

TECHNISCHE UNIVERSITÄT MÜNCHEN

Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie des
Klinikums rechts der Isar (Direktor: Univ.-Prof. Dr. J. Förstl)

Was können psychiatrische Patienten beitragen,
damit ein shared decision-making zustande kommt?

Jesko Christian Bernd

Vollständiger Abdruck der von der Fakultät für Medizin der
Technischen Universität München zur Erlangung des akademischen Grades eines
Doktors der Medizin
genehmigten Dissertation.

Vorsitzender: Univ.-Prof. Dr. E. J. Rummeny

Prüfer der Dissertation:

1. apl. Prof. Dr. J. Hamann

2. Univ.-Prof. Dr. J. Förstl

Die Dissertation wurde am 18.11.2014 bei der Technischen Universität München
eingereicht und durch die Fakultät für Medizin am 15.07.2015 angenommen.

Inhaltsverzeichnis		S.
1	Vorwort	5
2	Einleitung	6
	2.1. Fragestellung der vorgestellten Untersuchung	7
	2.2. Stand der Forschung	7
	2.3. Welche Beiträge können Patienten zum Prozess des SDM leisten?.....	10
	2.4. Patientenkompetenzen und Patientenbeiträge zu SDM im Bereich der Psychiatrie	11
	2.5. Zielsetzung der vorgestellten Untersuchung	12
3	Methodik	13
	3.1. Projektaufbau	13
	3.2. Teil 1 - Itemgenerierung durch qualitative Fokusgruppeninterviews	13
	3.2.1. Teilnehmer	14
	3.2.2. Ethik	14
	3.2.3. Durchführung der qualitativen Gruppeninterviews	14
	3.2.4. Qualitative Auswertung der qualitativen Gruppeninterviews	16
	3.3. Teil 2 - Erstellung der Fragebogenvorform	17
	3.3.1. Teilnehmer	17
	3.3.2. Auswertung	18
4	Ergebnisse	19
	4.1. Ergebnisse der qualitativen Auswertung der Fokusgruppeninterviews.....	19
	4.1.1. Teilnehmer und Labels	19
	4.1.2. Allgemeine Erwartungen und Haltungen von Ärzten und Patienten bei der Behandlung	20
	4.1.2.1. Gegenseitige Beziehungserwartungen von Ärzten und Patienten – <i>„Entscheidend ist überhaupt die Qualität der Beziehung“</i>	20
	4.1.2.2. Individuelles Eingehen der Ärzte auf den Patienten ist wichtig - <i>„Tipp für den Arzt“</i>	23
	4.1.2.3. Ganzheitlicher Ansatz – <i>„Geht es denn jetzt nur um Psychopharmaka?“</i>	24
	4.1.2.4. Sonderrolle psychischer Erkrankungen – <i>„Geht es um Erkrankungen allgemein oder um psychische Erkrankungen?“</i>	25
	4.1.2.5. Äußern von Zufriedenheit - <i>„Hier finden sie keinen schlechten Arzt!“</i>	26
	4.1.2.6. Schlechte Erfahrungen - <i>„der Arzt als Feind?“</i>	27
	4.1.3. Patientenseitige Handlungsmöglichkeiten, die ein shared decision- making begünstigen	28
	4.1.3.1. Cluster 1 - Ehrlichkeit und Offenheit	28
	4.1.3.1.1. Dem Arzt offen und ehrlich Auskunft geben – <i>„offen und ehrlich sagen, was Sache ist“</i>	29
	4.1.3.1.2. Ehrlichkeit und Auseinandersetzung mit und gegenüber sich selbst – <i>„Die unangenehmen Dinge raus holen!“</i>	30
	4.1.3.2. Cluster 2 - Vertrauen und Geduld	30
	4.1.3.2.1. <i>„Eine Frage des Vertrauens“</i>	30
	4.1.3.2.2. Sich auf die Therapie einlassen, einen Vertrauensvorschuss gewähren – <i>„Offen sein</i>	

	<i>für etwas Neues!</i>	32
4.1.3.2.3.	„Geduldig sein“ - Geduld haben, bis die Behandlung hilft	32
4.1.3.3.	Cluster 3 - Respekt und Höflichkeit – „ <i>Nett auftreten empfiehlt sich!</i> “	33
4.1.3.4.	Cluster 4 - Information, Rückmeldung und Feedback an den Arzt	34
4.1.3.4.1.	Den Arzt ausführlich über eigene Person und Befinden informieren – „ <i>Lieber einmal zu viel Informationen rausgegeben!</i> “	35
4.1.3.4.2.	Feedback zur (medikamentösen) Behandlung geben – „ <i>Ich beobachte mich sehr genau und spreche das sofort an!</i> “	35
4.1.3.4.3.	Rückmeldung geben: Ich bin mit etwas überfordert – „ <i>Sagen, wenn eine Grenze erreicht ist!</i> “	36
4.1.3.4.4.	Kritik an Arzt-Patient-Beziehung äußern – „ <i>Wenn etwas nicht passt...</i> “	36
4.1.3.5.	Cluster 5 - Eigeninitiative und Mitarbeit im Arztgespräch	37
4.1.3.5.1.	Eigenverantwortung übernehmen – „ <i>Das Wichtigste ist, es selbst zu wollen!</i> “	37
4.1.3.5.2.	Kompetent sein und auftreten – „ <i>Aus der Patientenrolle ein Stückchen aussteigen!</i> “	38
4.1.3.5.3.	Sich Zeit nehmen für eine Entscheidung – „ <i>Darüber-schlafen</i> “	39
4.1.3.5.4.	Eigene Vorschläge machen – „ <i>Wie wäre es damit?</i> “	40
4.1.3.5.5.	Behandlungsauftrag mit definieren, realistisch bleiben, Präferenzen äußern – „ <i>Der Patient soll sagen, was er will!</i> “	40
4.1.3.5.6.	Nachfragen und um Erklärungen bitten – „ <i>Nervig, aber wichtig!</i> “	42
4.1.3.6.	Cluster 6 - Informieren und Vorbereiten	43
4.1.3.6.1.	Sich den „richtigen“ Arzt suchen – „ <i>jemanden finden, der einen versteht</i> “	43
4.1.3.6.2.	Information akquirieren, Zweitmeinung einholen – „ <i>Man muss sich als Patient vielleicht doch einlesen..</i> “	44
4.1.3.6.3.	Informiertheit über eigene Erkrankung und Vorerfahrungen – „ <i>Verschreiben sie mir noch mal dieses Sagrotan!</i> “	45
4.1.3.6.4.	Vorbereitung auf das Arztgespräch – „ <i>Was will ich wissen?</i> “	46
4.1.3.6.5.	Unterstützung für das Arztgespräch organisieren - „ <i>Jemanden mitnehmen!</i> “	46
4.1.3.6.6.	Notfallplan erstellen und ambulantes Hilfenetz aufbauen - „ <i>Wer hilft mir im Falle des Falles?</i> “ ..	47
4.1.3.7.	Cluster 7 - Umsetzung und Transfer	47
4.1.3.7.1.	Mitmachen, ärztliche Ratschläge folgen, Therapietreue - „ <i>Ein Stapel Rezepte mit einer Schleife darum</i> “	47
4.1.4.	Bedingungsfaktoren	49
4.1.4.1.	Ärztliche Faktoren	49

4.1.4.1.1.	Ärztliche Grundhaltung und Selbstverständnis– „Bergführer, Verkäufer oder Klempner“?	49
4.1.4.1.2.	Ärztliches Vorgehen in der Behandlung - „ein Baukastensystem“	53
4.1.4.1.3.	Gegenübertragung und besondere Personengruppen – „Der Sympathiebonus“	56
4.1.4.2.	Patientenfaktoren	58
4.1.4.2.1.	Erfahrung des Patienten mit der Erkrankung verändert die Arzt-Patient-Beziehung - <i>“Sie sind jetzt dreißig Jahre krank, sie haben so viel Erfahrung mit den Medikamenten.“</i>	58
4.1.4.2.2.	Mangelndes bzw. ausgeprägtes Partizipationsbedürfnis - <i>„Sie sind doch der Experte, sagen Sie es mir doch!“</i>	59
4.1.4.2.3.	Partizipationsfähigkeit und Diagnoseabhängigkeit - <i>Je nach Erkrankungsgrad sind sie ja auch gar nicht in der Lage, zu entscheiden“</i>	62
4.1.4.2.4.	Psychotische Inhalte und Denkzerfahrenheit - <i>„So stupide 20er oder 60er Jahre..“</i>	65
4.1.4.2.5.	Erfahrungen mit Macht und Ohnmacht, Konflikte und divergierende Krankheitskonzepte - <i>„Wo jeder Arzt sagt: Herr P., Psychose! Und: Maul halten!“</i>	65
4.1.4.3.	Setting und weitere Kontextfaktoren	70
4.1.4.3.1.	Behandlungssetting - <i>„In der Klinik ist das schwieriger gewesen...“</i>	70
4.1.4.3.2.	Bürokratie, Zeitmangel und andere Limitierungen – <i>“Bei dem Zeitkontingent...“</i>	71
4.2.	Ergebnisse der psychometrischen Analyse der Fragebogenvorform	74
4.2.1.	Soziodemographie	74
4.2.2.	Faktorenanalytische Auswertung	75
5	Diskussion	78
5.1.	Zusammenfassung der Ergebnisse	78
5.2.	Vergleich der Ergebnisse mit der existierenden Forschungsliteratur	79
5.3.	Vergleich der qualitativen Analyse mit den Resultaten der quantitativen Auswertung	85
5.4.	Komplizierende und modulierende Faktoren partizipativer Entscheidungsprozesse im psychiatrischen Bereich	87
5.5.	Implikationen für die klinische Praxis und Ausblick	88
5.6.	Implikationen bezüglich der Messung von SDM aus Patientensicht	90
5.7.	Limitierungen der vorliegenden Untersuchung	90
6	Zusammenfassung	92
7	Literaturverzeichnis	97
8	Anhang	104
8.1.	Vorform des entwickelten Fragebogens	104
9	Danksagung	109

1. Vorwort

Die aktive Einbeziehung von Patienten in medizinische Entscheidungen („shared decision-making“) wird derzeit von medizinischen Fachgesellschaften und der Gesundheitspolitik gefordert. Damit ein derartiges shared decision-making (SDM) bzw. eine partizipative Entscheidungsfindung in der klinischen Praxis wirklich zustande kommen kann, sind Anstrengungen von Seiten beider Behandlungspartner – Ärzten wie Patienten – notwendig.

Bisher wurde vor allem untersucht, inwiefern die Ärzteseite bereit ist, einzelne Elemente von SDM umzusetzen. Auf Seiten der Patienten hingegen ist lediglich bekannt, dass die überwiegende Mehrheit eine Einbeziehung in medizinische Entscheidungen wünscht, sich die meisten Patienten in ärztlichen Konsultationen jedoch passiv verhalten und nur einen geringen Beitrag dazu leisten, dass eine partizipative Entscheidungsfindung tatsächlich zustande kommt.

Ziel der vorliegenden Untersuchung ist es – exemplarisch für den Bereich der Psychiatrie, in dem einer partizipativen Entscheidungsfindung eine besonders große Bedeutung zukommt – zu identifizieren, welche Beiträge Patienten zu den einzelnen Schritten des SDM-Prozesses leisten können. Davon ausgehend soll ein Instrument entwickelt und validiert werden, das misst, inwiefern die Patienten tatsächlich motiviert sind und es als ihre Verantwortung ansehen, sich aktiv an den verschiedenen Schritten des medizinischen Entscheidungsprozesses zu beteiligen.

Der zu entwickelnde Fragebogen soll Aufschluss darüber geben, bei welchen Prozessschritten und in welchem Ausmaß Patienten derzeit zu partizipativer Entscheidungsfindung beizutragen bereit sind und damit eine gezielte partizipative Versorgungsgestaltung erlauben.

2. Einleitung

Im Laufe des letzten Jahrzehnts hat die Bedeutung eines aktiven Einbezuges von Patienten in medizinische Entscheidungsprozesse stetig zugenommen. So wird eine stärkere Patientenbeteiligung im Gesundheitswesen gefordert aufgrund des gestiegenen Wissens von Patienten über Erkrankungen und deren Behandlung, aufgrund der zunehmenden Vielfalt diagnostischer und therapeutischer Optionen im Zuge des medizinischen Fortschritts (Dierks et al. 2006; Koch et al. 2004), zudem aus ethischen und medizinrechtlichen Überlegungen (bspw. im Kontext der Patientenrechte-Charta, Kühn-Mengel et al. 2005) sowie auf Basis wissenschaftlicher Ergebnisse (bspw. Simon et al. 2008). Zielvorstellung in diesem Kontext ist die Transformation des passiven und „naiven“, sich der autoritativen Entscheidung des ärztlichen Experten unterordnenden Patienten des paternalistischen Modells zu einem kompetenten, mündigen und ebenbürtigen Partner im Behandlungsprozess (Ziegenhagen et al., 2005), der ein größeres Maß an Verantwortung für seine Gesundheit bzw. das eigene Gesundheitsverhalten übernimmt und sich selbst als „Experte“ bezüglich medizinischer Dienstleistungen gegenüber dem behandelnden Arzt behauptet (Krumm et al. 2006). Als Konsequenz dieses bereits stattfindenden Entwicklungsprozesses treffen auch psychiatrisch tätige Ärzte in der Patientenversorgung zunehmend häufiger auf Patienten, die sich bereits über verschiedenen Behandlungsmöglichkeiten informiert haben und eine stärkere Mitbestimmung bei Therapieentscheidungen einfordern (Hamann et al. 2005; Loh et al. 2004; Coulter et. al. 2003). Das Vorhandenseins dieses Wunsches auf Patientenseite nach einem verstärkten Einbezug in therapeutische Entscheidungen ist durch vielfältige Forschungsergebnisse mittlerweile gut belegt (Hamann et al. 2005; Cassileth et al., 1980; Mazur et al. 1997; McKinstry, 2000; Strull et al. 1984), ebenso die vielfältigen positiven Effekte einer partizipativen Entscheidungsfindung hinsichtlich Behandlungszufriedenheit, Lebensqualität, Informiertheit, Krankheitsverständnis, des Gefühls der Kontrolle über die Situation sowie klinischer Endpunkte (Scheibler et al. 2003).

2.1. Fragestellung der vorgestellten Untersuchung

Ziel der vorliegenden Arbeit ist es – exemplarisch für den Bereich der Psychiatrie, in dem einer partizipativen Entscheidungsfindung eine besonders große Relevanz zukommt - zu identifizieren, welche Beiträge Patienten zu den einzelnen Schritten im Prozess des SDM leisten können. Darauf aufbauend soll erstmalig ein Instrument entwickelt und validiert werden, das misst, inwiefern Patienten hierzu motiviert sind und es als ihre Verantwortung erleben, diese Beiträge aktiv in den medizinischen Entscheidungsprozesses einzubringen.

Es wird angenommen, dass die Bereitschaft der Patienten, sich aktiv an medizinischen Entscheidungen zu beteiligen, von verschiedenen Faktoren (u.a. Symptomatik, Setting, Adherence) abhängig ist, die im Rahmen dieser Untersuchung gleichfalls identifiziert werden sollen.

2.2. Stand der Forschung

Das Modell der partizipativen Entscheidungsfindung (shared decision-making, SDM) zeichnet sich durch folgende Merkmale aus (Charles et al. 1997; Giersdorf et al. 2004):

- Mindestens zwei Teilnehmer sind beteiligt (Patient, Arzt)
- Beide Beteiligte (Patient, Arzt) haben aktiv am Entscheidungsprozess teil
- Die gegenseitige Bereitstellung von Informationen ist Voraussetzung für SDM
- Eine Entscheidung wird getroffen, der beide Beteiligte zustimmen

In dieser Definition und anderen frühen Arbeiten zu SDM (z.B. Towle und Godolphin 1999) wird betont, dass nicht nur die Ärzte, sondern auch die Patienten dazu beitragen müssen, damit ein gemeinsamer Entscheidungsprozess gelingt (z.B. durch aktives Verhalten der Patienten, Information des Arztes durch den Patienten). Dennoch wurden in den Folgejahren fast ausschließlich Prozessschritte entwickelt und benannt, die von Seiten der Ärzte unternommen werden sollten, um eine partizipative Entscheidungsfindung zu ermöglichen (z.B. Elwyn et al. 2000; Simon et al. 2008).

Hierzu gehört u.a.

- Definition des (medizinischen) Problems von Seiten des Arztes,
- Erklärung des Arztes, dass es für dieses Problem mehrere Lösungen gibt, die prinzipiell gleichwertig sind („equipoise“) und erst durch die gemeinsame Vereinbarung von Zielen einer Maßnahme bewertet werden können,
- Darstellen verschiedener Behandlungsoptionen und Erklären der zu erwartenden Erfolgsraten bzw. Risiken sowie
- Treffen der Entscheidung.

Entsprechend dieser Fokussierung auf das Verhalten der Ärzte bzw. deren Umsetzung von SDM bilden die meisten Messinstrumente im Kontext von SDM v.a. folgende drei Dimensionen ab:

1. Erhebung von Bedürfnissen der Patienten hinsichtlich der Informationsvermittlung und der gewünschten Beteiligung an Entscheidungen
2. Messung der Prozessschritte partizipativer Entscheidungsfindung
3. Bewertung des Entscheidungsprozesses und des Entscheidungsergebnisses

In folgender Tabelle sind wichtige Fragebögen aus diesen drei Bereichen zusammengestellt:

Tabelle 1: Bestehende Fragebogeninstrumente

Instrument	Autoren	Anwendung	Kommentar
Erhebung von Bedürfnissen der Patienten hinsichtlich der Informationsvermittlung und der gewünschten Beteiligung an Entscheidungen			
Autonomy Preference Index (API)	Ende et al. 1989	Patientenselbststrating	
Krantz Health Opinion Survey	Krantz et al. 1980	Patientenselbststrating	
Control Preferences Scale	Degner et al. 1997	Kartensortieraufgabe	

Messung der Prozessschritte partizipativer Entscheidungsfindung			
OPTION	Elwyn et al. 2003	Fremdrating von Konsultationsmitschnitten	Misst, ob der Arzt Prozessschritte von SDM umsetzt
Bewertung des Entscheidungsprozesses und des Entscheidungsergebnisses			
COMRADE	Edwards et al. 2003	Patientenselbststrating	Misst Effektivität von "risk communication" und die "confidence in decision"
PICS	Lerman et al. 1990	Patientenselbststrating	Misst Patientenaktivierung durch die Ärzte, aktives Informationsverhalten der Patienten, kritische Entscheidungsteilnahme
SDM-Q-9	Kriston et al. 2009	Patientenselbststrating	Misst, ob aus Patientensicht SDM stattgefunden hat
Satisfaction With Decision Scale	Holmes-Rovner et al. 1996	Patientenselbststrating	Misst Zufriedenheit mit der Entscheidung

Aus den Validierungsstudien und weiterführenden Arbeiten lassen sich dabei folgende Ergebnisse zusammenfassen:

- Die meisten Patienten möchten von ihren Ärzten umfassend informiert werden und ein Großteil der Patienten wünscht eine gemeinsame Entscheidungsfindung mit dem Arzt (z. B. Ende et al. 1989; Hamann et al. 2007).
- Die meisten Patienten sind in Selbststrating-Fragebögen zufrieden bis sehr zufrieden mit ihrer Einbeziehung oder Beteiligung an medizinischen Entscheidungen (z. B. Giersdorf et al. 2004; Hamann et al. 2006), wobei hier deutliche Deckeneffekte vorliegen.
- Auf Ärzteseite bestehen in der klinische Routine noch deutliche Defizite in der Umsetzung von SDM (z. B. Goss et al. 2008).

Was diese Instrumente jedoch nicht abbilden, ist, welchen Beitrag Patientinnen und Patienten zu SDM leisten können und ob sie tatsächlich motiviert sind, diese Beiträge in verschiedenen Phasen des Entscheidungsprozesses auch zu leisten. So ist es

durchaus möglich, dass ein Patient hohe Partizipationspräferenzen hat (z.B. hohe Werte im Autonomy Preference Index), sich aber im Entscheidungsprozess passiv verhält und lediglich für sich das Recht in Anspruch nimmt, über das Ergebnis informiert zu werden und ggf. sein Veto einlegen zu können (Scheibler 2004).

Tatsächlich verhalten sich die meisten Patienten in der Konsultation bis heute passiv (Braddock et al. 1999) und melden sich ggf. nur dann zu Wort, wenn sie mit einer Behandlung nicht einverstanden sind (Kjellgren et al. 2000; Stewart et al. 2009). Zusätzlich stellt die Non-Adherence bei fast allen chronischen Erkrankungen eines der größten Versorgungsprobleme dar (Osterberg 2005). Demnach verhalten sich Patienten offenbar in den Konsultationen passiv, sind aber mit den zustande gekommenen Entscheidungen (z.B. der Wahl eines Medikaments) so unzufrieden, dass sie die vereinbarte Therapie dann häufig nicht umsetzen (Non-Adherence).

2.3. Welche Beiträge können Patienten zum Prozess des SDM leisten?

Bisher gibt es wenig Literatur dazu, was Patienten zu SDM beitragen können, damit dieser Prozess auch tatsächlich gelingt. 1999 definierten Towle und Godolphin eine vorläufige Liste sogenannter „competencies for patients for informed shared decision making“. Demnach sollten Patienten z.B. aktiv ihre Erwartungen dem Arzt gegenüber formulieren oder selbständig nach gesundheitsrelevanten Informationen suchen.

Bunn und O'Connor entwickelten 1996, basierend auf Banduras Konzept der Selbstwirksamkeitserwartung (1994), die Decision Self-Efficacy Scale (DSES), in der Patienten ihre Fähigkeiten im Bezug auf ihre Teilnahme am Entscheidungsprozess einschätzen können. Inhaltlich beziehen sich die Fragen der DSES dabei auf die Bereiche „Informationen einholen“, „Ansichten und Bedenken äußern“ sowie „Entscheidungen treffen“ (Bunn & O'Connor 1996). Untersuchungen mit der DSES zeigten, dass die Skala deutliche Deckeneffekte aufweist und kein klarer Zusammenhang zwischen den Skalenwerten und aktivem Patientenverhalten besteht (z. B. Bunn & O'Connor 1996).

Auch das Konzept „Empowerment“ beinhaltet die Dimensionen der Beteiligung an Entscheidungen, der Selbstwirksamkeitserwartung, der Kompetenzen und der

Zielsetzung und Zielverfolgung (Kliche & Kröger 2008). Entsprechende Fragebögen (z.B. Empowerment Scale, Rogers et al. 1997) bilden dabei vor allem ab, inwiefern sich Personen oder Patienten dazu in der Lage fühlen oder welche Erfahrungen sie damit gemacht haben, ihre Ziele zu erreichen oder ihre Autonomie zu wahren.

Trotz gewisser Vorarbeiten, welche Beiträge Patienten zu Entscheidungen bzw. zur Partizipation an Entscheidungen leisten können, hat eine detaillierte Ausarbeitung, welche Beiträge Patienten zu SDM und den einzelnen Prozessschritten von SDM leisten können, bislang nicht stattgefunden.

Ein Messinstrument, das nicht nur Selbsteinschätzungen der Patienten im Hinblick auf ihre Möglichkeiten bzw. Fähigkeiten erhebt, sondern ihre tatsächliche Bereitschaft zu einem konstruktiven, verantwortlichen Mitwirken an einzelnen Schritten im Prozess des SDM abbildet, liegt bisher nicht vor.

2.4. Patientenkompetenzen und Patientenbeiträge zu SDM im Bereich der Psychiatrie

Im psychiatrischen Bereich ist eine aktive Beteiligung von Patienten am Entscheidungsprozess in besonderem Maße angezeigt, weil

- die medikamentöse und psychosoziale Therapie der Patienten besonders gut auf den individuellen Patienten angepasst und im Langzeitverlauf immer wieder modifiziert werden muss,
- die meisten Patienten unter chronischen Erkrankungen leiden und damit über langjährige Vorerfahrungen mit verschiedensten Therapien verfügen,
- die (Behandlungs-) Präferenzen der Patienten eine entscheidende Rolle spielen und
- viele Patienten im Langzeitverlauf bisher eine schlechte Therapieadhärenz zeigen (Hamann et al. 2007).

Es ist jedoch anzumerken, dass die Fähigkeit an medizinischen Entscheidungen mitzuwirken („decisional capacity“) durch psychische Erkrankungen eingeschränkt sein

kann. So zeigen z. B. Patienten mit Schizophrenie, vor allem in akuten Krankheitsphasen, eine im Vergleich zu Gesunden eingeschränkte Entscheidungsfähigkeit (Palmer et al. 2004). Diese Einschränkungen hängen aber hauptsächlich von Störungen der Kognition und bestehender Negativsymptomatik (z. B. sozialem Rückzug) und weniger von produktiv-psychotischer Symptomatik ab (Hamann et al. 2006). Bei der überwiegenden Mehrzahl der Patienten besteht zudem keine generelle Entscheidungsunfähigkeit, sondern lediglich eine situative Einschränkung, die durch gezielte Trainings grundsätzlich behebbar ist (Carpenter et al. 2000).

Derzeit ist davon auszugehen, dass die Bereitschaft vieler Patienten mit psychischen Erkrankungen, aktiv an therapeutischen Entscheidungen mitzuwirken, eher gering ausgeprägt ist. So bekunden zwar viele psychiatrische Patienten ausgeprägte Partizipationspräferenzen (Hamann et al. 2007), einfache Beiträge zur partizipativen Entscheidungsfindung (z. B. die eigene Medikation zu kennen, sich über seine Erkrankung zu informieren, sich auf Arztgespräche vorzubereiten) werden jedoch zumeist unterlassen (Hamann et al. 2003). Besonders problematisch ist das passive Verhalten der Patienten in ärztlichen Konsultationen deshalb, da viele dieser Patienten mit den getroffenen Entscheidungen eigentlich unzufrieden sind, dies aber gegenüber den behandelnden Ärzten nicht äußern. Diese Entscheidungen werden deshalb dann häufig eigenständig revidiert (Hamann et al. 2008), was sich in Nonadherence-Raten von über 50 % niederschlägt (Hamann et al. 2007).

2.5. Zielsetzung der vorgestellten Untersuchung

Zentrales Anliegen der Untersuchung war die Identifizierung patientenseitiger Faktoren, die eine partizipative Entscheidungsfindung begünstigen. Daneben sollten gewichtige kontextuelle Aspekte ermittelt werden, die als modifizierende Einflussgrößen auf Partizipationsprozesse fungieren.

Von diesen Erkenntnissen ausgehend erfolgte die Konstruktion eines Fragebogeninstruments, mit dem Ziel, die Bereitschaft zur Nutzung der identifizierten patientenseitigen Verhaltens- und Handlungsmöglichkeiten zu quantifizieren.

3 Methodik

3.1. Projektaufbau

Die vorliegende Dissertation ist eingebettet in das BMBF-geförderte Projekt *„Sind psychiatrische Patienten motiviert, eine partizipative Entscheidungsfindung aktiv zu unterstützen? Entwicklung und Validierung eines Messinstruments“*. Ziel des Gesamtprojektes ist die Entwicklung eines Fragebogens, der mögliche patientenseitige Handlungsmöglichkeiten (sogenannte „patient competencies“), ein „shared decision-making“ zu fördern, abbilden sollte.

Im Rahmen der vorliegenden Untersuchung sollten diese Handlungsmöglichkeiten zunächst durch einen qualitativen Forschungsansatz identifiziert werden mit der Zielsetzung, Items für die Vorform des späteren Fragebogens zu generieren.

Die Studie gliederte sich somit in drei wesentliche Untersuchungsabschnitte:

1. Itemgenerierung durch qualitative Gruppeninterviews
2. Erstellung eines Vorfragebogens und psychometrische Evaluation desselben
3. Erstellung einer Testendform und deren externe Validierung

Bestandteil der vorliegenden Dissertation sind die Untersuchungsabschnitte 1 (Itemgenerierung) und 2 (psychometrische Evaluation des Vorfragebogens), während die Erstellung und Evaluation der Testendform nicht Teil der vorgelegten Arbeit sind.

3.2. Teil 1- Itemgenerierung durch qualitative Fokusgruppeninterviews

Im Rahmen des ersten Studienabschnitts wurden im Zeitraum von 2011 bis 2012 an der Psychiatrischen Klinik des Klinikums Rechts der Isar der TU München sowie am kbo Isar-Amper-Klinikum München-Ost insgesamt sieben Fokusgruppeninterviews mit Patienten mit affektiven bzw. schizophrenen Erkrankungen sowie mit psychiatrisch tätigen Ärzten (Niedergelassene und Klinikärzte) durchgeführt.

Zielsetzung dieser Fokusgruppen war die Generierung von Items für den Fragebogen der folgenden Projektphase und generell eine Identifikation von Beiträgen, die Patienten zu SDM leisten können bzw. sollten („patient competencies“).

Außerdem sollten mögliche Kontextfaktoren identifiziert werden, die für eine Umsetzung von SDM im psychiatrischen Behandlungsalltag von Relevanz sein könnten.

3.2.1. Teilnehmer

Die Rekrutierung der Teilnehmer erfolgte durch Verteilen von Flyern auf psychiatrischen Stationen der beteiligten Kliniken, persönliche Nachfrage bei den dort tätigen Klinikärzten sowie im Rahmen einer Teilnahme an einem Qualitätszirkel niedergelassener Psychiater und Nervenärzte.

Patientenseitige Einschlusskriterien für die Teilnehmer waren

- stationär oder ambulant behandelte Patienten der teilnehmenden psychiatrischen Versorgungseinrichtungen,
- Vorliegen einer Diagnose aus dem depressiven (ICD-10: F31 bis F33) oder schizophrenen Formenkreis (ICD-10: F20 bis F25),
- Alter 18 bis 65 Jahre,
- das Vorliegen eines schriftlichen Einverständnisses zur Teilnahme (bei Teilnehmern mit gesetzlicher Betreuung zusätzlich Einverständnis des gesetzlichen Betreuers).

Ausschlusskriterien bildeten

- unzureichende deutsche Sprachkenntnisse sowie
- diagnostizierte kognitive Minderbegabung.

Einschlusskriterien für die befragten Ärzte waren

- klinische Tätigkeit im stationären bzw. ambulanten psychiatrischen Bereich und Erfahrung mit Patienten mit sowohl affektiven als schizophrenen Erkrankungen.

3.2.2. Ethik

Nach Prüfung der eingereichten Antragsunterlagen erging ein positives Votum der Ethikkommission der Medizinischen Fakultät der Technischen Universität München zur Durchführung der Studie.

3.2.3. Durchführung der qualitativen Gruppeninterviews

Die qualitative Untersuchungsmethode der Fokusgruppendifkussion stellt eine spezielle Form des Gruppeninterviews dar, bei der Daten von Experten durch deren Meinungsäußerungen in der Gruppe generiert werden (Kitzinger 1995; Krueger et al.

2008). Werthaltungen, soziale Normen und Einstellungen wurden interaktiv im Dialog exploriert. Die Zeitdauer der durchgeführten Fokusgruppen betrug durchschnittlich anderthalb Stunden und wurden von einem Moderator geleitet, unterstützt von einem Beobachter, der sich zusätzlich Notizen machte. Es erfolgte zudem eine akustische Aufzeichnung der Fokusgruppe in elektronischer Form.

Die Interviews wurden leitfadenbasiert durchgeführt und fokussierten das Thema „Arzt-Patient-Kommunikation“ und im Speziellen „Möglichkeiten und Bereitschaft auf Patientenseite, aktiv an der Therapiegestaltung zu partizipieren“.

Der Leitfaden für die Fokusgruppen mit Patienten sah nach einer kurzen Begrüßungs- und Aufwärmphase zunächst eine Einführung in die untersuchungsrelevante Thematik vor:

„Zurzeit gibt es viele Untersuchungen dazu, wie Patienten und Ärzte gemeinsam zu Entscheidungen kommen und wie man Patienten mehr als bisher an Entscheidungen beteiligen kann. Heute möchten wir mit Ihnen diskutieren, wie man es wohl am besten erreicht, dass bei den Behandlungen Patienten und Ärzte zu einer Übereinstimmung kommen, was wohl am vernünftigsten ist.“

In folgendem Schritt erfolgte dann die Explikation des Diskussionsthemas:

„Wie gelingt es am besten, dass beide, Patienten und Ärzte, mit dem, was gemacht wird, zufrieden sind? Denken Sie dabei bitte an Ihre eigenen Erfahrungen mit all den Ärzten, mit denen Sie zu tun hatten. Was würden Sie für das Wichtigste halten? Was würden Sie sich wünschen? Worauf kommt es an?“

In der Erwartung, dass in der folgenden initialen Diskussionsphase primär ärztliches Verhalten thematisierende Inhalte Gegenstand des Interviews sein würden, sollte dann eine Fokussierung auf patientenseitige Einflussmöglichkeiten und Verhaltensweisen erfolgen:

„Sie haben jetzt vieles gesagt, was wichtig ist, wie sich die Ärzte verhalten sollten. Was können Ihrer Meinung nach auch die Patienten dazu beitragen, damit man zu vernünftigen Entscheidungen kommt, mit denen beide zufrieden sein können? Worauf kommt es Ihrer Meinung nach beim Patienten an, dass er die Behandlung in seinem Sinne steuern kann, man gemeinsam zu der besten Behandlung für genau diesen Patienten kommt?“

Im weiteren Diskussionsverlauf sollte gezielt gefragt werden nach persönlichen positiven wie negativen Erfahrungen mit partizipativer Entscheidungsfindung, dem Grad

des Partizipationsbedürfnisses sowie der Motivation, an Behandlungsentscheidungen mitzuwirken:

„Was müssen Patienten beitragen, damit es 'gut läuft' ? Haben Sie gute Erfahrungen mit Ärzten gemacht, die sie in die Entscheidungen einbezogen haben? Oder wenn Sie an Gespräche mit Ärzten denken, wo Sie das Gefühl hatten, die sind schlecht gelaufen, woran könnte das gelegen haben? Ist Ihnen nachträglich etwas eingefallen, das Sie hätten tun können, damit es besser gelaufen wäre? Wie motiviert sind Sie normalerweise, etwas dazu beizutragen?“

3.2.4. Auswertung der qualitativen Gruppeninterviews

Die schriftlichen Notizen des Beobachters in den Fokusgruppen ergänzten die nachfolgende Analyse und dienten darüber hinaus dazu, Optimierungen für die späteren Fokusgruppen zu erarbeiten.

Die akustischen Aufzeichnungen der Gruppeninterviews wurden transkribiert und danach von zwei Untersuchern auf Fehler und Vollständigkeit hin überprüft.

Das Auswertungsverfahren des so gewonnenen Datenmaterials orientierte sich an der Methode der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring (Mayring 2010).

Alle Transkripte wurden von zwei Untersuchern Zeile für Zeile analysiert und mit Codes versehen („line-by-line coding“), d.h. es wurde am Rand notiert

1. welche Handlungsmöglichkeiten der Patienten bestehen, ein shared decision-making stattfinden zu lassen, d.h. an Therapieentscheidungen beteiligt zu werden (dies bildete auch die Grundlage der späteren Itemgenerierung)
2. welche weiteren in diesem Kontext relevanten Aspekte von den interviewten Ärzten und Patienten genannt wurden.

Anschließend wurden die unter 1. gesammelten Nennungen aus den verschiedenen Interviews zusammengeführt und thematisch geordnet. Diese vorläufige Sortierung diente als Grundlage für die spätere Kategorienbildung. Diese erfolgte zunächst wiederum durch zwei Untersucher und wurde dann durch drei klinische Psychologen überprüft und modifiziert. In diesem Schritt erfolgte auch die Benennung der Kategorien. Die unter 2. genannten „weiteren Aspekte“ wurden ebenso zunächst von den zwei Untersuchern aus allen Interviews exzerpiert, zusammengeführt und thematisch

geclustert. Danach erfolgte eine erneute Überprüfung durch drei klinische Psychologen und eine Modifizierung und Benennung der extrahierten Kategorien.

Basierend auf der Kategorisierung der Nennungen wurden die wichtigsten Inhalte der jeweiligen Kategorien exzerpiert und erneut von einer klinischen Psychologin überprüft.

3.3. Teil 2 - Erstellung der Fragebogenvorform

Basierend auf der o.g. Kategorisierung und unter möglichst wörtlicher Verwendung der transkribierten Nennungen der Teilnehmer wurden die Items für den späteren Fragebogen generiert.

Mit einer ersten Version der Items wurden Vortests durchgeführt, die auch die Untersuchung verschiedener Antwortformate beinhaltete. Mit den Teilnehmern der Vortests wurden kognitive Interviews zur Überprüfung der Itemverständlichkeit und Fragebogenstruktur durchgeführt („concurrent-think-aloud“). Im Rahmen eines anschließenden Interviews wurden die Teilnehmer gebeten, Auskunft zu möglichen Schwierigkeiten beim Ausfüllen des Fragebogens zu geben („probing“). Überprüft wurden ebenfalls die Angemessenheit des Antwortformats, die Motivation beim Ausfüllen und die Akzeptanz der Thematik.

Insgesamt wurden N=20 Patienten gebeten, die Vorform des Fragebogens im Rahmen dieser Vortests auszufüllen, die Vergabe der Testvorform erfolgte an eine für die spätere zu testende Population repräsentative Analysestichprobe.

Die Testvorform des Fragebogens wurde von N=527 Patientinnen und Patienten beantwortet und im Anschluss psychometrisch ausgewertet.

3.3.1. Teilnehmer

Die Rekrutierung der Teilnehmer erfolgte durch direktes Ansprechen von Patienten auf psychiatrischen Stationen der beteiligten Kliniken sowie in ambulanten Behandlungseinrichtungen (psychiatrische Institutsambulanzen sowie niedergelassene Ärzte für Psychiatrie).

Patientenseitige Einschlusskriterien für die Teilnehmer waren

- stationär oder ambulant behandelte Patienten der teilnehmenden psychiatrischen Versorgungseinrichtungen,

- Vorliegen einer Diagnose aus dem depressiven (ICD-10: F31 bis F33) oder schizophrenen Formenkreis (ICD-10: F20 bis F25),
- Alter 18 bis 65 Jahre,
- schriftliches Einverständnis zur Studienteilnahme (bei Teilnehmern mit gesetzlicher Betreuung zusätzlich Einverständnis des gesetzlichen Betreuers).

Ausschlusskriterien bildeten

- unzureichende deutsche Sprachkenntnisse sowie
- diagnostizierte kognitive Minderbegabung.

3.3.2. Auswertung

Vor der eigentlichen Analyse wurden noch einmal sämtliche Items auf Redundanzen und bei der Erhebung aufgetretene Schwierigkeiten überprüft. Nach Entfernung inhaltlich gleicher Items wurde zunächst für beide Diagnosegruppen getrennt eine Parallelanalyse (Hauptkomponentenanalyse, 95% Percentile der zufälligen Eigenwerte als Cut-off-Kriterium) sowie eine explorative Hauptkomponentenanalyse mit Promax Rotation mit SPSS gerechnet. Nachdem die beiden Faktorenlösungen jeweils vier Faktoren auswiesen, die inhaltlich nach Rücksprache im Forschungsteam sehr ähnlich interpretiert wurden und die sich nur durch Items mit niedrigen bzw. Doppelladungen unterschieden, wurde stattdessen eine Faktorenlösung für den Gesamtdatensatz angestrebt.

Erneut wurden eine Parallelanalyse (Hauptkomponentenanalyse, 95% Percentile der zufälligen Eigenwerte als Cut-off-Kriterium) sowie eine explorative Hauptkomponentenanalyse mit Promax Rotation durchgeführt.

Für die daraus resultierende 5-Faktoren-Lösung wurde nun mithilfe von AMOS der Model-Fit errechnet und im Zuge dessen noch Items mit niedrigen bzw. Doppelladungen nach inhaltlicher Prüfung entfernt.

Insgesamt wurde bei Entscheidungen, einzelne Items beizubehalten bzw. zu entfernen, immer der Grundsatz beachtet, eher einen grenzwertigen Modelfit zu akzeptieren, als Items zulasten der Inhaltsvalidität zu entfernen.

4. Ergebnisse

4.1. Ergebnisse der qualitativen Auswertung der Fokusgruppeninterviews

4.1.1. Teilnehmer und Labels

Insgesamt nahmen 16 Patienten und 17 psychiatrisch tätige Ärzte an den Fokusgruppen teil. Zusätzlich waren im Vorfeld drei Experten auf dem Gebiet der partizipativen Entscheidungsfindung im Rahmen von Einzelinterviews befragt worden, siehe Tabelle 2. Die verwendeten Labels der Interviewteilnehmer finden sich in Tabelle 3.

Tabelle 2: Teilnehmer der Fokusgruppeninterviews

	Patienten (N=16)	Ärzte (N=17)
Alter	M=41.8 (SD=14.6)	M=44.9 (SD=7.7)
Geschlecht	8 ♂ 8 ♀	11 ♂ 6 ♀
Diagnosen	Schizophrenie: 7 Bipolare Störung: 3 Unipolare depressive Störung: 6	/
Berufserfahrung	/	M=15.3 (SD=6.4)

Tabelle 3: Labels der Teilnehmer der Fokusgruppeninterviews

P	In der stationären psychiatrischen Versorgung tätige Ärztinnen und Ärzte
N	Niedergelassene Psychiaterinnen und Psychiater
E	Wissenschaftliche Experten auf dem Gebiet partizipativer Entscheidungsfindung
S	Stationär behandelte Patientinnen und Patienten mit der Diagnose einer Störung aus dem schizophrenen Formenkreis (ICD-10: F20 bis F25)
D	Stationär behandelte Patientinnen und Patienten mit der Diagnose einer affektiven Störung (ICD-10: F31 bis F33)

4.1.2 Allgemeine Erwartungen und Haltungen von Ärzten und Patienten bei der Behandlung

Zentrales Thema zu Beginn der Patienteninterviews waren in der Regel die Themen „ernst genommen werden“, „ausreichend Zeit für Gespräche“, „Wichtigkeit des Vertrauens“ und „Ganzheitlichkeit“.

Die Ärzte begannen die Interviews hingegen mit der Schilderung ihres konkreten Vorgehens im Arzt-Patienten-Kontakt und kamen hierbei rasch auf mögliche Limitationen partizipativer Entscheidungen zu sprechen (z. B. Beeinträchtigung durch die vorliegende Krankheitssymptomatik, Unfreiwilligkeit von Behandlungen, Zeitmangel).

Beide Gruppen betonten die entscheidende Bedeutung der therapeutischen Beziehung und formulierten übereinstimmend, dass es grundsätzlich sehr wünschenswert sei, dass Entscheidungen in gemeinsamer Kooperation zustande kommen.

4.1.2.1. Gegenseitige Beziehungserwartungen von Ärzten und Patienten – „Entscheidend ist überhaupt die Qualität der Beziehung“ (N5)

Als zentraler Punkt wurde sowohl von Arzt- als auch Patientenseite die Bedeutung einer tragfähigen Arzt-Patienten-Beziehung formuliert - *„Entscheidend ist überhaupt die Qualität der Beziehung.“ (N5)* Die Qualität dieser therapeutischen Beziehung erschien den befragten Ärzten wie Patienten als entscheidende Determinante einer erfolgreichen Behandlung. Als Voraussetzung für das Entstehen einer solchen Verbindung wurde von der Mehrzahl der interviewten Patienten vor allem der Faktor „Vertrauen“ genannt, sie formulierten, dass dieses Vertrauen gegenüber dem Arzt auch abhängig von gemachten Vorerfahrungen in früheren Behandlungen und integrale Voraussetzung dafür sei, sich überhaupt auf die aktuelle Behandlung einlassen zu können. Ein vertrauensvolle Beziehung zwischen Arzt und Patient scheint zudem die Motivation zur aktiven Therapieteilnahme günstig zu beeinflussen, wie diese Patientin formulierte: *„Das Wichtigste aber ist Vertrauen, denn wenn ein Patient dem Arzt vertraut, dann drückt er sich auch nicht vor der Teilnahme an Therapien beispielsweise, durch dieses menschliche Vertrauen.“ (D3)*

Viele der befragten Patienten empfanden es als fundamental wichtig, einen Arzt zu finden, bei dem sie sich aufgehoben und von dem sie sich verstanden fühlen: *„Das*

Wichtigste war für mich, dass ich Ärzte gefunden habe, die mir zuhören und darauf eingehen, was ich sage.“ (S1)

Eine tragfähige Beziehung zum behandelnden Arzt könnte sich weiterhin auch dergestalt positiv auf den Krankheitsverlauf auswirken, dass - bei als hilfreich erlebten Vorerfahrungen - im Krisenfall frühzeitiger professioneller Hilfe gesucht wird: *„Es hängt eben viel vom Vertrauen in den Arzt und in die Institution ab, weil man schon einmal früher hier war beispielsweise, und weiß, das hat mir damals geholfen und dann in der Situation jetzt auf diese Hilfe zurückgreifen kann, das erleichtert es einem, sich darauf einzulassen.“ (D7)*

Ein zentraler Wunsch der befragten Patienten an ihre Ärzte war es, als Person wertgeschätzt und mit ihren Problemen ernst genommen zu werden: Dieses Gefühl, durch den behandelnden Arzt ernst genommen zu werden, erscheint hierbei als Vorstufe wie Voraussetzung für die spätere Entwicklung von Vertrauen.

Ein ebenfalls häufig genannter Wunsch der interviewten Patienten war es, dass sich ihr Arzt ausreichend Zeit für sie nimmt, um sie sowohl als Mensch in ihrer oft komplexen lebensgeschichtlichen Problematik wie auch in ihrer aktuellen Lebenssituation möglichst umfassend zu verstehen. Der Faktor Zeit wird hierbei auch als Ausdruck persönlicher Wertschätzung erlebt. Eine an einer schizophrenen Störung leidende Patientin verband ihre Erfahrung existentieller Erschütterung und Einsamkeit durch ihre Erkrankung mit der Hoffnung, dass sich ihr Arzt dieser Hilflosigkeit und Verunsicherung annehmen möge: *„Weil ein psychisch Kranker auch oft alleine ist, weil die Realität nicht die Realität der anderen ist. Und da ist es dann wichtig, dass man sieht, dass der Arzt auf einen zugeht.“ (S4)*

Wichtig war vielen Patienten zudem, dass der konsultierte Arzt davon ausgeht, dass man „nicht ohne Grund“ in die Praxis kommt bzw. sich in Behandlung begibt und ihrer Problematik mit einer entsprechend wohlwollenden, respektvollen und geduldigen Haltung begegnet.

Auffallend war in den Interviews, dass Patienten oftmals rasch auf arztseitige Verhaltensvariablen fokussierten. So erfolgte mehrfach als direkte Antwort auf die Frage nach eigenen Verhaltensmöglichkeiten das Formulieren einer Erwartung an das Arztverhalten.

Auf Seiten der befragten Ärzte war es, neben einer respektvollen Art des Umgangs, vor allem der Wunsch nach „Ehrlichkeit“ ihrer Patienten in der Behandlung, wobei diese

Ehrlichkeit als elementar für das Gelingen der therapeutischen Beziehung gewertet wurde. So sei beispielsweise das Eingeständnis der Nicht-Einnahme verordneter Medikation gegenüber dem Arzt etwas, das viele Patienten nicht wagten, da sie nicht glaubten, *„so ehrlich sein zu dürfen. Die wundern sich dann oft, dass man nicht aus allen Wolken fällt.“* (N10)

Zu dieser Ehrlichkeit gehöre auch eine Rückmeldung über das eigene Befinden und die Wirkung einer begonnenen Therapie zu geben, um als behandelnder Arzt hierauf optimal reagieren zu können. Ein Patient formulierte es so: *„Rückmeldung zu geben ist mein Ding und sein Ding [des Arztes] ist es, das zu berücksichtigen, zu beachten.“* (S2)

Als günstig wird weiterhin ein aktives Beitragen zu einer positiven Therapieatmosphäre erlebt, beispielsweise indem Patienten das Vertrauen ihres Arztes nicht missbrauchen, oder auch einmal ein kleines Geschenk machen, wie eine niedergelassene Psychiaterin berichtet: *„Was machen Patienten alles, um unsere Zuneigung zu gewinnen oder um eine gute Verbindung zu schaffen? Ich finde, dass Patienten da oft sehr viel dafür tun, sie sind fürsorglich, man merkt, ich bin vertrauensselig, sie könnten mich gut reinlegen, sie tun es aber nicht, sie nehmen mich manchmal sogar in Schutz, das hat mich sehr erstaunt, aber das tun sie wirklich und das trägt schon, dafür bin ich dankbar und das merken sie auch. Sie bringen auch etwas mit, Weihnachtsplätzchen z. B., das finde ich toll!“* (N6)

Als Belastung der therapeutischen Beziehung wahrgenommen wird dagegen ein manipulatives Verhalten von Patienten, indem diese beispielsweise unangemessene Geschenke machen, wie ein niedergelassener Psychiater berichtete: *„Patienten die mit riesigen Blumensträußen kommen, und mit Sicherheit kommt dann danach noch ein großer Wunsch, den man dann fast nicht ablehnen kann.“* (N9)

Ebenfalls als die therapeutische Beziehung störend empfunden wurde eine Entwertungstendenz bezüglich früherer Behandler: *„Man hat manchmal das Gefühl, dass das manche auch bewusst einsetzen, mich idealisieren und den Vorbehandler entwerten, bei mir kommt so was eher schlecht an, ich bin dann immer eher vorsichtig und misstrauisch gegenüber Patienten, die ihren Vorbehandler so in die Pfanne hauen.“* (N10)

4.1.2.2. Individuelles Eingehen der Ärzte auf den Patienten ist wichtig - „Tipp für den Arzt“ (S4)

Patienten wünschen sich von ihren Ärzten, dass diese individuell auf sie eingehen. Das beinhaltet beispielsweise den Wunsch, dass eigenes (z .B. psychotisches) Erleben an- und ernstgenommen wird. Ein an einer Schizophrenie erkrankter Patient drückte dies folgendermaßen aus: *„Tipp für den Arzt, wenn der Patient Verschwörungstheorien vorbringt und auch Beweise bringt, dass der Arzt nicht anders kann, als zu sagen: 'Das ist ja wahr!', dann dem Patienten das Vertrauen schenken und ihm helfen auf seinem Weg und nicht sagen: 'Ist halt so, kann ich auch nichts machen.'“* (S4)

Voraussetzung für eine diesen individuellen Bedürfnissen gerecht werdende Behandlung bildet für diese Psychiaterin zunächst eine umfassende Aufklärung und Information der Patienten und darauf aufbauend, die Entwicklung eines gemeinsamen Konzeptes der vorliegenden Erkrankung und der therapeutischen Optionen: *„Aufklärung über die Diagnose einer psychischen Erkrankung bzw. warum man überhaupt vom Vorliegen einer solchen bei dem Patienten ausgeht, Erarbeitung eines gemeinsamen Krankheitsmodells, davon ausgehend dann Aufklärung über Behandlungsmöglichkeiten.“* (P1)

Gerade dieses Erarbeiten eines gemeinsamen Krankheitsmodells erscheint im Bereich psychischer Erkrankungen konstitutiv: *„Am wichtigsten ist, alle Symptome zu erfragen, die Vorgeschichte ausführlich zu erheben, um ein Gesamtbild zu erhalten, um zu einer Diagnose zu kommen und dies dem Patienten auch erklären, warum ich vermute, dass es diese Diagnose ist. Patienten haben meistens ja kein Gefühl dafür, dass das eine Erkrankung ist, sondern irgendetwas anderes. Wenn man denen das erklärt, warum man das für eine Erkrankung hält. Und dann weiter aufklären, wie so eine Erkrankung verläuft in den meisten Fällen, was passieren kann, wenn man es behandelt, wenn man es nicht behandelt, welche Möglichkeiten es gibt, wie erfolgreich die sein können.“* (P1)

Dies impliziert, dass eine detaillierte Information des Patienten durch den Arzt über die angenommene Erkrankung und die möglichen Behandlungsoptionen eine spätere partizipative Entscheidungsfindung überhaupt erst möglich macht: *„Er braucht möglichst gute Informationen, um mitentscheiden zu können, worum es geht. Was ist die Erkrankung, wie wird sie behandelt, was sind die Optionen, was sind die Vor- und Nachteile? Das muss man ihm erklären.“* (P5)

Als negativ wurde auf Patientenseite eine schematische und pauschale Behandlung erlebt, eine Reduktion auf vorliegenden Behandlungsberichte und zuvor gestellte Diagnosen: *„Jeder Patient wird nach Papier bearbeitet und dann kann man gehen.“* (S6)

4.1.2.3. Ganzheitlicher Ansatz – „Geht es denn jetzt nur um Psychopharmaka?“ (N3)

Als wünschenswert empfanden viele der befragten Patienten einen ganzheitlichen Behandlungsansatz, der sie nicht allein auf die psychische Erkrankung, deren Symptome und (medikamentöse) Therapie reduziert, sondern sie als Menschen in ihrer gesamten Komplexität zu erfassen und diese Dimension bei der Behandlung zu berücksichtigen versucht: *„Ich finde es auch sehr gut, dass darauf geachtet wird, dass bei den Patienten, auch weil kurzfristig die Medikation hilft, die wirklichen Probleme aber noch tiefer vergraben sind.“* (D7)

Dies beinhaltet eine Unterstützung bei der Lösung der oftmals vielfältigen und komplexen psychosozialen Problematiken, vor allem in den Bereichen Wohnen, Finanzielles, Beruf und soziale Beziehungen, bei stationär behandelten Patienten, auch eine vorausschauende Planung der ambulanten Weiterbehandlung und Hilfe beim Zurückfinden in den Alltag: *„Sich zu kümmern um das Danach, dass ich hier auch Hilfestellungen für die Folgeproblematiken bekomme. Hilfe zur Selbsthilfe bekommen, um nach Entlassung nicht in ein Loch zu fallen.“* (S1)

Bemerkenswert auf Seiten der interviewten Ärzte war eine initiale Fokussierung der Behandlung und Möglichkeiten partizipativer Entscheidungsfindung auf Fragen der Medikation, wie sie sich nach längerer Diskussion in der Nachfrage eines niedergelassenen Psychiaters spiegelt: *„Geht es denn jetzt nur um Psychopharmaka?“* (N3) Sich als Arzt bewusst zu machen, dass Medikamente einen zwar wesentlichen, aber doch nur einen Aspekt psychiatrischer Therapie darstellen - *„Medikation ist ja auch nur ein Baustein des Ganzen“* (D6) – erweitert den Möglichkeitsraum eines Einbezugs von Patienten in therapeutische Entscheidungen erheblich. Als Beispiele lassen sich hier die Wahlmöglichkeit zwischen den verschiedenen Psychotherapieverfahren oder auch die Entscheidung über ein stationäres, teilstationäres oder ambulantes Therapiesetting nennen: *„Wenn jemand z.B. schwer depressiv ist, biete ich dem dann*

schon eine Psychotherapie an, oder ein Medikament, oder beides. Da haben die Patienten oft gerne die Wahl, zwischen zwei, drei Sachen.“ (N1)

4.1.2.4. Sonderrolle psychischer Erkrankungen – „Geht es um Erkrankungen allgemein oder um psychische Erkrankungen?“ (D2)

Bei den durchgeführten Interviews zeigte sich, dass Ärzte wie Patienten dezidiert zwischen psychischen und somatischen Erkrankungen unterscheiden, insbesondere was Art und Weise des persönlichen Umgangs zwischen Ärzten und Patienten anbelangt, wie beispielsweise dieser depressive Patient berichtete: *„In einem 'normalen' Krankenhaus, da sieht man, dass die Ärzte erst einmal an das Bett schauen, wie der Patient überhaupt heißt, und das ist hier nicht so.“ (D5)*

Zudem erleben viele der befragten Patienten den im Vergleich zur somatischen Medizin ganzheitlicheren Ansatz der Psychiatrie als positiv, der auch soziobiographische und psychosoziale Aspekte integriert – *„Das ist hier in der Psychiatrie schon eher typisch, weil man hier Diskussionen hat, wie war es in der Kindheit etc. Bei einer psychischen Erkrankung ist dies also schon häufiger der Fall, grundsätzlich eher weniger. Danach richte ich auch meine Wahl des Hausarztes aus, ob er sich das Ganze, den Kontext in dem ein Symptom oder eine Erkrankung steht, anhört. Zum Beispiel beim Schnupfen, 'da gibt's was auf die Nase'.“ (D2)*

Ein solcher integrativer Ansatz werde auch der oftmals höheren Komplexität psychischer Erkrankungen mit ihren vielfältigen Implikationen auf unterschiedliche Lebensbereiche eher gerecht – *„auch meine Hausärztin weiß nur, dass ich zum Nervenarzt gehe, aber hier war es das erste Mal, dass ich so alles gebracht habe, was ausschlaggebend ist.“ (D5)* Als entlastend empfanden es viele der interviewten Patienten, in der Psychiatrie aufgrund ihrer psychischen Erkrankung nicht stigmatisiert und auf diese reduziert zu werden, wie es im somatischen Bereich oft der Fall sei – *„Bei den normalen Ärzten ist es so, wenn man sagt, dass man Depressionen hat, dann hast du das Klischee, dass du abgestempelt bist und hier bin ich hergekommen, als mündiger Mensch, dass ich nicht den Hintergedanken habe: 'Oh Gott, ich darf das jetzt nicht sagen, dass ich psychisch krank bin, weil sie mich sonst in eine Schublade hinein schieben, in die ich nicht will und wo ich auch nichts zu suchen habe'. Weil es ist ja eine Krankheit.“ (D7)*

Im Bereich der somatischen Medizin seien hingegen ein autoritärer Kommunikationsstil und paternalistischer Umgang mit Patienten noch deutlich weiter verbreitert, wie dieser Psychiater berichtete – *„Aus eigener Erfahrung mit Ärzten muss ich sagen: Der Internist gibt auch drei Medikamente für den Bluthochdruck und sagt auch nicht, was es noch für Möglichkeiten gibt oder was die Kasse nicht zahlt, keine Zeit für ein längeres Gespräch. Oder Bindehautentzündung, hier diese Tropfen drei mal täglich, Hand geben, fertig. Ziemlich direktiv...“* (P5)

Interessanterweise werden von den befragten Psychiatern dennoch gerne der somatischen Medizin entlehnte Analogien verwendet, um ihren Patienten das Wesen psychischer Erkrankungen zu illustrieren und begreiflich zu machen – *„Was manchmal gut hilft ist, wenn man es den Patienten bildlich darstellt. Ich erkläre es manchmal mit diversen somatischen Erkrankungen, sei es mit Beinbrüchen oder sportlichen Sachen, dass ich erkläre, dass das ein bisschen ähnlich ist, dann können sie es sich meistens etwas besser vorstellen, weil das Psychische können sie seltenst fassen oder nachvollziehen.“* (P6)

4.1.2.5. Äußern von Zufriedenheit - „Hier finden sie keinen schlechten Arzt!“ (S2)

In den Fokusgruppen mit Patienten fanden sich vielfach Äußerungen der Zufriedenheit mit Art und Ablauf der aktuellen und früherer Behandlungen, wie es beispielsweise ein an einer chronisch verlaufenden Schizophrenie erkrankter Patient formulierte: *„Ich habe ja schon 40 Jahre Erfahrung und in der Psychiatrie will prinzipiell jeder helfen.“* (S2)

Als gewichtiger Faktor für die Behandlungszufriedenheit erschien vielen Patienten ein von Respekt und Sympathie geprägtes Verhältnis zu den behandelnden Ärzten, ein junger schizophrener Patient drückt dies so aus: *„Ich habe eine gute Erfahrung in einer Klinik gemacht, dass die Ärztin dort, obwohl sie sehr viele Medikamente gegeben hat, sehr netter Charakter war.“* (S7) In dieser Äußerung bildet sich eine bei den befragten schizophrenen Patienten durchaus verbreitete Haltung ab, die Menge der verordneten Medikation als Gradmesser der „Patientenfreundlichkeit“ ihres Behandlers zu erleben, pointiert formuliert: *„Je weniger Medikamente, desto besser der Arzt.“*

Exemplarisch für die positive Bewertung gemeinsam von Arzt und Patient getroffener Therapieentscheidungen steht folgende Äußerung eines schizophrenen Patienten zum

Absetzen der Klinikmedikation: *„Wir haben sofort übereinstimmend die Entscheidung getroffen, das Serdolect wieder abzusetzen miteinander. Der (ambulante Behandler) Dr. D. würde nie etwas machen gegen meinen Willen, wir sprechen alle Medikamente, die ich kriege, gemeinsam durch.“ (S3)*

Bemerkenswert erscheint der Aspekt, dass manche Patienten nach Remission der akuten Krankheitssymptomatik im Behandlungsverlauf die zuvor als Zwang empfundene „Verpflichtung“ zur Teilnahme an Gruppentherapien auf Station retrospektiv als positiv und hilfreich für ihre Genesung erlebten - nicht nur Medikamente, sondern auch die Therapien seien wichtig gewesen: *„Da sind die Leute, denen es wirklich schlecht gegangen ist, auch ein bisschen gezwungen worden, in die Therapien zu gehen und dann wurde es auch schon allmählich besser, also nicht nur durch die medikamentöse Behandlung, sondern auch durch die Therapien, auch, wenn es ihnen zu dem Zeitpunkt schlecht ging.“ (D7)*

Hier scheinen bereits die später noch ausführlicher dargestellten Limitierungen partizipativer Entscheidungsfindung auf, insofern, als sich die Präferenzen der Patienten in Zusammenhang dem Verlauf der Erkrankung verändern können und die zu einem früheren Zeitpunkt getroffenen und gewünschten Entscheidungen später nicht selten divergent bewertet werden.

4.1.2.6. Schlechte Erfahrungen - „der Arzt als Feind?“ (P1)

Nicht wenige der befragten Patienten berichteten von enttäuschenden Erfahrungen und ihren erfolglosen Versuchen, an therapeutischen Entscheidungen beteiligt zu werden und ihre Interessen in der psychiatrischen Behandlung durchzusetzen, fühlten sich mit ihren Anliegen nicht ernst genommen und kritisierten, dass Kritik an der Behandlung oft auf taube Ärzte-Ohren trafe: *„Nein, es hat nicht funktioniert [Kontext: gewünschte Veränderung der Medikation und andere berufliche Reha-Perspektive], der Arzt hat mich damals nur angeschaut und nicht ernst genommen. In der Situation jetzt würde ich sagen: 'Hören sie mal zu, so und so ist es und so und so sollte es laufen!'“ (D5)*

Auf der anderen Seite berichteten einige der interviewten Ärzte ihre Frustration, in der Wahrnehmung mancher ihrer Patienten geradezu als Feinde zu gelten, sahen aber wegen als therapeutische Notwendigkeiten erlebter Sachzwänge oft keine alternativen Verhaltensmöglichkeiten, um auf die Wünsche der Patienten in einer diese

zufriedenstellenden Weise einzugehen und eine partizipative Entscheidungsfindung zu ermöglichen: „Damit muss man vielleicht auch leben, dass wir zwar meinen, unsere Arbeit gut zu machen, aber dennoch als Feinde gelten.“ (P1)

Ein von ärztlicher Seite häufiger angeführtes Beispiel hierfür ist der hochgradig angespannte und floride psychotische schizophrene Patient, der jegliche Medikation kategorisch ablehne, wodurch einer gemeinsam getroffenen Entscheidung bezüglich Auswahl und Dosierung eines bestimmten Medikaments die diskursive Basis fehle.

4.1.3. Patientenseitige Handlungsmöglichkeiten, die ein shared decision-making begünstigen

Auf direkte Nachfrage; was genau Patienten denn nun konkret dazu beitragen können, damit gemeinsame Therapieentscheidungen zustande kommen, wurde von den interviewten Patienten und Ärzten eine Vielzahl an Verhaltensweisen, Einstellungen und Einflussmöglichkeiten genannt, aus denen wiederum die späteren Items des Fragebogeninstrumentes generiert wurden. Dabei ergaben sich die folgenden sieben thematischen Cluster, in welche die diversen Einzelaspekte patientenseitiger Handlungsoptionen gruppiert wurden:

- 1. Ehrlichkeit und Offenheit**
- 2. Vertrauen und Geduld**
- 3. Respekt und Höflichkeit**
- 4. Information, Rückmeldung, Feedback an den Arzt**
- 5. Eigeninitiative und Mitarbeit im Arztgespräch**
- 6. Informieren und Vorbereiten**
- 7. Umsetzung und Transfer**

Diese Themenkomplexe sollen im Folgenden in ihren unterschiedlichen Facetten dargestellt werden.

4.1.3.1. Cluster 1 - Ehrlichkeit und Offenheit

Inhalt dieses Themenclusters sind die vielgestaltigen Aspekte von Offenheit und Ehrlichkeit innerhalb einer psychiatrischen Behandlung.

4.1.3.1.1. Dem Arzt offen und ehrlich Auskunft geben – „offen und ehrlich sagen, was Sache ist“ (D2)

Seitens der befragten Patienten wurde hierbei zunächst die Wichtigkeit betont, in der Behandlung nicht zu dissimulieren und das eigene Befinden gegenüber dem behandelnden Arzt vorbehaltlos zu schildern: *„Man muss auch ehrlich sein und sein Innerstes nach außen krepeln, damit einem endlich geholfen wird.“* (D5) Dies erfordere, *„den Mut zu haben, offen über seine Probleme zu reden.“* (S3)

Offenheit in der therapeutischen Beziehung stelle dementsprechend eine *conditio sine qua non* dafür dar, die Präferenzen des Patienten in der Behandlung überhaupt berücksichtigen zu können, *„sonst wissen die Ärzte ja gar nicht, worauf es ankommt.“* (D6) Ziel hierbei sei, wie es dieser Patient ausdrückte, *„eine ehrliche und offene Kommunikation aufrechtzuerhalten, weil der Arzt sonst 'an mir vorbei behandelt'.“* (S5)

Ein weiterer Aspekt in diesem Kontext bezieht sich auf eine Offenheit hinsichtlich der erlebten Beziehung zum behandelnden Arzt, also *„nicht nur ehrlich sagen, wie man sich fühlt, sondern auch, wie man sich vor dem Arzt fühlt.“* (S6)

Gleichermaßen hoben die befragten Ärzte die hohe Bedeutung von Offenheit und Authentizität seitens ihrer Patienten hervor. Dies beinhalte nicht nur, *„ehrlich Antwort zu geben auf Fragen“* (P6), sondern auch, *„offen über seine Gefühle und Befürchtungen (zu) sprechen“* (P8) und *„zuzugeben, dass man Angst hat und Sorge.“* (P6)

Als wesentliches Moment erlebten die interviewten Ärzte zudem eine Ehrlichkeit in Bezug auf Einnahme bzw. Nicht-Einnahme eines verordneten Medikaments sowie des Einhaltens bzw. Nicht-Einhaltens getroffener Vereinbarungen: *„Wichtig ist, ehrlich zu sagen, ob er das Medikament z. B. genommen hat oder nicht, und aus welchem Grund“* (N5), weiterhin auch eine ehrliche Auskunft des Patienten im Hinblick auf seine Ziele in der Behandlung und seine Therapiemotivation: *„Da möchte ich eben Ehrlichkeit vom Patienten: Ist das wirklich sein Ziel? Ist er bereit, aktiv mitzumachen? Also auch z. B. ein Medikament zu nehmen, das die ersten ein bis zwei Wochen erst mal hauptsächlich Nebenwirkungen macht, das dann auch durchzustehen.“* (N2)

Als negativ für den Therapieverlauf und Beschädigung der therapeutischen Beziehung hingegen bewerteten viele der befragten Ärzte hingegen ein unaufrichtig-manipulatives Verhalten ihrer Patienten: *„Es gibt auch eine gewisse Dreistigkeit, die ich auch schlecht aushalte, wenn jemand wie das blühende Leben dasitzt und sagt: 'Mir geht es so schlecht, sie könnten mich jetzt mal in die Rente begleiten.'“* (N10)

Neben bewusst manipulativem Verhalten könnten auch, insbesondere zu Beginn einer Behandlung, Gefühle der Scham und Peinlichkeit eine mangelnde Offenheit gegenüber dem behandelnden Arzt bedingen: *„Ich glaube auch, dass viele Patienten vieles zuerst nicht sagen oder erst auf Nachfrage dann damit rausrücken. Der Arzt hat ja immer noch eine Position, wo man zunächst mal ‚gut ausschauen‘ muss, wo eine Scham da ist. Nach dem fünften Gespräch kommen oft Dinge raus, die man gleich hätte wissen sollen, dass da noch ein Suchtproblem da ist, oder wo der Schuh sozial drückt.“ (P3)*

4.1.3.1.2. Ehrlichkeit und Auseinandersetzung mit und gegenüber sich selbst – „Die unangenehmen Dinge raus holen!“ (D2)

Zentrale Voraussetzung für das Gelingen einer Behandlung sei zudem eine *„Ehrlichkeit gegenüber sich selbst, dass man zur Kenntnis nimmt, was in einem vorgeht oder einen fertig macht.“ (D1)* In dieser Dimension von Ehrlichkeit scheint gerade im Bereich psychischer Erkrankungen eine besondere Schwierigkeit zu liegen, da dies ein *„Akzeptieren [bedeutet, überhaupt] eine psychische Erkrankung zu haben“ (D7)*, wodurch eine aktive Auseinandersetzung mit dieser und damit eine Partizipation in der Behandlung dann erst möglich werden. Hierzu gehöre auch die Erkenntnis, *„dass Partizipation Eigenarbeit erfordert“ (E3)*, der Patient also selbst entscheidende Verantwortung für eine Änderung seines gegenwärtigen Zustandes trägt, *„denn verändern kann es nur ich, dadurch, dass ich mir das bewusst mache.“ (D6)*

4.1.3.2. Cluster 2 - Vertrauen und Geduld

In diesem Themenkomplex ging es für einige Patienten um ein „blindes Vertrauen“ in ihre Ärzte, für andere eher um das „grundsätzliche Vertrauen“, dass Ärzte einem als Patient helfen wollen, um einen „Vertrauensvorschuss“, was einzelne Therapien anbelangt sowie um das Aufbringen von Geduld, bis eine begonnene Therapie Wirkung zeigt.

4.1.3.2.1. „Eine Frage des Vertrauens“ (P6)

Von den befragten Ärzten wie Patienten gleichermaßen betont wurde die Bedeutung gegenseitigen Vertrauens. Vertrauen wurde hierbei zunächst verstanden als Einnahme

einer unvoreingenommenen, vorurteilslosen Grundhaltung gegenüber dem behandelnden Arzt zu Beginn einer Therapie: So berichtete eine niedergelassene Psychiaterin, ihren Patienten im Falle einer Einweisung in stationär-psychiatrische Behandlung, zu empfehlen *„mit einer Haltung in die Klinik zu gehen, dass der andere einem nicht etwas grundsätzlich Böses will.“* (N7)

Eine solche vorurteilsfrei-vertrauensvolle Haltung ihrer Patienten, *„wenn mir jemand einfach vertraut“* (P6), erlebten andererseits auch viele der befragten Ärzte als günstig für die Entwicklung einer positiven Arzt-Patienten-Beziehung und damit als günstige Voraussetzung für das spätere Gelingen einer Therapie – *„das Ziel ist doch eine optimale Behandlung. Und dafür braucht man erst mal Vertrauen zum Arzt.“* (P5) Oftmals müsse jedoch ein solches Vertrauensverhältnis im Laufe einer Behandlung erst wachsen, da Vertrauen *„vielleicht ja am Anfang auch noch nicht so da sein kann.“* (P7) *„Dass ich zu dem Arzt Vertrauen habe“* (S7, D5) stellt in gleicher Weise für nahezu alle der befragten Patienten eine zentrale Erwartung an die Behandlungsbeziehung und eine Voraussetzung persönlicher Offenheit gegenüber dem Arzt dar.

Interessanterweise schien der Begriff des Vertrauens bei einigen der interviewten Ärzte offensichtlich verbunden mit einem paternalistischen Rollen- und Therapieverständnis: *„Ich schlage den Patienten etwas vor und das ist gut für sie. Und sie haben Vertrauen zu mir und sind dann zufrieden. Und dann sind wir übereingekommen.“* (P4)

Ein im Erleben dieser Gruppe von Ärzten idealer Patient akzeptiere entsprechend im Vertrauen auf die Expertise des Behandlers dessen Ratschläge, indem er *„nicht alles in Frage stellt, es akzeptiert und macht, was ich sage.“* (P6) In der Wahrnehmung dieser Ärzte steht diesem dem Arzt „blind vertrauenden“ und „naiven“ Patienten der vorinformierte, erfahrene und kritische Patient gegenüber: *„Es gibt zwei Arten: Wenn mir jemand einfach vertraut und das kann einfach Sympathie sein oder das Geschlecht, wenn mir jemand glaubt, was ich sage, auch ohne über die Erkrankung Bescheid zu wissen. Das andere sind Patienten, die kritisch sind, weil sie positive oder negative Vorerfahrungen gemacht haben.“* (P6)

Am besten also *„gleich auf den ersten Vorschlag ‚Ja!‘ sagen“* (P6)? So wichtig eine grundsätzlich offene und vertrauensvolle Grundhaltung gegenüber dem behandelnden Arzt auch zu sein scheint, so könnte ein „blindes Vertrauen“ zu einer allzu unkritischen Haltung verleiten und mithin negative Konsequenzen für den Therapieverlauf

implizieren: *„Es gibt Ärzte, die ‚verkaufen‘ den Patienten alles, auch, wenn ich da teils die Hände über dem Kopf zusammenschlage.“ (P6)*

4.1.3.2.2. Sich auf die Therapie einlassen, Vertrauensvorschuss geben – „Offen sein für etwas Neues!“ (D3)

Die interviewten Ärzte wie Patienten betonten, dass es günstig sei, sich auf angebotene Therapien einzulassen, diesen mit einer prinzipiell positiven, konstruktiven Haltung zu begegnen und vor Ablehnung einer Therapie zumindest einmal versuchsweise an dieser teilzunehmen – *„dass die Patienten das, was angeboten wird, auch wahrnehmen, die Therapien zumindest einmal ausprobieren. Schlecht ist eine Haltung, von vornherein hinzugehen und zu sagen: ‚Das und das und das mache ich nicht.‘“ (N2)* Dies erfordere von Patienten zum einen die Überwindung von Ängsten, Vorbehalten und Unsicherheiten – *„dass man sich einen Ruck gibt und irgendwo teilnimmt, auch wenn man zuerst gar nicht genau umreißt, was das genau ist, sich aber trotzdem darauf einlässt und dann sieht, dass es sinnvoll ist“ (D7)*, zum anderen auch, den Ärzten wie der Behandlung insgesamt eine Art „Vertrauensvorschuss“ zu geben, da der Erfolg einer Therapie zu deren Beginn noch nicht als sicher gelten kann: *„Ja, dass man es zumindest ausprobiert, manchmal hat man eine negative Meinung zu einer Therapie und dann stellt man fest, dass sie doch hilft. Einmal hingehen und schauen.“ (D2).* Diese Gewährung eines Vertrauensvorschusses stehe, wie dieser Experte darlegte, in Zusammenhang mit einem *„Prozess des Aushandelns. Meistens wird etwas vorgeschlagen und man weiß als Patient oft nicht, ob man das annehmen kann oder nicht. Sich also trauen, es erst mal auszuprobieren, z. B. bei Depressionen, man weiß ja nicht, was das Medikament für einen individuellen Effekt hat. Das Medikament also mal ausprobieren und wenn es nicht hilft, sich noch mal zusammensetzen, sich das auch zu trauen, offen zu bleiben.“ (E3)*

4.1.3.2.3. „Geduldig sein“ (N11) - Geduld haben, bis die Behandlung hilft

Wichtig sei schließlich auch, das notwendige Durchhaltevermögen und die Ausdauer aufzubringen, bis eine begonnene Therapie Erfolg zeigt, also beispielsweise *„Geduld (zu) haben, bis die Medikamente wirken.“ (S3)*

4.1.3.3. Cluster 3 - Respekt und Höflichkeit – „*Nett auftreten empfiehlt sich!*“ (P1)

Dieses Cluster thematisiert, dass das Fehlen adäquater sozialer Umgangsformen auf Patientenseite das Zustandekommen eines SDM häufig erschwert. Hierzu zähle bereits das Einhalten basaler Höflichkeits- und Kommunikationsregeln, die Bereitschaft, *„sich gegenseitig zuzuhören, eine ganz normale Grundregel der Kommunikation. Wenn mir der Patient ständig reinquatscht und mich nicht ausreden lässt, dann wird er auch nicht erfahren, was ich ihm zu sagen habe und dann wird das Gespräch auch anders laufen. Mit einfachen Kommunikationsregeln beginnt das Ganze schon.“* (P8) Mangelt es also bereits an dieser Fähigkeit, sich *„reden und ausreden (zu) lassen“* (P8), ist einer partizipativen Entscheidungsfindung von vornherein der Boden entzogen.

Als günstig wurde von Seiten der interviewten Ärzte demgegenüber eine höfliche und respektvolle Art des wechselseitigen Umgangs empfunden. Dieser *„gegenseitiger Respekt, der von beiden Seiten eingehalten wird“* (N7), beginne schon bei Selbstverständlichkeiten, wie *„den Arzt mit dem Namen ansprechen“* (P1). Dazu, *„den Ärzten einen Minimalrespekt entgegenbringen, der in der Psychiatrie oft nicht gegeben ist“* (P3), zählen weiterhin Verhaltensweisen wie *„Pünktlichkeit und Zuverlässigkeit“* (N7), also beispielsweise im Falle einer Verhinderung den vereinbarten Termin abzusagen. Überhaupt formulierten viele Ärzte den Wunsch nach Patienten, die *„dem Arzt zeigen, dass man ihn ernst nimmt“* (N7) und *„mit einer Haltung auf den Behandler zugehen, dass dieser seinen Beruf gewählt hat, weil er Menschen helfen möchte.“* (P1) Patienten, die ihrem Arzt höflich und zugewandt begegnen induzieren bei diesem dann auch eher eine größere Bereitschaft, individuell auf ihn einzugehen, ausführlicher informiert zu werden und schließlich an therapeutischen Entscheidungen partizipativ beteiligt zu werden – *„Dann habe ich auch Lust ihm etwas zu erzählen. Der ist interessiert, es kommt an, ich kann mich auf eine Ebene mit ihm begeben, das ist eher der Patient, der mich spontan anspricht und da steckt natürlich auch Sympathie dahinter.“* (P8)

Gerade auch im Falle eines Konfliktes scheint es sich für Patienten zu empfehlen, *„dass sie, wenn es geht, nett zu den Ärzten sein sollen, auch wenn sie nicht einverstanden sind“* (E2), da sachlich und nicht aggressiv vorgetragene Kritik das Zustandekommen konstruktiver und gemeinsamer Lösungen begünstige – *„Ich habe die Erfahrung gemacht, wenn man sich ruhig und normal ausdrückt, ohne Vorwürfe zu*

machen, dass darauf dann auch eingegangen wird. Und zum Schluss kommt z.B. heraus, dass es nur ein Missverständnis war.“ (D3)

Ein weiterer Aspekt des von Seiten der Ärzte gewünschten Respekts besteht darin, *„den Arzt in seiner Persönlichkeit anzusprechen. Wenn man ihn als Objekt behandelt, erreicht man oft nicht viel. Dass man in Kontakt geht“ (P3)*, den Arzt also nicht allein in seiner beruflichen Funktion, sondern als menschliches Gegenüber in seiner Gesamtpersönlichkeit versucht wahrzunehmen und anzusprechen, was sich wiederum günstig auf den Behandlungsverlauf auswirken kann – *„Bei mir hat es sich dadurch gewandelt, dass ich die für mich zuständige Ärztin auf einem Fahrrad mit Kindersitz gesehen habe, dadurch habe ich sie anders, als junge Mutter mit Kind, wahrgenommen, ist sie für mich ein Mensch aus Fleisch und Blut geworden. Zuvor habe ich sie nur in ihrer Funktion als Ärztin wahrgenommen, dadurch hat sich eine andere Bereitschaft bei mir entwickelt.“ (D1)*

„Patienten sollten bedenken, dass Ärzte auch nur Menschen sind, dass sie kränkbar sind“ (E2) und entsprechend versuchen, aktiv an Entstehung und Aufrechterhaltung einer positiver Behandlungsatmosphäre mitzuwirken, beispielsweise indem sie das Vertrauen des Arztes nicht missbrauchen. Auch symbolische Aufmerksamkeiten könnten hierzu beitragen: *„Ich finde, dass Patient da oft sehr viel dafür tun, sie sind fürsorglich, man merkt, ich bin vertrauensselig, sie könnten mich gut reinlegen, sie tun es aber nicht, sie nehmen mich in Schutz manchmal, das hat mich sehr erstaunt, aber das tun sie wirklich und das trägt schon, dafür bin ich dankbar und das merken sie auch. Sie bringen auch etwas mit, Weihnachtsplätzchen z. B., das finde ich toll.“ (N6)*

4.1.3.4. Cluster 4 - Information, Rückmeldung und Feedback an den Arzt

Inhalt dieses Cluster sind Aspekte, die mit einem (pro-)aktiven Einbringen von Informationen in die Therapie in Zusammenhang stehen: Den Arzt also ausführlich und genau über die eigene Person und das eigene Befinden zu informieren, eine Rückmeldung zu geben bezüglich der Effekte der (medikamentösen) Behandlung, aber auch, Überforderungserleben durch die Therapie anzusprechen und nötigenfalls Kritik an einer als unbefriedigend erlebten Arzt-Patient-Beziehung zu äußern.

4.1.3.4.1. Den Arzt ausführlich über eigene Person und Befinden informieren – „Lieber einmal zu viel Informationen rausgegeben!“ (S7)

„Man muss miteinander sprechen, das ist einmal das erste.“ (D1): Um vom behandelnden Arzt bestmöglich verstanden zu werden, erscheint es wichtig, diesen als Patient möglichst exakt und umfassend zu informieren. Dies beinhaltet, „genau darzustellen, was mein Problem ist“ (D1), den Arzt also zunächst einmal ausführlich und offen über das subjektive Befinden und Erleben sowie das eigene Krankheitskonzept in Kenntnis zu setzen, auch auf die Gefahr hin, dass nicht alle dieser Informationen von unmittelbarem therapeutischem Belang sind – „Ich versuche immer ausführlich zu sein, auch wenn der Arzt das gerade gar nicht alles wissen will. Aber es hängt ja alles ein bisschen zusammen, dann sag ich’s einfach, wenn er das dann gar nicht wissen wollte, okay. Aber lieber einmal zu viel Informationen rausgegeben. Gerade in Situationen, in denen es relevant ist, das jetzt eine Verbesserung eintritt, halte ich lieber nichts zurück.“ (S7) Um dem Arzt ein detailliertes und tiefgehendes Verständnis der eigenen Person und der aktuellen Lebenssituation zu ermöglichen, sei zudem das Darlegen psychosozialer Aspekte der gegenwärtigen Problematik und deren Einbettung in den biographischen Kontext von Bedeutung – „Man sollte auch ein bisschen in der Lebensgeschichte ausholen, Situationen, die eingeschlagen haben, den Charakter geprägt haben, die einen belasten.“ (S7). Erst dieses Wissen ermögliche dem behandelnden Arzt ein Gesamtverständnis des Patienten und biete diesem die Chance, dessen Präferenzen und Prioritäten zu berücksichtigen und in die Therapie zu integrieren - „Ich weiß sonst gar nicht, was ist im Sinne des Patienten, wenn nichts kommt.“ (P2)

4.1.3.4.2. Feedback zur (medikamentösen) Behandlung geben – „Ich beobachte mich sehr genau und spreche das sofort an!“ (S3)

Als hilfreich nahmen die befragten Ärzte die spontane Rückmeldung seitens der Patienten über Symptome der Erkrankung sowie über erlebte Wirkung und Nebenwirkungen der verordneten Medikamente wahr – „Ich erlebe es allgemein positiv, wenn von sich aus über die Erfahrungen mit einem Medikament berichtet wird.“ (N5) Dies gerade auch deshalb, weil diese Information nur durch den Bericht des Patient selbst erhältlich ist – „Gut ist auch, wenn der Patient seine Symptome genau

beschreiben kann und sagen, was gut läuft und was nicht, auch bezüglich der Psychopharmakotherapie. Denn nur der Patient selbst kann über den Effekt bzw. Nebenwirkungen eines bestimmten Medikaments Auskunft geben.“ (N5)

In gleicher Weise empfanden viele der befragten Patienten das offene Gespräch über Medikamente und eine Rückmeldung über deren Wirkung an den Arzt als wichtig – *„Ich beobachte mich, bespreche das mit dem Arzt und beobachte es weiter und ich habe den Grundsatz, ich rede über die Medikamente.“ (D3)* ; *„Ich würde Nebenwirkungen sofort ansprechen!“ (S3)*

4.1.3.4.3. Rückmeldung geben: Ich bin mit etwas überfordert – „Sagen, wenn eine Grenze erreicht ist!“ (S4)

Wenn sich Patienten mit dem Therapieprogramm oder einzelnen Therapieschritten überfordert fühlen, erscheint es wichtig, dies gegenüber ihren behandelnden Ärzten auch klar und deutlich zu formulieren und nötigenfalls auch Widerspruch zu äußern – *„da muss ich auch sagen können: Stopp, das will ich nicht und das muss auch vom Arzt akzeptiert werden.“ (D5)*

Eine niedergelassene Psychiaterin formulierte ihr therapeutisches Selbstverständnis als eine Art „Bergführer“, der in einzelnen Bereichen vielleicht besser Bescheid wisse als der Patient, dass man ihn also als Experte auf dem therapeutischen Weg begleiten und führen könne, der Patient diesen aber selbst gehen, Verantwortung für Therapie und Ziele übernehmen und dem Behandler eine Rückmeldung über seine „Kondition“ geben müsse – *„Sie müssen sich vorstellen, da ist ein Gipfel, den sie erreichen wollen, d.h. Sie sind derjenige, der da hin kommen will und sie müssen selbst laufen, denn ich kann Sie nicht tragen, aber ich kann Ihr Bergführer sein, zumindest in gewissen Bereichen, in denen ich vielleicht besser Bescheid weiß als Sie. Ich weiß allerdings nichts über ihre Kondition, das heißt, sie müssen mich ggf. stoppen.“ (N2)*

4.1.3.4.4. Kritik an Arzt-Patient-Beziehung äußern – „Wenn etwas nicht passt...“ (D2)

Als wesentlich für das Gelingen einer Therapie wurde von vielen der befragten Patienten das Äußern offener und konstruktiv vorgetragener Kritik an der erlebten

Beziehung zwischen Arzt und Patient gesehen, als Patient also *„dem Arzt sagen: Ich fühle mich von Ihnen verletzt oder nicht ernst genommen“* (D3) oder dass man mit seinen Wünschen und Anliegen kein Gehör zu finden glaubt. Diese kritische Offenheit, Dissonanzen und Konflikte in der Behandlung anzusprechen, wird von den befragten Ärzten gleichfalls geschätzt und als ein bedeutender Bestandteil einer gelingenden therapeutischen Beziehung und damit als relevanter Faktor eines Behandlungserfolges angesehen – *„Was ich auch als positiv erlebe ist, wenn z.B. ein Patient, der gehemmt-depressiv ist, äußert, dass eine Bemerkung von mir ihn verletzt hat, dass er das äußern kann, das ist eine Offenheit, die auch zu einer positiven Stimmung in der Behandlung beiträgt. Entscheidend ist überhaupt die Qualität der Beziehung.“* (N5)

Hierzu gehöre auch, durch das Geben eines Feedbacks dem behandelnden Arzt die Möglichkeit zu eröffnen, sich zum kritisierten Inhalt äußern und damit sein Verhalten erklären oder korrigieren, Entscheidungen überdenken und ggf. verändern zu können – *„Rückmeldung geben, damit, wenn etwas im Eifer des Gefechts nicht gepasst hat, der Arzt die Chance zur Korrektur hat.“* (D2)

Und *„wenn der Patient den Eindruck hat, dass er dennoch beim Arzt nicht auf Resonanz stößt mit dem Wunsch nach Partizipation, dann soll er vielleicht ganz offen seine Unzufriedenheit äußern, dass es so nicht geht, dass das nicht ist, wie er erwartet, dass mit einem umgegangen wird. Und ein deutliches Signal setzt, dass er eine andere Beziehungsgestaltung möchte.“* (E1)

4.1.3.5. Cluster 5 - Eigeninitiative und Mitarbeit im Arztgespräch

In diesem Cluster werden vielfältige Verhaltensweisen thematisiert, die mit persönlichem Engagement und aktiver Mitwirkung des Patienten an der Behandlung zusammenhängen: „Kompetent auftreten“, „Sich für eine Entscheidung Zeit nehmen“, „Eigene Behandlungsvorschläge machen“, „Präferenzen äußern“ sowie „Nachfragen und um Erklärungen bitten“.

4.1.3.5.1. Eigenverantwortung übernehmen – *„Das Wichtigste ist, es selbst zu wollen* (D2)

Als günstig wurde von Patienten und Ärzten in gleicher Weise die Bereitschaft gewertet, *„Selbstverantwortung zu übernehmen“* (D5), für das Gelingen der Therapie wie auch für

das eigene Leben im Gesamten: *„Ich bin für mein Leben selbst verantwortlich, das ist eine ganz wichtige Voraussetzung.“ (D6)*

Seitens der befragten Ärzte wurde in diesem Kontext angemerkt, dass sich Patienten oft nicht kongruent verhalten, indem sie einerseits ihre Einbeziehung in die Therapie und eine „Behandlung auf Augenhöhe“ einforderten, auf der einen Seite dann aber nicht bereit seien, Mitverantwortung für das Treffen von Therapieentscheidungen zu übernehmen und statt dessen den behandelnden Arzt zur Übernahme dieser Verantwortung veranlassen: *„Eine verbreitete Haltung seitens der Patienten ist, dass man sich einerseits ein gleichrangiges Verhältnis wünscht, wenn man dann aber über verschiedene Behandlungsmöglichkeiten aufklärt, z. B. bei einer Panikstörung oder einer Depression, dass dann ganz oft die Patienten fragen: Was soll ich denn jetzt machen? Das ist eine ganz schwierige Sache, dass der Arzt jetzt entscheiden soll, ob der Patient sein Symptom loswerden will oder den Beziehungskonflikt lösen oder wieder schlafen können will, dass diese Entscheidung dem Arzt zugespielt wird und man in eine Situation hineingerät, in der man das dann auch mitentscheidet, was ich keine gute Vorgehensweise finde.“ (P3)*

4.1.3.5.2. Kompetent sein und auftreten – „Aus der Patientenrolle ein Stückchen aussteigen!“ (N11)

Übereinstimmend positiv bewerteten viele der interviewten Patienten, Ärzte und Experten, wenn ein Patient versuche, *„selber Experte für seine Erkrankung und Symptome“ (D3)* zu werden, mithin die nur passive Rolle des behandelten Patienten verlasse und *„selbst kompetent auftritt.“ (N11)* Dies erfordere für die Patienten zunächst einmal, sich als gleichberechtigter Partner in der Behandlung begreifen zu lernen, zu *„verstehen, was partizipative Entscheidungsfindung überhaupt ist, sie müssen ein Konzept davon haben.“ (E3)*

Um das jeder Arzt-Patient-Beziehung immanente Hierarchiegefälle – *„dass ich als Patient nicht der Experte bin“ (E3)* – dann im nächsten Schritt zu überwinden, *„braucht es hierzu auch mutige Patienten.“ (E3)*, ein Mut, der von Ärzten durchaus wertgeschätzt wird – *„Wir wollen den Mutigen, denjenigen, der mitmacht, der Verantwortung übernimmt, der aktiv ist.“ (P2)*

Was kann ein Patient nun konkret tun, um eine weniger paternalistisch-hierarchische und mehr partnerschaftlich-kooperative Behandlungsbeziehung zu etablieren? Vorteilhaft erscheint die Einnahme einer impliziten Haltung, mit der der Patient dem behandelnden Arzt *„klar macht, dass er bereits Informationen besitzt, dass er Hinweise auf seine vorhandene Kompetenz gibt, so dass der Arzt den Eindruck bekommt, dass das jemand ist, mit dem er partnerschaftlich und kooperativ reden kann, der hat sich schon selbst Gedanken gemacht.“* (E2) Wesentlich erscheint demnach, dem Arzt auch tatsächlich aktiv zu *„vermitteln, dass man Eigenverantwortung übernimmt.“* (P6) Und hierfür wiederum entscheidend sei es, als Patient zu begreifen, *„dass man Möglichkeiten hat, die Kommunikation zu gestalten“* (E1), um im Bewusstsein dessen zu *„versuchen, im Dialog zu stehen“* (S1). In diesem Dialog könnten Patienten dann ihre *„Ziele (in der Behandlung) explizieren, in Kooperation mit dem Experten, der sie unterstützt.“* (E1)

Ein Ansatz, diesen Dialog zu ermöglichen, könnte sein, *„die Kommunikationsfähigkeit (der Patienten zu) schulen, da sind die Ärzte den Patienten meist überlegen. Wer gut kommuniziert, kann so ein Gespräch vielleicht auch besser leiten.“* (E3)

4.1.3.5.3. Sich Zeit nehmen für eine Entscheidung – „Darüber-schlafen“ (N10)

Gerade im psychiatrischen Kontext erscheint es oftmals möglich und sinnvoll, eine vorgeschlagene therapeutische Optionen nicht unmittelbar anzunehmen oder abzulehnen, sondern sich für eine Behandlungsentscheidung ausreichend Bedenkzeit zu nehmen: *„Patienten sollten wissen, dass eine Entscheidung meistens nicht schnell gefällt werden muss, dass Zeit ist.“* (E2)

Insbesondere im ambulanten Behandlungssetting bestehe, wie dieser Experte es formulierte, die Möglichkeit, *„Gespräche aufzuteilen: Mein erstes Ziel ist es, möglichst viel Information zu bekommen und dann gehe ich damit erst mal nach Hause und überlege. Und sich dann noch mal, z. B. über das Internet, weiter zu informieren, oder aber in sich gehen und zu überlegen: Wie fühlt sich das denn für mich an? Und dann noch mal vorbereitet zum Arzt wieder hinzugehen.“* (E3)

4.1.3.5.4. Eigene Vorschläge machen – „Wie wäre es damit?“ (D3)

Ein Möglichkeit zur Partizipation besteht darin, als Patient *„ganz aktiv eigene Vorschläge zu machen und den Arzt zu fragen, was er dazu meint“* (E3), also beispielsweise die Frage zu stellen, was dieser von einem bestimmten Medikament hält, von dem man gehört hat oder auf das man in der Vergangenheit positiv reagiert hatte – *„Also ich habe letztens eine gute Erfahrung gemacht und Fr. Dr. S. selbst. ein Medikament vorgeschlagen, das ich ausprobieren wollte, und sie war sofort dabei.“* (D3). Viele der befragten Ärzte wiederum empfanden ein solches Nachfragen als aktive und konstruktive Auseinandersetzung des Patienten mit seiner Erkrankung und als Ausdruck einer positiven und partnerschaftlichen Haltung in der Behandlung: *„Da hab ich das und das gelesen, was halten sie davon? Wenn sie mich als Partner sehen, nicht nur als Arzt.“* (P7)

4.1.3.5.5. Behandlungsauftrag mit definieren, realistisch bleiben, Präferenzen äußern – „Der Patient soll sagen, was er will!“ (S2)

Eine häufig genannte Empfehlung war es, als Patient *„eine Vorstellung davon zu entwickeln, was einem fehlt“* (E2), *„sich bewusst zu werden: Was sind meine Probleme? Meist ist es ja nicht nur eines und sich überlegen, was erwarte ich denn jetzt eigentlich?“* (E3), sich klar darüber zu werden, aus welchem Grund und mit welchem Anliegen man sich eigentlich in Behandlung begibt - *„ein bisschen wissen, warum gehen sie überhaupt in die Klinik“* (N2), kurz gesagt: *„Den Behandlungsauftrag definieren.“* (P2)

Hierzu gehöre, *„proaktiv seine eigene Sicht der Dinge einzubringen“* (E1), in einem umfassenden Sinne also seine *„'ICEEs' (ideas, concerns, expectations und experiences) zu äußern“* (E3) und davon ausgehend, diese dem Arzt gegenüber deutlich zu formulieren, *„seine Anliegen klar äußern.“* (N5)

Dies beinhaltet auch, Gefühle und mögliche Ängste in Bezug auf die Therapie zu äußern und ggf. um (emotionalen) Beistand zu bitten – *„Neben der Information besteht meistens auch eine emotionale Unsicherheit in einer solchen Situation oder gar eine Angst, und da müssen die Patienten in der Lage sein, ihre emotionale Situation zu artikulieren und nach emotionaler Unterstützung nachzufragen.“* (E1)

Ärzte scheinen in diesem Falle, *„wenn der Patient zeigt, dass er Sorge hat“* (N6), auch eher bereit zu sein, hierauf unterstützend einzugehen: *„Wenn ich merke, dass er sich z.B. Nebenwirkungen ausmalt, die für mich ganz simpel sind, dann werde ich ihm das genauer erklären.“* (N6)

Weiterhin sollte man sich als Patient *„vorher überlegen, was man wissen möchte“* (E2) und sich zudem *„bewusst machen, welche Ausgänge könnte das Gespräch mit dem Arzt haben. Und antizipierend: Mit welchem Ausgang bin ich den einverstanden? Also sich über die eigenen Präferenzen auch klar werden.“* (E3)

In diesem Zusammenhang betonten Ärzte wie Patienten auch die Wichtigkeit, ein Nicht-Einverständnis mit therapeutischen Entscheidungen *„klar anzusprechen beim Arzt“* (S4), *„dass der Patient (es tatsächlich) auch sagt, er ist nicht einverstanden.“* (P5)

Wichtig sei überdies, sich darüber klar zu werden, wie detailliert man über die vorliegende Erkrankung und die vorgeschlagene Therapie denn aufgeklärt werden, welches Maß an Information man überhaupt erhalten möchte und in welchem Ausmaß man an Therapieentscheidungen beteiligt zu werden wünscht - *„dass der Patient sagt, ob ihn interessiert, was dahinter steht oder nicht. Das erkläre ich dann auch ausführlich, aber wenn er dann, nach zwei Stunden Aufklärung, sagt: Entscheiden Sie es! Das finde ich, passt nicht.“* (P7) Patienten sollte also *„ihre (Partizipations-) Präferenz äußern können, ob sie überhaupt an der Entscheidung beteiligt werden wollen. Es könnte ja auch sein, dass sie dies nicht wünschen.“* (E1)

Vice versa *„fragen Ärzte ihre Patienten oft nicht danach, was sie wünschen, deshalb ist es wichtig, dass der Patient klar sagt, dass er beteiligt werden will.“* (E1)

Von Seiten der interviewten Ärzte wurde überdies ein realistischer Behandlungsauftrag gewünscht, Patienten sollten *„keine unerreichbaren Ziele verfolgen“* (N6) und *„realistische Erwartungen an den Arzt haben“* (N6) sowie *„den Arzt nicht idealisieren.“* (N6) Zudem sei es wichtig, sich als Patient bei all den zu vergegenwärtigen, *„dass jede Therapie erwünschte und nicht erwünschte Effekte hat.“* (E2)

Umgekehrt erlebten es die befragten Ärzte als *„günstig, ganz konkrete Fragen und Wünsche zu haben, vor allem Wünsche, die man auch gut erfüllen kann.“* (P7)

4.1.3.5.6. Nachfragen und um Erklärungen bitten – „Nervig, aber wichtig!“ (N6)

Nahezu alle interviewten Ärzte wie Patienten hielten eine möglichst umfassende Aufklärung über die vorliegende Erkrankung und Informationen über die geplante Behandlung für fundamental wichtig, *„dass man sich schon die nötige Aufklärung holt“* (S4), *„eine Frage haben oder eine ausführliche Aufklärung wollen, das ist zwar unter Umständen nervig, aber wichtig!“* (N6)

Viele der befragten Ärzte wünschten sich geradezu ein größeres Interesse ihrer Patienten an einer solchen Aufklärung über das Krankheitsbild und *„daran, was man als Patient selbst machen kann“* (P1) und zeigten sich enttäuscht über das - entgegen dem abstrakten generellen Wunsch nach Aufklärung - faktisch oftmals gering ausgeprägte Interesse der Patienten hieran: *„Da finde ich, müsste der Patient doch auch mal fragen: Was habe ich denn? Woher kann das kommen? Was muss ich ändern, was kann man dagegen tun? Das hört man selten.“* (P2)

Eine entsprechend ausführliche Aufklärung scheint somit eher derjenige Patient zu erhalten, *„der, soweit es ihm möglich ist, spezifische Fragen stellt, dass ich das Gefühl habe, es interessiert ihn, er hat sich damit beschäftigt.“* (P6)

Als Patient könnte es also ratsam sein, seinen Arzt aktiv zu *„fragen, woher das kommen kann“* (S6), *„Erklärungen einzufordern“* (P3), zu *„fragen, was haben sie hier mit mir vor?“* (P1) sowie *„Dinge anzusprechen und zu hinterfragen, die unklar sind.“* (N6). Darüber hinaus *„nachfragen, ob es (zu einer vorgeschlagenen Behandlung) Alternativen gibt“* (P1) und sich beim Arzt zu erkundigen: *„Was ist das für ein Medikament? Was hat das für Nebenwirkungen?“* (P1)

Eine umfassende Aufklärung erscheint überdies, neben positiven Effekten auf die therapeutische Beziehung, im Hinblick auf medikamentöse Adhärenz und Therapietreue vorteilhaft, wie dieser depressive Patient ausführte: *„Dass man nachfragt, dass man sich die Wirkungsweisen der Medikation und der Behandlung erklären lässt, damit das dann auch wirklich aushalten kann, ohne zu glauben, man werde falsch behandelt, dass man das falsche Medikament bekommt, weil es schlechter oder zumindest nicht besser geht, dass man sich wirklich auch informiert, durch Fragen und Gespräche, damit man weiß, was in der Erkrankung mit einem passiert.“* (D6)

„Wenn Informationsdefizite da sind, müssen Patienten in der Lage sein, Informationswünsche zu äußern, nachzufragen, wenn die Information nicht in dem benötigten Maße vermittelt wird.“ (E1) Als vorteilhaft erweisen könnte sich in diesem

Kontext, trotz aller Knappheit der ärztlichen Ressource „Zeit“, eine gewisse Hartnäckigkeit der Patienten beim Einfordern von Aufklärung und Information, wie sie sich der Haltung dieses schizophrenen Patienten widerspiegelt: *„Ja, ich bleibe schon dran (den Arzt auf offene Fragen anzusprechen)“ (S3)*. Patienten sollten also *„da bleiben, wenn sie eine Frage haben, auch wenn da draußen schon wieder ein paar andere Patienten sitzen.“ (N10)*

4.1.3.6. Cluster 6 - Informieren und Vorbereiten

Gegenstand dieses Clusters sind Handlungsweisen von Patienten außerhalb des unmittelbaren Arzt-Patienten-Kontakts, die das Gewinnen von Information über die Erkrankung und ihre Behandlung, komplementäre Unterstützungsmöglichkeiten sowie therapieförderliche Verhaltensweisen thematisieren.

4.1.3.6.1. Sich den „richtigen“ Arzt suchen – *„jemanden finden, der einen versteht“ (D4)*

Mehr noch als in medizinischen Behandlungen generell scheint im psychiatrischen Kontext eine tragfähige Arzt-Patienten-Beziehung von entscheidender Bedeutung für das Gelingen einer Therapie, weshalb insbesondere die befragten Patienten betonten, wie *„wichtig (es) ist, jemanden zu finden, der einen versteht.“ (D4)*

Besondere Wichtigkeit hatte für viele der interviewten Patienten die persönliche „Passung“ zwischen Patient und Therapeut – *„Es gibt halt gute und schlechte Ärzte, gute und schlechte Menschen. Man muss sich die raus suchen, wo man am besten therapiert werden kann.“ (S4)* Manche Patienten unternahmen hierfür beträchtliche Anstrengungen, wie dieser Patient, der berichtete, *„dass ich durch halb Deutschland gereist bin, um eine Klinik zu finden, wo man mir zuhört.“ (S1)*

„Letztlich gibt es ja auch noch die Möglichkeit, den Arzt zu wechseln“ (E3) bei andauernder Unzufriedenheit mit dem aktuellen Behandler, *„wenn Patienten mit der Kommunikation nicht zufrieden sind, können sie die Beziehung zum entsprechenden Arzt abbrechen und sich einen neuen suchen.“ (E3)*

4.1.3.6.2. Information akquirieren, Zweitmeinung einholen – „Man muss sich als Patient vielleicht doch einlesen...“ (P7)

Viele der befragten Ärzte wünschten sich, „dass sich der Patient informiert“ (P4) und erlebten die „Vorinformation des Patienten als Basis“ (P7) für ein konstruktives Gespräch: „So gesehen würde ich mir wünschen, dass jemand mit Wissen kommt, das man besprechen kann und sich auf eine Diskussion einlässt“ (P6) und hierdurch auch die Möglichkeit hat, auf einer fundierten Grundlage mit dem Arzt zu kommunizieren, diesen beispielsweise zu „fragen, ich nehme Medikament X, habe aber von Medikament Y gelesen, was halten Sie davon? Das ist eine gute Frage, ein konkretes Anliegen.“ (P4)

Ärzte wie Patienten benannten in den Fokusgruppen eine Vielzahl an Möglichkeiten, sich aktiv um Informationen zu seiner Erkrankung und deren Behandlung zu bemühen: „Ich sammle Beipackzettel, inzwischen aber nicht mehr, ich habe mir ein Psychopharmakabuch gekauft. Es gibt ja auch Broschüren, hier von der Klinik, Psychopharmakabroschüren, die gibt es auf Station, steht alles drin“ (D3), die „Teilnahme an Psychoedukationsgruppen“ (P5), selbständig „Sachen nachzulesen, wenn ich ein Medikament bekomme zum Beispiel, dann kann ich ja selbst in die Bibliothek gehen und nachlesen, was das für Wirkungen und Nebenwirkungen hat und ob die bei mir zutreffen“ (S1) oder „dass der Patient lernt, die Websites anzusteuern, die gut sind.“ (E2)

Hilfreich könne weiterhin auch der Austausch mit Mitpatienten sein – „Miteinander reden und zuhören, das bringt dann schon was“ (S3) oder auch das Einholen einer „Zweitmeinung“ (P8), wobei bei letzterem von einem Psychiater kritisch angemerkt wurde: „In unserem Fach bekommst du 30 Meinungen!“ (P5) Zudem verändere das Einholen einer Zweitmeinung auch das „ursprüngliche Verhältnis zwischen Arzt und Patient. Klar toleriert das der Arzt, der die erste Diagnose gestellt hat, aber das A und O ist doch das Vertrauensverhältnis. Wenn das angezweifelt wird... Beispiel: Ein 30 Jahre beim niedergelassenen Nervenarzt insuffizient behandelter Patient, der mich um Rat fragt, aber vollstes Vertrauen in die Behandlung durch den Niedergelassenen hat, was will man da machen? Die Kränkung, jemand anderen gefragt zu haben, diese Störung im Vertrauensverhältnis, das könnte der nie mehr lösen mit dem.“ (P6)

4.1.3.6.3. Informiertheit über eigene Erkrankung und Vorerfahrungen – „Verschreiben sie mir noch mal dieses Sagrotan!“ (N6)

Ärzte und Patienten betonten in den Interviews die Wichtigkeit, möglichst gut über die eigene Erkrankung und den bisherigen Behandlungsverlauf informiert zu sein. Dies beinhaltet, zumindest einmal zu „wissen, wie und womit man behandelt wurde“ (S5). Patienten sollten auch „wissen, wann sie wo in der Klinik waren, welche Diagnose sie haben“ (N2), als „Psychotherapiepatienten sagen können, in welchem Verfahren die Therapie durchgeführt wird“ (N6) und dem Arzt ihre „aktuelle Medikation sagen können“ (N2), am besten gleich „einen Zettel vorbereiten mit allen aktuellen und früheren Medikamenten.“ (N6) Insbesondere die Informiertheit der Patienten über ihre Medikamente lasse oft erheblich zu wünschen übrig, wie u. a. diese Patientin über ihre Mitpatienten berichtet: „Die meisten Patienten wissen gar nicht, wie ihre Medikamente heißen, auch das, was sie zur Zeit kriegen, geschweige denn das, was vor zwei oder zehn Jahren gewesen ist. Das ist schade, das muss meiner Meinung nach der Patient wissen: Was hat damals geholfen, was hat nicht geholfen? Was waren damals Umstände und Auslöser, was sind sie jetzt? Was haben sie alles gehabt? Dann heißt es: 'Ich weiß nicht.' Dann nimmt man wieder das, was nicht geholfen hat, es vergeht wertvolle Zeit, das könnte der Patient schon machen.“ (D3) Ähnlich formulierte es dieser niedergelassene Psychiater: „Viele wissen ja nicht einmal den Namen ihres Medikaments, das ist schon erstaunlich, die sagen z.B. ‚Verschreiben sie mir noch mal dieses Sagrotan!‘, das ist schon nicht zu fassen, bei jemandem, der seit zehn Jahren Saroten nimmt. Dass man weiß, wie viel Milligramm man von welchem Medikament nimmt, das erwarte ich schon, und viele wissen einfach gar nichts!“ (N9)

Informiertheit über die eigenen Erkrankungen beziehe sich übrigens nicht nur auf psychische Krankheiten und Psychopharmaka, wie dieser Psychiater anmerkte – „Wenn man dann beim x-ten Mal immer noch nicht weiß, welche internistischen Medikamente ein Patient nimmt, ob das irgendwelche Interaktionen verursacht, oder auch nicht zu den Untersuchungen geht, die man sie bittet machen zu lassen, das finde ich schwierig.“ (N2)

Hilfreich sei es nach Auffassung der befragten Ärzte hingegen, offen über „Vorerfahrungen positiver oder negativer Art (zu) berichten“ (P8), also „welche Erfahrungen sie mit Vorbehandlern oder bestimmten Medikamenten gemacht haben, dass sie wissen, wie was wirkt“ (N5), wenn Patienten „Vorberichte mitbringen“ (N2) oder

„Depressions- bzw. Stimmungstagebücher führen und genau aufschreiben, wann es ihnen wie ging.“ (N9)

4.1.3.6.4. Vorbereitung auf das Arztgespräch – „Was will ich wissen?“ (E3)

Primär von Seiten der interviewten Ärzten und Experten genannt wurde die Empfehlung, Patienten sollten *„sich vorbereiten auf ein Gespräch mit dem Arzt.“ (E3)* Zunächst einmal sei es hierbei für den Patienten sinnvoll, *„sich darüber klar werden, was er wissen möchte“ (E2)* und er sich davon ausgehend dann *„Fragen (an den Arzt) aufschreibt“ (E3)*. Nützlich sei beispielsweise auch, *„einen Zettel dabei (zu) haben mit Informationen über Vorbehandlungen und Medikamente und Fragen“ (E3)* oder auch vor dem Gespräch *„eine Checkliste erstellen, während des Gesprächs darauf zu schauen, um ggf. zu sehen, an diesem oder jenem Punkt kommen wir nicht weiter, da dann nochmal nachzuhaken.“ (E3)* Eine solche Vorbereitung sei überdies auch lohnend, um die begrenzte Konsultationszeit effizienter zu nutzen - *„damit es schneller geht.“ (N2)*

4.1.3.6.5. Unterstützung für das Arztgespräch organisieren - „Jemanden mitnehmen!“ (E2)

Insbesondere die befragten Patienten hoben hervor, dass es konstruktiv sein könne, sich als Patient eine andere Person als Unterstützung in das Arztgespräch mitzunehmen, z. B. ein Mitglied des Pflegepersonals - *„Wenn ich stationär bin, dann gehe ich zur Schwester“ (S3)*, *„über die Bezugsschwester, zu der ich ein gutes Verhältnis habe, dass diese bei Gesprächen mit der Ärztin oder Sozialpädagogin dabei ist, wenn ich mich nicht gut artikulieren kann, in solchen Situationen wende ich mich an die Bezugsschwester, die mit der ich das schon vorbereitet und vorbesprochen habe.“ (D3)*

Auch die interviewten Experten hielten es für sinnvoll, *„wenn eine Vertrauensperson dabei ist“ (E3)*, *„das gibt einem Stärke, dass man weiß von Verwandten und Bekannten unterstützt zu werden, dass die auch wissen wollen, was das ist und was das auslöst und das ist, was einem dann auch hilft.“ (E2)*

4.1.3.6.6. Notfallplan erstellen und ambulantes Hilfenetz aufbauen - „Wer hilft mir im Falle des Falles?“ (D4)

Als Patient erscheint es ratsam, sich in symptomfreien oder -armen Intervallen mit seinen Präferenzen für den Fall einer neuerlichen Erkrankungsphase auseinanderzusetzen, also *„im geistig voll zurechnungsfähigen Zustand vorher festlegen, wie man im Fall des Falles behandelt werden möchte“* (P3) und dies auch schriftlich niederlegen, z. B. in Form eines *„Notfallplans“* (D4) oder einer Patientenverfügung. Hierdurch wird es den behandelten Ärzten ermöglicht, im Erkrankungsfall diese Präferenzen zu berücksichtigen, durch das Wissen *„womit hatte der Patient gute Erfahrungen oder was im Krisenplan drinsteht, dass man auf diese Dinge eingeht.“* (P5)

Als wichtiges Element selbstbestimmter Teilhabe und maßgeblich für einen langfristigen Erfolg einer Therapie bewerteten vor allem die interviewten Patienten zudem den Aufbau eines ambulanten Hilfenetzes, *„sich nicht nur auf den Psychiater allein zu verlassen, (sondern auch auf) z.B. den SPD i oder einen Psychotherapeuten.“* (D4)

Es gehe darum, *„nicht alleine zu bleiben“* (S2), *„sich zu kümmern um das Danach, dass ich hier (in der Klinik) auch Hilfestellungen für die Folgeproblematiken, Hilfe zur Selbsthilfe, bekomme.“* (S1) Oder auch, *„sich als Patient einen Hausarzt (zu) suchen, der seine Interessen kennt und diese dann im Falle auch gegenüber den Behandlern vertreten kann.“* (E2)

4.1.3.7. Cluster 7 - Umsetzung und Transfer

Dieses Cluster thematisiert die Bedeutung von Therapietreue und des Umsetzens des gemeinsam mit dem Arzt Vereinbarten in der Behandlung einerseits und andererseits *„in ihrem eigenen Alltag, z. B. wenn es um Lebensstiländerung oder Medikamentencompliance geht.“* (E2)

4.1.3.7.1. Mitmachen, ärztliche Ratschläge folgen, Therapietreue - „Ein Stapel Rezepte mit einer Schleife darum“ (N5)

Viele interviewte Patienten betonten, dass es innerhalb der Behandlung darauf ankomme, *„bei den Therapien konsequent mitzumachen und was die Ärzte einem sagen, auch versuchen, umzusetzen, dass man mitarbeitet.“* (S5) Dies beinhalte z. B., *„regelmäßig in die Visite (zu) gehen“* (D4) bzw. im ambulanten Setting bei vereinbarten

Terminen „zuverlässig (zu) sein“ (D2), an Therapieangeboten teilzunehmen - „Man muss bereit sein, hier mitzuarbeiten und auch alles annehmen, was einem geboten wird“ (D6) – oder auch bezüglich einzelner Therapieschritte kompromissbereit zu sein - „Dass ich sozusagen klein anfangen und mich dann wieder auf (das Berufsziel) Fremdsprachenkorrespondentin hocharbeite.“ (S6)

Von Seiten der Ärzte wurde hervorgehoben, dass Patienten die empfohlene Medikation wie verordnet einnehmen bzw. deren Nichteinnahme offen kommunizieren sollten - „Ein Klassiker ist ja auch, wenn die Medikation nicht ausreichend scheint, der Patient diese aber nicht nimmt und man es nicht weiß, und man geht dann hoch mit der Medikation und dann kommt man immer weiter auseinander zwischen dem, was er tatsächlich nimmt und was in der Akte steht, was er nehmen soll, und wenn das dann auffliegt, liegt man schon so weit auseinander.“ (N3) Ein weiteres Beispiel für diese Problematik schilderte ein niedergelassener Psychiater: „Eine andere Patientin, bei der es immer um die Frage ging, gehen wir jetzt noch 10 mg mit dem Zeldox hoch oder runter, hat mir nach einem halben Jahr einen Stapel Rezepte mit einer Schleife darum zurückgegeben, da sie sie nie eingelöst hat.“ (N5)

Eine Möglichkeit, dies zu vermeiden und die Therapietreue der Patienten zu fördern, könnte jenes Vorgehen einer niedergelassenen Psychiaterin sein, die Thematik der Umsetzung von Behandlungsvereinbarungen aktiv anzusprechen, nachzufragen und dem Patienten somit eine Möglichkeit anzubieten, ein Abweichen von den getroffenen Vereinbarungen zu thematisieren - „Ich mache es bei Folgekontakten immer so, dass ich frage, wie haben sie es denn genau gemacht, seit dem letzten Kontakt und nach den dort getroffenen Vereinbarungen.“ (N6)

„Aktiv sein, mitmachen“ (N2), „dass man Hilfe annimmt“ (D7) wurde seitens der befragten Ärzte durchweg wertgeschätzt und als Beitrag zu einer positiven Behandlungsbeziehung erlebt - „Positiv finde ich auch, wenn er im Rahmen seiner Möglichkeiten versucht, sich an das zu halten, was ich sage. Wenn ich ihn bitte, morgen anzurufen, wenn ich ihn bitte, pünktlich zu kommen, dass er pünktlich kommt, wenn er Termine absagt - wenn er mir insgesamt signalisiert, er bemüht sich auch.“ (P6)

4.1.4. Bedingungsfaktoren

Im Lauf der Interviews trat eine Vielzahl von Äußerungen zutage, die kontextuelle Faktoren thematisieren, welche das Zustandekommen gemeinsamer Entscheidungen maßgeblich beeinflussen können.

Zu diesen Kontextfaktoren zählen zum ersten vom behandelnden Arzt abhängige Variablen, wie ein interindividuell unterschiedliches Selbstverständnis und eine entsprechend heterogene Grundhaltung gegenüber dem Konzept partizipativer Entscheidungsfindung, sowie intraindividuelle und interaktionelle Aspekte, die mit Gegenübertragungsreaktionen und der unterschiedlichen Haltung gegenüber bestimmten Personengruppen zusammenhängen.

Zum zweiten haben in Person und Persönlichkeit des jeweiligen Patienten gründende Faktoren wesentlichen Einfluss auf das Gelingen gemeinsamer Entscheidungsfindung. Hierzu zählen die heterogene Partizipationsfähigkeit, ein unterschiedliches Partizipationsbedürfnis, das Ausmaß der Erfahrung im Umgang mit Ärzten und der eigenen Erkrankung sowie der große Komplex des Erlebens von Ohnmacht und Ausgeliefertsein in psychiatrischen Behandlungen.

Zuletzt nimmt auch das jeweilige Behandlungssetting nicht unerheblichen Einfluss auf die Möglichkeit partizipativer Entscheidungsfindung. Hierzu zählen Aspekte wie stationäre versus ambulante Behandlung oder auch Faktoren wie Bürokratie, Zeitmangel und ökonomische Sachzwänge.

4.1.4.1. Ärztliche Faktoren

4.1.4.1.1. Ärztliche Grundhaltung und Selbstverständnis – „Bergführer, Verkäufer oder Klempner“?

Auffallend in den mit Ärzten durchgeführten Gruppeninterviews war die spontane Nennung ärztlicher Verhaltensweisen in der Patientenführung und des damit verbundenen Rollenkonzeptes. Eine niedergelassene Psychiaterin beschrieb ihr ärztliches Selbstverständnis als eine *„Haltung, dass ich denjenigen, der hier reinkommt, zuerst einmal wirklich als Partner betrachte, erst einmal davon ausgehe, dass man miteinander spricht und auf einer ziemlich gleichberechtigten, nicht hierarchischen Ebene überhaupt einmal mit dem anderen Menschen schaut, worum es überhaupt geht.“* (N7)

Diese Philosophie einer egalitären, unvoreingenommenen ärztlichen Grundhaltung und das Konzept der Arzt-Patienten-Beziehung als einer Begegnung von Mensch zu Mensch erscheinen hier als ein den weiteren Behandlungsverlauf begünstigendes Moment.

Hierzu gehöre für diese Psychiaterin auch, *„dass ich nicht primär in einem Arzt-Patienten-Verhältnis denke, und auch nicht, dass ich etwas grundsätzlich besser weiß, als der andere.“* (N7) Diese Betrachtungsweise des Patienten als Partner scheint dann auch eine Voraussetzung für das spätere Zustandekommen einer partizipativen Entscheidungsfindung zu sein.

Eine nicht hierarchische ärztlichen Haltung erscheint gerade im Bereich der Psychiatrie von besonderem Belang, dies schon aufgrund des Umstandes, dass bei einer psychopharmakologischen Behandlung letztlich *„nur der Patient selbst über den Effekt bzw. Nebenwirkungen eines bestimmten Medikaments Auskunft geben kann“* (N6), womit der möglichst exakten Schilderung der Symptome durch den Patienten, aber eben auch der Aufmerksamkeit des behandelnden Arztes für diesen Behandlungsaspekt große Bedeutung zukommt.

Bei den Interviews bildete sich eine weite Spanne unterschiedlicher ärztlicher Grundhaltungen ab: Am einen Ende dieses Spektrums standen ausgesprochen paternalistische Einstellungen wie dem des Selbstbildes des Arztes als Experte, der konsultiert wird, analog einem Handwerker, der Bescheid weiß, was bei dem vorhandenen Problem sachkundigerweise zu tun ist und dies gegenüber dem Patienten, seinem „Kunden“, auch klar darlegen soll: *„Es ist, wie wenn bei Ihnen der Wasserhahn tropft, dann holen sie den Klempner. Der sagt ihnen dann, da kann man jetzt entkalken oder die Dichtung wechseln oder neue Armatur dran. Sie würden dann erwarten, dass der Klempner sagt, was geboten ist.“* (P4) Dieser Arzt vertrat die Auffassung, dass eine solche klare Empfehlung auch der Erwartung ratsuchender Patienten entspreche, ebenso wie man eben *„doch von einem Klempner auch eine Empfehlung erwarten würde, was denn jetzt angemessen ist.“* (P4)

Das anderen Ende des Spektrums bildeten betont patientenzentrierte Haltungen, wie sie ein niedergelassener Psychiater formulierte mit seinem *„Grundsatz: Der Patient entscheidet alleine, ob er überhaupt Medikamente nimmt und wie die Therapie verläuft.“* (N7) Hierzu gehört dann u. U. auch, erheblich divergierende Behandlungsziele zu akzeptieren - *„Eine philosophische Frage - Wie wahnhaft darf jemand noch sein?“*

Oder wie krank darf jemand sein? Auch der Nicht-Einsichtige darf wiederkommen, dann ist es eben eine Begleitung in seiner Krankheit.“ (N11)

Aber auch als äußere „Sachzwänge“ erlebte Umstände beeinflussen ärztliches Selbstverständnis und Handeln. So formulierte ein niedergelassener Psychiater sein Selbstbild als Arzt als „Verkäufer“ des jeweils von ihm favorisierten Medikaments, der auch unter dem Eindruck ökonomischer Sachzwänge handle und bei der Durchsetzung eigener Interessen mitunter manipulatives Verhalten gegenüber seinen Patienten an den Tag lege: *„Als Student habe ich früher in einem Ski-Geschäft gejobbt. Da weiß ich natürlich auch, wie man ein Verkaufsgespräch so gestaltet, dass Verkäufer und Kunde zufrieden sind. In den Ski kann man ja nicht reinschauen. Das heißt, ich habe schon manchmal eine genaue Vorstellung davon, was ich will, ich stehe ja auch unter einem gewissen ökonomischen Druck, wenn man z. B. Medikamente hat, die bei Erstbehandlung gleich gut sein könnten, dann weiß ich da schon, wo ich hin will, das heißt, ich bin da schon auch manipulativ. Das ist dann nicht die Begegnung von Mensch zu Mensch, natürlich auch, aber ich setze da schon Techniken ein, bei denen ich versuche, den Patienten in eine bestimmte Richtung zu beeinflussen, zu überzeugen und dass er mit einem guten Gefühl rausgeht, wie wenn man einen bestimmten Ski verkauft.“ (N3)*

Auffallend in diesem Zusammenhang war, dass sich in der ambulanten psychiatrischen Versorgung tätige Ärzte in den Interviews tendenziell patientenzentrierter und offener für eine partizipative Entscheidungsfindungsprozesse zeigten als die befragten Klinikärzte. Möglicherweise bilden sich hierbei neben Unterschieden des Behandlungssettings auch Disparitäten der Erkrankungsschwere der behandelten Patienten ab.

Die Mehrzahl der befragten Ärzte befand sich mit ihrer Grundhaltung inmitten dieses paternalistisch-patientenzentrierten Kontinuums mit dem Ziel eines partnerschaftlichen Begleitens des Patienten beim Erreichen seiner Ziele. Exemplarisch zeigt dies das Statement einer niedergelassenen Psychiaterin, die den sich als medizinische Expertin und fachkundige Beraterin sieht, hingegen das Bestimmen von Richtung und Geschwindigkeit zum Erreichen eines Ziels sowie Eigeninitiative als Aufgabe des Patienten und in dessen Verantwortungsbereich liegend: *„Ich erkläre es meinen Patienten so: Sie müssen sich vorstellen, da ist ein Gipfel, den sie erreichen wollen, d.h. sie sind derjenige, der da hinkommen will und sie müssen selbst laufen, denn ich*

kann sie nicht tragen. Aber ich kann ihr Bergführer sein, zumindest in gewissen Bereichen, in denen ich vielleicht besser Bescheid weiß als sie, Ich weiß allerdings nichts über ihre Kondition, d.h. sie müssen mich ggf. stoppen. Ich finde dieses Bild wunderbar und ich sage den Patienten auch, dass in der Regel mehrere Wege zu ihrem Ziel führen.“ (N2)

Die Mehrheit der interviewten Ärzte wünschte sich selbstbestimmte Patienten, die sich für das Gelingen der Therapie mitverantwortlich sehen und sich aktiv mit ihrer Erkrankung und mit dem Arzt über die Behandlung auseinandersetzen, offen auch ihr Nicht-Einverständnis mit einem ärztlichen Vorschlag äußern und ihre eigene Vorstellungen über die gewünschte oder nicht gewünschte Therapie aktiv mitteilen, wie diese niedergelassene Psychiaterin ausführt: *„Im Prinzip wünschen wir uns den mündigen Patienten. Ich kann mit einem schizophrenen Patienten, der bestimmte Dinge nicht macht, besser leben, als jemand, der ein Medikament einfach schluckt und gar nicht weiß, was und warum. Da kann mich auch gut auseinandersetzen mit jemandem, der z. B. deswegen seinen Führerschein nicht wiederbekommt, weil er das Medikament nicht einnimmt und ihm das erklären, das finde ich viel besser. Wir wollen den Mutigen, denjenigen, der mitmacht, der Verantwortung übernimmt, der aktiv ist!“ (N2)*

So gaben denn auch die meisten befragten Ärzte an, Patienten zu schätzen, die *„Fragen haben oder eine ausführliche Aufklärung wollen, das ist zwar u. U. nervig, aber wichtig.“ (N6)*

Im Behandlungsalltag erleben aber zahlreiche Ärzte, insbesondere die in der stationären Versorgung tätigen, ihre Patienten häufig als eher passiv und nur wenig interessiert an einer Aufklärung über ihre Erkrankung, einer Auseinandersetzung über therapeutische Optionen oder dem Äußern von Kritik: *„Es scheint eher meinem Bedürfnis als dem der Patienten zu dienen. Vielleicht ist es auch eine Gewohnheit, dass Patienten es so kennen, dass etwas einfach gemacht wird. Ich freue mich, wenn Patienten kommen und sagen, hier sind die Medikamente z. B. falsch gerichtet, dass sie nicht einfach alles schlucken.“ (P1)*

Eine von mehreren der interviewten Ärzte geäußerte Haltung war: *„Ich behandle Patienten so, wie ich selbst behandelt werden möchte.“ (P2)* Dabei wünschten sich die Ärzte für sich selbst in der Rolle des Patienten meist, dass ihr behandelnder Arzt eine Richtung vorgeben möge: *„Ich möchte eine persönliche Bewertung. Es gibt trotz*

Leitlinien immer Zweifel und Nebenwirkungen und ich weiß nicht, ob ein Patient das entscheiden kann.“ (P2)

Auch bei Ärzten in der Patientenrolle findet sich hier der – in der Arztrolle oft beklagte - Wunsch nach Orientierung und nach Abgabe von Verantwortung, was entsprechende Rückschlüsse bezüglich der Behandlung ihrer eigenen Patienten zulässt und ein ärztliches Selbstverständnis zu implizieren scheint, dass der Arzt als Experte auf seinem Gebiet letztlich eine Entscheidung zu fällen und diese dann auch zu verantworten hat. Zudem wurden entsprechend Zweifel geäußert, ob (nicht-ärztliche) Patienten denn wirklich medizinische Entscheidungen fällen können, es bleibe am Ende eben ein „Kompetenzproblem.“ (P4)

Diese Komplexität partizipativer Entscheidungsprozesse kommt im Statement dieses Klinikarztes deutlich zum Ausdruck: *„Immer alles abhängig von der Situation, dem Patienten, dem Arzt, dem Umfeld, der Fragestellung, welche Möglichkeiten oder auch welchen Druck habe ich? Welchen Unterschied macht es überhaupt, ob ich es jemandem erkläre und er sucht es sich aus, oder ob ich sage: ‚jetzt probieren wir das aus? Wenn ich selbst in eine Klinik gehe, weil ich Krebs habe, dann muss ich denen dort ja auch vertrauen, das wird der mir schon richtig erzählen. Obwohl ich Medizin studiert habe, hab ich trotzdem keine große Ahnung davon, und ob ich mich dann durch diese ganzen Datenbanken durchlesen will? Dann bekomme ich vielleicht auch nur die der Pharmaindustrie genehmen Studien präsentiert, da werde ich ja auch verrückt von. Ist das bei uns soviel anders? Der Patient hat ja die Erfahrung nicht. Und auch ich hätte in dem Falle auch nicht die Entscheidungs- und Steuerungsfähigkeit, um zu entscheiden: Gebt mir dies oder jenes. Das müsste man jetzt schon, vor der Erkrankung, festlegen, aber kann ich das wirklich bis ins letzte Detail abschätzen? Man ist immer den Ärzten ausgeliefert.“ (P5)*

4.1.4.1.2. Ärztliches Vorgehen in der Behandlung - „ein Baukastensystem“ (P6)

Großen Raum nahm in den Interviews mit Ärzten die Thematik des therapeutischen Vorgehens und der Strategie im Patientenkontakt ein.

Eine niedergelassene Psychiaterin nannte das „*absichtslose Zuhören*“ (N7) als Ausdruck ihrer unvoreingenommenen Grundhaltung gegenüber ihren Patienten, eine

weitere eine „*ergebnisoffene Haltung*“ (N8) in der Behandlung als wesentliches Moment, um einen tragfähigen Kontakt zu dem Patienten zu etablieren. Dies schon deswegen, da es, insbesondere im ambulanten Behandlungssetting, letztlich dem Patienten selbst überlassen bleibe, sich auf eine (beispielsweise medikamentöse) Therapie einzulassen oder nicht: „*Es bleibt seine Entscheidung, ob er es nimmt oder nicht, ich muss es nicht nehmen, sondern er.*“ (N2)

Der Aufbau einer tragfähigen therapeutischen Beziehung als Grundlage der späteren Behandlung benötige Zeit, um auf Seiten des Patienten Vertrauen in den behandelnden Arzt entstehen zu lassen: „*Man muss sich am Anfang mehr Zeit nehmen bei ersten Gespräch, muss sich eine sehr ausführliche Anamnese geben lassen, um das Vertrauen zu haben, um so ins Gespräch zu kommen, dass die Patienten mir dann das auch glauben, was ich sage.*“ (P6)

Um diese gemeinsame Basis künftiger partnerschaftliche Entscheidungen zu finden, erschien es den meisten befragten Ärzten sinnvoll, den Patienten erst einmal nach seinen Wünschen zu fragen und dessen individuelles Krankheitskonzept in Erfahrung zu bringen, „*indem man den Patienten einmal zu Beginn zumindest fragt: Wie stellen sie sich denn die Lösung vor, wie kann ich Ihnen helfen?*“ (P7)

Damit eine partizipative Entscheidung im Weiteren zustande kommen kann, müsse man dem Patienten dann alternative Therapieoptionen anbieten, denn „*entscheiden kann ich mich nur zwischen verschiedenen Zielen oder Plänen, wenn man nur eine Seite anbietet, ist da nichts gemeinsames.*“ (P2)

Eine weitere wesentliche Vorbedingung gemeinsamer Entscheidungen sei zudem eine ausführliche Aufklärung und Information des Patienten: „*Er braucht möglichst gute Informationen, um mitentscheiden zu können. Worum geht es? Was ist die Erkrankung, wie wird sie behandelt, was sind die Optionen, was sind die Vor- und Nachteile? Das muss man ihm erklären.*“ (P5) Als Problem hierbei wurde, wie in den Interviews häufig anklingend, der allgegenwärtige Zeitmangel genannt - „*den Patienten über alles aufklären, das macht man ja oft nicht, weil keine Zeit ist.*“ (P7)

Eine weitere Schwierigkeit sahen einige der befragten Ärzte in der unvermeidlichen Unsicherheit und Komplexität therapeutischer Entscheidungen. Fachliche Erwägungen allein bildeten oft keine ausreichende Grundlage für eine Entscheidung, da persönliche Faktoren und Präferenzen des Patienten wie des behandelnden Arztes eine gewichtige

Rolle spielten: *„Das ist ja das Problem, dass es fachlich nicht sicher zu entscheiden ist, z. B. zu operieren oder nicht. Es bleibt eine persönliche Entscheidung.“ (P3)*

Gerade dieses „Bias“ durch die persönliche Präferenz des Arztes befindet sich in Widerstreit mit dem Ziel einer unabhängigen informierten Entscheidung des Patienten: *„Eine verantwortungsvolle Entscheidung ist eben nicht, dass ich aufgrund meiner persönlichen Vorliebe sage: Ich würde mich operieren lassen! Sondern, dass man den medizinischen Sachverhalt, übersetzt auf Umgangssprache, schildert und dann trifft der Patient eine reife autonome Entscheidung.“ (P3)* Diese Schwierigkeit spiegelt sich - in dem im klinischen Alltag sicher nicht seltenen - Phänomen der selektiven, manchmal auch tendenziösen Darstellung medizinischer Informationen gegenüber dem Patienten wieder - *„Die Informationsvermittlung kann man aber manipulieren: Haldol gleich Spätdyskinesien versus keine Gewichtszunahme.“ (P5)*

Hinsichtlich des konkreten Vorgehens beim Treffen therapeutischer Entscheidungen fand sich in den Interviews wiederum auf der einen Seite klassisch-paternalistisches ärztliches Verhalten, wie sie aus der Äußerung dieses Psychiaters spricht - *„Meistens hat man ja schon eine Idee in kurzer Zeit, und wenn man das dann vorschlägt und dann nehmen sie es an, das wäre doch eine ganz gute Lösung, dann würden sich beide gut fühlen.“ (P7).* Ein wesentliches Motiv für diese kritische Haltung gegenüber der Möglichkeit, den Patienten die Entscheidung über eine bestimmte Therapieform treffen zu lassen, könnte in der Konsequenz einer vom ärztlich-medizinischen Standpunkt aus "suboptimalen" Behandlung liegen: *„Ich würde einem Patienten auch nicht in meinem Augen schlechtere Behandlungsmöglichkeiten vorstellen, nur damit er mir zustimmt in meinem Urteil. Am Ende wählt er die für ihn ungünstigere Alternative, damit er auch einmal etwas entschieden hat.“ (P4)* Auf der anderen Seite zeigten sich auch deutlich stärker an den individuellen Präferenzen des Patienten orientierte Handlungsweisen, wie diese Psychiaterin ausführt - *„Dann lasse ich dem Patienten die Wahl, ich habe zwar schon einen Favoriten, wenn ich lieber das Medikament als jenes oder stationär lieber als ambulant will. Ich lasse ihm dann die Wahl, mache aber schon klar, dass ich eine Sache besser als die andere finde. Oder dass wir es jetzt drei Tage so machen, aber dann würde ich nochmal darauf zurückkommen.“ (P6)*

Am häufigsten erscheinen flexible, situations- und patientenadaptierte Mischformen paternalistischer und patientenzentriert-partizipativer Vorgehensweisen - *„Es ist so ein Baukastensystem, manchmal muss man eher die Autorität ausstrahlen, zu wissen, was*

man macht und das auch anzuführen. In anderen Fällen ist es hilfreich zu sagen: Genau kann ich es Ihnen auch nicht sagen, wir müssen es einfach ausprobieren. Ich kann es Ihnen nicht garantieren, man muss es einfach versuchen!“ (P6)

4.1.4.1.3. Gegenübertragung und besondere Personengruppen – „Der Sympathiebonus“ (P8)

Ärztliches Verhalten und das Ausmaß der Bereitschaft, den Patienten aktiv in die Behandlung einzubeziehen und dessen Präferenzen zu berücksichtigen, scheint keineswegs uniform, sondern oftmals wesentlich durch individuelle Eigenschaften des jeweiligen Patienten oder die Art seines Verhaltens modifiziert.

So nehmen viele der befragten Ärzte bereits zu Beginn einer Behandlung, teils bewusst, teils intuitiv, eine bestimmte Haltung gegenüber Person und Persönlichkeit des Patienten ein - *„Ich beurteile, wie der Patient sich mir gegenüber verhält, welche Distanz der hält, welche Art Fragen der hat, aber vor allem auch, wie er sich mimisch und gestisch und von der Körperspannung her verhält.“ (P6)* Diese Haltung hat im Verlauf der Behandlung dann mitunter erheblichen Einfluss auf die Art des weiteren therapeutischen Vorgehens - *„Manche Patienten bekommen, ehrlich gesagt, einen 'Sympathiebonus' von mir. Das, was ich bei den Patienten auslöse, das passiert auch auf der Gegenseite. Was ich im Erstkontakt immer mache, ist die Grundpersönlichkeit austarieren. Wie reagiert er auf das Gespräch? Ist er eher verstockt-zwanghaft, aggressiv-angespannt, oder ist er neugierig, aufgeweckt? Dann habe ich auch Lust, ihm etwas zu erzählen - der ist interessiert, es kommt an, ich kann mich auf eine Ebene mit ihm begeben, das ist eher der Patient, der mich spontan anspricht und da steckt natürlich auch Sympathie dahinter.“ (P8)*

Dementsprechend scheinen diverse durch den Behandler als aversiv erlebte Verhaltensweisen, eine geringere Bereitschaft zur Ermöglichung von Partizipation und eine stärker autoritär-direktive ärztliche Haltung zu induzieren - *„Ich bin dann direktiv: Das hier halte ich für ein geeignetes Präparat, hat die und die Wirkungen und Nebenwirkungen - und dann friss oder stirb.“ (P5)* Zu diesen Verhaltensvariablen gehören „Ansprüchlichkeit“ - *„forderndes Verhalten, das löst in uns eher Widerstand aus“ (P7)*, Passivität - *„wenn jemand überhaupt keine Verantwortung übernimmt und eine Versorgungshaltung an den Tag legt“ (P3)*, eine übermäßig kritisch-ablehnende Haltung - *„wenn jemand vorwürflich oder besonders kritisch ist“ (P2)*, sowie

„Spaltungstendenzen“ (P2) und offen oder latent aggressives Verhalten im Kontakt - „wenn die aggressiv kommen und das Besondere und nicht die Standardbehandlung wollen, dann wird man als Arzt sofort dagegengehalten.“ (P6)

Vice versa existieren Patientenvariablen, die zu einem größeren Einbezug des Patienten und seiner Wünsche in die Therapie, zu einer ausführlicheren Aufklärung und einem generell verstärkten Bemühen um den Patienten zu führen scheinen. Hierzu können beispielsweise zählen eine persönliche Betroffenheit durch den Patienten – „Patienten, die dich emotional berühren“ (P5), beispielsweise durch ihre dem Arzt zu Herzen gehende Biographie - „Wenn ich die Lebensgeschichte mitbekomme, schlimme, anrührende Schicksale, bei denen man das Gefühl hat, die oder der hat jetzt etwas Gutes mal verdient!“ (P1), weiterhin das Zeigen von Angst und Sorge dem Arzt gegenüber: „Wenn er Sorge vor einer bestimmten Nebenwirkung äußert, dann triggert das etwas in uns. Dass dieser Patient mehr Informationen braucht.“ (P8). Günstig erscheint in diesem Zusammenhang, als Patient „offen über seine Gefühle und Befürchtungen (zu) sprechen (P8). Manchmal seien es auch einfach Patienten, die die Eitelkeit ihres Arztes ansprechen - „wenn er ein interessantes Problem hat, und er es mir so verkauft, dass er meine Eitelkeit trifft, sozusagen ein Problem, das nur ich lösen kann.“ (P7)

Weiterhin scheinen bestimmte soziale Statusmerkmale ein verändertes ärztliches Verhalten zu induzieren, beispielsweise, „wenn jemand Jurist ist. Oder wie jemand eingebettet ist: Hat er Angehörige, die nach ihm fragen, die kontrollieren, was da abläuft?“ (P2), Privatversicherte - „Jeder Privatpatient wird anders als ein GKV-Patient“ (P6) oder auch Kollegen und deren Angehörige.

Interessanterweise führen diese Merkmale nicht notwendigerweise zu einer tatsächlich "besseren" oder anderen Behandlung, wie dieser Psychiater ausführte - „Bei Angehörigen von Kollegen, da verdoppele ich mein Zeitpensum, nicht, dass die Behandlung eine andere ist, kein Stück, die bekommt jeder. Ich würde mir aber Mühe geben, dass der Eindruck entsteht, dass ich mir richtig Zeit lasse, versuchen, den Eindruck zu geben, dass sie eine bessere Behandlung bekommen, obwohl sie genau dieselbe kriegen, wie die anderen auch.“ (P4)

Die Berücksichtigung solcher Gegenübertragungspänomene ist auch deshalb von Bedeutung, da die Motivation der Patienten, sich in der Behandlung aktiv zu beteiligen, wesentlich davon abhängt, wie man ihnen als Arzt gegenübertritt - „Wenn man offen auf

die Patienten zugeht, sind die schon motiviert. Langzeitpatienten und Privatpatienten sind schwierig, aber die anderen, wenn man sie direkt und ihre Emotionen anspricht, ihnen die Möglichkeit gibt, dann sind die ziemlich offen. Wenn sie sich verstanden fühlen.“ (P6)

4.1.4.2. Patientenfaktoren

Der folgende Abschnitt beschäftigt sich mit Aspekten auf Seiten der Patienten, die jenseits der zuvor ausgeführten konkreten Verhaltensmöglichkeiten und Handlungsoptionen liegen, aber gleichwohl das Zustandekommen einer partizipativen Entscheidung modulieren. Großen Raum in diesem Kontext nahm primär unter den befragten Ärzten der Themenkomplex der „Partizipationsfähigkeit“ ein, also die Abhängigkeit der Beteiligung der Patienten an der Behandlung von Erkrankungsschwere und vorliegender Diagnose.

Stärker auch von den interviewten Patienten thematisiert wurde das sehr heterogene „Partizipationsbedürfnis“, also das Ausmaß des Wunsches, an therapeutischen Entscheidungen beteiligt zu werden. Weiterhin berichteten zahlreiche Patienten ausführlich von ihrer Erfahrung der Ohnmacht und mangelnder Beteiligung in psychiatrischer Behandlung. Weitere Einflussfaktoren stellen das Ausmaß der „Psychiatrieerfahrung“ der Patienten sowie der Beeinträchtigung durch akute Symptome der psychischen Erkrankung dar.

4.1.4.2.1. Erfahrung des Patienten mit der Erkrankung verändert die Arzt-Patient-Beziehung - *“Sie sind jetzt dreißig Jahre krank, sie haben so viel Erfahrung mit den Medikamenten.“ (S3)*

Bei im Umgang mit ihrer psychischen Erkrankung erfahrenen Patienten scheint Partizipation durch die behandelnden Ärzte eher ermöglicht zu werden, wie dieser schizophrene Patient berichtete: *„Ich bin jetzt dreißig Jahre psychisch krank, ich habe auch viel Erfahrung. Und das weiß der [ambulant behandelnde Psychiater] und die [Oberärztin in der Klinik] Fr. Dr. S. Als ich im Winter hier war, die hat mir das mit den Medikamenten völlig überlassen, weil sie gesagt hat: Sie sind jetzt dreißig Jahre krank, sie haben soviel Erfahrung mit den Medikamenten. Die hat mir eigentlich völlig vertraut.“ (S3)*

Einfluss auf die Bereitschaft zur Beteiligung des Patienten habe bereits, ob es sich bei der Behandlung um einen Erst- oder Folgekontakt handelt, *„die meisten Kontakte sind ja Folgekontakte und da ist es ja eine ganz andere Situation. Es gibt ja viele Patienten, die ganz viel Erfahrung mit der Medikation haben und da macht es natürlich auch viel Sinn, zu verhandeln. Im Erstkontakt kann es auch eine Überforderung des Patienten bedeuten, zu viele Alternativen zu präsentieren.“* (N4)

4.1.4.2.2. Mangelndes bzw. ausgeprägtes Partizipationsbedürfnis - „Sie sind doch der Experte, sagen Sie es mir doch!“ (N1)

Bei den durchgeführten Interviews ergab sich auf Seiten der Patienten eine breite Spanne des Bedürfnisses, durch ihre Behandler an therapeutischen Entscheidungen beteiligt zu werden. Prototypisch für das eine Ende dieses Spektrums ist die passive Haltung dieses Patienten, der berichtete, bei seiner Klinikeinweisung habe er *„einfach darauf vertraut, dass die Medikamente, die ich bekomme, schon die richtigen sind. Es war mir nicht so wichtig. Ich kann mich aber erinnern, dass meine Mutter früher auch die Beipackzettel meiner Medikamente gelesen hat. Aber ich habe das fast nie gemacht. Aber das wäre natürlich eine Möglichkeit.“* (S3) Verbunden mit einem solchen kaum ausgeprägten Partizipationsbedürfnis ist oftmals auch eine nur sehr geringe Auseinandersetzung mit dem Wesen der eigenen Erkrankung und deren Behandlung - *„Einmal habe ich das Vorwort von einem Buch darüber gelesen, dort war etwas geschrieben über die 'deutsche Schule', die als die beste gelte. Da habe ich mir gedacht: Wenn es so viele verschiedene Schulen gibt, dann muss ich das gar nicht erst lesen. Ich will das nicht.“* (S2) Trotz prinzipiell leichter Verfügbarkeit von Information werden diese Möglichkeiten dann entsprechend wenig genutzt - *„Ich gehe einmal pro Monat zum SPDi zu einem Herrn R., und da ist eine große Wand mit vielen Informationsbroschüren: Aber da habe ich auch fast noch nie reingeschaut.“* (S3)

Andererseits kann ein grundsätzlich durchaus existentes Partizipationsbedürfnis durch das Vorliegen einer akuten Krankheitssymptomatik eingeschränkt sein, z. B. in schwer depressiven Phasen - *„Mit der Depression, ich wollte von gar nichts wissen, wollte auch mit keinem Arzt darüber reden. Auch welche Therapie mir hilfreich oder angemessen wäre, das hat mich gar nicht interessiert, das wollte ich nicht. Erst nach etwas einer Woche frühestens war ich überhaupt bereit, auf Fragen diesbezüglich einzugehen und*

mitzumachen. Aber als ich gekommen bin, wollte ich mich daran gar nicht beteiligen. Ich bin ja gefragt worden.“ (D1)

Ein anderer Patient berichtet von seiner Überforderung, seine Behandlungspräferenzen während einer akuten Erkrankungsphase mitzuteilen: *„In der Depression ist es sehr schwierig zu sagen, in dem Moment: Halt, hören Sie mich an, meine Warte, gerade wenn man depressiv ist, hat man wenig Kraft, da kommt man hin, weil man Hilfe sucht und nicht, um das dann selber einbringen zu müssen.“ (D6)* Dies kann dazu führen, dass Patienten auch im weiteren Behandlungsverlauf nicht mehr motiviert sind, ihr prinzipiell vorhandenes Interesse an Beteiligung in die Therapie einzubringen: *„Ich habe dann nach zwei Tagen keine Lust mehr gehabt, nachzufragen“ (S5)*

Exemplarisch für das andere Ende des Spektrums des Partizipationsbedürfnisses steht die Aussage dieses Patienten: *„Bei mir war das ja das grundlegende Thema, dass ich nach einem Ärzteteam bzw. einem Krankenhaus gesucht habe, wo einem zugehört wird, wo man mitgestalten kann und darum bin ich ja schlussendlich hier gelandet, weil ich eben mitreden wollte, dass es eben nicht nur ein Monolog vom Arzt aus ist und der sagt, was jetzt das Beste ist.“ (S1)*

Auf Seiten der befragten Ärzte zeigte sich verbreitet eine deutliche Skepsis hinsichtlich der Partizipationsbereitschaft vieler Patienten - *„In der Psychiatrie hat man oft das Gefühl, die Behandlung, ein Gespräch den Patienten andienen, an sie herantragen muss. Es müsste mehr Eigeninteresse da sein. In der Psychiatrie ziehen sich viele Patienten auf eine sehr passive Haltung zurück.“ (P2)* Oder, wie eine andere Psychiaterin es ausdrückte: *„Da finde ich, müsste der Patient doch auch mal fragen: Was habe ich denn? Woher kann das kommen? Was muss ich ändern, was kann man dagegen tun? Ich habe oft das Gefühl, wenn ich das jetzt nicht so ausführlich erklären würde, würden sie die Medikamente halt einfach so schlucken.“ (P1)* Dies gehe soweit, dass im Erleben dieser Ärztin das Einbeziehen der Patienten *„eher meinem Bedürfnis als dem der Patienten zu dienen scheint. Vielleicht ist es auch eine Gewohnheit, dass die Patienten es so kennen, dass etwas einfach gemacht wird. Ich freue mich wenn Patienten kommen, hier sind die Medikamente z. B. falsch gerichtet, dass sie nicht einfach alles schlucken.“ (P1)*

Die Mehrheit der Ärzte, insbesondere der im stationären Bereich tätigen, formulierte den Eindruck, dass sich eine große Gruppe ihrer Patienten kaum mit ihrer Erkrankung

und den unterschiedlichen Therapieoptionen auseinandersetzen will - „Viele wolle es gar nicht wissen, die fragen, was würden Sie denn empfehlen?“ (P5)

Im Gegenteil, einige der befragten Ärzte berichteten ihr Erleben, dass eine zu ausführliche Information und ein zu aktives Partizipationsangebot könnten Patienten eher irritieren könnten - „Die Frage ist, muss er denn das alles überhaupt wissen oder verschreckt man ihn damit eher? Das ist individuell verschieden.“ (P5) und dass das Darlegen zu vieler Behandlungsoptionen häufig als überfordernd erlebt werde - „Mir passiert es auch oft, dass ich zu viel anbiete. Ich muss auch darauf achten, wann jemand klare Vorgaben möchte.“ (N6)

Um Frustrationen auf beiden Seiten zu vermeiden, könnte es angesichts dieser heterogenen Ausprägung des Partizipationsbedürfnisses zielführend sein, frühzeitig die diesbezüglichen gegenseitigen Erwartungen zu klären: „Oft ist es ja auch so, dass man die Erwartungshaltung des Patienten nicht kennt und erst einmal herausfinden muss, was der Patient will, was sein Auftrag an mich ist, manche wollen nur ein Rezept und ich tue da ewig 'rum, geb' mir Mühe, und der Patient denkt: Lass den labern, ich will eigentlich nur mein Folgerezept.“ (N3) Gerade für psychiatrisch tätige Ärzte erscheint eine Sensibilität für die Haltung ihrer Patienten gegenüber einer geplanten medikamentösen Therapie in besonderer Weise relevant - „Wichtig ist auch, ein offenes Ohr für die Einstellung des Patienten gegenüber der Medikation zu haben, auch wenn es nicht explizit genannt wird, ist oft eine Skepsis gegenüber Psychopharmaka spürbar.“(N5)

Analog sollten Patienten ihr Bedürfnis nach Einbeziehung klar formulieren sowie ihre Präferenzen und Erwartungen an die Behandlung aktiv einbringen, da der behandelnde Arzt ansonsten „dann gar nicht weiß, was ist im Sinne des Patienten, wenn nichts kommt.“ (P2)

Vorinformierte und bestimmt auftretende Patienten verfügten dagegen über eine größere Chance, ihr Partizipationsbedürfnis und Behandlungspräferenzen tatsächlich zu realisieren - „Privatpatienten wollen statt des vorgeschlagenen CTs oft ein MRT, weil sie schon Bescheid wissen oder sich eingelesen haben oder das einfordern, was sie haben wollen.“ (P3)

4.1.4.2.3. Partizipationsfähigkeit und Diagnoseabhängigkeit - „Je nach Erkrankungsgrad sind sie ja auch gar nicht in der Lage, zu entscheiden“ (P1)

Ausführlich thematisierten die befragten Ärzte in den Interviews die Problematik krankheitsbedingter Einschränkungen der Partizipationsfähigkeit ihrer Patienten.

Bei der Mehrheit der Ärzte bestand eine erhebliche Skepsis gegenüber der Fähigkeit der Patienten, sich an therapeutischen Entscheidungen zu beteiligen - *„Ich merke schon oft, dass die ganz schön überfordert sind von dem, was sie da in kürzester Zeit an Behandlungsoptionen angeboten bekommen.“* (N10)

Dabei erscheint das Ausmaß der Fähigkeit zu einer Teilhabe an Therapieentscheidung im Erleben vieler Psychiater auch *„abhängig davon, wie der Patient strukturiert ist.“* (N1) Dem Bildungs- und kognitiven Funktionsniveau der Patienten wurde von den meisten befragten Ärzten für deren Fähigkeit, mitzuentcheiden, eine zentrale Rolle zugeschrieben - *„Es ist wohl ein Kontinuum zwischen Mitentscheiden und Nicht-Mitentscheiden-Können. Es hängt sehr von den Fähigkeiten des Patienten ab, jemand, der z. B. studiert hat und differenzierter ist, intellektuell denken kann, dass so jemand eine Entscheidung vielleicht schon treffen kann, die komplex ist und eine Risikoabwägung beinhaltet. Und ein anderer vielleicht nicht, der die Informationen gar nicht so verarbeiten kann.“* (P3)

Kritisch angemerkt wurde von einigen Psychiatern, dass bereits nicht-erkrankte Personen mit der Komplexität medizinischer Entscheidungen überfordert seien, psychiatrische Patienten umso mehr - *„Aber auch in meinem Bekanntenkreis stelle ich, bei psychisch gesunden und kognitiv leistungsfähigen Patienten fest, dass sie mit einer Entscheidung überfordert sind, ohne Medizinstudium. Ich glaube, wir setzten da einfach sehr viel voraus.“* (N1)

Große Bedeutung kam in der Wahrnehmung der interviewten Ärzte, neben den kognitiven Fähigkeiten der Patienten, dem Zusammenhang zwischen Partizipationsfähigkeit und Art der vorliegenden Erkrankung zu - *„Sofern die Patienten kognitiv dazu in der Lage sind, ist die Bereitschaft zu Partizipation diagnoseabhängig.“*(N2)

Insbesondere hinsichtlich schizophrener Patienten formulierte eine Mehrheit erhebliche Zweifel an deren Partizipationsfähigkeit, da es krankheitsbedingt bereits an den Voraussetzungen einer gemeinsamen Entscheidung mangle - *„der Realitätsverlust*

beim Schizophrenen bedingt, dass er keine Krankheitseinsicht, keine Behandlungsbereitschaft hat und darum kein positives Arzt-Patienten-Verhältnis stattfinden kann.“ (N2)

Eine Minderheit, insbesondere niedergelassener Psychiater, berichtete hingegen ihre Erfahrung, dass auch schizophrene Patienten *„sehr gerne mitsprechen möchten.“ (N2)* In der Wahrnehmung der meisten befragten Ärzte zeigten diese Patienten jedoch ein nur gering ausgeprägtes Interesse an einer Auseinandersetzung mit den Modalitäten ihrer Behandlung – *„Selbst die gebildeten Patienten mit einer Schizophrenie, wenn ich denen etwas zu lesen gebe, das kommt gar nicht bei ihnen an. Da wundert man sich, da kommt kaum Rückmeldung. Und wenn Rückfragen kommen, dann meistens Triviales oder Alltägliches, aber Nachfragen bzgl. Medikamenten, warum dieses und nicht ein anderes, oder was spricht für, was gegen ein Depot - solche Fragen höre ich nie.“ (P5)*

Zudem seien schizophrene Patienten im Erleben ihrer Psychiater aufgrund der krankheitsbedingten kognitiven Einschränkungen oftmals zu einer konstruktiven Auseinandersetzung über die Behandlung nicht in der Lage: Es beginne damit, dass viele dieser Patienten *„ihre eigene Diagnose gar nicht kennen“ (N9)*, über ihre aktuelle Medikation nicht wirklich informiert seien - *„dass man weiß, wie viel Milligramm von welchem Medikament man nimmt, das erwarte ich schon, und viele wissen einfach gar nichts.“ (N9)* - und auch nicht in der Lage seien, Besprochenes zu integrieren und zu erinnern, weshalb dann *„auch das Thematisieren von Wirkungen und Nebenwirkungen oft sinnlos (ist), da die Patienten nach einer Stunde das gleiche wieder fragen, das man gerade umfangreich besprochen hat“ (P3)*, zumal auch die Effekte einer Therapie nur selten aktiv kommuniziert würden - *„Bei Schizophrenen bekommt man keine Rückmeldung, da muss man hinterherlaufen und fragen.“ (P6)*

Der in den Interviews am häufigsten genannte Faktor für eine in Vergleich zu anderen Diagnosegruppen geringere Partizipationsfähigkeit schizophrener Patienten stellte schließlich deren oft fehlende „Krankheitseinsicht“ dar - *„Für mich hat das auch mit der Krankheitseinsicht zu tun. Der Depressive gibt sich mir eher hin, weil er schon so tief im Keller hängt und merkt, dass er depressiv ist und Hilfe braucht, der lässt sich da auch leichter hochziehen, viele bringen da mehr Vertrauen mit. Der Schizophrene ist krankheitsbedingt misstrauisch und hat weniger Krankheitseinsicht und -verständnis, er wird das Vertrauen deshalb nicht so aufbauen können wie der Depressive, der sich*

leichter mitziehen lässt. Der Schizophrene hat noch viel mehr eigene Hirngespinnste und Ideen, denkt, er schafft das alles, tobt noch durch die Welt, der Depressive liegt im Bett und ist froh, wenn er den Kontakt überhaupt wieder herstellen kann.“ (P8)

Berichtet wurde durch Ärzte aber auch die „gegenteilige Erfahrung, dass die Behandlung bei Depressiven viel komplexer und viel schwieriger ist als bei Psychosen. Auch die Interaktion ist schwieriger, es gibt auch viel weniger Entscheidungen zu treffen bei den Schizophrenen, die sind leichter. Bei den Depressiven sind viel mehr Faktoren zu berücksichtigen und die Behandlung ist langwieriger.“ (P7)

Eine weitere Einflussgröße der Partizipationsfähigkeit könnte auch in Chronizität respektive Akuität der psychischen Erkrankung liegen. So müsse man „unterscheiden, zwischen akuter und chronischer Erkrankung und bei akuten Erkrankungen sind die Empfehlungen eindeutiger, schwieriger sind die chronischen Patienten.“(P1)

Andererseits hätten „Patienten mit chronischen Erkrankungen meistens die Bereitschaft, mehr zu investieren und sich 'mehr zu holen.' " (P7)

Generell komme der Schwere der vorliegenden Psychopathologie maßgebliche Bedeutung zu - „Es ist ja auch ein Unterschied, ob geschlossen oder offen bzw. stationär versus ambulant. Die gesünderen Patienten sind motivierter.“ (P8)

Aber auch, wenn prinzipiell gelte „wenn jemand freiwillig da ist, dann hat er ja auch irgendein Ziel und etwas, was ihn quält“ (P2), so könnten auch im offenen Behandlungssetting Freiwilligkeit und Bereitschaft zu Partizipation nicht immer vorausgesetzt werden, da der formalen Freiwilligkeit einer Behandlung auch zugrunde liegen könne, dass ein Patient offiziellen Zwang – beispielsweise in Form eines betreuungsgerichtlichen Unterbringungsbeschlusses – vermeiden wolle. Viele dieser „pseudofreiwilligen“ Patienten seien entsprechend wenig therapiemotiviert, eine intrinsische Behandlungsmotivation könne deshalb bei diesen Patienten nicht regelhaft angenommen werden, wie dieser Arzt berichtet - „Es gibt ja auch einige, denen gesagt wurde, sie können Haar verlassen, wenn sie ins Atriumhaus gehen, dann wird das sozusagen in Kauf genommen, aber es hängt auch hier vom Schweregrad der Erkrankung ab, dann wird die Zeit abgesehen oder erduldet.“ (P2)

Eine erwägenswerte Handlungsoption für den Fall, dass sich Patienten krankheitsbedingt nicht an therapeutischen Entscheidungen beteiligen konnten, zeigte diese Psychiaterin auf - „In den Fällen, in denen es notwendig ist, dass wir die Entscheidung treffen, weil die Patienten einfach kognitiv nicht in der Lage dazu sind,

wäre es doch im Sinne des SDM sinnvoll im Nachgang zumindest zu besprechen, warum, ob sie das nicht doch irgendwie nachvollziehen können, das können ja doch manche, dass sie erkennen, dass es anders nicht ging.“ (P1)

In Zusammenhang mit der Einbeziehung von Patienten in Behandlungsentscheidungen, gilt es zu bedenken, dass neben der Frage der Medikation noch zahlreiche andere Bereiche der Therapie von der persönlichen Präferenz der Patienten abhängig sind - *„Wenn es bei shared decision-making nicht nur um Psychopharmaka geht, dann erweitert sich das Spektrum natürlich. Wenn jemand z. B. schwer depressiv ist, biete ich dem dann schon eine Psychotherapie an, oder ein Medikament, oder beides. Da haben die Patienten oft gerne die Wahl, zwischen zwei, drei Sachen.“ (N1)*

4.1.4.2.4. Psychotische Inhalte und Denkzerfahrenheit - „So stupide 20er oder 60er Jahre...“ (S2)

Die teilweise schwer ausgeprägten formalen und inhaltlichen Denkstörungen schizophrener Patienten wurden immer wieder auch in den Fokusgruppeninterviews deutlich. Dies macht es für diese Patienten ggf. in besonderem Maße schwierig, ihre Präferenzen klar zu artikulieren und im Sinne einer partizipativen Entscheidungsfindung an therapeutischen Entscheidungen beteiligt zu werden. Exemplarisch hierfür steht folgende Äußerung eines schizophrenen Patienten während des Gruppeninterviews - *„Dass die Ärzte auf diese Themen auch eingehen und damit arbeiten, dass es nicht so stupide 20er oder 60er Jahre ist, wo man forschen konnte, aber die Gesellschaft am Abgrund war und das bedeutet, dass es nie so ist, wie gewohnt. Man muss einfach höher ansetzen, weil wir sind in einem technologischen Zeitalter und es bilden sich Welten, die entgegen den damaligen Gefühlen sind, das ist etwas völlig anderes.“ (S4)*

4.1.4.2.5. Erfahrungen mit Macht und Ohnmacht, Konflikte und divergierende Krankheitskonzepte - „Wo jeder Arzt sagt: Herr P., Psychose! Und: Maul halten!“ (S4)

Überaus breiten Raum nahmen in den mit Patienten durchgeführten Gruppeninterviews die vielfältigen Berichte über das Erleben eigener Machtlosigkeit und Entmündigung in psychiatrischen Behandlungen ein - *„Generell Medikamenteneinstellung und vor allem auch Entmündigung ist ein ganz großes Thema in der Psychiatrie, das meiner Meinung*

nach ganz gerne verdeckelt wird, weil es einen schlechten Ruf macht, sonst will keiner mehr in die Psychiatrie.“ (S4)

So schilderten die Patienten ausführlich diverse Situationen, in denen sie sich gegenüber ihrem Behandler und dem psychiatrischen System ohnmächtig fühlten und in denen keinerlei Partizipation stattfand – *“Es hieß, Sie bekommen das jetzt und fertig.“ (S1).*

Nicht selten besteht bereits erhebliche Uneinigkeit zwischen Patient und Arzt über das Vorliegen bzw. Nichtvorliegen einer Diagnose und daraus folgend auch über die angemessene Therapie - *„Da hat man sonst nie auf meine Person gehört und hat einfach gesagt, der hat nach ICD-10 'ne Psychose und ich glaube, dass ich eine PTSD habe, die immer nur phasenweise auftritt, wenn sie getriggert wird.“ (S1)*

Als ausgesprochen negativ wurde es von Patienten erlebt, wenn sie sich von ihrem Arzt nicht ernst genommen fühlen, indem beispielsweise die Bedeutung von Nebenwirkungen unterschätzt oder abgetan wird - *„da hieß es, das käme nicht von den Medikamenten, aber ich hatte eben Sehschwächen und das wurde dann so abgetan, als ob ich bescheuert wäre. Dann habe ich halt selbständig die Medikamente reduziert, das ist natürlich auch nicht das Richtige, aber es war so, dass die mich nicht ernst genommen haben.“ (D5)*

Gerade Patienten in psychiatrischer Behandlung erfahren sich als in besonderem Maße vom Arzt abhängig - *„Wir Patienten hängen vom Arzt ab, das heißt, es ist nicht zu viel verlangt, wenn der Arzt ernsthaft auf den Patienten eingeht, dann fühlt sich der Patient angenommen, fühlt sich freier zu berichten, dann entwickelt sich gegenseitiges Vertrauen. Auch menschlich, nicht nur fachlich, so nach dem Motto: „Ich-weißer-Kittel-Du-sonst-was.“ (D3)*

Dieses Gefühl von Abhängigkeit mündete für viele der befragten Patienten in die Erfahrung von Ohnmacht und Ausgeliefertsein gegenüber den Behandlern - *„Ich hatte damit [dem Medikament] schlechte Erfahrungen und dann hat die Ärztin gesagt, okay, dann nehmen wir halt die Spritze und ich habe gesagt: Nein, ich will keine Spritze! Und dann hat sie mich halt überzeugt und ich hatte halt keine Chance.“ (S4)* Über vorgebrachte Einwände des Patienten werde sich teils einfach hinweggesetzt - *„Der sagte, hier, nehmen sie mal eine Tablette davon und ich hab gar nicht auf die Packung geschaut und am Ende war es dann das Haldol, was ich gar nicht vertrage, und der hat*

dann gesagt, nee, passt schon, wenn sie Stimmen hören, nehmen sie mal 'ne halbe oder 'ne ganze.“ (S4)

Einige der an einer Schizophrenie erkrankten Patienten berichteten darüber hinaus über die Schwierigkeit, ihre Erfahrung in der Psychose gegenüber den behandelnden Arzt zu kommunizieren und ihren Eindruck, dass dieses Erleben pathologisiert und ausschließlich medikamentös therapiert werde. Dieses, Miss-Verständnis führe wiederum zum einem verstärkten Gefühl der Ohnmacht - *„Das ist durch meine falsche Erzählung falsch festgelegt worden. Weil es wurde festgelegt, dass ich Geister gesehen habe, aber Geister waren schon keine Geister, sondern Menschen mit einem Wiedererkennungswert quasi, was anderes. Und deswegen weiß ich jetzt nicht, ob meine Medikamente, die ich damals genommen habe, richtig waren.“ (S5)*

Das subjektive Erleben im Kontext der Erkrankung werde von den Ärzten somit oft schlicht ignoriert - *„Ich hab gesagt: Nein, ich weiß ja was ich höre und was nicht, was ich kann und was nicht. Und was dann passiert ist: Dann habe ich die Medikamente verweigert und dann Tavor bekommen und dann ist es nur noch den Bach runtergegangen.“ (S7)*

Verstärkt werde dieses Empfinden der Machtlosigkeit durch die Intransparenz des psychiatrischen Systems - *„Alles ist hinter meinem Rücken passiert“ (S6)* - dadurch, dass therapeutische Entscheidungen nicht erklärt werden - *„dass man einfach abserviert wird, dass man sagt, das machen wir nicht und es keine Begründung gibt“ (S1)* sowie durch den - teils unmittelbaren - Zwang, Medikamente einnehmen zu müssen - *„Ich hatte gar keinen Einfluss, die haben mir die Tabletten gegeben und gesagt: Machen sie den Mund auf, ob ich's geschluckt habe. Ich hätte da machen können, was ich will, die hätten es mir trotzdem reingegeben, ohne dass ich das wollte.“ (S6)*

Die Verordnung von Medikamenten und deren Dosis wurde von den befragten Patienten manchmal geradezu als „Strafe“ für die vorhandene Krankheitssymptomatik empfunden - *„Bei mir haben sie auch ausprobiert, am Anfang volle Dosis“ (S5)* und als Konsequenz Dissimulation als ein notwendiger Schutz hiervoor - *„man darf die Symptome natürlich ein bisschen 'runterspielen, weil das denen einfach Angst macht, wenn man die ganzen Symptome darlegt.“ (S7)*

Dies kann so weit gehen, dass der behandelnde Arzt als ein die eigene Existenz bedrohender Feind erlebt wird und die Entweichung aus der Behandlung als einzige

Möglichkeit, dieser Gefahr und einer zwangsweisen Therapie zu entgehen - *„Da haben die mich mit Tavor bis zum Gehnichts mehr vollgestopft, bis ich fast weggewesen wäre und dann haben mich meine Eltern und ein Bekannter rausgeholt, gerade noch rechtzeitig.“* (S6)

Auch in Hinblick auf psychosoziale Aspekte der Behandlung äußerten einige Patienten, mit ihren Wünschen bei ihren Ärzten teils kein Gehör zu finden, beispielsweise die Wohnform betreffend - *„Ich wusste halt nicht, wie ich mir helfen sollte und habe gedacht, gut, ich spiele da mit. Aber es wurde halt nicht nett geholfen, sondern nach Plan, wenn sie gut sind kriegen sie das und das, aber wenn sie schlecht sind, werden sie abgeschoben in eine Übergangseinrichtung“* (S5) oder was die Perspektive einer beruflichen Reintegration anbelangt - *„Dann wollte ich wieder zurück ins Büro und dann haben sie mich nicht gelassen, die wollten nicht die Probe machen, ob ich das nicht vielleicht doch hinkriegen würde, das fand ich keine Hilfe.“* (S5)

Wie stellt sich diese auf Seiten der Patienten weit verbreitete Erfahrung von Ohnmacht und Zwang nun aus der Perspektive der befragten Ärzte dar?

Zunächst einmal zeigte sich eine manchmal konträre Einschätzung von Situation und Symptomatik bei Arzt und Patient. Besonders eindrücklich illustriert dies folgende Äußerung eines schizophrenen Patienten - *„Es geht nicht, dass man auf die Entgiftung kommt, noch 0,9 Promille hat und THC im Blut und es heißt: 'Der Richter könnte einen Beschluss gegen Sie machen!' - nur weil ich aus Versehen eine Tür zertreten habe. Dann habe ich die Freiwilligkeit unterschrieben, war voll verplant, und dann war ich da sechs Monate und beim Beschluss wäre gar nichts raus'gekommen.“* (S7)

Nichtsdestoweniger erlebten es viele Psychiater als sehr belastend, gegen den natürlichen Willen ihrer Patienten handeln zu müssen, sehen aber manchmal keine Alternative hierzu - *„Damit muss man vielleicht auch leben, dass wir zwar meinen, unsere Arbeit gut zu machen, aber dennoch als Feinde gelten.“* (P1)

Eine von Ärzten häufig genannte Konstellation, in denen die Ausübung von Zwang häufig nicht zu vermeiden ist, besteht *„zum Beispiel [in einer] Klinikeinweisung bei Selbst- oder Fremdgefährdung, eine Situation, wo man sagen muss: So geht es leider nicht.“* (N2)

In solchen Situationen akuter Gefährdung ergibt sich auf Seiten des Arztes ein persönliches Schutzbedürfnis, das ein patriarchalisch-direktives Handeln als aktives Wahrnehmen ärztlicher Verantwortung für Patienten erscheinen lässt, zu der diese nicht

selbst in der Lage sind - *„Ich möchte nicht meine Approbation verlieren, ich möchte nicht mit den Schuldgefühlen leben, dass ich etwas versäumt habe und ich möchte auch nicht in eine juristische Auseinandersetzung darüber verwickelt werden. Da hört für mich aber auch die Diskussion auf, weil die Frage ist, wie selbstbestimmt ist jemand, der sich das Leben nehmen möchte.“* (N6)

Im klinischen Alltag gebe es aber häufiger weniger eindeutige Situationen, *„Grenzsituationen, wie z. B. chronische Suizidalität bei langjähriger Behandlung“* (N10), bei denen die Frage nach Zwang und Ausüben von Macht vielmehr *„eine Frage eigener Risikobereitschaft“* (N10) des jeweiligen Arztes darstellt.

In den Interviews deuteten sich schließlich auch Ansätze eines konstruktiven Umgangs mit Macht und Zwang an, damit in für Patienten wie Ärzte schwierigen Situationen möglichst wenig Ohnmacht entsteht.

So sei es wünschenswert, dass sich der Arzt seiner Machtposition und der Abhängigkeit des Patienten von ihm und seinem Handeln stets bewusst ist und folglich versucht, gerade auch in zugespitzten Situationen *„ernsthaft auf den Patienten eingehen, dann fühlt sich der Patient angenommen, fühlt sich freier zu berichten, dann entwickelt sich gegenseitiges Vertrauen. wenn man dem Arzt vertraut, dann vertraut man sich ihm an, auch menschlich.“* (D3)

Patienten sollten zudem möglichst transparent und offen über geplante therapeutische Maßnahmen informiert werden, was auch als Ausdruck des Respekts ihnen gegenüber erscheint - *„Wichtig ist auch, dass der Patient eingeweiht ist, geachtet wird, dass man ein Gespräch schon vorher ankündigt und dass nicht irgendwelche Maßnahmen einfach getroffen werden und man z. B. zu irgendwelchen Gruppen eingeteilt wird.“* (D7)

Für den Fall, dass ein Handeln gegen den natürlichen Willen des Patienten notwendig gewesen war, empfehle es sich, zu versuchen, dem Patienten zu einem späteren Zeitpunkt das Geschehene und die zu Grunde liegende Motivation dieses Handelns zu erklären, um vielleicht zumindest „im Nachgang“ ein Einverständnis herstellen zu können, auch wenn dies bei weitem nicht immer gelinge - *„Manchmal bekomme ich das aber nicht mal bei Entlassung, so ein rückwirkendes Arbeitsbündnis. Das macht auch kein gutes Gefühl.“* (P3)

Seitens der Patienten wurde es weithin als positiv erlebt, wenn Ärzte zwar nicht das tun, was der Patient will, ihr Handeln aber zumindest begründen - *„Bei den Therapien ist*

auch entscheidend, dass man abspricht wieso und weshalb, weil oft fehlt dem Patienten die Erklärung dafür, warum man denkt, dass das gut ist für ihn.“ (D6)

4.1.4.3. Setting und weitere Kontextfaktoren

Dieser Abschnitt thematisiert schließlich Einflussgrößen auf das Ausmaß partizipativer Entscheidungsfindung, die in Aspekten des jeweiligen Behandlungssettings (beispielsweise stationäre versus ambulante Therapie) oder sonstigen, außerhalb der eigentlichen Arzt-Patienten-Beziehung liegenden Kontextfaktoren, wie Zeitmangel oder ökonomischen Sachzwängen, begründet sind.

4.1.4.3.1. Behandlungssetting - „In der Klinik ist das schwieriger gewesen...“ (N7)

Zahlreiche Ärzte berichteten einen erheblichen Einfluss des jeweiligen Therapiesettings auf die Behandlungsmodalitäten mit Auswirkungen auf die Arzt-Patient-Beziehung und das Zustandekommen partizipativer Entscheidungen. So scheint im Vergleich im stationären Behandlungskontext tendenziell weniger Partizipation als bei ambulant durchgeführten Therapien möglich, insbesondere bei den meist eher schwerwiegender erkrankten Patienten in der Akutpsychiatrie. So bestehe der *„Hauptunterschied zwischen 'freiwillig' und 'unfreiwillig'. Jemand, der gegen seinen Willen eingeliefert wird, der hat natürlich primär keine Bereitschaft und Motivation mitzuwirken. Im Gegensatz dazu ist bei den freiwilligen Patienten zumindest ein Krankheitsgefühl da, auch wenn die Strategie im Umgang mit den Schwierigkeiten von unserer Einschätzung abweicht.“* (P1) Besonders augenfällig wird der Einfluss des jeweiligen Behandlungssettings, wenn ein genereller paternalistischer Stil auf einer psychiatrischen Akutstation zu einem direktiv-autoritären Umgang auch mit denjenigen Patienten führt, die eigentlich zu Partizipation in der Lage wären. So berichtet dieser auf einer Aufnahmestation tätige Psychiater: *„Wenn man dann z. B. einen mittelschwer depressiven Patienten hat, der schon mitentscheiden könnte, dann entscheidet man trotzdem sehr rasch und geht über den Patienten hinweg, weil man es so gewöhnt ist, das ist eine Gefahr.“* (P3) Zudem beeinflussten im stationären Rahmen vielfältige äußere Umstände, wie die gegenwärtige Atmosphäre auf Station oder Persönlichkeit und Erfahrung der pflegerischen Mitarbeiter, das Ausmaß partizipativer Entscheidungen - *„Die aktuelle Stationsatmosphäre oder auch welche Mitarbeiter auf den unterschiedlichen Stationen*

sind oder wer die Bezugspflegeperson ist. Viele Faktoren kann der Patient auch nicht beeinflussen.“ (P1)

Ferner könnte auch die Art des Behandlungskontaktes in der Klinik Einfluss haben auf die Bereitschaft, den Patienten zu beteiligen, beispielsweise bei im (Konsil-) Dienst zu treffenden Entscheidungen - *„Ich finde, es hängt sehr von der Situation ab und von der Zeit. Wenn man jemanden kurz trifft, z. B. im Konsildienst, dann geht man in 90 % der Fälle so raus, dass man selbst und der Patient zufrieden ist, weil man nur kurze Sachen skizziert, das Umsetzen ist ja das Schwere. Oder wenn man Leute ganz lange hat, dann geht es auch meistens gut.“ (P7)*

Im ambulanten Rahmen scheint hingegen, neben der durchschnittlich wohl geringeren Erkrankungsschwere und der eher gegebenen Freiwilligkeit der Behandlung, auch eine bessere persönliche "Passung" zwischen Arzt und Patienten zu bestehen - *„Es kommen in der Praxis ja immer auch Leute, die ungefähr zu einem passen, das ist in der Praxis ja auch anders, als in der Klinik. [An einen niedergelassenen Kollegen gerichtet:] Deine Patienten sind anders, von daher, sie gehen zu ihm, weil sie mit ihm zufrieden sind, und die, die zu mir kommen, sind mit mir zufrieden.“ (N7)*

4.1.4.3.2. Bürokratie, Zeitmangel und andere Limitierungen – "Bei dem Zeitkontingent..." (N9)

Ein von Patienten wie Ärzten häufig angesprochenes Problem ist der von beiden Seiten beklagte Mangel an Zeit im Patientenkontakt - *„Also die Ärzte, wenn ich sehe, wie viel sie schreiben müssen, jede Kleinigkeit, wie können sie da arbeiten, als Ärzte, wenn sie keine Zeit für die Patienten haben? Ambulant hatte ich einen Arzt, da war die maximale Zeit fünf Minuten, die ich bei ihm war.“ (S2)*

Die für administrative Tätigkeiten erforderliche Zeit fehle dann in der Patientenversorgung - *„Ich glaube, die Ärzte haben zu viel Arbeit, bürokratische Arbeit. Wenn ich sie sehe, dann sind sie immer bei irgendeiner Arbeit und nicht mit den Patienten.“ (S2)* und damit auch für ein Erfassen und Eingehen auf individuelle Bedürfnisse der Patienten und dem Bahnen partizipativer Entscheidungen, beispielsweise durch Aufklärung über die zur Verfügung stehenden therapeutischen Optionen. Diesen Zeitmangel erlebten stationär wie ambulant tätige Psychiater gleichermaßen mit der Folge eines mehr direktiven und weniger partizipativen Vorgehens: *„Die Zeit spielt einfach eine entscheidende Rolle. Wenn ich direktiv*

vorgehen, werde ich schneller fertig mit dem Patienten und am Ziel sein. Sobald ich eine Lücke lasse, Freiraum gebe, werde ich mehr Zeit benötigen. Wenn ich fünf Konsile habe im Nachtdienst, werde ich mich nicht groß auf Diskussionen einlassen, sondern dann bin ich auch direktiv und überzeugend in der Rolle und schaue, dass möglichst wenig Fragen entstehen, weil ich mir vielleicht auch einfach sicher bin. Wenn ich mehr Zeit mitbringe, dann kann ich es auch etwas offener gestalten.“ (P8)

"Zeit ist wirklich ein entscheidender Faktor, meine Erfahrung ist da eher negativ, dass man das Gefühl hat, die Termine sind so knapp gelegt in den Praxen, dass keine vernünftige Anamnese erstellt wird und sehr schnell irgendetwas entschieden wird, Das Problem bezüglich partizipativer Entscheidungsfindung besteht vielleicht auch darin, schon beim Erstkontakt etwas verordnen zu müssen.“ (N2)

Bemerkenswert in diesem Kontext ist, dass die beschriebene Zeitnot nicht nur einen limitierenden Faktor für partizipative Entscheidungsfindung darstellt, sondern vielen der interviewten Ärzte zugleich als Apologie eines direktiv-paternalistischen Handelns im Sinne eines Sachzwangs zu dienen scheint - *„So ist es in der Realität. Da liegt die direktive Entscheidung schon nahe.“ (P5); „Der mündige Patient ist ja eine Idealvorstellung. Und wenn ich ganz ehrlich bin, dann finde ich das im Prinzip auch so, aber für den Praxisalltag ist die Mischung mit einigen Patienten, wo man auch ein bisschen direktiv sein kann, wo man auch noch einen gewissen Einfluss auf das Zeitmanagement hat, gar nicht schlecht, d. h. ich versuche dann die Mündigkeit des Patienten vielleicht nicht in der Weise zu stärken, wie es vielleicht ideal wäre.“ (N10)*

Als Ansatz eines konstruktiven Umgangs mit dem allgegenwärtigen Zeitmangel nannte ein niedergelassener Psychiater die Option, für den Patienten wichtige Entscheidungen, die nicht unmittelbar getroffen werden müssen, in einem ersten Gespräch vorzubereiten und in einem weiteren Behandlungskontakt zu vertiefen - *„Ich greife das dann auf und mache dann, vielleicht bei einem Folgetermin, eine ausführlichere und längere Aufklärung über Wirkungen und Nebenwirkungen.“ (N5)*. Ein weiterer positiver Aspekt einer solchen Strategie: *„Idealerweise wäre es schön, wenn man nicht sofort im Erstkontakt die Entscheidung treffen müsste, weil danach ja oft noch viele andere Aspekte auftauchen, das Darüber-schlafen wäre schon nicht schlecht, auch für den Patienten.“ (N10)*

Genannt wurden zudem weitere Kontextfaktoren, die eine offene und partizipative Entscheidungsfindung behindern, die Notwendigkeit der Rekrutierung von Patienten für

laufende klinische Studien - „Es sei denn, man hat eine Vorgabe, dass er in die Studie eingeschlossen werden soll, dann schaut es anders aus. Aber wenn man 'frei verkaufen' kann, mache ich das, was dem Patienten am liebsten ist“ (P5) oder die Verfügbarkeit ökonomischer Ressourcen - „was die Kasse eben bezahlt oder auch nicht.“ (P5)

Ungeachtet all dieser äußeren Limitierungen gehe es, wie diese niedergelassene Psychiaterin es ausdrückte, letztlich immer um eine Partizipation möglich machende „Grundhaltung, die man trotzdem ein bisschen beibehalten sollte.“ (N9)

4.2. Ergebnisse der psychometrischen Analyse der Fragebogenvorform

Ausgehend von den Ergebnissen der qualitativen Inhaltsanalyse erfolgte die Generierung von insgesamt 57 Items, die dann nach Durchführung kognitiver Interviews als Vortest zu ihrer Verständlichkeit und nachfolgender Korrektur in die Fragebogenvorform überführt wurden (siehe Anhang 8.1.).

4.2.1. Soziodemographie

Diese Vorform wurde von N = 524 Patientinnen und Patienten ausgefüllt.

Einen Überblick über die soziodemographischen Daten der Teilnehmer der Fragebogenuntersuchung gibt Tabelle 4.

Hierbei zeigt sich innerhalb der Patientengruppe mit einer Störung aus dem schizophrenen Formenkreis ein ausgeglichenes Geschlechterverhältnis, bei affektiv erkrankten Patienten hingegen ein Überwiegen des weiblichen Geschlechts.

Bezüglich Freiwilligkeit bzw. Unfreiwilligkeit der aktuellen Behandlung zeigt sich ein nicht-signifikanter Trend des Überwiegens psychotischer gegenüber affektiv erkrankten Patienten am Anteil als teilweise oder völlig unfreiwillig erlebter psychiatrischer Behandlungen.

Hinsichtlich der Muttersprachlichkeit zeigt sich ein höherer Anteil Patienten, deren Muttersprache nicht Deutsch ist in der Gruppe der affektiv erkrankten Teilnehmer, bezüglich der Schulbildung ergeben sich beim Vergleich der beiden Gruppen hingegen keine signifikanten Unterschiede. Die Patienten mit schizophrenen Störungen waren in Vergleich zu den affektiv Erkrankten signifikant häufiger geschützt beschäftigt, arbeitslos oder berentet, wiesen eine ebenfalls signifikant höhere Anzahl stationärer Behandlungen bzw. eine längere Dauer der Erkrankung auf.

Tabelle 4 – Soziodemographische Daten der Teilnehmer

	Pat. mit schizophrenen Erkrankungen	Pat. mit affektiven Erkrankungen	Gesamt - Pat. mit schizophrenen und affektiven Erkrankungen	Gruppenver- gleich (Testwert und Signifikanz)
Alter	M=41,6 (SD=11,7)	44,3 (SD 12,2)	43,1 (SD=12,0)	T=-2,56, p=0.01
Geschlecht				Chi ² =0.77, p=0.38
weiblich	120	160	280	
männlich	113	129	242	
Freiwilligkeit				Chi ² =9.48, p=0.09
völlig freiwillig	162	232	394	
mehr od. weniger freiwillig	62	47	109	
unfreiwillig	7	5	12	
Muttersprache				Chi ² =16.07, p<0.001
deutsch	201	207	408	
andere	31	80	111	
Schulabschluss				Chi ² =12.72, p=0.49
keiner	5	4	9	
Förderschule	3	2	5	
Hauptschule ohne qHSA	21	43	64	
Hauptschule mit qHSA	40	42	82	
Mittlere Reife	69	83	152	
(Fach-) Abitur	81	80	161	
Berufstätigkeit				Chi ² =64.10, p<0.001
berufstätig, Vollzeit	27	98	125	
berufstätig, Teilzeit	23	22	45	
berufstätig, gelegentlich	3	8	11	
Ausbildung / Umschulung / ReHa	19	7	26	
arbeitslos / Hartz IV	45	57	102	
berentet	73	49	122	
beschützt beschäftigt	15	2	17	
Sonstiges	24	43	67	
Stationäre Aufenthalte	M=6,0 (SD=9,1)	M=1,9 (SD=3,5)	M=3,7 (SD=6,9)	T=6,80, p<0,001
Erkrankungsdauer (in Jahren)	M=13,7 (SD=10,4)	M=10,1 (SD=10,1)	M=11,8 (SD=10,4)	T=3,84, p<0,001

4.2.2. Faktorenanalytische Auswertung

Als Resultat der in Kapitel 3.3.2. beschriebenen psychometrischen Datenanalyse ergaben sich schlussendlich folgende fünf Faktoren:

Faktor 1: Proaktive Kommunikation und Kooperation (s. Tabelle 5)

Dieser Faktor beschreibt mit nunmehr 14 Items die Aspekte proaktiver Kommunikation und Kooperation zwischen Patient und Arzt. Die Gütekriterien (CFI 0.906; RMSEA 0.073; SRMR 0.0488) weisen darauf hin, dass der Model Fit grenzwertig gut ist (Hu und Bentler 1998).

Tabelle 5: Mustermatrix Faktor 1

Item des Fragebogens	Faktorladung
3. Ich sage offen, wo ich Probleme habe.	0,869
1. Ich berichte meinem Arzt meine Beschwerden so genau wie möglich.	0,796
32. Ich berichte von selbst, wenn sich an meinem Befinden etwas ändert.	0,747
29. Ich spreche auch über Probleme, die mir peinlich sind.	0,635
33. Ich sage es, wenn mich die Therapie überfordert.	0,628
2. Ich berichte auch von mir aus, wenn ich Nebenwirkungen von den Medikamenten spüre.	0,584
13. Ich mache deutlich, was für mich die wichtigsten Ziele der Behandlung sind.	0,583
41. Ich sage meinem Arzt, was ich selbst für die Ursache meiner Beschwerden halte.	0,567
52. Ich berichte von mir aus, welche Behandlungen mir geholfen haben und welche nicht.	0,559
6. Ich spreche es an, wenn ich mich von meinem Arzt nicht ernst genommen fühle.	0,493
12. Ich bespreche mit dem Arzt, was ich selbst gegen meine Beschwerden tun kann.	0,462
21. Ich frage nach, wenn mir etwas von meinem Arzt nicht genug erklärt wird.	0,455
48. Ich frage meinen Arzt, was er für die Ursache meiner Beschwerden hält.	0,436
30. Ich berichte meinem Arzt, wenn ich seinen Empfehlungen nicht gefolgt bin.	0,384

Faktor 2: Kritische, eigenverantwortliche und mündige Mitwirkung (s. Tabelle 6)

Dieser Faktor beschreibt mit 7 Items kritisches, eigenverantwortliches Handeln. Die Gütekriterien (CFI=0.925, RMSEA=0.089, SRMR=0.0458) weisen darauf hin, dass der Model Fit grenzwertig gut ist (Hu und Bentler 1998).

Tabelle 6: Mustermatrix Faktor 2

Item des Fragebogens	Faktorladung
50. Ich bestehe vor wichtigen Entscheidungen in der Behandlung auf ausreichend Bedenkzeit.	0,638
22. Ich versuche den Arzt zu wechseln, wenn ich mit ihm nicht zufrieden bin.	0,595
28. Bei wichtigen medizinischen Entscheidungen hole ich mir eine zweite Meinung ein.	0,557
38. Ich spreche es an, wenn ich mich unfair behandelt fühle.	0,502
51. Ich setze Dinge, die mir wichtig sind, dem Arzt gegenüber durch.	0,499
26. Wenn mir eine Behandlung vorgeschlagen wird, frage ich auch nach anderen Möglichkeiten.	0,457
56. Ich spreche offen an, wenn ich mit der Behandlung nicht einverstanden bin.	0,483

Faktor 3: Höflichkeit, Compliance und Aufgeschlossenheit (s. Tabelle 7)

Dieser Faktor beschreibt mit 9 Items Patientenverhalten, das durch Höflichkeit gegenüber den Ärzten, Aufgeschlossenheit gegenüber therapeutischen Möglichkeiten und compliantem Verhalten in der Behandlung gekennzeichnet ist. Die Gütekriterien (CFI=0.83, RMSEA=0.085, SRMR=0.0603) weisen darauf hin, dass der Model Fit grenzwertig gut ist (Hu und Bentler 1998).

Tabelle 7: Mustermatrix Faktor 3

Item des Fragebogens	Faktorladung
31. Ich lasse meinen Arzt auch dann ausreden, wenn ich schon weiß, was er sagen wird.	0,612
5. Ich halte Termine mit Ärzten pünktlich ein.	0,579
10. Ich nehme meine Medikamente genau wie mit meinem Arzt vereinbart ein.	0,563
15. Ich bin auch dann höflich zu Ärzten, wenn ich mit der Behandlung unzufrieden bin.	0,516
16. Ich zwingen mich Geduld zu haben, bis eine Behandlung endlich wirkt.	0,513
57. Ich bin bereit, Kompromisse zwischen meinen eigenen Vorstellungen und den Empfehlungen der Ärzte zu machen.	0,508
55. Bevor ich etwas in der Behandlung ablehne, probiere ich es erst einmal aus.	0,443
53. Ich halte mich auch an die Empfehlungen meines Arztes, die nichts mit der Einnahme von Medikamenten zu tun haben.	0,404
9. Wenn ich von anderen Ärzten Vorberichte über mich habe, bringe ich sie meinem Arzt mit.	0,396

Faktor 4: Gesundheitskompetenz (s. Tabelle 8)

Dieser Faktor beschreibt mit 5 Items Patientenverhaltensweisen, die auf eine gewisse Gesundheitskompetenz hinweisen, wie die Vorbereitung von Arztgesprächen oder das Dokumentieren der Behandlungen. Die Gütekriterien (CFI=0.956, RMSEA=0.059,

SRMR=0.0338) weisen darauf hin, dass der Model Fit grenzwertig gut ist (Hu und Bentler 1998).

Tabelle 8: Mustermatrix Faktor 4

Item des Fragebogens	Faktorladung
37. Ich schreibe mir auf, wie einzelne Medikamente bei mir gewirkt haben	0,636
35. Ich nehme Angehörige als Unterstützung mit zu Arztgesprächen.	0,514
8. Ich tausche mich mit anderen Patienten über meine Erkrankung aus.	0,479
24. Ich überlege mir schon vor den Arztgesprächen, was ich ansprechen möchte.	0,373
11. Ich schreibe mir vor dem Arztgespräch Fragen an den Arzt auf.	0,261

Faktor 5: Informationsakquise (s. Tabelle 9)

Dieser Faktor beschreibt mit 4 Items selbstständige Informationsakquise durch den Patienten. Die Gütekriterien (CFI=0.96, RMSEA=0.096, SRMR=0.0359) weisen darauf hin, dass der Modelfit grenzwertig gut ist (Hu und Bentler 1998).

Tabelle 9: Mustermatrix Faktor 5

Item des Fragebogens	Faktorladung
27. Ich informiere mich in Büchern über meine Erkrankung.	0,667
23. Ich lese die Beipackzettel meiner Medikamente genau durch.	0,664
7. Ich informiere mich im Internet über meine Erkrankung.	0,565
44. Ich weiß über meine aktuellen Medikamente ganz genau Bescheid.	0,411

5. Diskussion:

5.1. Zusammenfassung der Ergebnisse

In der vorliegenden Untersuchung konnte eine Vielzahl unterschiedlichster Verhaltens- und Handlungsoptionen auf Seiten der Patienten identifiziert werden, die eine partizipative Teilhabe an therapeutischen Entscheidungen begünstigen. Diese Verhaltensmöglichkeiten lassen sich als Ergebnis der qualitativen Analyse der Fokusgruppeninterviews in sieben Hauptkategorien in Form thematischer Cluster integrieren:

1. Ehrlichkeit und Offenheit: Hierzu gehört einerseits, den behandelnden Arzt umfassend und aufrichtig über das eigene Befinden und das Anliegen in der Behandlung zu informieren, andererseits aber auch, sich selbst offen mit der eigenen Erkrankung und Problematik auseinanderzusetzen.
2. Vertrauen und Geduld: Inhalte dieses Cluster sind, gegenüber dem behandelnden Arzt eine vertrauensvolle Haltung einzunehmen, einen Vertrauensvorschuss zu gewähren, sich auf die Therapie einzulassen und Geduld aufzubringen, bis diese Erfolg hat.
3. Respekt und Höflichkeit: Dieses Cluster thematisiert die Bedeutung eines respektvollen Umgangs mit dem therapeutischen Gegenüber, das aktive Beitragen zu einer positiven Behandlungsatmosphäre durch Einhalten sozial adäquaten Verhaltens im Kontakt.
4. Information, Rückmeldung, Feedback an den Arzt: Dieses Cluster behandelt die Wichtigkeit eines aktiven Einbringens von Informationen in die Therapie, das Geben einer Rückmeldung bezüglich der Behandlung, sowie nötigenfalls Überforderung durch die Therapie anzusprechen und Kritik an Behandlung und Arzt-Patient-Beziehung zu äußern.
5. Eigeninitiative und Mitarbeit im Arztgespräch: Zur aktiven Mitwirkung an der eigenen Behandlung und der Übernahme von Selbstverantwortung gehören Facetten wie ein kompetentes Auftreten, sich für eine Entscheidung die nötige Zeit zu nehmen, eigene Behandlungsvorschläge zu machen, seine Präferenzen

klar zu äußern sowie bei Unklarheiten nachzufragen und um Erklärungen zu bitten.

6. Informieren und Vorbereiten: Gegenstand dieses Clusters sind Handlungsweisen von Patienten außerhalb des unmittelbaren Arzt-Patienten-Kontaktes, die Informationsgewinnung über die Erkrankung und ihre Behandlung, komplementäre Unterstützungsmöglichkeiten sowie therapieförderliche Verhaltensweisen thematisieren.
7. Umsetzung und Transfer: Thematisiert werden hierin zum einen die Bedeutung von Therapietreue und des Umsetzens gemeinsam mit dem Arzt getroffener Vereinbarungen innerhalb der Behandlung, zum anderen der Transfer des therapeutischen Prozesses in den Alltag, beispielsweise durch eine Veränderung des Lebensstils.

Den Inhalten dieser sieben thematischen Cluster der qualitativen Analyse korrespondieren die faktorenanalytisch gefundenen folgenden fünf Faktoren der qualitativen Auswertung der Fragebogenvorform:

1. Proaktive Kommunikation und Kooperation,
2. Kritische, eigenverantwortliche und mündige Mitwirkung
3. Höflichkeit, Compliance und Aufgeschlossenheit
4. Gesundheitskompetenz
5. Informationsakquise

Zur detaillierten Gegenüberstellung der qualitativen Cluster und quantitativen Faktoren siehe Kapitel 5.3.

5.2. Vergleich der Ergebnisse mit der existierenden Forschungsliteratur

Vor Durchführung der vorliegenden Untersuchung existierte kaum Literatur, die für das Zustandekommen partizipativer Entscheidungen, d. h. mit direktem Bezug zum Modell des SDM, relevantes patientenseitiges Verhalten fokussierte. Ziel dieser Untersuchung war entsprechend die Identifikation solcher Verhaltensmöglichkeiten und deren Analyse mittels eines qualitativen Ansatzes in Form von Fokusgruppeninterviews mit an einer

depressiven bzw. psychotischen Störung leidenden Patienten sowie mit psychiatrisch tätigen Ärzten.

Im Folgenden soll diskutiert werden, in welchem Maß die Ergebnisse der vorliegenden Untersuchung mit den bestehenden Modellen des shared decision-making und der Arzt-Patienten-Kommunikation übereinstimmen.

1999 stellten Towle und Godolphin einen Katalog präskriptiver, prototypischer „Patientenkompetenzen für ein informiertes shared decision-making“ vor, welcher eine in vielen Bereichen hohe Konvergenz mit den empirisch abgeleiteten Kategorien der vorliegenden Studie aufweist: So zum Beispiel hinsichtlich der Aspekte „Find a physician and establish, develop, and adapt a partnership“, „Articulate health problems“, „Access information“. Andererseits konnten in der hiesigen Untersuchung einige Kategorien identifiziert werden, die nicht von Towle und Godolphin vorgeschlagen wurden, vice versa bilden sich einzelne Faktoren der dort vorgeschlagenen Patientenkompetenzen nicht in den diesseitigen Kategorien ab: So wurden die eher technischen Aspekte des Prozesses partizipativer Entscheidungsfindung durch die Teilnehmer der durchgeführten Fokusgruppeninterviews nicht thematisiert, während sich vordergründig mit einer paternalistischen Beziehungsgestaltung assoziiert scheinende Kategorien (beispielsweise „Ehrlichkeit und Offenheit“, „Vertrauen und Geduld“ oder „Höflichkeit und Respekt“) nicht in dem Katalog von Towle und Godolphin widerspiegeln.

In der allgemeineren Literatur bezüglich der Arzt-Patienten-Interaktion wird die aktive Teilhabe des Patienten an Entscheidungsprozessen oftmals gleichgesetzt mit seinem Kommunikationsmuster in der direkten Interaktion, um durch diese Verengung der Perspektive eine größere konzeptuelle und operationalisierbare Klarheit des Partizipationsbegriffes zu gewinnen.

Cegala schlug 2004 drei Hauptkategorien vor, basierend auf der Auftretenswahrscheinlichkeit in der Wahrnehmung patientseitiger Kommunikationskompetenz durch Ärzte und Patienten:

Kompetenz in der Bereitstellung von Information ("Competence in Information Provision"), der Informationsgewinnung ("Information Seeking") sowie der Vorbereitung und Einsatzbereitschaft ("Preparedness"). In geringerer Häufigkeit aufscheinende Kategorien waren der generelle Informationsstil, das Überprüfen und Verstehen von

Informationen, übergreifende Persönlichkeitsaspekte, Partnerschaftlichkeit sowie Offenheit und Ehrlichkeit.

2011 untersuchte Cegala dann spezifischer, welche Faktoren partizipative Teilhabe von Patienten im Kontext medizinischer Entscheidungen begünstigen. Das sich hieraus ergebende Kategoriensystem zeigte hierbei ein hohes Maß an Übereinstimmung mit der Voruntersuchung: Basierend auf früheren Untersuchungen von Street und dessen "ecological model of communication in medical encounters" unterschied Cegala nun insgesamt vier Komponenten der Teilhabe von Patienten an medizinischen Entscheidungsprozessen (wie sie sich im „PACE-Modell“ abbilden): Informationssuche („information seeking“), Bereitstellung von Information („information provision“), kommunikative Durchsetzungsfähigkeit („assertive utterances“) sowie emotionale Ausdrucksfähigkeit („emotional expressions“).

Vergleicht man nun die beiden Komponenten des Informationsaustausches, Informationssuche und -bereitstellung, mit der hier vorliegenden Untersuchung, so bilden sich diese ab in den Kategorien „Eigeninitiative und Mitarbeit im Arztgespräch“, „Information, Rückmeldung, Feedback an den Arzt“ sowie „Ehrlichkeit und Offenheit“. „Informieren und Vorbereiten“ korrespondiert mit Cegalas Kategorie „preparedness“. „Assertive utterances“ spiegelt sich in den beiden Kategorien „Eigeninitiative und Mitarbeit im Arztgespräch“ und „Information, Rückmeldung, Feedback an den Arzt“. Die Komponente „emotional expressions“ ist primär repräsentiert in der Kategorie: „Offenheit und Ehrlichkeit“.

In Übereinstimmung mit den Ergebnissen der vorgelegten Untersuchung wird die Fähigkeit zum Ausdruck von Emotionen von Cegala als wesentlicher Aspekt patientenseitiger Teilhabe gesehen, insofern solche affektiven Äußerungen dem behandelnden Arzt einen Möglichkeitsraum eröffnen, ein tiefgehendes Verständnis für kontextuelle Faktoren der Erkrankung eines Patienten zu erwerben, obgleich vor allem ein sachbezogen-pragmatisches Patientenverhalten als konstitutiv für Kommunikationskompetenz und die breite Dimension des Informationsaustausches gesehen wird und dies in Cegalas Untersuchungen den entscheidenden Faktor für Patientenbeteiligung darstellt.

In der vorliegenden Untersuchung konnte in Ergänzung hierzu jedoch gezeigt werden, dass in der Wahrnehmung von Patienten und Ärzten im Bereich psychiatrischer Erkrankungen Qualitäten wie „Offenheit und Ehrlichkeit“, „Vertrauen und Geduld“ und

„Höflichkeit und Respekt“ eine mindestens ebenso große Bedeutung zukommt wie der „Bereitstellung von Information“, „Informationsakquise“ und „Vorbereitung auf das Arztgespräch“.

Der von Farin 2014 entwickelte „CoCo-Fragebogen“ erfasst kommunikative Kompetenzen von Patienten und beinhaltet vier Skalen. Da Kommunikationskompetenz eine zentrale Rolle bei der Ermöglichung partizipativer Entscheidungsfindung zukommt, besteht eine weitgehende Übereinstimmung mit den hier vorgelegten sieben Hauptkategorien patientenseitiger Verhaltensmöglichkeiten, die das Zustandekommen eines shared decision-makings begünstigen. So bildet die Skala „Adhärenz in der Kommunikation“ Aspekte wie „Respekt und Höflichkeit“ und „Vertrauen und Geduld“ ab, die von den Interviewteilnehmern der hiesigen Untersuchung als wesentlich erachtet wurden. Hohe Übereinstimmung besteht gleichfalls zwischen der Skala „Kritische und partizipative Kommunikation“ und den Kategorien „Information, Rückmeldung, Feedback an den Arzt“ und „Eigeninitiative und Mitarbeit im Arztgespräch“. Im Gegensatz hierzu findet sich der Faktor „Kommunikation über persönliche Verhältnisse“ nicht in den Hauptkategorien der hiesigen Studie, da ein Sprechen über persönliche Lebensumstände im psychiatrischen Bereich erwartungsgemäß integraler und selbstverständlicher Teil der Behandlung ist und deshalb nicht gesondert thematisiert wurde. Die Kategorien „Offenheit und Ehrlichkeit“ und „Information, Rückmeldung, Feedback an den Arzt“ korrespondieren wiederum mit dem Faktor „Aktive und krankheitsbezogene Kommunikation“, während sich die Kategorien „Informieren und Vorbereiten“ sowie „Umsetzung und Transfer“ nicht in Farins Fragebogen wiederfinden, da sie über dessen Erfassung kommunikativer Kompetenzen hinausreichen.

Arnolds „AGENDA-Modell“ stellt ein Akronym von Faktoren dar, die eine patientenzentrierte Kommunikation mit Ärzten befördern sollen: **a**genda setting; **g**oals for health; **e**xpressing concerns, questions, and negotiations; **n**avigating health literacy issues; **d**isclosing detailed information; sowie **a**ctive types of listening. Aspekte all dieser Faktoren fanden sich auch in Äußerungen der Gruppeninterviewteilnehmer wieder im Kontext dessen, was Patienten zum Zustandekommen partizipativer Entscheidungen beitragen können, wobei in Arnolds Modells wiederum sach- und handlungsorientierte Kommunikationsweisen den primären Bezugspunkt bilden.

In der Gesamtheit kristallisiert sich eine Serie patientenseitiger Verhaltensoptionen heraus, welche für die Entstehung partizipativer Entscheidungsfindung in den Bereichen somatischer Medizin wie psychiatrischer Behandlung gleichermaßen als hilfreich und sinnvoll bewertet werden. „Information, Rückmeldung, Feedback an den Arzt“, „Eigeninitiative und Mitarbeit im Arztgespräch“ sowie „Informieren und Vorbereiten:“ sind in der bestehenden Literatur häufig genannte Aspekte in Zusammenhang mit kommunikativer Kompetenz und Partizipation von Patienten.

In diesem Kontext besteht ein weitreichender genereller Konsensus, dass ein aktiver krankheitsbezogener Informationsaustausch eine essentielle Vorbedingung für partizipative Entscheidungsprozesse darstellt. Und gerade dieser Faktor beinhaltet diverse Einflussmöglichkeiten auf Patientenseite, an Entscheidungen beteiligt zu werden und spielt somit eine zentrale Rolle in der Begünstigung eines shared decision-making. Patienten kommt somit eine aktive und entscheidende Aufgabe in medizinischen (Entscheidungs-) zusammenhängen zu. So wird beispielsweise das Geben einer Rückmeldung und aktives Beitragen zum Gelingen einer Behandlung als günstig für gemeinsames und partizipatives Entscheiden angesehen, gleichermaßen im Bereich somatischer wie psychiatrischer Behandlungen.

Demgegenüber erscheint eine Palette einzelner Verhaltensaspekte und Handlungsfaktoren eher spezifisch für das psychiatrische Gebiet zu sein. Dies impliziert die Kategorien „Offenheit und Ehrlichkeit“, „Vertrauen und Geduld“, „Höflichkeit und Respekt“ sowie „Umsetzung und Transfer“. Ein Erklärungsansatz hierfür könnte sein, dass diese Verhaltensweisen als selbstverständlich gegeben und medizinischen Behandlungen implizit erachtet und deshalb weder als spezifisch für shared decision-making noch als üblicherweise fehlend angenommen werden. Eine andere Erklärungsmöglichkeit könnte darin liegen, dass die genannten Verhaltensweisen mehr oder minder Patientenverhalten in einem paternalistischen Behandlungsmodell abbilden, innerhalb dessen von Patienten erwartet wird, die Empfehlungen ihrer Ärzte zu befolgen und sich „compliant“ zu verhalten.

Beide Überlegungen vermögen jedoch Wahrnehmung und Erleben von Patienten mit schwerwiegenden psychiatrischen Krankheitsbildern nur unvollständig zu erklären. In Reaktion auf die Erfahrung unfreiwilliger (oder nur teilweise freiwilliger) Behandlungen und dem Erleben von Ärzten als ihre Feinde sehen viele psychiatrische Patienten, aber auch ihre behandelnden Ärzte, diese „basalen“ Verhaltensweisen mit neuen Augen und

messen ihnen eine ungleich größere Bedeutung bei als dies durchschnittliche Patienten und deren Ärzte in somatischen Behandlungskontexten tun. Darüber hinaus könnten nicht wenige psychiatrische Patienten die Erfahrung gemacht haben, dass ein „zu aktives“ (und umgekehrt zu wenig „strategisches“) Verhalten in ärztlichen Konsultationen auf ihre Ärzte aversiv wirken und damit einen direktiveren Umgang und eine Etikettierung als „schwieriger Patient“ induzieren kann. Aus diesen Gründen könnten einige Patienten höfliches und respektvolles Verhalten gegenüber Ärzten als einen strategisch sinnvollen Weg einsetzen, um somit partizipative Entscheidungen zu ermöglichen.

Ein weiterer Grund könnte in der Erfahrung liegen, an einer chronischen, periodisch verlaufenden psychischen Erkrankung zu leiden, deren Verlauf man in weiten Teilen letztlich machtlos ausgeliefert ist. Hierdurch könnten sich die Faktoren Vertrauen und Geduld als Strategie ohne klare Alternative entwickelt haben. Desgleichen könnte die Erfahrung multipler Rückfälle infolge der Nicht-Einnahme einer antipsychotischen bzw. antidepressiven Medikation bei einigen Patienten dazu geführt haben, die dringende Notwendigkeit medikamentöser Adhärenz zu betonen, nachdem eine (gemeinsame) therapeutische Entscheidung hierzu getroffen worden ist.

Zusammenfassend und abschließend lässt sich festhalten, dass sich die als Resultat dieser Untersuchung in einem qualitativen Ansatz identifizierten sieben Hauptkategorien patientenseitiger Verhaltensweisen, um partizipative Entscheidungsprozesse zu begünstigen, in Einklang befinden mit den in der vorhandenen Literatur beschriebenen Faktoren zur Förderung kompetenten Kommunikationsverhaltens und der Teilhabe von Patienten an therapeutischen Entscheidungen.

In der vorliegenden Untersuchung wurde der Versuch unternommen, so umfassend als möglich die multiplen Aspekte potentieller Partizipation von Patienten abzubilden, weshalb die hieraus abgeleiteten Kategorien den bisherigen Forschungsstand ergänzen und in Teilen darüber hinausreichen.

5.3. Vergleich der qualitativen Analyse mit den Resultaten der quantitativen Auswertung

Als Ergebnis der faktorenanalytischen Auswertung der Fragebogenvorform ergaben sich die folgenden fünf Faktoren:

- 1. Proaktive Kommunikation und Kooperation,**
- 2. Kritische, eigenverantwortliche und mündige Mitwirkung**
- 3. Höflichkeit, Compliance und Aufgeschlossenheit**
- 4. Gesundheitskompetenz**
- 5. Informationsakquise**

Faktor 1, „Proaktive Kommunikation und Kooperation“, beinhaltet verschiedene Facetten eigeninitiativen Einbringens von Information in die Behandlungsbeziehung und umfasst Verhaltensweisen wie eine offene Kommunikation über persönliche Probleme, das eigene Befinden und die Erwartungen an die Behandlung, ein genaues Darstellen von Symptomen gegenüber dem Behandler sowie eine aktive Rückmeldung über die subjektiven Effekte der Therapie, beispielsweise hinsichtlich Wirkung und Nebenwirkungen der aktuellen Medikation. Darüber hinaus hat dieser Faktor wesentlich auch interaktionelle Aspekte zum Inhalt: Hierzu gehören einerseits das Gewähren eines Vertrauensvorschusses gegenüber dem Arzt, andererseits das Äußern von konstruktiver Kritik an der ärztlichen Kommunikation oder eines Nicht-Einverständnisses mit der gegenwärtigen Therapie bzw. das offene Eingeständnis, den ärztlichen Empfehlungen nicht gefolgt zu sein.

Vergleicht man nun die Inhalte dieses Faktors mit den in der qualitativen Analyse gefundenen sieben Hauptkategorien, so korrespondieren diese zunächst in hohem Maße mit der Kategorie „Ehrlichkeit und Offenheit“ („Dem Arzt offen und ehrlich Auskunft geben“), beinhalten überdies aber auch zahlreiche Elemente der Kategorien „Eigeninitiative und Mitarbeit im Arztgespräch“ („Nachfragen und um Erklärungen bitten“), „Information, Rückmeldung, Feedback an den Arzt“ („Den Arzt ausführlich über eigene Person und Befinden informieren“, „Feedback zur medikamentösen Behandlung geben“, „Rückmeldung geben: Ich bin mit etwas überfordert“ und „Kritik an Arzt-Patient-Beziehung äußern“) sowie der Kategorie „Vertrauen und Geduld“ („Vertrauensvorschuss geben“).

Faktor 2, „Kritische, eigenverantwortliche und mündige Mitwirkung“, umfasst Verhaltensmöglichkeiten, eigene Interessen dem Arzt gegenüber zu wahren und durchzusetzen: Vor therapeutischen Entscheidungen auf Bedenkzeit zu bestehen, aktiv nach Behandlungsalternativen zu fragen oder eine Zweitmeinung einzuholen, aber auch, Kritik an einer als unbefriedigend erlebten Behandlungsbeziehung zu äußern bzw. diese ggf. abubrechen.

Hier finden sich in Vergleich zur qualitativen Analyse Übereinstimmungen vor allem mit den Hauptkategorien „Information, Rückmeldung, Feedback an den Arzt“ („Kritik an Arzt-Patient-Beziehung äußern“), „Informieren und Vorbereiten“ („Sich den richtigen Arzt suchen“ sowie „Information akquirieren, Zweitmeinung einholen“), außerdem mit dem Cluster „Eigeninitiative und Mitarbeit im Arztgespräch („Sich Zeit nehmen für eine Entscheidung“).

In **Faktor 3, „Höflichkeit, Compliance und Aufgeschlossenheit“**, finden sich sozial kompetente Verhaltensweisen wie das Einhalten vereinbarter Termine und ein freundlich-respektvoller Kommunikationsstil gegenüber dem Arzt, zudem Kompromissbereitschaft und konstruktiver Mitarbeit in der Behandlung (medikamentöse Adhärenz, Offenheit für Therapievorschläge und Umsetzung therapeutischer Vereinbarungen).

In Vergleich zu den qualitativen Hauptkategorien ergibt sich hier eine hohe Kongruenz mit dem dortigen Cluster „Respekt und Höflichkeit“, daneben bestehen Übereinstimmungen mit der Kategorie „Vertrauen und Geduld“ („Sich auf die Therapie einlassen“) und schließlich „Umsetzung und Transfer“ („Mitmachen, ärztliche Ratschläge folgen, Therapietreue“).

Faktor 4, „Gesundheitskompetenz“, beinhaltet Verhaltensmodalitäten einer möglichst effizienten Nutzung ärztlicher Konsultationen, durch Vorbereitung auf das Arztgespräch (Agenda Setting, Aufschreiben von Fragen an den Arzt und von Erfahrungen mit einzelnen Medikamenten) oder die Mobilisation sozialer Unterstützung (Austausch mit anderen Patienten, Einbeziehung von Angehörigen in Arztkontakte).

In Bezug auf die thematischen Cluster der qualitativen Analyse ergeben sich hier breite Analogien zur Kategorie „Informieren und Vorbereiten“ („Informiertheit über eigene

Erkrankung und Vorerfahrungen“, „Vorbereitung auf das Arztgespräch“ und „Unterstützung fürs Arztgespräch organisieren“)

Faktor 5, „Informationsakquise“, beinhaltet schließlich die diversen Möglichkeiten der Gewinnung von Informationen über die eigene Erkrankung und deren Behandlung, beispielsweise durch die Lektüre von Beipackzetteln, entsprechender Literatur wie Patientenratgebern oder die Recherche im Internet.

Dieser Faktor bildet sich analog in der qualitativen Analyse ab in der Kategorie „Informieren und Vorbereiten“ („Information akquirieren“ und „Informiertheit über eigene Erkrankung und Vorerfahrungen“).

5.4. Komplizierende und modulierende Faktoren partizipativer Entscheidungsprozesse im psychiatrischen Bereich

Vorangehende Studien konnten diverse auf Seiten der Ärzte lokalisierte Faktoren identifizieren, die partizipative Entscheidungen erschweren, etwa im Sinne kognitiver Schemata und Paradigmen wie „Dafür habe ich keine Zeit“, „Meine Patienten wollen das gar nicht“, oder „Das praktiziere ich ohnehin bereits“. In Ergänzung hierzu konnte durch die vorliegende Untersuchung gezeigt werden, dass einer dieser wohlbekanntesten Faktoren – der allgegenwärtige Zeitmangel – überdies auch eine Einschränkung aktiven Patientenverhaltens darstellen könnte. Darüber hinaus existiert eine Reihe psychiatriespezifischer Aspekte, die ein aktives Patientenverhalten substantiell erschweren. Hierzu gehören namentlich Einschränkungen der Entscheidungsfähigkeit sowie ein mangelndes Interesse, an therapeutischen Entscheidungen beteiligt zu werden, wobei diese Muster oftmals verursacht werden durch depressive oder negative Symptome oder infolge der psychischen Erkrankung bestehenden Denkstörungen.

Eine weitere überaus gewichtige Limitierung des Zustandekommens partizipativer Entscheidungen scheint zu bestehen in negativen Patientenerfahrungen mit dem Erleben von Machtlosigkeit gegenüber dem psychiatrischen System, etwa in Form gerichtlicher Unterbringung oder Zwangsmedikation. Solche Erfahrungen resultieren verständlicherweise in größter Zurückhaltung dieser Patienten bei der Initiierung gemeinsamer Entscheidungen in Zukunft.

Schließlich existieren weitere, eher implizite und kontextuelle Faktoren, die kaum durch den einzelnen Patienten beeinflusst werden können. Hierzu zählen die jeweilige

Atmosphäre auf Station, Persönlichkeitsaspekte des therapeutischen Personals, Unterschiede zwischen ambulantem und stationärem Behandlungssetting oder die Verfügbarkeit von Konsultationszeit.

5.5. Implikationen für die klinische Praxis und Ausblick

Die vorliegende Untersuchung konnte zeigen, dass spezifische patientenseitige Verhaltensschemata die Entstehung partizipativer Entscheidungsprozesse fördern können und dass diese durch psychiatrisch tätige Ärzte generell begrüßt und wertgeschätzt werden. Gleichzeitig konnte gezeigt werden, dass in der klinischen Versorgungsrealität und -routine eine Fülle unterschiedlichster Barrieren und Einschränkungen bestehen, die Patienten davon abhalten können, aktives Verhalten zu zeigen und im Behandlungskontext kompetent zu agieren. Wenn es gelingen soll, partizipatives Entscheiden als festen Bestandteil psychiatrischer Behandlung zu implementieren, ist es erforderlich, die Patientenseite des gemeinsamen Entscheidungsprozesses nicht länger zu vernachlässigen, müssen „kompetentes“ und „aktives“ Patientenverhalten gezielt gefördert und muss Patienten dabei geholfen werden, die genannten Barrieren zu überwinden. Und zur Überwindung eben dieser Barrieren ist notwendig, zu begreifen, dass ein Mangel an Entscheidungsfähigkeit eher einen veränderbaren Zustand denn eine fixe Persönlichkeitseigenschaft darstellt und demzufolge durch ein entsprechendes „Training“ beeinflusst werden kann (Carpenter et al. 2000), ebenso wie ein mangelndes Partizipationsbedürfnis häufig das Ergebnis negativer und frustrierender Erfahrungen mit ärztlichen Behandlungen ist und analog durch spezifische Interventionen modulierbar ist und das zuletzt auch kompetentes Patientenverhalten in spezifischen Trainingsprogrammen „erlernt“ werden kann (Hamann et al. 2012).

Ausgehend von diesen Überlegungen lässt sich postulieren, dass die aktuell für Patienten bestehenden Hindernisse, partizipationsförderliches Verhalten zu zeigen, überwunden werden könnten, wenn sie in der klinischen Praxis adäquat berücksichtigt würden. In Ergänzung hierzu hilfreich wäre eine feste Implementierung anderer, bereits existierender Maßnahmen wie Psychoedukationsprogramme und sicherlich auch eines partizipativen Kommunikationsstils auf Seiten psychiatrisch tätiger Ärzte, was an sich bereits aktives Patientenverhalten befördert. Gleichwohl deuten verschiedene Untersuchungen auf Schwierigkeiten hin, eine substantielle Veränderung des ärztlichen

Kommunikationsstils durch entsprechende Trainingsprogramme zu erreichen (Hulsman et al. 1999; Levinson & Roter 1993), während eine Modifikation des patientenseitigen Kommunikationsverhaltens mit relativ geringerem Interventionsaufwand induziert werden könnte (Anderson & Sharpe 1991; Cegala & Lenzmeier Broz 2003; Harrington et al. 2004, zitiert nach Cegala 2007). Dies verdeutlicht, dass der Stärkung von Kommunikationskompetenz auf Seiten der Patienten eine besondere Bedeutung zukommt, zumal es sich bei der Arzt-Patienten-Kommunikation um einen hochdynamischen Interaktionsprozess handelt, in dem eine aktive Partizipation der Patienten ein patientenorientiertes ärztliches Kommunikationsverhalten befördert und vice versa.

So konnte in Untersuchungen von Winkler-Stöhr (2009) und Hamann et al. (2011) bezüglich der Effekte eines SDM-Trainingsprogramms für schizophrene Patienten gezeigt werden, dass Teilnehmer der Interventionsgruppe ein höheres Partizipationsinteresse und eine größere Motivation zur aktiven Teilhabe an therapeutischen Entscheidungen aufwiesen als die Patienten der Kontrollgruppe. Zudem fanden sich Hinweise auf ein subjektiv stärkeres Erleben, an Therapieentscheidungen beteiligt zu sein sowie ein im Langzeitverlauf höheres Maß medikamentöser Adhärenz. Zugleich wurden diese Patienten jedoch in Vergleich zu Teilnehmern der Kontrollgruppe, die ein kognitives Trainingsprogramm erhielten, von ihren Behandlern als „schwieriger“ wahrgenommen und zeigten ein geringeres Vertrauen in ihre behandelnden Ärzte sowie eine generell kritischere Haltung gegenüber psychiatrischen Behandlungen. Als Konsequenz hieraus und unter Berücksichtigung der Ergebnisse der vorliegenden Untersuchung erscheint es zur erfolgreichen Implementierung partizipativer Entscheidungsprozesse in die klinische Versorgungsrealität sinnvoll, SDM-Trainingsprogramme für Patienten in einem integrativen Ansatz durch entsprechende Interventionen auf Seiten der behandelnden Ärzte zu flankieren.

Bei der Konzipierung solcher Trainingsprogramme erscheint dann entscheidend, wie in der Übersichtsarbeit von Heinssen, Liberman und Kopelowicz (2000) formuliert, Inhalt, Form und Dauer des Trainings auf die individuelle Stresstoleranz und Informationsverarbeitungsfähigkeit der Patienten abzustimmen sowie die jeweiligen Präferenzen und Ziele in der Behandlung zu berücksichtigen

5.6. Implikationen bezüglich der Messung von SDM aus Patientensicht

Soweit bisher beurteilbar, können mit dem entwickelten Messinstrument multiple Dimensionen partizipativen Patientenverhaltens abgebildet werden. Ein Vergleich mit verwandten Instrumenten (beispielsweise Farin 2014) lässt vermuten, dass das in dieser Arbeit vorgestellte Instrument Stärken aufweist hinsichtlich der Inhaltsvalidität in Bezug auf das spezifische (akut-) psychiatrische Setting durch die explizite Berücksichtigung hier relevanter kontextueller Faktoren. Gegenüber Behandlungen in somatischen Disziplinen wird im psychiatrischen Bereich eine Vielzahl von Modulatoren patientenseitigen Verhaltens wirksam, bedingt durch Aspekte wie die Erfahrung von Zwang und Unfreiwilligkeit einer Behandlung, erkrankungsbedingte Limitierungen der Partizipationsfähigkeit oder die besondere Bedeutung interaktioneller Faktoren wie Vertrauen und Respekt.

Einschränkend ist anzuführen, dass zur Beurteilung der externen Validität des vorgelegten Messinstruments weitere Untersuchungen notwendig sind.

5.7. Limitierungen der vorliegenden Untersuchung

Eine mögliche Einschränkung der hiesigen Untersuchung könnte die im ersten, qualitativen Untersuchungsteil relativ kleine Stichprobengröße darstellen. Darüber hinaus erfolgte die Rekrutierung eher schwerer und chronisch kranker Patienten, was zu einer stärkeren Gewichtung der Auswirkungen von Erfahrungen mit Zwangsmaßnahmen geführt haben könnte gegenüber der wohl geringeren Bedeutung für Patienten mit benigneren Krankheitsverläufen und eine Begrenzung der Repräsentativität der Untersuchung darstellt.

Zudem handelt es sich methodenimmanent, bedingt durch die Art der Inhaltsgenerierung, um subjektive Einschätzungen der in Fokusgruppeninterviews befragten Patienten und Ärzte, nicht um Verhaltensbeobachtungen.

Schließlich sind das Konzept von shared decision-making und der spezifische Beitrag von Patienten zu partizipativen Entscheidungsprozessen durchaus komplex und erfordern einige Fähigkeit zu abstraktem Denken, die bei einigen der befragten Patienten beeinträchtigt gewesen sein könnte.

Im zweiten, quantitativen Untersuchungsteil besteht eine Einschränkung der Repräsentativität der Stichprobe durch das auch hier vorliegenden Bias eher schwerwiegend erkrankter Patienten. Hierbei sind auch soziodemographische Faktoren

der Teilnehmer der quantitativen Untersuchung zu berücksichtigen (vgl. Kapitel 4.2., Tabelle 1). So war das Geschlechterverhältnis innerhalb der Patientengruppe mit einer Störung aus dem schizophrenen Formenkreis ausgeglichen, während bei den Patienten mit einer affektiven Störung das weibliche Geschlecht überwog. Dies befindet sich in Übereinstimmung mit epidemiologischen Daten, nach denen das Geschlechterverhältnis für depressive Störungen in der Allgemeinbevölkerung etwa 2:1 (Frauen : Männer) beträgt, während für psychotische Störungen eher von einem ausgeglichenen Verhältnis auszugehen ist (Jacobi et. al. 2014).

Bezüglich Freiwilligkeit bzw. Unfreiwilligkeit der aktuellen Behandlung zeigt sich ein – mit klinischen Erfahrungswerten übereinstimmender – nicht-signifikanter Trend des Überwiegens psychotischer gegenüber affektiv erkrankten Patienten am Anteil als teilweise oder völlig unfreiwillig erlebter psychiatrischer Behandlungen.

Weiterhin ergibt sich aus den erhobenen Daten, dass diejenige Patienten mit psychotischen Störungen signifikant häufiger geschützt beschäftigt, arbeitslos oder berentet waren als Patienten mit affektiven Erkrankungen, ein in der Literatur seit langer Zeit gut belegter Befund (McClashan 1984).

Bezüglich der Erkrankungsdauer ergibt sich in dem untersuchten Patientenkollektiv eine signifikant längere Dauer des Vorliegens der psychischen Erkrankung seit dem ersten Behandlungskontakt für die Gruppe der Patienten mit einer psychotischen Störung gegenüber affektiv Erkrankten.

6. Zusammenfassung

Um die von Fachgesellschaften, Gesundheitspolitik und auch von Patientenseite geforderte aktive Einbeziehung von Patienten in medizinische Entscheidungen im Sinne eines „shared decision-making“ (SDM) im klinischen Alltag zu verwirklichen, ist ein aktives Engagement von Ärzten und Patienten gleichermaßen erforderlich.

Nachdem in der bisherigen Forschung primär das ärztliche Verhalten in partizipativen Entscheidungsprozessen fokussiert wurde, war es Ziel der vorliegenden Untersuchung, als Teil des BMBF-geförderten Projekts *„Sind psychiatrische Patienten motiviert, eine partizipative Entscheidungsfindung aktiv zu unterstützen? Entwicklung und Validierung eines Messinstruments“* exemplarisch für den psychiatrischen Bereich zunächst zu identifizieren, welche Beiträge Patienten zu den einzelnen Schritten des SDM-Prozesses leisten können sowie kontextuelle Aspekte zu ermitteln, die modifizierende Einflussgrößen auf Partizipationsprozesse darstellen. Davon ausgehend sollte ein Messinstrument entwickelt werden, um Motivation und Ausmaß der Bereitschaft von Patienten zu quantifizieren, sich aktiv in medizinische Entscheidungsprozesse zu involvieren.

Den ersten qualitativen Untersuchungsteil stellten leitfadenbasierte Fokusgruppeninterviews dar, die im Zeitraum von 2011 bis 2012 an der Psychiatrischen Klinik des Klinikums Rechts der Isar der TU München sowie am kbo Isar-Amper-Klinikum München-Ost mit Patienten mit affektiven bzw. schizophrenen Erkrankungen sowie mit psychiatrisch tätigen Ärzten durchgeführt wurden. Ergänzend wurden eine Fokusgruppe mit niedergelassenen psychiatrisch tätigen Ärzten sowie im Vorfeld der Untersuchung Interviews mit Experten auf dem Gebiet der SDM-Forschung durchgeführt. Zielsetzung hierbei waren die Itemgenerierung für den Fragebogen der folgenden Projektphase, die Identifikation möglicher patientenseitiger Beiträge zu SDM („patient competencies“) sowie relevanter Kontextfaktoren der Umsetzung von SDM in der klinischen psychiatrischen Praxis.

Nach Transkription der akustischen Aufzeichnungen der Gruppeninterviews erfolgte eine Auswertung orientiert an der Methode der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring (Mayring 2010) mittels eines line-by-line-codings im Hinblick auf

Handlungsmöglichkeiten von Patienten, an Therapieentscheidungen beteiligt zu werden sowie auf genannte kontextuelle, den SDM-Prozess modifizierende Aspekte.

Im nächsten Schritt erfolgte aus der Zusammenführung dieser Exzerpte in thematische Cluster die Kategorienbildung.

Hierbei ergaben sich die nachfolgenden, insgesamt sieben thematischen Cluster patientenseitiger Handlungs- und Verhaltensoptionen, eine partizipative Entscheidungsfindung zu realisieren.

1. Ehrlichkeit und Offenheit: In diesem Cluster bilden sich vielfältige Dimensionen von Ehrlichkeit ab, wie die aufrichtige, umfassende und authentische Information des behandelnden Arztes über das eigene Befinden, Therapiemotivation und Behandlungsziele, das Thematisieren auch konflikthafter und schambesetzter Facetten der eigenen Problematik oder auch eine Freimütigkeit, Schwierigkeiten bei der Einhaltung therapeutischer Absprachen einzuräumen. Von fundamentaler Bedeutung erscheint aber auch eine Offenheit und Bereitschaft, sich selbst mit der vorliegenden (psychischen) Erkrankung und den damit verbundenen Problemen zu konfrontieren.
2. Vertrauen und Geduld: Dieses thematische Cluster repräsentiert die aktive Einnahme einer vertrauensvollen unvoreingenommenen Haltung gegenüber der Person des Therapeuten, das Gewähren eines Vertrauensvorschlusses sowie sich mit ausreichender Geduld auf die begonnene Therapie einzulassen
3. Respekt und Höflichkeit: Inhalte dieses Clusters sind das Bemühen um einen respektvollen Umgang mit dem Behandler, beispielsweise durch die Einhaltung basaler Kommunikationsregeln, auch im Falle eines Konfliktes möglichst konstruktiv und zugewandt zu bleiben sowie den Therapeuten nicht allein in seiner beruflichen Funktion zu adressieren, sondern daneben auch als ein menschliches Gegenüber wahrzunehmen und somit aktiv zu einer positiven Behandlungsatmosphäre beizutragen, in der Partizipation erst möglich wird.
4. Information, Rückmeldung, Feedback an den Arzt: Dieses Cluster beinhaltet Verhaltensmodalitäten des aktiven und umfassenden Einbringens von für die Behandlung relevanten Informationen, also auch psychosozialer und biographischer Art, das Darlegen des eigenen Krankheitskonzeptes sowie das Geben einer Rückmeldung bezüglich der Effekte und Nebenwirkungen einer

(medikamentösen) Therapie als auch das konstruktive Äußern von Kritik an Behandlung und Art der Arzt-Patient-Beziehung.

5. Eigeninitiative und Mitarbeit im Arztgespräch: Die in diesem Cluster zusammengefassten Verhaltensweisen beziehen sich auf die Übernahme von Selbstverantwortung und Verantwortung für das Gelingen einer Behandlung durch Mittragen getroffener Entscheidungen, ein kompetentes und mutiges Auftreten gegenüber dem Arzt, das den Willen zur Verantwortungsübernahme aktiv vermittelt, aber auch, sich ausreichend Zeit zu nehmen für eine Behandlungsentscheidung, eigene Behandlungsvorschläge einzubringen, Behandlungspräferenzen und einen realistischen Behandlungsauftrag klar zu formulieren sowie bei Unklarheiten nachzufragen und um Erklärungen zu bitten.
6. Informieren und Vorbereiten: Hier werden Verhaltensweisen thematisiert wie die aktive Informationssuche über die eigene Erkrankung und therapeutische Optionen, durch die Lektüre von Patientenratgebern oder Recherche im Internet, das sorgfältige Auswählen eines geeigneten Therapeuten sowie eine Vorbereitung auf die Konsultation, beispielsweise unter Zuhilfenahme schriftlicher Notizen. Ferner auch der Einbezug von Angehörigen oder anderer unterstützender Vertrauter in die Behandlungskontakte, die Festlegung von Behandlungspräferenzen in einem „Notfallplan“ oder einer Patientenverfügung sowie die Organisation komplementärer Unterstützungsmöglichkeiten, wie einen Kontakt zum SPDi.
7. Umsetzung und Transfer: Gemeint sind hier neben der Annahme angebotener therapeutischer Hilfe das Umsetzen vereinbarter Therapieschritte innerhalb der Behandlung wie auch deren Transfer in den eigenen Alltag. Dazu gehören Handlungsweisen wie das Einhalten bzw. rechtzeitige Absagen vereinbarter Termine, die Teilnahme an Therapieangeboten, Kompromissbereitschaft innerhalb der Therapie, die Einnahme einer empfohlenen Medikation bzw. das Offenlegen ihrer Nichteinnahme gegenüber dem Behandler.

In der qualitativen Analyse wurden neben diesen Verhaltens-Optionen innerhalb des genuinen Therapiegeschehens zahlreiche sekundäre kontextuelle Bedingungsfaktoren deutlich, die potente Modulatoren partizipativer Entscheidungsprozesse darstellen. Diese lassen sich klassifizieren als Faktoren seitens der behandelnden Ärzte, seitens

der Patienten sowie struktureller Natur. Wesentliche „ärztliche Faktoren“ bilden die interindividuell erheblich variierende Grundhaltung innerhalb eines paternalistisch bis patientenzentrierten Kontinuums und vielfältige Gegenübertragungsphänomene.

Konstitutive Patientenfaktoren bestehen im heterogenen Ausmaß des Partizipationsbedürfnisses sowie der Partizipationsfähigkeit, Akuität bzw. Chronizität der Erkrankung sowie Erfahrungen mit Zwang und Gewalt sowie dem Erleben von Ohnmacht innerhalb psychiatrischer Behandlungen.

Strukturelle Faktoren bilden schließlich modifizierende Einflussgrößen, wie ambulantes versus stationäres Behandlungssetting, die jeweilige Stationsatmosphäre, die Verfügbarkeit der Ressource Zeit oder auch ökonomische Sachzwänge.

Ausgehend von den Ergebnissen der qualitativen Inhaltsanalyse erfolgte die Generierung von 57 Items, die nach Vortestung in kognitiven Interviews in die Fragebogenvorform überführt und im zweiten quantitativen Untersuchungsabschnitt von N = 524 Patienten ausgefüllt wurde.

Es erfolgte die Durchführung einer psychometrischen Analyse der Daten, nach Elimination redundanter und qua Verständlichkeit problematischer Items verblieben 47 Items, zudem erfolgte die Herausnahme unvollständiger Datensätze, so dass die Daten von N = 424 in SPSS analysiert werden konnten. Eine explorative Hauptkomponentenanalyse (Hauptkomponentenanalyse, Promax-Rotation) ergab eine 5-Faktorenlösung für die Gesamtstichprobe, nach erneuter Hauptkomponentenanalyse erfolgte mittels der sich ergebenden Mustermatrix dann die inhaltliche Analyse der Faktoren, wobei nach Überprüfung in AMOS mit einem konfirmatorisches Modell weitere 8 Items mit niedriger Faktorladung bzw. korrelierten Fehlern entfernt wurden. Somit ergaben sich in der quantitativen Analyse folgende fünf Faktoren:

- Faktor 1: Proaktive Kommunikation und Kooperation
- Faktor 2: Kritische, eigenverantwortliche und mündige Mitwirkung
- Faktor 3: Höflichkeit, Compliance und Aufgeschlossenheit
- Faktor 4: Gesundheitskompetenz
- Faktor 5: Informationsakquise

Beim Vergleich der sieben thematischen Cluster der qualitativen Analyse ergab sich eine hohe Konformität mit den gefundenen fünf Faktoren der quantitativen Auswertung, siehe Kapitel 5.3.

Auch befinden sich diese Kategorien patientenseitiger und partizipationsförderlicher Verhaltensweisen in Einklang mit den in der vorhandenen Literatur beschriebenen generellen Faktoren zur Förderung kompetenten Kommunikationsverhaltens und der Teilhabe an therapeutischen Entscheidungen. Darüber hinausreichend bildeten sich in der vorliegenden Untersuchung eine Vielzahl für das psychiatrische Gebiet spezifischer Einflussfaktoren ab, wie die im Vergleich zur somatischen Medizin ungleich größere Bedeutung der Kategorien „Offenheit und Ehrlichkeit“, „Vertrauen und Geduld“, „Höflichkeit und Respekt“ sowie „Umsetzung und Transfer“. Zudem konnten multiple kontextuelle Faktoren identifiziert werden, die insbesondere im Bereich psychiatrischer Behandlungen für das Zustandekommen einer partizipativen Entscheidungsfindung von erheblichem Belang sind.

Als Fazit bleibt festzuhalten, dass psychiatrische Patienten offensichtlich über eine ganze Reihe von Möglichkeiten verfügen, das Entstehen partizipativer Entscheidungen zu erleichtern oder überhaupt erst zu ermöglichen. Diese patientenbezogene Seite des SDM-Prozesses ist bislang sowohl in Versorgungsforschung als auch klinischer Praxis unzureichend berücksichtigt worden.

Gezielte Interventionen zur Stärkung der Entscheidungsfähigkeit von Patienten, Unterstützung ihrer Partizipationspräferenzen und das Erlernen eines kompetenten Patientenverhaltens könnten entscheidenden Einfluss auf die erfolgreiche Implementierung partizipativer Entscheidungsprozesse im Bereich psychiatrischer Therapie haben und somit entscheidend zu einer Verbesserung von Behandlungszufriedenheit und -qualität beitragen.

7. Literaturverzeichnis

Anderson, L. A., & Sharpe, P. A. Improving patient and provider communication: A synthesis and review of communication interventions. *Patient Education and Counseling*. 17; (1991); 99–134.

Arnold, C. L., Coran, J. J., & Hagen, M. G. Revisiting patient communication training: An updated needs assessment and the AGENDA model. *Patient education and counseling*, 88(3); (2012); 399-405.

Bandura, A. Self-efficacy. John Wiley & Sons, Inc. (1994)

Braddock III, C. H., Edwards, K. A., Hasenberg, N. M., Laidley, T. L., Levinson, W. Informed decision making in outpatient practice: time to get back to basics. *Jama*. 282(24); (1999); 2313-2320.

Bunn, M. H., O'Connor, A. M., Tansey, M. S., Jones, B. D. W., Stinson, L. E. Characteristics of clients with schizophrenia who express certainty or uncertainty about continuing treatment with depot neuroleptic medication. *Arch. Psychiatr. Nurs.* 11; (1997); 238–248.

Carpenter, W. T. Jr., Gold, J. M., Lahti, A. C., Queern, C. A., Conley, R. R., Bartko, J. J., Kovnick, J., Appelbaum, P. S. Decisional capacity for informed consent in schizophrenia research. *Arch. Gen. Psychiatry* 57; (2000); 533–538.

Cassileth, B. R., Zupkis, R. V., Sutton-Smith, K., March, V. Information and participation preferences among cancer patients. *Ann. Intern. Med.* 92; (1980); 832–836.

Cegala, D. J., Gade, C., Lenzmeier Broz, S., McClure, L. Physicians' and patients' perceptions of patients' communication competence in a primary care medical interview. *Health communication*. 16(3); (2004); 289-304.

Cegala, D. J. An exploration of factors promoting patient participation in primary care medical interviews. *Health communication*, 26(5), (2011); 427-436.

Charles, C., Gafni, A., Whelan, T. Shared decision-making in the medical encounter: what does it mean? (or it takes at least two to tango) *Soc. Sci. Med.* 44; (1997); 681–692.

Coulter A , Magee H. *The European patient of the future*. Berkshire: Open University Press (2003).

Degner L.F., Sloan J.A, Venkatesh P. The Control Preferences Scale. *The Canadian Journal of Nursing Research*. 29(3); (1997); 21-43.

Dierks, M., Seidel, G., Schwartz, W., Horch, K. *Gesundheitsberichterstattung des Bundes: Bürger- und Patientenorientierung im Gesundheitswesen*. Robert-Koch-Institut; Berlin; 2006.

Edwards, A., Elwyn, G., Hood, K., Robling, M., Atwell, C., Holmes-Rovner, M., Kinnersley, P., Houston, H., Russell, I. The development of COMRADE – a patient-based outcome measure to evaluate the effectiveness of risk communication and treatment decision making in consultations. *Patient. Educ. Couns.* 50; (2003); 311–322.

Elwyn, G., Edwards, A., Kinnersley, P., Grol, R. Shared decision making and the concept of equipoise: the competences of involving patients in healthcare choices. *Br. J. Gen. Pract.* 50; (2000); 892–899.

Elwyn, G., Edwards, A., Wensing, M., Hood, K., Atwell, C., & Grol, R. Shared decision making: developing the OPTION scale for measuring patient involvement. *Quality and Safety in health care*. 12(2); (2003); 93-99.

Ende, J., Kazis, L., Ash, A., Moskowitz, M. A. Measuring patients desire for autonomy: decision making and information-seeking preferences among medical patients. *J. Gen. Intern. Med.* 4; (1989); 23–30.

Farin, E., Schmidt, E., & Gramm, L. Patient communication competence: Development of a German questionnaire and correlates of competent patient behavior. *Patient education and counseling*; 94(3); (2014); 342-350.

Giersdorf, N., Loh, A., Bieber, C., Caspari, C., Deinzer, A., Doering, T., Härter, M. Development and validation of assessment instruments for shared decision making. *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz*. 47(10); (2004); 969-976.

Goss, C., Moretti, F., Mazzi, M. A., Del Piccolo, L., Rimondini, M., & Zimmermann, C. Involving patients in decisions during psychiatric consultations. *The British Journal of Psychiatry*. 193(5); (2008); 416-421.

Hamann, J., Leucht, S., Kissling, W. Shared decision making in psychiatry. *Acta Psychiatr. Scand.* 107; (2003); 403–409.

Hamann, J., Cohen, R., Leucht, S., Busch, R., Kissling, W. Do patients with schizophrenia wish to be involved in decisions about their medical treatment? *Am. J. Psychiatry* 162; (2005); 2382–2384.

Hamann, J., Langer, B., Winkler, V., Busch, R., Cohen, R., Leucht, S., Kissling, W. Shared decision making for in-patients with schizophrenia. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 114(4); (2006); 265-273.

Hamann, J., Neuner, B., Kasper, J., Vodermaier, A., Loh, A., Deinzer, A., Heesen, C., Kissling, W., Busch, R., Schmieder, R., Spies, C., Caspari, C., Härter, M. Participation preferences of patients with acute and chronic conditions. *Health Expect.* 10; (2007); 358–363.

Hamann, J., Cohen, R., Leucht, S., Busch, R., & Kissling, W. Shared decision making and long-term outcome in schizophrenia treatment. *The Journal of clinical psychiatry*, 68(7); (2007); 992-997.

Hamann, J., Mendel, R. T., Fink, B., Pfeiffer, H., Cohen, R., & Kissling, W. Patients' and psychiatrists' perceptions of clinical decisions during schizophrenia treatment. *The Journal of nervous and mental disease*. 196(4); (2008); 329-332.

Hamann, J., Mendel, R., Meier, A., Asani, F., Pausch, E., Leucht, S., Kissling, W. „How to Speak to Your Psychiatrist”: Shared Decision-Making Training for Inpatients With Schizophrenia. *Psychiatric Services*. 62(10); (2011); 1218-1221.

Harrington, J., Noble, L. M., & Newman, S. P. Improving patients' communication with doctors: A systematic review of intervention studies. *Patient Education & Counseling*. 52(1) (2004) 7–16

Heinssen, R. K., Liberman, R. P., Kopelowicz, A. Psychosocial skills training for schizophrenia: Lessons from the laboratory. *Schizophrenia bulletin*. 26(1); (2000); 21.

Holmes-Rovner, M., Kroll, J., Schmitt, N., Rovner, D. R., Breer, M. L., Rothert, M. L., Talarczyk, G. Patient Satisfaction with Health Care Decisions The Satisfaction with Decision Scale. *Medical Decision Making*. 16(1); (1996); 58-64.

Hu, L. T., & Bentler, P. M. Fit indices in covariance structure modeling: Sensitivity to underparameterized model misspecification. *Psychological methods*, 3(4), (1998); 424.

Hulsman, R. L., Ros, W. J. G., Winnubst, J. A. M., & Bensing, J. M. Teaching clinically experienced physicians communication skills. A review of evaluation studies. *Medical education*. 33(9); (1999); 655-668.

Jacobi, F., Höfler, M., Strehle, J., Mack, S., Gerschler, A., Scholl, L., Wittchen, H. U. Psychische Störungen in der Allgemeinbevölkerung. *Der Nervenarzt*. 85(1); (2014); 77-87.

Kitzinger, J. Qualitative research: introducing focus groups. *Bmj*, 311(7000); (1995); 299-302.

Kjellgren, K. I., Svensson, S., Ahlner, J., & Säljö, R. Antihypertensive treatment and patient autonomy—the follow-up appointment as a resource for care. *Patient education and counseling*. 40(1); (2000); 39-49.

Kliche, T., & Kröger, G. Empowerment in Prävention und Gesundheitsförderung – Eine konzeptkritische Bestandsaufnahme von Grundverständnissen, Dimensionen und Erhebungsproblemen. *Das Gesundheitswesen*, 70(12); (2008); 715-720.

Koch, U., Lehmann, H. Der informierte Bürger. *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz* 47 (2004) 925–926

Krantz, D.S., Baum, A., Wideman, M.V. Assessment of preferences for self-treatment and information in health care. *Journal of Personality and Social Psychology*, 39(5); (1980); 977-990.

Kriston, L., Scholl, I., Hölzel, L., Simon, D., Loh, A., & Härter, M. The 9-item Shared Decision Making Questionnaire (SDM-Q-9). Development and psychometric properties in a primary care sample. *Patient education and counseling*. 80(1); (2010); 94-99.

Krueger RA, Casey MA. *Focus Groups: A Practical Guide for Applied Research*. Thousand Oaks: Sage Publications; (2008).

Krumm, S., Becker, T. Der Einbezug von Nutzern psychiatrischer Angebote in die psychiatrische Versorgungsforschung. *Psychiat. Prax.* 33; (2006); 59–66.

Kühn-Mengel, H., Kronauer, B., Walzik, W. Patientenorientierung im Gesundheitswesen. In: „Gemeinsam entscheiden—erfolgreich behandeln. Neue Wege für Ärzte und Patienten im Gesundheitswesen“ Härter M., Loh, A., Spies, C. (Hrsg.), Deutscher Ärzte-Verlag, Köln; (2005); 55–61.

Lerman, C. E., Brody, D. S., Caputo, G. C., Smith, D. G., Lazaro, C. G., Wolfson, H. G. Patients' perceived involvement in care scale. *Journal of General Internal Medicine*, 5(1); (1990); 29-33.

Levinson, W., & Roter, D. The effects of two continuing medical education programs on communication skills of practicing primary care physicians. *Journal of General Internal Medicine*. 8(6); (1993); 318-324.

Loh, A., Kremer, N., Giersdorf, N., Jahn, H., Hänselmann, S., Bermejo, I., Härter, M. Informations- und Partizipationsinteressen depressiver Patienten bei der medizinischen Entscheidungsfindung in der hausärztlichen Versorgung. *Z. Ärztl. Fortbild. Qualitätssich.* 98; (2004); 101–107.

Mayring, P. „Qualitative Inhaltsanalyse: Grundlagen und Techniken.“ Beltz Verlag; Weinheim und Basel; (2010).

Mazur, D. J., Hickam, D. H. Patients' preferences for risk disclosure and role in decision making for invasive medical procedures. *J. Gen. Intern. Med.* 12; (1997); 114–117.

McGlashan, T. H. The Chestnut Lodge follow-up study: II. Long-term outcome of schizophrenia and the affective disorders. *Archives of General Psychiatry*, (1984); 41(6); 586.

McKinstry, B. Do patients wish to be involved in decision making in the consultation? A cross sectional survey with video vignettes. *BMJ* 321; (2000); 867–871.

Osterberg, L., Blaschke, T. Adherence to medication. *New England Journal of Medicine*. 353(5); (2005); 487-497.

Palmer, B. W., Dunn, L. B., Appelbaum, P. S., Jeste, D. V. Correlates of treatment-related decision-making capacity among middle-aged and older patients with schizophrenia. *Arch. Gen. Psychiatry* 61; (2004); 230–236.

Rogers, E. S., Chamberlin, J., Ellison, M. L., Crean, T. A consumer-constructed scale to measure empowerment among users of mental health services. *Psychiatric services*. 48(8); (1997); 1042-1047.

Scheibler F., Pfaff H. Shared decision-making. In: „Shared Decision-Making. Der Patient als Partner im medizinischen Entscheidungsprozess“, Scheibler F, Pfaff H. (Hrsg.), Juventa Verlag, Weinheim und München; (2003); 11-22.

Scheibler, F., Freise, D., & Pfaff, H. Die Einbeziehung von Patienten in die Behandlung. *Journal of Public Health*. 12(3); (2004); 199-209.

Simon D., Loh A., Härter M. Grundlagen der partizipativen Entscheidungsfindung und Beispiele der Anwendung in der Rehabilitation. *Die Rehabilitation* (2008); 47: 84– 89.

Stewart, D. C., Anthony, G. B., & Chesson, R. (2010). 'It's not my job. I'm the patient not the doctor': Patient perspectives on medicines management in the treatment of schizophrenia. *Patient education and counseling*; 78(2); 212-217.

Street, R. L. Communication in medical encounters: An ecological perspective. *Handbook of health communication*; (2003); 63-89.

Strull, W. M., Lo, B., Charles, G. Do patients want to participate in medical decision making? *JAMA* 252; (1984); 2990–2994.

Towle, A., Godolphin, W., Framework for teaching and learning informed shared decision making. *BMJ* 319; (1999); 766–771.

Winkler-Stöhr, V. A. E. . Shared decision making in der stationären Behandlung von Patienten mit Schizophrenie. Doctoral dissertation, München, Techn. Univ., Diss., 2010.

Ziegenhagen, D. J., Frye, C., Kottmair, S. Patientenzentrierte Gesundheitsprogramme. Konzeption und praktische Erfahrungen am Beispiel der Indikation chronische Herzinsuffizienz. *Z. Ärztl. Fortbild. Qualitätssich.* 99; (2005); 209–215.

8. Anhang

8.1. Vorform des entwickelten Fragebogens

Fragebogen

Bitte machen Sie zunächst einige Angaben zu Ihrer Person:

1. Alter: _____ Jahre
2. Geschlecht: weiblich männlich
3. Muttersprache: _____
4. Höchster erreichter Schulabschluss
 - keiner
 - Sonderschule
 - Hauptschule ohne qualifizierenden Abschluss
 - Hauptschule mit qualifizierendem Abschluss
 - Mittlere Reife
 - (Fach)-Abitur
 - Sonstiges _____
5. Sind Sie aktuell berufstätig?
 - berufstätig, Vollzeit
 - berufstätig, Teilzeit
 - berufstätig, gelegentlich
 - in Ausbildung / Umschulung / ReHa
 - arbeitslos / Hartz IV
 - berentet
 - geschützt beschäftigt
 - Sonstiges _____
6. Werden Sie im Moment stationär (im Krankenhaus) oder ambulant (Praxis, Ambulanz) behandelt?
 - stationär / tagklinisch
 - ambulant
7. Wenn Sie an Ihre aktuelle psychiatrische Behandlung denken, ist diese...
 - völlig freiwillig
 - mehr oder wenig freiwillig
 - absolut unfreiwillig?
8. Wie oft waren Sie wegen psychischer Probleme schon im Krankenhaus?
 - nie
 - _____ mal
9. Wann waren Sie wegen psychischer Beschwerden das erste Mal beim Arzt?
Im Jahr 19____ bzw. 20____ .

Fragebogen

Bitte geben Sie im Folgenden an, wie Sie sich im Rahmen Ihrer psychiatrischen Behandlung (z.B. beim Psychiater, im Krankenhaus etc.) meistens verhalten.

1. Ich berichte meinem Arzt meine Beschwerden so genau wie möglich.	1 nie	2 selten	3 gelegentlich	4 oft	5 immer
2. Ich berichte auch von mir aus, wenn ich Nebenwirkungen von den Medikamenten spüre.	1 nie	2 selten	3 gelegentlich	4 oft	5 immer
3. Ich sage offen, wo ich Probleme habe.	1 nie	2 selten	3 gelegentlich	4 oft	5 immer
4. Ich vertraue darauf, dass der Arzt mein Bestes will, auch wenn mich die Behandlung nicht überzeugt.	1 nie	2 selten	3 gelegentlich	4 oft	5 immer
5. Ich halte Termine mit Ärzten pünktlich ein.	1 nie	2 selten	3 gelegentlich	4 oft	5 immer
6. Ich spreche es an, wenn ich mich von meinem Arzt nicht ernst genommen fühle.	1 nie	2 selten	3 gelegentlich	4 oft	5 immer
7. Ich informiere mich im Internet über meine Erkrankung.	1 nie	2 selten	3 gelegentlich	4 oft	5 immer
8. Ich tausche mich mit anderen Patienten über meine Erkrankung aus.	1 nie	2 selten	3 gelegentlich	4 oft	5 immer
9. Wenn ich von anderen Ärzten Vorberichte über mich habe, bringe ich sie meinem Arzt mit.	1 nie	2 selten	3 gelegentlich	4 oft	5 immer
10. Ich nehme meine Medikamente genau wie mit meinem Arzt vereinbart ein.	1 nie	2 selten	3 gelegentlich	4 oft	5 immer
11. Ich schreibe mir vor dem Arztgespräch Fragen an den Arzt auf.	1 nie	2 selten	3 gelegentlich	4 oft	5 immer
12. Ich bespreche mit dem Arzt, was ich selbst gegen meine Beschwerden tun kann.	1 nie	2 selten	3 gelegentlich	4 oft	5 immer
13. Ich mache deutlich, was für mich die wichtigsten Ziele der Behandlung sind.	1 nie	2 selten	3 gelegentlich	4 oft	5 immer
14. Ich zeige dem Arzt, was ich über meine Erkrankung schon weiß.	1 nie	2 selten	3 gelegentlich	4 oft	5 immer
15. Ich bin auch dann höflich zu Ärzten, wenn ich mit der Behandlung unzufrieden bin.	1 nie	2 selten	3 gelegentlich	4 oft	5 immer
16. Ich zwingen mich Geduld zu haben, bis eine Behandlung endlich wirkt.	1 nie	2 selten	3 gelegentlich	4 oft	5 immer
17. Ich spreche meine Sorgen offen an.	1 nie	2 selten	3 gelegentlich	4 oft	5 immer

→ Bitte umblättern!

Fragebogen

Bitte geben Sie im Folgenden an, wie Sie sich im Rahmen Ihrer psychiatrischen Behandlung (z.B. beim Psychiater, im Krankenhaus etc.) meistens verhalten.

18. Bevor ich Ärzten etwas sage, überlege ich, welche Folgen es für mich haben könnte.	1 nie	2 selten	3 gelegentlich	4 oft	5 immer
19. Ich berichte auch von mir aus, ob mir ein Medikament hilft oder nicht.	1 nie	2 selten	3 gelegentlich	4 oft	5 immer
20. Ich mache den Ärzten deutlich, dass ich selber Verantwortung übernehme.	1 nie	2 selten	3 gelegentlich	4 oft	5 immer
21. Ich frage nach, wenn mir etwas von meinem Arzt nicht genug erklärt wird.	1 nie	2 selten	3 gelegentlich	4 oft	5 immer
22. Ich versuche den Arzt zu wechseln, wenn ich mit ihm nicht zufrieden bin.	1 nie	2 selten	3 gelegentlich	4 oft	5 immer
23. Ich lese die Beipackzettel meiner Medikamente genau durch.	1 nie	2 selten	3 gelegentlich	4 oft	5 immer
24. Ich überlege mir schon vor den Arztgesprächen, was ich ansprechen möchte.	1 nie	2 selten	3 gelegentlich	4 oft	5 immer
25. Ich versuche, die Behandlung auch in meinem Alltag umzusetzen.	1 nie	2 selten	3 gelegentlich	4 oft	5 immer
26. Wenn mir eine Behandlung vorgeschlagen wird, frage ich auch nach anderen Möglichkeiten.	1 nie	2 selten	3 gelegentlich	4 oft	5 immer
27. Ich informiere mich in Büchern über meine Erkrankung.	1 nie	2 selten	3 gelegentlich	4 oft	5 immer
28. Bei wichtigen medizinischen Entscheidungen hole ich mir eine zweite Meinung ein.	1 nie	2 selten	3 gelegentlich	4 oft	5 immer
29. Ich spreche auch über Probleme, die mir peinlich sind.	1 nie	2 selten	3 gelegentlich	4 oft	5 immer
30. Ich berichte meinem Arzt, wenn ich seinen Empfehlungen nicht gefolgt bin.	1 nie	2 selten	3 gelegentlich	4 oft	5 immer
31. Ich lasse meinen Arzt auch dann ausreden, wenn ich schon weiß, was er sagen wird.	1 nie	2 selten	3 gelegentlich	4 oft	5 immer
32. Ich berichte von selbst, wenn sich an meinem Befinden etwas ändert.	1 nie	2 selten	3 gelegentlich	4 oft	5 immer
33. Ich sage es, wenn mich die Therapie überfordert.	1 nie	2 selten	3 gelegentlich	4 oft	5 immer
34. Ich kann alle meine Diagnosen genau benennen.	1 nie	2 selten	3 gelegentlich	4 oft	5 immer

→ Bitte umblättern!

Fragebogen

Bitte geben Sie im Folgenden an, wie Sie sich im Rahmen Ihrer psychiatrischen Behandlung (z.B. beim Psychiater, im Krankenhaus etc.) meistens verhalten.

35. Ich nehme Angehörige als Unterstützung mit zu Arztgesprächen.	1 nie	2 selten	3 gelegentlich	4 oft	5 immer
36. Ich bin bereit in gesunden Zeiten festzulegen, wie ich behandelt werden möchte, wenn ich einen Rückfall bekommen sollte.	1 nie	2 selten	3 gelegentlich	4 oft	5 immer
37. Ich schreibe mir auf, wie einzelne Medikamente bei mir gewirkt haben.	1 nie	2 selten	3 gelegentlich	4 oft	5 immer
38. Ich spreche es an, wenn ich mich unfair behandelt fühle.	1 nie	2 selten	3 gelegentlich	4 oft	5 immer
39. Bevor ich etwas über mich erzähle, überlege ich, ob das wirklich für die Behandlung nötig ist.	1 nie	2 selten	3 gelegentlich	4 oft	5 immer
40. Ich sage deutlich, wenn mir ein Therapieangebot nicht gefällt.	1 nie	2 selten	3 gelegentlich	4 oft	5 immer
41. Ich sage meinem Arzt, was ich selbst für die Ursache meiner Beschwerden halte.	1 nie	2 selten	3 gelegentlich	4 oft	5 immer
42. Ich schlage selber vor, mit welchen Medikamenten ich behandelt werden möchte.	1 nie	2 selten	3 gelegentlich	4 oft	5 immer
43. Ich setze um, was mein Arzt mir rät, auch wenn ich es nicht ganz verstehe	1 nie	2 selten	3 gelegentlich	4 oft	5 immer
44. Ich weiß über meine aktuellen Medikamente ganz genau Bescheid.	1 nie	2 selten	3 gelegentlich	4 oft	5 immer
45. Ich hole mir beim Pflegepersonal Unterstützung für Arztgespräche.	1 nie	2 selten	3 gelegentlich	4 oft	5 immer
46. Ich sage dem Arzt, was ich mit ihm besprechen will.	1 nie	2 selten	3 gelegentlich	4 oft	5 immer
47. Ich schlage selber vor, welche zusätzlichen Therapien (z.B. Psychotherapie) ich bekommen möchte.	1 nie	2 selten	3 gelegentlich	4 oft	5 immer
48. Ich frage meinen Arzt, was er für die Ursache meiner Beschwerden hält.	1 nie	2 selten	3 gelegentlich	4 oft	5 immer
49. Wenn ich einen neuen Arzt suche, gebe ich mir große Mühe, den richtigen für mich zu finden.	1 nie	2 selten	3 gelegentlich	4 oft	5 immer

→ Bitte umblättern!

Fragebogen

Bitte geben Sie im Folgenden an, wie Sie sich im Rahmen Ihrer psychiatrischen Behandlung (z.B. beim Psychiater, im Krankenhaus etc.) meistens verhalten.

50. Ich bestehe vor wichtigen Entscheidungen in der Behandlung auf ausreichend Bedenkzeit.	1 nie	2 selten	3 gelegentlich	4 oft	5 immer
51. Ich setze Dinge, die mir wichtig sind, dem Arzt gegenüber durch.	1 nie	2 selten	3 gelegentlich	4 oft	5 immer
52. Ich berichte von mir aus, welche Behandlungen mir geholfen haben und welche nicht.	1 nie	2 selten	3 gelegentlich	4 oft	5 immer
53. Ich versuche konsequent umzusetzen, was ich mit meinem Arzt vereinbart habe.	1 nie	2 selten	3 gelegentlich	4 oft	5 immer
54. Ich frage meinen Arzt, wo ich mich genauer über meine Erkrankung informieren kann.	1 nie	2 selten	3 gelegentlich	4 oft	5 immer
55. Bevor ich etwas in der Behandlung ablehne, probiere ich es erst einmal aus.	1 nie	2 selten	3 gelegentlich	4 oft	5 immer
56. Ich spreche offen an, wenn ich mit der Behandlung nicht einverstanden bin.	1 nie	2 selten	3 gelegentlich	4 oft	5 immer
57. Ich bin bereit, Kompromisse zwischen meinen eigenen Vorstellungen und den Empfehlungen der Ärzte zu machen.	1 nie	2 selten	3 gelegentlich	4 oft	5 immer

Herzlichen Dank für das Ausfüllen des Fragebogens!

9. Danksagung

Herzlich danken möchte ich allen voran meinem Doktorvater Prof. Dr. Johannes Hamann für die Überlassung des Themas, zahlreiche konstruktive und motivierende Gespräche sowie die exzellente Betreuung und sehr engagierte Unterstützung in allen Phasen der Arbeit, von der Planung über die Durchführung der Fokusgruppen bis zur Fertigstellung des Manuskripts.

Mein besonderer Dank gilt Herrn Prof. Dr. Markus Bühner für die umfassende und hochkompetente Beratung und Hilfe bei der statistischen Analyse der Daten.

Danken möchte ich weiterhin Frau Dr. Dipl.-Soz.päd. Dipl.-Psych. Rosemarie Mendel für viele hilfreiche Hinweise und die kontinuierliche Begleitung der Arbeit.

Nicht zuletzt danke ich allen Teilnehmerinnen und Teilnehmern der Fokusgruppen, Ärzten wie Patienten, herzlich für die zur Verfügung gestellte Zeit, vielfältige Einsichten und Anregungen, sowie allen bei der Rekrutierung von Patienten beteiligten Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Psychiatrischen Klinik des Klinikums Rechts der Isar und des kbo Isar-Amper-Klinikums.

Abschließend möchte ich mich bei den vielen Patientinnen und Patienten für das Ausfüllen der Fragebögen bedanken, durch deren Mitwirkung diese Arbeit erst möglich wurde.