidungssituationen nach Patientenschilderungen wurden im Mittel auf einer etwas niedrigeren Stufe kodiert als nach Behndlerschilderungen. Eine Vielzahl von Entscheidungen befand sich in dem Bereich, in dem laut Stufenmodell der Übergang von einer bloßen Vorstufe (Einbeziehung) der Partizipation zu echter Partizipation (Mitbestimmung) bestand. Eine zahlenmäßig relativ hohe Zahl an unter Zwang zustande gekommenen Entscheidungen wurde verzeichnet.

Pro- und Contra-SDM-Faktoren wurden jeweils unterteilt in die Hauptkategorien Patientenfaktoren, Behandlerfaktoren, Rahmenbedingungen und Sonstiges.

Die am häufigsten genannten, **SDM-limitierenden, Patientenfaktoren** waren Symptomatik (87), Verhalten (70), Erfahrungen (40) und Krankheitskonzept (20).

Die Kategorie **Symptomatik** wurde hierbei deutlich von Behandlerstimmen dominiert (ca. 75%). Fehlende Reflexionsfähigkeit war der von Behandlern meistgeäußerte Hinderungsgrund, gefolgt von gestörtem Kontaktverhalten. In der Kategorie **Verhalten**, waren die meistgenannten SDM-behindernden Elemente ausfallendes Verhalten, mangelnde Mitarbeit, Passivität und Arglosigkeit. Die Kategorie **Erfahrungen** bestand dagegen nahezu vollständig aus Patientenäußerungen. Hier waren Ohnmachtserfahrungen/Resignation und schlechte Erfahrungen mit Medikation besonders relevant. Die Kategorie **Krankheitskonzept** wurde wiederum von Behandlerstimmen dominiert. Fehlende Krankheitseinsicht/-akzeptanz wurde als bedeutend erachtet.

Bei den **SDM-limitierenden Behandlerfaktoren** war die Verteilung auf die beiden Subkategorien Eigenschaften/Einstellungen (50) und Verhalten bei Entscheidungen (45) ausgeglichen. In der Kategorie **Eigenschaften/Einstellungen** war ein genereller Ausschluss von SDM durch Behandler bedeutsam, ebenso Vorsicht.

In der Kategorie **Verhalten bei Entscheidungen** waren die meistgenannten Aspekte mangelndes Eingehen auf Patientenwünsche/-fragen und Ausübung von Druck zum Erreichen des Ziels.

Bei den **Rahmenbedingungen** schienen vor allem fehlende Ressourcen (20) wichtig und hierbei vor allem Personalmangel (15). In der Kategorie **Sonstiges** zeigte sich, dass auch weitere Beteiligte (20) in begrenztem Rahmen einen negativen Einfluss auf SDM ausüben konnten.

Innerhalb der **Patientenfaktoren** als zahlenmäßig wichtigste **Pro-SDM**-Kategorie waren Verhalten bei Entscheidungen (68), Persönlichkeitseigenschaften (57) und Symptomatik (39) die meistgenannten Subkategorien. In der Kategorie **Verhalten bei Entscheidungen** spielte laut Behandlern eine gute Vorbereitung auf Arztgespräche eine wichtige Rolle, gefolgt von Offenheit für die Vorschläge/Sicht der Ärzte und dem

Betreiben von aktiver Kommunikation. Stimmen zu SDM-förderlichen

Persönlichkeitseigenschaften kamen mehrheitlich von Patienten. Besonders wichtig war hier das Cluster Engagement/Hartnäckigkeit/Durchsetzungsvermögen, gefolgt von Entschlossenheit/Motivation/Selbstwirksamkeit. Die Kategorie **Symptomatik** wurde wie auf der Contra-Seite vor allem durch Behandleraussagen gespeist. Das Fehlen von Symptomatik war hier laut Behandlern der entscheidende Faktor. Bei gegebener Entscheidungs- und Kommunikationsfähigkeit wurde SDM für erleichtert durchführbar befunden.

Die meistkodierten **Behandlerfaktoren** waren Verhalten bei Entscheidungen (33) und Eigenschaften/Einstellungen (27). Bei SDM-förderlichem **Verhalten bei Entscheidungen** waren (mehrheitlich von Patienten genannt) das Eingehen auf Patientenwünsche/-anliegen, das Geben von Rückmeldung und eine gute Aufklärung wichtig. In der Kategorie **Eigenschaften/Einstellungen** waren die meistgenannten Faktoren (wieder mehrheitlich durch Patienten) eine bestimmte Haltung zum Patienten, die vor allem das Erkennen von Bedürfnissen/Einfühlen in den Patienten beinhaltete, und bestimmte Eigenschaften des Arztes wie Freundlichkeit und Kompromissbereitschaft.

Als SDM-förderliche wichtigste **Rahmenbedingung** zeigten sich auch auf der Pro-Seite ausreichende personelle Ressourcen. In der Kategorie **Sonstiges** war sichtbar, dass weitere Beteiligte ebenso einen positiven Einfluss auf SDM ausüben konnten. Obwohl nur ca. ein Drittel der Entscheidungssituationen eine tatsächliche Partizipation des Patienten beinhalteten, muss dieses Ergebnis unter dem Gesichtspunkt betrachtet werden, dass sich im Rahmen der Intervention ein signifikanter Effekt, bezogen auf das Maß der erlebten Miteinbeziehung durch die Patienten sowie deren Zufriedenheit gezeigt hatte, hier also eine Überlegenheit im Vergleich zur Standardbehandlung in der Kontrollgruppe aufgezeigt werden konnte.

Eine Schwäche der Untersuchung besteht in der Tatsache, dass die Entscheidungssituationen nicht von den Untersuchern beobachtet wurden, sondern dass Beschreibungen der Teilnehmenden als Grundlage dienten, was zu einer teilweise verfälschten Darstellung geführt haben könnte.

Eine Ergänzung zu den Erkenntnissen aus Vorarbeiten besteht darin, dass der Einfluss von Symptomatik auf erfolgreiches SDM hier als besonders bedeutend eingeschätzt wurde, vor allem durch Behandler, nach Meinung der Untersucher nicht zuletzt deswegen, weil auch akut schwer kranke Patienten an der Studie teilnahmen. Auch wurde die Bedeutung von Patientenverhalten während der Arztgespräche schwerwiegender als in anderweitiger Literatur eingeschätzt. Auffällig war ein wiederkehrendes Nebeneinander von SDM- und paternalistischen Elementen, sowie das Auftreten von Zwang und Erpressung in den Beschreibungen.

Die Untersucher kamen zu dem Schluss, dass der Einsatz von SDM breit möglich ist. Es besteht eine Verantwortung auf beiden Seiten, SDM zu ermöglichen. Patienten sollten für erfolgreiches SDM einen zunehmend aktiven Part übernehmen und den Behandler dazu bringen, sich mit ihnen auseinander zu setzen.

8 Literaturverzeichnis

Amador, X. F., et al. (1994). "Awareness of illness in schizophrenia and schizoaffective and mood disorders." Arch Gen Psychiatry **51**(10): 826-836.

Beck, F., et al. (2014). "Use of the internet as a health information resource among French young adults: results from a nationally representative survey." J Med Internet Res **16**(5): e128.

Beitinger, R., et al. (2014). "Trends and perspectives of shared decision-making in schizophrenia and related disorders." Curr Opin Psychiatry **27**(3): 222-229.

Bennett, G. (1992). "Miller, W. R. and Rollnick, S. (1991) Motivational interviewing: Preparing people to change addictive behavior. New York: Guilford Press, 1991. Pp. xvii + 348. £24.95 hardback, £11.50 paper. ISBN 0-89862-566-1." Journal of Community & Applied Social Psychology **2**(4): 299-300.

Charles, C., et al. (1997). "Shared decision-making in the medical encounter: what does it mean? (or it takes at least two to tango)." Soc Sci Med **44**(5): 681-692.

Charles, C., et al. (1999). "Decision-making in the physician-patient encounter: revisiting the shared treatment decision-making model." Soc Sci Med **49**(5): 651-661.

Chong, W. W., et al. (2013). "Shared decision-making and interprofessional collaboration in mental healthcare: a qualitative study exploring perceptions of barriers and facilitators." J Interprof Care **27**(5): 373-379.

Deinzer, A., et al. (2006). "[Shared decision-making with hypertensive patients. Results of an implementation in Germany]." Dtsch Med Wochenschr **131**(46): 2592-2596.

Dieterich, A. (2007). "The modern patient - threat or promise? Physicians' perspectives on patients' changing attributes." Patient Educ Couns **67**(3): 279-285.

Durand, M. A., et al. (2018). "Shared decision making embedded in the undergraduate medical curriculum: A scoping review." PLoS One **13**(11): e0207012.

Elwyn, G., et al. (2012). "Shared decision making: a model for clinical practice." Journal of general internal medicine **27**(10): 1361-1367.

Emanuel, E. J. and L. L. Emanuel (1992). "Four models of the physician-patient relationship." Jama **267**(16): 2221-2226.

Falkum, E. and R. Førde (2001). "Paternalism, patient autonomy, and moral deliberation in the physician-patient relationship. Attitudes among Norwegian physicians." Soc Sci Med **52**(2): 239-248.

Giacco, D., et al. (2018). "Shared decision-making with involuntary hospital patients: a qualitative study of barriers and facilitators." BJPsych Open **4**(3): 113-118.

Hamann, J. and S. Heres (2014). "Adapting shared decision making for individuals with severe mental illness." Psychiatr Serv **65**(12): 1483-1486.

Hamann, J., et al. (2020). "Implementing shared decision-making on acute psychiatric wards: a cluster-randomized trial with inpatients suffering from schizophrenia (SDM-PLUS)." Epidemiol Psychiatr Sci **29**: e137.

Hamann, J., et al. (2017). "Shared decision making PLUS - a cluster-randomized trial with inpatients suffering from schizophrenia (SDM-PLUS)." BMC Psychiatry **17**(1): 78.

Hamann, J., et al. (2020). "Shared decision making, aggression, and coercion in inpatients with schizophrenia." Eur Psychiatry **63**(1): e90.

Hamann, J., et al. (2016). "What can patients do to facilitate shared decision making? A qualitative study of patients with depression or schizophrenia and psychiatrists." Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol **51**(4): 617-625.

Hamann, J., et al. (2006). "Shared decision making for in-patients with schizophrenia." Acta Psychiatr Scand **114**(4): 265-273.

Hamann, J., et al. (2009). "Psychiatrists' use of shared decision making in the treatment of schizophrenia: patient characteristics and decision topics." Psychiatr Serv **60**(8): 1107-1112.

Hamann, J., et al. (2011). "“How to Speak to Your Psychiatrist”: Shared Decision-Making Training for Inpatients With Schizophrenia." Psychiatric services (Washington, D.C.) **62**: 1218-1221.

Heres, S. and J. Hamann (2017). "„Shared decision-making“ in der Akutpsychiatrie." Der Nervenarzt **88**(9): 995-1002.

Johannes Hamann, M.D. and Stephan Heres, M.D. (2015). "SDM Will Not Be Adopted if It Is Not Adapted." Psychiatric Services **66**(2): 212-213.

Joseph-Williams, N., et al. (2017). "Implementing shared decision making in the NHS: lessons from the MAGIC programme." BMJ **357**: j1744.

Kaminskiy, E., et al. (2017). "Attitudes towards shared decision making in mental health: a qualitative synthesis." Mental Health Review Journal **22**(3): 233-256.

- Klemperer, D. (2005). "Shared Decision Making und Patientenzentrierung - vom Paternalismus zur Partnerschaft in der Medizin: Teil 2: Risikokommunikation, Interessenkonflikte, Effekte von Patientenbeteiligung." Balint Journal **6**: 115-123.
- Laine, C. and F. Davidoff (1996). "Patient-centered medicine. A professional evolution." Jama **275**(2): 152-156.
- Légaré, F., et al. (2012). "Patients' perceptions of sharing in decisions: a systematic review of interventions to enhance shared decision making in routine clinical practice." Patient **5**(1): 1-19.
- Mano, R. (2015). "Online health information, situational effects and health changes among e-patients in Israel: A 'push/pull' perspective." Health Expect **18**(6): 2489-2500.
- Meijers, M. C., et al. (2019). "Shared decision-making in general practice: an observational study comparing 2007 with 2015." Fam Pract **36**(3): 357-364.
- Menzel, H., et al. (1959). "Dimensions of being "Modern" in medical practice." Journal of Chronic Diseases **9**(1): 20-40.
- Murray, E., et al. (2007). "Clinical decision-making: Patients' preferences and experiences." Patient Educ Couns **65**(2): 189-196.
- Nott, J., et al. (2018). "Shared decision-making in psychiatry: a study of patient attitudes." Australas Psychiatry **26**(5): 478-481.
- Packer, S., et al. (1994). "Psychiatric residents' attitudes toward patients with chronic mental illness." Hosp Community Psychiatry **45**(11): 1117-1121.
- Pelto-Piri, V., et al. (2019). "Different forms of informal coercion in psychiatry: a qualitative study." BMC Res Notes **12**(1): 787.
- Poon, B. Y., et al. (2020). "Patient Activation as a Pathway to Shared Decision-making for Adults with Diabetes or Cardiovascular Disease." J Gen Intern Med **35**(3): 732-742.
- Reichhart, T., et al. (2008). "Patientenbeteiligung in der Psychiatrie - eine kritische Bestandsaufnahme." Psychiat Prax **35**(03): 111-121.
- Saheb Kashaf, M., et al. (2017). "Shared decision-making and outcomes in type 2 diabetes: A systematic review and meta-analysis." Patient Educ Couns **100**(12): 2159-2171.
- Schoenfeld, E. M., et al. (2019). "Physician-identified barriers to and facilitators of shared decision-making in the Emergency Department: an exploratory analysis." Emerg Med J **36**(6): 346-354.

Seale, C., et al. (2006). "Sharing decisions in consultations involving anti-psychotic medication: a qualitative study of psychiatrists' experiences." Soc Sci Med **62**(11): 2861-2873.

Stiggelbout, A. M., et al. (2015). "Shared decision making: Concepts, evidence, and practice." Patient Educ Couns **98**(10): 1172-1179.

Thompson, L. and R. McCabe (2012). "The effect of clinician-patient alliance and communication on treatment adherence in mental health care: a systematic review." BMC Psychiatry **12**(1): 87.

Tonelli, M. R. and M. D. Sullivan (2019). "Person-centred shared decision making." J Eval Clin Pract **25**(6): 1057-1062.

Ury, W. (1991). Getting past no : negotiating with difficult people. New York, Bantam Books.

Vitger, T., et al. (2019). "The Momentum trial: the efficacy of using a smartphone application to promote patient activation and support shared decision making in people with a diagnosis of schizophrenia in outpatient treatment settings: a randomized controlled single-blind trial." BMC Psychiatry **19**(1): 185.

Vodermaier, A., et al. (2004). "[Shared decision-making in primary breast cancer]." Z Arztl Fortbild Qualitatssich **98**(2): 127-133.

Wittchen, H. J., F. (2001). "Die Versorgungssituation psychischer Störungen in Deutschland Eine klinisch-epidemiologische Abschätzung anhand des Bundes-Gesundheitssurveys 1998." Bundesgesundheitsbl - Gesundheitsforsch - Gesundheitsschutz.

Wright, M. T., et al. (2009). "Partizipative Qualitätsentwicklung." Qualität von Gesundheitsförderung und Prävention. Handbuch Gesundheitswissenschaften (S. 157-175). Bern: Hans Huber Verlag.

Zeuner, R., et al. (2015). "Physicians' perceptions of shared decision-making behaviours: a qualitative study demonstrating the continued chasm between aspirations and clinical practice." Health Expect **18**(6): 2465-2476.

Zygmunt, A., et al. (2002). "Interventions to improve medication adherence in schizophrenia." Am J Psychiatry **159**(10): 1653-1664.

9 Anhang

9.1 Elemente von SDM: Kategoriensystem, Definition und Ankerbeispiele

Kategoriensystem Elemente von SDM:

- +/- Aufklärung über die Diagnose/Entscheidungssituation und Angebot einer partizipativen Entscheidungsfindung
- +/- Behandlungsmöglichkeiten und Risiken beschreiben
- +/- Gleichwertigkeit der möglichen Behandlungsoptionen betonen
- +/- Explorieren von Verständnis, Gedanken, Befürchtungen, Erwartungen, Präferenzen und erlebten Nebenwirkungen (im Falle einer medikamentösen Therapieentscheidung) des Patienten
- +/- Entscheidung besprechen, treffen oder aufschieben
- +/- Folgevereinbarung treffen

Es erfolgte zunächst eine Definition jeder Kategorie. Für die im Material auffindbaren Kategorien wurden des Weiteren Ankerbeispiele zur besseren Veranschaulichung der Kernaussagen angeführt.

+ Aufklärung über die Diagnose/Entscheidungssituation und Angebot einer partizipativen Entscheidungsfindung

Definition: In diese Kategorie fielen alle Aussagen, aus denen Folgendes ersichtlich wurde:

- a) Der Patient wurde über seine Diagnose (im Falle einer Erstdiagnosestellung) oder das Anstehen einer therapeutischen Entscheidung informiert.
- b) Der Patient wurde gefragt, in welchem Umfang er sich an dieser Entscheidung beteiligen möchte.

c) Die aktive Mitgestaltung der Entscheidung wurde dem Patienten angeboten.

Beispiel 1: *Interviewer: „[...] Bezogen auf die Entscheidungssituationen mit den Medikamenten: Wenn man da an diese Schritte denkt, haben Sie versucht, sich da dran zu halten, haben Sie der Patientin klargemacht, dass eine Entscheidungssituation ansteht, zum Beispiel?“*

Ärztin: „Das auf alle Fälle. Wir haben schon gemeinsam drüber gesprochen, dass da eben jetzt was gemacht werden sollte und man sich da entscheiden muss.“

(LMK19017Ärztin, Abschnitt 22-23)

Beispiel 2: *Interviewer: „Haben Sie der Patientin auch mitgeteilt, dass Sie möchten, dass sie mitentscheidet?“*

Ärztin: „Ja.“ (LMK19017Ärztin, Abschnitt 24-25)

- Aufklärung über die Diagnose/Entscheidungssituation und Angebot einer partizipativen Entscheidungsfindung

Definition: In diese Kategorie fielen alle Aussagen, aus denen Folgendes ersichtlich wurde:

- a) Der Patient wurde nicht über seine Diagnose (im Falle einer Erstdiagnosestellung) informiert oder eine therapeutische Entscheidung wurde getroffen, ohne dass der Patient vorher über das Anstehen dieser informiert wurde.
- b) Der Patient wurde nicht gefragt, in welchem Umfang er sich an dieser Entscheidung beteiligen möchte.
- c) Die aktive Mitgestaltung der Entscheidung wurde dem Patienten nicht angeboten.

Beispiel 1: *Interviewer: „Wie ist denn diese Entscheidung überhaupt gefallen, dass Sie dieses Medikament bekommen sollen?“*

Patientin: „Das weiß ich nicht, das hat der Arzt entschieden. Ich bin auch nicht

aufgeklärt worden, weder über meine Erkrankung noch über die Medikamente.“

(LMK19014, Abschnitt 26-27)

Beispiel 2: *Interviewer: „[Zum Thema] generelle Entscheidungssituationen: Teilen Ihnen die Ärzte mit, wenn solche Situationen anstehen?“*

Patientin: „Nein.“

Interviewer: „Und werden Sie von den Ärzten gebeten, da aktiv dran teilzunehmen?“

Patientin: „Das hab‘ ich jetzt so verbal nicht gehört, dass da jemand was gesagt hätte.“ (LMK19017, Abschnitt 35-38)

+ Behandlungsmöglichkeiten und Risiken beschreiben

Definition: Diese Kategorie wurde immer dann vergeben, wenn Folgendes von den Interviewten genannt wurde:

- a) Dem Patienten wurden mehrere, für die Entscheidungssituation angemessene, für ihn geeignete, Behandlungsmöglichkeiten aufgezählt und erläutert.
- b) Vom Behandler wurde auf die Vor- und Nachteile (inklusive Risiken und medikamentöse Nebenwirkungen) der jeweiligen Möglichkeiten eingegangen.

Beispiel: *Interviewer: [...] „Bei der Wahl des Medikaments, [wie lief die Entscheidungsfindung da ab]?“*

Ärztin: „Ich hab‘ mich mit [der Patientin] zusammengesetzt und wir sind wirklich diverse Medikamente durchgegangen mit Wirkungen, Nebenwirkungen, welches ich für besser halte, welches ich für schlechter halte;“ (LMK19017Ärztin, Abschnitt 10-11)

- Behandlungsmöglichkeiten und Risiken beschreiben

Definition: Diese Kategorie wurde immer dann vergeben, wenn Folgendes von den Interviewten genannt wurde:

- a) Dem Patienten wurden nicht mehrere, für die Entscheidungssituation angemessene, für ihn geeignete, Behandlungsmöglichkeiten aufgezählt und erläutert. Stattdessen wurde entweder gar keine oder nur eine einzige Behandlungsmöglichkeit aufgezeigt, für die dann eventuell im Anschluss seine Zustimmung eingeholt wurde. Auf die Vor- und Nachteile (inklusive Risiken und medikamentöse Nebenwirkungen) der einen gegebenen therapeutischen Behandlungsoption wurde eventuell vom Behandler eingegangen.
- b) Dem Patienten wurden mehrere Behandlungsmöglichkeiten aufgezählt. Auf die Vor- und Nachteile (inklusive Risiken und medikamentöse Nebenwirkungen) der einzelnen therapeutischen Behandlungsoption wurde vom Behandler nicht eingegangen.

Beispiel: *Interviewer: „[...] Haben die [Ärzte] Ihnen verschiedene Alternativen zur Auswahl gestellt?“*

Patient: „Das war jetzt bei mir eigentlich nicht so der Fall, also die Medikation lag fest irgendwie, hat der Oberarzt so festgelegt und da haben wir eigentlich jetzt dann nicht dann rumexperimentiert, weil es ganz gut läuft.“ (IAKBE018, Abschnitt 67-68)

+ Gleichwertigkeit der möglichen Behandlungsoptionen betonen

Definition: Diese Kategorie wurde vergeben, wenn im Text Folgendes ersichtlich war: Bei der Entscheidungsfindung wurde vom Behandler deutlich gemacht, dass die aufgezählten, für die Entscheidungssituation angemessenen, für den Patienten geeigneten, Behandlungsmöglichkeiten in ihrer Wertigkeit gleich sind.

Beispiel: *Psychologin: „[Die Patientin ist sehr auf Medikamente fixiert], also sie will gerne noch ein Antidepressivum haben, damit sie besser schlafen kann und weil ihre Stimmung auch so gedrückt ist und dann haben wir aber bisschen von der anderen Seite auch noch beleuchtet, OK, das ist ja eine Möglichkeit, um [...] da anzusetzen;*

auf der anderen Seite gibt es natürlich auch die Möglichkeit, dass sie [psychotherapeutisch arbeiten kann].“ (BKHC2014-Psychologin, Abschnitt 9)

- Gleichwertigkeit der möglichen Behandlungsoptionen betonen

Definition: Diese Kategorie wurde vergeben, wenn im Text Folgendes ersichtlich war:

Bei der Entscheidungsfindung wurde vom Behandler, statt deutlich zu machen, dass die aufgezählten, für die Entscheidungssituation angemessenen, für den Patienten geeigneten, Behandlungsmöglichkeiten in ihrer Wertigkeit gleich sind, klar Stellung bezogen, dass er eine der genannten Optionen favorisiert.

Dies umfasste nicht nur:

- a) Entscheidungen zwischen verschiedenen, als nahezu gleichwertig einzustufenden Möglichkeiten, wie beispielsweise die Wahl zwischen verschiedenen Antipsychotika, sondern insbesondere auch
- b) Entscheidungssituationen, die eine Wahl zwischen den Optionen beinhalteten, ob vom Patienten ein Medikament eingenommen werden sollte oder ob die therapeutische Strategie auch ohne Einnahme eines Psychopharmakons gefahren werden konnte.

Wurde die Entscheidung vom Arzt getroffen, dass ein Medikament eingenommen werden sollte, obwohl der Patient eine klare anderweitige Präferenz äußerte, wurden Codes für diese Kategorie vergeben.

(In den SDM-Schulungen für Behandler wurde explizit darauf hingewiesen, dass dem Patienten im Rahmen einer partizipativen Entscheidungsfindung auch die Option, ohne Psychopharmakon psychiatrisch behandelt zu werden, aufgezeigt werden sollte.)

Beispiel für a): *Arzt: „Wir haben ihr gesagt, dass wir sie wieder auf ihre Medikation einstellen würden, dass sie aber nicht die alte Medikation wieder bekommen*

würde mit Flupentixol, sondern mit einem anderen Mittel und dass das sicherlich besser wäre [...]“ (IAKBE013-Arzt, Abschnitt 7)

Beispiel für b): *Interviewer: „Diese andere Komponente, diese BATNAs, dass man sich überlegt, wenn unser eigentlicher Plan nicht klappt, welche Alternativen haben wir, [haben Sie das bei der Patientin probiert]?“*

Ärztin: „Eigentlich nein, [...] [beim Thema] [...] Medikationseinnahme oder keine Medikationseinnahme nein, weil wir schon der Meinung sind, dass sie was nehmen muss, auch weil sie einfach..., sie ist eine junge Patientin, sie hat das Risiko, dass das chronifiziert; wir haben es probiert, dass wir gesagt haben, naja, es wäre uns auch recht, dass sie was anderes nimmt außer jetzt Haldol und Zyprexa, aber da hat sie sich gar nicht drauf einlassen können. Dann hat sie gesagt: "Dann nehm' ich Zyprexa."“ (LMK19002-Ärztin, Abschnitt 30)

+ Explorieren von Verständnis, Gedanken, Befürchtungen, Erwartungen, Präferenzen und erlebten Nebenwirkungen (im Falle einer medikamentösen Therapieentscheidung) des Patienten

Definition: Diese Kategorie wurde vergeben, wenn Folgendes genannt wurde:

Vor dem Treffen der Entscheidung wurde vom Behandler sichergestellt, dass der Patient wichtige Gesichtspunkte der einzelnen therapeutischen Optionen verstanden hat. Dies umfasste die Exploration der Einstellung (Gedanken, Befürchtungen, Erwartungen, Präferenzen) des Patienten in Bezug auf die gegebenen Optionen durch den Behandler sowie bei der Einstellung auf ein für den Patienten geeignetes Medikament bzw. Umstellung auf ein solches die gezielte Abfrage durch den Behandler, welche Nebenwirkungen (aktuell oder in der Vergangenheit) der Patient während der Behandlung mit dem entsprechenden oder einem vergleichbaren Medikament erlebte/erlebt hatte.

Beispiel 1: *Patient: „[Ich durfte] schon meine Meinung sagen und durfte halt mitteilen, was ich für Anliegen habe, was ich mir wünsche, was ich [...] erzählen möchte. Also das war auf alle Fälle immer gegeben.“ (IAKBE018, Abschnitt 25)*

Beispiel 2: *Ärztin: „[Die Patientin] hat dann auch gut sagen können, worunter sie leidet an Nebenwirkungen, was sie besser verträgt, was sie in der Vergangenheit gut vertragen hat. Also da konnte man das dann schon ganz gut mit ihr erarbeiten.“*

(BKHC2014-Ärztin, Abschnitt 7)

Die Kategorie wurde nicht vergeben, wenn lediglich das Einverständnis des Patienten exploriert wurde.

- Explorieren von Verständnis, Gedanken Befürchtungen, Erwartungen, Präferenzen und erlebten Nebenwirkungen (im Falle einer medikamentösen Therapieentscheidung) des Patienten

Definition: Diese Kategorie wurde vergeben, wenn Folgendes genannt wurde:

Die Entscheidung wurde getroffen, ohne dass vom Behandler vorher sichergestellt wurde, dass der Patient wichtige Gesichtspunkte der einzelnen therapeutischen Optionen verstanden hatte.

Dies umfasste nicht nur den Umstand, dass die Einstellung (Gedanken, Befürchtungen, Erwartungen, Präferenzen) des Patienten in Bezug auf die gegebenen Optionen durch den Behandler nicht exploriert wurde, sondern auch (bei der Einstellung auf ein für den Patienten geeignetes Medikament bzw. Umstellung auf ein solches) das Nichtabfragen von Nebenwirkungen, die der Patient während der Behandlung mit dem entsprechenden oder einem vergleichbaren Medikament (aktuell oder in der Vergangenheit) erlebt hatte. Die Kategorie wurde ebenfalls kodiert, wenn eine solche Abfrage von Nebenwirkungen vom Behandler zwar

stattgefunden hatte, bei der Entscheidungsfindung dann aber über das Berichtete hinweggesehen wurde.

Beispiel 1: *Interviewer: „Konnten die Ärzte Ihnen die Sichtweise irgendwie verständlich machen?“*

Patientin: „Körpersprachlich waren die da sehr deutlich, dass sie jetzt keinen Einwand mehr hören möchten und dass es einfach so ist. Und die haben da nicht groß Wert auf Verständlichkeit gelegt, sondern wissen genau, dass sie hier die Gewalt haben.“ (IAKBE015, Abschnitt 35-36)

Beispiel 2: *Interviewer: „Wie wurde im Arztgespräch darauf reagiert, dass sie das nicht vertragen, das Medikament?“*

Patientin: „Das wurde total ignoriert.“ (LMK19014, Abschnitt 8-9)

+ Entscheidung besprechen, treffen oder aufschieben

Definition: Diese Kategorie wurde vergeben, wenn im Text Folgendes ersichtlich war: Zwischen Behandler und Patient fand Metakommunikation in Bezug auf das Treffen einer therapeutischen Entscheidung oder den Zeitpunkt dafür statt.

Beispiel 1: *Psychologin: „Ja, aber da konnte sie sich jetzt richtig gut drauf einlassen, weil [...] wir dann auch besprochen haben, [...] die Medikamente, die nimmt sie dann halt und [die Wirkungen und Nebenwirkungen] können wir in der Oberarztvisite nochmal besprechen, da hab' ich sie quasi so ein bisschen auf die Oberarztvisite ausgelenkt, weil ich das ja auch nicht entscheiden kann als Psychologe und dass wir das halt nochmal mit den Ärzten besprechen.“ (BKHC2014-Psychologin, Abschnitt 14)*

Beispiel 2: *Patientin: „[...] also ich möchte nochmal das Medikament wechseln, aber das machen wir jetzt nicht, bevor ich auf das andere Haus komm', das machen wir*

dann im anderen Haus drüben, ja. Haben wir besprochen, nicht dass ich instabil werde jetzt... hier... noch.“ (IAKBE007, Abschnitt 23)

- Entscheidung besprechen, treffen oder aufschieben

Definition: Diese Kategorie wäre vergeben worden bei Auftauchen der folgenden

Inhalte: Zwischen Behandler und Patient fand explizit keine Metakommunikation in Bezug auf das Treffen einer therapeutischen Entscheidung oder den Zeitpunkt dessen statt. Für diese Kategorie wurden keine Codes vergeben.

+ Folgevereinbarung treffen

Definition: Diese Kategorie wurde vergeben, wenn im Text Folgendes zu erkennen war: Zwischen Behandler und Patienten fand eine Absprache bezüglich des Zeitraumes nach einer therapeutischen Entscheidung statt.

Eventuell wurde vereinbart, dass es nach einem definierten, abgesprochenem Zeitintervall zu einer Reevaluation der therapeutischen Entscheidung kommt bzw. dass nach dieser Zeit das weitere Vorgehen erneut thematisiert wird.

Beispiel 1: *Patientin: „Und [die Ärztin] hat gemeint, ein Jahr muss man das Medikament nehmen und dann... und dann kann man es auch wieder absetzen und dann wird... dann wird... oder... ich weiß nicht, was danach kommt, das hab‘ ich noch nicht...“*

Interviewer: „Aber Sie haben die Planung, also für das nächste Jahr schon mal, so grob besprochen?“

Patientin: „Ja.“ (LMK19017, Abschnitt 52-53)

Beispiel 2: *Interviewer: „Haben Sie da schon eine Vereinbarung mit ihr getroffen, wie es nach diesen drei Wochen weitergehen soll?“*

Psychologin: [...] Wir haben diese drei Wochen halt jetzt erstmal so gesetzt. Wir

haben zwar gesagt, OK, es kann sein, dass es ihr vorher auch schon gut gehen würde wirklich, dass man sagen könnte, sie könnte vorher schon entlassen werden, aber vielleicht ist es auch eine Woche nach hinten. Also wir haben das so ein bisschen offengelassen, aber die drei Wochen, die wären für mich jetzt realistisch und für sie klingt es auch realistisch. Dass sie in den drei Wochen noch gut was erreichen kann. Deshalb haben wir jetzt halt die drei Wochen gesetzt.“ (BKHC2014-Psychologin, Abschnitt 38)

- Folgevereinbarung treffen

Definition: Diese Kategorie wurde vergeben, wenn im Text Folgendes zu erkennen war: Zwischen Behandler und Patienten fand explizit keine Absprache bezüglich des Zeitraumes nach einer therapeutischen Entscheidung statt, sodass der Patient keine Informationen über das weitere geplante Vorgehen hat. Eventuell kam es sogar zum absichtlichen Nichtbeachten von entsprechenden Fragen des Patienten seitens der Behandler.

Beispiel: Interviewer: *Bleibt [diese Vereinbarung so], bis Sie [entlassen werden]?*“

Patient: *„Das weiß ich nicht, weil ich jetzt erstmal einen neuen gesetzlichen Betreuer hab', weil meine Tante das [gesundheitlich nicht mehr] machen kann. Und da weiß ich jetzt noch nicht, wie das dann vonstatten geht. Also natürlich, für die Besichtigungstermine der TWGs bin ich freigestellt, aber ansonsten weiß ich nicht.“*

Interviewer: *„Haben Sie da versucht, den Ärzten klarzumachen, dass das ein wichtiges Thema für Sie wäre?“*

Patient: *„Auf alle Fälle. Aber es wurde immer wieder zurückgefahren.“ (IAKBE018, Abschnitt 80-82)*

9.2 Stufen von SDM: Definition und Ankerbeispiele

Wieder musste zunächst eine Definition der einzelnen Kategorien erfolgen. Mithilfe von Ankerbeispielen aus dem Interviewmaterial konnten die gefundenen Definitionen veranschaulicht werden:

Erpressung/Zwang:

Definition: Diese Kategorie wurde vergeben, wenn im Text Folgendes erkennbar war: Die Entscheidung wurde durch den Behandler getroffen. Dem Patienten wurden bei Nichtbefolgen der ärztlichen Empfehlung negative Konsequenzen in Aussicht gestellt (z.B. Verschärfung der Ausgangsregelung), was der Patient zu verhindern suchte.

Beispiel: Arzt: *„Frau X... verweigerte initial eine Medikation außer Quetiapin Retard. Sie ... war dann aber bereit, nachdem der Ausgang gestrichen war, eine Medikation zuzulassen und war dann mit Amisulprid einverstanden.“ (IAKBE015-Arzt, Abschnitt 14)*

Anweisung:

Definition: Diese Kategorie wurde vergeben, wenn im Text Folgendes erkennbar war: Die Entscheidung wurde durch den Behandler getroffen. Der Patient erhielt vom Behandler eine Handlungsanweisung, die nicht weiter erläutert wurde. Das Einverständnis des Patienten wurde nicht erfragt.

Beispiel: Arzt: *„Der Patient macht schon das mit, was man ihm sagt sozusagen, aber er hat eigentlich kein echtes Interesse an all dem, ... und dementsprechend kann man ihm eigentlich nur sagen "Jetzt nehmen Sie das Medikament" und dann nimmt er's schon, aber wir konnten kein Verständnis dafür erzeugen bei ihm.“ (BKHC2003-Arzt, Abschnitt 11)*

Information:

Definition: Diese Kategorie wurde vergeben, wenn ersichtlich war:

Die Entscheidung wird durch den Behandler getroffen. Der Patient wird über die Entscheidung aufgeklärt. Das Einverständnis des Patienten wird eventuell exploriert, nicht jedoch dessen Haltung in Bezug auf die Entscheidung.

Beispiel: *Patient: „... Frau Dr. X hat gesagt: Wir versuchen jetzt DAS Medikament.“*

(BKHE2018, Abschnitt 31)

Anhörung:

Definition: Unter diese Kategorie fielen Aussagen, aus denen erkennbar war: Die Entscheidung wurde durch den Behandler getroffen. Einverständnis, Haltung, Einwände und Präferenzen des Patienten wurden exploriert, flossen aber nicht wesentlich in die Entscheidungsfindung ein.

Beispiel: *Arzt: „...Die Patientin hat ihre Nebenwirkungen geschildert und wir haben darauf reagiert.“ (IAKBE007-Arzt, Abschnitt 13)*

Einbeziehung:

Definition: Diese Kategorie wurde vergeben, wenn Folgendes im Text apparent war:

Die Entscheidung wurde durch den Behandler getroffen. Einverständnis, Haltung, Einwände und Präferenzen des Patienten wurden exploriert. Durch den Patienten gegebene Impulse flossen in die Entscheidungsfindung ein, trotzdem lag die Entscheidungsgewalt klar auf der Behandlerseite.

Beispiel 1: *Psychologin: „[...] Wir waren da doch ein bisschen vorsichtiger. Also sie hat dann gesagt "Ich möchte [...] fünf Stunden raus, kann ich nicht fünf Stunden Ausgang haben?" und wir haben dann so ein bisschen gesagt: [...] „Lieber erst mal vielleicht eine Stunde und kucken, wie es läuft.“, also es war dann doch so ein*

bisschen so..., dass wir etwas dann gebremst haben.“ (BKHC2010-Psychologin, Abschnitt 21)

Beispiel 2: Patientin: „Also hier auf der Station [...] haben sich [die Ärzte] sehr bemüht für uns Patienten, haben uns auch [...] erklärt, wie man [...] mit den Medikamenten umzugehen hat und auch mit den Nebenwirkungen, zum Beispiel hatte ich da so eine Beinunruhe und da hat der Herr Doktor [...] dann schon a bissl am Medikament, dass das... weniger geworden ist.“ (IAKBE013, Abschnitt 5-7)

Mitbestimmung:

Definition: Aussagen mit folgendem Inhalt wurden in diese Kategorie eingeordnet:

Die Entscheidung wurde von Behandler und Patient gemeinsam getroffen.

Einverständnis, Haltung, Einwände und Präferenzen wurden durch den Behandler exploriert. Die so vom Patienten gegebenen Impulse nahmen entscheidend Einfluss auf die Entscheidungsfindung. Der Patient war somit „mit Entscheidungsgewalt“ an der Entscheidung beteiligt.

Beispiel 1: Ärztin: „[Wir haben] überlegt, auf was wir umstellen können und dann war [die Patientin] mit Risperidon einverstanden. Sie wollte was haben, was keine allzu große Gewichtszunahme macht, also Olanzapin zum Beispiel wäre für sie nicht infrage gekommen.“ (IAK28025-Ärztin, Abschnitt 9)

Teilweise Entscheidungskompetenz:

Definition: Diese Kategorie wurde vergeben, wenn im Text Folgendes erkennbar war:

Die Entscheidung wurde von Behandler und Patient gemeinsam getroffen.

Einverständnis, Haltung, Einwände und Präferenzen wurden durch den Behandler exploriert. Der Patient war „mit Entscheidungsgewalt“ an der Entscheidung beteiligt.

Teile der Entscheidung wurden vom Patienten initiiert/getroffen.

Beispiel 1: *Arzt: „[...] Was die Medikation anging, [...] nimmt er ja jetzt schon länger nichts mehr, nachdem er die letzte Medikation abgelegt hat, das Abilify, und wir haben das dann probeweise laufen lassen und da sich klinisch auch nichts verändert hat, gab es da jetzt auch keinen Grund, ihn da nochmal für irgendwas motivieren zu müssen.“ (BKHC2018-Arzt, Abschnitt 11)*

Entscheidungsmacht:

Definition: Aussagen mit folgendem Inhalt wurden in diese Kategorie eingeordnet:

Sowohl Behandler als auch Patient hatten Anteile an der Entscheidungsfindung. Die überwiegende Entscheidungsgewalt lag auf der Patientenseite.

Beispiel: *Arzt: „[...] Letztlich ist es schon auch so, dass wie es dann nach dem stationären Aufenthalt weitergeht, das wird dann mehr von ihm entschieden. [...] Also er hat sich diese Einrichtung angekuckt, aber er hat jetzt weiterhin den Plan, rauszugehen, bei der Freundin zu wohnen und dann eine Ausbildung bei dem Stiefvater von der Freundin zu beginnen. Und wir so semi-optimistisch hinblicken. Da hat letztlich schon er die Entscheidung getroffen, muss man sagen.“ (BKHC2018-Arzt, Abschnitt 25-27)*

Selbstorganisation:

Definition: Diese Kategorie wurde vergeben, wenn Folgendes im Text apparent war:

Die Entscheidung wurde vom Patienten getroffen. Dieser initiierte, organisierte und bestimmte die wesentlichen Komponenten der Entscheidung. Der Behandler unterstützte den Patienten eventuell bei diesem Prozess.

Beispiel: *Patientin: „[...] Und jetzt hab' ich mir selbst eine Wohnung gefunden über das Wohnungsamt. Den Wohnungsberechtigungsschein hab' ich mir selbst [besorgt],*

TROTZ Betreuung mit Wohnungsangelegenheiten. Ich habe mir den Pflegedienst ausgesucht, das wird jetzt auch organisiert.“ (IAKAE018, Abschnitt 43)

9.3 Pro- und Contra-SDM-Faktoren: Definition und Ankerbeispiele

9.3.1 Contra-SDM

Patientenfaktoren

Diese Kategorie umfasste SDM-behindernde Gesichtspunkte, die mit Persönlichkeitseigenschaften, Einstellung zu psychiatrischer Behandlung, Verhalten, einem schlechten Verhältnis zum Behandler, Symptomatik, Erfahrungen, und Krankheitskonzept von Patienten assoziiert waren.

Persönlichkeitseigenschaften

Definition: Hierunter fielen SDM-behindernde Aspekte, die mit den individuellen Eigenschaften/der Persönlichkeit von Patienten Im Kontext mit Behandlern oder im Zusammenhang mit der Therapie in Verbindung gebracht werden konnten.

Beispiel „Militanz“: *Patient: „Ich tät' trotzdem dann sagen, es ist mein Leben und wenn sich da jemand einmischt, der soll eigentlich nur sterben.“ (BKHC2018-Abschnitt 69)*

Einstellungen zu psychiatrischer Behandlung

Definition: Hierunter fielen SDM-behindernde Aspekte, die mit der Einstellung des Patienten zu psychiatrischer Behandlung assoziiert waren.

Beispiel: *Patientin: „Und ich find' das einfach nur, ja, Massenabfertigung und Menschenrechtsverletzung.“ (LMK19002, Abschnitt 51)*

Verhalten

Definition: Hierunter fielen SDM-behindernde Aspekte, die mit dem Verhalten des Patienten während der stationären Behandlung oder bei Entscheidungen assoziiert wurden.

Beispiel „Renitenz“: *Ärztin: „Aber da hat er sich oft auch bisschen quergestellt, weil er bei den Bewerbungsgesprächen dann auch gesagt hat, nee, [...] er möchte nicht und so...“ (IAKBE018-Ärztin, Abschnitt 7)*

Schlechtes Verhältnis zum Behandler

Definition: Hiermit wurden SDM-erschwerende Elemente, die mit einem schlechten Verhältnis von Patienten zu ihrem Behandler assoziiert waren, kodiert.

Beispiel „fehlender Wille zur Zusammenarbeit“:

Patientin: „[...] das ist nicht meine Ärztin, ich nehm' die nicht ernst und ich will 'nen Ärztewechsel.“ (LMK19002, Abschnitt 26)

Symptomatik

Definition: Hierunter fielen SDM-erschwerende Elemente, die mit Symptomatik von Patienten assoziiert waren, z.B. durch eingeschränkte Entscheidungsfähigkeit oder Kommunikation.

Beispiel „Misstrauen“: *Arzt: „[...] und sie war auch sehr misstrauisch im Kontakt und das macht's halt sehr, sehr schwer mit ihr.“ (IAKBE015-Arzt, Abschnitt 22)*

Erfahrungen

Definition: Hierunter fielen SDM-behindernde Aspekte, die mit gemachten Erfahrungen von Patienten mit Medikation, Personal der Einrichtung oder anderen psychiatrischen Einrichtungen verknüpft werden konnten. Hierunter fielen sowohl

Erfahrungen, die während des aktuellen Aufenthaltes als auch während früherer Kontakte mit psychiatrischer Behandlung gemacht wurden.

Beispiel „schlechte Erfahrungen mit psychiatrischen Einrichtungen“: *Patientin: „Aber jetzt bin ich auf der gleichen Station, ich bin hier mit gemischten Gefühlen wieder hergekommen, allein schon über die Einrichtung, dass man dann wieder so an so negative Erfahrungen erinnert wird.“ (IAKAE018, Abschnitt 78)*

Krankheitskonzept

Definition: Hierunter fielen SDM-behindernde Aspekte, die mit der individuellen Auffassung von Patienten, die ihre eigene Krankheit betraf, verknüpft waren.

Beispiel „fehlende Krankheitseinsicht/-akzeptanz“:

Ärztin: „Also sie zeigt nach wie vor überhaupt keine Krankheitseinsicht, keinerlei Krankheitsgefühl [...]“ (LMK19014-Ärztin, Abschnitt 8)

Behandlerfaktoren

Diese Kategorie umfasst SDM-behindernde Elemente, die mit Verhalten bei Entscheidungen und Eigenschaften/Einstellungen sowie Erfahrungen von Behandlern assoziiert waren.

Verhalten bei Entscheidungen

Definition: Hierunter fielen SDM-behindernde Elemente, die mit dem Verhalten von Behandlern bei therapeutischen Entscheidungen verknüpft waren.

Beispiel „Mangelndes Eingehen auf Patientenwünsche/-fragen“:

Interviewer: „[...] Wie wurde im Arztgespräch darauf reagiert, dass Sie das nicht vertragen, das Medikament?“ Patientin: „Das wurde total ignoriert.“ (LMK19014, Abschnitt 8-9)

Eigenschaften/Einstellung

Definition: Diese Kategorie beinhaltete SDM-behindernde Faktoren, die mit der Einstellung von Behandlern zum Patienten und zu SDM assoziiert waren. Behandler umfasste hier alle Personen, die regelmäßig mit Entscheidungsmacht in wesentliche therapeutische Entscheidungen von Patienten involviert waren, also vornehmlich Ärzte und Psychologen.

Beispiel „fehlende Notwendigkeit von SDM bei bestimmten Patienten“: *Arzt: „Mit Frau X war es relativ unkompliziert, da sie eher so eine ängstliche Persönlichkeit ist, die halt eher doch so eine führende Kraft braucht, die ihr dann sagt, was sie so tun kann oder sollte.“ (IAKBE013-Arzt, Abschnitt 5)*

Rahmenbedingungen

Diese Kategorie umfasste SDM-behindernde Faktoren, die mit äußeren Gegebenheiten auf den Interventionsstationen verknüpft waren, wie beispielsweise Ressourcenknappheit (Personal, Betten), Einschränkungen der Entscheidungsfreiheit durch Regeln oder Gesetz (Beschluss, Unterbringung) oder einem anstehenden Behandlerwechsel.

Fehlende Ressourcen

Definition: Hierunter fielen SDM-erschwerende Elemente, die mit knappen Ressourcen, vor allem Personal, und Folgeschwierigkeiten assoziiert waren.

Beispiel „Mangel an betreuten Ausgängen“: *Patient: Ich bin bisher immer noch ohne Ausgang. [...] es hat sich auch keiner gefunden, mit dem ich dann hätte zusammen gehen sollen, dementsprechend bin ich immer noch ohne Ausgang.“ (IAKBE018, Abschnitt 76)*

Regeln/Gesetz

Definition: Hierunter fielen Faktoren, die die Handlungsfreiheit von Behandlern und Patienten durch Regeln/gesetzliche Vorgaben (z.B. Beschluss) beschränkten.

Beispiel „Beschluss/Unterbringung“: *Patient: „Letztendlich, aufgrund dessen, dass ich einen Beschluss habe, habe ich nicht so viel Freiraum wie andere Patienten, mitentscheiden zu dürfen [...]“ (IAKBE018, Abschnitt 23)*

Anstehender Behandlerwechsel

Definition: Hierunter wurden Elemente subsummiert, die darauf schließen ließen, dass weniger SDM als möglich gewesen wäre angewandt wurde, da dem betreffenden Patienten ein Behandlerwechsel (Verlegung, Entlassung) bevorstand, die Stabilität des Patienten hierfür nicht gefährdet werden sollte und überdies die Verantwortung für längerfristige Entscheidungen an den Nachbehandler übergeben wurde.

Beispiel: *Patientin: „Ja also, ich... hab also... Nebenwirkungen ist starker Haarausfall, also ich möchte nochmal das Medikament wechseln, aber das machen wir jetzt nicht, bevor ich auf das andere Haus komm‘, das machen wir dann im anderen Haus drüben, ja. Haben wir besprochen, nicht dass ich instabil werde jetzt... hier... noch.“ (IAKBE007, Abschnitt 23)*

Sonstiges

Unter diese Kategorie fielen sonstige SDM-behindernde Aspekte, die sich nicht zu anderen Kategorien zuordnen ließen, vor allem weitere Beteiligte betreffend (z.B. Pflege).

Weitere Beteiligte

Definition: hierunter fielen Textstellen, die erkennen ließen, dass SDM durch weitere an Entscheidungen Beteiligte (Pflege, Mitpatienten, Betreuer, Angehörige) begrenzt wurde.

Beispiel „Betreuer“: *Patientin: „[...] die Betreuerin hat Kontaktsperre ausgerufen und deswegen darf ich auch nicht mehr Ausgang haben.“ (LMK 19002, Abschnitt 16)*

Unklare Verantwortlichkeiten

Definition: Diese Kategorie wurde vergeben, wenn erkennbar war, dass SDM aufgrund unklarer Verantwortlichkeiten zwischen verschiedenen Behandlern (insbesondere auch im Zusammenhang mit deren individueller Rolle in der Therapie) gescheitert war.

Beispiel: *Patient: „[...] Deswegen wollte ich nochmal nachfragen, Eins-zu-eins-Ausgang, vielleicht ist es schon vo...rausgeschrieben. Dann hat [die Psychologin] gesagt, ich muss zum Arzt oder Ärztin. Hab' ich angeklopft, dann war [die Assistenzärztin] da, dann hab' ich sie gefragt, sie hat gesagt, das macht [der Oberarzt], nicht ich, ich darf Eins-zu-Eins-Ausgang haben, aber keinen normalen Ausgang.“ (BKHC2003, Abschnitt 10)*

Finanzielle Belastung durch stationären Aufenthalt

Definition: Dies wurde als SDM-behindernd kodiert, wenn einem Patienten durch einen langen stationären Aufenthalt ein finanzieller Schaden entstand, was sich negativ auf die Beziehung zu Behandlern und seine Miteinbeziehung in Entscheidungen auswirkte.

Beispiel: *Patient: „Und der Anschluss ist, bis zum Jahr 2018 im Januar, dass ich in einer geschlossenen Anstalt verbleiben muss. Bitteschön, ich habe Miete zu zahlen, ich hab' ein Leben zu führen [...]“ (LMK19009, Abschnitt 69)*

9.3.2 Pro-SDM

Patientenfaktoren

Diese Kategorie umfasste SDM-erleichternde Gesichtspunkte, die mit Persönlichkeitseigenschaften, Verhalten bei Entscheidungen, einem guten Verhältnis zum Behandler, Symptomatik, Erfahrungen und Krankheitskonzept von Patienten assoziiert waren.

Persönlichkeitseigenschaften

Definition: Hierunter fielen SDM-erleichternde Aspekte, die mit der Einstellung des Patienten zu Behandlern oder zur Therapie in Verbindung gebracht werden konnten.

Beispiel für „positive Grundeinstellung zur Behandlung/Nichtnachtragendsein“: *Ärztin: „Er ist ja positiv auf einen zugekommen, mit einer positiven Einstellung und dass man das halt auch gut entgegen konnte [...]“ (BKHE2018-Ärztin, Abschnitt 10)*

Verhalten bei Entscheidungen

Definition: Hierunter fielen SDM-befördernde Elemente, die mit dem Verhalten von Patienten bei therapeutischen Entscheidungen verknüpft waren.

Beispiel „Offenheit für Vorschläge/Sicht der Ärzte“: *Ärztin: „Der Herr X selber hat sich sehr aufgeschlossen gezeigt und wird dann da noch mitbestimmen, ob er das jetzt möchte, dass da noch was dazu kommt oder... Müssen wir mit ihm einfach jetzt auch dann diskutieren, ja.“ (LMK19016-Ärztin, Abschnitt 21)*

Abschnitt 7)

Gutes Verhältnis zum Behandler

Definition: Hierunter fielen SDM-erleichternde Elemente, die mit einem guten Verhältnis von Patienten zu ihrem Behandler assoziiert waren.

Beispiel: *Patient: „Also ich fühle mich verstanden. Wenn ich irgendwas sage oder so oder wenn ich irgendwas frage, da fühle ich mich dann verstanden.“ (IAKP1026, Abschnitt 12)*

Symptomatik

Definition: Hierunter fielen SDM-erleichternde Elemente, die mit Symptomatik von Patienten assoziiert waren, z.B. dem Fehlen von Symptomatik, aber auch dem Vorhandensein von Leidensdruck.

Beispiel: *Ärztin: „[...], dass sie... kognitiv eigentlich recht fit ist, dass sie auch versteht, was man ihr erklärt, dass sie sich auch selber informiert. Das hat es schon sehr erleichtert.“ (LMK19017-Ärztin, Abschnitt 19)*

Erfahrungen

Definition: Hierunter fielen SDM-erleichternde Aspekte, die mit gemachten Erfahrungen von Patienten mit Medikation oder der Einrichtung verknüpft werden konnten. Hierunter fielen sowohl Erfahrungen, die während des aktuellen Aufenthaltes als auch während früherer Kontakte mit psychiatrischer Behandlung gemacht wurden.

Beispiel „gute Erfahrungen mit Medikamenten“:

Interviewer: „Also haben Sie sogar Vorschläge gemacht und die Ärzte sind darauf eingegangen, wenn ich das richtig verstanden habe.“

Patientin: „Also, ich hab‘ darauf hingewiesen, dass ich früher schon die Fluanxol-Spritze gut vertragen hab‘ [...] und nicht mehr Beinunruhe bekommen hab‘ und... ja, so kann man das dann sagen.“ (IAKBE013, Abschnitt 10)

Krankheitskonzept

Definition: Hierunter fielen SDM-erleichternde Aspekte, die mit der individuellen Auffassung von Patienten, die ihre eigene Krankheit und Therapie betraf, verknüpft waren.

Beispiel: *Patientin: „Und auch wenn ich jetzt kein akuter Fall bin, stimmt die Diagnose ja und es kann nur gut für mich sein, dass auch diagnostiziert zu bekommen, aktenkundig sozusagen und mich dann so weiterführen zu lassen.“ (IAK28025-Ärztin, Abschnitt 68)*

Behandlerfaktoren

Hierunter fielen SDM-erleichternde Elemente, die sich mit Eigenschaften/Einstellungen, Verhalten bei Entscheidungen und einem guten Verhältnis von Behandlern zu Patienten verknüpfen ließen.

Eigenschaften/Einstellungen

Definition: Diese Kategorie beinhaltete SDM-erleichternde Faktoren, die mit Eigenschaften und Haltungen von Behandlern zu Patienten und SDM assoziiert waren. Behandler umfasste hier alle Personen, die regelmäßig mit Entscheidungsmacht in wesentliche therapeutische Entscheidungen von Patienten involviert waren, also vornehmlich Ärzte und Psychologen.

Beispiel „Ernstnahme/Respekt“: *Psychologin: „Ja, ich denke schon, dass wir dann versucht haben irgendwie, uns zu treffen auf irgendeiner [...] Ebene und [...] genau, dass, wie gesagt, irgendwie zu einem Kompromiss dann Kommen. Dass auch sie als Patientin zufrieden ist und den Eindruck hat, dass auch ihr Anliegen gehört wird und... ernst genommen wird.“ (BKHC2010-Psychologin, Abschnitt 37-39)*

Verhalten bei Entscheidungen

Definition: Hierunter fielen SDM-fördernde Elemente, die mit dem Verhalten von Behandlern bei therapeutischen Entscheidungen verknüpft waren.

Beispiel „Eingehen auf Patientenwünsche/-anliegen“: *Arzt: „Also jetzt, bezüglich der antidepressiven Einstellung ja und auch jetzt... mit der Umstellung auf Valproat, von Valproat auf ein anderes Medikament wegen ihrem Haarausfall. Das wurde ihr erläutert, dass das vielleicht nicht so ganz gut ist, dass man das tolerieren sollte. Aber sie hat dann doch eher gewünscht, dass wir jetzt was anderes ausprobieren und... genau. Also dem sind wir auch entsprochen.“ (IAKBE007-Arzt, Abschnitt 15)*

Gutes Verhältnis zum Patienten

Definition: Hierunter fielen SDM-erleichternde Elemente, die mit einem guten Verhältnis von Behandlern zu ihren Patienten assoziiert waren.

Beispiel: *Arzt: „[...] aber so ganz überwiegend haben wir glaube ich einen ganz guten Bezug gehabt.“ (BKHC2018-Arzt, Abschnitt 9)*

Rahmenbedingungen

Definition: Diese Kategorie umfasste SDM-erleichternde Faktoren, die mit äußeren Gegebenheiten auf den Interventionsstationen verknüpft waren, wie beispielsweise das ausreichende Vorhandensein von Ressourcen (Personal, Gesprächszeit) oder einer guten Atmosphäre auf Station.

Beispiel „Möglichkeit für Gespräche“:

Ärztin: „Und es war dann wirklich, also waren einige lange, ausführliche Gespräche nötig, um an einen Punkt zu kommen, dass sie sich überhaupt auf eine Behandlung einlassen konnte.“ (LMK19017-Ärztin, Abschnitt 7)

Sonstiges

Unter diese Kategorie fielen sonstige SDM-fördernde Aspekte, die sich nicht zu anderen Kategorien zuordnen ließen, vor allem weitere Beteiligte (z.B. Betreuer), aber auch die Art der Entscheidung betreffend.

Weitere Beteiligte

Definition: Hier wurden Codes angesiedelt, die darauf schließen ließen, dass weitere Beteiligte (Pflege, Mitpatienten, Betreuer) SDM erleichtert hatten.

Beispiel „Betreuer“: *Patientin: „Die machen da jetzt auch mit, also der Betreuer genehmigt auch, der setzt sich ein für den Mietvertrag. Und setzt sich ein für den Pflegedienst meiner Wahl, also das hat sich jetzt geändert.“ (IAKAE018, Abschnitt 52)*

Art der Entscheidung

Definition: Diese Kategorie umfasste Faktoren, die darauf hinwiesen, dass die Art einer Entscheidung positiven Einfluss auf die Beteiligung von Patienten nahm.

Beispiel: *Patientin: „[...] , wenn es wirklich... Spitze auf Schneide kommen würde, dann müsste ich, glaub' ich, so reagieren. Es hört sich blöd an und ich will mich auch nicht gegen die Meinung von irgendjemand stellen. Aber ich muss... also da hängt halt einfach mein Leben oder meine Selbstständigkeit auch davon ab und... das ist momentan einfach, also wär's ein zu großer Umbruch.“ (LMK19017, Abschnitt 32)*

9.4 Kodierregeln

1. Eine Kodiereinheit bestand aus einem inhaltlich in sich geschlossenen Segment, das auch außerhalb seiner Verortung im Text für sich genommen aussagekräftig war.
2. War die Antwort des Interviewten aussagekräftig, sodass sich deren Sinn dem Leser ohne Weiteres erschloss, wurde nur diese kodiert. Fehlte zum Verständnis der Aussage die Frage des Interviewers, wurde diese entsprechend mitkodiert.
3. Damit eine Kategorie vergeben werden konnte, musste sie sich auf eine konkrete Therapieentscheidung beziehen. Diese musste aus dem Text klar erkennbar sein. Bestand eine Therapieentscheidung aus verschiedenen Teilkomponenten, so konnten für jede klar aus dem Text ersichtliche Komponente Kategorien vergeben werden.
4. Es wurden nur Kategorien für Entscheidungssituationen kodiert, an denen in der Studie eingebundene Patienten und Behandler beteiligt waren. Berichtete der Patient beispielsweise von therapeutischen Entscheidungen, die mit Behandlern anderer, nicht in die Studie eingebundenen Stationen oder ambulanten Therapeuten getroffen

worden waren, so wurden diese nicht berücksichtigt, da die erwähnten Behandler keine Schulung im Sinne von SDM erhalten hatten.

5. Wenn ein- und dieselbe therapeutische Entscheidung sowohl ungeschulte als auch geschulte Behandler miteinschloss, beispielsweise durch Wechsel auf eine andere Station im selben Zentrum, so wurde versucht, nur den Anteil des geschulten Behandlers an dieser zu untersuchen.

6. Pro Therapieentscheidung konnten mehrere, theoretisch beliebig viele, Elemente von SDM und SDM-erleichternde/-erschwerende Faktoren kodiert werden.

7. Pro aus dem Text ersichtlicher Therapieentscheidung konnte nur eine Kategorie der Stufen von SDM kodiert werden, es sei denn, die betreffende Entscheidung wurde im Verlauf von Patient/Behandler reevaluiert, wobei eine andere Stufe als bei der ursprünglichen Entscheidungsfindung erreicht wurde.

8. Bestand eine Therapieentscheidung aus verschiedenen Teilkomponenten, so konnten für diese verschiedene Stufen vergeben werden.

9. Mehrfachnennungen einer Kategorie pro Therapieentscheidung waren möglich, sofern sich die Kategorien auf verschiedene Teilentscheidungen bezogen.

10. Für eine Therapieentscheidung konnten sowohl Plus- als auch Minuskategorien kodiert werden.

11. Für ein- und dieselbe Therapieentscheidung konnte nicht die korrespondierende Plus- und Minuskategorie gleichzeitig vergeben werden, es sei denn, diese bezogen sich auf verschiedene Teilentscheidungen.

12. Waren in der Definition einer Kategorie mehrere verschiedene Aspekte vereint (vgl. +/- Aufklärung über die Diagnose/Entscheidungssituation und Angebot einer partizipativen Entscheidungsfindung), so konnte ein Code für die jeweilige Kategorie bereits dann vergeben werden, wenn mindestens einer dieser Teilaspekte in einer Textstelle auffindbar war.

13. Wurde dieselbe Therapieentscheidung in korrespondierenden Behandler- und Patienteninterviews erwähnt, so konnten bei unterschiedlicher Darstellung verschiedene Kategorien vergeben werden.

14. Machte ein Patient in verschiedenen Textstellen desselben Interviews in Bezug auf dieselbe Therapieentscheidung sich inhaltlich widersprechende Angaben, so wurde versucht, aus dem Kontext eine eindeutige Aussage abzuleiten.

15. Machte ein Patient in einer einzelnen Textstelle in Bezug auf dieselbe Therapieentscheidung sich inhaltlich widersprechende Angaben, so wurde versucht, aus dem Kontext und dem korrespondierenden Behandler-Interview eine eindeutige Aussage abzuleiten.

16. Wurden von den Untersuchern zwei verschiedene, benachbarte Kategorien vergeben (z.B. „Information“ und „Anhörung“), so wurde die Entscheidung zugunsten der höheren erreichten Stufe gefällt.

15. Wurden von den Untersuchern Kategorien vergeben, die auf der Skala um mehr als eine Stufe differierten, so wurde von beiden Untersuchern an entsprechender Stelle ein erneuter Materialdurchgang mit Neubewertung durchgeführt, so lange, bis eine Übereinstimmung zwischen den Untersuchern erreicht war.

17. Wurden im Falle von aus verschiedenen Komponenten bestehenden Entscheidungen bei Haupt- und untergeordneten Teilentscheidungen auf der Skala weit auseinanderliegende Kategorien vergeben (z.B. „Erpressung/Zwang“ und „Entscheidungsmacht“, so mussten diese Fälle gesondert betrachtet werden, da nicht von der Ausübung von tatsächlichem Shared Decision Making ausgegangen werden konnte.

18. Gab es aus dem Text Anhaltspunkte für Symptomatik des Patienten, beispielsweise pathologische Weitschweifigkeit oder Danebenreden, so wurde dies nicht kodiert. Nur die inhaltstragenden Textstellen wurden kodiert.

19. Ausgangsregelungen:

19a) Ausgangsregelungen, die Ausgangssperren beinhalteten, wurden mit „Anweisung/Verbot“ kodiert.

19b) Wirkte der Patient an der Lockerung seiner Ausgangsregelung mit, konnte aber nicht die Station (im Einklang mit Stationsregeln etc.) beliebig verlassen, konnte keine höhere Stufe als „Einbeziehung“ vergeben werden.

19c) Wurden Ausgangsregelungen als Druckmittel gebraucht, wurde „Erpressung/Zwang“ kodiert.

9.5 Vollständiges Kategoriensystem zweiter Auswertungsschritt:

▼ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Contra SDM	0
▼ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Patientenfaktoren	0
▼ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Persönlichkeitseigenschaften	0
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Militanz	6
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Unzuverlässigkeit	1
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Abgabe der Verantwortung	3
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Fehlendes Interesse an Partizipation	2
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Angepasstheit	3
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Schüchternheit	1
▼ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Einstellung zu psychiatrischer Behandlung	5
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Verweigern von/kritische Einstellung zu Medikation	12
▼ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Verhalten	0
▼ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Verhalten bei Entscheidungen	0
▼ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Mangelnde Mitarbeit	0
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Renitenz	8
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Eigensinnigkeit	1
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Noncompliance	1
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Fehlende Offenheit für Vorschläge/Sicht der Behandler	5
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Passivität	10
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Fehlende Motivation	4
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Arglosigkeit	10
▼ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Mangelnde Vorkenntnisse	1
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Unzureichender Informationsstand über Rechte	3
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Falsches Bild über die Erkrankung	1
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Manipulation	8
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Dissimulation	1
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Aufregung	1
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Scham	2
▼ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Verhalten während der stationären Behandlung	0
▼ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Ausfallendes Verhalten	0
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Aggression	11
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Abwertung	1
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Anzüglichkeit	1
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Klagen gegen das Personal	3
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Regelverstöße	3
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Täuschung	2
▼ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Schlechtes Verhältnis zum Behandler	0
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Fehlendes Vertrauen	2
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Schlechte Erfahrungen mit dem Behandler	1
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Fehlender Wille zur Zusammenarbeit	1
▼ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Symptomatik	0
▼ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Eingeschränkte Entscheidungsfähigkeit	2
▼ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Fehlende Reflexionsfähigkeit	7
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Mangelnde Fähigkeit des kritischen Hinterfragens	4
> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Fehlerhafte Selbstreflexion	6
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Fehlendes Priorisierungsvermögen	2
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Fehlendes Situationsbewusstsein	1
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Unrealistische Erwartungen	4
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Ambivalenz	3
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Eingeengtes Denken	7
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Gestörte Auffassung	5
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Denk- und Handlungszerfahrenheit	3
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Konzentrationsschwierigkeiten	1
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Wahn	3
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Beeinträchtigung durch Halluzinationen	1
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Fehlende Antizipationsfähigkeit	1

▼	●	●	Erschwerte Kommunikation	0
▼	●	●	Gestörtes Kontaktverhalten	0
	●	●	Unzugänglichkeit	8
	●	●	Misstrauen	4
	●	●	Mutismus	1
	●	●	Logorrhoe	2
	●	●	Manie	3
▼	●	●	Affekt	0
	●	●	Reizbarkeit	4
	●	●	Affektlabilität	1
	●	●	Pat. ist läppisch	2
	●	●	Angst/Hemmungen	4
	●	●	Antriebslosigkeit	1
	●	●	Mangelnder Leidensdruck	1
▼	●	●	Verringerter Handlungsspielraum	0
	●	●	Eigengefährdung	4
	●	●	Fremdgefährdung	2
▼	●	●	Erfahrungen	0
	●	●	Ohnmachtserleben/Resignation	18
▼	●	●	Erfahrungen mit Medikation	0
	●	●	Schlechte Erfahrungen mit Medikamenten	9
	●	●	Weniger SDM durch bekanntes Medikament	1
▼	●	●	Schlechte Erfahrungen mit dem Personal	0
	●	●	Ärzte	6
	●	●	Pflege	2
	●	●	Schlechte Erfahrungen mit psychiatrischen Einrichtungen	4
▼	●	●	Krankheitskonzept	0
	●	●	Fehlende Krankheitseinsicht/-akzeptanz	13
	●	●	Fehlendes Krankheitsverständnis	2
	●	●	Fehlende Einsicht in Bezug auf Medikation	5
▼	●	●	Behandlerfaktoren	0
▼	●	●	Eigenschaften/Einstellungen	0
▼	●	●	Eigenschaften	0
	●	●	Vorsicht	9
	●	●	Strenge	5
	●	●	Fehlendes Einfühlungsvermögen	2
▼	●	●	Haltung gegenüber SDM	0
▼	●	●	Genereller Ausschluss von SDM	0
▼	●	●	Ausschluss für hochsymptomatische Phase	6
	●	●	Wenig SDM zur Ermöglichung von mehr SDM	7
▼	●	●	Ausschluss für potenziell kritische Entscheidungen	0
	●	●	Absetzen der Medikation	3
	●	●	Ausgang	1
	●	●	Verlegung	1
	●	●	Ausschluss bei ausbleibender Besserung	2
▼	●	●	Fehlende Notwendigkeit	0
	●	●	Bei bestimmten Patienten	1
	●	●	Bei Fehlen von Problemen	3
	●	●	Bei erreichtem Patienteneinverständnis	1
▼	●	●	Haltung gegenüber dem Patienten	0
	●	●	Fehlende Offenheit für Ansicht des Patienten	2
	●	●	Fehlende Ernstnahme	2
	●	●	Distanz	2
	●	●	Genevte Haltung	1
	●	●	Fehlende Wertschätzung von Engagement	1
	●	●	Fehlende Beachtung von zurückhaltenden Patienten	1

▼	●	●	Verhalten bei Entscheidungen	0
	●	●	Mangelndes Eingehen auf Patientenwünsche/-fragen	9
	●	●	Festhalten an den eigenen Vorstellungen	7
	●	●	Ausübung von Druck zum Erreichen des Ziels	9
	●	●	Gebrauch von pädagogischen Maßnahmen	3
▼	●	●	Fehlende Reevaluation von Entscheidungen	0
	●	●	Keine Reevaluation von von Anderen getroffener E	5
	●	●	Keine Reevaluation eigener Entscheidungen	1
	●	●	Beschränkung auf eine Option	5
	●	●	Mangelnde Aufforderung zur Partizipation	2
	●	●	Überschätzung der Einbeziehung	1
	●	●	Vorgeben falscher Tatsachen	1
	●	●	Auslassen wichtiger Themen	2
▼	●	●	Rahmenbedingungen	0
▼	●	●	Fehlende Ressourcen	0
	>	●	Personalmangel	15
	●	●	Eingeschränkte Verlegungsmöglichkeiten durch Bettenmangel	2
	●	●	Fehlendes Angebot	3
▼	●	●	Regeln/Gesetz	0
	●	●	Beschluss/Unterbringung	9
	●	●	Stationsregeln	4
	●	●	Anstehender Behandlerwechsel	3
▼	●	●	Sonstiges	0
▼	●	●	Weitere Beteiligte	0
	▼	●	Pflege	0
	▼	●	Ausübung von Druck	1
	●	●	Pflegepersonal fühlt sich von Pat. bedroht	1
	●	●	Schlechte Erfahrungen mit der Pat.	3
	●	●	Zuviel an harten Maßnahmen	1
	▼	●	Mitpatienten	0
	▼	●	Aggressive Mipatienten	0
	●	●	Mehr Aggression bei Patienten	3
	●	●	Rückzug	1
	●	●	Vergleich mit Mitpatienten	2
	▼	●	Betreuer	0
	●	●	Einschränkung der Optionen	4
	●	●	Abweichende Vorstellungen von Ärzten	1
▼	●	●	Angehörige	0
	●	●	Beeinflussung	2
	●	●	Fehlende Unterstützung	1
	●	●	Unklare Verantwortlichkeiten	2
	●	●	Finanzielle Belastung durch Aufenthalt	1
	●	●	Der Wohlfühlpatient	7
▼	●	●	Pro SDM	0
▼	●	●	Patientenfaktoren	0
	▼	●	Persönlichkeitseigenschaften	0
	▼	●	Engagement, Hartnäckigkeit, Durchsetzungsvermögen	0
	▼	●	Engagement	11
	●	●	Erzeugt Handlungsdruck bei Ärzten	1
	●	●	Stärkere Verhandlungsposition	1
	●	●	Hartnäckigkeit	5
	●	●	Durchsetzungsvermögen	1
	▼	●	Entschlossenheit/Motivation/Selbstwirksamkeit	1
	●	●	Selbstwirksamkeit	1
	●	●	Motivation	9
	●	●	Entschlossenheit	1
	▼	●	Positive Grundeinstellung zur Behandlung/Nichtnachtragendsein	10
	●	●	Nichtnachtragendsein	1

▼ ●●● Kompromissbereitschaft, Pragmatismus, Kooperativität	1
●●● Kooperativität	2
●●● Kompromissbereitschaft	4
●●● Pragmatismus	3
●●● Offenheit/Ehrlichkeit	3
●●● Zuverlässigkeit/Compliance	2
▼ ●●● Verhalten bei Entscheidungen	0
●●● Offenheit für Vorschläge/Sicht der Ärzte	21
▼ ●●● Aktive Kommunikation	0
●●● Äußern von Wünschen/Anliegen/Befürchtungen	16
●●● Stellen von Fragen	1
●●● Rückmeldung	2
▼ ●●● Vorbereitung	0
▼ ●●● Patientenschulung	0
●●● Teilnahme an Gruppe	24
●●● Teilnahme an Psychoedukation	1
●●● Selbststudium	2
●●● Aufklärung	1
▼ ●●● Gutes Verhältnis zum Behandler	6
●●● Vertrauen	6
▼ ●●● Positive Einstellung zum Behandler	2
●●● Dankbarkeit	2
▼ ●●● Symptomatik	0
▼ ●●● Wenig Symptomatik	3
▼ ●●● Wenig eingeschränkte Entscheidungsfähigkeit	0
●●● Wenig kognitive Beeinträchtigung	2
●●● Zustandsbesserung	7
●●● Priorisierungsvermögen	4
●●● Reflexionsvermögen	1
●●● Situationsverständnis	1
▼ ●●● Wenig erschwerte Kommunikation	5
●●● Wenig gestörtes Kontaktverhalten	5
●●● Rationale Argumentation	2
●●● Gutes Auftreten	3
●●● Vorhandensein von Leidensdruck	6
▼ ●●● Erfahrungen	0
▼ ●●● Erfahrungen mit Medikamenten	0
●●● Gute Erfahrungen mit Medikamenten	8
●●● Nachteile durch Absetzen	1
●●● Erfahrungen mit der Einrichtung	2
▼ ●●● Krankheitskonzept	0
●●● Krankheitseinsicht	4
●●● Therapieeinsicht	5
▼ ●●● Behandlerfaktoren	0
▼ ●●● Eigenschaften/Einstellungen	0
▼ ●●● Eigenschaften	0
▼ ●●● Freundlichkeit/Höflichkeit	3
●●● Höflichkeit	1
▼ ●●● Kompromissbereitschaft/Pragmatismus	2
●●● Pragmatismus	1
●●● Gewissenhaftigkeit	2
●●● Toleranz	1
●●● Hilfsbereitschaft	1
▼ ●●● Haltung gegenüber dem Patienten	0
▼ ●●● Erkennen von Bedürfnissen/Einfühlen in den Patienten	0
●●● Einfühlungsvermögen	4
●●● Erkennen von Bedürfnissen	4
▼ ●●● Ernstnahme/Respekt	2
●●● Respekt	1

● Einsatz für den Patienten	1
● Individuelle Behandlung	2
▼ ● Haltung gegenüber SDM	0
● SDM als ärztliche Verantwortung	1
● SDM als hilfreich erlebt	1
▼ ● Verhalten bei Entscheidungen	0
● Eingehen auf Patientenwünsche/-anliegen	10
● Bereitschaft zum Entgegenkommen	5
● Gute Aufklärung	8
● Rückmeldung	9
● Motivation	1
▼ ● Gutes Verhältnis zum Patienten	1
● Vertrauen	1
● Kennen des Patienten	2
▼ ● Rahmenbedingungen	0
▼ ● Personelle Ressourcen	0
● Möglichkeit für Gespräche	9
● Möglichkeit eines Behandlerwechsel	2
● Gute Zusammenarbeit zwischen den Berufsgruppen	1
▼ ● Atmosphäre	1
● Deeskalierendes Setting	1
● Gefühl des Aufgehobenseins	1
▼ ● Sonstiges	0
▼ ● Weitere Beteiligte	0
▼ ● Pflege	0
● Bezugspflege	1
● Guter Bezug zum Patienten	2
● Mitpatienten	1
● Betreuer	2
▼ ● Art der Entscheidung	0
● Entscheidung mit speziellen Konsequenzen	1
● Der Wohlfühlpatient	7

Abbildung 14: Gesamtes Kategoriensystem der Pro- und Contra-SDM-Faktoren (MAXQDA12, Projekt „Interviews“)

10 Tabellen- und Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Implementierungsstrategien für SDM (Heres and Haman 2017)	13
Abbildung 2: Situationsbezogene Anwendung von Shared Decision Making (Hamann and Heres 2014).....	16
Abbildung 3: Klassische Schritte der Partizipativen Entscheidungsfindung (Programm für nationale Versorgungsleitlinien 2015).....	28
Abbildung 4: Stufenmodell der Partizipation (Wright et al., 2009).....	29
Abbildung 5: Vorgehen der qualitativen Inhaltsanalyse	34
Abbildung 6: Prozentuale Verteilung von erreichter/nicht erreichter/fraglich erreichter Partizipation.....	42
Abbildung 7: Prozentuale Verteilung der erreichten Stufen der Partizipation	43
Abbildung 8: Prozentuale Verteilung der erreichten Stufen gemäß Patienten und Behandlern	44
Abbildung 9: Prozentuale Verteilung aller SDM-Faktoren bzgl. Pro- und Contra-SDM	46
Abbildung 10: Vergleich der Verteilung der Subkategorien innerhalb der Pro- und Contra-SDM-Faktoren	47
Abbildung 11: Aufschlüsselung der Subkategorien der Contra-SDM-Faktoren (MAXQDA12, Projekt „Interviews“)	48
Abbildung 12: Aufschlüsselung der Subkategorien der Pro-SDM-Faktoren (MAXQDA12, Projekt „Interviews“)	56
Abbildung 13: Zwang und Mitentscheiden auf verschiedenen Ebenen	64
Abbildung 14: Gesamtes Kategoriensystem der Pro- und Contra-SDM-Faktoren (MAXQDA12, Projekt „Interviews“)	118

Tabelle 1: Erreichte Stufen der Partizipation	36
Tabelle 2: Getrennte Betrachtung von erreichten Stufen gemäß Patienten und gemäß Behandlern	43
Tabelle 3: Subkategorien der Contra-SDM-Faktoren	45
Tabelle 4: Subkategorien der Pro-SDM-Faktoren.....	46

11 Abkürzungsverzeichnis für Text und Interviewmaterial

BATNA.....	best alternative to negotiated agreement
bzgl.	bezüglich
bzw.	beziehungsweise
Entsch.....	Entscheidung
etc.	et cetera
IG	Interventionsgruppe
KG	Kontrollgruppe
LEAP	L isten, E mpathize, A gree, P artner
MI	Motivational Interviewing
o.ä.	oder Ähnliches
Pat.	PatientIn
SDM	Shared Decision Making
s.u.	siehe unten
tw.	teilweise
u.a.	unter Anderem
usw.	und so weiter
z.B.	zum Beispiel

12 Danksagung

Ich möchte mich herzlich bei meinem Doktorvater, Herrn Prof. Johannes Hamann, bedanken, der mir bei der Durchführung der Studie, der Auswertung der Ergebnisse und dem Verfassen der Dissertation stets wertschätzend und mit großer Hilfsbereitschaft zur Seite stand und dessen große wissenschaftliche Erfahrung bei der Beantwortung von manch kniffliger Fragestellung entscheidend war.

Weiterhin bedanken möchte ich mich bei Herrn PD Stephan Heres, dessen Feedback und konstruktive Kritik im Verlauf der Studie sehr hilfreich für mein Forschungsvorhaben waren.

Außerdem möchte ich meinem Mentor, Herrn Prof. Klaus Linde, meinen Dank aussprechen, der immer wieder interessante und relevante Denkanstöße gegeben hat. Spannender Input zu unserem Forschungsvorhaben kam auch von den Teilnehmern der „Qualitativen Werkstatt“ der LMU.

Mein besonderer Dank gilt den Mitgliedern unserer Forschungsgruppe:

Dr. Fabian Holzhüter, der mit mir während unserer gemeinsamen Studie alle Höhen und Tiefen des Forschungsprozesses geteilt hat und mich auch danach weiterhin mit offenem Ohr und Menschenverstand beraten hat.

Und Susanna Blakaj, die mit ihrem pragmatischen Optimismus und ihrer langjährigen klinischen Erfahrung immer wieder eine große Stütze für mich war.

Ich bedanke mich außerdem herzlich bei allen an unserem Projekt beteiligten Patienten und Behandlern. Von den Menschen, die ich in diesem Rahmen kennen lernen durfte, habe ich sehr viel mehr auf den Weg gegeben bekommen als Daten für eine Studie. Die Erfahrungen, die ich hierbei mit einer marginalisierten Patientengruppe machen durfte, werden mir noch lange eindrücklich im Gedächtnis bleiben.

Zuletzt möchte ich mich noch insbesondere bei meiner Mutter, Frau Dr. Alexandra Becher, für ihr gewissenhaftes Korrekturlesen und ihre wohlbedachten Anmerkungen bedanken.