

Jessica Vanessa Krebs
Masterstudiengang Soziale Arbeit

MASTER-THESIS

Aushandlungs(t)räume in der Psychiatrie

Eine qualitative Analyse von Visiten-Gesprächen
im allgemeinpsychiatrischen Setting

Prof. Dr. Cornelia Helfferich

Erstprüferin

Prof. Dr. Heiko Löwenstein

Zweitprüfer

Januar, 2018 (2. Auflage)

„Zwei Höllenhunde bewachen den Eingang zur Psychiatrie.
Sie heißen Krankheitseinsicht und Compliance.
Nur wer beide Forderungen erfüllt, bekommt - ohne Zwang –
Zugang zu den psychiatrischen Hilfsangeboten.“
(Bock, 2014, S.7)

Inhalt

1	Einleitung.....	5
2	Wissens- und Interaktionsordnungen in der Psychiatrie.....	7
2.1	Krankheits(ein)sichten in der Psychiatrie	7
2.1.1	Biomedizinische Krankheitssicht.....	7
2.1.2	Psychosoziale Krankheitssicht.....	10
2.1.3	Subjektive Krankheitssicht und fehlende Krankheitseinsicht.....	14
2.1.4	Geteilte Krankheitssicht: Dreiklang von <i>disease</i> , <i>sickness</i> und <i>illness</i>	18
2.2	Krankheitsbearbeitung und Gesundheitsarbeit als psychiatrische Subjektivierungspraxis	21
2.3	Modelle der Experten-Laien-Beziehung.....	26
3	Methodik.....	34
3.1	Forschungsfrage und Forschungsgegenstände.....	34
3.2	Zugang zum Feld und Sampling.....	35
3.3	Erhebungsprozess	39
3.4	Auswertungsprozess	40
4	Das Visiten-Gespräch als institutionelles Gruppengespräch	44
5	Ergebnisfestlegte Aushandlungsräume im Visiten-Gespräch.....	52
5.1	Fallbezogene Auswertung	52
5.1.1	VG_1 Herr Schnell: „Es macht keinen Sinn mit der Medikation weiter zu machen, wo ich weiß, dass es nicht funktioniert.“	52
5.1.2	VG_2 Frau Recht: „Nein. Ich bin ein freier Mensch!“	57
5.1.3	VG_3 Frau Schwör: „Können wir uns noch lange streiten. Wir werden uns nie und nimmer einig.“	59
5.1.4	VG_4 Herr Grabowski: „Ja, aber die Zeit reicht nicht aus. Es ist etwas länger und komplizierter.“	65
5.1.5	VG_5 Frau Weiß: „Wissen Sie, ich sehe, höre aber nicht mehr, spreche nicht mehr.“.....	69
5.2	Fallvergleichende Auswertung: Pseudoaushandlung	72
6	Ergebnisoffene Aushandlungsräume im Visiten-Gespräch	76
6.1	Fallbezogene Auswertung	76
6.1.1	VG_6 Herr Liebig: „Ich nehme die Medikamente und Sie verbessern meinen Ausgang.“.....	76
6.1.2	VG_7 Herr Vogel: „Okay schön. Klar, klar.“.....	80
6.1.3	VG_8 Herr Wieland: „Ja, gut. Das ist akzeptabel.“.....	83
6.1.4	VG_9 Herr Maier: „Ja soll ich da drauf achten, dass das weniger wird?“	87
6.1.5	VG_10 Herr Bauch: „Ja.“	91
6.2	Fallvergleichende Auswertung: Instruktive Aushandlung.....	95

7	Schlussbetrachtung	98
	Impulse für die Praxis	102
8	Abbildungs- und Tabellenverzeichnis	103
9	Literaturverzeichnis	104
10	Anhang.....	110
	A. Relationale Betrachtung von Gesundheit und Krankheit	110
	B. Informationsblatt und Einwilligungserklärung	112
	C. Transkriptionsregeln (GAT-Konventionen).....	113
	D. Informationsschreiben.....	114
	E. Beobachtungsleitfaden	114
	F. Transkripte	114
	G. Beobachtungsprotokolle	114
	H. Inventare	114
	I. Fallexzerpte.....	114
	J. Tabellarische Aufbereitung Strukturmerkmale	114
	K. Visualisierung der fallvergleichenden Auswertung	114
	L. Erklärung über die eigenständige Erstellung der Arbeit	115

1 Einleitung

Der Saal ist prall gefüllt mit (sozial-)psychiatrischen Fachkräften. Offenbar ist das Interesse am heutigen Fortbildungsthema groß. Zwei Referentinnen sind angereist, um uns die Idee des Weddinger Modells nahezubringen – ein erfahrungsbasiertes Modell, das Partizipation im klinischen Kontext großschreibt. Eine der beiden Referentinnen leitet wie folgt zum anschlussfähigen Konzept der gemeinsamen Entscheidungsfindung über: „Angenommen ein Patient äußert, dass es sein Ziel ist, die Weltherrschaft zu erlangen [...]“. Das Ende des begonnenen Satzes nehme ich gar nicht mehr wahr – zu abgelenkt bin ich von dem Lachen, das durch den Saal hallt.

Die niedergeschriebene Beobachtung deutet daraufhin, dass Modelle und Konzepte, die der Entscheidungsteilhabe von Patienten im stationär-psychiatrischen Alltag einen hohen Stellenwert einräumen, bei (sozial-)psychiatrischen Fachkräften auf reges Interesse stoßen und grundsätzlich befürwortet werden. Doch zeugt das Lachen infolge der referierten Äußerung von der Annahme, dass das Konzept der gemeinsamen Entscheidungsfindung, das die Entscheidungsteilhabe von Patienten sichern soll, indem Aushandlungsprozesse partnerschaftlich gestaltet werden, nicht in allen Fällen geeignet und realisierbar ist. Droht die konsequente Einlösung der Entscheidungsteilhabe an den Bedingungen der (sozial-)psychiatrischen Praxis oder der inneren Haltung von (sozial-)psychiatrischen Fachkräften zu scheitern? In der Literatur wird auf die Diskrepanz von „Entscheidungsteilhabe als ethischem Ideal und Entscheidungsteilhabe in der praktischen Wirklichkeit“ (Schmidt, 2012, S.261) hingewiesen. Nur ein Bruchteil aller Entscheidungen im Gesundheitswesen wird von Experten und Laien gemeinsam gefunden (ebd.), obwohl positive Wirkungen der Entscheidungsteilhabe im klinischen Kontext auf die individuelle Gesundheit angenommen werden (Hartung, 2012, S.57ff) und die Forderung der Selbsthilfebewegung von Menschen mit psychischer Erkrankung, die da lautet *Verhandeln statt behandeln*, Gehör und Anerkennung gefunden hat. Darüber hinaus sind Teilhabe und Selbstbestimmung im Sozialrecht, der UN-Behindertenrechtskonvention, dem entsprechend ausgestalteten Bundesteilhabegesetz und dem Psychisch-Kranken-Hilfe-Gesetz festgeschrieben.

Diese Arbeit befasst sich mit Aushandlungs(t)räumen in der Psychiatrie. Mit einer qualitativen Analyse von Visiten-Gesprächen, die im (sozial-)psychiatrischen Alltag von zentraler Bedeutung sind, wird der Ist-Zustand untersucht. Es wird nach Strukturmerkmalen gefragt, die Aushandlungsprozesse rahmen, deren konkrete Ausgestaltung interessiert.

Im zweiten Kapitel wird das theoretische Vorwissen expliziert und theoretische Kenntnisse präsentiert, die im Laufe des iterativ-zyklischen Forschungsprozesses sukzessive hinzugezogen worden sind. Überschriften ist das theoretische Kapitel mit *Wissens- und Interaktionsordnungen in der Psychiatrie*. Zunächst werden ausgewählte Krankheitssichten dargelegt (Kapitel 2.1.1, 2.1.2, 2.1.3), die in der Psychiatrie nebeneinanderstehen oder miteinander verbunden sind. Eine geteilte Krankheitssicht existiert nicht per se, sondern ist das Ergebnis vorangegangener Aushandlung. Kapitel 2.1.4 beinhaltet einen abstrakten, übergeordneten Krankheitsbegriff, der divergierende Krankheitssichten nicht einseitig auflöst,

sondern deren Integration vorsieht. In Kapitel 2.2 wird die (institutionelle) Zuständigkeit der Psychiatrie für psychisch kranke Menschen bzw. deren Merkmal funktional begründet und die psychiatrische Subjektivierungspraxis samt Veränderungen in den Blick genommen, bevor in Kapitel 2.3 unterschiedliche Modelle der Experten-Laien-Beziehung aufgezeigt werden, die mit spezifischen Kommunikations- und Interaktionsformen einhergehen. Dabei wird der Schwerpunkt auf die bereits erwähnte gemeinsame Entscheidungsfindung gelegt.

Im dritten Kapitel wird das qualitative Vorgehen entworfen, mit dem der Forschungsfrage *Was sind Strukturmerkmale eines Visiten-Gesprächs in der Allgemeinpsychiatrie und wie wird Aushandlung in Rahmen dessen realisiert?* nachgegangen wird. An zwei aufeinanderfolgenden Tagen im Feld werden zehn Visiten-Gesprächssituationen beobachtet; acht davon werden auf Tonband aufgenommen. Das erhobene Material wird (mikro-)sprachlich analysiert, wobei sich am integrativen Basisverfahren von Kruse orientiert wird, das neben den forschungsgegenständlichen eine Kombination methodischer Analyseheuristiken vorsieht. Außerdem werden Elemente von Goffmans Rahmenanalyse übernommen, womit die soziale Situation und v. a. nicht-sprachliche Aspekte der Interaktion beleuchtet werden.

In den folgenden Kapiteln werden die Auswertungsergebnisse präsentiert. Die Falldarstellungen sind zwei unterschiedlichen Kapiteln zugeordnet, die zugleich Auswertungskategorien darstellen, die im Zuge der fallvergleichenden Auswertung zustande gekommen sind. Es handelt sich um die Kapitel 5 *Ergebnisfestgelegte Aushandlungsräume* und 6 *Ergebnisoffene Aushandlungsräume in Visiten-Gesprächen*, die denselben Aufbau aufweisen; im ersten Unterkapitel werden die Fälle in ihrer Fallogik belassen und die Besonderheiten der Fälle in Fallstrukturhypothesen pointiert, bevor sie im folgenden Unterkapitel fallvergleichend betrachtet werden. Den Kapiteln 5 und 6 wird ein weiteres Kapitel vorangestellt, zu dem Ergebnisse der fallvergleichenden Auswertung geführt haben. Kapitel 4 beschreibt das Visiten-Gespräch als institutionelles Gruppengespräch, womit die Frage nach dem Aushandlungsrahmen beantwortet wird. Weitere Strukturmerkmale finden sich in den fallvergleichenden Unterkapiteln 5.2 und 6.2.

Am Ende der Arbeit steht eine Schlussbetrachtung. Dieses letzte Kapitel enthält außerdem Impulse für die Praxis.

Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird im theoretischen Teil der Arbeit das generische Maskulinum verwendet, womit stets beide Geschlechter gemeint sind. Im empirischen Teil der Arbeit wird diese Konvention ausgesetzt, um das Varianzmerkmal des Samples zu erhalten.

2 Wissens- und Interaktionsordnungen in der Psychiatrie

2.1 Krankheits(ein)sichten in der Psychiatrie

Im folgenden Kapitel werden ausgewählte Krankheitssichten in der Psychiatrie präsentiert, fehlende Krankheitseinsichten bei divergierenden Krankheitssichten thematisiert und der Begriff der psychischen Krankheit von Heinz skizziert, der verschiedene Krankheitssichten integriert, wodurch eine geteilte Krankheitssicht möglich wird.

2.1.1 Biomedizinische Krankheitssicht

Gemäß ihrer dominierenden Stellung im psychiatrischen Alltag wird die biomedizinische Krankheitssicht allen anderen vorangestellt. Seit Mitte des 19. Jahrhunderts sind psychische Krankheiten Gegenstand der Medizin. Der Berliner Internist und Psychiater Griesinger gilt als Begründer der naturwissenschaftlichen Psychiatrie und hat sich dem Phänomen erstmals aus medizinischer Sicht genähert. Er definiert Geisteskrankheiten als Gehirnerkrankungen (Franke, 2012, S.70) mit dem Anliegen, psychische Krankheiten auf das Niveau „echter“ Krankheiten zu heben und Menschen mit psychischer Krankheit körperlich Kranken gleichzustellen (ebd., S.71). Schon bei Griesinger finden sich Ansätze eines biopsychosozialen Krankheitsmodells; er führt psychische Krankheiten auf das Zusammenspiel von organischen, psychischen und sozialen Faktoren zurück (ebd., S.70).

Diese frühe integrative Sicht tritt kurze Zeit später hinter dem biologischen Denken zurück, das durch den Psychiater Kraepelin in die Psychiatrie getragen wird. Kraepelin sieht die Besonderheit psychischer Krankheiten in ihrer Genese, ihren Symptomen, ihrem Verlauf und ihrer Prognose. Als Gemeinsamkeit der meisten psychischen Krankheiten betont Kraepelin deren genetische Bedingtheit. Im Jahr 1883 erscheint das „Compendium der Psychiatrie“, in dem Kraepelin das erste umfassende Klassifikationssystem psychischer Krankheiten vorstellt (ebd., S.71f). Mit seinem biomedizinischen Verständnis psychischer Krankheiten und seinem Klassifikationssystem, das von Kretschmer und Jaspers optimiert worden ist (Zimmermann, 2017, S.62), prägt Kraepelin die Psychiatrie bis dato (ebd., S.72). Auch Schneider führt Kraepelins Verständnis fort, was mit Blick auf folgende Definition deutlich wird, die in seinem 1931 erstveröffentlichten und bis zur 14. Auflage 1992 unveränderten Lehrbuch „Klinische Psychopathologie“ zu finden ist:

„Der Krankheitsbegriff ist für uns gerade in der Psychiatrie ein streng medizinischer. Krankheit selbst gibt es nur im Leiblichen, und ‚krankhaft‘ heißen wir seelisch Abnormes dann, wenn es auf krankhafte Organprozesse zurückzuführen ist.“

(Schneider, 1931, S.7 zit. nach Franke, 2012, S.72)

Boorse entwickelt mit seiner biostatistischen Theorie ein weiteres Krankheitskonzept. Nach dieser ist „die wesentliche Gemeinsamkeit aller pathologischen Zustände die (potenzielle) biologische Dysfunktion eines Teils oder eines Prozesses in einem Organismus“ (Walter & Müller, 2015, S.22). Mit seiner Theorie der schädlichen Dysfunktion schließt Wakefield an diesem Krankheitskonzept an. Anders als Boorse sieht Wakefield (2012) in einer Dysfunktion allein noch keine Krankheit. Die Rede von Krankheit ist nach Wakefield nur dann

gerechtfertigt, wenn mit der Dysfunktion ein Schaden für die Person einhergeht, der unter Berücksichtigung des kulturellen Kontextes als signifikant zu beurteilen ist (ebd., S.252). In der biomedizinischen Tradition wird (psychische) Krankheit also als „Abweichung vom natürlichen Zustand des Organismus“ (Franke, 2012, S.134) verstanden. Insofern stellt der natürliche Zustand – die Gesundheit – eine relevante Bezugsgröße dar, die in der biomedizinischen Tradition aber keine Beachtung – im Sinne eines eigenständigen Analysegegenstands – erfährt (ebd., S.133).

Exkurs: Relationale Betrachtung von Gesundheit und Krankheit

An sich kommt man bei Überlegungen zu Krankheit nicht umhin, Gesundheit mitzudenken. Dabei lassen sich drei Konzepte unterscheiden, wie Gesundheit und Krankheit zusammen gedacht werden können (Franke, 2012, S.99). Im *dichotomen Konzept* werden Gesundheit und Krankheit als „zwei voneinander unabhängige Zustände [aufgefasst], die sich gegenseitig ausschließen und nicht gleichzeitig vorhanden sein können“ (ebd.). Die biomedizinische Krankheitsansicht fußt auf eben diesem Konzept (ebd.), wenngleich sich die Relationierung für den Bereich der psychischen Krankheiten als wenig praktikabel erweisen dürfte (ebd., S.100f). Die rigorose Trennung zwischen krank und gesund ist in erster Linie den Bismarck'schen Sozialgesetzen geschuldet (ebd., S.32). Ein Mensch wird aber trotz diagnostizierter Depression oder Psychose nicht durchweg krank sein. „Niemand ist nur krank, niemand völlig gesund“ (Bock, 2014, S.122) – so die Devise von Vertretern der anthropologischen Sichtweise, die sich als Gegengewicht zur Pathologie heranziehen lässt. Im *bipolaren Konzept* werden Gesundheit und Krankheit als zwei Pole gesehen, die nicht voneinander losgelöst betrachtet werden können, sondern durch ein Kontinuum verbunden sind, so dass Personen mehr oder weniger gesund respektive krank erscheinen können. Für gewöhnlich handelt es sich bei Modellen, die dieser Relationierung entsprechen, um multidimensionale Modelle, d. h. für die Position auf dem Kontinuum ist nicht nur die Dimension des medizinischen Befunds entscheidend, sondern bspw. auch die Dimension des subjektiven Befindens (Franke, 2012, S.101f). Auf der Kontinuitätsannahme baut auch das Konzept der Salutogenese auf, wobei die individuelle Position auf dem Kontinuum durch das Kohärenzgefühl, das sich aus mehreren Teilkomponenten ergibt, bestimmt wird (Walther & Deimel, 2017, S.43). Im *orthogonalen Konzept* werden Gesundheit und Krankheit als unabhängige Faktoren konzeptualisiert, womit der Annahme eines Automatismus entgegengetreten wird, der zufolge mehr Krankheit immer auch weniger Gesundheit bedeutet und umgekehrt. So gesehen, kann der Mensch zum gleichen Zeitpunkt gesunde und kranke Anteile aufweisen. Komplexität lässt sich mit diesem Konzept am besten abbilden; bspw. kann damit veranschaulicht werden, inwiefern subjektives Befinden und klinisch erhobener Befund übereinstimmen (Franke, 2012, S.102).¹

Anstelle dessen fokussieren Vertreter der biomedizinischen Sicht die Krankheit als solche. Die Sicht bleibt verengt, indem Aspekte der Gesundheit ausgeblendet und Menschen auf das interessierende Merkmal reduziert werden (Franke, 2012, S.133). Ein gutes halbes Jahrhundert bleibt die biomedizinische Sicht, welche sich durch ein pathogenes,

¹ zur grafischen Veranschaulichung der Konzepte siehe Anhang A.

störungsorientiertes Verständnis psychischer Krankheiten auszeichnet, unangetastet (ebd., S.74). Dann entwickelt sich neben der biomedizinischen eine psychosoziale Sicht; dazu mehr unter 2.1.2.

Ein Blick in die heutigen Klassifikationssysteme macht deutlich, wie weit die Ausdifferenzierung psychischer Störungen fortgeschritten ist. Man stößt auf mehrere hundert Kategorien. In Deutschland finden zwei Klassifikationssysteme psychischer Störungen Anwendung: Die ICD-10¹ der Weltgesundheitsorganisation und das DSM-5² der Amerikanischen Psychiatrischen Gesellschaft (Deimel & Deloie, 2017, S.212). Im Jahr 1980 ist das DSM zum dritten Mal aufgelegt worden, was insofern einen Wendepunkt markiert, als dass man Ursachen psychischer Störungen aus dem Klassifikationssystem gestrichen und sich einem rein symptombeschreibenden Modus verschrieben hat (Dellwing & Harbusch, 2013, S.9). Auch der Wechsel vom Begriff der psychischen Krankheit zum Begriff der psychischen Störung in den Klassifikationssystemen zeugt von dem Wunsch nach einem deskriptiven, wertfreien Modus (Franke, 2012, S.82).

In der aktuellen Version des DSM wird mentale Störung definiert als

„Syndrom, das durch eine klinisch relevante Störung in der Kognition, Emotionsregulation oder dem Verhalten eines Individuums charakterisiert ist, welche eine Dysfunktion in den psychologischen, biologischen, oder Entwicklungsprozessen anzeigt, die mentalen Funktionen unterliegen. Mentale Störungen sind üblicherweise mit signifikantem Leid oder Behinderung in sozialen, beruflichen oder anderen wichtigen Aktivitäten assoziiert.“

(Walter & Müller, 2015, S.22)

Das Verständnis von psychischer Krankheit als Abweichung vom natürlichen Zustand des Organismus findet sich also auch heute noch in den Klassifikationssystemen wider, die positiv bewertet werden, solange „psychiatrische Diagnosen als Wahrscheinlichkeitsaussagen, als heuristisches Mittel und als Teil eines umfassenden Erkenntnis- und Handlungsprozess angesehen werden“ (Jäger, 2016, S.11), aber auch Kritik erfahren; v. a. die letzte Neuauflage des DSM-5 hat eine hitzige Diskussion bzgl. der Grenze zwischen Krankheit und Gesundheit entfacht. Frances – ehemals selbst hauptverantwortlich für das DSM – äußert sich kritisch bzgl. der zunehmenden Pathologisierung normaler Zustände und warnt von einer Inflation an Krankheiten (Walter & Müller, 2015, S.24). Ein weiterer Kritikpunkt, der den Klassifikationssystemen entgegengebracht wird, bezieht sich auf den Wahrheitsgehalt der festgelegten Kategorien. Kritisiert wird, dass die Kategorien als „objektive Krankheiten“ erscheinen und „den Status einer unhinterfragten Selbstverständlichkeit erfahren“, obgleich die Begutachtung „weiterhin und wohl notwendigerweise eine hoch interpretative Angelegenheit“ ist (Dellwing & Harbusch, 2013, S.10).

Die heutige Psychiatrie zeichnet sich durch ein Nebeneinander von biomedizinischem und sozialpsychiatrischem Ansatz aus (Franke, 2012, S.77). Eine biomedizinische

¹ in der klinischen Praxis gebräuchlich (Franke, 2012, S.83).

² in der psychologischen und psychiatrischen Forschung gebräuchlich (Franke, 2012, S.83).

Krankheitssicht allein wird für unvollständig und ergänzungsbedürftig befunden (Richter & Hurrelmann, 2016, S.3; ergänzende Sichtweisen in Kapitel 2.1.2 & 2.1.3). Schließlich sieht die Sozialpsychiatrie – als welche sich die moderne Psychiatrie versteht – „den psychisch kranken Menschen als eine biopsychosoziale Einheit im Wechselspiel zwischen Körper, Seele und sozialen Bedingungen“ (Walther, 2017, S.32) an. Gemäß diesem Verständnis sind integrative – biopsychosoziale – Entstehungs- und Aufrechterhaltungsmodelle von psychischer Krankheit entwickelt worden (Richter & Hurrelmann, 2016, S.11). Sicherlich sind sich psychiatrisch tätige Ärzte der „Janusköpfigkeit zwischen medizinischer und sozialer Definition von Krankheit“ (Helmchen, 2005, S.271) weitaus eher bewusst als Ärzte in anderen Tätigkeitsbereichen; doch sind beide Perspektiven nicht gleichgewichtet (Franke, 2012, S.77). Die biomedizinische Krankheitssicht gilt weiterhin als die „vorherrschend[e]“ (ebd., S.133) und ist „gesellschaftlich sehr anerkannt und etabliert“ (Walther & Deimel, 2017, S.42). Richter und Hurrelmann (2016) weisen darauf hin, dass „der ausgerufene Paradigmenwechsel von einer biomedizinischen zu einer holistischen, biopsychosozialen Medizin bislang kaum stattgefunden hat“ (ebd., S.11). Auch wird die psychosoziale Dimension in den aktuellen Klassifikationssystemen nur bedingt erfasst (Deimel & Deloie, 2017, S.213). Insofern kann von einer Gleichgewichtung der Krankheits-sichten nicht die Rede sein; vielmehr finden die anderen Perspektiven neben der biomedizinischen Krankheitssicht ergänzend Berücksichtigung. Eine Rückkehr zu einseitigen Sichtweisen und Modellen ist in jedem Fall zu vermeiden. Allerdings droht dieser Fall mit Blick auf die Entwicklungen im Bereich der klinischen Neuropsychologie erneut. Die klinische Neuropsychologie begreift „psychische Störungen als Funktions- oder Strukturstörungen des Gehirns“ (Franke, 2012, S.78). Dieses Verständnis fußt auf der Annahme, „dass allen psychischen Prozessen neuronale Prozesse zugrunde liegen, dass all unser Verhalten, Empfinden und Erleben eine Hervorbringung neuronaler Schaltkreise ist“ (ebd.). Dabei handelt es sich um eine reduktionistische Sichtweise, welche die mühsam entwickelten integrativen Modelle bedroht.

2.1.2 Psychosoziale Krankheitssicht

In den 1960er/1970er Jahren sind vermehrt kritische Stimmen bzgl. der biomedizinischen Krankheitssicht laut geworden. Eben diese Kritik hat das Spektrum an Krankheits-sichten in der Psychiatrie deutlich erweitert. Im Weiteren werden einige dieser Krankheits-sichten vorgestellt, die sich unter die Rubrik psychosoziale Krankheitssicht subsummieren lassen. Die Sichtweisen verbindet die Annahme, dass psychische Krankheit sozial konstruiert ist und mit sozialer Abweichung einhergeht.

Die Psychoanalyse stellt psychische Krankheiten in einen lebensgeschichtlichen Kontext und führt diese auf inner- und intrapsychische Konflikte aus der Kindheit zurück. Soziale Bedingungen können daher mehr oder weniger günstig auf den Krankheitsverlauf wirken. Berücksichtigung finden in psychoanalytischen Krankheitsmodellen aber nur familiäre

Beziehungen (Walther, 2017, S.30). Die psychoanalytische Krankheitssicht ähnelt in einigen Punkten der Biomedizinischen: Die dichotome Vorstellung von Gesundheit und Krankheit und die Verortung der eigentlichen Krankheit im Inneren der Person, deren Symptome äußerlich sichtbar werden. Auch aus psychoanalytischer Sicht handelt es sich bei Krankheit um „eine Abweichung von einem als normal definierten Zustand“ (Franke, 2012, S.146).

Verhaltenstheoretische Modelle haben sich parallel zur Psychoanalyse entwickelt, weisen aber wenig Ähnlichkeiten mit der biomedizinischen Krankheitssicht auf. Störungen werden hier als „gelerntes Verhalten verstanden, das entweder von der Person selbst oder aber von ihrer Umwelt als abweichend, störend oder belastend erlebt oder bewertet wird“ (ebd., S. 149). Die Krankheitswertigkeit erschließt sich also erst im sozialen Kontext – im Abgleich mit individuellen und sozialen Normen. Dasselbe Verhalten kann mancherorts gestört bzw. krankhaft erscheinen, andernorts dahingegen völlig normal (ebd., S.152). Verhaltenstheoretisch betrachtet, spielt Krankheit sich nicht im Inneren der Person ab und findet im Verhalten symptomatisch Ausdruck wie psychoanalytische Modelle es annehmen, sondern das Verhalten selbst gilt als Krankheit (ebd., S.147). Die verursachenden und aufrechterhaltenden Faktoren können dabei von Person zu Person variieren (ebd., S.152f). Verhaltenstheoretische Modelle nehmen auch keine Dichotomie zwischen Gesundheit und Krankheit an, sondern sehen beide Pole durch ein Kontinuum verbunden. Schließlich basiert abweichendes Verhalten auf denselben Lernprinzipien wie normales Verhalten. Insofern kann Verhalten nur mehr oder weniger angemessen bzw. unangemessen erscheinen (ebd., S.151). Vertreter der antipsychiatrischen Bewegung haben sich kritisch mit der biomedizinischen Krankheitssicht, v. a. mit dem Begriff der psychischen Krankheit als solchem, auseinandergesetzt, wobei sie unterschiedliche Argumentationsstrategien verfolgen. Nicht alle plädieren für die Abschaffung des Krankheitsbegriffs. Manche sprechen sich anstelle dessen für eine radikale Umdeutung aus (Schramme, 2000, S.30). Im Weiteren werden die Positionen von Laing, Cooper und Szasz – als bedeutende Vertreter der antipsychiatrischen Bewegung – umrissen.

Laing verwehrt sich dem Krankheitsbegriff bspw. nicht, sondern deutet ihn so um, dass der Anwendungsbereich weitaus schmaler ist. Den Krankheitsbegriff behält sich Laing für Verhalten vor, das trotz jeglicher Mühe des Gegenübers unverständlich bleibt (Schramme, 2000, S.39). Er schlägt vor, „daß geistige Gesundheit oder Psychose gemessen wird an dem Grad der Konvergenz oder Divergenz zwischen zwei Personen, von denen der eine nach allgemeinem Konsens als geistig gesund gilt“ (Laing, 1960, S.35 zit. nach Schramme, 2000, S.38). Diese Definition lässt einige Frage offen; was meint „allgemeiner Konsens“ und worüber definiert sich die Position des geistig Gesunden? Schramme (2000) paraphrasiert das Krankheitsverständnis von Laing als „unverständliche mentale Zustände (Wünsche, Überzeugungen, Gefühle etc.) bzw. Verhaltensweisen“ (ebd., S.38). Eben diese

Unverständlichkeit lässt sich Laing zufolge durch Nachvollziehen der Binnenperspektive und Berücksichtigung der individuellen Lebenssituation der angeblich Kranken in den meisten Fällen überwinden. Mit der Unverständlichkeit würde dann auch die Krankhaftigkeit verschwinden (ebd.). Das vermeintlich krankhafte Verhalten müsse als „Ausdruck der besonderen Existenzweise des Betroffenen interpretiert werden“ (ebd., S.37). Einige solcher Verhaltensweisen würden sich dann als normale Reaktionen auf Situationen erweisen, in denen das eigene Selbst bedroht ist; bspw. im Rahmen spezifischer Familienkonstellationen (ebd., S.38). Der psychische Krankheitsbegriff wäre dann nur in Fällen brauchbar, in denen die Nachvollziehbarkeit nicht gegeben ist (ebd., S.39).

Cooper vertritt einen ähnlichen Krankheitsbegriff wie Laing; erklärt aber nicht die Unverständlichkeit zum Maß für Krankheit, sondern das Merkmal des abweichenden Verhaltens. Anders als im biomedizinischen Modell wird Abweichung von Cooper nicht negativ, sondern positiv besetzt. Abweichendes Verhalten erachtet Cooper insofern für „revolutionär, indem es gesellschaftliche Normen bricht“ (ebd., S.41). Cooper und andere, die sich seinem Verständnis anschließen, halten eine politische und kulturelle Umwälzung für überfällig, weshalb sie das abweichende Verhalten der psychisch Kranken begrüßen. Der Krankheitsbegriff wird in dieser Argumentationsstrategie politisch aufgeladen. Ob Betroffene mit diesem Verständnis mehrheitlich übereinstimmen, bleibt zu bezweifeln, da subjektives Leiden keine Berücksichtigung findet. Deutlich wird aber „die soziale Prägung und damit die Relativität der Krankheitsurteile“ (ebd.).

Die schärfste Kritik am psychiatrischen Krankheitsbegriff formuliert Szasz, der für die Abschaffung des Begriffs der Geisteskrankheit plädiert, weil „Geisteskrankheiten nicht existieren“ (Szasz, 2010, S.5). Szasz negiert allerdings nicht den Problemcharakter des Phänomens, das als krank etikettiert wird. Seiner Ansicht nach handelt es sich bei dem etikettierten Phänomen um ernst zu nehmende Lebensprobleme, die er als „Ausdruck des Ringens des Menschen mit dem Problem, *wie* er leben sollte“ (Szasz, 2010, S.5; Hervor. i. O.) versteht. Eben diese alltäglichen Lebensprobleme der Menschen, die auf Schwierigkeiten im menschlichen Miteinander verweisen, seien durch die nur scheinbar wertfreie Kategorie der Krankheit verschleiert, wodurch keine konstruktive Auseinandersetzung mit dem Phänomen möglich sei (ebd.). Szasz rät dazu, sich von der Vorstellung zu lösen, dass es sich bei dem Phänomen um einen „Feind [handelt], den wir bekämpfen, exorzieren oder durch ‚Heilung‘ vertreiben könnten“ (ebd., S.6).

Aus einer konflikttheoretischen Perspektive ergibt sich ein Verständnis von Krankheit als Reaktion auf Brüche und Unsicherheiten, während Regeln und Normen zu einem gesunden Leben beitragen. Durkheim hat mit seiner Anomietheorie, die sich in die konflikttheoretische Perspektive einreicht, herausgestellt, „dass der Grad der Integration eines Individuums in die Gesellschaft und seine Akzeptanz ihrer Normen und Regeln als ein Maß für das Suizidrisiko anzusehen sind“ (Franke, 2012, S.162). Zwar sind nicht alle Annahmen

Durkheims empirisch bestätigt worden, doch findet sich der Grundgedanke im viel diskutierten, aber nicht einheitlich verwendeten Begriff des sozialen Kapitals wider. Zwei Faktoren sind in allen Konzepten des sozialen Kapitals von zentraler Bedeutung: „die individuellen Ressourcen, die Menschen aus ihrer Zugehörigkeit zu einer oder mehreren Gruppen gewinnen“ und „der Grad des gesellschaftlichen Zusammenhalts, der sich aus der Zugehörigkeit zu einer Gemeinschaft ergibt“ (ebd., S.163). Umso geringer das soziale Kapital, desto schlechter der Gesundheitszustand und desto stärker das subjektive Krankheitserleben (ebd.).

Gemäß dem strukturfunktionalistischen Modell, das von Parsons vertreten wird, handelt es sich bei Krankheit um „eine Störung der Fähigkeit, die Anforderungen der sozialen Rolle zu erfüllen“ (Franke, 2012, S.164). Das gesunde Individuum liefert „notwendige Beiträge zum Funktionieren des Systems“ (Parsons, 1976, S.175) und verfügt über ein „motivationale[s] Engagement“ (ebd., S.172), „in Übereinstimmung mit bestimmten normierten Gesetzmäßigkeiten zu handeln; dies beruht [...] auf ihrer ‚Verinnerlichung‘ in der Persönlichkeitsstruktur“ (ebd., S.172f). Dem Individuum, das die funktionalen Beiträge nicht abliefern kann und dessen motivationales Engagement verändert ist, wird seitens des medizinischen Systems die Krankenrolle zugeschrieben, welche das nonkonforme Rollenverhalten legitimiert und den Kranken von seinen normalen Rollenverpflichtungen befreit (Franke, 2012, S.164f). Allerdings geht die Krankenrolle nicht nur mit Zugeständnissen einher, sondern auch mit der neuen Pflicht „alles [zu] tun, um wieder gesund zu werden“ (ebd., S.165). Scheff definiert psychische Probleme aus einer interaktionistischen Perspektive als „residuale Regelverletzung“ (Schramme, 2000, S.43). Eine Person kann sich abweichend verhalten, indem sie mit „Residualregeln“ (ebd.) bricht, die in einer Gesellschaft derart selbstverständlich sind, dass niemand auf die Idee käme, sie zu hinterfragen oder erneut zu verhandeln. Infolge der Regelverletzung kann der Person – je nach gesellschaftlicher Reaktion – das Etikett „psychisch krank“ zugeschrieben werden, woraufhin die Person zunehmend in die gesellschaftliche Rolle des „Abweichers“ gedrängt und damit gewissermaßen zum chronischen Problemfall“ (ebd., S.44) würde.

Goffmans Überlegungen gehen in eine ähnliche Richtung. Er gelangt zu der Überzeugung, dass es sich bei psychischen Störungen „um einen Konflikt in der Definition sozialer Realität [handelt], der üblicherweise im Rahmen eines Aushandlungsprozesses beigelegt würde“ (Dellwing, 2008, S.155). Bzgl. der Definition sozialer Realität kann keine Einigung erzielt werden, was zum Problem wird, wenn die Interagierenden keine Möglichkeit haben, sich der Situation zu entziehen. In dem Moment ist die Definition sozialer Realität bedroht (ebd.). Dann ist die Etikettierung des Gegenübers als „geisteskrank“ das einzige Mittel zum Erhalt der eigenen Realitätsdefinition. Letztlich wird der geistig Kranke in einem Akt der Fürsorge einer psychiatrischen Behandlung zugeführt und kann seine Aushandlungsniederlage der eigenen Krankheit zuschreiben (ebd., S.156).

Wenngleich die Annahme, dass psychische Krankheit allein durch Etikettierung zustande kommt, heute als überholt gilt, sind die ungünstigen Wirkungen von Etikettierung und damit einhergehender Stigmatisierung auf den Krankheitsverlauf evident (Bock, 2013, S.63). Von Kardorff (2008 a) stellt klar, dass „die Diagnose einer psychischen Krankheit [...] immer noch als soziales Urteil [wirkt], das handgreifliche und unsichtbare Barrieren auf dem Weg zur gesellschaftlichen Teilhabe am sozialen Leben und vor allem auf dem Arbeitsmarkt errichtet“ (ebd., S.291). Insofern äußert sich psychische Krankheit symptomatisch in einer Störung der gesellschaftlichen Teilhabe. Ein Aspekt, der in der Gesundheitsdefinition der ICF¹ ebenso Berücksichtigung findet (Deimel & Deloie, 2017, S.214f).

2.1.3 Subjektive Krankheitssicht und fehlende Krankheitseinsicht

Nun wird sich der subjektiven Krankheitssicht der Patienten zugewandt und das Problem der fehlenden Krankheitseinsicht kritisch beleuchtet.

Die subjektive Krankheitssicht psychiatrischer Patienten ist über Jahrzehnte hinweg stiefmütterlich behandelt worden. Dabei ist die Psychiatrie zu keinem Zeitpunkt frei von subjektivem Wissen gewesen. Es würde der Realität zuwiderlaufen, Psychiatrie als Ort zu begreifen, an dem ausschließlich wissenschaftliches Wissen vorzufinden wäre (Franke, 2012, S.244). Wissenschaftliches Wissen wird von keinem der Patienten einfach kopiert, sondern in die bestehenden Wissensstrukturen integriert (Faltermaier & Brütt, 2013, S.59). In diese fließen auch eigene Erlebnisse und Erfahrungen mit der Erkrankung ein (ebd., S.64). Die subjektive Krankheitssicht durch eine biomedizinische oder psychosoziale Krankheitssicht zu ersetzen, grenzt an Unmöglichkeit.

Mittlerweile haben sich Betroffene Gehör verschafft und bei einigen Professionellen Gehör gefunden. Betroffene erfahren zunehmend Anerkennung als Experten in eigener Sache. In eben diese Entwicklung reiht sich das wachsende sozialpsychiatrische Forschungsinteresse an der Bedeutung von subjektiven Krankheitstheorien ein (von Kardorff, 2008a, S.307). Sowohl Flick (1998) als auch Hoefert und Brähler (2013) bündeln wesentliche Forschungserkenntnisse zu subjektiven Gesundheits- und Krankheitsvorstellungen in ihren jeweiligen Herausgeberwerken. Erste Forschungsaktivitäten sind weitaus früher – in den 1960er und 70er Jahren – von der französischen Sozialpsychologin Herzlich (1973) und dem amerikanischen Gesundheitspsychologen Leventhal (1984) ausgegangen, womit erste Erkenntnisse zu subjektiven Gesundheits- und Krankheitsvorstellungen qualitativer und quantitativer Art vorgelegt haben (Faltermaier & Brütt, 2013, S.60). Die Berücksichtigung subjektiver Krankheitsvorstellungen ist aber auch im psychiatrischen Alltag von Relevanz. Hier lassen sich zweierlei Nutzen herausstellen: Zum einen wird damit der geforderten Partizipation Rechnung getragen, in dem „Menschen dort [abgeholt werden], wo sie mit ihrem Denken und Handeln stehen“ (Faltermaier & Brütt, 2013, S.69). Zum anderen ist bekannt, dass

¹ Die ICF bietet eine Ergänzung zur ICD-10.

subjektive Vorstellungen handlungsleitend sind (ebd., S.67) und Einfluss auf den Krankheits- und Behandlungsverlauf nehmen (Solojenkina, 2013, S.221).

Im Folgenden werden zunächst Forschungserkenntnisse referiert, die (psychische) Krankheit generell betreffen und keine Aussagen über spezifische Störungsbilder enthalten. Mittels einer repräsentativen Studie in Großbritannien stellt Blaxter (1990) bspw. heraus, dass nur 13 % der 7 000 Befragten mit einem dichotomen Konzept von Gesundheit und Krankheit übereinstimmen, auf dem die biomedizinische Sicht fußt. Eine Negativdefinition von Gesundheit als Abwesenheit von Krankheit lehnen die medizinischen Laien also mehrheitlich ab. Stattdessen werden positive Aspekte benannt, die mit Gesundheit assoziiert werden (Franke, 2012, S.245). Faltermaier und Brütt (2013) machen darauf aufmerksam, dass medizinische Laien eher zur Annahme eines Kontinuums zwischen Gesundheit und Krankheit tendieren (ebd., S.63) wie es im bipolaren und orthogonalen Konzept der Fall ist. Außerdem halten medizinische Laien psychosoziale Faktoren mit Blick auf die Krankheitsentstehung und -bewältigung für weitaus relevanter als in einem Großteil der wissenschaftlichen Theorien angenommen (Franke, 2012, S.248). Krankheit wird von medizinischen Laien in erster Linie mit der „Wahrnehmung eigener Schwäche und Einschränkungen der eigenen Handlungsmöglichkeiten verbunden“ (ebd.). In anderen Fällen wird Krankheit hingegen positiv besetzt: „So ist Krankheit ein deutliches Warnsignal, kann auf Überforderung des Organismus hinweisen und ein Denkanstoß zu Veränderungen im Leben sein“ (ebd., S.249). Bock (2013) merkt bezugnehmend auf Rössler et al. (1999) an, dass Patienten, die ein eigenwilliges Krankheitskonzept entwickeln, über eine höhere Lebensqualität verfügen (ebd., S.31).

Bei den Forschungserkenntnissen zur subjektive Krankheitssicht bei spezifischen psychischen Störungen wird auf solche Störungsbilder eingegangen, die sich mit Blick auf das qualitative Sample im empirischen Teil der Arbeit als relevant erweisen. Wie oben für psychische Krankheiten im Allgemeinen ausgeführt, sprechen sowohl schizophrene als auch depressive Patienten psychosozialen Faktoren mit Blick auf die eigene Krankheit einen weitaus höheren Stellenwert zu als Biologischen (Holzinger, Müller, Priebe & Angermeyer, 2001, S.174; Vollmann, Salewski & Scharloo, 2013, S.242). Holzinger, Löffler, Müller, Priebe und Angermeyer (2002) gelangen mit ihrer Studie zu subjektiven Krankheitstheorien und Medikamenten-Compliance zu dem Ergebnis, dass lediglich 56,4 % der Patienten mit einer diagnostizierten Schizophrenie davon ausgehen, psychisch krank zu sein (ebd., S.599). Es bietet sich geradezu an, diesem Ergebnis die Ergebnisse von Bock et al. (2010) gegenüberzustellen, die eine Studie zum subjektiven Sinn vom Psychosen durchgeführt haben. Im Rahmen dieser Studie stellen 91 % der schizophrenen Patienten eine Verbindung zwischen ihrer Psychose und Lebensereignissen her. 52 % äußern sich positiv, was das Erleben der Symptome betrifft, und 70 % beurteilen die Auswirkungen ihrer Psychose als konstruktiv. Die Ergebnisse zeigen auch, dass gerade Patienten, die ihr

Psychoseerleben mit Lebensereignissen verbinden, sich eher positiv bzgl. der Symptomatik und der Prognose ihrer Krankheit äußern (ebd., S.285). Dementsprechend ist davon auszugehen, dass schizophrene Patienten ihr Psychoseerleben mit Sinn besetzen; nur ist Sinn nicht immer gleich Krankheit. Solojenkina (2013) hat sich 2004 einer Forschungslücke angenommen, indem sie Arzt-Patient-Beziehungen mit der Fragestellung untersucht hat, ob und inwiefern sich die Krankheitstheorien beider Parteien decken. Dabei stellt sich heraus, dass 70 % der behandelnden Ärzte davon ausgehen, dass ihre Patienten einsehen, an einer Schizophrenie erkrankt zu sein, was von den Patienten nur in 36 % der Fälle bestätigt wird (ebd., S.230). Bei depressiven Patienten ist die Einschätzung deutlich realistischer ausgefallen. Aus der Studie von Solojenkina geht außerdem hervor, dass die Patienten „medikamentöse oder psychotherapeutische Behandlungen soweit für wichtig [halten], wie es ihnen entsprechend ihrer eigenen Krankheitskonzepte als sinnvoll erscheint“ (ebd., S.231). Bezugnehmend auf eine Studie von Löffler et al. (2003) trifft Solojenkina Aussagen über die Einstellung schizophrener Patienten zur Behandlung mit Neuroleptika. Akzeptiert wird diese Behandlungsmethode vor allen Dingen, wenn Patienten einen Nutzen bemerken. Abgelehnt wird die Behandlungsmethode dahingegen, wenn Patienten vorrangig unter Nebenwirkungen leiden und keinen Nutzen feststellen. Die medikamentöse Compliance wird durch eine positive Arzt-Patient-Beziehung und eine positive Haltung des Patienten gegenüber der Behandlungsmethode begünstigt. Eine fehlende Einsicht des Patienten in die Notwendigkeit der medikamentösen Behandlung und die Krankheitssicht der psychiatrischen Fachkräfte wirkt sich dahingegen ungünstig aus (Solojenkina, 2013, S.229). Vollmann et al. (2013) geben mittels verschiedener Studien einen Überblick zur Einstellung von depressiven Patienten zur medikamentösen Behandlung. Auch hier wird deutlich: Eine Behandlung mit Antidepressiva wird von Patienten favorisiert, die ihre Krankheit für biologisch bedingt halten, wohingegen Patienten, die psychosoziale Faktoren verantwortlich machen, nicht-medikamentöse therapeutische Interventionen bevorzugen (ebd., S.245).

An dieser Stelle kann folgendes Zwischenfazit gezogen werden: In der Psychiatrie existiert nicht nur *eine* (biomedizinische) Krankheitssicht, sondern *ein breites Spektrum* an Krankheitssichten. Dabei können sich Krankheitssichten auch innerhalb ein und derselben Disziplin als variant erweisen. Grundsätzlich gilt, dass das Auseinanderfallen der Erfahrungsräume von Interagierenden das Divergieren von Krankheitssichten begünstigt. Letztlich ist und bleibt (psychische) Krankheit ein uneindeutiges (soziales) Konstrukt, wiewohl vereinzelt Wahrheitsansprüche erhoben werden. Konsensuelle Wirklichkeit existiert nicht per se, sondern wird allenfalls im interaktiven Miteinander hergestellt.

Dementsprechend muss die subjektive Krankheitssicht eines Patienten nicht mit der Krankheitssicht der (sozial-)psychiatrischen Fachkräfte übereinstimmen. Im stationär-psychiatrischen Alltag ist im Falle der Nichtübereinstimmung schnell die Rede von fehlender

Krankheitseinsicht, worunter die nicht vorhandene Einsicht des Patienten in die Krankheitssicht der psychiatrischen Fachkräfte verstanden wird. Mit Blick auf die vorangegangenen Ausführungen wird hier ein wesentlicher Aspekt außer Acht gelassen: Es fehlt nicht nur dem Patienten an Krankheitseinsicht, sondern auch den (sozial-)psychiatrischen Fachkräften an Einsicht in die subjektive Krankheitssicht ihres Gegenübers. Insofern ist der Zustand fehlender Einsicht stets wechselseitig bedingt. Dem eng verstandenen Begriff der fehlenden Krankheitseinsicht, wird also ein weitergefasstes Begriffsverständnis entgegengehalten. Die Frage, wer Einsicht in wessen Krankheitssicht zeigt, berührt Aspekte der Machtverteilung.

Ähnlich verhält es sich mit Zielen und Erwartungen von (sozial-)psychiatrischen Fachkräften und Patienten bezogen auf die (sozial-)psychiatrische Behandlung. Diese können ebenfalls auseinanderfallen, was für den Bereich der Rehabilitation empirisch bestätigt worden ist (von Kardorff, 2008b, S.247). Bei Zielen und Erwartungen stellt sich ebenfalls die Frage, wer Einsicht in wessen Vorstellungen nimmt.

Im (sozial-)psychiatrischen Alltag wird die fehlende Krankheitseinsicht im eng verstandenen Sinne spätestens dann zum Problem, wenn die Compliance¹ oder Adhärenz² in Mitleidenschaft gezogen wird. Becker macht bereits 1984 darauf aufmerksam, dass „die Kluft zwischen Krankheitstheorien des Arztes und des Patienten [...] eine der Hauptursachen für die sogenannte Non-Compliance“ (zit. nach Solojenkina, 2013, S.221) darstellt. Mahler (2014a) weist auf weitere Probleme hin, die heute mit divergierenden Krankheitssichten in Verbindung gebracht werden:

„Problematische Phänomene wie ‚Chronifizierung‘, schwierige Behandlungsabläufe, Gewaltsituationen, Zwangsbehandlungen, Stigmatisierung [auch Selbststigmatisierung, J. K.], Therapieabbrüche, ‚mangelnde Adhärenz‘, ‚Drehtüreffekte‘ sowie auch Insuffizienzgefühle der Behandelnden in der eigenen Arbeit werden zunehmend im Zusammenhang mit Differenzen zwischen den Krankheitskonzepten der Behandelnden und Betroffenen gesehen.“ (ebd., S.25)

Die Aufzählung macht deutlich, dass divergierende Krankheitssichten Belastungen für Patienten und psychiatrische Fachkräfte mit sich bringen. Insofern ist eine Überwindung der Divergenzen in doppelter Weise relevant. Um zu einer geteilten Krankheitssicht zu gelangen, ohne Divergenzen einseitig aufzulösen und „Krankheitseinsicht und Compliance [weiterhin] als Unterwerfungsritual und Vorleistung des Patienten“ (Bock, 2013, S.15) zu begreifen, bedarf es einem integrativen Krankheitsbegriff (siehe Kapitel 2.1.4) und einem modernen Modell der Experten-Laien-Beziehung, mit dem neue Kommunikations- und Interaktionsformen einhergehen (siehe Kapitel 2.3).

Mahler (2014a) mahnt dabei zur permanenten Wachsamkeit. Schließlich könnten sich auch hinter neuen Begriffen, Modellen oder Konzepten Strategien verbergen, die letztlich auf

¹ Wird von Mahler (2014a) als „Therapietreue“ (ebd., S.42) definiert.

² Wird von Mahler (2014a) als „Einhalten, Befolgen“ (ebd., S.42) definiert.

die Einsichtigkeit und Folgsamkeit des Patienten zielen oder divergierende Sichten hinter einem scheinbaren Konsens verschleiern (ebd., S.41).

2.1.4 Geteilte Krankheitssicht: Dreiklang von *disease*, *sickness* und *illness*

Heinz – Direktor der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie am Campus Charité Mitte in Berlin – entwickelt in seiner 2014 erschienenen Monografie einen abstrakten, übergreifenden Begriff der (psychischen) Krankheit, der verschiedene Krankheitssichten integriert. Seiner Konstruktion zufolge liegt (psychische) Krankheit nur dann vor, wenn neben medizinischen Krankheitsaspekten *entweder* subjektives Leiden bekundet wird *oder* die soziale Teilhabe beeinträchtigt ist (siehe auch Abbildung 1). Damit erklärt Heinz das Vorhandensein von medizinischen Krankheitskriterien zu einer notwendigen, aber nicht hinreichenden Bedingung. Seiner Ansicht nach ergibt es „keinen Sinn, solchen Menschen, die selbst nicht als krank bezeichnet werden wollen, im klinischen Alltag eine Krankheitsdiagnose zu geben“ (Heinz, 2015, S.40). Abbildung 1 veranschaulicht die grundlegende Idee seiner Konstruktion und ordnet die englischsprachigen Begriffe *disease*, *illness* und *sickness* zu, die im Deutschen – abgesehen vom Begriff des Krankseins (*illness*: subjektives Leiden) – nicht zur Verfügung stehen. Die vorgenommene Differenzierung spiegelt sich in diesem Begriffsinstrumentarium wider.

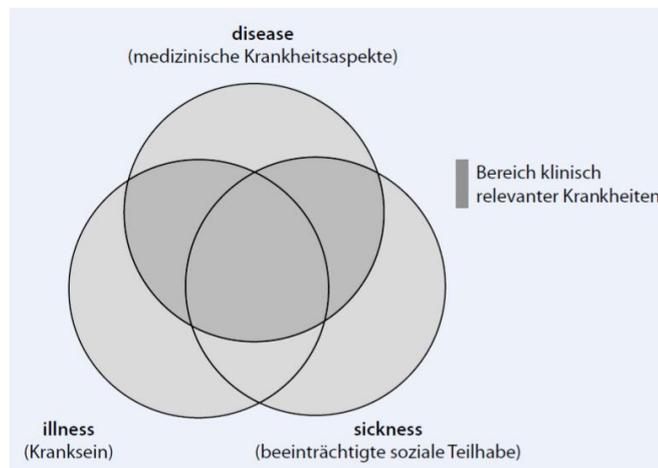


Abbildung 1: Bereich klinisch relevanter Krankheiten
(Quelle: Heinz, 2015, S.40)

Was den Aspekt der *disease* betrifft, orientiert sich Heinz an Boorses biostatistischer Theorie (Krankheit als biologische Dysfunktion im Organismus). Die medizinischen Krankheitskriterien gelten als erfüllt, wenn überlebensnotwendige Funktionen beeinträchtigt sind (Heinz, 2014, S.329). Hier stellt sich die Frage nach der Definition solcher Funktionen. Im Gegensatz zu Boorse als Verfechter des Naturalismus strebt Heinz keinen wertfreien Krankheitsbegriff an, sondern sieht vielmehr die Notwendigkeit, sich mit dem normativen Gehalt auseinanderzusetzen.

„Störungen der Funktionsfähigkeit, die das Leben einer Person beeinträchtigen, [verweisen] immer auf eine Idealnorm“ und „diese Idealnorm ist keine Frage des statistischen Durchschnitts,

sondern anthropologischer Grundannahmen; sie verweist somit auf eine philosophische Anthropologie“ (Heinz, 2015, S.36)

Wenngleich Heinz (2014) den Begriff der „objektivierbaren Krankheitsanzeichen“ (ebd., S.329) verwendet, geht aus dem Verwendungskontext hervor, dass er Krankheitsanzeichen im Sinne der Konsentstheorie¹ für wahr hält und nicht im Sinne der Korrespondenztheorie². Diesbezüglich macht er darauf aufmerksam, dass Krankheitsanzeichen mehr oder weniger „strittig“ sein können; so wäre ein komatöser Zustand bspw. weniger strittig als ein Trauerzustand (ebd., S.66). Das Problem konkretisiert Heinz folgendermaßen: „Die normative Konstruktion der Normalität psychischer Funktionen erscheint [...] umso schwieriger, je variabler ein bestimmtes Verhalten in individueller und kultureller Hinsicht ist“ (ebd., S.66). Bei psychischen Krankheiten gestalte sich die Festlegung auf entsprechende Funktionen deutlich schwieriger als bei somatischen Krankheiten (ebd., S.330), da „es sich hier um komplexe psychische Funktionen wie jene der Wachheit, Orientierung, der (im Falle der Ich-Störungen beeinträchtigten) Zurechenbarkeit eigener Intentionen und der affektiven Schwingungsfähigkeit“ (Heinz, 2015, S.38) handelt. Wie oben erwähnt, bedarf die Definition einer Krankheit mit klinischer Relevanz so oder so einem zusätzlich erfüllten Kriterium.

Was den Aspekt der *illness* betrifft, schließt Heinz (2015) an Wakefields Theorie der schädlichen Dysfunktion an (ebd., S.40). Eine Funktionsfähigkeitsstörung allein würde die Rede von einer klinisch relevanten Krankheit nicht rechtfertigen, wohingegen diese durch das Hinzutreten subjektiver Leidenszustände gerechtfertigt wäre. Heinz (2014) betont, dass „in der Lebenswelt der Betroffenen subjektives Leiden als Krankheitsgefühl ein deutlicher Hinweis darauf [ist], dass eine Erkrankung vorliegt“ (ebd., S.329). Gleichwohl bestände die Möglichkeit, dass medizinische Krankheitskriterien erfüllt sind, aber kein subjektiver Leidensdruck vorhanden ist. In dem Fall sei die Rede von Krankheit mit klinischer Relevanz nur dann gerechtfertigt, wenn statt des subjektiven Leidens die soziale Teilhabe beeinträchtigt wäre (ebd.). Das alleinige Gefühl des Krankseins (*illness*) legitimiere die Rede von Krankheit ebenso wenig, was nicht heißen solle, dass der Aspekt des subjektiven Leidens irrelevant sei. Ganz im Gegenteil: Heinz (2015) betont die Relevanz subjektiver Leidenszustände (ebd., S.41), plädiert allerdings dafür, diese Variation menschlicher Leidenszustände als „Störung“ und nicht als „Krankheit“ zu bezeichnen (ebd., S.38).

Sofern die soziale Teilhabe durch medizinische Krankheitsaspekte eingeschränkt wird, ist von einer klinisch relevanten Krankheit auszugehen, wenngleich kein subjektives Krankheitsgefühl vorhanden ist. Der Aspekt der *sickness* meint, „dass das betroffene Individuum nicht mehr in der Lage ist, alltägliche Tätigkeiten durchzuführen, die für die

¹ Intersubjektive Verständigung auf Wahrheit

² Absoluter Wahrheitsanspruch

Aufrechterhaltung der körperlichen Unversehrtheit notwendig sind“ (Heinz, 2014, S.170). Exemplarisch führt Heinz die „Fähigkeiten zur Körperpflege und Nahrungsaufnahme“ (ebd.) an.

Aus den Darstellungen ergibt sich eine Verschlankung des Krankheitsbegriffs, der eng konstruiert ist. Krankheitswert hätten seinen Ausführungen zufolge nur wenige der psychiatrischen Krankheitsbilder wie bspw. Psychosen. Im Grunde grenzt Heinz psychische Krankheit von „seelischen Störungen einfacher Art“ (Seidel, 2016, S.21) ab, womit er der befürchteten Inflation psychiatrischer Diagnosen entgegentritt (ebd.). Die zusätzliche Bedingung, dass subjektives Leiden oder eine Beeinträchtigung der sozialen Teilhabe neben medizinischen Krankheitsanzeichen gegeben sein muss, beugt dem vor, „dass fehlende Krankheitseinsicht als Kriterium für das Vorliegen einer psychischen Erkrankung gewertet werden könnte, das immer dann Anwendung findet, wenn der Patient nicht die Meinung des ihn behandelnden Arztes teilt“ (Heinz, 2014, S.9).

Eine weitere Konsequenz, die sich aus dem von Heinz vorgeschlagenen Begriff der psychischen Krankheit ergibt und für die vorliegende Arbeit Relevanz entfaltet, ist das Erfordernis in Aushandlungsprozesse einzutreten, in denen die verschiedenen Krankheitssichten der beteiligten Akteure exploriert und transparent gemacht werden, um eine geteilte Krankheitssicht zu entwickeln, wozu es einer wechselseitigen Verstehensleistung bedarf. Damit sei Krankheitseinsicht und Compliance schon eher „als Ergebnis eines ehrlichen Dialogs und als gemeinsame Aufgabe zu verstehen“ (Bock, 2013, S.15).

2.2 Krankheitsbearbeitung und Gesundheitsarbeit als psychiatrische Subjektivierungspraxis

In Kapitel 2.1.2 ist psychische Krankheit als soziale Konstruktion beschrieben worden, die mit sozialer Abweichung einhergeht. Werden bestimmte Kommunikations- oder Interaktionsnormen bzw. sog. Residualregeln gebrochen, stellt sich die Frage nach der Einordnung des devianten Verhaltens. Dabei werden Kriterien der Verantwortung angelegt und Abweichung „entweder als Unfähigkeit oder als Unwilligkeit“ (Groenemeyer, 2008, S.122), den sozialen Erwartungen zu entsprechen, eingeordnet. Die Reaktion unterscheidet sich gemäß der vollzogenen Zuschreibung. Im Falle der zugeschriebenen Unwilligkeit wird i. d. R. auf die Kategorie von Kriminalität zurückgegriffen, die eine Handlungslogik des Strafens impliziert (ebd.). Nun ist das Verhalten psychisch kranker Menschen zwar „deviant, aber nur selten sind sie auch kriminell“ (von Kardorff, 2008a, S.296). Die Brüche mit sozialen Erwartungen werden nicht als Unwilligkeit, sondern als Unfähigkeit, diesen zu entsprechen, beschrieben. Letztlich wird die Kategorie von Krankheit bemüht und die damit verbundene Handlungslogik des Helfens verfolgt (Groenemeyer, 2008, S.122). Von Kardorff (2008a) führt neben diesen Kategorien und Handlungslogiken verschiedene Zuständigkeiten an, die mit den jeweiligen Zuschreibungen korrespondieren.

„Als *Verrückte* werden sie Gegenstand informeller sozialer Kontrolle in den Netzwerken ihrer Lebenswelt. Als *Kranke* fallen sie in die Zuständigkeit von Psychiatrie und Psychotherapie. Sobald Gefahren der *Selbst- oder Fremdgefährdung* (nach Psych-KG) vorliegen oder *Straftaten* (nach Maßregelvollzug) begangen wurden, kommt die Justiz hinzu. Als *Ausgegrenzte* fallen sie in die Zuständigkeit der Sozialpädagogik [...] und als ‚*Arme Irre*‘ (Köhler 1979) werden sie zusätzlich zu Klienten der sozialen Sicherungssysteme.“

(ebd., S.296; Hervor. i. O.)

Dabei fallen psychisch kranke Menschen nicht nur in die Zuständigkeit der Psychiatrie als Fachdisziplin, sondern auch in die Zuständigkeit der Psychiatrie als Institution. Von Kardorff knüpft Zuständigkeiten an Zuschreibungen. Allerdings sind Zuschreibungen wiederum an Zuständigkeiten geknüpft, was sich insofern als paradox erweist, dass Institutionen und Akteure, die sich der Krankheitsbearbeitung verschreiben, durch Krankheitszuschreibungen mittels Kategorisierungen selbst zu „Krankheitskonstruktoren“ (Dellwing & Harbusch, 2013, S.16) werden. Die Paradoxie zeigt sich an folgendem Interpretationsschemata, das die Zirkularität von Zuständigkeit und Zuschreibung deutlich macht: „wer in einer Heilanstalt untergebracht ist, muß geisteskrank sein. Wäre er kein [...] Geisteskranker – warum wäre er dann hier?“ (Goffman, 2014a, S.87). Institutionelle Formen der Ausgrenzung und Zuschreibung von Andersartigkeit können die Identität eines Individuums genauso beschädigen („stigmatisiertes Individuum“; Goffman, 2014b, S.19) wie im Falle alltäglicher Etikettierungs- und Ausgrenzungsprozesse. Solche Prozesse können sog. „Karrieren“ psychiatrischer Patienten hervorbringen, die Goffman (2014a) in seinem Aufsatz „Die moralische Karriere des Geisteskranken“ (ebd., S.126ff) abhandelt. In Kapitel 2.1.2 ist bereits auf die ungünstige Wirkung von Etikettierung und damit einhergehender Stigmatisierung auf den

Krankheitsverlauf hingewiesen worden. Trotz der weitreichenden Folgen wird die Psychiatrie nicht auf Krankheitszuschreibungen verzichten können.

„Die Fixierung [von Krankheit, J. K.] durch Institutionen der Kontrolle und Hilfe ist [...] kein ‚Fehler‘ der Psychiatrie, den sie hinter sich lassen müsste, um ‚richtig‘ zu agieren. Würde sie diese Leistung nicht mehr ausüben, wäre es keine Psychiatrie mehr: Diese Fixierung ist gerade Kern ihrer Leistung. Psychiatrie und ihre ‚Verwenderwissenschaften‘, allen voran Erziehungswissenschaft und soziale Arbeit, haben nicht das Ziel, die Krankheit als ‚zugeschriebene Rolle‘ oder sich selbst als krankheitsgenerierende Einrichtungen zu ‚verstehen‘, sondern gebrochene Situationen kitten zu helfen, und utilisieren dazu das zur Lösung potente Krankheitsvokabular der ‚psychischen Störung‘.“

(Dellwing & Harbusch, 2013, S.19)

Außerdem haben Krankheitszuschreibungen nicht nur negative Folgen, sondern auch Positive. Für Menschen, denen das eigene Verhalten und Erleben fremd geworden ist, die sie sich und die Welt nicht mehr verstehen, kann eine Diagnose entlastend wirken. Wenngleich das Fremde u. U. fremd bleibt, erhält es durch die Diagnose einen Namen und wird greifbar. Gleichzeitig wird das subjektive Leiden anerkannt, ernstgenommen und für überwindungsbedürftig befunden. Ferner legitimiert die Krankheitszuschreibung den temporären Rückzug aus der normalen Funktionsrolle und die Einnahme der Krankenrolle, die Entlastungen und Zugeständnisse verheißt (Groenemeyer, 2008, S.124; siehe auch Kapitel 2.1.2 zu Parsons Krankheitsverständnis). Insofern fungieren medizinisch-psychiatrische Fachkräfte als „Legitimationsinstanz“ (Borgetto, 2016, S.374). Als klassische Profession wird die Medizin mit der Aufgabe betraut, die Funktionsstörung zu beseitigen und das Funktionieren der Individuen – im Interesse der Gesellschaft – möglichst zeitnah zu reaktivieren, woran die psychisch kranken Menschen mitzuwirken haben (Bittlingmayer, 2016, S.102f).

Durch die „gegenwärtigen Komplexisierungstrends fortgeschrittener westlicher Industriegesellschaften“ (Schütze, 1992, S.165) geraten v. a. klassische Professionen bei der Bearbeitung zunehmend komplexer werdender Problemlagen an ihre Paradimgrenzen (ebd.); so auch die Medizin bei der Bearbeitung von psychischer Krankheit (Hanses, 2012, S.36). Ein Beispiel wäre das psychotische Erleben eines Patienten, das mit der Dopaminhypothese allein nicht erklärbar ist und durch eine rein medikamentöse Behandlung nicht verschwindet. Die zunehmende Komplexität der Problemlagen erfordert einen „flexiblen fallbezogenen interdisziplinären Diskurs“ (Schütze, 1992, S.166) und das Eingehen von „stabilen interdisziplinären Arbeitsarrangements“ (ebd.). Die heutige Psychiatrie ist Ort multiprofessioneller Zusammenarbeit und multiprofessioneller Problembearbeitung, wobei die Medizin weiterhin als „zentrale Leitprofession“ (Hanses, 2012, S.38) fungiert. Das multiprofessionelle Zusammenwirken bedeutet vielfältige Krankheitszugänge und Möglichkeiten der Krankheitsbearbeitung, aber auch neue Aushandlungsnotwendigkeiten (ebd., S.36).

Nachdem die funktional begründete (institutionelle) Zuständigkeit der Psychiatrie für psychisch kranke Menschen bzw. deren Merkmale umrissen worden ist, wird sich mit dem Zugriff der Psychiatrie auf das Subjekt befasst.

Klausner (2015) erbringt mit ihrer ethnografischen Studie den Nachweis, dass Subjektivierungsprozesse (sozial-)psychiatrischer Sorgepraktiken den stationär-psychiatrischen Alltag noch heute prägen (ebd., S.314f). Anders als Goffman (2014a) und Foucault (1973), deren Studien in anderen historischen Kontexten zu verorten sind, in denen psychiatrische Patienten v. a. als Objekte regulierend eingreifender Institutionen und medizinisch-autoritärer Interventionen erscheinen, beschreibt Klausner (2015) die Sorgepraktiken nicht länger als „autoritäre[s] Disziplinieren“ (ebd., S.310), sondern als „sozialpsychiatrische[s] Choreografieren“ (ebd.). Die Praktik des Choreografierens definiert Klausner als „gesteuerte[n] Lernprozess, der auf eine möglichst dauerhafte Ermächtigung der betroffenen Subjekte abzielt“ (ebd.). Ihren Beobachtungen zufolge sollen die Patienten durch die Angebotsstruktur, die Tagesstrukturierung, den geordneten Stationsalltag und das fortlaufende Feedback der (sozial-)psychiatrischen Fachkräfte „auf einen bestimmten Pfad gelenkt werden“ (ebd.). Ergebnis der (sozial-)psychiatrischen Subjektivierungspraxis ist nicht das „originäre Subjekt“ (Klausner, 2015, S.314), das „schlichtweg ‚zu sich selbst‘ bzw. ‚seinen eigenen Weg‘ findet“ (ebd.), sondern das „selbstsorgende, aktive, kooperierende, solidarische und reflektierende Subjekt“ (ebd.). Mittels (sozial-)psychiatrischer Sorgepraktiken wird auf das „ideale Subjekt“ (ebd.) hingewirkt. Nun ist das Ziel der (Re-)Produktion eines vollständig autonomen Subjekts sowie dessen kompetenter Handlungsfähigkeit und -macht (von Kardorff, 2016, S.271) ebenso normativ aufgeladen und der Grundgedanke Goffmans – formuliert in „Asyle“ (Ersterscheinung im Jahr 1961) – insofern nicht obsolet; das Selbst wird nach wie vor durch institutionelle Arrangements konstituiert (Goffman, 2014a, S.166) oder zumindest mitkonstituiert. Obgleich die heutige Psychiatrie nicht in selbigem Umfang und in selbiger Härte wie zu Zeiten der 1960er Jahren auf das Subjekt zugreift, ist der Subjektivierungseffekt nicht zu bestreiten. Als soziale Institution wird die Psychiatrie zu keinem Zeitpunkt umhinkommen, auf das Subjekt zuzugreifen, was Gegenstand der Reflexion professioneller Praxis sein sollte.

Gleichwohl lassen sich mit Blick auf die psychiatrische Subjektivierungspraxis Veränderungen konstatieren. Der Fokus hat sich binnen der letzten Jahre zunehmend von Krankheit auf Gesundheit verlagert, so dass neben der klassischen Krankheitsbearbeitung die Gesundheitssicherung bzw. -förderung Beachtung erfährt. Mittlerweile wird die Diskussion zum Wesen und Wert von Gesundheit lebhaft geführt (Franke, 2012, S.64), wobei Gesundheit nicht negativ – als Abwesenheit von Krankheit – definiert, sondern als unabhängiger Faktor konzeptualisiert wird (zur relationalen Betrachtung von Gesundheit und Krankheit siehe Exkurs in Kapitel 2.1.1). Gesundheit umfasst v. a. die oben ausgewiesenen Werte der Autonomie und Handlungsfähigkeit bzw. -macht (von Kardorff, 2016, S.267, 287). Der Fokuswechsel ist begleitet von einer Veränderung der Macht- und Herrschaftspraxis. Nun geht es nicht mehr ausschließlich darum, „Krankheit (negativ) zu verhindern und zu behandeln, sondern [auch dar]um physische und psychische Gesundheit (positiv) zu

entwickeln und zu *steigern*“ (Anhorn & Balzereit, 2016a, S.132; Hervor. i. O.). Aus der Perspektive der foucault'schen Machtanalytik tritt neben den repressiven, negativen Modus ein produktiver, positiver Modus von Macht- und Herrschaftspraktiken (ebd., S.131f). Foucault zufolge wird das Individuum durch Normalisierung zum Subjekt, wobei die disziplinierende von der regulierenden Normalisierung zu unterscheiden ist (Seelmeyer, 2008, S.183). Im Disziplinar-Regime existiert eine „optimale, ‚a priori‘ festgelegte, präskriptive und deshalb relativ ‚rigide‘ (Soll-)Norm“ (Anhorn & Balzereit, 2016a, S.152), die eine klare Trennlinie zwischen Kranken und Nichtkranken zieht. Das kranke Individuum wird solange behandelt bis es mit der vorgegebenen Norm übereinstimmt, was Foucault als disziplinierende Normalisierung bezeichnet (ebd., S.149-151). Im Sicherheits-Regime findet sich diese radikale Unterscheidung von Kranken und Nichtkranken nicht, weil keine normative Norm vorgegeben wird, die eine solche Aufteilung legitimieren würde. Stattdessen wird die Gesamtbevölkerung in den Blick genommen und die Verteilung interessierender Merkmale, Verhaltensweisen, Fähigkeiten etc. abgebildet;

„ausgehend von der ‚realen‘ empirisch vorfindbaren Verteilung [...] wird hier auf der Grundlage statistischer Streuungen eine Norm a posteriori gebildet, mit der das *Normale als Durchschnittswert* aus der Gesamtheit einer erhobenen Datenmenge ermittelt wird.“

(ebd., S.152; Hervor. i. O.)

Link (2013), der einen Versuch der Theoretisierung von Normalität unternimmt, macht auf das Paradox der Normalitätsgrenze aufmerksam. Die Verteilungskurve selbst kennt keine Brüche und Diskontinuität, sondern lediglich graduelle Unterschiede. Nun tritt neben das Kontinuitätspostulat ein Toleranzgrenzenpostulat, demzufolge Normalität nie ohne Gegenspieler – Anormalität – auskommt. Die Normalitätsgrenze wird also auch im Sicherheits-Regime gezogen, was einem normativen Akt gleicht (ebd., S.355). Allerdings unterscheiden sich Basis und Zeitpunkt der Grenzziehung sowie die Flexibilität der Grenze vom Disziplinar-Regime. Individuen können allenfalls mehr oder weniger von der sog. normalistischen Norm abweichen. Zugleich laufen sie permanent Gefahr „über die Grenze [zu] geraten“ (Link, 1999, S.211), woraus eine „Denormalisierungsangst“ (Hark, 1999, S.66) resultiert, die mit Anpassung beantwortet wird und zur „Ausbildung eines spezifischen Typs ‚normalisierter‘ Subjektivität“ (ebd., S.67) führt. Die so bezeichnete regulierende Normalisierung zielt nicht auf die Beseitigung eines Phänomens wie im repressiven Modus (bspw. Krankheit), sondern auf das optimale Management seiner Verteilung (Anhorn & Balzereit, 2016a, S.153), wobei die Selbstregulation der Individuen gefragt ist. Die Individuen werden nicht fremdgesteuert, sondern steuern sich im Grunde selbst, indem sie ihre Haltungen und Handlungen an Durchschnittswerten (normalistischen Normen) orientieren. Dabei ist die regulierende Normalisierung auf eine „erfolgreiche Konstituierung der Individuen als ‚Disziplinarindividuen‘ angewiesen“ (Hark, 1999, S.74), die sich freiwillig unterwerfen, ohne die Unterwerfung als solche zu deuten. Am Ende steht das formvollendete „normalisiert[e] Subjekt, das sich ‚freiwillig‘ an eine Durchschnitts-Identität bindet und auch noch

glaubt, in dieser sich selbst gefunden zu haben“ (ebd., S.77). Rückblickend lässt sich aus heutiger Sicht folgender Trend beobachten: Das Handeln orientiert sich zunehmend weniger an normativen Normen; vielmehr wird sich an normalistischen Normen orientiert (Seelmeyer, 2008, S.182). Dadurch wandelt sich die Macht- und Herrschaftspraxis von einer disziplinierenden zu einer regulierenden Normalisierung (Subjektivierungspraxis). In der Konsequenz geht es nicht mehr nur um Heilung von Krankheit, sondern auch um die Förderung der ‚Durchschnittsgesundheit‘, was die Individuen für gewöhnlich selbst übernehmen. Von Kardorff (2016) bezieht sich auf die historische Analyse von Elias, der

„die These von einem sich über Jahrhunderte entwickelnden Fortschreiten sozialer Kontrolle vom ‚Fremdzwang‘ zum ‚Selbstzwang‘ formuliert, bei dem äußere, institutionelle Formen sozialer Kontrolle zunehmend durch Modi einer inneren, psychologischen Selbstkontrolle abgelöst würden, ohne dass externe, ‚harte‘ soziale Kontrolle damit überflüssig würde oder verschwände. Formen einer repressiven sozialen Kontrolle abweichenden Verhaltens existieren nach wie vor, wie etwa die Zwangsunterbringung psychisch kranker Menschen [...]. Vielmehr überlagern und Durchdringen sich die Formen einer externen und einer ‚weichen‘ sozialen Kontrolle und verstärken sich damit gegenseitig.“ (ebd., S.270)

Trotz des konstatierten Wandels der (psychiatrischen) Subjektivierungspraxis, bleiben Momente der harten sozialen Kontrolle sowie funktionale Normalitätsbezüge erhalten, so dass die Krankheitsbearbeitung und Gesundheitsarbeit in der Psychiatrie nicht ohne Zugriff auf das Subjekt vonstattengeht. Festgehalten werden soll an dieser Stelle, dass die Psychiatrie als soziale Institution kein macht- und herrschaftsfreier Raum ist – das bringt schon ihre funktional begründete (institutionelle) Zuständigkeit mit sich.

Die Beziehung zwischen (sozial-)psychiatrischen Fachkräften und Patienten ist strukturell asymmetrisch angelegt und hat im Kern Bestand; wenngleich die Experten-Laien-Beziehung in Anbetracht der Patientenemanzipation komplexer geworden ist (Vogd, 2012, S.80; von Kardorff, 2008b, S.250), worauf im folgenden Kapitel eingegangen wird.

2.3 Modelle der Experten-Laien-Beziehung

Das Kapitel gibt einen Überblick über Modelle der Experten-Laien-Beziehung, die mit verschiedenen Kommunikations- und Interaktionsformen verbunden sind. Dem Shared-decision-making-Modell wird aufgrund seiner Aktualität und den zugehörigen Kommunikations- und Interaktionsformen, die eine Entscheidungsteilnahme ermöglichen, mehr Raum gewährt als anderen Modellen.

Psychiatrischen Behandlungen liegen generalisierte Rollenerwartungen zugrunde, die das Funktionieren der Krankenbehandlung gewährleisten. Gleichzeitig ist von einer grundsätzlichen Unsicherheit auszugehen, da keiner der beteiligten Akteure mit Sicherheit vorhersagen kann, wie sich der bzw. die anderen Akteure in der konkreten Behandlungssituation verhalten (Vogd, 2012, S.73-75). Es ist anzunehmen, dass die grundsätzliche Unsicherheit mit der Ausdifferenzierung der Beziehung zwischen psychiatrischen Fachkräften (Experten) und Patienten (Laien) wächst. Das Mitwirken verschiedener Berufsgruppen an der Behandlung wird ebenfalls dazu beitragen. Schließlich erhöht die Rollenvielfalt die Wahrscheinlichkeit der Enttäuschung von Rollenerwartungen.

Die Experten-Laien-Beziehung hat sich im Laufe der Zeit verändert. Das Patientensubjekt ist mit einem eigenen Willen und eigenen Vorstellungen in Erscheinung getreten. Viele Patienten sind heute bereit, den Behandlungsprozess inkl. Entscheidungsfindung aktiv mitzugestalten und fordern entsprechende Informationen ein bzw. beschaffen sich diese mithilfe moderner Informations- und Kommunikationstechnologien selbst. Das Monopol der Experten bleibt nicht unangetastet, sondern wird kritisch hinterfragt (Klemperer, 2005, S.71f; von Kardorff, 2016, S.249f).

Neben das paternalistische Modell der Experten-Laien-Beziehung treten weitere. Dennoch gibt es Patienten, die „vom erfahrenen Experten an die Hand genommen werden wollen“ (von Kardorff, 2016, S.255). Aufgrund der unterschiedlichen Kommunikations- und Interaktionsbedürfnisse von Patienten bedarf es der Kenntnis verschiedener Kommunikations- und Interaktionsstile, die psychiatrische Fachkräfte flexibel einsetzen, um eine Passung in der konkreten Behandlungssituation zu gewährleisten. Im stationär-psychiatrischen Alltag finden sich keine Modelle in Reinform, sondern verschiedene Ausprägungen und Mischformen (Klemperer, 2005, S.72).

Paternalistisches Modell

Das paternalistische Modell verweist auf die traditionelle Arzt-Patient-Beziehung. Entsprechende Kommunikations- und Interaktionssituationen zeichnen sich durch eine dominante Rolle des Arztes und eine gleichsam unterwürfige Rolle des Patienten aus. Dem Arzt obliegt die alleinige Bewertung des Gesundheitszustands seines Gegenübers. Alleine oder mit anderen Professionellen nimmt er – basierend auf wissenschaftlichem Wissen – eine Abwägung vor, welche Vorgehensweise bzw. welche Behandlungsmöglichkeit sich am ehesten eignet, um beim Patienten eine Verbesserung herbeizuführen. Letztlich kommuniziert

der Arzt dem Patienten seine Entscheidung. Im paternalistischen Modell fließen die Informationen einseitig – vom Arzt zum Patienten. So gesehen ist „die Zustimmung des Patienten [nur noch] Formsache“ (Klemperer, 2005, S.73). Der Arzt nimmt eine Monopolstellung ein, was die Expertise anbelangt, da wissenschaftliches Wissen über Erfahrungswissen gestellt wird (ebd., S.72f). De facto wird der Patient in derartigen Kommunikations- und Interaktionssituationen in einer passiven Rolle gehalten. Die Suche nach dem Patienten-Subjekt verläuft ergebnislos; vielmehr ist von einem Patienten-Objekt auszugehen. Das paternalistische Modell scheint frei vom partizipativen Gedanken – zumindest, wenn man das heutige Partizipationsverständnis anlegt. Klemperer (2005) fasst die Annahmen, auf denen das paternalistische Modell aufbaut, übersichtlich zusammen:

- „Es gibt objektive Kriterien dafür, was das Beste für den Patienten ist. Die Ärzte verfügen über dieses Wissen und wenden es an ihren Patienten an.
- Die Ärzte sind aufgrund ihrer Erfahrung und ihres Fachwissens diejenigen, die das Für und Wieder unterschiedlicher Behandlungsmöglichkeiten am besten abwägen können.
- Aufgrund ihrer Verpflichtung auf ethische Prinzipien stellen die Ärzte das Patientenwohl allen anderen Interessen voran.“

(Klemperer, 2005, S.73)

Bock (2013) bezeichnet diese Art der Experten-Laien-Beziehung als „autoritär“ (ebd., S.125). Im traditionellen Modell ginge es um „Bestimmung statt Verhandlung“ (ebd.). Ferner würde dem Patienten die Eigenverantwortung abgesprochen (ebd.).

Das eng gefasste Konzept der Compliance ist im paternalistischen Modell zu verorten (von Kardorff, 2008b, S.248). Erinnerung sei an Parsons Krankenrolle, mit der Zugeständnisse einhergehen, aber auch die Verpflichtung, aktiv an der eigenen Gesundheit mitzuwirken, was die Bereitschaft einschließt, ärztlichen Anweisungen Folge zu leisten (ebd., S.253). In selbiger Weise kann der eng verstandene Begriff der Krankheitseinsicht in das paternalistische Modell eingeordnet werden. Durch die festgelegte Empfängerrolle und die nicht vorgesehene Senderrolle bleiben dem Patienten lediglich zwei Möglichkeiten; die Krankheitssicht der Fachkräfte übernehmen oder sich dieser verweigern. Die Vermittlung der subjektiven Krankheitssicht würde dem einseitigen Informationsfluss zuwiderlaufen.

Informatives Modell

Das paternalistische und das informative Modell können als zwei Extreme verstanden werden, die sich in einigen Punkten radikal unterscheiden. Dabei weisen sie eine Gemeinsamkeit auf: Der Arzt verfügt über medizinisch-wissenschaftliche Informationen, die notwendigerweise in den Abwägungs- und den Entscheidungsfindungsprozess einbezogen werden müssen. Im informativen Modell versorgt der Arzt den Patienten technokratisch mit medizinisch-wissenschaftlichen Informationen bzgl. der Krankheit und den Behandlungsoptionen samt Chancen und Risiken. Der Informationsfluss gestaltet sich also weiterhin einseitig, weshalb das Modell auch als „Konsumenten-Modell“ (Klemperer, 2005, S.73) bezeichnet wird. Der Patient konsumiert die offerierten Informationen und hat so gesehen teil an

der medizinisch-wissenschaftlichen Expertise. Auch diesem Modell liegt die Annahme zugrunde, dass die beste Entscheidung auf Basis medizinisch-wissenschaftlichen Wissens gefällt wird. Im Weiteren unterscheidet sich das informative Modell vom Paternalistischen, da der Arzt von nun an eine enthaltsame Rolle einnimmt. Der Abwägungsprozess und die Entscheidungsfindung werden an den Patienten delegiert. Dabei steht der Patient vor der Herausforderung, das medizinisch-wissenschaftliche Wissen mit seinem subjektiven Wissen in Einklang zu bringen und davon ausgehend eine Entscheidung zu treffen, bei deren Umsetzung der Arzt wieder unterstützend tätig wird (ebd., S.73f). Insofern wird die Eigenverantwortlichkeit dem Patienten vollumfänglich zugestanden. Die Rolle des Patienten ist hier weitaus aktiver als im paternalistischen Modell. Im informativen Modell findet sich der partizipative Gedanke zwar wieder, doch ist die Kommunikation während des Abwägungsprozesses und der Entscheidungsfindung wenig dialogisch gestaltet. Daher ist der Begriff „informed-choice-Szenario“ (Heres & Hamann, 2017, S.995) angebracht, der bezogen auf dieses Modell Anwendung findet.

Außer Frage steht, dass das informative Modell den empirischen Erkenntnissen Rechnung trägt, denen zufolge Krankheitssichten und Ziele von Experten und Laien im Behandlungsprozess auseinanderfallen können (siehe Kapitel 2.1.3).

Interpretatives und abwägendes Modell

Sowohl im interpretativen als auch im abwägenden Modell exploriert der Arzt im Gespräch mit dem Patienten dessen Wünsche, Vorstellungen und Werte sowie dessen Lebenssituation, wenn es weiterer Kontextinformationen bedarf. Bei den Modellen wird nämlich nicht davon ausgegangen, dass Wünsche, Vorstellungen und Werte dem Patienten a priori formvollendet und konfliktfrei zur Verfügung stehen. Dieser Aspekt wird im informativen Modell ausgeblendet.

Im interpretativen Modell informiert der Arzt den Patienten ebenso umfassend wie im informativen Modell, zieht sich dann aber nicht zurück, sondern begleitet den Patienten im Abwägungsprozess durch Hilfestellung beim Erkennen, Erklären und Interpretieren der eigenen Wünsche, Vorstellungen und Werte. Die Entscheidung fällt der Patient eigenständig und eigenverantwortlich.

Beim abwägenden Modell übermittelt der Arzt dem Patienten nur die Informationen, die sich mit Blick auf die klinische Situation als relevant erweisen. Wie zuvor erwähnt, gibt es auch hier eine Phase der gemeinsamen Exploration. Das abwägende Modell sieht allerdings vor, dass der Arzt eine Lösung entwickelt, die er zwar bereitwillig mit dem Patienten diskutiert, aber zugleich darauf hinwirkt, dass sein Lösungsvorschlag vom Patienten übernommen wird. Diesem Akt der Überzeugung soll kein Zwang innewohnen, da am Ende die gemeinsame Entscheidungsfindung stehen soll (Klemperer, 2005, S.74).

Patienten-zentriertes Modell

Das patienten-zentrierte Modell wird ein gutes Jahrzehnt vor Begründung des Shared-decision-making-Modells von einer kanadischen Arbeitsgruppe skizziert. Es zeichnet sich durch die folgenden sechs Elemente aus:

- (1) *Erkunden der Krankheit und des Krankheitserlebens*
Beide Facetten verlangen eine Reaktion des Arztes; die Krankheit eine klinische Diagnose, das Erkunden des Krankheitserlebens eine gezielte Gesprächsführung (Klemperer, 2005, S.74).
- (2) *Die gesamte Person verstehen*
Im Unterschied zur Krankheitszentrierung wird bei der Patientenzentrierung nicht von der Krankheit, sondern vom Patienten als Person ausgegangen. Ein Verständnis der gesamten Person gilt als Grundlage für das Verständnis der subjektiven Bedeutung und Auswirkungen der Krankheit und der entsprechenden Behandlung (ebd., S.74f).
- (3) *Eine gemeinsame Grundlage finden*
Arzt und Patient verständigen sich wechselseitig auf eine Problemdefinition und Behandlungsziele. Mögliche Konflikte sind frühzeitig im Dialog zu klären, um den weiteren Prozess nicht zu blockieren. Darüber hinaus sind die jeweiligen Rollenerwartungen zu klären.
- (4) *Prävention und Gesundheitsförderung einbeziehen*
Hierfür bedarf es einer langfristig angelegten Zusammenarbeit von Arzt und Patient; also einer tragfähigen, nachhaltigen Experten-Laien-Beziehung.
- (5) *Die Arzt-Patient-Beziehung verbessern*
Der Experten-Laien-Beziehung wird eine heilsame Kraft zugeschrieben. Sie gilt als Herzstück der patientenzentrierten klinischen Methode. Dementsprechend bedarf sie der ständigen Pflege unter Hochhaltung der Prinzipien Wertschätzung, Empathie und Aufrichtigkeit.
- (6) *Realistisch sein*
Eine realistische Einschätzung des Arztes ist in verschiedener Hinsicht vonnöten; v. a. mit Blick auf die eigenen zeitlichen und personellen Ressourcen (ebd., S.75).

Im patienten-zentrierten Modell werden Informationen beidseitig preisgegeben und aufgenommen (ebd., S.72). Um eine solche Experten-Laien-Beziehung zu realisieren, bedarf es einer veränderten Machtverteilung: Die hierarchische Arzt-Patient-Beziehung – wie sie für das paternalistische Modell charakteristisch ist – wäre zu überwinden, indem Macht abgegeben und gleichermaßen verteilt wird (ebd., S.75).

Shared-decision-making-Modell

Dieses Modell der Experten-Laien-Beziehung fußt auf dem Konzept des Shared-decision-making (SDM), das im deutschen Sprachraum als „gemeinsame“ oder „partizipative Entscheidungsfindung“ bezeichnet wird, Ende der 1990er Jahre erstmals expliziert worden ist (Charles, Gafni & Whelan, 1997; Charles, Gafni & Whelan, 1999) und seitdem zunehmend Aufmerksamkeit erfährt. Das Modell beschreibt eine partnerschaftliche Experten-Laien-

Beziehung¹, die einen gleichberechtigten Entscheidungsfindungsprozess ermöglicht, an dessen Ende eine gemeinsame Entscheidung steht, die alle Beteiligten mittragen und mitverantworten. SDM setzt das Aktivwerden aller Involvierten voraus. Sollte sich eine oder gleich mehrere Personen dem Entscheidungsfindungsprozess enthalten, kann keine Rede von SDM sein, da passive Rollen im SDM nicht vorgesehen sind. Eine Rollenklärung wird zu Beginn empfohlen. Dabei kann keine Partei die jeweils andere zur aktiven Mitgestaltung zwingen. Gleichwohl können die Fachkräfte für eine Atmosphäre Sorge tragen, die dem Patienten signalisiert, dass das Entfalten seiner Sicht erwünscht ist. Alle Involvierten geben ihre spezifischen Informationen und Werte preis, wobei sich die Fachkräfte um eine verständliche und ausgewogene Darstellung bemühen. Letztlich werden die Präferenzen eruiert und ein Abwägungsprozess gestaltet, der den aktiven Einbezug aller erfordert (Klemperer, 2005, S.75f).

Mahler (2014b) hat Merkmale partizipativer Entscheidungsfindungsprozesse für den Fachbereich der Psychiatrie zusammengestellt (siehe Abbildung 2). Dabei finden die Besonderheiten der stationär-psychiatrischen Praxis weitaus eher Berücksichtigung als in allgemein gehaltenen Beschreibungen.

- „Konsequent transparent und partizipativ gestaltet
- Multiprofessionell und hierarchieübergreifend getragen
- Umsichtige Risiko-Abwägung unter Einbezug aller Perspektiven und Teilhabenden [...]
- Alle Optionen der Vermeidung von Zwang nutzen (Eröffnung wirklicher Alternativen und Entscheidungsmöglichkeiten)
- Vorrangiges Ziel: nachhaltig zu verantwortende und für den Patienten nachvollziehbare Entscheidungen
- Vertrauensvorschluss und Zutrauen gegenüber den Patienten und Bezugspersonen (statt Zweifel und Abspreche [sic] des Rechts auf Mitsprache, Teilhabe und Verantwortungsübernahme)
- Sinnvolles Risiko eingehen (statt Leichtfertigkeit oder irrealer hundertprozentige Sicherheit suchen)
- Raum geben für Unsicherheit und Ungewisses mit einer verantwortungsvollen, positiven, zuwartenden Haltung (Vermeiden von überschnellen Reaktionen aufgrund negativer Vorwegannahmen)
- Wirkliche Entscheidungsmöglichkeiten aufzeigen und ernst gemeinte Angebote machen, statt Anweisungen und Reglementierungen zu geben
- Neben der Entscheidungsfindung: klare und nachhaltige Verantwortungsübernahme und konsequentes Handeln“

Abbildung 2: Merkmale partizipativer Entscheidungsfindungsprozesse

(Quelle: Mahler, 2014b, S.134f)

Heres und Hamann (2017) setzen sich mit der Unstimmigkeit auseinander, dass SDM von psychiatrischen Fachkräften zwar hochgehalten, aber praktisch kaum umgesetzt wird. Das Fehlen von SDM in der Akutpsychiatrie wird in erster Linie von Patienten im Rahmen von Patienten-Befragungen beklagt. Ein Großteil der befragten Patienten erlebt

¹ Diese Art der Experten-Laien-Beziehung auf Augenhöhe findet sich auch im Konzept des „Open Dialogue“ (Utschakowski, 2017, S.299) und in der „Kultur des Dialogs bzw. Dialogs“ (Bock, 2013, S.9).

Entscheidungsprozesse im psychiatrischen Setting noch immer nicht partizipativ ausgestaltet. Ärzte sind dahingegen häufig der Überzeugung, dass sie SDM bereits umsetzen würden, wenngleich die Eigenwahrnehmung der Fremdwahrnehmung zuwiderläuft (ebd., S.995). In ihrem Aufsatz „*Shared decision-making*“ in der *Akutpsychiatrie – Widerspruch oder Herausforderung?* stellen Heres und Hamann Ursachen für die mangelnde Implementierung von SDM zusammen. Psychiatrische Fachkräfte verbinden mit SDM einen erhöhten Zeitaufwand, der angesichts der bereits vorhandenen zeitlichen Engpässe nicht zu kompensieren sei. Dabei deuten bisherige Studienergebnisse darauf hin, dass mit SDM kein zeitlicher Mehraufwand einhergeht (ebd.). Ferner werden Bedenken geäußert, inwiefern sich das psychiatrische Setting für SDM eignet. Psychiatrische Fachkräfte schätzen gewisse Gruppen von Patienten – bspw. Patienten mit akut psychotischem Erleben und fehlender Krankheitseinsicht – sowie gewisse Entscheidungssituationen – Medikation, Einweisung in psychiatrische Kliniken – als tendenziell ungeeignet für SDM ein (ebd., S.995f).

Bspw. befürchten Psychiater, dass Patienten, die sich aus fachlicher Sicht in einem akuten Krankheitsstadium befinden, wovon diese selbst nicht überzeugt sind, infolge eines Gesprächs, in dem nicht nachdrücklich genug auf die Notwendigkeit der antipsychotischen Pharmakotherapie hingewiesen wird, beschließen, ihre Medikation abzusetzen. Mit dieser Entscheidung verbinden viele Psychiater eine Verschlechterung des gesundheitlichen Zustands der Patienten, weshalb sie sich von einem stärker partizipativ gestalteten Entscheidungsprozess keinen langfristigen Nutzen versprechen. Stattdessen wird in der psychiatrischen Praxis auf die Einnahme der Medikation hingewirkt, um Patienten vor dem drohenden Schaden zu bewahren, den sie selbst nicht kommen sehen. Ferner wird mit der Medikationseinnahme ein höheres Maß an Einsichtigkeit des Patienten verbunden, so dass sich dieser früher oder später dankbar für das paternalistische Vorgehen zeigen wird. Annahmen dieser Art blenden die destruktive Wirkung der Dynamik auf die Compliance aus, die sich auf lange Sicht bemerkbar macht (ebd., S.996).

Nach Angabe von Heres und Hamann (2017) stellt die Tendenz vieler Patienten zur Passivität in Entscheidungssituationen eine weitere Hürde bei der praktischen Umsetzung von SDM in der Akutpsychiatrie dar. Dabei können unterschiedliche Gründe den Ausschlag für passives Verhalten geben. In den wenigsten Fällen ist das passive Verhalten durch fehlendes Interesse am SDM bedingt wie häufig angenommen. Einige Patienten sehen keine Notwendigkeit zur partizipativen Entscheidungsfindung, die mehr Eigenaktivität fordert, weil es an der bisherigen Behandlung nichts auszusetzen gibt. Andere Patienten halten den partizipativen Gedanken schon durch die alleinige Möglichkeit zum Widerspruch verwirklicht (ebd., S.966). Ferner können sich Aspekte der Krankheit als hinderlich erweisen, was nicht nur von Experten so wahrgenommen wird, sondern auch von Betroffenen. V. a. Patienten mit einer depressiven Symptomatik, einer Negativsymptomatik oder kognitiven Defiziten, kann es temporär an kommunikativen Fertigkeiten, Informationsverarbeitung und

kritischem Urteilsvermögen fehlen; Fähigkeiten, die der SDM-Ansatz stillschweigend voraussetzt (ebd., S.966). Als hinderlich werden auch negative Vorerfahrungen von Patienten mit jeglicher Form der Fremdbestimmung in Entscheidungssituationen bewertet; insbesondere mit Zwangsmaßnahmen. Letztlich kann die Passivität der Patienten auch mit der Befürchtung zusammenhängen, dass das Einbringen ihrer selbst von Seiten des Behandelnden als inadäquat gedeutet wird und negative Konsequenzen nach sich zieht (ebd., S.968). Ein weiteres Hindernis für die Implementierung für SDM generell rückt Klemperer (2005) ins Blickfeld. Fokusgruppeninterviews mit Ärzten haben ergeben, dass es diesen an SDM-spezifischen Kommunikationsfähigkeiten und der entsprechenden Haltung mangelt (ebd., S.77).

Aus einer wissenschaftlichen Perspektive wird kritisch angemerkt, dass das SDM-Modell seinen Ursprung in der somatischen Medizin hat und nicht ohne jegliche Modifikation im Fachbereich der Psychiatrie Anwendung finden kann. Die entsprechenden Besonderheiten seien bei der Implementierung des SDM-Modells stärker zu berücksichtigen. Bspw. sind an einer stationär-psychiatrischen Behandlung häufig mehr Personen als ein Arzt und der Patient beteiligt (andere Berufsgruppen, externe Netzwerkpartner). Ferner sei der Umstand zu berücksichtigen, dass Krankheitsrisiken von Patienten und Fachkräften möglicherweise auseinanderfallen und die Motivation zur Mitwirkung an der Behandlung nicht per se vorhanden ist (ebd., S.998).

Bislang ist die Implementierung von SDM in der psychiatrischen Praxis mit den nachfolgend dargestellten Strategien vorangetrieben worden:

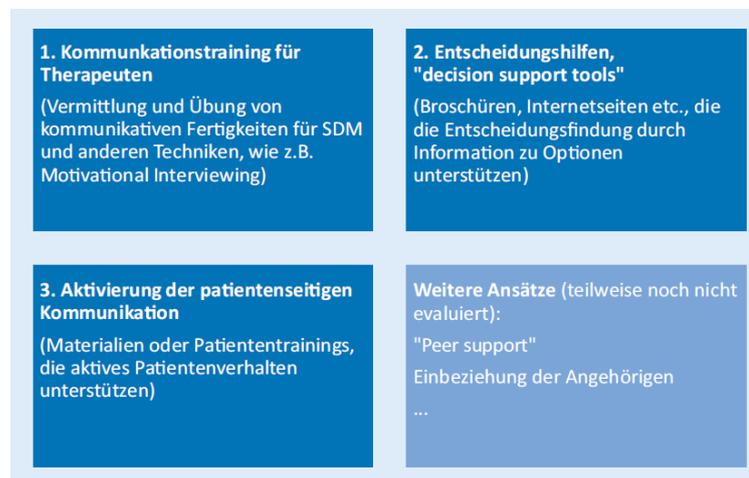


Abbildung 3: Implementierungsstrategien für SDM
(Quelle: Heres & Hamann, 2017, S.996)

Zwar sind positive Effekte nachgewiesen worden, doch werden die benannten Implementierungsstrategien wegen ihrem eindimensionalen Charakter und dem hohen Anspruch, gewachsene Interaktionsmuster zwischen Patienten und Fachkräften nachhaltig aufzubrechen und umzuformen, für unzureichend befunden (ebd., S.1000).

Derzeit arbeiten Hamann, Holzhüter, Stecher und Heres (2017) an einer Cluster-randomisierten Studie, die sie „SDM-PLUS“ nennen. Vor der eigentlichen Erhebungsphase werden

die schizophren erkrankten Patienten und die entsprechenden Behandlungsteams für SDM geschult. Dabei kommen verschiedene Interventionen zum Einsatz:

- Patienten: SDM-Training, Visitenvorbereitungsblatt.
- Behandlungsteams: Techniken des „klassischen“ SDM, Strategien zum Umgang mit schwierigen Therapiesituationen (fehlende Krankheitseinsicht, belastetes Arbeitsbündnis)
→Techniken des „motivational interviewing“ und klassisch Techniken aus dem Harvard-Modell.

Darüber hinaus wird den Fachkräften nahegelegt, die Entscheidungssituationen in der klinischen Praxis auf ihre grundsätzliche Eignung für SDM zu prüfen, um ein stimmiges Vorgehen zu wählen (Heres & Hamann, 2017, S.1000).

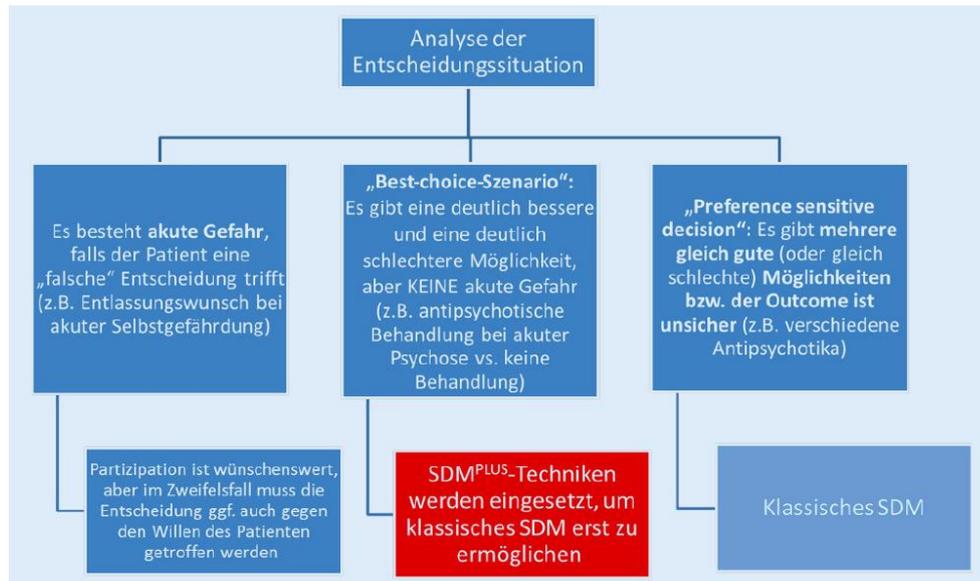


Abbildung 4: Vorgehen nach Eignung der Entscheidungssituation für SDM
(Quelle: Heres & Hamann, 2017, S.999)

Die Abbildung verdeutlicht, dass SDM einiger Voraussetzungen bedarf und nicht universal anwendbar ist. Im Falle akuter Gefährdungssituationen ist SDM ausgeschlossen.

3 Methodik

In diesem Kapitel wird das methodische Vorgehen entworfen, um dem Erkenntnisinteresse nachzugehen. Von Interesse sind Aushandlungsprozesse in der Psychiatrie, wobei der Fokus auf dem Ist-Zustand der Aushandlungskultur liegt. Das Erkenntnisinteresse umfasst die Frage, was, wie, wann, wo und wozu (nicht) ausgehandelt wird, und richtet sich auf Bedingungen für gelingende und misslingende Aushandlung sowie Chancen und Grenzen. Zunächst wird die Forschungsfrage ausgewiesen und entsprechende Forschungsgegenstände abgeleitet. Anschließend wird der Zugang zum Feld erläutert und Aussagen über das qualitative Sample getroffen, bevor der Erhebungs- und Auswertungsprozess dargelegt wird.

3.1 Forschungsfrage und Forschungsgegenstände

Im Laufe des Forschungsprozesses wird sich auf folgende Fragestellung festgelegt: *Was sind Strukturmerkmale eines Visiten-Gesprächs in der Allgemeinpsychiatrie und wie wird Aushandlung im Rahmen dessen realisiert?*

Aus dem Erkenntnisinteresse und der Forschungsfrage werden Forschungsgegenstände abgeleitet, die das Scharfstellen des suchenden Blicks der Forscherin beim Sichten des erhobenen Datenmaterials erleichtern (Helfferich, 2011, S.27). Dabei handelt es sich wie schon beim Festlegen der Forschungsfrage um einen strukturierenden Zugriff, womit das Projekt eine Richtung erhält. Dennoch ist die Fragestellung hinreichend offen, um zu „verhindern, dass die Forschungsfrage wenig mit der Lebensrealität der Forschungssubjekte zu tun hat“ (Thomas, 2017, S.298).

Im Einzelnen handelt es sich um folgende Forschungsgegenstände, auf Basis derer das Forschungsdesign entworfen wird:

- Strukturmerkmale des Visiten-Gesprächs als soziales Geschehen
- Aushandlungen [theoretisch-methodologische Facette] von Krankheitssichten etc. [inhaltliche Facette]
 - Positionierungen [theoretisch-methodologische Facette] hinsichtlich Krankheit und Gesundheit etc. [inhaltliche Facette]
 - subjektive und kollektives Deutungsmuster, Konzepte, Theorien und Wirklichkeitskonstruktionen [theoretisch-methodologische Facette] von Krankheit und Gesundheit etc. [inhaltliche Facette]

Aushandlungen kommen nicht im luftleeren Raum zustande, sondern sind an die Strukturmerkmale des Visiten-Gesprächs als soziales Geschehen rückgebunden, auf die sie wiederum rückwirken. Deshalb werden die Strukturmerkmale selbst als Forschungsgegenstände konzipiert.

Hinsichtlich der theoretisch-methodologischen Facette der Forschungsgegenstände bilden Aushandlungen den Schwerpunkt. Positionierungen sind ebenso Teil von Aushandlungen wie Deutungsmuster, Konzepte, Theorien und Wirklichkeitskonstruktionen, die Grundlage und Ergebnis von Aushandlung sind. Darum werden auch diese theoretisch-methodologischen Facetten mitaufgeführt.

Die inhaltliche Facette der Forschungsgegenstände wird nicht abschließend bestimmt, weil es um die Analyse der Aushandlung als solches geht, wobei unterschiedliche Themen Relevanz entfalten können. Ausgehend vom stationär-psychiatrischen Setting und den Vorerfahrungen im Feld wird davon ausgegangen, dass Krankheitssichten als Aushandlungsgegenstände in Erscheinung treten, weshalb diese schon vorab festgelegt werden; mit der Option diese wieder zurückzustellen, sofern sich diese mit Blick auf das Datenmaterial als irrelevant erweisen.

3.2 Zugang zum Feld und Sampling

Dass sich die Psychiatrie bei der oben ausgewiesenen Forschungsfrage als Untersuchungsfeld anbietet, ist wenig überraschend. Vielsagender ist dahingegen die sukzessive Eingrenzung des breiten Untersuchungsfelds. Zunächst wird sich exemplarisch für eines der Zentren für Psychiatrie in Baden-Württemberg entschieden, in welchem die Forscherin einer beruflichen Tätigkeit nachgeht. Die Doppelrolle öffnet Türen, die externen Forschern evtl. verschlossen bleiben oder einen zeitlichen und bürokratischen Mehraufwand bereiten, erfordert jedoch besondere Anstrengungen hinsichtlich der Reflexion der eigenen Rolle und des methodischen Fremdmachens der Forschungsgegenstände. Bei letzterem lohnt sich das Entleihen des ethnologischen Blicks (Breidenstein, Hirschauer, Kalthoff & Nieswand, 2013, S.30), wobei sich die Binnenperspektive nur bedingt überwinden lässt, sofern Forschende von ihr ausgehen (ebd., S.26). Aufgrund der praktischen Vorerfahrungen im Feld erfolgt eine weitere Festlegung auf die Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie (Klinikbereich: Allgemeinpsychiatrie). Den bisherigen Beobachtungen zufolge fallen die Krankheitssichten von Fachkräften und Patienten bzw. Patientinnen dort vergleichsweise häufig auseinander, weshalb sich dieser Klinikbereich für die Analyse von Aushandlungen anbietet. Schwerpunktmäßig werden dort Menschen mit psychotischem Krankheitsbild behandelt; sofern es einem geschützten Rahmen bedarf auch Menschen mit bipolaren Erkrankungen, Depressionen, Belastungsreaktionen oder Persönlichkeitsstörungen. Wird das Alter von 65 Jahren überschritten oder steht eine Suchterkrankung im Vordergrund, findet die Behandlung in einem anderen Klinikbereich statt. Außerdem wird sich im Vorhinein auf Visiten-Gesprächssituationen festgelegt, da diese im stationär psychiatrischen Alltag von zentraler Bedeutung sind.

Dem Feldzugang kommt beim ethnografischen Vorgehen eine entscheidende Bedeutung zu, was die Aufnahme, Teilnahme und Akzeptanz der Forscherin im Feld betrifft. Daher will die Phase sorgfältig vorbereitet und vorsichtig eingeleitet sein (Mayring, 2016, S.82). Die Herstellung eines *Rapports* – dem Arbeitsbündnis zwischen Forscherin und Forschungssubjekt(en) – hat dabei oberste Priorität. Gerade die Teilnahme an heiklen Interaktions- und Kommunikationssituationen, denen Visiten-Gesprächssituationen zuzurechnen sind, erfordert ein hohes Maß an Vertrauen (Breidenstein et al., 2013, S. 60). Aufgrund der beruflichen Tätigkeit ist von einem Vertrauensvorschuss bei den (sozial-)psychiatrischen

Fachkräften auszugehen, während die Vertrauensbeziehung zu den Patientinnen und Patienten erst hergestellt werden muss.

Selbstverständlich bedarf es trotz der beruflichen Tätigkeit einer offiziellen Erlaubnis zur Forschung in der Institution. Um diese einzuholen, wird das Forschungsvorhaben zunächst der Sozialdienstleitung vorgestellt, die sich insofern als „Patron“ (Breidenstein et al., 2013, S.53) erweist, als dass das Forschungsvorhaben nachdrücklich unterstützt wird und Empfehlungen ausgesprochen werden. Außerdem wird das Forschungsvorhaben seitens der Sozialdienstleitung in die Leitungsrunde getragen. Infolgedessen setzt sich einer der Oberärzte mit der Forscherin in Verbindung und erteilt die Erlaubnis zur beobachtenden Teilnahme der Visiten-Gespräche unter seiner oberärztlichen Leitung. Zunächst fungiert er als „Gatekeeper“ (ebd., S.52), später dann als Forschungssubjekt. Nachdem der Oberarzt per Informationsschreiben (siehe Anhang D.) vorab informiert worden ist, wird ein Treffen vereinbart, um Fragen der praktischen Umsetzung zu klären. In dem einstündigen Vorgespräch präsentiert sich der Gatekeeper als Befürworter der Idee des Weddinger Modells. Aufgrund der interessierten Nachfragen wird das Forschungsinteresse zunehmend konkretisiert, womit vom ursprünglichen Plan, das Forschungsinteresse möglichst abstrakt zu halten, um ein strukturierendes Umsichgreifen¹ zu vermeiden, abgewichen wird. Der Oberarzt äußert sich dahingehend kritisch, dass der Dialog zwischen Fachkräften und Patienten bzw. Patientinnen noch lange nicht auf Augenhöhe geführt wird und eine konsequente Patientenorientierung auf sich warten lässt. Ferner merkt der Oberarzt an, dass bis vor wenigen Jahren mit einer weitaus geringeren Empfänglichkeit für dieses Forschungsvorhaben zu rechnen gewesen wäre. Aktuell schließt es an die schrittweise Implementierung des Weddinger Modells an, womit die Empfänglichkeit gegeben sei. Im Rahmen des Vorgesprächs wird das Untersuchungsfeld – bis hierhin eingegrenzt auf den Klinikbereich Allgemeinpsychiatrie – weiter eingegrenzt, indem zwei Sektorstationen, die der oberärztlichen Leitung des Gatekeepers unterstehen, zum Ort der Durchführung des Forschungsvorhabens erklärt werden. Es werden zwei Tage festgelegt, an denen der Forscherin die Teilnahme an den Visiten vonseiten des Oberarztes gestattet wird. Daneben bedarf es der informierten Einwilligung aller Visiten-Gesprächsteilnehmenden, weshalb weitere Schritte vereinbart werden. Den betreffenden Behandlungsteams werden Informationsschreiben zugesandt (siehe Anhang D.), zu denen im anschließenden persönlichen Gespräch Rückfragen gestellt werden können. Alle (sozial-)psychiatrischen Fachkräfte erklären sich mit der Teilnahme der Forscherin einverstanden; die Einwilligungserklärungen (siehe Anhang B.) werden allerdings erst am Tag der Erhebung ausgehändigt. In diesen Vorgesprächen wird sich für die gemeinsame Ansprache der Patienten und Patientinnen mit einer Person aus dem Behandlungsteam entschieden. Die Ansprache wird auf den jeweiligen Vortag der Erhebung

¹ Die Kommunikation des Forschungsinteresses soll keinesfalls als Einladung zum Aushandeln missverstanden werden. Schließlich geht es um die Beobachtung von Visiten-Gesprächssituationen, die in ihrer Natürlichkeit belassen werden sollen, um den Ist- und nicht den Wunschzustand zu erheben.

datiert, um sicherzustellen, dass es sich um potentiell Teilnehmende handelt, die bis zum Erhebungstag nicht wieder entlassen sind, und ausreichend Bedenkzeit gewährt wird. Im Vorgespräch mit den Patienten und Patientinnen wird das Forschungsvorhaben mündlich in einfacher Sprache vorgestellt, wobei aufkommende Fragen beantwortet werden. Für zwei der Teilnehmenden ist eine Audioaufnahme nicht vorstellbar, so dass die Teilnahme ohne Aufnahmegerät und mit Verzicht auf die Erhebung personenbezogener Daten angeboten wird. Das Informationsblatt und die Einwilligungserklärung (siehe Anhang B.) werden den Patienten und Patientinnen direkt ausgehändigt, um ihnen die Gelegenheit zu geben, das Wesentliche nachzulesen. Die meisten Patientinnen und Patienten füllen die Einwilligungserklärung bereits während des Vorgesprächs aus.

Tabelle 1 gibt einen Überblick über die varianten Merkmale des qualitativen Samples. Der Fall ist dabei keine Person, sondern die Visiten-Gesprächssituation, an der mehrere Personen in unterschiedlicher Funktion teilnehmen. Das qualitative Sampling wird von den Stationsärztinnen insofern mitbestimmt, dass diese die Patienten und Patientinnen auswählen, die am Erhebungstag in der Visite gesehen werden. Ihre Auswahl orientiert sich am kommunizierten Forschungsinteresse und der Bitte der Forscherin, möglichst kontrastiv auszuwählen, wobei keine Merkmale vorab festgelegt werden. Mit Blick auf Tabelle 1 lässt sich resümieren, dass sich die Heterogenität des Untersuchungsfelds in der Fallauswahl widerspiegelt.

3.3 Erhebungsprozess

Das Erkenntnisinteresse richtet sich auf die Visiten-Gesprächssituation als soziales Phänomen in seiner Gesamtkomplexität. Um „die Strukturiertheit des Phänomens und das Spektrum seiner Ausprägungen zu erfassen“ (Przyborski & Wohlrab-Sahr, 2010, S.176), wird ein qualitatives Erhebungs- und Auswertungsvorgehen entworfen. Bei sozialen Praktiken, denen Aushandlungen zuzurechnen sind, handelt es sich um charakteristische Forschungsgegenstände der (soziologischen) Ethnografie (Breidenstein et al., 2013, S.31). Die Ethnografie wird als „methodenplurale kontextbezogene Forschungsstrategie“ (ebd., S.39) konzipiert und die teilnehmende Beobachtung als ihre „Hauptmethode“ (Mayring, 2016, S.66) ausgewiesen. Auf die Methode der teilnehmenden Beobachtung wird bei der Erhebung zurückgegriffen. Anders als qualitative Interviews, die keinen unmittelbaren Zugang zu Aushandlungen eröffnen (Helfferrich, 2011, S.31), oder Gruppendiskussionen, die Aushandlungssituationen künstlich erzeugen, belässt die Methode der teilnehmenden Beobachtung Aushandlungen in ihrer natürlichen Umgebung (Breidenstein et al., 2013, S.10). Visiten-Gesprächssituationen, in denen Aushandlungen zustande kommen, werden nicht zum Zwecke der Forschung inszeniert, sondern verfolgen einen forschungsunabhängigen Zweck; insofern handelt es sich um natürliche Situationen, an denen die Forscherin als „Zeug[in]“ (Goffman, 1989, S.125f zit. nach Przyborski & Wohlrab-Sahr, 2010, S.59) teilnimmt.

Bei der Beobachtung dürfen alle Sinne genutzt werden, die sich als nützlich erweisen, um soziale Praktiken zu erfassen (Breidenstein et al., 2013, S.71). Eindrücke, die sich aus dem Sehen, Riechen oder Fühlen ergeben, werden in der Beobachtungssituation als Feldnotizen protokolliert. Dahingegen werden Eindrücke, die sich aus dem Hören ergeben, vom mitgeführten Aufnahmegerät festgehalten. Tonaufzeichnungen bieten sich immer dann an, wenn „die Komplexität, Detailliertheit und Geschwindigkeit des Geschehens – die Flüchtigkeit und Pausenlosigkeit des Sozialen – auch wiederholte und fokussierte Beobachtungen überfordert“ (ebd., S.89f). Aufgrund des schwerpunktmäßigen Interesses an sprachlichen Aushandlungsprozessen könnte sich auch für authentische Gespräche als alleinige Erhebungsform entschieden werden, bei denen ausschließlich das Aufnahmegerät, nicht aber die Forscherin dem Geschehen beiwohnt (Przyborski & Wohlrab-Sahr, 2010, S.155f). Dagegen spricht die Annahme, dass Aushandlung in einem Rahmen stattfindet, der neben sprachlichen auch nicht-sprachliche Strukturmerkmale aufweist. Außerdem würden nicht-sprachliche Aspekte der Interaktion unberücksichtigt bleiben. Ferner ermöglicht die zusätzliche Anwesenheit der Forscherin den Einbezug von Fällen, bei denen keine Audioaufnahme zumutbar wäre (bspw. aufgrund des Erlebens, abgehört zu werden), die Anwesenheit und Mitschrift aber kein Problem darstellt. Daher werden beide Erhebungsformen kombiniert, wobei sich die authentischen Gespräche m. E. in die teilnehmende Beobachtung integrieren lassen.

Aus forschungsethischen Gründen erfolgt die Beobachtung durchgehend offen. Ferner wird sich für die Form der direkten Beobachtung entschieden, da der Fokus nicht auf den Wirkungen des Handelns, sondern auf dem Handeln selbst liegt. Strukturiert wird die Beobachtung durch das Erkenntnisinteresse und die Forschungsfrage sowie allgemeine Beobachtungsdimensionen. Eben diese Aspekte werden in einem Beobachtungsleitfaden (siehe Anhang E.) zusammengeführt, der außerdem Regieanweisungen enthält. Während der Visiten-Gespräche wird sich für die Form der nicht-teilnehmenden Beobachtung entschieden; vor, zwischen und nach den Visiten-Gesprächen wird optional in den teilnehmenden Modus gewechselt. Die Beobachtung wird v. a. durch die Wiederholung intensiviert. Insgesamt werden zehn Visiten-Gesprächssituationen beobachtet, wobei acht Fälle per Audioaufnahmegerät aufgezeichnet werden und zwei lediglich beobachtet. Eine weitere Strategie, von der Gebrauch gemacht wird, um die Beobachtungen zu intensivieren, ist die Mobilisierung der Beobachterin; bspw. werden Zeiträumen, in denen Visiten-Gespräche stattfinden, die nicht in die Forschung einbezogen werden, auf dem Flur mit wartenden Patienten und Patientinnen verbracht. Nach Abschluss der Feldphase stehen acht Tonmitschnitte samt Feldnotizen zur Verfügung.

Nach Verlassen des Feldes beginnt die Phase der Datenaufbereitung. Zeitnah werden die Feldnotizen in Beobachtungsprotokolle transformiert (siehe Anhang G.). Dazu werden die handschriftlichen Notizen digitalisiert, mit „Kopfnotizen“ (Breidenstein et al., 2013, S.97) angereichert und sprachlich aufbereitet. Im nächsten Schritt werden die Audioaufnahmen der Visiten-Gespräche nach den GAT-Konventionen (siehe Anhang C.; dort wird auch die Bedeutung der Sprecherkürzel ausgewiesen) transkribiert; die Transkripte sind im Anhang F. einsehbar. Anschließend werden alle Daten anonymisiert bzw. pseudonymisiert.

Aus Tabelle 1 geht hervor, in welchen Fällen, welcher Datentyp vorliegt (Visiten-Gesprächssituation abgekürzt mit VG, Beobachtungsprotokoll abgekürzt mit BP). In der Tabelle finden sich außerdem die vorgegebenen Pseudonyme und Angaben zur Dauer der einzelnen Visiten-Gespräche (zwischen 7 und 20 Minuten).

3.4 Auswertungsprozess

Auf Basis der Transkripte werden Inventare erstellt (siehe Anhang H.), in denen sich die Grobstruktur (Segmentierung) und erste Ergebnisse der Analyse auf den Aufmerksamkeits-ebenen Interaktion, Syntaktik und Semantik widerspiegeln (entsprechend dem Vorschlag von Helfferich & Kruse, 2007, S.179; Kruse, 2015, S.471-473, 572). Zum einen erleichtern Inventare den Überblick über den Datenkorpus, was zu Beginn der Analyse ebenso hilfreich ist wie beim ständigen Vergleichen im weiteren Verlauf (Lucius-Hoene & Depperman, 2004, S.306). Zum anderen ermöglichen Inventare die Identifizierung von „Kernstellen“ oder – mit Geertz gesprochen – „dichten Passagen“ (Kruse, 2015, S. 570). Gemäß der Forschungsfrage und dem besonderen thematischen Interesse an Aushandlungsprozessen werden Passagen identifiziert, in denen sich Aushandlungen infolge eines Dissens ergeben.

Bzgl. der Aushandlungsgegenstände wird nicht selektiert, da sich diese als ausgesprochen heterogen erwiesen haben. Die identifizierten Passagen werden einer vertiefenden Analyse unterzogen, wobei die Gefahr einer Dekontextualisierung als gering eingeschätzt wird, da die Transkripte in der Gesamtheit zur Beantwortung des ersten Teils der Forschungsfrage nach Strukturmerkmalen einbezogen werden.

Wegen der Verschiedenartigkeit der Daten – Transkripte von Audioaufnahmen und Beobachtungsprotokolle, die wiederum Bildmitschnitte und Textartefakte enthalten – würde ein spezifisches Analyseverfahren zu kurz greifen. In erster Linie fordert jedoch das soziale Phänomen – die Visiten-Gesprächssituation – ein integratives Auswertungsverfahren, um dem Facettenreichtum gerecht zu werden.

Das Auswertungsvorgehen wird an das integrative Basisverfahren von Kruse (2015) angelehnt, dessen Grundidee sich folgendermaßen zusammenfassen lässt:

„Im *Verlaufe* einer offenen, (mikro-)sprachlich-deskriptiven Analyse eines Textes kommt man zur integrativen Anwendung von spezifischen forschungsgegenständlichen und methodischen Analyseheuristiken, um so die zentralen Sinnstrukturen in einem Prozess der fortschreitenden Abstrahierung herauszuarbeiten.“ (ebd., S.463; Hervor. i. O.)

Für sein Verfahren verwendet Kruse die Metapher des Schlüsselbunds, an den die Schlüssel (Analyseheuristiken) angebracht werden müssen, die nötig sind, um den vorliegenden Text in seiner „autonome[n] Gestalt“ (ebd., S.462) aufzuschließen (ebd., S.465). Zum einen werden die forschungsgegenständlichen Analyseheuristiken angehängt, die in Kapitel 3.1 beschrieben worden sind. Zum anderen bedarf es methodischer Analyseheuristiken, von denen sich mit Blick auf das Material v. a. die Agency-Analyse (Bethmann, Helfferich, Hoffmann & Niermann, 2011), die Positioning-Analyse (Lucius-Hoene & Deppermann, 2004, 196-212) und die Argumentationsanalyse (Deppermann & Hartung, 2003; Lucius-Hoene & Deppermann, 2004, S.248-256) sowie die (ethnomethodologische) Konversationsanalyse (Bergmann, 1988) anbieten.

Während des gesamten Auswertungsprozesses finden die von Lucius-Hoene und Deppermann (2004) aufgestellten Prinzipien qualitativer, rekonstruktiver Analysen Berücksichtigung:

- „Datenzentrierung
- Rekonstruktionshaltung
- Sinnhaftigkeitsunterstellung
- Mehrebenenbetrachtung
- Sequenzanalyse und Kontextualität
- Zirkularität und Kohärenzbildung
- Explikativität und Argumentativität“ (ebd., S.97)

Auch Kruse (2015) nimmt hierauf Bezug (ebd., S.475). Zur Erschließung des jeweiligen Bedeutungsgehalts wird mit folgendem Fragenkatalog von Lucius-Hoene und Deppermann (2004) an das Material herantreten:

- „*Was* wird dargestellt (=explikative Paraphrase)?
- *Wie* wird es dargestellt?

- *Wozu* wird *das* dargestellt – und nicht etwas anderes?
- *Wozu* wird es *jetzt* dargestellt – und nicht zu einem anderen Zeitpunkt?
- *Wozu* wird es *so* dargestellt – und nicht in einer anderen Art und Weise?“
(ebd., S.321; Hervor. i. O.)

Bei der Klärung der *wozu*-Fragen wird auf die vorgeschlagenen Verfahren zurückgegriffen:

- „Variationsverfahren
- Kontextanalyse
- Folgerwartungen
- Interaktiven Konsequenzen“ (ebd., S.195)

Punktuell werden Analysen und abschließende Interpretationen im Auswertungsprozess in einer Analysegruppe vollzogen, um diese kollegial zu validieren und den eigenen Blick zu öffnen, zu schärfen, aber auch zu relativieren (Kruse, 2015, S.557-568).

Im Rahmen der fallbezogenen Auswertung werden Fallexzerpte für die jeweiligen Visiten-Gesprächssituationen erstellt, zu denen Transkripte von Audioaufnahmen vorliegen (siehe Anhang I.). Abschließend wird für jeden dieser Fälle eine Fallstrukturhypothese formuliert (Element übernommen von Lucius-Hoene & Deppermann, 2004), welche die zentralen Ergebnisse und wesentliche Besonderheiten des Falls bündelt. Infolge der Rekonstruktion der Einzelfälle in ihrer jeweiligen Falllogik wird ein Quervergleich vorgenommen, wobei erste Ideen schon während der fallbezogenen Auswertung in Form von Memos festgehalten werden. Dabei wird sich an der „Methode des ständigen Vergleichens“ nach Glaser und Strauss (2010) orientiert; insofern also minimal und maximal kontrastive Vergleiche ausfindig gemacht, um zu Erkenntnissen von fallübergreifender Relevanz zu gelangen (ebd., S.115ff). Des Weiteren wird sich Goffmans Rahmen-Analyse bedient, die hier gesondert Erwähnung findet, weil sie über eine sprachliche Analyse hinausgeht bzw. den Fokus auf die Analyse von nicht-sprachlichen Aspekten¹ der Interaktion legt, womit die Integration in Kruses integratives Basisverfahren, das (mikro-)sprachliche Analyseheuristiken fokussiert, unstimmig erscheint. Gleichwohl weist der Analyse-Ansatz einige Gemeinsamkeiten mit der Konversationsanalyse auf, was v. a. in den späteren Werken Goffmans deutlich wird, als dieser die „Wende zur Sprache“ (Bergmann, 1991, S.304) vollzieht. Nun soll aber nicht Goffmans ambivalente Beziehung zur Konversationsanalyse erörtert werden (siehe dazu Bergmann, 1991), sondern der Mehrwert des Analyse-Ansatzes herausgestellt werden. So eignet sich die Rahmen-Analyse, um eine Antwort auf den ersten Teil der Forschungsfrage nach Strukturmerkmalen, v. a. solcher nicht-sprachlicher Art, zu finden, die einen Rahmen vorgeben, in dem Aushandlung realisiert wird. Der Analyse-Ansatz rückt die soziale Situation stärker ins Blickfeld. Goffman (1980) geht davon aus, „daß wir gemäß gewissen Organisationsprinzipien für Ereignisse – zumindest für soziale – und für unsere persönliche Anteilnahme an ihnen Definitionen einer Situation aufstellen“ (ebd., S.19). Eben diese Organisationsprinzipien nennt er „Rahmen“ (ebd.), den es zu analysieren gilt. Bei der Analyse lohnt der

¹ Bspw. finden neben sprachlichen auch räumliche und zeitliche Anfangs- und Endklammern Berücksichtigung (Sander, 2012, S.19).

3 Methodik

Blick auf Rahmenbrüche (Goffman, 1980, S.376-408), weil sich an Brüchen das Erwartbare zeigt; einen Rahmenbruch stellt bspw. die Frage eines Patienten an seinen Arzt dar, wie es ihm heute geht. Letztlich soll mit der Analyse eine Antwort auf die Frage gefunden werden, was in der Visiten-Gesprächssituation eigentlich vorgeht (siehe Kapitel 4; zur tabellarischen Aufbereitung der Daten siehe Anhang J.). Hinsichtlich der sprachlichen Ordnungselemente ist die (ethnomethodologische) Konversationsanalyse ebenso hilfreich.

4 Das Visiten-Gespräch als institutionelles Gruppengespräch

Im folgenden Kapitel wird das Visiten-Gespräch als institutionelles Gruppengespräch beschrieben. Hitzler (2012) hat diese Gesprächsform infolge ihrer konversationsanalytischen Untersuchung von Hilfeplangesprächen in der Jugendhilfe geprägt. Die fallvergleichende Analyse der Visiten-Gespräche¹ hat ähnliche Merkmale ergeben, so dass dieser Terminus übernommen wird. Das Visiten-Gespräch ist ein soziales Geschehen, das in eine soziale Situation eingebettet ist. Daher ist im Weiteren nicht nur die Rede von Visiten-Gesprächen, sondern auch von Visiten-Gesprächssituationen. Nach Angabe von Goffman (1980) ist nahezu jede soziale Situation vorab definiert.

„Wahrscheinlich lässt sich fast immer eine ‚Definition der Situation‘ finden, doch diejenigen, die sich in der Situation befinden, *schaffen* für gewöhnlich nicht diese Definition (dagegen kann man das oft von der betreffenden Gesellschaft behaupten); gewöhnlich stellen sie lediglich fest, was für sie die Situation sein sollte, und verhalten sich entsprechend.“

(ebd., S.9; Hervor. i. O.)

D. h. in der Visiten-Gesprächssituation stellen sich die Akteure die Frage, „was hier eigentlich vor[geht]?“ (ebd., S.16). Die Antwort ergibt sich aus dem weiteren Vorgehen der Akteure „in der Sache“ (ebd.). Für gewöhnlich wird der Interaktionsrahmen in der konkreten Situation (re-)produziert (Sander, 2012, S.17f).

In diesem Kapitel wird basierend auf den Ergebnissen der fallvergleichenden Analyse eine Idee davon vermittelt, was in einer Visiten-Gesprächssituation in der Allgemeinpsychiatrie vor sich geht. Dazu werden Strukturmerkmale von fallübergreifender Relevanz ausgewiesen, die einen Rahmen vorgeben, in dem Aushandlung im Einzelfall realisiert wird.

Institutionelle Gruppengespräche weisen im Vergleich zu Alltagsgesprächen und anderen informellen Gruppenzusammenkünften einen stark formalisierten Charakter auf. Die institutionelle Verortung bedeutet einen klaren räumlichen und zeitlichen Rahmen, eine festgelegte Teilnehmerkonstellation samt vorgesehener Rollen und ein bestimmtes Interaktionsziel (Hitzler, 2012, S.35f). Darüber hinaus hat sich die Ablaufstruktur als klare institutionell geprägte Festlegung erwiesen.

Vom Material ausgehend wäre die Festlegung weiterer Therapieziele zum Interaktionsziel zu erklären. Der Informationsaustausch stellt ein weiteres Interaktionsziel dar.

In der Visiten-Gesprächssituation sind i. d. R. folgende Rollen durch körperlich anwesende Personen vertreten: Oberarzt, Stationsärztin, Sozialarbeiterin, pflegerische Fachkraft und Patient bzw. Patientin. Insofern handelt es sich um eine Gruppeninteraktion. Auf die Besonderheiten, die mit der Erweiterung einer üblichen Interaktionsdyade einhergehen, wird weiter unten eingegangen². Die Teilnehmerkonstellation ist für die Visiten-

¹ In die fallvergleichende Analyse werden Transkripte und Beobachtungsprotokolle einbezogen. Zur Zitationsweise: Bei Beobachtungsprotokollen (BP) wird mit der Zahl in Klammer die Seite angegeben, bei Transkripten (VG) die Zeile.

² Bisherige Studien haben v. a. dyadische Interaktionen (im psychiatrischen Setting meist Arzt-Patient-Gespräche) untersucht (Hitzler, 2012, S.33). Bei der Recherche konnten lediglich zwei Werke ausfindig gemacht

4 Das Visiten-Gespräch als institutionelles Gruppengespräch

Gesprächssituation vorabdefiniert. Durch die Einschränkung des Rechts auf freie Arztwahl (§ 76 SGB V) im stationär-psychiatrischen Setting können Patienten und Patientinnen nicht beeinflussen, welche Person in der Rolle des Arztes auftritt; mit der Besetzung der anderen Rollen verhält es sich im Grunde genauso. Letztlich sind in der Visiten-Gesprächssituation weder die Patienten und Patientinnen noch die Fachkräfte frei in der Wahl ihrer Gesprächspartner, was in den Fällen VG_2, VG_3 und VG_4 problematisiert wird. Während der Oberarzt, die Stationsärztin, die Sozialarbeiterin und der Patient bzw. die Patientin in der Visiten-Gesprächssituation für sich sprechen, fungiert die pflegerische Fachkraft als Repräsentant der Gesamtheit aller pflegerischen Fachkräfte des stationären Behandlungsteams. Die körperliche Abwesenheit vorgesehener Visiten-Gesprächsteilnehmender stellt einen Rahmenbruch dar, der von den anwesenden Akteuren repariert wird, indem sie als *Sprachrohr* für abwesende Akteure fungieren; eine Rolle, die auf Basis des Materials in Ergänzung zu Goffmans Beteiligungsrollen, die Clark und Schaefer präzisiert haben (Knoblauch, Leuenberger & Schnettler, 2005, S.15, 18; Goffman, 2005, S.45ff, 58ff; Hitzler, 2012, S.117-119), eingeführt wird. In den Fällen VG_1, VG_3 und VG_5 vertritt eine Stationsärztin die jeweils andere bzw. den aus Urlaubsgründen abwesenden Stationsarzt. Im Fall VG_6 tritt die Sozialarbeiterin als Sprachrohr für das Kollektiv der pflegerischen Fachkräfte ein, da die pflegerische Fachkraft vorübergehend abwesend ist. In zwei Fällen übernehmen *Sprecher* die Funktion des Sprachrohrs für Akteure, deren Abwesenheit keinen Rahmenbruch darstellt, weil ihre Teilnahme an der Visiten-Gesprächssituation nicht vorgesehen ist (VG_6: Gesetzliche Betreuerin, Richter) bzw. nicht erwartet wird (VG_10: Ergotherapeutin). Die Übernahme der Rolle wird in diesen Fällen notwendig, da die Position der körperlich abwesenden Akteure im Rahmen der Aushandlung relevant ist. Die *Urheber* der vertretenen Positionen im Aushandlungsprozess müssen in der Aushandlungssituation nicht körperlich anwesend sein.

Im Weiteren wird die regelhafte Ablaufstruktur eines Visiten-Gesprächs nachgezeichnet.

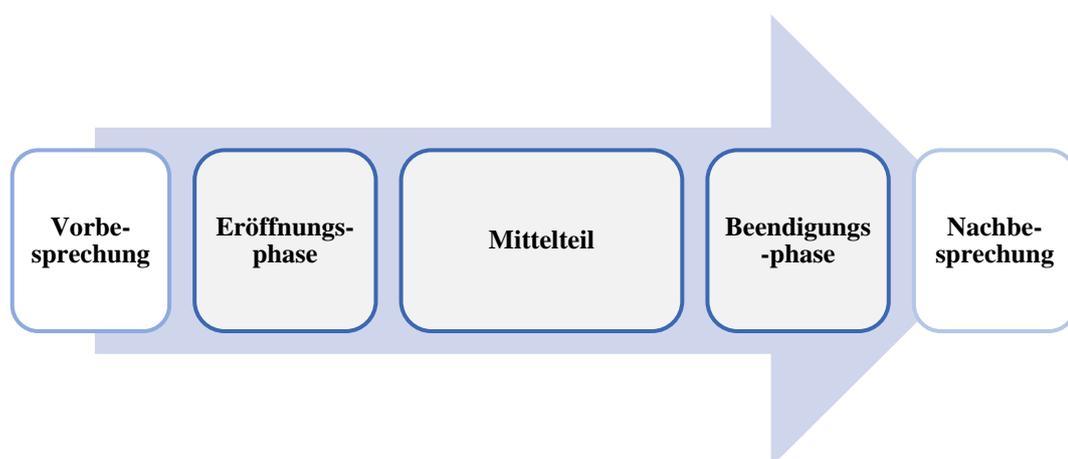


Abbildung 5: Ablaufstruktur eines Visiten-Gesprächs inkl. Vor- und Nachbesprechung

werden, die Visiten-Gespräche zum Forschungsgegenstand haben: Das Herausgeberwerk von Köhle und Raspe (1982) und die Monografie von Fehlenberg (1987).

Bei der Vor- und Nachbesprechung handelt es sich um optionale Elemente der Ablaufstruktur. Eine Vorbesprechung wird laut Sozialarbeiterin im (Ausnahme-)Fall besonderer Vorkommnisse unter der Woche notwendig, um den Oberarzt in Kenntnis zu setzen, bevor er dem Patienten bzw. der Patientin begegnet. Zugleich rät die Sozialarbeiterin zur Vermeidung solcher Vorbesprechungen, um zu verhindern, dass den Patienten und Patientinnen im Visiten-Gespräch nur noch Ergebnisse präsentiert werden (BP_2: 1). In zwei der beobachteten Visiten-Gesprächssituationen findet sich das Element der *Vorbesprechung* (VG_3; VG_6). Charakteristisch für dieses Element ist die Abwesenheit des Patienten bzw. der Patientin, wodurch die Vorbesprechung zu einem Gespräch unter Fachkräften wird. Im Fall VG_6 wird Herr Liebig von der Vorbesprechung explizit ausgeschlossen. Als der Patient den Visiten-Raum vorzeitig betritt, wird er vom Oberarzt aufgefordert noch ein ganz kleines Moment zu warten. Die Aufforderung wird mit dem Zusatz versehen *Ein Satz noch was anderes*. Damit wird dem Patienten vermittelt, dass das Gespräch hinter verschlossenen Türen seine Person nicht betrifft. In beiden Fällen wird die Vorbesprechung von der Sozialarbeiterin initiiert, die sich mit einer berichtenden Darstellung an den Oberarzt wendet. Infolgedessen verständigen sich die Beteiligten – in VG_6 Oberarzt, Sozialarbeiterin und Stationsärztin; in VG_3 Oberarzt und Sozialarbeiterin – auf eine geteilte Position, die im Visiten-Gespräch vom Oberarzt vertreten wird; insofern fungiert der Oberarzt als Sprachrohr der Fachkräfte. Die Vorbesprechung bietet die Gelegenheit zur interprofessionellen Aushandlung und ermöglicht das einheitliche Auftreten der Fachkräfte im anschließenden Visiten-Gespräch.

Jedes Gespräch kennt Gesprächsgrenzen und insofern eine Eröffnungs- und Beendigungsphase. Auch Visiten-Gespräche „werden nicht in der Weise begonnen bzw. beendet, daß die Apparatur, die ein einmal in Gang gekommenes Gespräch am Laufen hält, einfach zu arbeiten anfängt bzw. aufhört“ (Bergmann, 1988a, S.48)¹. Ein Visiten-Gespräch herzustellen und wieder aufzulösen, ist eine interaktiv höchst anspruchsvolle Angelegenheit, die allerhand Einigung bedarf (Hitzler, 2012, S.38f). Zunächst wird die *Eröffnungsphase* als obligatorisches Element der Ablaufstruktur beschrieben. Durch zeitliche, räumliche, sprachliche und gestische Anfangsklammern kommt das Visiten-Gespräch in Gang. An zentraler Stelle auf der Station können die Patienten und Patientinnen den Zeitplan für die Visite einsehen und sich die zeitlichen Anfangs- und Endklammern errechnen. Im Zeitplan sind fünf Patienten bzw. Patientinnen pro Zeitstunde vorgesehen; also zwölf Minuten pro Visiten-Gespräch (BP_1: 17). An keinem der beiden Tage im Feld haben sich die angekündigten zeitlichen Klammern als tatsächliche Anfangs- und Endklammern für die Visiten-Gespräche erwiesen; vielmehr geben sie Aufschluss über den Beginn des Wartens auf das

¹ Gesprächsgrenzen erfahren in konversationsanalytischen Studien eine besondere Beachtung (Hitzler, 2012, S.38). Bergmann (1980) hat im Rahmen seiner konversationsanalytischen Studie die Eröffnung von psychiatrischen Aufnahmegesprächen untersucht.

4 Das Visiten-Gespräch als institutionelles Gruppengespräch

Visiten-Gespräch. Am ersten Beobachtungstag verschiebt sich der Zeitplan sukzessive nach hinten (BP_1); am Folgetag beginnt die Visite mit eineinviertel Stunden Zeitversatz (BP_2: 2). Der daraus resultierenden Unsicherheit wird im Vorfeld durch den Hinweis im Zeitplan begegnet: „Bitte beachten Sie, dass die Anfangszeiten nur ungefähre Zeiten sind“ (BP_2: 5)¹. Beim Aufrufen des Patienten bzw. der Patientin mit dem Namen handelt es sich dahingegen um eine sichere sprachliche Anfangsklammer für das Visiten-Gespräch, der eine Räumliche folgt: Der Patient bzw. die Patientin betritt der Raum. An den Vormittagen, an denen die Visiten-Gespräche stattfinden, werden die herkömmlichen Aufenthaltsräume zu Visiten-Räumen gemäß den Abbildungen 6 und 7 umfunktioniert.

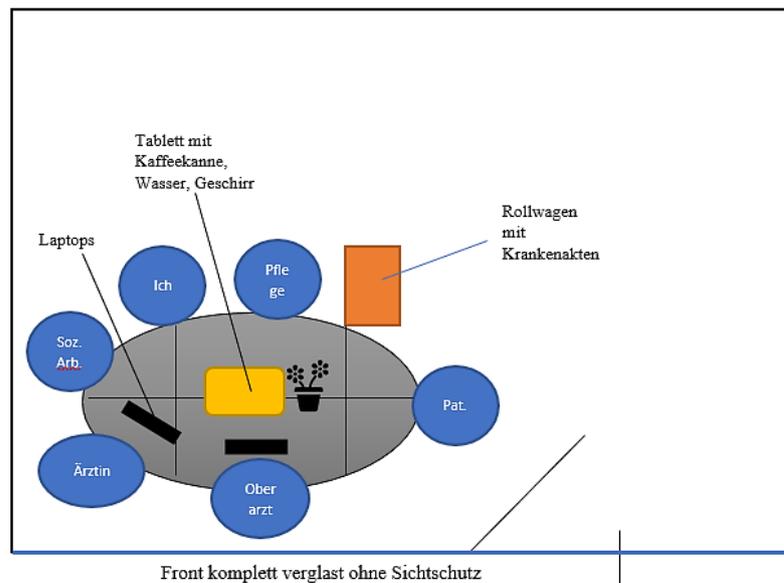


Abbildung 6: Visiten-Raum der Station_1
(Quelle: BP_1: 10; eigens erstellte Skizze)

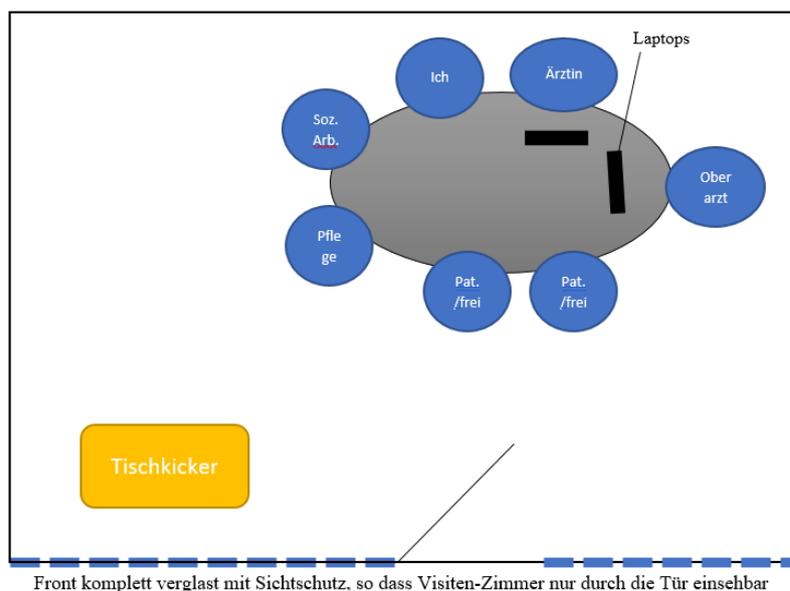


Abbildung 7: Visiten-Raum der Station_2
(Quelle: BP_2: 4; eigens erstellte Skizze)

¹ Die Unsicherheit kann bei Patienten und Patientinnen dennoch Nervosität auslösen und einen Spannungszustand erzeugen, weil sich daraus Dilemmata ergeben (siehe ethnografisches Fallportrait VG_7: Herr Vogel).

Die Patienten und Patientinnen werden nicht am Krankenbett aufgesucht, sondern suchen die Fachkräfte auf. In der Visiten-Gesprächssituation verhalten sich die Fachkräfte als Gastgeber, die ihre Patienten und Patientinnen als Gäste hereinbitten, die den Raum außerhalb der Visiten-Zeiten mit einer Selbstverständlichkeit betreten würden. Damit wird eine Komm-Struktur eingerichtet, die Patienten und Patientinnen im geschützten Bereich paradox erscheinen mag. In der Eröffnungsphase entwickelt sich die Oberarzt-Patient-Dyade, die im gesamten Visiten-Gespräch erhalten bleibt. Vom Oberarzt werden die Patienten und Patientinnen sprachlich und gestisch begrüßt (Handschlag); von allen anderen nur verbal. Infolge der Begrüßung fordert der Oberarzt die Patienten und Patientinnen auf, Platz zu nehmen. In der Visiten-Gesprächssituation auf Station_2 bietet sich den Patienten und Patientinnen die Wahl zwischen zwei Plätzen (siehe Abbildung 7). In allen Fällen entscheiden sich die Patienten und Patientinnen, neben dem Oberarzt Platz zu nehmen. Die Oberarzt-Patient-Dyade bildet sich auch in der Sitzordnung ab. Sprachlich ergibt sich die Dyade aus Sprecherwechseln (in der Eröffnungsphase v. a. O – B)¹. Von der Entschuldigung des Oberarztes für die Verspätung abgesehen, findet sich in den Visiten-Gesprächen kein Smalltalk wie für informelle Gesprächseinstiege typisch (Ausnahme VG_3; Smalltalk durch Patientin initiiert). Stattdessen leitet der Oberarzt mit einer Einstiegsfrage zum Eigentlichen über. In den Visiten-Gesprächen finden sich folgende Versionen der Einstiegsfrage:

- (1) wie isch die situation (.) wer möchte berichten (.) möchten sie anfangen oder soll jemand zusammenfassen (3) für die visite (3) (VG_1, VG_4, VG_8)
- (2) was gibt=s von ihrer seite denn? (2) zu besprechen (VG_5, VG_7, VG_10)

Die erste Version stellt die Patienten und Patientinnen vor die Wahl, den Lagebericht selbst zu übernehmen oder eine beliebige andere Person mit dem Lagebericht zu betrauen. Diese Delegationsmöglichkeit wird in keinem der Visiten-Gespräche genutzt. Die Patienten und Patientinnen machen von ihrem Vortrittsrecht Gebrauch, das ihnen von den Fachkräften zugestanden wird. Im Fall VG_5 wird der Lagebericht von der Stationsärztin übernommen, weil die Patientin aufgrund des aktuellen Befindens mit dem Gesprächseinstieg überfordert ist. Im Fall VG_9 wird der Lagebericht ebenfalls von der Stationsärztin übernommen, was dem Umstand geschuldet ist, dass es sich um das erste Visiten-Gespräch des Patienten seit der Aufnahme handelt². Auf die fehlende Situationskenntnis wird mit der Erläuterung des strukturellen Rahmens der Visite reagiert. Dem Patienten wird vorgeschlagen, zunächst die Rolle des *Zuhörers* einzunehmen, um sich einzugewöhnen, bevor er die Rolle des *Sprechers* übernimmt. Im Regelfall kommen die Patienten und Patientinnen dem Lagebericht

¹ Zur Bedeutung der Sprecherkürzel siehe Anhang C.

² Im Regelfall finden sich die Patienten und Patientinnen einmal pro Woche in der Visiten-Gesprächssituation ein. Sofern es sich um den ersten stationär-psychiatrischen Aufenthalt handelt, ist ihnen das soziale Geschehen zunächst fremd, was sich mit zunehmender Aufenthaltsdauer ändert. Den (sozial-)psychiatrischen Fachkräften ist die Visiten-Gesprächssituation i. d. R. vertrauter, woraus sich ein Wissensvorsprung der Fachkräfte ergibt; sie sind *Kenner* der Situation.

nach, womit der Rahmen gewahrt wird. In der Hälfte der beobachteten Fälle bringen die Patienten und Patientinnen ihre Anliegen in der Eröffnungsphase ein. In den Fällen VG_4 und VG_6 wird kein Rahmenbruch verursacht, weil die Patienten einen knappen Lagebericht abgeben und ihr Anliegen erst dann einbringen (exemplarisch VG_4: zum einstieg (.) .h ha=ja: (2) mir geht es BESSer (.) aber ich möchte trotzdem). In VG_3 wird der Rahmen durch die zusätzliche Absicherung des Rederechts gewahrt, wenngleich die Patientin die Einstiegsfrage des Oberarztes nicht abwartet, was in VG_2 einen Rahmenbruch bedeutet. In VG_1 wird die Einstiegsfrage zwar abgewartet, aber der Rahmen ebenso wenig gewahrt, weil das Anliegen anstelle des Lageberichts vorgebracht wird.

In den beobachteten Visiten-Gesprächen wirken sich Rahmenbrüche in der Eröffnungsphase auf die Binnenstruktur des *Mittelteils* aus; in den Fällen VG_1 und VG_2 treten im Mittelteil weitere Rahmenbrüche durch Unterbrechen und Kontern auf, was den „guten Sitten“ (Goffman, 1980, S.353) zuwiderläuft und sprachlich vom Oberarzt sanktioniert wird. Außerdem kommt die vorgesehene Berichtsstruktur nicht zustande. Nach Abschluss des Lageberichts des Patienten bzw. der Patientin fordert der Oberarzt den Bericht der anwesenden Fachkräfte ein. Diese institutionell geprägte Berichtsstruktur wird in nahezu allen Fällen eingehalten. In unterschiedlicher Abfolge geben die Fachkräfte ihren Lagebericht zu den Themen ab, die in ihre fachliche Zuständigkeit fallen (exemplarisch VG_4: Pflege – Stationsalltag, Sozialarbeiterin – Heimplatzsuche, Ärztin – Diagnostik). Diese Berichtsstruktur wirkt sich nachhaltig auf die Beteiligungsstruktur aus, die nachfolgend abgebildet wird.

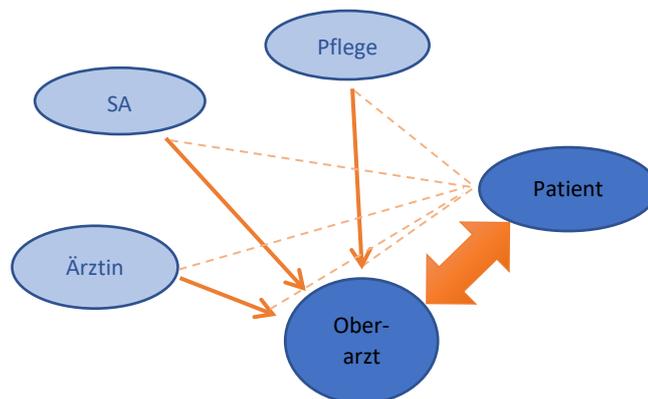


Abbildung 8: Beteiligungsstruktur im Visiten-Gespräch

Mit dem Lagebericht der Fachkräfte wird der Patient bzw. die Patientin allenfalls indirekt als *Rezipient* angesprochen, da weitestgehend in der dritten Person über den Patienten bzw. die Patientin berichtet wird, was an Kontexte erinnert, in denen die Personen, über die gesprochen wird, abwesend sind. Das Strukturmerkmal erschwert eine dialogische Aushandlung zwischen diesen Fachkräften und den Patienten bzw. Patientinnen. Aufgrund der Aufforderung zum Lagebericht durch den Oberarzt, erscheint dieser in der Rolle des *angesprochenen Rezipienten*; als derjenige, der mit dem Lagebericht der Fachkräfte adressiert wird.

Von den einzelnen Lageberichten abgesehen, melden sich die Fachkräfte (Ärztin, Sozialarbeiterin, pflegerische Fachkraft) im Visiten-Gespräch selten zu Wort. Insofern nehmen sie die Rolle *ratifizierter Zuhörer* bzw. *Randbeteiligter* ein. In einigen Fällen fungieren sie aus dieser Rolle heraus als *Souffleuse* bzw. *Souffleur*¹ (exemplarisch VG_1: Ärztin reformuliert inhaltliche Aussage des Patienten und liefert Oberarzt fehlende Kontextinformationen & VG_4: Ärztin führt anstelle des Patienten Begründung aus als dieser ins Stocken gerät). Die in der Eröffnungsphase hergestellte Oberarzt-Patient-Dyade wird im Mittelteil stabilisiert. Im Wechsel nehmen Oberarzt und Patient bzw. Patientin die Rollen des *Produzenten* bzw. *Rezipienten* ein. Das Gespräch zwischen Oberarzt und Patient bzw. Patientin kann mehr (VG_6) oder weniger dialogisch (VG_5) ausgestaltet sein. Die stabile Oberarzt-Patient-Dyade wird vereinzelt erweitert (exemplarisch VG_6: Oberarzt-Sozialarbeiterin-Patient, wobei die Sozialarbeiterin ergänzende Funktion übernimmt). Ferner kann sich ein kurzes Nebengespräch unter den Fachkräften ergeben, das sich durch die veränderte Sprache auszeichnet (bspw. medizinischer Fachjargon in VG_8), wodurch sich der Patient bzw. die Patientin in der Rolle des nicht *angesprochenen Rezipienten* wiederfindet. Die vorangegangenen Darstellungen zeugen davon, dass die mehrpolig angelegte Beteiligungsstruktur weitestgehend zweipolig ausgestaltet wird. Von fallübergreifender Relevanz hat sich außerdem die rollenzentrierte Gesprächsorganisation erwiesen. Die zentrale Stellung des Oberarztes ist für institutionelle Interaktionen üblich, da er der Ranghöchste ist (Hitzler, 2012, S.36f). Damit einher geht auch die Übernahme der Gesprächsführung durch den Oberarzt, die i. d. R. aufrechterhalten wird. Das Realisieren der mehrpolig angelegten Beteiligungsstruktur mit klarer Rollenzentrierung findet Ausdruck in folgender Ankündigung des Oberarztes zu Beginn von VG_9: *Wir machen heute Oberarztvisite*. In der Visiten-Gesprächssituation sieht sich der einzelne Patient bzw. die einzelne Patientin einer Gruppe von Fachkräften gegenüber, was sich auch in der Sitzordnung widerspiegelt, da der Abstand zwischen den Plätzen der Fachkräfte geringer ist als die zum Patienten bzw. zur Patientin (siehe Abbildung 6 und 7). Ferner ist der Zugriff auf Getränke den Fachkräften vorbehalten (siehe Abbildung 6).

In der obligatorischen *Beendigungsphase* wird das Visiten-Gespräch aufgelöst. Dazu bedarf es mehrerer sprachlicher und zur Vollendung einer räumlichen Endklammer. Das Einleiten der Beendigungsphase obliegt dem Oberarzt. Als sprachliche Endklammern fungieren: Übergangsmarker *dann*; Häufung von Abschlussmarkierungen *okay, gut, alles klar, super*; Formulieren von Schlussfolgerungen (exemplarisch VG_8: 357ff); Bekunden, dass kein weiterer Besprechungsbedarf besteht (VG_3, VG_8, VG_9); explizite Ankündigung der Phase (*okay dann würde ma zum ende kommen*; VG_5, VG_9). Die Schlussfrage (VG_6, VG_8, VG_10: exemplarisch *ha=ma dann alles besprochen?*)

¹ Diese Rolle wird ebenfalls in Ergänzung zu Goffmans Beteiligungsrollen eingeführt.

fungiert als sprachliche End- oder Zwischenklammer; letzteres im Fall von weiterem Besprechungsbedarf. Wird die Thematisierungsmöglichkeit genutzt, muss die Beendigungsphase nach der Besprechung des Themas erneut eingeleitet werden (exemplarisch VG_8). Wechselseitige Abschiedsworte und das Austreten des Patienten bzw. der Patientin lösen das Visiten-Gespräch bzw. die Visiten-Gesprächssituation abschließend auf. In den Fällen VG_1 und VG_2 wird die Beendigungsphase nicht vom Oberarzt eingeleitet, sondern durch den Patienten bzw. die Patientin initiiert, womit eine konflikträchtige Situation, die sich im Rahmen der Aushandlung ergeben hat, aufgelöst wird. Die eingerichtete Kommunikationsstruktur ermöglicht die eigeninitiierte Beendigung des Visiten-Gespräch durch das Verlassen des Visiten-Raums. Die Beendigung des Visiten-Gesprächs durch den Patienten bzw. die Patientin stellt einen Rahmenbruch dar.

Die *Nachbesprechung* ist wie die Vorbesprechung ein optionales Element der Ablaufstruktur, das als Ausnahmefall angekündigt, aber in der Hälfte der Fälle realisiert wird (Element findet sich in VG_1, VG_2, VG_3, VG_9, VG_10). Die Nachbesprechung findet wie die Vorbesprechung in Abwesenheit des Patienten bzw. der Patientin statt. Die Beteiligungsstruktur außerhalb des Visiten-Gesprächs unterscheidet sich sichtlich von der Beteiligungsstruktur im Visiten-Gespräch. Außerhalb des Visiten-Gesprächs wird eine mehrpolige, dialogische Kommunikation bzw. Interaktion zwischen den Fachkräften realisiert (Siehe Abbildung 9).

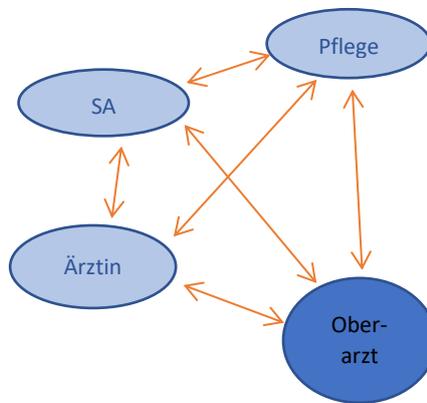


Abbildung 9: Beteiligungsstruktur außerhalb des Visiten-Gesprächs

Im Rahmen der Nachbesprechung bietet sich die Gelegenheit zur interprofessionellen Aushandlung, die im Fall von VG_9 in der Visiten-Gesprächssituation kurzgehalten und in der Nachbesprechung fortgeführt wird. Das Kurzhalten der interprofessionellen Aushandlung während des Visiten-Gesprächs könnte der Befürchtung geschuldet sein, dass mit der Fortführung der Aushandlung unterschiedlicher Positionen der Fachkräfte das einheitliche Auftreten der Fachkräfte gegenüber dem Patienten gefährdet wäre.

Als weiteres Element der Ablaufstruktur ist in VG_6 die richterliche Anhörung des Patienten beobachtet worden, wobei der Oberarzt deutlich macht, dass diese Anhörung kein regelhaftes Element der Ablaufstruktur ist.

5 Ergebnisfestlegte Aushandlungsräume im Visiten-Gespräch

Bei den Kapitelüberschriften 5 und 6 handelt es sich um eine zentrale Erkenntnis im Laufe der fallvergleichenden Analyse aller Visiten-Gespräche. Die zwei Kategorien, die ihre Entsprechung in den beiden Überschriften finden, sind den Visiten-Gesprächen nicht übergestülpt worden, sondern im Analyseprozess aus den textuellen Daten emergiert. Die Kategorien verweisen auf weitere Strukturmerkmale von Visiten-Gesprächen im allgemeinspsychiatrischen Setting, von denen die Aushandlungspraxis nicht unberührt bleibt. Die Fälle werden entsprechend ihrer kategorialen Zuordenbarkeit unter Kapitel 5 *Ergebnisfestgelegte Aushandlungsräume im Visiten-Gespräch* oder Kapitel 6 *Ergebnisoffene Aushandlungsräume im Visiten-Gespräch* dargestellt. Die Kapitel sind in gleicherweise aufgebaut. Zunächst werden die Ergebnisse der fallbezogenen qualitativen Analyse präsentiert. Dabei schließen je vier der fünf Falldarstellungen mit einer Fallstrukturhypothese, welche die Besonderheiten des Falls pointiert. Im Rahmen dieser Falldarstellungen wird nachvollziehbar gemacht, wie die Fallstrukturhypothesen entstanden sind. Hierfür werden auch illustrative Textpassagen hinzugezogen. In zwei der zehn Fälle (VG_2 und VG_7) liegen nur Beobachtungsprotokolle vor und keine Transkripte, da in der Erhebungssituation keine Audioaufnahme möglich gewesen ist. Aufgrund der Andersartigkeit der Daten sind hierzu keine Fallstrukturhypothesen erarbeitet worden. Anstelle dessen werden nachfolgend ethnografische Fallportraits nachgezeichnet, im Rahmen derer sich eine ethnografische Beschreibung findet und analytische Ideen aufgeworfen werden, die sich für die fallvergleichende Darstellung nutzen lassen. Im jeweils zweiten Unterkapitel werden die Ergebnisse der fallvergleichenden qualitativen Analyse¹ offengelegt.

5.1 Fallbezogene Auswertung

5.1.1 VG_1 Herr Schnell: „Es macht keinen Sinn mit der Medikation weiter zu machen, wo ich weiß, dass es nicht funktioniert.“

Das Visiten-Gespräch mit Herrn Schnell ist das erste und mit sieben Minuten zugleich das kürzeste des Tages. Bei Herrn Schnell handelt es sich um einen unter 40-jährigen Patienten mit psychotischem Krankheitsbild. Die Sozialarbeiterin informiert die Forscherin nach Abschluss des Visiten-Gesprächs darüber, dass Herr Schnell zwar von seiner Krankheit weiß, diese aber nicht fassen kann und stattdessen davon ausgeht, dass das Behandlungssetting nicht echt und alles nur ein Theater ist (BP_2: 3). Im Laufe der stationären Behandlung hat sich der Zustand des Patienten verändert: Zunächst befindet es er sich in einer Phase der Gleichgültigkeit (VG_1: 112), in welcher er dem Oberarzt als Holzpuppe (VG_1: 114) erscheint. Gefolgt von einer ziemlich energischen (VG_1: 118) Phase, die mit einer geschlossenen Unterbringung einhergeht (VG_1: 115). An diese schließt eine weitere Phase der Gleichgültigkeit an (VG_1: 117), die vom Verhalten des Patienten im

¹ zur Visualisierung der fallvergleichenden Auswertung siehe Anhang K.

beobachteten Visiten-Gespräch unterbrochen wird. Der Zustand, in dem der Patient endlich mal (.) sein spanisches temperament zeigt (VG_1: 113) ist den Fachkräften weniger vertraut. Herr Schnell hat an den beobachteten Einheiten der Psychoedukation¹ ebenfalls teilgenommen; wobei eine Einheit in der Woche vor, die andere Einheit am Nachmittag nach dem Visiten-Gespräch stattgefunden hat. In beiden Einheiten ist Herr Schnell durch den Zustand der Gleichgültigkeit aufgefallen (Redebeiträge nur auf Nachfrage, Körperhaltung und Mimik starr) (BP_3: 2), was dafür spricht, dass das temperamentvolle, aktive Verhalten des Patienten keine grundlegende Veränderung seines Zustands ist, sondern eine spezifische Reaktion im Rahmen der beobachteten Interaktionssituation.

Entgegen der Folgerwartung eines Lageberichts – impliziert durch die Einstiegsfragen des Oberarztes (VG_1: 1-3) – bringt Herr Schnell sein Anliegen im Visiten-Gespräch unmittelbar zur Sprache. Durch die sprachliche Darstellung als Nomen actionis, die Verwendung der Ich-Perspektive und die Betonung der subjektiven Relevanz, erscheint das Anliegen des Patienten (noch) nicht als Forderung, die gezielt an eine der anwesenden Personen gerichtet wäre (VG_1: 4). Legitimität gewinnt sein vorgebrachtes Anliegen durch den Hinweis, dass es sich hierbei um einen Entschluss handelt, dem ein Aushandlungsprozess inkl. Entscheidungsfindung vorangegangen ist (VG_1: 6f). Insofern ist Herr Schnell lediglich am Vollzug einer bereits getroffenen Entscheidung gelegen. Die inhaltlich reformulierende Aussage der Ärztin, welche die Zustimmung des Oberarztes erfährt, verdeutlicht allerdings, dass die medizinischen Fachkräfte von einem anderen Entschluss ausgehen (VG_1: 9-12). Die gegenläufigen Auffassungen des Ergebnisses der vorangegangenen Aushandlung führen zur Inszenierung eines erneuten Aushandlungsprozesses; bezogen auf den inhaltlichen Dissens, ob eine Umstellung der Medikation im Fall der morgigen Entlassung des Patienten zum Zeitpunkt des beobachteten Visiten-Gesprächs sinnvoll ist oder nicht (VG_1: 4, 7, 22-24, 80f). Im Rahmen dessen werden die als Entschluss formulierten Aussagen zu erneut aushandlungsbedürftigen Positionen. Die inszenierte Aushandlung dominiert das gesamte Visiten-Gespräch, wodurch die gewöhnliche Ablaufstruktur überlagert wird; wenngleich der Oberarzt zu Beginn einen nachholenden Bericht mittels Konkretisierungsaufforderung, rückversichernden Aussagen und gezielten Nachfragen (VG_1: 5, 11f, 14, 16f, 22f, 26) initiiert, der mit der typischen Ablaufstruktur übereinstimmt, aber zugleich als Einstieg in den Aushandlungsprozess mit Klärung der Position seines Gegenübers verstanden werden kann.

Am Aushandlungsprozess beteiligt sind ausschließlich Patient und Oberarzt, wobei letzterer eine von allen Fachkräften geteilte Position vertritt. Im Visiten-Gespräch zeigt sich die intersubjektiv geteilte Position durch die vom Oberarzt sprachlich dargestellte gemeinsame Handlungsträgerschaft (Fachkräfte-Kollektiv wir; VG_1: 30) und den ausbleibenden

¹ Die beobachteten Einheiten der Psychoedukation werden nur punktuell einbezogen, da die Forschungsfrage infolge des Feldaufenthalts konkretisiert worden ist.

Widerspruch der anderen Fachkräfte. Das stillschweigende Einverständnis wird aber erst in der Nachbesprechung expliziert (VG_1: 105ff). Die Argumentation des Patienten pro Umstellung der Medikation bei morgiger Entlassung baut auf dem subjektiven Gefühl des Leidens – bedingt durch die Nebenwirkungen der Medikation – (VG_1: 6) und dem subjektiven Wissen auf, dass es mit der aktuellen Medikation nicht funktioniert (VG_1: 62f). Eine argumentative Funktion erfüllt außerdem der Hinweis des Patienten auf die vorangegangene Aushandlung samt Entscheidungsfindung und die erhaltene Empfehlung des weiterbehandelnden Arztes (VG_1: 56f). Dieser Position und Argumentation wird vom Oberarzt eine Position entgegengestellt, die auf der kollektiv geltenden Prämisse aufbaut, dass Laien bei der Umstellung der Medikation auf ärztliche Begleitung bzw. Überwachung angewiesen sind, weil sie die medikamentöse Wirkung sowie die Entwicklung ihres Gesundheitszustands nicht eigenständig beurteilen bzw. kontrollieren können. Aufgrund der nicht gesicherten, unmittelbar anschließenden ärztlichen Weiterbehandlung sei eine Umstellung der Medikation nicht möglich (VG_1: 33-37, 41-45, 58-61). Im Oberarzt-Patient-Gespräch werden beide Positionen klar umrissen und einander gegenübergestellt.

Dabei bringt Herr Schnell seine Position samt Argumentation wiederholt ein (VG_1: 4, 6f, 21, 56f, 62f, 66f). Die aktive Agency des Patienten ist also nicht auf die Ebene der Erzsätze begrenzt (bspw. Verwendung von Aktionsprädikaten und Benennung seiner selbst in der semantischen Rolle des Agens; VG_1: 15, 27f, 66 etc.), sondern findet sich vor allem auf der Ebene der Interaktion. Hierfür werden exemplarische Indizien angeführt: Wie oben erwähnt, bringt Herr Schnell sein Anliegen zum erstmöglichen Zeitpunkt in das Visiten-Gespräch ein und reformuliert es zu einem späteren Zeitpunkt als Handlungsanweisung an den Oberarzt¹ (VG_1: 28f). Ferner bricht Herr Schnell Gesprächsnormen, indem er dem Oberarzt als Ranghöchstem mehrmals ins Wort fällt (überlappende Rede; VG_1: 38, 52, 66) trotz Sanktionierung auf sprachlicher Ebene (VG_1: 40). Herr Schnell findet sich nicht mit der dargestellten Position des Oberarztes ab, sondern fordert unverzüglich eine Begründung ein (VG_1: 32). In Zeile 62f kontert Herr Schnell, indem er sich der Argumentationsweise des Oberarztes bedient, um die eigene Position zu unterstreichen.

O: ja (.) aber (.) sie sind momentan (.) in der phase jetzt OHne
ärztliche behandlung (2) sie gehen von hier weg (.) und es
isch nicht klar wann Arzt_PIA sie wieder sehen wird (.) des
isch ne situation wo=s gar keinen sinn macht medikation zu
verändern (.)

B: es macht kein sinn mit der medikation weiter zu machen wo ich
sch- ich weiß dass nicht funktioniert (2)

(VG_1: 58-63)

Die Textpassage soll die Übernahme der Argumentationsweise illustrieren. Nachdem Herr Schnells Position vom Oberarzt wiederholt durch Negieren des faktischen Sinns

¹ Angesichts der strukturell bedingten Zuständigkeit medizinischer Fachkräfte für die Medikamentenverordnung – wengleich sprachlich nicht früher expliziert – schwingt der Forderungscharakter auch beim erstmaligen Vorbringen des Anliegens mit.

zurückgewiesen worden ist (vgl. VG_1: 30, 43, 61; meist akzentuierte Darstellung), negiert der Patient den faktischen Sinn der gegenläufigen Position und unterstreicht - wie auch der Oberarzt - die Gewissheit dessen, was nicht funktioniert. Das strategische Element entfaltet insofern Wirkung, dass der Oberarzt infolgedessen einen Ausweg aufzeigt (VG_1: 64), der für den Patienten aber ebenso wenig gangbar ist, wie weiter unten gezeigt wird.

Trotz der durchgehend aktiven Agency des Patienten bleibt seine Agency letztlich ineffektiv, was im Folgenden begründet wird. Zuvorderst ist es dem Patienten nicht möglich, sein Anliegen gänzlich eigeninitiiert umzusetzen. Sein Aktivwerden setzt das Aktivwerden des Oberarztes voraus, womit dieser zur treibenden Instanz des Geschehens erklärt wird. Das Abhängigkeitsmoment erschließt sich mit Blick auf die vom Patienten dargestellte Handlungskette.

B: mit dem arztbrief von hier gehen und ich werde meine medikamente kriegen (.) aber sie müssen selber die (.) die neue (.) medikation (.) schreiben

(VG_1: 27-29)

Die illustrative Textpassage enthält auch die weiter oben angesprochene Handlungsanweisung, die vom Oberarzt unmittelbar zurückgewiesen wird.

O: ja also (.) Herr Schnell was wir NICHT machen und des macht keinen SINN isch JETZT (.) in diese PHase hinein (2) die medikation umzustellen

(VG_1: 30f)

Neben dem Negieren der Sinnhaftigkeit der Position seines Gegenübers, zeugt die Passage von den ebenso wiederkehrenden Akzentuierungen, gezielten Pausensetzungen sowie Faktizitätsmarkierungen, mit denen der Oberarzt seine Position unterstreicht. Der Widerspruch ist klar formuliert, so dass kein Aushandlungsspielraum zu erwarten ist. Hierauf deutet auch das Modalverb *muß* (VG_1: 36, 41) in der nachfolgenden Argumentation des Oberarztes hin (VG_1: 33-42). Im Zuge der Argumentation führt dieser die Gewichtung der gegenläufigen Positionen fort, die bereits im Negieren der Sinnhaftigkeit der abweichenden Position enthalten ist; so leitet der Oberarzt sein Argument mit *entscheidend ist* (VG_1: 40) ein, wodurch er sich als entscheidungsmächtig präsentiert. Neben der Entscheidungsmächtigkeit beansprucht der Oberarzt auch die Deutungsmächtigkeit, worunter das Kategorisieren von Sinn und Unsinn fällt, aber auch das Deuten des interaktiven Verhaltens des Patienten im Visiten-Gespräch als *unter druck* (VG_1: 68, 71) sein und *losfeuern wie=n maschinengewehr* (VG_1: 70), was es *verunmöglicht* den *SACHverhalt WIRKlich* (.) *norMAL* und *sachlich zu besprechen* (VG_1: 72f). Dem Verhalten des Patienten (wiederholte Unterbrechungen, Widersprüche und nachdrückliches Festhalten an eigener Position) folgt der Wechsel auf die Metaebene; initiiert durch den Oberarzt. Er schließt seinen metakommunikativen Kommentar mit der Frage *um WAS geht es ihnen* (VG_1: 74), woraufhin Herr Schnell seine Problemsicht darlegt, die vom Oberarzt trotz inhaltlicher Richtigkeit negiert wird, worin sich dessen Deutungsmächtigkeit ebenfalls zeigt (VG_1: 79).

Infolgedessen weist der Oberarzt die Position des Patienten erneut mittels Widerspruchstopos zurück und argumentiert mittels Konsequenztopos für die beiden verbleibenden Handlungsoptionen: Morgige Entlassung ohne Umstellung der Medikation *oder* Umstellung der Medikation und Fortsetzung der stationär-psychiatrischen Behandlung (VG_1: 79f, 84-92, 98-100). Für Herrn Schnell sind beide Optionen keine Alternative, da seine Position (Umstellung der Medikation *und* morgige Entlassung) in beiden Fällen entzweit wird. Letztlich orientiert sich der Oberarzt am vermeintlich obersten Ziel des Patienten – morgige Entlassung – und formuliert die Konsequenz erneut, woraufhin der Patient sprachlich Akzeptanz ausdrückt (*okay*, VG_1: 101), interaktional aber das Gespräch beendet und geht (VG_1: 97, 102); trotz dessen, dass der Oberarzt die initiative Gesprächsbeendigung durch den Patienten *jetzt net wirklich akzeptiern* (VG_1: 103f) kann. Am Ende des Visiten-Gespräch löst Herr Schnell also einen Moment der Handlungssohnmacht beim Oberarzt aus. Diese kann der Oberarzt erst im Rahmen der Nachbesprechung – also in Abwesenheit des Patienten – wiederherstellen. Einerseits durch die Schlussfolgerung, dass die Umstellung der Medikation nicht erfolgen und stattdessen am Entlassungstermin festgehalten wird. Dabei gibt der Oberarzt an, sich am obersten Ziel des Patienten orientiert zu haben (VG_1: 128f), was insofern problematisch ist, dass Herr Schnell im beobachteten Visiten-Gespräch keine Gewichtung vorgenommen, sondern die Gleichgewichtigkeit seiner Ziele ausgedrückt hat, was auch die zwischenzeitliche Bemerkung des Patienten, *sie ham mich nicht verstanden* (VG_1: 52) erklärt. Andererseits überwindet der Oberarzt den Moment der Handlungssohnmacht durch die Deutung des Verhaltens des Patienten als nicht adäquat (VG_1: 120-124). In der Nachbesprechung (VG_1: 105ff) findet eine einseitige Reflexion der Interaktion im Visiten-Gespräch statt, da lediglich nach Erklärungen gesucht wird, weshalb Herr Schnell keine Einsicht in die Position der Fachkräfte zeigt, und die umgekehrte Version nicht zum Gegenstand gemacht wird. Während der Oberarzt v. a. auf Defizite im Bereich der sozialen Kompetenz hinweist, wird das Verhalten des Patienten von den anderen Fachkräften auf kognitive Defizite zurückgeführt und mit dem veränderten gesundheitlichen Zustand des Patienten in Verbindung gebracht.

Abschließende Fallstrukturhypothese:

Die abgeschlossen geglaubte Aushandlung zum Thema Medikation und Entlassung wird wegen unterschiedlich erinnelter Ergebnisse neu inszeniert und dominiert das gesamte Visiten-Gespräch. Der subjektiven Position des Patienten, die auf subjektivem Leiden und Wissen gründet, steht eine intersubjektiv geteilte Position der Fachkräfte gegenüber, die auf einer kollektiv geltenden Prämisse aufbaut und im Visiten-Gespräch vom Oberarzt vertreten wird. Trotz der ungebrochen aktiven Agency, die Momente der Handlungssohnmacht beim Oberarzt auszulösen vermag, scheitert die Durchsetzung der Position des Patienten an der Deutungs- und Entscheidungshoheit des Oberarztes. Seine aktive Rolle bleibt im Visiten-Gespräch trotz Ineffektivität erhalten. Das in Abwesenheit des Patienten

formulierte Aushandlungsergebnis wird zwar als patientenorientiert ausgewiesen, stimmt aber nicht mit dessen Gewichtung überein.

5.1.2 VG_2 Frau Recht: „Nein. Ich bin ein freier Mensch!“

Sofern kein anderer Nachweis angegeben wird, bildet BP_1: 10-12 die Grundlage für die ethnografische Beschreibung. Bei Frau Recht handelt es sich um eine Patientin mit psychotischem Krankheitsbild. Bei der Vorbesprechung am Tag zuvor sticht Frau Recht durch ihr Verhalten aus der Gruppe der Patienten heraus. Schon während ich mein Vorhaben erläutere, spricht Frau Recht ununterbrochen über ihre subjektiv relevanten Themen – Betreuung und (Menschen-)Rechte –, die ich erst erfasse als sich der Raum allmählich leert und ich Frau Recht meine volle Aufmerksamkeit schenken kann. Die lokale Kohärenz des Dargestellten will sich mir in der Situation nicht erschließen, so dass ich Schwierigkeiten habe, der Patientin zu folgen und entsprechende Zusammenhänge zu erkennen. Unschwer zu erkennen, ist dahingegen der emotional aufgebrachte Zustand, in dem sich die Patientin befindet. Ich nehme wahr, dass Frau Recht über irgendetwas erbost ist. Als mir die Patientin kommuniziert, dass sie keine Audioaufnahme wünscht und stattdessen eine gesonderte Einverständniserklärung für die Teilnahme anfertigt, beginne ich ansatzweise zu verstehen. Durch die Verschriftlichung der Patientin steht mir folgendes Textartefakt zur Verfügung:

Frau Jessica Krebs darf morgen Tag_1 an der Visite teilnehmen, da ich als Gast hier bin, unter Zwang noch hier sein muß! Entlasspapiere täglich beantragt! Schi denn [??] über Steuer Betreuungsrecht-Praxis ab! Darf zuhören! Nicht für Studienzwecke verwendbar. Zeuge! Datum, Unterschrift¹

Die Themen, die ich der Rede der Patientin bereits entnehmen konnte, spiegeln sich in der Einverständniserklärung wieder; durch die schriftliche Fixierung und dem damit einhergehenden Prozess der Verlangsamung scheint mir die lokale Kohärenz weitaus eher gegeben, wenngleich das Segment *schidenn* ... weiterhin für Irritation sorgt. In diesem Textartefakt finden sich Elemente, die im Visiten-Gespräch am Folgetag ebenfalls auftauchen. Frau Recht erlaubt mir eine Teilnahme, die sie an Bedingungen knüpft. Ich soll dem Geschehen als Zeugin, nicht als Forscherin beiwohnen. Die mir zugestandene Rolle begründet die Patientin mit der Darstellung des erlebten Unrechts gegen ihren Willen in der Klinik bleiben zu müssen. Ihren Willen zu gehen, drückt Frau Recht in der Darstellung des wiederholten, aktiven und zielgerichteten Handelns sowie der Selbstpositionierung als Gast aus. Letzteres deutet auf ein Selbstverständnis als Besucherin hin, die sich in einer Umgebung und einem Personenkreis wiederfindet, dem sie sich nicht fest zurechnet und den sie wieder verlassen möchte. Infolge der Einverständniserklärung gehe ich davon aus, dass sie Frau Recht über

¹ zur Entscheidung im Forschungsdilemma: Trotz dem Zusatz „Nicht für Studienzwecke verwendbar“ habe ich mich für die Teilnahme und Auswertung entschieden, da Frau Recht mit dem Zusatz die Audioaufnahme verbunden hat, von der ich selbstverständlich abgesehen habe. Frau Recht hat mir mündlich mehrfach zugesichert, dass das Protokollieren in der Visiten-Gesprächssituation für sie kein Problem darstellt. Würde diese Arbeit mehreren Personen zugänglich gemacht, wäre die Falldarstellung zu streichen und allenfalls im Quervergleich einzubeziehen.

das Unrecht ‚Gehen zu wollen, aber bleiben zu müssen‘ aufregt. Fremdpositioniert als Zeugin betrachtet mich die Patientin als Verbündete; zumindest drückt sich der Wunsch darin aus.

Im Visiten-Gespräch am darauffolgenden Tag, beginnt die Patientin infolge der Einstiegsfrage des Oberarztes ebenso aufgebracht zu berichten. Inhaltlich geht es um dieselben Themen wie am Vortag (Ich will meine Entlasspapiere, damit die Polizei nicht wiederkommt. Es geht um Betreuungsgericht. Ich mache Betreuungsrecht.). Die Rede der Patientin wird vom Oberarzt kurz darauf in bestimmendem Tonfall unterbrochen (Da muss ich Sie leider unterbrechen, Frau Recht. Ich kenne Ihre Perspektive. Da hat sich leider nichts geändert. Da würde ich gerne noch die Eindrücke meiner Kollegen einholen.). Seitens des Oberarztes wird das Unterbrechen als Notwendigkeit dargestellt, die ebenso bedauerlich ist wie das Ausbleiben einer Änderung ihrer Perspektive. Es werden keine Nachfragen gestellt, wofür verschiedene Gründe in Betracht kommen. Möglicherweise sind Nachfragen zu einem früheren Zeitpunkt gestellt worden, so dass die anwesenden Fachkräfte über ein mir nicht zur Verfügung stehendes Kontextwissen verfügen, womit die Äußerungen der Patientin verstehbarer erscheinen, oder es werden nur Nachfragen formuliert, wenn die Erzählungen von Patienten ein Mindestmaß an Kohärenz aufweisen, das einen Verständnisszugewinn durch Nachfragen erwartbar macht. In diesem Visiten-Gespräch wird jedoch die Notwendigkeit eines Perspektivwechsels der Patientin bekundet, ohne den das Rederecht der Patientin eingeschränkt wird. Auf die Unterbrechung reagiert Frau Recht prompt mit der Darstellung einer zwangsläufigen Handlungskonsequenz (Dann muss ich leider gehen und sie danach verklagen. Die Sozialarbeiterin_1 hat mich über meine Rechte aufgeklärt; freie Arztwahl ...). Die Patientin sieht ihre Rechte nicht eingelöst und die Notwendigkeit, ihren Willen einzulösen sowie den Oberarzt wegen des erlebten Unrechts zu verklagen. Die beiden Redebeiträge veranschaulichen die Eskalationsspirale, die das weitere Visiten-Gespräch bestimmt und wenig später zur initialen Beendigung des Gesprächs durch die Patientin führt. Auf die Darstellung von Zwang wird mit der Darstellung von Zwang reagiert; frei nach dem Motto ‚wie du mir, so ich dir‘. Der Aushandlungsmodus in diesem Visiten-Gespräch lässt sich als Schlagabtausch fassen, der bei verschiedenen Themen (Perspektive, Entlassung, unbegleitete Wochenendbeurlaubung, Blutabnahme zur Kontrolle des Medikamentenspiegels) zum Tragen kommt. Viele Sprecherwechsel – v. a. zwischen Oberarzt und Patientin –, die Darstellung der gegenläufigen Positionen unter Verwendung des Modalverbs „müssen“ sowie die angespannte Atmosphäre sind hierfür charakteristisch. Dem beobachtbaren Hin und Her ist zu entnehmen, dass für beide Seiten kein akzeptabler Konsens gefunden werden kann. Während die Patientin bei den Themen, die ihren Bewegungsradius betreffen, im Aushandlungsprozess faktisch unterliegt, kann sie ihre subjektive Perspektive wahren, wenngleich hier vonseiten der

Fachkräfte Änderungsbedarf markiert wird. Bleibt natürlich zu fragen, inwiefern die Einschränkung des Bewegungsradius mit dem ausbleibenden Perspektivwechsel zusammenhängt, worüber mittels der vorliegenden Daten keine Aussage getroffen werden kann. Aufgrund des Blutbildes sind die Fachkräfte bei der Absetzung des Medikaments faktisch unterlegen, weil die weitere Verabreichung ohne Blutbildkontrolle zu riskant (BP_1: 15) wäre.

Der Aushandlungsmodus Schlagabtausch setzt sich auch dann fort, als das Gespräch auf eine andere Ebene gehoben wird. Die Deutung des Oberarztes, die sich auf das Kontern der Patientin im Visiten-Gespräch bezieht, wird von Frau Recht zurückgewiesen und auf die Notwendigkeit der wechselseitigen Akzeptanz verwiesen.

Bisschen trotzig sind ja schon, sagt der Oberarzt zur Patientin.
Nein, trotzig bin ich nicht, aber Sie müssen auch akzeptieren,
dass ..., entgegnet Frau Recht.

Anschließend wird die Metaebene im Gespräch verlassen und sich wieder den o. a. Themen zugewandt. Irgendwann höre ich den Oberarzt sagen, naja Sie haben ja bereits Antwort vom Oberlandesgericht erhalten. Frau Recht erhebt sich infolgedessen zügig und wutentbrannt, schaut in die Runde und sagt bereits im Stehen, Nein, ich bin ein freier Mensch! Sie verlässt die Visite ohne sich zu verabschieden. Schließen möchte ich dieses ethnografische Fallportrait mit dem Bild der Rebellin, das mir für Frau Recht treffend scheint. Frau Recht widersetzt sich auf sprachlicher und interaktiver Ebene dem Zwang, anstelle sich diesem auszuliefern. Wengleich sie ihre Freiheit bedroht sieht, kämpft sie weiterhin für diese und erhält damit ihre Handlungsfähigkeit.

Später begegne ich auf dem Gang der behandelnden Ärztin, die bzgl. des Visiten-Gesprächs anmerkt, dass es am Anfang noch viel schlimmer war. Im Weggehen kommentiert sie total anstrengend (BP_1: 17). Daraus schließe ich, dass der Aushandlungsmodus Schlagabtausch nicht nur für die Patientin, sondern auch für die Fachkräfte anstrengend ist.

5.1.3 VG_3 Frau Schwör: „Können wir uns noch lange streiten. Wir werden uns nie und nimmer einig.“

Das Visiten-Gespräch mit Frau Schwör, die ebenfalls ein psychotisches Krankheitsbild aufweist, ist mit 20 Minuten eines beiden Längsten der beobachteten Visiten-Gespräche. Frau Schwör ist selbst Krankenschwester, weshalb sie kein Problem damit hat, Ärzten – auch Oberärzten – ihre Meinung zu sagen (BP_2: 10). Ergo stellen soziale Rollen und etwaige hierarchische Gefälle kein Hindernis für einen ebenbürtigen Dialog dar.

Auf das Visiten-Gespräch hat sich Frau Schwör vorbereitet, indem sie besprechungswürdige Themen auf einem Notizblock schriftlich fixiert hat. Zu Beginn des Gesprächs nimmt sie diesen zur Hand, um den Einstieg mittels Themenaufschlag eigens zu initiieren (BP_2: 5). Dabei werden alle Themen stichpunktartig benannt, wobei eines – Nebenwirkungen – mit dem Zusatz würd ich wahnsinnig gerne besprechen (VG_3: 67) und dem

Zweck eventuell eine Reduzierung halt herbeizuführen (VG_3: 68-70) versehen wird, womit die besondere Besprechungswürdigkeit herausgestellt wird. Die Frage, ob eine Reduktion der Medikation gerade sinnvoll ist, wird von Patientin und Oberarzt unterschiedlich beantwortet. Die Position der Patientin pro Reduktion wird schon im Themenaufschlag sichtbar. Nachdem Frau Schwör sich ihren Bericht vom Oberarzt hat genehmigen lassen, wodurch Erzähler- und Zuhörer-Rolle klar festgelegt werden (VG_3: 72-74), erzählt sie in Form einer berichtenden Darstellung mit argumentativer Funktion von ihren Nebenwirkungen (VG_3: 74-105), die sie als extrem belastend und hinderlich darstellt (diese ganzen Nebenwirkungen sind SEHR unangenehm sind eigentlich auch genau das was man beim arbeiten gehen zum beispiel-; VG_3: 105f). Der hohe Detaillierungsgrad, die differenzierte Darstellung, die Benennung aller Symptome, die Extremmarkierungen, der Einsatz lautmalerischer Begriffe und die medizinische Sprache verleihen ihrem Argument Gewicht. Ihre fachliche Expertise – über die sie aufgrund ihrer beruflichen Tätigkeit verfügt – setzt Frau Schwör ein, um dem subjektiven Leiden Ausdruck zu verleihen, sich von ihrem Patienten-Status zu distanzieren (Jargon des klinischen Berichts erweckt den Eindruck, dass sie nicht über sich, sondern über eine andere Person berichtet) sowie eine Gemeinsamkeit zwischen dem Oberarzt und sich herzustellen (Fachbegriffe sind nicht erläutersbedürftig); insofern positioniert sich Frau Schwör als kompetente Patientin. Bei der erstmöglichen Gelegenheit löst sich der Oberarzt aus seiner Zuhörer-Rolle, woraufhin sich eine im Vergleich zur vorangegangenen Erzählpassage kürzere dialogische Sequenz ergibt (VG_3: 106-123). Die Strategie den anderen Gesprächsteilnehmer ausreden zu lassen, Zustimmung zum Gesagten auszudrücken und infolgedessen die entsprechend gegenläufige Position und Argumentation auszuführen, kehrt im Visiten-Gespräch wieder (VG_3: 154f, 158, 185-204) und wird als Aushandlungsmodus der dialogischen Erörterung gefasst. Auch infolge des Berichts der Patientin über die Nebenwirkungen äußert der Oberarzt zunächst, dass er die beschwerden absolut !NACH!vollziehen kann (VG_3: 106f); schränkt die Nachvollziehbarkeit dann jedoch ein, weil ihm als Teil der Ärzteschaft wissenschaftliches Wissen zur Verfügung steht, demzufolge sich die berichteten Symptome unmöglich als Nebenwirkungen klassifizieren lassen – wenngleich sie als Beschwerden nachvollziehbar sind und seiner klinischen Erfahrung entsprechen –, weshalb durch die Reduktion der Medikation keine Verbesserung zu erwarten sei (VG_3: 109-120). Hieran schließt der konzessive Einschub der Patientin an, der einen subjektiven Erfahrungsbericht enthält, demgemäß sich nach der letzten Reduktion eine Verbesserung unmittelbar eingestellt hat (VG_3: 121-123). Der Oberarzt räumt an dieser Stelle ein des kann auch sein [...] des (.) will ich überhaupt !GAR! net in zweifel stellen (VG_3: 124-126), leitet dann aber zur Contra-Argumentation über (VG_3: 128ff). Nun werden Erzähler- und Zuhörer-Rolle umgekehrt. Anders als die Patientin macht der Oberarzt die Verbesserung nicht nur am Verschwinden der

Nebenwirkungen fest, sondern an der Bilanz von Wirkung und Nebenwirkung. Seiner Position und Argumentation verleiht er Nachdruck, indem er die Relationierung von Wirkung und Nebenwirkung als generelle Erfordernis darstellt (VG_3: 130f), den Sinn der Reduktion negiert (VG_3: 134f), Akzentuierungen vornimmt und Pausen gezielt setzt (VG_3: 130, 147), Aussagen als faktisch und gewiss darstellt (VG_3: 137f, 144f) sowie aus [seiner] Sicht (VG_3: 133, 140, 141f, 147) spricht, womit eine Subjektivierung des Gesagten einhergeht, die angesichts seiner professionellen Rolle nur bedingt greift, da seine Sicht immer der fachlichen ärztlichen Sicht entspricht. Im Rahmen der Contra-Argumentation kommt der Oberarzt auf die positive Wirkung der Medikation zu sprechen, um das Argument der Notwendigkeit, Wirkung und Nebenwirkung zu relationieren, zu plausibilisieren (VG_3: 158ff), womit die Aushandlung auf ihren Kern zurückgeführt wird. Hinsichtlich der positiven Wirkung der Medikation sind sich die beiden Parteien uneinig. Diese Uneinigkeit beruht auf den widersprüchlichen Positionen zur Frage der Krankhaftigkeit des Erlebens und Verhaltens der Patientin. Bestünde bzgl. dessen Einigkeit, würde die Widersprüchlichkeit der Positionen beim Thema Reduktion der Medikation aufgelöst. Für die positive Wirkung der Medikation argumentiert der Oberarzt mit der intersubjektiv geteilten Beobachtung der Fachkräfte (VG_3: 161f, 169f, 172f), welcher die subjektive Wahrnehmung der Patientin gegenübersteht, die diese positive Wirkung als nicht existent beschreibt (VG_3: 164). Einwände der Patientin werden nicht zugelassen (VG_3: 74), sondern verabsolutiert sie werden des !IM!mer (.) sie werden des immer anders attribuIERn (VG_3: 172f). Die Aushandlung der verschiedenen Positionen zum Thema Krankhaftigkeit des Erlebens und Verhaltens der Patientin werden von Parteien als nicht zielführend beurteilt: Der Oberarzt merkt an: DESwegen (.) halt ich=s jetzt au net für sinnvoll des (.) erNEUT zu diskutierten (VG_3: 178f) und Frau Schwör betont können wir uns noch lang streiten (VG_3: 167).

Anstelle der Fortführung dieser Aushandlung schlägt der Oberarzt die Vermeidung weiterer stationärer Aufenthalte als Minimalziel vor, das sich als konsensfähig erweist (VG_3: 181-187). Dieses setzt er dann als Konsequenztopos ein, um Frau Schwör zur Übernahme seiner Position zu bewegen (VG_3: 188-193), was allerdings nicht gelingt. Anstelle dessen kehrt Frau Schwör zum Kern der Aushandlung zurück und formuliert ihre Position nochmal in aller Deutlichkeit. Dabei räumt sie zwar Krankheitssymptome ein, beschreibt diese aber als Folge des Freiheitsentzugs (VG_3: 197-204). Hieran anschließend leitet sie das Ende der Aushandlung ein.

B: aber wir lassen das (.) einfach jetzt daHINGestellt sie HAM=s erZÄHLT (.)

O: L Frau Schwör (.) ich L ich:

B: sie ham=s gesagt (.) was ihre ansicht ist wir werden uns !NIE! und nimmer einich werden denk ich mir (.) wir können das auch lassen und zu den produktiveren themen übergehen (.) also wenn sie einverstanden sind (.)

(VG_3: 206-210)

Damit gibt Frau Schwör zu verstehen, dass sie auf sprachlicher und interaktionaler Ebene nicht bereit ist, ihre Position aufzugeben und sich der Position der Fachkräfte zu unterwerfen. Durch die abschließende Stellungnahme und das Einleiten der Beendigung bleibt ihre Position und Handlungsfähigkeit erhalten. Gleichwohl akzeptiert Frau Schwör mit der Beendigung des Aushandlungsprozesses die Entscheidung des Oberarztes keine Reduktion vorzunehmen. Der Oberarzt folgt dem Beendigungsversuch nicht und setzt erneut an.

O: .hh ja (.) Frau Schwör (.) es gibt für mich nur EIN punkt (.) es geht hier ja NET um irgend en (2) politischen diskurs (.) um den austausch von überZEUgungen (2) des wär ja (.) des wär ja (.) es wär irgendwie ne (.)

B: L ()

O: ne Attraktive (.) SPORTliche (.) konstellation aber (.) darum GEHT=s nicht

B: mhm (.)

O: des problem isch (.) dass [...] SIE unmittelbar (.) beTROffen sind (.) von den AUSwirkungen (.) ((Telefon des Oberarztes klingelt)) ihrer (.) ihrer (.) gesundheitlichen (.) situatION

B: ja jetzt {{gleichzeitig} ()}

O: {{gleichzeitig} des hat für SIE} (.) des hat für SIE halt (.) wirklich WEITreichende konseQUEzen (2) un (.) DES isch der entscheidende punkt (.)

B: {{gleichzeitig} und jetzt stellen s-}

O: {{gleichzeitig} un da hängt halt} viel von sie (.) für sie davon ab

B: und jetzt stellen sie sich

O: ganz kleinen moment ((geht an sein Telefon))

(VG_3: 211-227)

Mit seinen Ausführungen widerspricht der Oberarzt der Gleichgewichtung der Perspektiven von Patientin und Fachkräften und nimmt eine Höhergewichtung vor, für welche die Betroffenheit der Patientin ausschlaggebend ist. Da Frau Schwör sich nicht als Betroffene erlebt, kann ihr weder die Argumentation des Oberarztes noch die vorgenommene Gewichtung konsistent erscheinen. Inkonsistent ist die Argumentation und Gewichtung des Oberarztes insofern, dass er einen subjektiv nicht existenten Leidensdruck als ausschlaggebenden Punkt bezeichnet, der nicht subjektiv erlebt, sondern intersubjektiv beobachtet und dadurch gewissermaßen entsubjektiviert bis verobjektiviert wird. Infolge des Telefonats wird die Aushandlung beigelegt und in der reihenfolge weitergegangen, womit sich beide Gesprächsteilnehmer einverstanden erklären (VG_3: 232ff).

Was die Aushandlung zum Thema Reduktion der Medikation betrifft, wird an verschiedenen Stellen deutlich, dass Frau Schwör nicht mit der Durchsetzung ihrer Position gerechnet hat. Schon zu Beginn – im Rahmen ihres Themenaufschlags – pflegt Frau Schwör bei der Benennung des Besprechungszwecks des Themas einen Abtönungspartikel ein, womit sie ihre Absicht relativiert; sie möchte das Thema besprechen, um eventuell eine Reduktion der Medikation herbeizuführen (VG_3: 70). Nachdem sie die extremen Nebenwirkungen als Argument vorgebracht und der Oberarzt sich mit okay (.) also (.) ähm (.)

des sind alles (.) beschwerden die zu Wort meldet, vollendet sie dessen Satz mit schon bekannt sind, während der Oberarzt mit ich absolut !NACH!vollziehen kann beendet (VG_3:106-108). Die Patientin geht also nicht davon aus, mit dem Gesagten einen neuen Impuls zu setzen, der den Oberarzt umzustimmen vermag. Als dieser seine unveränderte Position darlegt, expliziert die Patientin die Annahme einer Pseudoaushandlung brauchen ma uns nichts vormachen die antwort hab ich <<lachend> erwartet> ((lacht)) (VG_3: 153f). Frau Schwör hat damit gerechnet, dass die Aushandlung lediglich den Anschein einer Aushandlung trägt und ihre Position nicht durchsetzbar ist, weil das Ergebnis der Aushandlung von vornherein festgestanden hat. In Anbetracht dessen wird nachvollziehbar, weshalb sie die Aushandlung zu dem Thema als wenig produktiv beurteilt (VG_3: 210).

Auch den Entlassungstermin führt die Patientin im Rahmen des Themenaufschlags als besprechungswürdiges Thema ein (VG_3: 70); eingebracht wird dieses Thema aber erst nachdem zuvor aufgelisteten Themen abgearbeitet sind (VG_3: 248ff). Frau Schwör geht davon aus, nächste Woche entlassen zu werden, was sie für das Ergebnis eines abgeschlossenen Aushandlungsprozesses hält (VG_3: 2f, 250f). Den Bericht der Patientin über Handlungsschritte, die sie infolge des angenommenen Entschlusses eingeleitet hat (VG_3: 248-252), bricht der Oberarzt ab, um das entstandene Missverständnis richtigzustellen (VG_3: 253ff). Zunächst stellt der Oberarzt das Missverständnis als wechselseitig bedingt dar; reformuliert dieses dann aber als einseitig bedingt (vom ‚wir haben uns missverstanden‘ zum ‚sie haben mich missverstanden‘¹, VG_3: 254-257). Eine solche Richtigstellung, die das Zurückweisen von Frau Schwör Position und die Darstellung der eigenen Position umfasst (Faktizitätsmarkierung es isch so, Negieren der abgeschlossenen Entscheidungsfindung, Konjunktion sondern; VG_3: 26f), hat der Oberarzt bereits in der Vorbesprechung (VG_3: 1-42) vorgenommen, im Rahmen derer er und die Sozialarbeiterin sich auf eine gemeinsame Position verständigt haben; Bedingung für die Entlassung ist die Klärung der sozialen Umstände außerhalb der Klinik aus tertiärpräventiven Gründen (weil wir natürlich alles tun müssen um (.) e=en RÜCKfall (.) ne wiederholung (.) des szenarios (.) zu verhindern) (VG_3: 31f). An den getätigten Widersprüchen im Visiten-Gespräch zeigt sich, dass Patientin und Fachkräfte gegensätzliche Ansichten haben, was den Stand der Klärung betrifft (VG_3: 258f). Während die sozialen Umstände der Patientin zufolge geklärt sind, sieht der Oberarzt weiterhin Klärungsbedarf, was die Wohnsituation betrifft, die er als Voraussetzung für die Wiederaufnahme der Arbeit darstellt (VG_3: 316f). Einig sind sich beide Parteien darin, dass eine Rückkehr in die bisherige Wohnung nicht erstrebenswert ist und aktuell kein anderer Wohnplatz zur Verfügung steht (VG_3: 271-274, 280-283). Oberarzt und Patientin sind davon überzeugt, dass des

¹ Paraphrasen werden in einfachen Anführungsstrichen wiedergegeben.

risiko dass sie wieder in des gleiche erleben kommt natürlich sehr HOCH isch (VG_3: 305-308). Bzgl. der Einordnung des Erlebens besteht dahingegen Uneinigkeit. Während Frau Schwör die funktionstüchtigkeit (VG_3_: 279) der Wohnung weiterhin für nicht gegeben hält, weil die baulichen probleme die dieses haus bietet ja einfach nicht behoben sind (VG_3: 308f), halten die Fachkräfte eben diese subjektive Problemsicht für krankheitsbedingt; als Teil ihrer wahnvorstellungen, wovon sich die Patientin klar distanziert (VG_3: 274). Angesichts der drohenden Rückfallgefahr wird eine Rückkehr von den Fachkräften kategorisch ausgeschlossen (VG_3: 310-313, 350, 361-364), wohingegen Frau Schwör eine Rückkehr als Notlösung – zumindest übergangsweise – in Betracht zieht (VG_3: 353-355). Da die Suche nach einem alternativen Wohnplatz in beidseitigem Interesse ist, bedarf es keiner Rückführung auf den Kern der Aushandlung; die gegenläufigen Ansichten, was die Krankhaftigkeit des Erlebens und Verhaltens der Patientin betrifft. Frau Schwör hält nicht am ursprünglich angenommenen Entlassungstermin oder der Notlösung fest, da sie eine Rückkehr aufgrund der o. a. Gründe ebenso wenig favorisiert. Stattdessen bringt sie im weiteren Verlauf Lösungsvorschläge ein, die von den Gesprächsteilnehmern erörtert werden (VG_3: 292ff, 324ff, 367ff). In der Nachbesprechung wird die von Frau Schwör favorisierte Alternative – Ferienwohnung – von der Sozialarbeiterin als nicht realistisch (VG_3: 444) bewertet, was sie im Beisein der Patientin hat durchscheinen lassen (VG_3: 374ff). Vorenthalten wird der Patientin im Visiten-Gespräch die Vermutung, dass der Arbeitsvertrag zu einem früheren Zeitpunkt ausläuft, sowie eine Lösungsidee der Fachkräfte, die der Patientin erst zu einem späteren Zeitpunkt unterbreitet werden soll, damit sie sich nicht darauf versteift (VG_3: 425-427, 453-468). Darüber hinaus wird in der Nachbesprechung ein stichhaltiges Argument angeführt, weshalb eine Entlassung kommende Woche ausgeschlossen ist. Der Oberarzt legt infolge der Rückversicherung der Ärztin dar (VG_3: 445) es macht kein SINN (.) sie isch formal noch untergebracht bis Ende des Monats (VG_3: 449f). Binnen der nächsten vier Wochen wird aller Wahrscheinlichkeit keine Entlassung stattfinden; es sei denn die Unterbringung würde aufgehoben, was i. d. R. nicht der Fall ist. Im Grunde handelt es sich also auch bei der Aushandlung zum Thema Entlassung um eine Pseudoaushandlung.

Abschließende Fallstrukturhypothese:

Im Visiten-Gespräch werden Aushandlungen zu den Themen Medikation und Entlassung inszeniert, die – wenngleich gesondert geführt – einen gemeinsamen Kern aufweisen; die gegenläufigen Positionen bzgl. der Krankhaftigkeit des Erlebens und Verhaltens der Patientin. Während die Aushandlung zum Thema Entlassung ohne Rückführung auf ihren Kern auskommt, weil die Entwicklung einer geteilten Zielperspektive trotz verschiedener Motive möglich und Frau Schwör zur Aufgabe ihrer Position bereit ist, wird die Aushandlung zum Thema Medikation durch die Argumentation des Oberarztes auf eben diesen Kern

zurückgeführt. Die als dialogische Erörterung mit wechselnder Argumentation realisierte Aushandlung mutiert durch die vom Oberarzt vorgenommene Höhergewichtung der intersubjektiv geteilten Position der Fachkräfte zur Pseudoaushandlung, auf die sich Frau Schwör wissend einlässt, wodurch sie ihre Position auf sprachlicher Ebene erhält.

5.1.4 VG_4 Herr Grabowski: „Ja, aber die Zeit reicht nicht aus. Es ist etwas länger und komplizierter.“

Herr Grabowski hat bereits Psychiatrie-Erfahrung. Es ist nicht sein erster stationärer Aufenthalt in der Allgemeinpsychiatrie (VG_4: 77). Zum Zeitpunkt des beobachteten Visiten-Gesprächs gehört sein problematischer Alkoholkonsum der Vergangenheit an. Seine diesbezüglich vorhandene Absprache- und Widerstandsfähigkeit wird im Visiten-Gespräch anerkennend gewürdigt (VG_4: 109f, 114f). Auch sonst werden ihm positive Attribute zugeschrieben; er ist sehr ruhig und GUT strukturiert (.) erledigt seine hauswirtschaftlichen aufgaben sehr akribisch und hält sich an Terminabsprachen (VG_4: 107f, 157). Sowohl körperlich als auch psychisch habe sich der Zustand des Patienten verbessert (VG_4: 9, 151). Die Verbesserung wird von Herrn Grabowski dargestellt und mit einer Tendenz zur Stabilisierung verbunden, wobei er im selbigen Kontext auf die Schwierigkeit hinweist, weiterhin die Kontrolle über alles zu wahren (VG_4: 98-101).

Die Einstiegsfrage des Oberarztes bedient Herr Grabowski mit einer kurz gehaltenen Aussage zum subjektiven Befinden (mir geht es BESSER; VG_4: 9), womit er die Erwartung eines Berichts über die Entwicklung des gesundheitlichen Zustands erfüllt. Im unmittelbaren Anschluss nimmt Herr Grabowski sich Raum, sein Anliegen einzubringen, das er trotz der Verbesserung hat (aber ich möchte trotzdem herr doktor Chefarzt_1 nochmal sprechen; VG_4: 9f). In Zeile 10f kontextualisiert und konkretisiert er dieses Anliegen. Von Anfang an präsentiert sich Herr Grabowski als aktiver willensstarker Akteur – sowohl auf der Ebene des erzählenden als auch auf der Ebene des erzählten Ichs (ich möchte [...] über meine briefe die ich geschrieben habe an ihn (.) eine unterhaltung führen; VG_4: 9-11). Noch während er sein Anliegen vorbringt, signalisiert der Oberarzt durch Kopfschütteln (VG_4:12), dass dem Anliegen nicht nachgekommen werden kann, was er anschließend versprachlicht (VG_4: 13-17). Dem „ich will“ des Patienten (VG_4: 10, 18, 22, 27) wird ein „ich bzw. er kann nicht“ (VG_4: 15f, 47, 56, 62, 71) des Oberarztes gegenübergestellt. Häufig wird beiden sprachlichen Figuren die Konjugation aber vorangestellt, womit sie zu wechselseitigen Einwänden werden. Die hohe Dynamik, die durch die verhältnismäßig kurzen Redebeiträge, die häufigen Sprecherwechsel und die überlappende Rede entsteht, zeigt sich mit Blick auf das gesamte Visiten-Gespräch. Der Oberarzt macht die Klinikstruktur dafür verantwortlich, dass dem Anliegen des Patienten nicht entsprochen werden kann. Der Chefarzt und er sind an die Klinikstruktur gebunden, welche ihren Handlungsspielraum begrenzt (was aber in unserer struktur

NICHT MÖGLICH ist; VG_4: 56). Als medizinischer Direktor ist der Chefarzt mit so vielen anderen Aufgaben betraut (VG_4: 16f), weshalb es ihm nicht möglich ist, direkt (.) mit allen Patienten (.) die Gespräche zu führen (VG_4: 57-59). Der Darstellung des Oberarztes zufolge würde der Chefarzt dies sicherlich oft (.) machen (.) !GER!ne (.) oft machen aber das kann er nicht (VG_4: 61f). Der Oberarzt kann dies natürlich an Herrn Chefarzt_1 weitergeben, weiß aber um die verunmöglichende Klinikstruktur (VG_4: 69-71, 84-88). Die Schuld am „ich bzw. er kann nicht“ wird also nicht den Personen, sondern der Klinikstruktur zugeschrieben.

Herr Grabowski hält trotz der dargestellten verunmöglichenden Struktur an seinem Anliegen fest und bringt dieses wiederholt initiativ ein (VG_4: 18, 53, 72f, 89, 158ff). Von dem Gespräch mit dem Chefarzt erhofft sich der Patient vieles (VG_4: 27), was die hohe Handlungsmotivation erklärt. Herr Grabowski erhofft sich in erster Linie gehört und verstanden zu werden (VG_4: 18). Durch das Gespräch soll der Zustand erzielt werden, dass der Chefarzt sein Problem kennt (VG_4: 27) und mit seiner Geschichte mehr vertraut ist (VG_4: 31). Außerdem verbindet Herr Grabowski mit dem Gespräch die Möglichkeit über zukunftsrelevante Themen zu sprechen (verschiedenartige Sterbehilfe; VG_4: 22-24). Der Patient erhofft sich von dem Gespräch auch, dass er zu dieser Mann auch äh: (.) einm- äh:: Gehen kann (VG_4: 28f). Die von Herrn Grabowski dargestellten Hoffnungen lassen sich zu dem Wunsch bündeln, dass ihm der Chefarzt als fester Ansprechpartner – als Bezugs- und Vertrauensperson – zur Verfügung steht. Sein subjektives Gesprächsbedürfnis sieht Herr Grabowski durch das Gesprächsangebot im Rahmen der Visite nicht abgedeckt; v. a. wegen der zeitlichen und thematischen Begrenztheit. Die Länge und Komplexität seiner Geschichte respektive seines Problems überfordern den zeitlichen Rahmen von 17 Minuten¹. Seine thematischen Anliegen, die über Medikamente und Therapien hinausgehen, ebenfalls (VG_4: 18, 32f, 37f, 43f). Die Gesprächsangebote, die Herrn Grabowski infolge seiner Darstellung im beobachteten Visiten-Gespräch gemacht werden, werden seinerseits ausgeschlagen (VG_4: 41-43, 52f, 90ff); sowohl thematisch – so verzichtet er darauf, seine zukunftsrelevanten Themen infolge der Frage Was sollen wir denn jetzt besprechen? einzubringen und kommt anstelle dessen auf das subjektive Befinden zurück, das er ähnlich knapp wie zu Beginn des Visiten-Gesprächs hält – als auch zeitlich – das beobachtete Visiten-Gespräch ist mit sieben Minuten eines der kürzesten aller beobachteten Visiten-Gespräche. In Anbetracht des vom Patienten begonnenen und von der Ärztin fortgeführten erklärenden Einschubs (VG_4: 73-83), demzufolge Herr Grabowski den Chefarzt im Rahmen des Voraufenthalts kennengelernt und lange Gespräche mit ihm geführt hat, liegt der Schluss nahe, dass er seinen Ansprechpartner, den er

¹ Die zeitliche Begrenztheit wird auch von Frau Schwör problematisiert. Ihrer Ansicht nach bietet der Visiten-Rahmen zu wenig für „das Eigentliche“ (BP_2: 10).

als Bezugs- und Vertrauensperson betrachtet, bereits gefunden hat, weshalb er das Gesprächsangebot des Oberarztes nicht im möglichen Umfang nutzt. Hinzu kommt die o. a. Annahme, dass der Visiten-Rahmen so oder so mit der Länge und Komplexität seiner Themen überfordert wäre, weshalb er diese möglicherweise gar nicht erst einbringt.

Das Anliegen von Herrn Grabowski – ein Gespräch mit dem Chefarzt zu führen – wird von den Fachkräften im Visiten-Gespräch missverstanden. Das verständnislose Kopfschütteln des Oberarztes (VG_4: 12), seine kritischen Nachfragen bzgl. des erhofften Mehrwerts eines Chefarzt-Gesprächs gegenüber dem Gespräch mit ihm bzw. dem Behandlungsteam der Station (VG_4: 19, 21, 25), dessen Aussagen, dass Patientengespräche nicht in die Zuständigkeit des Chefarztes, sondern in seine bzw. in die des Behandlungsteams vor Ort fallen, die als PRIMÄR!e Ansprechpartner für den Patienten fungieren (VG_4: 41, 59f, 62f) und die folgende Sequenz im Rahmen des erklärenden Einschubs der Ärztin¹

A: also (.) Herr Grabowski versteift sich grad=n bisschen drauf
(.) weil bei der (.) VORigen (.) aufenthalt bei uns (.) warn
sie in urlaub
un herr Chefarzt_1 war HIER
O: L ja L klar: (.) des isch natürlich was beSONderes
A: L LUXus (.)
chefarztbehandlung (.)

(VG_4: 76-81)

zeugen von der Annahme der Fachkräfte, dass Herr Grabowski den Chefarzt in seiner gehobenen Funktion sprechen möchte, um in den Genuss eines Privilegs – der Chefarzt-Behandlung – zu kommen, was die Fachkräfte als befremdlich, abwegig, vermessen und überflüssig beurteilen². Nun möchte Herr Grabowski den Chefarzt aber nicht in seiner Funktion als Chefarzt sprechen, sondern als Person, zu welcher er im Rahmen des letzten stationären Aufenthalts eine Beziehung aufgebaut hat, weshalb er in ihm einen Ansprechpartner – seine Bezugs- und Vertrauensperson – sieht (s. o.). Voraussichtlich wird das Anliegen von Herrn Grabowski nicht eingelöst, was in erster Linie auf die verunmöglichenden Klinikstrukturen zurückgeführt wird, aber auch mit dem Missverständnis zusammenhängt, angesichts dessen die Notwendigkeit eines solchen Chefarzt-Gesprächs fraglich erscheint.

Die erstmögliche Gelegenheit – nachdem alle Fachkräfte wie vorgesehen berichtet haben – nutzt der Patient um auf sein Anliegen zurückzukommen (VG_4: 158ff). Im Rahmen des Berichts legt Herr Grabowski dar, dass er bereits aktiv geworden ist, um sein Anliegen zu realisieren (mit Verfahrenspfleger geredet, Anwalt eingeschaltet). Nun habe er alle Mittel ausgeschöpft, dass es endlich zu dem herbeigesehnten Treffen kommt. Dennoch ist und bleibt der Chefarzt vorerst unerreichbar. Die wiederholte Rückversicherung verstehen sie das (VG_4: 158, 169; auch schon in Z.38) zeugt von dem Wunsch, dass dieses

¹ Durch den erklärenden Einschub verliert das Anliegen des Patienten einerseits an Dreistigkeit (mittels Kontextualisierung), gewinnt andererseits an Dreistigkeit hinzu (mittels Kategorisierungen).

² Nicht explizit als befremdlich, abwegig, vermessen und überflüssig kategorisiert, sondern implizit durch zuvor aufgelistete Elemente.

Problem der Unerreichbarkeit des Chefarztes vom Oberarzt anerkannt wird. Die Rückversicherungsaktivitäten bleiben allerdings unbeantwortet. Anstelle dessen verweist der Oberarzt auf die erfolgte Erklärung und leitet mittels einer bilanzierenden Beschwichtigung das Ende des Gesprächs ein, wodurch eine erneute Aushandlung unterbunden wird.

- O: L gut (.) also (.)
.h ich hab=s ihnen erklärt (.) wir sind für sie da
- B: L ja ()
- O: wir kümmern sie weiter- (.) mir kümmern uns weiter um sie
- B: L okay (.)
dann muss ich-
- O: wir sin ihre ansprechpartner
- B: L ja äh- (.) ja äh-
- O: L okay?
- B: ich habe ZIEle (.) und ich äh (.) werde die weiter verfolgen
- O: L gut
un wir unterstützen sie GERne dabei Herr Grabowski
- B: L okay
- (VG_4: 172-183)

In der Passage signalisiert der Oberarzt, dass er nicht bereit ist, dass Thema erneut zu diskutieren. Er wiederholt das Gesprächsangebot und rückt das wir hinsichtlich der Frage nach dem Ansprechpartner in den Fokus, was einerseits beschwichtigend wirkt, andererseits die Bilanz enthält, dass nicht der Chefarzt, sondern das Behandlungsteam der Station als Ansprechpartner fungiert. Wenngleich die Einwände des Patienten nur bedingt zugelassen werden, stellt Herr Grabowski abschließend dar, dass er seine Position nicht aufgibt und bei seinem Anliegen bleibt. Bzgl. der Weiterverfolgung der Ziele sichert ihm der Oberarzt die Unterstützung des Behandlungsteams zu, wobei gemäß seiner vorherigen Ausführung davon auszugehen ist, dass sich die zugesicherte Unterstützung auf die Ziele des Patienten generell und weniger auf das von Herrn Grabowski anvisierte Chefarzt-Gespräch bezieht. Das folgende okay des Patienten ist weniger als Einwilligung in das Gesprächsangebot (Behandlungsteam statt Chefarzt) als vielmehr als Einwilligung in die Gesprächsbeendigung zu verstehen. So wird auf sprachlicher und interaktionaler Ebene die Form gewahrt, so dass ein geordneter Abschluss möglich ist.

Abschließende Fallstrukturhypothese:

Aus der fehlenden Passung von Visiten-Gesprächsangebot und subjektivem Gesprächsbedürfnis des Patienten erwächst das Anliegen von Herrn Grabowski nach einem Gespräch mit dem Chefarzt, auf welchem er im Visiten-Gespräch persistiert, woraus sich eine Aushandlung ergibt, in der Herr Grabowskis Anliegen missverstanden wird und an der Macht der Klinikstrukturen zu scheitern droht, worauf sich der Oberarzt zurückzieht. Der Patient bringt sein Anliegen wiederholt initiativ ein und hält daran fest, wenngleich eine erneute Aushandlung vom Oberarzt mittels bilanzierender Beschwichtigung unterbunden wird.

5.1.5 VG_5 Frau Weiß: „Wissen Sie, ich sehe, höre aber nicht mehr, spreche nicht mehr.“

Das ca. 15-minütige Visiten-Gespräch mit Frau Weiß ist das letzte des Tages. Die Sozialarbeiterin hat sich wegen des zeitlichen Verzugs und der anstehenden Sozialdienstbesprechung bereits verabschiedet, so dass lediglich die oberärztliche Leitung, ein Pfleger sowie die Ärztin in Vertretung anwesend sind (BP_2: 11). Indem ich Frau Weiß aufrufe, trete ich für einen Moment aus meiner nicht-teilnehmenden Rolle heraus und mache mich zur Gehilfin der Fachkräfte, was sich angeboten hat, da ich mich zuvor auf dem Gang aufgehalten und Frau Weiß bereits erblickt habe. Wenngleich Frau Weiß unmöglich älter als 65 Jahre sein kann – sonst wäre sie in einem anderen Klinikbereich aufgenommen worden –, nehme ich sie als ältere, gebrechliche Dame wahr, was ich an ihrer verlangsamten Beweglichkeit und der Fortbewegung mittels Rollator in gekrümmter Haltung festmache. Meinem Aufruf leistet Frau Weiß folge, doch bleiben Begrüßung und suchender Blickkontakt unerwidert (BP_2: 10). Als Frau Weiß beginnt ihren Stuhl zurechtzurücken, bietet ihr der Oberarzt seine Hilfe an (VG_5: 1f), was die Patientin nicht weiter beachtet, sondern ihre begonnene Handlung eigenständig zu Ende führt. Diese Eingangssequenz soll verdeutlichen, dass sich Frau Weiß durchaus aktiv handelnd präsentiert, aber gänzlich passiv, was das Eintreten in Kommunikations- und Interaktionsprozesse betrifft. Inwiefern diese Teilnahmslosigkeit die dialogische Aushandlung verunmöglicht, wird noch thematisiert. Der Oberarzt deutet die ausbleibende Reaktion, die zu verhältnismäßig langen Pausen im Visiten-Gespräch – nicht nur infolge der Einstiegsfrage (26 Sek.; VG_5: 7) – führt (VG_5: 2, 54, 115, 128 etc.), als Hinweis, dass es ihr heute SCHLECHTER geht (VG_5:7f). Die Ärztin übernimmt anstelle der Patientin den Eingangsbericht, in dem sie deren Zustand als Auf und Ab beschreibt, wobei sich die Patientin jetzt gerade wieder in=em loch (VG_5: 32) befindet. Den derzeitigen Zustand erklärt sich die Ärztin durch das Hören der Stimme des (vermutlich verstorbenen) Partners sowie Eindrücke von diesem (VG_5: 35f, 39f). Insofern ist von einer depressiven und psychotischen Symptomatik auszugehen. Die Patientin wird als Leidende fremdpositioniert (VG_5: 24, 30, 32f, 39) und positioniert sich auch selbst als Leidende (VG_5: 120). In Anbetracht des Leidens ist Frau Weiß laut Oberarzt in der phase genau an der richtigen stelle (VG_5: 186).

Die folgende Textpassage veranschaulicht die im Visiten-Gespräch vertretenen Positionen zum Umgang mit dem Leiden der Patientin und weitere zentrale Motive.

O: wir können ja (.) an der stelle überlegen (.) wie kö=ma sie unterstützen (2) dass jetzt diese angscht sich net VÖLlig AUSbreitet sondern dass au wieder (.) bisschen (.) beWEGung (.) möglich isch un vielleicht au dann wieder HOFFnung sich entwickeln kann (2) ähm: (.) sie kenn- (.) sie kennen sich ja (.) in so situationen (.) viel besser als wir (.) deswegen (2) die frage was: (.) hat denn früher schon mal geHOLfen (.) und (.) was könnten wir dazu BEIttragen? (17)

5 Ergebnisfestlegte Aushandlungsräume im Visiten-Gespräch

B: wissen sie (.) <<immer leiser werdend> ich sehe (2) höre aber nicht mehr (2) spreche nicht mehr> (2)

O: mhm (4) WEIL die hoffnung grad weg isch oder? (3)
(Frau Weiß hebt die Hände und lässt sie wieder fallen.)
isch für sie gar net erkennbar warum,

B: hmhm

O: isch so; (.) okay (2)

[Kurze Unterbrechung durch ein Telefonat des Oberarztes]
also des isch ne situation (.) die (.) schwierig isch (.)
weil=s natürlich jetzt au so an (.) handlungssPIELraum (.) net
alle MÖglichkeiten (.) lässt aber- (.) ähm: (3) wir können ja
überlegen (.) WAS hat BIS jetzt in der phase oder hier auf
station in dieser (.) zeit geholfen (.) un des könnte man ja
vielleicht jetzt au mal widda (.) anwenden un FORTsetzen

(VG_5:48-71)

In dieser Passage findet sich im ersten und letzten Redebeitrag des Oberarztes die Lösungsorientierung als geteilte Position der Fachkräfte im Umgang mit dem Leiden der Patientin. Die Angst der Patientin, nicht wieder aus dem Loch zu kommen, wird vom Oberarzt agentiviert. Der so agentivierten Angst wird eine hohe Wirkmächtigkeit und eine potentiell noch höhere Wirkfähigkeit zugeschrieben. Insofern verlangt die Angst bzw. das Leiden der Patientin ein entGEgenhalten (VG_5: 152). Andernfalls würde sich die Angst – der Darstellung zufolge – unkontrolliert ausbreiten. Dem Bild wird das zentrale Motiv des Helfens und Unterstützens gegenübergestellt, das in den Redebeiträgen des Oberarztes und der pflegerischen Fachkraft wiederholt auftaucht (VG_5: 14, 49, 54f, 70, 75, 76f, 84, 106, 109-114). Die Situation wird vom Oberarzt aufgrund des Leidensdrucks und der eingeschränkten Handlungsmöglichkeiten als schwierig kategorisiert (Wdh.; VG_5: 135). So ist der Handlungsspielraum bspw. dadurch begrenzt, dass der Oberarzt kein mittel zur verfügung hat (.) mit dem er des irgendwie !AB!stellen kann (2) des würd er !GERN! (.) würd er GERN verSUchen (.) des: (.) hat er aber leider net (VG_5: 135-138). Das fehlende Instrument schränkt die zielgerichteten Handlungsmöglichkeiten ein, so dass der Patientin nur Beistand angeboten werden kann (VG_5: 138-140). Dennoch werden im Visiten-Gespräch Lösungsvorschläge verbalisiert, die allerdings vage bleiben¹ (VG_5: 69-78, 110-114). Vielmehr wird die Relevanz der Lösungsfindung unterstrichen (des isch au des entscheidende, einfach WICHTig, sinnvoll; VG_5: 109f, 140, 146f, 149f, 158) und Zuversicht bzgl. einer Besserung markiert (VG_5: 153, 159f, 191). In der oben eingefügten Textpassage adressiert der Oberarzt die Patientin als Expertin durch Erfahrung und potentielle Auftraggeberin, um die Lösungsfindung voranzutreiben.

¹ Die Atmosphäre im Raum ist während des gesamten Visiten-Gesprächs von Hoffnungslosigkeit und Verzweiflung geprägt; obwohl Lösungsvorschläge verbalisiert werden (BP_2: 11). Diesen Eindruck, den ich im Beobachtungsprotokoll festgehalten habe, führe ich auf die Vagheit der verbalisierten Lösungsvorschläge zurück, mit denen der massiven Hoffnungslosigkeit und Verzweiflung der Patientin nur bedingt beigegeben werden kann.

Lösungsorientierte Fragen und Aussagen des Oberarztes bleiben von Frau Weiß im gesamten Visiten-Gespräch unbeantwortet. Anstelle dessen entstehen lange Pausen, infolge derer die Patientin Facetten ihres Problems dargestellt (Wahnsinnsängste und Vorstellungen, Träume von Selbst-Massakrierung, Zustand der Verwirrtheit, point of no return; VG_5: 120-132, 164). So auch im oben eingepflegten Transkriptausschnitt. Die dort präsentierte Facette des Problems ist auf die Funktionsfähigkeit ihrer Sinne bezogen. Mit der Beschreibung liefert die Patientin auch eine Erklärung für ihre Teilnahmslosigkeit im Visiten-Gespräch. Schließlich sind Hören und Sprechen nicht gerade unbedeutende Fähigkeiten, um an Kommunikations- und Interaktionsprozessen teilzunehmen. Aufgrund der vorhandenen Fähigkeit zu sehen, positioniert sich Frau Weiß in einer nicht-teilnehmenden Beobachterrolle, die sich im Visiten-Gespräch durch die Häufung von Pausen, nonverbalen Signalen (Schulterzucken und an die Stirn fassen, VG_5: 15; Ein- und Ausatmen, VG_5: 169; Hände heben und fallen lassen, s. o.), karger und leiser Redebeiträge sowie Antworten mit *mhm* oder *hmhm* anstelle eines klaren Ja oder Neins äußert (s. o.).

In der o. a. Sequenz findet sich nach dem Telefonat des Oberarztes ein vom selbigen initiiertes Themenwechsel vom Problem zur Lösung. Zunächst wird das Problem der Patientin anerkannt (Bewertung als schwierige Situation inkl. Begründung). Anschließend lenkt der Oberarzt das Gespräch mittels der oppositiven Konjunktion *aber* und den folgenden Aussagen auf mögliche Lösungen. Dieser vom Oberarzt initiierte Themenwechsel kehrt im Visiten-Gespräch mehrfach wieder (VG_5: 42ff, 67ff, 133ff, 141ff). Wie o. a. verschließt sich die Patientin der Lösungsorientierung, indem sie lösungsorientierte Fragen und Aussagen des Oberarztes nicht beantwortet und anstelle dessen Facetten ihres Problems darstellt. Ihre Relevanz ist anders gelagert; sie spricht nicht über Lösungen, solange sich das Problem als derart gegenwärtig erweist. Im Visiten-Gespräch versichert sich Frau Weiß zweifach rück, inwiefern dem Oberarzt ihr Problem bewusst ist (*wissen sie, kennen sie*; VG_5: 55, 164). An dieser Stelle lässt sich resümieren, dass die Patientin dem lösungsorientierten Umgang mit ihrem Leiden einen problemorientierten Umgang gegenüberstellt. Außerdem bereitet es ihr Schwierigkeiten, den Lösungsvorschlägen bzw. Redebeiträgen des Oberarztes generell zu folgen, was sich in der folgenden Textpassage manifestiert.

O: [...] isch in so=ner situation (.) in so ner phase au hilfreich
(7) isch des vorstellbar? (4)

B: .h h (22)

4: anders gefragt (.) spricht irgendwas daGEgen? (10)

B: h (2) <<leise> ich hab nich mal die frage verstanden>

(VG_5: 113-117)

Die Teilnahmslosigkeit der Patientin als Teil ihres Problems und die fehlende Aufeinanderbezogenheit der Redebeiträge im gesamten Visiten-Gespräch erschweren das Zustandekommen einer dialogischen Aushandlung. In der Konsequenz finden sich im Visiten-Gespräch wenig offene Fragen seitens der Fachkräfte, sondern viele geschlossene Fragen, die

der Überprüfung der eigenen Deutung dienen und die Patientin von einem ausführlich gehaltenen Redebeitrag befreien (VG_5: 7f, 35f, 45f, 57, 59). Ferner fällt auf, dass dialogisch begonnene Sequenzen vom Oberarzt monologisch zu Ende geführt werden (VG_5_ 55ff, 119ff). Was letztlich darin gipfelt, dass der Oberarzt infolge des von Frau Weiß eingebrachten Begriffs *point of no return* einen monologischen Aushandlungsprozess inszeniert (VG_5: 164ff). Wenngleich die Patientin den vom Oberarzt vermuteten Kontext – Suizidideen – verneint, bleibt der Oberarzt dem Kontext in seinem anschließenden Monolog verhaftet. Er imaginiert die Position von Frau Weiß ‚Ich will mich selbst verletzen bzw. umbringen‘ und vertritt selbst die Position ‚Wir wollen, dass sie das nicht tun‘, die er als geteilte Position der Fachkräfte ausweist. Im Rahmen der monologisch geführten Aushandlung argumentiert er gegen die imaginierte Position der Patientin, dass sie das *eigentlich NICHT will und au ne klare persepek!TI!ve eigentlich !IM!*mer wieder erlebt, dass es *WEI*tergehen soll und die *Resignation* einfach *situativ* bedingt ist. Von dem einmaligen Widerspruch abgesehen, enthält sich Frau Weiß dieser Aushandlung.

Abschließende Fallstrukturhypothese:

Im Visiten-Gespräch werden zwei Positionen zum Umgang mit dem Leiden der Patientin verkörpert, die unverbunden nebeneinanderstehen bleiben. Während die Fachkräfte fortwährend auf die Lösung des Problems rekurrieren, wenngleich sie ihre Handlungsmöglichkeiten begrenzt sehen, fokussiert Frau Weiß das Problem und verschließt sich jeglicher Lösungsorientierung. Durch die fehlende Aufeinanderbezogenheit der Redebeiträge und die Teilnahmslosigkeit der Patientin kommt keine dialogische Aushandlung zustande.

5.2 Fallvergleichende Auswertung: Pseudoaushandlung

Die zuvor dargestellten Fälle lassen sich allesamt unter die am Material gebildete Auswertungskategorie *Ergebnisfestgelegte Aushandlungsräume im Visiten-Gespräch* fassen¹. In solchen Aushandlungsräumen sind keine Entscheidungsspielräume für Patienten und Patientinnen zu finden, was mit den Aushandlungsthemen zusammenhängt, bei denen die Deutungs- und Entscheidungshoheit den (sozial-)psychiatrischen Fachkräften obliegt. Im Rahmen der ergebnisfestgelegten Aushandlungsräume wird Aushandlung als *Pseudoaushandlung* realisiert. Trotz der Festgelegtheit der Ergebnisse nutzen die Patienten und Patientinnen die Aushandlungsräume aktiv, wodurch ihre Position auf sprachlicher Ebene erhalten bleibt, wenn schon keine Durchsetzung möglich ist.

¹ Darüber hinaus werden die Fälle VG_6 und VG_8 in die fallvergleichende Betrachtung einbezogen, die neben ergebnisoffenen auch ergebnisfestgelegte Aushandlungsräume aufweisen; Herr Liebig und Herr Wieland nutzen die ergebnisfestgelegten Aushandlungsräume ebenfalls aktiv, aber treten nicht rebellisch, sondern folgsam auf, weshalb die Zuordnung zur zweiten Auswertungskategorie erfolgt, in der Aushandlung nicht als Pseudo-, sondern im Modus der instruktiven Aushandlung realisiert wird.

Zunächst werden Aushandlungsthemen benannt, bei denen es den Patienten und Patientinnen nicht gelingt, ihre Position in der Visiten-Gesprächssituation durchzusetzen. Eines dieser Themen ist das Thema Medikation: Weder die Umstellung noch die Reduktion der Medikation ist durchsetzbar (VG_1, VG_3); in selbiger Weise verhält es sich mit dem Verzicht auf Medikation (VG_6). Der Zeitpunkt der Entlassung ist ein weiteres Thema dieser Art. In VG_2 und VG_3 können die Patientinnen nicht gehen, da ein Unterbringungsbeschluss vorliegt¹. In VG_6 liegt ein vorläufiger Unterbringungsbeschluss vor, der unter der Bedingung aufgehoben wird, dass sich der Patient mit der Fortsetzung des stationären Aufenthalts einverstanden erklärt. In VG_1 kann der Patient gehen, aber die Umstellung seiner Medikation nicht durchsetzen, womit seine „sowohl als auch“-Position entzweit wird; die Umstellung der Medikation hätte das Fortsetzen des stationären Aufenthalts bedeutet, womit seine Position ebenfalls entzweit würde. Beim Thema Umgang mit der Krankheit setzt die Patientin in VG_5 ihre Position ebenso wenig durch. Auch subjektive Krankheitssichten können in den Fällen VG_2, VG_3 und VG_8 nicht durchgesetzt werden. Die bislang hinzugezogenen Fälle verbindet die Begründung der (sozial-)psychiatrischen Fachkräfte, mit der die Position der Patienten und Patientinnen zurückgewiesen wird. Wenn die Krankheit eine im Visiten-Gespräch nicht näher definierte Form annimmt, wird die Vermeidung von Rückfall-Szenarien als Notwendigkeit ausgewiesen. Als weiteres Aushandlungsthema ist das Gespräch mit dem Chefarzt anzuführen. Die Durchsetzung der Position des Patienten wird in VG_4 allerdings nicht aus tertiärpräventiven Gründen versagt, sondern aufgrund der verunmöglichenden Klinikstruktur.

Nun soll dargestellt werden, wie sich die Entscheidungs- und Deutungshoheit der (sozial-)psychiatrischen Fachkräfte im Visiten-Gespräch äußert. Im Zuge der mikrosprachlichen Analyse fällt das Unterstreichen der eigenen Position ins Auge, das mit folgenden Mitteln realisiert wird: Wiederholungen, Akzentuierungen, gezielte Pausensetzung, Relevanz- und Faktizitätsmarkierungen, Darstellung von Gewissheit; teils explizite Höhergewichtung der eigenen Argumente (*entscheidend ist*). Ferner enthalten die Argumentationen der Fachkräfte kollektiv geltende Prämissen, womit sie die Gültigkeit ihrer Position beanspruchen. Überdies sind es die (sozial-)psychiatrischen Fachkräfte – meist der Oberarzt –, die im Visiten-Gespräch bilanzieren und schlussfolgern; auch in Abwesenheit der Patienten und Patientinnen (Nachbesprechung VG_1, Vor- und Nachbesprechung VG_3). Die Schlussfolgerung basiert in VG_1 auf einer gedeuteten Höhergewichtung eines der Ziele des Patienten, die sich am Material nicht nachvollziehen lässt. Im Visiten-Gespräch zeigt sich die Entscheidungs- und Deutungshoheit auch am Zurückweisen der Position der Patienten und Patientinnen durch Negieren des faktischen Sinns. Darüber hinaus entscheiden die (sozial-)psychiatrischen Fachkräfte durch die Gesprächsführung über das Ende der

¹ Der Unterbringungsbeschluss für Herrn Schnell (VG_1) ist bereits aufgehoben; der Unterbringungsbeschluss für Herrn Grabowski (VG_4) besteht entweder schon oder wird beantragt, sobald ein geschlossener Heimplatz zur Verfügung steht.

Aushandlung. Die Entscheidungs- und Deutungsmächtigkeit wird durch die Überzahl der (sozial-)psychiatrischen Fachkräfte verstärkt. Dadurch stehen subjektiven Positionen bzw. Wahrnehmungen der Patienten und Patientinnen intersubjektiv geteilte Positionen bzw. Beobachtungen der Fachkräfte gegenüber¹.

Die Entscheidungs- und Deutungshoheit der Fachkräfte kann für die ergebnisfestgelegten Aushandlungsräume zum Strukturmerkmal erklärt werden, was die Patienten und Patientinnen nicht davon abhält, nachdrücklich an ihrer Position festzuhalten, indem vorgesehene Thematisierungsmomente genutzt und neue geschaffen werden. Statt die Position der Fachkräfte zu übernehmen, rebellieren die Patienten und Patientinnen gegen diese, wodurch sie ihre Handlungsfähigkeit in der Visiten-Gesprächssituation erhalten. Das aktive Nutzen der ergebnisfestgelegten Aushandlungsräume ist in VG_1, VG_2 und VG_4 von Rahmenbrüchen begleitet: Wiederholte Unterbrechungen und Widersprüche, Vorbringen der Anliegen als Forderung, eigeninitiierte Gesprächsbeendigung und Auflösung der Visiten-Gesprächssituation. Die Verletzungen der „guten Sitte“ werden vom Oberarzt sprachlich sanktioniert und das Verhalten dieser Patienten und Patientinnen als inadäquat gedeutet. Ferner wird die regelhafte Ablaufstruktur des Visiten-Gesprächs durch das wechselseitige Darlegen der Positionen und die hohe Dynamik verändert. In VG_1 versucht der Oberarzt zur gewöhnlichen Ablaufstruktur zurückzukehren, indem er einen nachholenden Lagebericht initiiert; in VG_2 wird die Patientin unterbrochen und zum Bericht der Fachkräfte übergeleitet. Die Reparationsbemühungen zeigen in beiden Fällen nur kurzzeitig Wirkung. Der Patientin in VG_3 gelingt es, ihrer Position ohne Rahmenbrüche Nachdruck zu verleihen. Die Dynamik verändert die regelhafte Ablaufstruktur ebenfalls. Die Patientin in VG_5 bringt ihre Position wiederholt aktiv ein, wenngleich sie sich im sonstigen Visiten-Gespräch passiv verhält. Die Aktivität der Patienten und Patientinnen zum Erhalt ihrer abweichenden Position führt angesichts der feststehenden Aushandlungsergebnisse zum Realisieren der Aushandlung als Pseudoaushandlung. Die Vorsilbe pseudo- wird aus dem Grund gewählt, dass die Patienten bzw. Patientinnen prospektiv oder retrospektiv erkennen, dass die Durchsetzung ihrer Position bei den benannten Themen an der Entscheidungs- und Deutungshoheit der (sozial-)psychiatrischen Fachkräfte scheitert. In Anbetracht dieser Erkenntnis wird das aktive Handeln in der Visiten-Gesprächssituation für ineffektiv befunden. Hinsichtlich der Entscheidungsfindung bleibt es für die Patienten und Patientinnen bei Aushandlungsräumen, da sie ihre Position zwar sprachlich erhalten, aber faktisch nicht durchsetzen können. In den Visiten-Gesprächssituationen sind die Patienten und Patientinnen den Beobachtungen zufolge emotional aufgebracht. Dabei stellt die Patientin in VG_5 eine Ausnahme dar, was darauf zurückgeführt werden kann, dass die Patientin nicht aus freien Stücken, sondern aus Krankheitsgründen an ihrer Position festhält.

¹ Das Mehrheitsverhältnis ist in den beobachteten Einheiten der Psychoedukation umgekehrt, womit der Verstärkungseffekt andersherum eintritt.

Eine Patientin, die an einer der beiden beobachteten Einheiten der Psychoedukationsgruppe teilgenommen hat, stellt die gesteigerte Aktivität von Patienten und Patientinnen in ergebnisfestgelegten Aushandlungsräumen als natürliche Reaktion auf die Erfahrung von Unterlegenheit dar. Folgender Transkriptausschnitt veranschaulicht ihren Schluss:

B: ah (.) wenn man eingeschlossen wird (.) also wenn man ein
FREIheitsliebender mensch is-

A: mhm (.)

B: und es- man hört schon die schlösser KLACKen (.) und schlüssel
werden einem abgenommen (.) und man wird eingesperrt (.) ein-
geschlossen und man wird !ZWANGS!mediziert (.) {{gleichzeitig}
!ZWANGS!gespritzt}

A: {{gleichzeitig} oh:}

B: !ZWANGS!mediziert (.) !ZWANGS!eingesperrt (.) !ZWANG! !ZWANG!
!ZWANG! !ZWANG!

A: DAS is ja nun schon SEHR {{gleichzeitig} spät}

B: {{gleichzeitig} DANN} !FLIP!pen die menschen aus

A: {{gleichzeitig} ja:}

B: {{gleichzeitig} diese} tage und ZU!RECHT! (3) dann flippen se
aus (.) dann schreien se un wehrn sich (.) un stampfen mit den
füßen und sagen ich hab meine rechte als patient (.) als
mensch (.) meine menschenrechte (.) die human rights-

A: denken sie denn (.) dass des noch en frühwarnzeichen is? (.)

B: ähm: (.) nein des is natÜRlich (.) des is uns eingepflanzt (.)
des is en natürlicher rettungsanker aber der wird nicht gehört
in der psychiatrie

(PE: 456-474)

Während (sozial-)psychiatrische Fachkräfte die gesteigerte Aktivität der Patienten und Patientinnen in ergebnisfestgelegten Aushandlungsräumen als inadäquates Verhalten deuten (VG_1, VG_2, VG_4), bietet die hier zitierte Patientin eine alternative Deutung an. Diese Patientin fordert die Ärztin letztlich dazu auf, sich in die Lage zu versetzen und konfrontiert sie mit der Frage, was sie in einer solchen Situation machen würde (PE: 491-504). Daraufhin äußert die Ärztin, dass sie versuchen würde, sich anzuhören was der andere SAGT (.) welche argumente er hat (PE: 507). Die Einsicht der Patienten und Patientinnen wird – zumindest anteilig – als Notwendigkeit ausgewiesen; Aber, (2) man muss immer=n bisschen versuchen auch die (.) sicht der anderen einzunehmen (PE: 516f).

6 Ergebnisoffene Aushandlungsräume im Visiten-Gespräch

Dem Aufbau des fünften Kapitels folgend werden die Ergebnisse der fallbezogenen Auswertung den Ergebnissen der fallvergleichenden Auswertung vorangestellt.

6.1 Fallbezogene Auswertung

6.1.1 VG_6 Herr Liebig: „Ich nehme die Medikamente und Sie verbessern meinen Ausgang.“

Dem etwa zehnminütigen Visiten-Gespräch mit anschließender richterlicher Anhörung von Herrn Liebig ist ein Gespräch vorausgegangen, in dem Oberarzt und Patient miteinander Klartext gesprochen haben (VG_6: 100f). Wegen der zeitlichen Verortung und derselben Teilnehmerkonstellation ist davon auszugehen, dass das Klartextreden Teil des Visiten-Gesprächs in der vergangenen Woche gewesen ist. Zu Beginn des beobachteten Visiten-Gesprächs erkundigt sich der Oberarzt nach dem aktuellen Stand infolge des Klartextredens (VG_6: 100f), woraufhin der Patient berichtet, dass er die Tabletten jetzt regelmäßig einnimmt (VG_6: 103), was darauf hindeutet, dass die unregelmäßige Einnahme der Tabletten Anlass für das Klartextreden und Aushandlungsthema im letzten Visiten-Gespräch gewesen ist. Wenngleich die gegenläufigen Positionen im beobachteten Visiten-Gespräch nicht mehr zu erkennen sind, weil Herr Liebig seine Position (Regelmäßige Einnahme der Medikation ist weder notwendig noch sinnvoll) aufgegeben und die Position der Fachkräfte (Regelmäßige Einnahme der Medikation ist notwendig und sinnvoll) übernommen hat, wiederholt der Oberarzt die Position und Argumentation der Fachkräfte bzw. die zum Zeitpunkt des beobachteten Visiten-Gesprächs von allen Anwesenden geteilte Position, womit deren Relevanz unterstrichen wird. Der Oberarzt bewertet die von Herrn Liebig dargestellte Verbesserung (VG_6: 108, 110, 112), die von der Sozialarbeiterin ergänzt wird (VG_6: 116f, 120), infolge seiner Frage zum subjektiven Befinden des Patienten angesichts der regelmäßigen Einnahme der Tabletten (VG_6: 107, 109), positiv (VG_6: 115, 121). Die positive Bewertung begründet der Oberarzt mit der faktischen Relevanz der Verbesserung (weil des isch ja=s entSCHEIdende dass es ihnen wieder BESSer geht; VG_6: 121f). Die Verbesserung wird als Ergebnis der regelmäßigen Einnahme der Medikation und als Voraussetzung für eine völlig andere Teilnahme am Leben dargestellt (VG_6: 121-124). Anschließend spricht der Oberarzt erneut Klartext aber Herr Liebig DES !ISCH! so (.) des- sie !BRAU!chen die medikaMENTe (VG_6: 125). Mit der Konjunktion aber wird ein Einwand gegen eine vom Patienten in der beobachteten Visiten-Situation nicht verbalisierte, sondern zu einem früheren Zeitpunkt vertretene Position formuliert. Der inhaltlich dargestellte Bedarf des Patienten wird als faktische Notwendigkeit ausgewiesen, welche durch den starken Akzent eine zusätzliche Gewichtung erfährt und durch die Ansprache des Patienten mit Namen an Ernsthaftigkeit gewinnt. Die Position wird vom Oberarzt mit der Bewältigungsfunktion der Medikation begründet, welcher eine

essentielle Bedeutung zugeschrieben wird (OHne DIE (.) OHne DIE (.) SCHAFFen sie des LEIder (zufällig) nich; VG_6: 127). Erst die regelmäßige Einnahme der Medikation ermöglicht, dass sich Herr Liebigs zustand (.) Anhaltend (.) staBIL (.) entwickelt (VG_6: 143). Letztlich begründet der Oberarzt die Notwendigkeit auch mit der rückfallpräventiven Wirkung (VG_6: 296). Im beobachteten Visiten-Gespräch präsentiert sich Herr Liebig als folgsam, indem er Übereinstimmung mit der eben dargelegten Position und Argumentation signalisiert (VG_6: 103, 110, 112, 124, 126, 128, 134, 137f, 300f). Exemplarisch soll hier die folgende Textpassage aus dem Transkript eingepflegt werden:

O: SIE (.) nehmen die medikamente DANN ein wenn SIE der überZEU-
gung SIND (2) dass es ihnen !HILFT! (2)

B: ja=ja aber natürlich (.)

(VG_6: 293-295)

Die kurze dialogische Sequenz verdeutlicht die Stärke der Übereinstimmung, die Herr Liebig auch in den o. a. Vergleichsstellen zum Ausdruck bringt. In eben dieser dialogischen Sequenz wäre es auch möglich gewesen, dass Herr Liebig schweigt – quasi ein stummes Einverständnis formuliert – oder eine einfache Zustimmung markiert (mhm, okay, ja o. ä.). Anstelle dessen setzt er eine doppelte Bejahung, ein verstärkendes aber sowie den adverbiellen Zusatz natürlich ein, womit er eine besonders starke Übereinstimmung demonstriert. Herr Liebig stellt seine Folgsamkeit als Selbstverständlichkeit dar, was in Anbetracht des Kontextes als Folge des erstmaligen Klartextredens erscheint und sich insofern als Anpassungsleistung interpretieren lässt.

Im Visiten-Gespräch mit Herrn Liebig eröffnet dessen Folgsamkeit bzgl. der regelmäßigen Einnahme der Medikation – also die Übernahme der Position der Fachkräfte – neue Aushandlungsräume, in welchen die Gesprächsteilnehmer im Aushandlungsmodus des Gebens und Nehmens zu weiteren Einigungen gelangen. Eben dieser Modus der Aushandlung wird anhand der folgenden Textpassage nachgezeichnet:

O: aber DANN müssen se=s au WEIterhin (.) zuverlässig einnehmen

B: L okay ich ma-

NIMM=s dann aber sie machen des zermörserte weg

O: ja des isch oKAY (.) Herr Liebig (.) aus meiner SICHT (.) isch es WIChtig (.) dass sie HIER auch noch en PAAR TAge (.) die behandlung !FORT!setzen (.)

B: was heißt das?

O: naja (.) dass ma kucken dass des mit den medikamenten jetzt (.) SIcher WEIter geht un dass sich ihr ZUstand (.) ANhaltend (.) staBIL (.) entwickelt

B: L okay ja

und sie verbessern mein ausgang auf (.) vier oder fünf (.)

(VG_6: 136-145)

Der Patient sichert dem Oberarzt zu, seiner Anweisung Folge zu leisten, und weist ihn im Gegenzug an, seiner Forderung nachzukommen, woraufhin sich der Oberarzt mit dem Deal einverstanden erklärt. Durch das Zusichern der künftig zuverlässigen Einnahme der

Medikation, entfällt die Notwendigkeit des Mörserns, da dessen Sinn die Sicherstellung der Einnahme ist (VG_6:128-135). Sofern Herr Liebig dem Willen der Fachkräfte handelnd entspricht, wird auch seinem Willen handelnd entsprochen. Infolge der Erklärung seines Einverständnisses setzt der Oberarzt die Relevanz der Fortsetzung der stationären Behandlung; wiederum bezugnehmend auf die zuverlässige Einnahme der Medikation. Auch hier signalisiert Herr Liebig Folgsamkeit, indem er sich einverstanden erklärt (siehe auch VG_6: 308). Aufgrund des unmittelbaren Anschlusses einer weiteren Forderung, die im Gegenzug an den Oberarzt gerichtet wird, findet sich auch hier das Motiv des Deals (Oberarzt will – Patient nimmt und Patient will – Oberarzt gibt – Patient bekommt etc.), das als Aushandlungsmodus des Gebens und Nehmens gefasst wird. Infolge der Forderung von Herrn Liebig nach der Erweiterung der Ausgangsstufe, ergibt sich eine Aushandlung bzgl. der Frage, wie weit der Bewegungsradius ausgedehnt werden kann und, ob es einer Begleitung bedarf (VG_6: 154ff). Insofern eröffnet die Einigung bzgl. der regelmäßigen Einnahme der Medikation neue Aushandlungsräume, in denen das Motiv des Deals wiederkehrt. So erklärt sich der Oberarzt zur Erweiterung der Ausgangsstufe bereit (VG_6: 160, 169, 182), sofern der Patient zusichert, sich an den vereinbarten Bewegungsradius (VG_6: 156-159, 203-207) sowie die Therapie- und Mahlzeiten (VG_6: 208-233) zu halten und sich dementsprechend folgsam zeigt.

Als sich der Patient erkundigt, ab wann die frisch vereinbarte Ausgangsstufe gilt, erläutert ihm der Oberarzt, dass diese von nun an Gültigkeit hat, er aber wegen der bevorstehenden richterlichen Anhörung nach dem Visiten-Gespräch noch kurz auf Station bleiben soll, die – so die Vermutung der Fachkräfte – infolge der beantragten Unterbringung erforderlich ist (VG_6: 250-257). Die Fachkräfte haben dieses Thema bereits vorbesprochen (VG_6: 1-94). Aufgrund der Nichtanwesenheit von Herrn Liebig in der Vorbesprechung müssen die Informationen im Visiten-Gespräch nachgetragen werden (siehe VG_6: 252ff). In Rahmen der Vorbesprechung berichtet die Sozialarbeiterin von dem vorliegenden Unterbringungsbeschluss, dem aller Wahrscheinlichkeit nach eine Beantragung durch die gesetzliche Betreuerin vorausgegangen ist. Anschließend werden die diskrepanten Auffassungen über die Notwendigkeit einer Unterbringung des Patienten in einer geschlossenen Heimeinrichtung thematisiert. Dabei wird die vermutete Position und Argumentation der Betreuerin wiedergegeben, die eine geschlossene Unterbringung für notwendig hält (VG_6: 12, 16f, 43-45, 51), weil Herr Liebig in der offen geführten Einrichtung, in der er zum Zeitpunkt des beobachteten Visiten-Gesprächs lebt, die Medikamenteneinnahme und Blutabnahme verweigert (VG_6: 57) und gar nichts mehr zugelassen hat (VG_6: 58), existentielle Tätigkeiten wie Essen, Trinken, Bewegen (VG_6: 63f) und Körperhygiene vernachlässigt hat (VG_6: 64) und mehrfach Sachbeschädigung begangen hat (VG_6: 73). Die Position der Betreuerin wird zunächst auch vom Richter vertreten, da dieser dem Unterbringungsantrag vorläufig stattgegeben hat. Die Fachkräfte halten eine geschlossene Unterbringung hingegen für

nicht notwendig, was der Oberarzt in aller Deutlichkeit – sowohl in der Vorbesprechung (VG_6: 24f) als auch im Visiten-Gespräch (VG_6: 263, 275f, 279) – herausstellt. Argumentiert wird mit der bisherigen Freiwilligkeit des Patienten, sich einer stationär psychiatrischen Behandlung zu unterziehen (VG_6: 20f, 49, 266, 267), und der Bereitschaft, die Medikation regelmäßig einzunehmen (VG_6: 22f, 269), so dass eine Stabilisierung seines gesundheitlichen Zustands zu erwarten ist. Ferner wird die Argumentation der Betreuerin vom Oberarzt als nicht konsistent beurteilt, da die alleinige Unterbringung des Patienten in einer geschlossenen Einrichtung nichts an der Verweigerung, Vernachlässigung und Sachbeschädigung ändern würde (VG_6: 66-68); die Medikation wird der Patient nur dann einnehmen, wenn er selbst der Überzeugung ist, dass diese ihm hilft (VG_6: 279, 286-294). Im Zuge der Vorbesprechung verständigen sich die Fachkräfte auf diese Position, welche der Oberarzt dem Richter im Rahmen der Anhörung verklickern muss (VG_6: 38). Damit erklären sich die Fachkräfte bereit, die diametral entgegengesetzte Position bzgl. der Frage nach der Notwendigkeit einer geschlossenen Unterbringung, die von Herrn Liebig geteilt wird (Gesicht verziehen bei dargestelltem Handeln der Betreuerin, Zustimmungssignale bzgl. und Validierung der Position der Fachkräfte; VG_6: 258-264), gegenüber dem Richter und der Betreuerin zu vertreten (VG_6: 26). Die Folgsamkeit des Patienten ist Teil der Argumentation und stellt dementsprechend eine Voraussetzung für die geteilte Position von Fachkräften und Patient dar.

An der richterlichen Anhörung habe ich beobachtend ohne Audiomitschnitt teilgenommen. Der Richter kommt eine viertel Stunde nach Beendigung des Visiten-Gesprächs mit Herrn Liebig den Flur entlanggeeilt. Kaum haben wieder alle Beteiligten an dem Tisch im Visiten-Zimmer platzgenommen, zückt der Richter sein Diktiergerät, das er primär adressiert; Blick- und Sprachrichtung gen Diktiergerät. Wenngleich der Zweck der Zusammenkunft die Anhörung des Patienten ist, bekomme ich von Herrn Liebig kaum ein Wort zu Gehör. Nach wenigen Minuten unterbricht der Oberarzt die Unterhaltung des Richters mit seinem Diktiergerät und argumentiert, dass aus medizinischer Sicht keine Notwendigkeit besteht, den Patienten geschlossen unterzubringen. Statt den Oberarzt mittels anschließendem Redebeitrag zu adressieren, setzt der Richter die Unterhaltung mit dem Diktiergerät im juristischen Duktus (Im Verfahren ... Punkt, Absatz ...) fort. Mit Seitenblick zum Patienten diktiert er: Herr Liebig erklärt sein Einverständnis. Herr Liebig nickt kaum sichtbar und versichert sich rück, ob das wie Forensik sei, was der Richter mit ja=ja beantwortet¹ und sich erneut dem Diktiergerät zuwendet. Unmittelbar anschließend schaltet sich der Oberarzt ein: Da muss ich Sie jetzt aber unterbrechen. Ich bin

¹ Fehlerhafte Zustimmung, da es sich um zwei verschiedene Rechtsgrundlagen handelt, mit denen unterschiedliche Voraussetzungen und Formen der Unterbringung verbunden sind (§ 1906 Abs. 1 BGB bei Unterbringung in geschlossener Heimeinrichtung infolge von Selbstgefährdung zum Schutz des Betroffenen; §§ 63, 64 StGB bei Unterbringung im Maßregelvollzug infolge einer begangenen Straftat in Schuldunfähigkeit zur Sicherung, Behandlung und Besserung).

mir sicher, dass Herr Liebig sich der Tragweite seines Einverständnisses nicht bewusst ist. Der Richter nimmt den Einwand des Oberarztes hörend zur Kenntnis, kommentiert den Einwand aber nicht gen Oberarzt gerichtet, sondern setzt seine Unterhaltung mit dem Diktiergerät fort, der ich entnehme, dass der Beschluss aufgehoben worden ist. Im unmittelbaren Anschluss erhebt der Richter sich, nimmt den vor sich abgelegten Autoschlüssel an sich und geht zur Tür. Während der Richter das Zimmer verlässt, ruft der Oberarzt ihm nach *Tschüss. Danke, dass sie da waren.* Dieser wirft abschließend in den Raum: *Man wird ja dafür bezahlt (BP_2: 8f).* Obgleich der unscheinbaren Aushandlung (kaum dialogische Aushandlungsmomente), verweist der gekippte Unterbringungsbeschluss auf ein Aushandlungsergebnis, demgemäß sich die geteilte Position der Fachkräfte und des Patienten infolge der Einwände des Oberarztes durchgesetzt hat.

Abschließende Fallstrukturhypothese:

Herr Liebigs Folgsamkeit, v. a. die Einwilligung in die ärztlicherseits geforderte regelmäßige Einnahme der Medikation, ermöglicht die Einigung bzgl. weiterer Themen im Visiten-Gespräch, die im Modus des Gebens und Nehmens ausgehandelt werden, und die anwaltschaftliche Vertretung der geteilten Position zum Thema Unterbringung gegenüber externen Akteuren mit abweichender Position.

6.1.2 VG_7 Herr Vogel: „Okay schön. Klar, klar.“

Herr Vogel ist der letzte Patient, der in der Visite des heutigen Tages gesehen wird. Inzwischen ist es kurz vor zwölf und der Patient zunehmend nervös. Wachsam tigert er vor der Glasfront auf und ab – wohlwissend, dass er als nächster an der Reihe ist. So behält er das Geschehen im Inneren des Visiten-Zimmers im Blick. Sobald irgendetwas darauf hindeutet, dass es weitergehen könnte – sei es, dass jemand sich erhebt oder setzt, eine Krankenakte auf- oder zuklappt –, legt Herr Vogel seine Hand an den Türgriff – bereit einzutreten. Mehrfach erweisen sich seine Deutungen als Fehldeutungen, woraufhin er die Hand wieder zurückzieht. Derweil formuliert er Fragen in die Luft wie *ob es vor dem Mittagessen noch was wird oder er noch zur Toilette gehen kann (BP_1: 23).* Herr Vogel muss sich verfügbar halten, da er jeden Moment aufgerufen werden kann. Während der Wartezeit ist er an den Flur vor dem Visiten-Zimmer gebunden. Entfernt sich der Patient von diesem Ort, läuft er Gefahr, den Startschuss zu verpassen. Insofern ist das Aufsuchen der Toilette und des eigenen Zimmers, risikobehaftet. Wenngleich sich letzteres unmittelbar neben dem Visiten-Zimmer befindet, würde Herr Vogel aus dem Blickfeld der Fachkräfte verschwinden und das Geschehen aus dem Blick verlieren. Daher müssen die Handlungsoptionen (Gehen oder Bleiben) sorgsam abgewogen werden, was den Patienten meinen Beobachtungen zufolge in einen Spannungszustand versetzt.

Nachdem der Patient aufgerufen, hereingebeten und begrüßt worden ist, stellt ihn der Oberarzt vor die Wahl, selbst zu berichten oder die Fachkräfte berichten zu lassen. Infolge einer kurzen Pause, in der Herr Vogel sich nicht unmittelbar zu Wort meldet, ergreift die behandelnde Ärztin die Initiative und setzt zum Lagebericht an (BP_1: 23), wodurch meine Folgeerwartung erstmals enttäuscht wird. Gemäß meinen vorherigen Beobachtungen hätte ich erwartet, dass Herr Vogel ohne zu zögern einen Redebeitrag initiiert. Doch sollten meine Folgeerwartungen noch weitere Male enttäuscht werden, da sich Herr Vogel außerhalb des Visiten-Gesprächs anders dargestellt hat wie innerhalb dieses Rahmens.

Im Visiten-Gespräch werden die Entwicklung des gesundheitlichen Zustands des Patienten sowie die Umstellung der Medikation thematisiert. Als ich von meinen Beobachtungen auf dem Flur in die Visiten-Situation zurückkehre, betont die Ärztin in Abwesenheit des Patienten, dass der gerade voll manisch ist. Im Zuge des Lageberichts zu Beginn des Visiten-Gesprächs stellt sie dann aber eine Verbesserung im Sinne einer langsamen Stabilisierung dar. Herr Vogel beschreibt sein subjektives Befinden als gut; er fühlt sich ausgeglichen. Im Visiten-Gespräch findet sich keine Gegenüberstellung der gegenläufigen Krankheitssichten (krankhaft übersteigert vs. frei von Schwankungen), weshalb sich diesbezüglich auch keine Aushandlung ergibt. Allerdings spricht die Ärztin das weiterhin auffällige Verhalten des Patienten in der Gruppe an (noch ziemlich desorganisiert), was vonseiten der Pflege ebenfalls problematisiert und als Störverhalten kategorisiert wird (BP_1: 23f). Am Vortag hat sich im Rahmen meiner Projektvorstellung die Möglichkeit ergeben, an der Morgenrunde, zum Zwecke derer sich alle Patienten mit dem Behandlungsteam zusammenfinden, beobachtend teilzunehmen, so dass ich Herrn Vogels Verhalten in der Gruppe beobachten konnte. Während meiner Projektvorstellung kommentiert Herr Vogel vieles und stellt einige Zwischenfragen, wodurch er sich von den anderen Patienten, die sich in der Situation schweigsam verhalten, abhebt. In der anschließenden Befindlichkeitsrunde nimmt Herr Vogel anderen Patienten ihre Äußerungen vorweg, indem er fortwährend gut=gut, ja=ja, geht=geht in den Raum wirft, woran sich Mitpatienten und Mitarbeiter stören, was zu einem Wortgefecht und diversen Ermahnungen führt, von denen Herr Vogel allerdings wenig Notiz nimmt. Außerdem winkt er mir wiederholt mit ausgestrecktem Arm zu und zeigt auf die Labormaus dort hinten; gemeint ist wohl irgendeine Person, die hinter meinem Rücken irgendeiner Tätigkeit nachgeht (BP_1: 4). In der Gruppensituation fällt Herr Vogel durch ein Mehr an Aktivität auf sprachlich-interaktiver Ebene auf. Die Verhaltensweisen von Herrn Vogel erscheinen mir in der Gruppensituation bizarr, weil es mir, von den Fragen zum Forschungsprojekt abgesehen, nicht gelingt, eben diese Verhaltensweisen nachzuvollziehen. Unmittelbar vor seinem Visiten-Gespräch habe ich die Gelegenheit, Herrn Vogel einige Zeit auf dem Flur im Wartebereich teilnehmend zu beobachten. Im Eins-zu-eins-Kontakt erscheinen mir seine Verhaltensweisen weitaus weniger bizarr. Zum einen präsentiert der Patient in sich schlüssige Erklärungen auf Nachfragen, wie

z. B. bzgl. des bunten vogelartigen Zeichens, mit dem er die Einwilligungserklärung unterschreibt. Die Assoziationen, von denen sich der Patient leiten lässt, lassen sich im Eins-zu-eins-Kontakt nachvollziehen, wodurch sein Handeln für mich nachvollziehbar und verstehbarer wird. Andererseits scheinen mir seine Verhaltensweisen in der Situation weniger bizarr, da kein unmittelbarer Vergleich zu anderen Personen gegeben ist, wodurch kein Maßstab für die Auffälligkeit gegeben ist. In der Flursituation erlebe ich Herrn Vogel als ebenso aktiv wie in der Gruppensituation. Der Patient bleibt beinahe durchgängig in Bewegung. So verschwindet er in seinem Zimmer, um kurze Zeit später wieder auf dem Flur zu erscheinen, den er auf und abgeht; von Zeit zu Zeit lässt er sich auf einem der Stühle im Wartebereich neben mir nieder und überhäuft mich mit Büchern für meine Feldstudie. Vorbeikommende Mitpatienten werden seinerseits direkt angesprochen oder mir als potenzielle Teilnehmer für meine Studie vorgeschlagen; Den können Sie auch noch fragen. Ach nee, bringt ja nichts, der hat ja Altersdemenz (BP_1: 19-22).

Im Visiten-Gespräch zeichnet Herr Vogel ein konträres Bild von sich. Ohne übermäßig zu gestikulieren, verharrt der Patient – die Hände auf den Oberschenkeln ruhend – auf seinem Stuhl. Seine Kommentare beschränken sich auf schön, okay schön, klar=klar. Damit markiert er wiederholt Übereinstimmung. Auch infolge der Problematisierung seines Verhaltens in der Gruppe äußert sich Herr Vogel mit ja klar einsichtig. Selbiges gilt für die Ansage, dass er sich abzumelden hat, falls er zum Abendessen nicht auf Station sein kann. Im Visiten-Gespräch stellt Herr Vogel zwei zielgerichtete (Nach-)Fragen und widerspricht in einem Fall der angedachten Medikation (Aber nee, das find ich nicht gut. Das tut mir nicht gut.), woraufhin sich die Anwesenden auf ein alternatives Medikament verständigen (BP_1: 23f). Für Herrn Vogel eignet sich das Bild des Folgsamen, der in der Visiten-Situation wie gezähmt erscheint.

Folgsamkeit ist ein Thema, mit dem sich Herr Vogel eigeninitiativ auseinandersetzt, was ich den markierten Textstellen in den Büchern entnehme, die mir der Patient zur Verfügung stellt. Illustrativ angeführt werden soll die Folgende:

Jeder Mensch wird in Freiheit geboren, aber er stirbt in Knechtschaft, Am Anfang ist das Leben völlig gelöst und natürlich, aber dann mischt sich die Gesellschaft ein mit ihren Maßregeln und Vorschriften, mit ihrer Moral, ihrer Disziplin und all ihren Schulungsprozessen; und alle Gelöstheit, alle Natürlichkeit geht verloren, alle Spontanität. Man beginnt, sich eine Art Rüstung anzulegen. Man wird immer steifer. Die innere Weichheit ist nicht mehr zu erkennen. (BP_1: 21)

Das Visiten-Gespräch mit Herrn Vogel wird kurzgehalten. So wird die Frage des Patienten Wie steht's mit dem Haldol? als schon so oft besprochen abgetan und dem Patienten mit vermehrten okay also-s signalisiert, dass alles gesagt ist und er gehen kann (BP_1: 24).

6.1.3 VG_8 Herr Wieland: „Ja, gut. Das ist akzeptabel.“

Bei Herrn Wieland hat es zu einem früheren Zeitpunkt einen Aufenthalt im Klinikbereich für affektive Erkrankungen gegeben (VG_9: 513). Auch zum Zeitpunkt des beobachteten Visiten-Gesprächs steht die depressive Symptomatik im Vordergrund, weshalb ein erneuter Wechsel des Klinikbereichs in Erwägung gezogen wird. Zu Beginn des dreizehnminütigen Visiten-Gesprächs stellt Herr Wieland eine Positiventwicklung dar. Er berichtet, dass heute der beschte tag isch seit dass er hier ist (VG_8: 6f) und beschreibt metaphorisch seinen aktuellen Zustand; ich seh net alles so schwarz, sondern hellere töne und blick au planmäßig mehr nach vorne (VG_8: 12-18). Außerdem grübelt Herr Wieland nicht mehr über negative, sondern über positive Sachen (bspw. Wechsel des Klinikbereichs) nach (VG_8: 24-27). Infolge der dargestellten Positiventwicklung werden Pläne und Ziele des Patienten thematisiert (VG_8: 77-116), die vom Oberarzt bekräftigt werden (VG_8: 104, 107). Die anschließenden Berichte der pflegerischen Fachkraft und der Sozialarbeiterin enthalten ebenfalls Positivdarstellungen (VG_8: 120-161).

Bis hierhin werden ausschließlich positive Aspekte im Visiten-Gespräch thematisiert, was sich mit dem Bericht der behandelnden Ärztin ändert. Zunächst validiert auch sie das Vorhandensein positiver Aspekte (es geht aufwärts, was gut läuft isch; VG_8: 163f). Im Zuge dessen wird Herr Wieland als compliant beschrieben; er sei super absprache-fähig und setzt eigentlich auch alles Besprochene ganz gut um (VG_8: 165f). Anschließend schränkt die Ärztin die Positivdarstellung ein, indem sie die vom Patienten dargestellte Positiventwicklung nicht linear, sondern zyklisch – als auf und ab (VG_8: 163f) – beschreibt und problematische Aspekte anführt (VG_8: 169ff). Die Verwendung des Modalverbs müssen im Rahmen der zusammenfassenden Ankündigung zu Beginn ihres Berichts (VG_8: 162) zeugt von der Notwendigkeit problematische Aspekte neben den Positiven zu beleuchten.

Bei einem der angesprochenen Probleme handelt es sich um das Thema Selbstschädigung, das fascht bei jedem einzelgespräch relevant wird (VG_8: 173, 180f). Die Ärztin weist auf den im Einzelgespräch bedingt beigelegten Dissens hin, was die Einsicht betrifft, Selbstschädigung zu unterlassen. Dabei wird die Einsicht von Herrn Wieland in die Position der Fachkräfte, die auf einer kollektiv geltenden Prämisse aufbaut, explizit als Behandlungsziel ausgewiesen; auch so die einsicht warum man [schließt Sie ein] sich nicht selbscht verletzen sollte ge daran arbeiten wir auch noch grade (VG_8: 175f). Bedingt beigelegt ist der Dissens insofern, dass Herr Wieland der Ärztin im Einzelgespräch versichert hat, dass Selbstverletzung jetzt aktuell KEIN thema ist, weil er dem weiterhin vorhandenen druck nicht handelnd stattgibt (VG_8: 176-178). Gleichwohl kehrt das Thema im therapeutischen Einzelgespräch wieder, wobei die Vielzahl der Gespräche als symptomatisch für das Auf und Ab gewertet wird (VG_8: 163f).

Im letzten Einzelgespräch hat Herr Wieland den Wunsch geäußert, in Bälde entlassen zu werden, woraus sich – in Verbindung mit der laufenden thematischen Auseinandersetzung mit Selbstschädigung und dem weiterhin vorhandenem Druck – die Thematisierungsnotwendigkeit im Team ergibt; ich muss es au nommal in der runde ansprechen (VG_8: 181-184). In der Visiten-Situation hält die behandelnde Ärztin Herrn Wieland dazu an, vor dem versammelten Team Stellung zu beziehen (wie SCHAUT=s DENN AUS Herr Wieland?; VG_8: 185), worauf dieser mit im moment isch des nix mehr aktuell=s (VG_8: 186) reagiert. Herr Wieland erklärt sich also bereit, die stationäre Behandlung fortzusetzen, womit die Thematisierungsnotwendigkeit aus Sicht der Ärztin entfällt. Nachdem die Ärztin seine Stellungnahme mit alles klar zur Kenntnis genommen hat (VG_8: 187), wiederholt Herr Wieland seine Erklärung, die er schon im Einzelgespräch vorgetragen hat (schlechter Tag, enttäuscht, als Versager fühlen, spontane Reaktion), worauf er explizit hinweist (ich hab=s ihne erklärt; VG_8: 188f). Während die Thematisierungsnotwendigkeit aus Sicht der Ärztin entfällt und für den Patienten zum Zeitpunkt des beobachteten Visiten-Gesprächs nicht gegeben war, weil er seinen Entlassungswunsch bereits revidiert und sich erklärt hatte, sieht der Oberarzt in eben dieser Erklärung, die eine Dynamik beinhaltet, die mit der zuvor thematisierten Selbstschädigung in Verbindung gebracht wird, die Notwendigkeit zur weiteren Thematisierung. Dies zeigt sich am darauffolgenden Redebeitrag. Zunächst stellt der Oberarzt den wiederkehrenden Charakter der Dynamik heraus, der mit Blick auf das ziemlich TIEF eingegrabene muster NICHT außergewöhnlich sei; auch könne die Dynamik nicht einfach von einem auf den anderen tag abgeschaltet werden, was die Zustimmung von Herrn Wieland erfährt (VG_8: 193-203). Anschließend reformuliert der Oberarzt die von Herrn Wieland dargestellte Dynamik in komplexer Weise und folgert, dass diese Dynamik, an Ende derer Suizidgedanken stehen, einem aktiven KAMPF und der aktiven arbeit bedürfen (VG_8: 204-221). Dabei wird die Relevanz des Ansprechens und Benennens von negativen Gedanken und der Inanspruchnahme von Hilfe mehrfach unterstrichen (VG_8: 216, 221, 231, 233-235, 243f, 249). Infolge der ersten Abschlussmarkierung des Oberarztes gibt Herr Wieland zu verstehen, dass es ihm nicht gelungen ist, seiner monologischen Darstellung inhaltlich zu folgen, und bittet um Vereinfachung (liebes gott (.) können sie des v=v=v:- (einfach); VG_8: 223). Die anschließenden Reparaturbemühungen des Oberarztes zeigen insofern Wirkung, dass der Patient den Anschluss an das Gespräch wiederfindet (VG_8: 224-236). Bei der Gelegenheit macht Herr Wieland darauf aufmerksam, dass er das Non-Suizid-Versprechen bereits abgegeben hat, was ihn bindet (VG_8: 238, 240). Die Thematisierungsnotwendigkeit ist für den Patienten nur bedingt nachvollziehbar; da er bereits versprochen hat, sich nichts anzutun, dem Druck standhält und der heutige Visiten-Tag erstmals frei von negativen Gedanken ist (s. o.). Die unmittelbar anschließende Fortsetzung der monologischen Darstellung des Oberarztes (VG_8: 243-255) zeugt von dessen

gegenteiliger Auffassung. Die Reinszenierung der Aushandlung zum Thema Selbstschädigung in der Visiten-Situation und die fortlaufende Thematisierung sind auf die bedingt vorhandene Einsicht des Patienten zurückzuführen, Selbstschädigung zu unterlassen. Die Einsicht wird als bearbeitungsbedürftig ausgewiesen und muss letztlich erwirkt werden, da das Thema keine bedingte Einsicht oder einen Kompromiss erlaubt. Während sich der Patient möglicherweise die Frage stellt, weshalb die Aushandlung überhaupt reinszeniert wird, reden Ärztin und Oberarzt auf ihn ein, um die Einsicht zu erhöhen; bestenfalls in eine unbedingte zu verwandeln.

Die Ärztin leitet einen Themenwechsel ein, indem sie auf die Ressource des Patienten verweist, Hilfe zur Selbsthilfe zu leisten, was besonders gut gelingen würde, wenn Tagesstrukturierung vorhanden sei. Letztere wird mit einem Tagesplan eingeübt, den der Patient selbst erstellt und abarbeitet (VG_8: 256-261). Im therapeutischen Einzelgespräch hat der Patient Unmut gegenüber der behandelnden Ärztin geäußert, was das zusätzliche Abzeichnen des Tagesplans durch die Fachkräfte als Teil der Übung betrifft, und seine Contra-Position entsprechend begründet. Die Ärztin sieht auch bei diesem Thema die Notwendigkeit zur Thematisierung im Team, was mit der Argumentation von Herrn Wieland im Einzelgespräch in Zusammenhang gebracht wird (*ich möcht=s aber nommal im TEAM besprechen weil sie da im NACHhinein gemeint ham so*; VG_8: 261f). In der Visiten-Situation wird die Aushandlung im Rahmen des Einzelgesprächs mittels Dialogwiedergabe reinszeniert, wobei die Contra-Argumentation des Patienten (Erleben des Abzeichnens als Kontrolle; Niemandem zur Last fallen wollen und fehlende Notwendigkeit, da ausreichend selbstständig; VG_8: 262-268) als direkte Rede wiedergegeben wird. Die Pro-Argumentation (zusätzliche Motivation und Signal des Achtgebens vonseiten der Fachkräfte; VG_8: 268f) wird von der Ärztin ebenfalls wiederholt, bevor sie Herrn Wieland auffordert, öffentlich Stellung zu nehmen (*wie stehn sie denn dazu?*; VG_8: 269). Der Patient reagiert mit der Darstellung regelmäßiger Aktivitäten (VG_8: 271-273), was insofern als Argumentation fungiert, dass die Tagesstrukturierung auch ohne Abzeichnen des Plans gelingt. Mit diesem argumentativen Einschub überzeugt Herr Wieland die Ärztin. Hätte sich die Sozialarbeiterin nach dem *alles klar* der Ärztin (VG_8: 274) nicht zu Wort gemeldet, wäre die Aushandlung hiermit beendet. Die Sozialarbeiterin hält die Thematisierungsnotwendigkeit aber weiterhin für gegeben. Mit *ich muss sagen* leitet sie die Darstellung ihrer Position pro Abzeichnen ein und ergänzt um das weitere Pro-Argument des Lerneffekts, dass andere Menschen dem eigenen Anliegen nachkommen, wenn man an sie herantritt (VG_8: 275-283). Dem stellt Herr Wieland eine klare Aussage gegenüber, die als Gegenargument fungiert; *.hh ich fühl des nicht als bestätigung ich fühl des als kontrolle* (VG_8: 284). Damit bleibt der Patient bei seiner Position, was im Gesprächsverlauf aber so nicht stehen gelassen wird; wie schon zuvor. Die Sozialarbeiterin setzt zum Widerspruch an und stellt die Intension des Abzeichnens nochmals klar (VG_8:

286-288). Die Intensität des Einredens¹ auf Herrn Wieland wird durch das wiederholte Hervorbringen eines Pro-Arguments erhöht, woraufhin dieser mit dem Negieren des Bedarfs reagiert (VG_8: 290). Gerade als sich die Positionen zu verfestigen drohen, meldet sich der Oberarzt zu Wort und entschärft die Situation durch den Hinweis, dass kein Zwang zur Übernahme der Position der Fachkräfte besteht, sondern *MAßgeblich isch wie der Patient das Abzeichnen erLEbt*, womit er Herrn Wielands Argumentation höhergewichtet. Außerdem besetzt er dessen Position und Argumentation positiv, indem der fehlende Bedarf bzgl. des Abzeichnens als *großer fortschritt* bewertet wird (VG_8: 291-295). Auch hier wäre ein Ende der Aushandlung möglich gewesen, hätte sich die Sozialarbeiterin nicht mit der Frage an den Patienten gewandt, ob dieser den Plan selbst abzeichnet (VG_8: 296), womit eine Alternative zur Diskussion gestellt wird. Herr Wieland negiert die Frage und legt dar, weshalb ihm die eingebrachte Alternative ebenso überflüssig erscheint; für ihn ist die positive Wirkung der Aktivitäten an sich relevant (VG_8: 299f, 306, 308). Während seitens des Oberarztes Verständnis signalisiert wird (VG_8: 301f), problematisiert die Ärztin den fehlenden Antrieb und die folglich ausbleibende Aktivität (VG_8: 303-305). Infolgedessen kontert Herr Wieland erneut, woraufhin die Ärztin einlenkt (VG_8: 306-308). Diesmal setzt der Oberarzt nach, der bis hierhin die Position des Patienten gestärkt hat. Mit seinem Redebeitrag nimmt er Bezug auf die vorgebrachte Alternative, die er als *interessant* bewertet, was er mit einem subjektiven Erfahrungsbericht begründet; auch ihn bestätigt das Abzeichnen von Listen positiv. Nochmals weist er darauf hin, dass es dem Patienten freisteht, sich für oder gegen das Abzeichnen zu entscheiden; bietet durch die Option des Ausprobierens zum Zwecke der Selbsterfahrung aber einen Ausweg an (VG_8: 309-321), in den Herr Wieland letztlich einwilligt (*ja (.) gut (.) des isch akzeptabel*; VG_8: 322), womit die Aushandlung durch die Einigung auf diesen Kompromiss geschlossen wird (VG_8: 323).

Abschließende Fallstrukturhypothese:

Im Visiten-Gespräch werden Aushandlungen zu Themen inszeniert, die bereits Gegenstand in therapeutischen Einzelgesprächen gewesen sind, aber der zusätzlichen Thematisierung im Team und einer öffentlichen Stellungnahme bedürfen, wobei in verschieden starker Intensität auf Herrn Wieland eingeredet wird, bis am Ende eine Einigung steht, die im Falle der Selbstschädigung Einsicht des Patienten, im Falle des Tagesplans einen Kompromiss bedeutet.

¹ Das wiederholte Nachsetzen der Fachkräfte wird rein deskriptiv als „auf jemanden einreden“ gefasst.

6.1.4 VG_9 Herr Maier: „Ja soll ich da drauf achten, dass das weniger wird?“

Für Herrn Maier ist es das erste Visiten-Gespräch seit der stationären Aufnahme acht Tage zuvor (VG_9: 11-13). Um Herrn Maier die Eingewöhnung zu erleichtern, schlägt der Oberarzt vor, dass die behandelnde Ärztin mit einer kurzen Zusammenfassung beginnt und der Patient anschließend ergänzt (VG_9: 42-47). In Form eines klinischen Berichts (VG_9: 50-78) stellt die Ärztin eine Positiventwicklung des gesundheitlichen Zustands ihres Patienten seit Aufnahme heraus. Die zu Beginn beobachtete psychotische Symptomatik – im Fall von Herrn Maier extremes Misstrauen im Gespräch, Verarmungswahn und Beziehungserleben – ist nach Angabe der Ärztin zum Zeitpunkt des beobachteten Visiten-Gesprächs gänzlich verschwunden. Übrig bleibt ihrem Bericht zufolge die depressive Symptomatik. Ansonsten gäbe es keine weiteren Auffälligkeiten im klinischen Verlauf (keine Ich-Störung, Labor ist blande, Urin-Diagnostik und Bildgebung unauffällig). Gemäß meiner Beobachtung blickt Herr Maier v. a. beim Bericht über das verschwundene Misstrauen misstrauisch drein und auch im restlichen Visiten-Gespräch steht ihm das Misstrauen ins Gesicht geschrieben, was auf verbaler Ebene nicht zum Tragen kommt (BP_1: 13f). Nach Abschluss des klinischen Berichts der Ärztin markiert Herr Maier – stimuliert durch die Nachfragen des Oberarztes – weitestgehend Übereinstimmung zum Berichteten (VG_9: 79-88). Eine ausführlichere Darlegung seiner Sicht kommt infolge der zusätzlichen Konkretisierungsaufforderung des Oberarztes zustande (VG_9: 89ff). Zunächst legt Herr Maier seine subjektive Theorie zur Krankheitsentstehung dar. Die Arbeitslosigkeit hat ihn psychisch runtergezogen (VG_9: 91-94). Dementsprechend beginnt seine Erzählung über die Entwicklung des gesundheitlichen Zustands nicht erst bei Aufnahme, sondern weitaus früher beim Verlust der Arbeitsstelle (VG_9: 91ff). In der Erzählung handelt er seine Krankheitsgeschichte (Klinik-Odyssee binnen der letzten zweieinhalb Wochen) und sein Krankheitserleben ab. Bei der Darstellung von letzterem distanziert sich Herr Maier von dem erzählten Ich – dem weggetretenen, verwirrten Patienten (VG_9: 101f, 111) –, was sich am veränderten Tonfall beim Sprechen über das irrealer Erleben (BP_1: 14), der zusätzlich gestischen Anzeige eines Verwirrheitszustands (VG_9: 111f), dem Beschreiben der Seinsweise als traum (VG_9: 114, 118, 120) und der Darstellung des Erlebten (zum beispiel DASS ICH als AR-beiter in de NOTaufnahme arbeite un ver!SAGT! habe un vom (.) !TOD! ghört hab was; VG_9: 115, 117) als nicht existent (VG_9: 118), zeigt. Zu einem späteren Zeitpunkt im Visiten-Gespräch distanziert Herr Maier seinen eigenen Fall von schwierigeren Fällen (VG_9: 257). Die Krankheitsgeschichte und das Krankheitserleben nehmen in der Erzählung mehr Raum ein als die Genesung, die erst infolge der Bitte des Oberarztes, die Entwicklung seit Aufnahme nachzuzeichnen, dargestellt wird (VG_9: 139ff). Die dargestellte Positiventwicklung macht Herr Maier am Fortkommen bei der Suche nach einem neuen Arbeitsplatz fest. Insofern wird eine Verbesserung der sozialen Situation dargestellt,

die vom Oberarzt – wie im nachfolgenden Zitat zu erkennen – auf das psychische Befinden übertragen wird.

O: des heißt - (.) ich hör so=n BISSchen raus dass sie (.) JETZT wieder (.) so en bisschen neuen schwung ham (.) und vielleicht au en bisschen optiMISTischer sind (.) dass es- (.) was Klappt (.) dass es was WERden könnte (.) und (.) deswegen au wieder bewerbungen angehen (.)

(VG_9: 174-177)

Im Anschluss an den Bericht des Patienten, legt die pflegerische Fachkraft ihre Eindrücke dar, womit Herrn Maier das Attribut *gut strukturiert* zugeschrieben wird (VG_9: 195-199). Abgesehen von der Auffälligkeit, dass Herr Maier Selbstgespräche führt, was weiter unten thematisiert wird, legen alle Gesprächsteilnehmer eine Verbesserung des gesundheitlichen Zustands des Patienten dar; machen diese aber an unterschiedlichen Aspekten fest, was für verschiedenartige Krankheitsverständnisse spricht. Die jeweiligen Krankheits-sichten werden im Visiten-Gespräch wechselseitig nachvollzogen, aber nur bedingt integriert. Vielmehr werden die verschiedenen Krankheits-sichten darstellungstechnisch aneinandergereiht. Als Integrationsversuch kann der vom Oberarzt vorgenommene Übertrag angeführt werden, der etliche Abtönungspartikel aufweist, wodurch Vagheit erzeugt wird, und dem der Patient letztlich zustimmt. Die Übersetzungsleistung bleibt hier einseitig.

Aus dem pflegerischen Bericht ergibt sich eine Aushandlung bzgl. der Frage, ob es sich bei den Selbstgesprächen von Herrn Maier um ein auffälliges, bearbeitungsbedürftiges Phänomen handelt. Die pflegerische Fachkraft macht auf die beobachteten Selbstgespräche aufmerksam und kategorisiert diese als *Auffälligkeit* mit einem besonderen Ausmaß (!HEF!tig). Die Auffälligkeit wird als *neuartige Veränderung* ausgewiesen (VG_9: 199-203). Der Bericht der pflegerischen Fachkraft versetzt die anderen Fachkräfte in Pass-auf-Stellung (BP_1: 14). Offenbar haftet dem Führen von Selbstgesprächen der Charakter eines Alarmzeichens an. Auf sprachlicher Ebene wird das Gesagte vom Oberarzt mit Hörsignalen kommentiert (VG_9: 204). Als die pflegerische Fachkraft zur Ausführung ansetzt, meldet sich Herr Maier zu Wort, um eine notwendige Ergänzung vorzunehmen (*ich muss dazu sagen*; VG_9: 206). Er negiert die Neuartigkeit der Selbstgespräche, die er *MONCHmal* führt (VG_9: 207, 209), und expliziert *un ZWAR (.) s=liegt au DAdran (2) weil ich=ich leb allein un ich hab=s äh: (.) NICHT so oft gesprächs-partner* (VG_9: 212, 214). Die Begründung erscheint allen Anwesenden plausibel. Mehrere Personen im Raum geben ein *mhm* von sich (VG_9: 213), womit die vorgebrachte Begründung anerkannt wird. Der Oberarzt und die Sozialarbeiterin formulieren ihr Verständnis explizit (*verstehe, isch ne gute erklärung*; VG_9: 216, 219). Herr Maier hat die Fachkräfte bereits von seiner Sicht überzeugt als er ein weiteres Argument vorbringt (Selbstgespräche entsprechen lautem Überlegen; VG_9: 225f) und ein anderes wiederholt (VG_9: 233f), womit die zuvor schon konsistente Begründung an Konsistenz hinzugewinnt. Der Nachtrag ist als Reaktion auf den vorangegangenen Einschub des Oberarztes zu

verstehen, welcher die Relevanz des Austauschs der verschiedenen Sichtweisen in der Visite herausstellt und der subjektiven Sicht des Patienten eine hohe Bedeutung zuschreibt, um das beobachtete Phänomen entsprechend einzuordnen (VG_9: 218-224, 232, 267f). Insofern kommt Herr Maier mit seinem Nachtrag der Relevanzsetzung des Oberarztes nach. In welche Art von Kategorie das beobachtete Phänomen eingeordnet wird, benennen die Fachkräfte nicht¹. Nach der Abschlussmarkierung des Oberarztes in Zeile 235 hätte die Aushandlung beendet und ein Themenwechsel eingeleitet werden können. Anstelle dessen wirft der Patient folgende Frage in dem Raum: *aber vielleicht (.) ja soll ich do drauf achte dass DES !WE!niger wird [...] weil=s auffällig isch* (VG_9: 236f, 242). Herr Maier stellt die zuvor verteidigte Position nachträglich infrage. Ausschlaggebend für die Infragestellung seiner Position ist die zu Beginn der Aushandlung dargelegte professionelle Deutung seines Verhaltens als auffällig. In der Konsequenz stellt Herr Maier sich die Frage nach der Bearbeitungsbedürftigkeit des Phänomens. Bzgl. dieser Frage erwartet er eine Empfehlung seitens der Fachkräfte (Verwendung des Modalverbs *soll*). Diese wenden unmittelbar ein, dass die Selbstgespräche in seinem Fall kein bearbeitungsbedürftiges Phänomen darstellen und eine Verhaltensänderung kein Muss ist (VG_9: 238, 239, 240, 243), womit der Verunsicherung des Patienten entgegengetreten wird. Die Entscheidung bzgl. einer potentiellen Verhaltensänderung wird ihm überlassen. Die Aushandlung bzgl. der Frage, ob bzw. inwiefern der Wechsel des Klinikbereichs hilfreich ist, nimmt die zweite Hälfte des 20-minütigen Visiten-Gesprächs in Anspruch (VG_9: 289ff). Nachdem Patient und Fachkräfte berichtet haben, formuliert der Oberarzt seine Position pro Wechsel des Klinikbereichs als Resümee.

O: *also (.) dann (.) würd ich jetzt mal so (.) bisschen zusammenfassend (.) sagen Herr Maier (.) ich find des !RICH!tig wenn sie: (.) möglicht BALD (.) in unsere andere abTEILung wechseln (.)*

B: *ah des sollt ich mache?*

O: *ja (.) weil [...]*

(VG_9: 289-293)

Der Rückversicherung des Patienten ist zu entnehmen, dass er die Aussage des Oberarztes als Handlungsaufforderung/-empfehlung begreift, wenngleich dieser keinen Imperativ verwendet und auch kein ‚ich empfehle Ihnen‘ voranstellt. Anstelle dessen nimmt der Oberarzt eine subjektive Beurteilung seiner Position pro Wechsel vor, welche die Konstruktion aufweist: Ich finde es richtig, wenn sie zeitnah handelnd aktiv werden. Was hier noch als subjektive Beurteilung formuliert wird und allenfalls als ungerichtete Empfehlung gefasst werden kann, wird kurz darauf als Vorschlag und insofern als unverbindliche Empfehlung dargestellt (VG_9: 295). Im nächsten Schritt wird die ausdrückliche Empfehlung explizit

¹ In Anbetracht der anfänglichen Kategorisierung des Phänomens als auffällig, ist anzunehmen, dass das Phänomen infolge der vom Patienten vorgetragenen Begründung als unauffällig kategorisiert wird oder der Nachvollziehbarkeit wegen als auffällig, aber nicht krankheitswertig.

verspricht (VG_9: 319, 382, 401). Den ausdrücklichen Charakter erhält die Empfehlung durch die dominierende Argumentation¹ (gezielte Behandlung der Probleme des Patienten in anderem Klinikbereich, Passung von Angebot und Bedarf; VG_9: 293-295, 314f, 377-381, 353-365, 401), das Sprechen aus einer Subjektperspektive, die nicht nur die eines Individuums, sondern zugleich die eines Oberarztes und damit eine Professionelle ist (ich find/glaub/denk/merk/trau, aus meiner sicht, des isch immer meine devise, des wär jetzt meine einschätzung (.) mein vorschlag; VG_9: 290, 294, 310, 312, 319f, 348, 371, 374, 396, 398, 401), das Unterstreichen der Sinnhaftigkeit eines Wechsels (VG_9: 313) sowie das Abheben auf einen realen Bedarf (nicht DES isch was SIE jetzt (.) WIRKlich (.) geZIELT (.) BRAUchen (.) sondern; VG_9: 290, 310, 317f, 347-365). Abschließend schränkt der Oberarzt die Verbindlichkeit des Vorschlags und der Empfehlung ein; aber ich zwing sie natürlich net dazu (VG_9: 382f). Damit wird der Aufforderungscharakter relativiert. Auch hier bleibt die Entscheidungshoheit beim Patienten (VG_9: 407-410/434), weshalb die Aushandlung genauso ergebnisoffen geführt wird wie die Aushandlung bzgl. der Selbstgespräche. Gleichwohl wird die Empfehlung nachdrücklich eingebracht und entfaltet eine Wirkmächtigkeit, die dazu beiträgt, dass der Patient seine ursprüngliche Position infrage stellt.

Der Rückversicherung von Herrn Maier in der oben eingefügten Sequenz, mit der die Aushandlung beginnt, liegt also eine zutreffende Deutung zugrunde. Insofern ist die Frage nach dem Erfordernis dieser Handlungsaufforderung/-empfehlung nachzukommen folgerichtig. Die Deutung und das Erfordernis werden vom Oberarzt validiert und begründet. Herr Maier ist von der Position des Oberarztes zunächst nicht überzeugt. Die Abneigung wird in Zeile 321f nonverbal kommuniziert. Auf der verbalen Ebene äußert Herr Maier in Zeile 324 verzögert Zustimmung; ja gut. Trotz Unmut wäre der Patient bereit, Folge zu leisten, was mit dem Bild korrespondiert, das er im gesamten Visiten-Gespräch von sich zeichnet; nämlich das eines folgsamen und beipflichteten Patienten (VG_9: 16, 48, 83ff, 266, 292, 299, 306, 366f, 372, 445, 448, 451). Auch in der vorherigen Aushandlung, zeigt sich Herr Maier empfänglich für die Übernahme professioneller Deutungen des eigenen Verhaltens, woraufhin er die seine Position infrage stellt. Im Falle dieser Aushandlung werden die nonverbalen Signale vom Oberarzt aufgegriffen und als SKEPSIS verbalisiert (VG_9: 325). Die beobachtete Skepsis wird von Herrn Maier in abgeschwächter Form bestätigt und infolge der Konkretisierungsaufforderung des Oberarztes begründet; für Herrn Maier ist der Wechsel des Klinikbereichs mit Beziehungsabbrüchen und dem Eingehen von neuen Beziehungen verbunden (VG_9: 327, 336, 340, 346, 350). Diese Contra-Argumente

¹ Die Argumentation des Oberarztes nimmt deutlich mehr Raum ein (Argumente werden mehrfach dargelegt) als die des Patienten, der seine Argumentation erst verbalisiert als er dazu angehalten wird. In der dialogischen Sequenz (VG_3: 384-402), an der Oberarzt und Sozialarbeiterin beteiligt sind, wobei unterschiedliche Positionen zum Wechsel des Klinikbereichs vertreten werden, erweist sich die Position des Oberarztes als dominant.

transformiert der Oberarzt mittels Problematisierung des Rückzugs als ungünstigem Entwicklungsfaktor hinsichtlich der Krankheitsentstehung in Pro-Argumente¹ (VG_9: 347f, 353-378). Die Psychiatrie ist seines Erachtens als Übungsfeld zu verstehen (VG_9: Dem Wechsel des Klinikbereichs bedarf es, damit Herr Maier mit dem Personenkreis in Kontakt tritt, der seinem Lebensbereich DRAUßEN entspricht (VG_9: 392). Die Transformation der Contra- in Pro-Argumente und die o. a. Ausdrücklichkeit der Empfehlung führen im Weiteren dazu, dass die Position von Herrn Maier aufgeweicht und ein Wechsel in Erwägung gezogen wird; (aber) !AB!geneigt bin ich nedde (VG_9:472). Insofern lässt sich der Patient zumindest anteilig überzeugen, in dem Wechsel nicht nur einen Nachteil, sondern auch als eine CHANce zu sehen (VG_9: 374, 401). Die letztliche Entscheidungsfindung wird mit Verweis auf die Möglichkeit zum therapeutischen Einzelgespräch aus dem Visiten-Gespräch ausgelagert (VG_9: 411f).

Abschließende Fallstrukturhypothese:

Im Visiten-Gespräch wird Aushandlung im Modus des wechselseitigen Überzeugens realisiert, wobei die Überzeugungskraft des Oberarztes qua seiner Empfehlungshoheit und professionelle Deutungen, verbunden mit der Empfänglichkeit des Patienten, dazu führen, dass Herr Maier seine eigene Position infrage stellt, wenngleich die Aushandlungsthemen erlauben, dass die Entscheidungshoheit beim Patienten bleibt und die Aushandlung ergebnisoffen geführt wird.

6.1.5 VG_10 Herr Bauch: „Ja.“

Herr Bauch befindet sich zum Zeitpunkt des beobachteten Visiten-Gesprächs seit ca. sechs Monaten in stationär-psychiatrischer Behandlung. Die Visiten-Situation ist geprägt von der Passivität des Patienten, die den Fachkräften im Vergleich zum Zustand vor wenigen Wochen bereits weniger passiv erscheint, was im Rahmen der Nachbesprechung thematisiert wird (VG_10: 263-310). Dabei wird von dem beobachteten kurzzeitigen Lächeln des Patienten im Visiten-Gespräch infolge der auflockernden Elemente des Oberarztes auf die Verbesserung seines subjektiven Befindens geschlossen², was die Fachkräfte positiv bewerten (SCHÖN, PASST, auTHENTisch, toll) und GLÜCKlich stimmt. In der Nachbesprechung wendet sich der Oberarzt der Forscherin zu, um den intersubjektiv validierten Eindruck einer Verbesserung durch die Beschreibung des vorherigen Zustands zu plausibilisieren³; dargestellt wird eine absolute Handlungsunfähigkeit in Verbindung mit schwerem

¹ Den ungünstigen Entwicklungsfaktor kann Herr Maier in sein subjektives Modell der Krankheitsentstehung integrieren, da er sich infolge des Eintritts der Arbeitslosigkeit, woran er den Beginn seiner Krankheit zeitlich festmacht, stark zurückgezogen hat (VG_9: 366-372).

² Im Visiten-Gespräch bewertet Herr Bauch sein subjektives Befinden als gut (VG_10: 45). Keine Verwendung des Komparativs. Daher keine Aussage über die zeitliche Entwicklung vom Patienten selbst.

³ Der Schluss von der beobachteten emotionalen Regung auf eine Verbesserung ist erklärungsbedürftig, weil das Minimum der Regung weit von dem abweicht, was zu erwarten wäre. Daher bedarf es einer Relationierung, um den Schluss nachvollziehbar zu machen.

psychotischen aufgelöstsein und lähmenden Ängsten. So gesehen, handelt es sich bei dem reaktiven Lächeln und dem einmalig aktiv-initiativen Handlungsmoment des Patienten zu Beginn des Visiten-Gesprächs¹ um maximal kontrastive Elemente. Ansonsten tritt Herr Bauch als passiv-reaktiver Akteur in Erscheinung. Nonverbal äußert sich die Passivität in der weitestgehend reglosen Körperhaltung und Mimik. In den ersten sechs der neun Minuten Visiten-Gespräch nimmt Herr Bauch überhaupt keinen Blickkontakt auf, sondern richtet den Blick starr auf die Tischoberfläche vor sich (BP_2: 9). Auf der verbalen Ebene zeigt sich die Rolle in den kargen, ein- bis zweisilbigen Redebeiträgen (ja, gut, nein nichts, mh doch; VG_10: 11, 13, 15, 43, 45, 62, 72 etc.), wobei das einsilbige ja des Patienten gehäuft wiederkehrt, aber selten als Antwortpartikel eingesetzt wird, sondern meist als Kommentar oder Hörersignal. Im gesamten Visiten-Gespräch findet sich kein Redebeitrag, der über die Länge eines Satzes hinausreicht. Der Patient vermittelt einen hilfs- und unterstützungsbedürftigen Eindruck (nicht zuletzt wegen der kindlichen Stimmfärbung), wodurch den Fachkräften implizit eine Reaktion abgerungen wird. Die Fachkräfte eilen Herrn Bauch zu Hilfe indem sie Annahmen versprachlichen, die dieser dann nur noch validieren oder negieren muss (VG_10: 25, 37 etc.). Dabei wird Herr Bauch wiederholt in einer kindlichen Rolle angesprochen; Rede in dritter Person über Patienten mit anschließender Rückversicherung, die unmittelbar an ihn gerichtet wird (de Herr Bauch hat jetzt en beTREUER (.) gell?; VG_10:193, siehe auch 28), sowie Rede von mama und oma statt von Mutter und Großmutter (VG_10: 208). Die Themen gesundheitliches Befinden und Medikation werden vom Oberarzt lediglich stichwortartig abgefragt, was eine weitere Vereinfachung darstellt (VG_10: 44, 46). Außerdem werden die Ausführungen des Patienten stellvertretend von anderen Fachkräften übernommen (bspw. von der Sozialarbeiterin; VG_10: 27f). Damit finden sich die Fachkräfte in einer aktiven, kommunikativen Rolle, die Herrn Bauch zugleich in einer passiven, reaktiven Rolle hält. Die asymmetrische Gesprächsrollenverteilung ist für diese Visiten-Situation kennzeichnend und wird das gesamte Visiten-Gespräch über aufrechterhalten.

So auch in der Passage, in der sich eine Aushandlung bzgl. der Teilnahme von Herrn Bauch an der Arbeitstherapie ergibt (VG_10: 49-191). Infolge der vom Oberarzt eingeforderten Sicht der Kollegen (VG_10: 48) problematisiert die behandelnde Ärztin die unregelmäßige Teilnahme des Patienten an der Arbeitstherapie; also das Unterlassen von zielgerichtetem, aktivem Handeln (VG_10: 49f). Das Vorhandensein des Problems wird vom Patienten validiert, aber keine Stellungnahme ausgeführt (VG_10: 51), woraufhin die Ärztin das Problem nochmals pointiert, um Herrn Bauch eine Reaktion zu entlocken (VG_10: 52). Infolge der ausbleibenden Reaktion richtet die Ärztin folgende Frage an den Patienten: .hh wolln

¹ Infolge der Einstiegsfrage des Oberarztes macht Herr Bauch von seinem Rederecht Gebrauch und legt seinen Willen dar (in die Einrichtung zurückkehren, in der er vor dem stationär-psychiatrischen Aufenthalt gewesen ist; zuvor alternative Möglichkeit anschauen); wenngleich der Wille durch Abtönungspartikel abgeschwächt wird, präsentiert sich der Patient bis hierhin als aktiv-initiativ handelnde Person.

sie was dazu sagen? (VG_10: 53). Durch die mögliche Ergänzung im Rahmen der Variationsanalyse zeigt sich der Verhörcharakter der Frage; .hh wolln sie was zu ihrer Verteidigung dazu sagen? Im unmittelbaren Anschluss initiiert der Oberarzt eine Auflockerung (VG_10: 54-59), die der Situation die Schärfe nimmt. Er stellt metaphorisch dar, dass die Kollegen allem Positiven zu Trotz eine Schwachstelle ausfindig gemacht haben (WUSST ich=s doch dass die mitarbeiter wieder !IR!gendwo=n haar in der suppe finden). Damit stellt der Oberarzt Distanz zwischen sich und den Kollegen her, die als defizit- statt ressourcenorientiert positioniert werden. Die Auflockerung funktioniert (mehrere Personen lachen; VG_10: 56), nimmt Herrn Bauch aber zugleich die Möglichkeit, Stellung zu beziehen. Die Sozialarbeiterin schließt am Redebeitrag der Ärztin an und führt die Problematisierung weiter aus, wozu die Rede der nicht anwesenden Ergotherapeutin wiedergegeben wird (VG_10: 60f). Dem wiedergegebenen vermuteten Grund für die unregelmäßige Teilnahme (geringe Motivation) widerspricht Herr Bauch klar, aber gemäß seiner passiv-reaktiven Rolle zweisilbig (mh doch; VG_10: 62) mit Verzicht auf eine eigeninitiierte Stellungnahme, die hier möglich gewesen wäre, woraufhin die Sozialarbeiterin einen weiteren Versuch unternimmt, ihm diese zu entlocken (VG_10: 63). Infolge der offenen Frage nach dem sonstigen Grund, antwortet Herr Bauch kurz gehalten am AUFstehn am morgen (VG_10: 64). Wegen der Kontextualisierungsbedürftigkeit der Aussage (kein Akteur benannt, kein Aktionsprädikat verwendet, keine Schwierigkeit ausgewiesen) verwundert es nicht, dass sich der Oberarzt einschaltet, indem er seine Annahme verspricht und sich bzgl. der Richtigkeit der Annahme beim Patienten rückversichert (VG_10: 66). Herr Bauch validiert, dass es ihm schwerfällt morgens aufzustehen (VG_10: 67), woraus zu entnehmen ist, dass es sich bei der unregelmäßigen Teilnahme an der Arbeitstherapie um ein Folgeproblem handelt; der Patient erfüllt die Voraussetzung für die Teilnahme – Aufstehen – nicht. Herr Bauch nimmt keine Konkretisierung des aufgeworfenen Problems vor, was in Anbetracht der geschlossenen Fragestellung des Oberarztes auch nicht erforderlich ist. Statt beim ursprünglichen Problem zu bleiben, meldet sich die pflegerische Fachkraft zu Wort und kehrt zur Position der Ergotherapeutin zurück, indem sie weitere Gründe anführt, die Herr Bauch dieser klar vermittelt und gesagt hätte; nämlich keine LUSCHT und kein SINN (VG_10: 69f). Damit macht sich die pflegerische Fachkraft genauso wie die Sozialarbeiterin und implizit auch zuvor die Ärztin zum Sprachrohr der abwesenden Ergotherapeutin. Infolge der erneuten Konfrontation mit der Position der Ergotherapeutin widerspricht der Patient erneut einsilbig und in kindlichem Tonfall mit nein (VG_10: 72), woraufhin der Pfleger nochmals zum Ausdruck bringt, dass er auf der wiedergegebenen Position beharrt (hab ich Andersch geHÖRT; VG_10: 73). Infolgedessen wiederholt der Patient seinen Widerspruch in selbiger Weise (VG_10: 74). Die konfrontative Aushandlung gipfelt in einer konflikträchtigen Situation, da sich beide Positionen unversöhnt gegenüberstehen und mittels der wechselseitigen Konfrontation nicht

miteinander verbunden werden können. Insofern erweist sich die Situation auch als Pattsituation. Von Herrn Bauch ist keine initiative Ausführung zu erwarten und die Fachkräfte bleiben bei der Position, die sie mit unterschiedlichen Stimmen wiedergegeben haben, woraufhin der Patient die Fachkräfte erneut mit seinem passiv-reaktiven Widerspruch konfrontieren wird. Ergo beginnt sich das Gespräch im Kreis zu drehen. Konfliktrichtig ist nun auch die Frage, wem geglaubt wird, was für den Patienten heikel ist, dass es sich bei der gegenüberstehenden Position um eine intersubjektiv Geteilte handelt.

Wieder ist der Oberarzt derjenige, der die Situation entschärft, indem er argumentiert (Argumentationsindikatoren *ja aber*; VG_10: 75), dass die vorgebrachten Gründe miteinander verbunden sein können, womit er die widersprüchlichen Positionen integriert. Seine allgemeingültige Aussage in Zeile 75 stützt der Oberarzt auf einen subjektiven Erfahrungsbericht (starker Ich-Bezug, Wechsel des funktionalen Stils in Alltagssprache, Sprechen aus menschlicher und nicht aus beruflicher Rolle; VG_10: 76-83). Der subjektive Erfahrungsbericht und die Darstellung der Schwachstelle des Patienten als menschliche Schwachstelle verringert die Distanz zwischen Fachkräften und Patient.

Anschließend transformiert er den konfrontativen Aushandlungsmodus in einen Lösungsorientierten. Das Problem an sich findet der Oberarzt *net SCHLIMM* (VG_10: 87), womit er sich nochmals von der defizitären Sicht der Kollegen distanziert, die sich auf das Problematisieren des Problems konzentrieren. Der Oberarzt lenkt das Gespräch auf die Frage nach dem Fortsetzungswillen des Patienten bzgl. der Arbeitstherapie, wobei deutlich wird, dass die Teilnahme kein Muss ist und der Wille des Patienten entsprechend handlungsleitend (VG_10: 87-117). Erst nach direkter Ansprache des Patienten mit einer geschlossenen Frage, formuliert er seinen Fortsetzungswillen entsprechend der passiv-reaktiven Rolle mit kargem, einsilbigem *ja* (VG_10: 104). Die gesamte Rede des Oberarztes wird von *jas* des Patienten in oben beschriebener Funktion begleitet, weshalb das einwilligende *ja* zwischen den kommentierenden *jas* zu verschwinden droht. Infolge der Einwilligung des Patienten belegt der Oberarzt die Relevanz der regelmäßigen Teilnahme mit der hohen Nachfrage für das therapeutische Angebot (VG_10: 106-114). Anschließend leitet der Oberarzt zur Frage über, wie sich die regelmäßige Teilnahme sicherstellen lässt (VG_10: 118ff). Um das Problem zu eruieren, aus dem das Folgeproblem resultiert, bedient sich der Oberarzt einem ganzen Fragekatalog (VG_10: 123-131). Infolgedessen entwickelt er einen Lösungsvorschlag für das zugrundeliegende Problem (VG_10: 132-146), in den Herr Bauch letztlich einwilligt (VG_10: 146). Auch hier setzt der Patient seine *jas* zunächst kommentierend ein, so dass der Oberarzt eine geschlossene Alternativfrage bemüht, woraufhin Herr Bauch Unsicherheit bzgl. des vorgebrachten Lösungsvorschlags demonstriert, aber infolge der Nachfrage des Oberarztes keine alternative Idee äußert, weshalb der Oberarzt das Ausprobieren des Lösungsvorschlags als Konsequenz formuliert (VG_10: 132-145). Nachdem der Lösungsvorschlag auf seine Machbarkeit hin geprüft worden ist (VG_10: 137-138), wendet

sich der Oberarzt abschließend mit der offenen Frage an Herrn Bauch wie hört sich das für sie an? (VG_10: 171). Mit dem einsilbigen gut des Patienten (VG_10: 172) wird diese Aushandlung geschlossen.

Abschließende Fallstrukturhypothese:

Im Visiten-Gespräch fungieren die anwesenden Fachkräfte vom Oberarzt abgesehen als Sprachrohr der abwesenden Ergotherapeutin, indem sie die unregelmäßige Teilnahme des Patienten an der Arbeitstherapie problematisieren und eine Aushandlung im konfrontativen Modus inszenieren, in der Herr Bauch passiv, reaktiv widerspricht und die Fachkräfte ihre aktive, kommunikative Rolle aufrechterhalten, woraus eine konfliktträchtige Situation resultiert, die vom Oberarzt durch die Integration der widersprüchlichen Positionen aufgelöst und in eine lösungsorientierte Aushandlung transformiert wird, in der sich Herr Bauch passiv reaktiv einverstanden erklärt.

6.2 Fallvergleichende Auswertung: Instruktive Aushandlung

Die in Kapitel 6.1 dargestellten Fälle lassen sich der am Material gebildeten Auswertungskategorie *Ergebnisoffene Aushandlungsräume im Visiten-Gespräch* zuordnen. In solchen Aushandlungsräumen bleibt die Entscheidungshoheit bei den Patienten, was die Aushandlungsthemen mit sich bringen. Dabei beanspruchen die (sozial-)psychiatrischen Fachkräfte eine Empfehlungshoheit, so dass Aushandlung im Rahmen der ergebnisfestgelegten Aushandlungsräume als *instruktive Aushandlung* realisiert wird. Trotz der Ergebnisoffenheit stellt die Folgsamkeit der Patienten ein zentrales Motiv dar.

Allem voran werden die Aushandlungsthemen benannt, bei denen die Entscheidungshoheit beim Patienten bleibt, worauf die (sozial-)psychiatrischen Fachkräfte in den Visiten-Gesprächen teils explizit hinweisen (VG_8, VG_9, VG_10). Im weiteren Sinne lassen sich die Aushandlungsthemen als konkrete Ausgestaltung der therapeutischen Behandlung fassen. Im Einzelnen geht es um die Teilnahme an der Arbeitstherapie (VG_10), das Einüben der Tagesstrukturierung mittels Tagesplan (VG_8), den Wechsel in einen anderen Klinikbereich (VG_9), die Modalitäten der erweiterten Ausgangsstufe (VG_6) und die Einnahme eines alternativen medikamentösen Präparats (VG_7). In VG_9 werden die Selbstgespräche des Patienten zum Aushandlungsthema, wobei dem Patienten die Entscheidungshoheit bzgl. der potenziellen Verhaltensänderung zugesprochen wird.

Im Weiteren wird dargelegt, wie sich das Beanspruchen der Empfehlungshoheit seitens der (sozial-)psychiatrischen Fachkräfte im Visiten-Gespräch zeigt. Im Rahmen der beobachteten Visiten-Gespräche werden Aushandlungen reinszeniert, die bereits Teil therapeutischer Einzelgespräche (VG_8, VG_9, VG_10) oder vorangegangener Visiten-Gespräche (VG_6) gewesen sind. Im Zuge dessen werden die Patienten zu einer Stellungnahme angehalten, die insofern öffentlich ist, als dass die bereits erfolgte Stellungnahme in Anwesenheit des

gesamten Behandlungsteams wiederholt wird. In den Fällen VG_6 und VG_8 haben sich die Patienten in einer vorangegangenen ergebnisfestgelegten Aushandlung zur Übernahme der Position der (sozial-)psychiatrischen Fachkräfte bereit erklärt, weshalb die Folgsamkeit in den beobachteten Visiten-Gesprächen unmittelbar bekundet wird, indem auf das folgsame Verhalten (regelmäßige Einnahme der Medikation, VG_6) bzw. das geleistete Non-Suizid-Versprechen (VG_8) hingewiesen wird. Dahingegen wird die Folgsamkeit in den Fällen VG_8, VG_9 und VG_10 nicht unmittelbar bekundet, sondern eine abweichende Position dargestellt. In der Visiten-Gesprächssituation wird die Aushandlung nicht mit der Darstellung der Position des Patienten geschlossen, sondern durch wiederholtes Nachsetzen der (sozial-)psychiatrischen Fachkräfte fortgeführt. Dabei wiederholten die Fachkräfte ihre Pro-Argumentation (VG_8, VG_9), transformieren Contra-Argumente des Patienten in Pro-Argumente (VG_9) und deuten das befürchtete Risiko als Chance (VG_9). In VG_8 wird die Wirksamkeit des verschlagenen Vorgehens mit einem subjektiven Erfahrungsbericht bekräftigt (VG_8). In VG_10 wird die Nichtteilnahme des Patienten an der Arbeitstherapie zunehmend problematisiert, um ihm eine Stellungnahme abzurufen. Das Nachsetzen wird nicht von einer (sozial-)psychiatrischen Fachkraft, sondern von mehreren (sozial-)psychiatrischen Fachkräften im Wechsel übernommen, wodurch die Macht der Mehrheit wirksam wird. Letztlich signalisieren die Patienten ihre Bereitschaft, die Position der Fachkräfte zu übernehmen. Die Position, mit welcher sich der Patient in VG_8 einverstanden erklärt, hat sich im Laufe des Aushandlungsprozesses verändert, was vom Patienten nicht als Kompromiss, sondern als Übernahme einer alternativ vorgebrachten Position gedeutet wird.

Das Einwilligen der Patienten in die Position der Fachkräfte vollzieht sich nach nochmaligem Nachsetzen; in VG_6 durch erneutes Klartextreden des Oberarztes, in VG_8 durch den Hinweis auf das Aushandlungsergebnis des Einzelgesprächs von Seiten der Stationsärztin. Eine Einwilligung durch das Umschwenken der Position des Patienten, der sich über die Visiten-Gesprächssituation hinweg als folgsam zeigt (Kommentare beschränken sich auf schön, okay, klar=klar) zur Position der Fachkräfte führt auch in VG_7 zu einer Einigung. Herr Vogel legt ein kontrastives Verhalten außerhalb und innerhalb der Visiten-Gesprächssituation an den Tag; außerhalb zeigt er ein problematisches Verhalten in der Gruppe, wohingegen er sich innerhalb einsichtig gibt, wodurch er eine Einigung mit den Fachkräften bzgl. der veränderten Medikation erzielt (VG_7). Gewissermaßen werden die Patienten zur Folgsamkeit erzogen, da die Folgsamkeit in den ergebnisfestgelegten Räumen den Patienten in anderen Fällen ergebnisoffene Aushandlungsräume eröffnet (VG_6, VG_7, VG_8).

Zusammenfassend wird der hier vorgestellte Aushandlungsprozess ergebnisoffener Aushandlungsräume als *instruktive Aushandlung* bezeichnet, weil die Empfehlungshoheit der Fachkräfte explizit ausgesprochene, unverbindliche Empfehlungen durch Nachsetzen über

die Position der Patienten dominieren lässt (VG_7, VG_8, VG_9, VG_10), zugleich aber Positionen der Patienten im Rahmen der Ergebnisoffenheit erhalten bleiben können (VG_6, VG_7).

Der Beisatz *instruktiv* ist in Anlehnung an Kraus (2016) gewählt worden, welcher einen Machtansatz auf Grundlage des erkenntnistheoretischen Konstruktivismus formuliert (ebd., S.101). Ihm geht es dabei nicht um die Frage, wie Macht erscheint, verteilt oder moralisch legitimiert wird, sondern um die Frage nach dem Faktizitätsgehalt von Macht und den Möglichkeiten der Beschreibung mit dem Machtbegriff (ebd., S.102). Letztlich nimmt Kraus die Differenzierung zwischen *instruktiver Macht* und *destruktiver Macht* vor. Letztere liegt dann vor, wenn eine Interaktion die Möglichkeiten des Gegenübers, ungeachtet dessen Eigensinns, einschränkt – etwa bei einer Zwangseinweisung (Kraus, 2002, S. 183). Die instruktive Machtkategorie bezeichnet diejenigen Interaktionen, die das „Verhalten oder Denken des Gegenübers determinieren“ (Kraus, 2002, S. 183 nach Kraus, 2016, S. 113), ohne dabei die Möglichkeit der Verweigerung auszuschließen (Kraus, 2016, S. 113), wenngleich ein Folgeleisten entgegen der eigenen Wünsche und Bestrebungen durch die Zuschreibung von Deutungspotenzialen in sozialen Relationen vorliegen kann (ebd., S. 117). Kraus begreift Macht nicht als ein „ontologisches, sondern als ein soziales Phänomen“ (ebd., S.114), dessen Ausprägung erst im sozialen Konstrukt wirksam wird und nur aus der Beobachterperspektive bestimmt werden kann. Dabei kann der Beobachtende selbst Teil der Relation sein oder außerhalb stehen (ebd.). Beide Machbegriffe stellen keine normative Bewertung zur Unterscheidung dar, sondern fokussieren die Bedingungen der Möglichkeit von Macht und erlauben eine differenzierte Analyse von Durchsetzungspotenzialen in strukturell asymmetrischen Interaktionsverhältnissen (ebd., S. 115).

7 Schlussbetrachtung

In der Psychiatrie treffen teils divergente Erwartungen und Vorstellungen, Krankheits-sichten und (Behandlungs-)Ziele verschiedener Akteure mit unterschiedlichen Erfahrungsräumen aufeinander. Nicht aufgelöste Divergenzen können mit problematischen Phänomenen einhergehen, die Belastungen für alle Beteiligten darstellen, weshalb deren Überwindung erstrebenswert ist. Divergenzen geben Anlass zum Aushandeln, wobei Aushandlungsprozesse verschieden ausgestaltet sein können. Während man sich von einer partizipativen Ausgestaltung der Entscheidungsfindung im klinischen Kontext und integrativen Krankheitsmodellen/-verständnissen, positive Wirkungen auf die individuelle Gesundheit der Patienten verspricht, deuten Studienergebnisse auf eine „Verschlechterung gesundheitlicher *Outcomes* [hin], wenn diagnostische und therapeutische Prozeduren ohne Situationsverständnis Autonomie einschränken, hilflos machen und als entwürdigend erlebt werden“ (Rosenbrock & Hartung, 2012, S.11; Hervor. i. O.) – die Entscheidungsfindung also direktiv ausgestaltet wird. Eine Profession, die Teilhabe zu ihrem Leitziel erklärt und Ver- bzw. Aushandeln im Sinne einer lebensweltorientierten Sozialen Arbeit als zentrale Strategie begreift (Walther & Deimel, 2017, S.53), hat ihrerseits mitgestaltete Aushandlungsprozesse reflexiv in den Blick zu nehmen, um dem Ideal der Entscheidungsteilhabe unter den Bedingungen psychiatrischer Praxis möglichst umfassend gerecht zu werden.

Mit einem qualitativen Forschungsdesign ist im Rahmen der vorliegenden Arbeit der Frage nachgegangen worden, was Strukturmerkmale eines Visiten-Gesprächs in der Allgemeinpsychiatrie sind und wie Aushandlung im Rahmen dessen realisiert wird. Die Forschungsergebnisse sind in den Kapiteln 4 bis 6 präsentiert worden und werden im Zuge der Schlussbetrachtung zusammenfassend wiederholt, theoretisch rückgebunden und diskutiert.

Die Forschungsergebnisse basieren auf Beobachtungen von authentischen Visiten-Gesprächen bzw. natürlichen Visiten-Gesprächssituationen. Die Authentizität bzw. Natürlichkeit wird als hoch eingeschätzt und scheint durch die Kommunikation des Forschungsinteresses wenig beeinträchtigt. Hinsichtlich der Verallgemeinerbarkeit der Ergebnisse bleibt festzuhalten, dass Aussagen über Visiten-Gesprächssituationen im allgemeinpsychiatrischen Setting unter Leitung nur eines Oberarztes getroffen werden können. Aufgrund der sonstigen Varianzmerkmale des Samples sind die Ergebnisse unter der zuvor genannten Einschränkung auf andere Visiten-Gesprächssituationen in der Allgemeinpsychiatrie übertragbar. Um zu Aussagen höherer Reichweite über Aushandlung im (sozial-)psychiatrischen Alltag zu gelangen, bieten sich Forschungsaktivitäten an, die kontrastive Kommunikations- und Interaktionssituationen beleuchten – ggf. auch in Klinikbereichen, die andere psychische Krankheitsbilder fokussieren (bspw. therapeutische Einzelgespräche, Angehörigen- und Betreuergespräche, „runde Tische“, Ex-In-Beratungsgespräche, Trialogische Arrangements, Einheiten der Psychoedukation).

Im Zuge der Auswertung hat sich herausgestellt, dass die beobachteten Visiten-Gesprächssituationen – wie für institutionelle Gruppengespräche typisch – einen stark formalisierten Charakter aufweisen, der sich aus den Strukturmerkmalen ergibt, von denen die Aushandlungspraxis nicht unberührt bleibt. Bspw. werden die Aushandlungsthemen durch das übergeordnete Interaktionsziel begrenzt; sie erweisen sich als situationsspezifisch. Eine weitere Begrenzung erfahren Aushandlungen im Visiten-Gespräch durch den vorgegebenen zeitlichen Rahmen und die vorgesehene Teilnehmerkonstellation, die eine freie Wahl der Aushandlungspartner verunmöglicht. Diese Erkenntnisse mögen trivial erscheinen, doch zeigt sich mit Blick ins Datenmaterial, dass solche Begrenzungen dem Patienteninteresse zuwiderlaufen können. Die vorgesehene Teilnehmerkonstellation und der Verzicht auf interprofessionelle Aushandlung im eigentlichen Visiten-Gespräch führt in der konkreten Visiten-Gesprächssituation dazu, dass eine mehrheitlich vertretene, intersubjektiv geteilte Position bzw. Beobachtung – mit Tendenz zur Verobjektivierung – einer einzelnen, subjektiven Position bzw. Wahrnehmung gegenübersteht. Aushandlungen interprofessioneller Art finden sich v. a. in Vor- und Nachbesprechungen als optionale Elemente der rekonstruierten Ablaufstruktur, von denen Patienten und Patientinnen ausgeschlossen sind, und ermöglichen (sozial-)psychiatrischen Fachkräften das einheitliche Auftreten im eigentlichen Visiten-Gespräch, womit ein Effekt verbunden ist, der hier „Macht der Mehrheit“ genannt sei. Eben dieser Effekt tritt in den beobachteten Einheiten der Psychoedukationsgruppe andersherum auf, weshalb sich eine vertiefende Analyse solcher Beobachtungseinheiten anbietet. Neben den benannten Strukturmerkmalen eines Visiten-Gesprächs in der Allgemeinpsychiatrie ist die Berichtsstruktur anzuführen, die eine dialogische Aushandlung zwischen (sozial-)psychiatrischen Fachkräften, die neben dem Oberarzt anwesend sind, und Patienten erschwert, weil die Fachkräfte mit ihren aneinandergereihten Lageberichten nicht den Patienten, sondern den Oberarzt adressieren. Im Quervergleich zeigt sich, dass die von Grund auf multipolig angelegte Beteiligungsstruktur mit klarer Rollenzentrierung auf den Oberarzt weitestgehend zweipolig ausgestaltet wird. Dadurch wird die dominierende Stellung der biomedizinischen (Krankheits-)Sichtweise reproduziert, während andere zur Sprache kommen, aber nicht integriert werden, sondern nebeneinander stehen bleiben. Als ermöglichend hat sich der räumliche Rahmen erwiesen, der den Patienten durch die eingerichtete Komm-Struktur eine eigeninitiierte Beendigung der Aushandlung erlaubt, indem diese den Visiten-Raum verlassen.

Des Weiteren verweisen die erhobenen Daten auf das Vorhandensein ergebnisfestgelegter und ergebnisoffener Aushandlungsräume in Visiten-Gesprächen, wobei die Ergebnisfestgelegtheit und Ergebnisoffenheit mit den Aushandlungsthemen korrespondieren. Anders als bei ergebnisoffenen Aushandlungsräumen liegt die Deutungs- und Entscheidungshoheit in Fällen ergebnisfestgelegter Aushandlungsräume nicht bei den Patienten und Patientinnen, sondern bei den (sozial-)psychiatrischen Fachkräften, womit bekräftigt wird, dass

Psychiatrie kein deskriptiver, wertfreier Ort und kein macht- und herrschaftsfreier Raum ist. Lässt sich hieraus schlussfolgern, dass es in Anbetracht der Ergebnisfestgelegtheit für Patienten und Patientinnen bei Aushandlungsträumen bleibt und sich Aushandlungsräume lediglich themenspezifisch im Falle der Ergebnisoffenheit ergeben? Mit Blick auf das vorliegende Datenmaterial trifft diese Schlussfolgerung zu, sofern nicht der gesamte Aushandlungsprozess, sondern lediglich die Entscheidungsfindung betrachtet wird. Wird stattdessen der gesamte Aushandlungsprozess in den Blick genommen, ist folgende Erkenntnis bemerkenswert: Während sich die Patienten und Patientinnen in ergebnisfestgelegten Aushandlungsräumen rebellisch präsentieren, demonstrieren andere in ergebnisoffenen Aushandlungsräumen Folgsamkeit.

Die Ergebnisfestgelegtheit hält Patienten und Patientinnen also nicht davon ab, sich in Aushandlungsprozesse als aktives Subjekt einzubringen. So gesehen, werden Aushandlungsräume auch im Fall der Ergebnisfestgelegtheit genutzt. Das aktive Handeln überrascht insofern, dass die Forschungsergebnisse zugleich nahelegen, dass eine gemeinsame, partizipative Entscheidungsfindung (SDM) in ergebnisfestgelegten Aushandlungsräumen nicht realisiert werden kann, weil die Entscheidung stets paternalistisch gefällt wird. Wie in Kapitel 2 dargelegt, kommt Psychiatrie nicht gänzlich ohne Zugriff auf das Patientensubjekt aus, sofern die (sozial-)psychiatrischen Fachkräfte gedenken, ihren Auftrag zu erfüllen, der fraglos normativ aufgeladen ist. Immerhin geht es darum, gebrochene Situationen zu kitten, Funktionalität wiederherzustellen, Leiden zu beseitigen und Wiederholungsszenarien zu vermeiden. Im untersuchten Material wird die Einsichtigkeit der Patienten und Patientinnen bei den Themen Medikation, Entlassung, Umgang mit der Krankheit und Krankheitssicht durch die (sozial-)psychiatrischen Fachkräfte forciert, wobei das strukturell angelegte Machtgefälle zwischen Fachkräften und Patienten zum Tragen kommt. Dennoch bringen sich die Patienten und Patientinnen aktiv ein, woraus sich der Modus der Pseudoaushandlung ergibt. Hier stellt sich die Frage, welchen Mehrwert das aktive Nutzen der Aushandlungsräume für die Patienten und Patientinnen im Falle der Ergebnisfestgelegtheit mit sich bringt. Schließlich muss die Effektivität des eigenen Handelns retrospektiv infrage gestellt werden, da die eigene Position faktisch nicht durchsetzbar ist; eine Erkenntnis, die bei mehreren Patienten und Patientinnen zur Äußerung führt, sich nicht verstanden zu fühlen. Der Mehrwert des aktiven Einbringens ist darin zu sehen, dass die Handlungsfähigkeit der Patienten und Patientinnen in den Visiten-Gesprächssituationen – zumindest sprachlich – erhalten bleibt. Damit wird dem Gefühl der eigenen Schwäche und der eingeschränkten Handlungsmöglichkeiten, das viele Betroffene mit ihrer Krankheit verbinden, entgegengewirkt. Allerdings droht dieser Effekt zu verpuffen, sobald die Patienten und Patientinnen realisieren, dass die Durchsetzung ihrer Positionen am strukturellen Machtgefälle scheitert. Wie eine Psychoedukationsgruppenteilnehmerin beschreibt und bei anderen Patienten und Patientinnen im Visiten-Gespräch beobachten werden kann, kann diese Erfahrung zur

anhaltend gesteigerten Aktivität in ergebnisfestgelegten Aushandlungsräumen führen; quasi als natürliche Reaktion auf die Erfahrung von Unterlegenheit.

In ergebnisoffenen Aushandlungsräumen bleibt die Entscheidungshoheit zwar beim Patienten, doch findet sich auf Seite der (sozial-)psychiatrischen Fachkräfte das Motiv der Empfehlungshoheit, von dem die Aushandlungsprozesse – v. a. die Aushandlungsergebnisse – nicht unbeeinflusst bleiben. Bei Divergenzen bzgl. der konkreten Ausgestaltung der therapeutischen Behandlung besteht keine zwingende Notwendigkeit, dass Patienten die Position der (sozial-)psychiatrischen Fachkräfte übernehmen – der (sozial-)psychiatrische Auftrag bleibt hiervon unberührt. Insofern erfüllen ergebnisoffene Aushandlungsräume die Voraussetzung für eine gemeinsame, partizipative Entscheidungsfindung (SDM). Nun hat die Auswertung aber einen Modus der instruktiven Aushandlung in ergebnisoffenen Aushandlungsräumen ergeben. In Anbetracht des rekonstruierten Modus kann von SDM in ergebnisoffenen Aushandlungsräumen nur bedingt die Rede sein. Entscheidend ist die Frage, welche Stufe der Partizipation SDM vorsieht. Schließlich gibt es verschiedene (Vor-)Stufen der Partizipation – von der „Einbeziehung“ bis zur „Selbstorganisation“ – und auch die Stufe der „echten“ Partizipation lässt sich weiter ausdifferenzieren in „Mitbestimmung“, „teilweise Entscheidungskompetenz“ und „Entscheidungsmacht“ (Wright, 2012, S.96). Im Datenmaterial fällt mit Blick auf die Entscheidungsfindung die Folgsamkeit der Patienten in Verbindung mit der Empfehlungshoheit der Fachkräfte auf. Dementsprechend wird die Einigung durch die Einsichtigkeit der Patienten erzielt. Eine vorschnelle Rede von SDM in Fällen dieser Art scheint mir insofern abträglich, dass wir Gefahr laufen, normative Praktiken zu verschleiern, weshalb ich mich für eine kritische Prüfung im Einzelfall ausspreche. Liegt tatsächlich SDM vor? Sind wir als Fachkräfte zu Einigungen bereit, die durch wechselseitiges Folgen oder gar das Aufgeben der eigenen Position zustande kommen? Sind wir bereit, Macht abzugeben und neu zu verteilen? Oder droht sich hinter dem ausgewiesenen Konzept des SDM eine Experten-Laien-Beziehung zu verbergen, die vielmehr dem abwägenden Modell entspricht - zwar keinen Zwang vorsieht, aber letztlich doch die Überzeugung und freiwillige Unterwerfung der Patienten?

Um zum Eröffnungszitat der vorliegenden Arbeit zurückzukehren, lässt sich unter Berücksichtigung der beiden Auswertungskategorien *ergebnisfestgelegte* und *ergebnisoffene Aushandlungsräume im Visiten-Gespräch* samt rekonstruierter Aushandlungsmodi folgendes Resümee formulieren: Die Wachposition der Höllenhunde namens *Krankheitseinsicht* und *Compliance* kann aufgrund des (sozial-)psychiatrischen Auftrags nicht in allen Fällen aufgegeben werden. Solange der Auftrag nicht gefährdet wird, ist ein Abrücken von der Wachposition möglich, indem Aushandlungsprozesse mit dem Ziel einer gemeinsamen Entscheidung bzw. geteilten Krankheitssicht gestaltet werden.

Impulse für die Praxis

- ❖ Divergenzen hinsichtlich Erwartungen, Vorstellungen, Krankheitssichten und (Behandlungs-)Zielen nach Möglichkeit nicht einseitig, sondern integrativ auflösen.
- ❖ Normative Deutungen und Entscheidungen bewusstmachen und transparent halten.
- ❖ Machtmomente reflektieren und auf Minimum begrenzen.
- ❖ Entscheidungsteilhabe nach Bedürfnis und Bedarf realisieren.
- ❖ Bestehende Strukturen auf Notwendigkeit und Veränderbarkeit prüfen, um ethisches Ideal der Entscheidungsteilhabe in klinischer Praxis einzulösen.

8 Abbildungs- und Tabellenverzeichnis

Abbildung 1: Bereich klinisch relevanter Krankheiten.....	18
Abbildung 2: Merkmale partizipativer Entscheidungsfindungsprozesse.....	30
Abbildung 3: Implementierungsstrategien für SDM.....	32
Abbildung 4: Vorgehen nach Eignung der Entscheidungssituation für SDM	33
Abbildung 5: Ablaufstruktur eines Visiten-Gesprächs inkl. Vor- und Nachbesprechung 45	
Abbildung 6: Visiten-Raum der Station_1.....	47
Abbildung 7: Visiten-Raum der Station_2.....	47
Abbildung 8: Beteiligungsstruktur im Visiten-Gespräch.....	49
Abbildung 9: Beteiligungsstruktur außerhalb des Visiten-Gesprächs	51
Abbildung 10: Dichotomes Konzept von Gesundheit und Krankheit.....	110
Abbildung 11: Bipolares Konzept von Gesundheit und Krankheit	110
Abbildung 12: Unabhängigkeitsmodell von Gesundheit und Krankheit	111
Abbildung 13: Zweidimensionales Modell von Befund und Befinden.....	111
Tabelle 1: Variante Merkmale des qualitativen Samples.....	38

9 Literaturverzeichnis

- Anhorn, R. & Balzereit, M. (2016). Die „Arbeit am Sozialen“ als „Arbeit am Selbst“ – Herrschaft, Soziale Arbeit und die therapeutische Regierungsweise im Neo-Liberalismus: Einführende Skizzierung eines Theorie- und Forschungsprogramms. In Anhorn, R. & Balzereit, M. (Hrsg.), *Handbuch Therapeutisierung und Soziale Arbeit* (S.3-203). Wiesbaden: Springer.
- Anhorn, R. & Balzereit, M. (Hrsg.) (2016). *Handbuch Therapeutisierung und Soziale Arbeit*. Wiesbaden: Springer.
- Anhorn, R., Bettinger, F. & Stehr, J. (Hrsg.) (2008). *Sozialer Ausschluss und Soziale Arbeit: Positionsbestimmungen einer kritischen Theorie und Praxis Sozialer Arbeit*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Baum, A., Taylor, S. & Singer, J. (Hrsg.) (1984). *Handbook of Psychology and Health*. Hillsdale: Erlbaum.
- Becker, H. (1984). Die Bedeutung der subjektiven Krankheitstheorie des Patienten für die Arzt-Patient-Beziehung. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, 34, S.313-321.
- Bergmann, J. (1980). *Interaktion und Exploration. Eine konversationsanalytische Studie zur Eröffnung von psychiatrischen Aufnahmegesprächen*. Dissertation, Universität Konstanz.
- Bergmann, J. (1988). *Ethnomethodologie und Konversationsanalyse*. Studienbrief mit 3 Kurseinheiten, FernUniversität Gesamthochschule Fachbereich Erziehungs-, Sozial- und Geisteswissenschaften, Hagen.
- Bergmann, J. (1988a). *Ethnomethodologie und Konversationsanalyse. Kurseinheit 3*. Studienbrief mit 3 Kurseinheiten, FernUniversität Gesamthochschule Fachbereich Erziehungs-, Sozial- und Geisteswissenschaften, Hagen.
- Bergmann, J. (1991). Goffmans Soziologie des Gesprächs und seine ambivalente Beziehung zur Konversationsanalyse. In Hettlage, R. & Lenz, K. (Hrsg.), *Erving Goffman – ein soziologischer Klassiker der zweiten Generation* (S.301-326). Bern: UTB.
- Bethmann, S., Helfferich, C., Hoffmann, H. & Niermann (Hrsg.) (2012). *Agency. Qualitative Rekonstruktionen und gesellschaftstheoretische Bezüge von Handlungsmächtigkeit*. Weinheim: Beltz.
- Bischkopf, J., Deimel, D., Walther, C. & Zimmermann, R. (Hrsg.) (2017). *Soziale Arbeit in der Psychiatrie: Lehrbuch*. Köln. Psychiatrie Verlag.
- Bittlingmayer, U. (2016). Gesundheit und Krankheit. In Scherr, A. (Hrsg.), *Soziologische Basics* (S.99-109). Wiesbaden: Springer.
- Blaxter, M. (1990). *Health and Lifestyles*. London: Routledge.
- Bock, T. (2013). *Basiswissen: Umgang mit psychotischen Menschen*. Köln: Psychiatrie Verlag.
- Bock, T. (2014). *Eigensinn und Psychose: „Noncompliance“ als Chance* (6. Auflage). Neumünster: Paranus.
- Bock, T. (2014). Wird die Menschheit kränker oder die Krankheit menschlicher? *Psychiatrische Praxis*, 41, S.121-123.
- Bock, T., Brysinski, T., Klapheck, K., Bening, U., Lenz, A. & Naber, D. (2010). Zum subjektiven Sinn von Psychosen: Erstellung, Validierung und erste Anwendung eines Fragebogens – Das Hamburger SuSi-Projekt. *Psychiatrische Praxis*, 37, S.285-291.
- Breidenstein, G., Hirschauer, S., Kalthoff, H. & Nieswand, B. (2013). *Ethnografie: Die Praxis der Feldforschung*. Konstanz: UVK.

- Charles, C., Gafni, A. & Whelan, T. (1997). Shared decision-making in the medical encounter: what does it mean? (or it takes at least two to tango). *Social Science & Medicine*, 44 (5), S.681-692.
- Charles, C., Gafni, A., Whelan, T. (1999). Decision-making in the medical encounter: revisiting the shared treatment decision-making model. *Social Science & Medicine*, 49, S.651-661.
- Deimel, D. & Deloie, D. (2017). Psychosoziale Diagnostik. In Bischkopf, J., Deimel, D., Walther, C. & Zimmermann, R. (Hrsg.), *Soziale Arbeit in der Psychiatrie: Lehrbuch* (S.209-224). Köln: Psychiatrie Verlag.
- Dellwing, M. & Harbusch (2013). Bröckelnde Krankheitskonstruktionen? Soziale Störungen und die Chance des soziologischen Blicks. In Dellwing, M. & Harbusch, M. (Hrsg.), *Krankheitskonstruktionen und Krankheitstreiberei* (S.9-24). Wiesbaden: Springer.
- Dellwing, M. & Harbusch, M. (Hrsg.) (2013). *Krankheitskonstruktionen und Krankheitstreiberei*. Wiesbaden: Springer.
- Dellwing, M. (2008). „Geisteskrankheit“ als hartnäckige Aushandlungsniederlage – Die Unausweichlichkeit der Durchsetzung von Definitionen sozialer Realität. *Soziale Probleme*, 19 (2), S.150-171.
- Deppermann, A. & Hartung, M. (Hrsg.) (2003). *Argumentieren in Gesprächen. Gesprächsanalytische Studien*. Tübingen: Stauffenburg.
- Dewe, B., Ferchhoff, W. & Radtke, F. (Hrsg.) (1992). *Erziehen als Profession: Zur Logik professionellen Handelns in pädagogischen Feldern*. Opladen: Leske und Budrich.
- Faltermaier, T. & Brütt, A. (2013). Gesundheits- und Krankheitsvorstellungen: Bedeutung für Forschung und Praxis. In Hoefert, H. & Brähler, E. (Hrsg.), *Krankheitsvorstellungen von Patienten: Herausforderungen für Medizin und Psychotherapie* (S.59-72). Lengerich: Pabst.
- Fehlenberg, D. (1987). *Kommunikation zwischen Arzt und Patient. Gesprächsstrukturen der psychosomatischen Krankenvsichte*. Bochum: Studienverlag Dr. N. Brockmeyer.
- Flick, U. (Hrsg.) (1998). *Wann fühlen wir uns gesund? Subjektive Vorstellungen von Gesundheit und Krankheit*. Weinheim: Juventa.
- Foucault, M. (1973). *Wahnsinn und Gesellschaft*. Frankfurt am Main; Suhrkamp.
- Franke, A. (2012). *Modelle von Gesundheit und Krankheit* (3. Auflage). Bern: Hans Huber.
- Glaser, B. & Strauss, A. (2010). *Grounded Theory: Strategien qualitativer Forschung* (3. Auflage). Bern: Hans Huber.
- Goffman, E. (1980). *Rahmen-Analyse. Ein Versuch über die Organisation von Alltagserfahrungen*. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Goffman, E. (1989). On fieldwork. *Journal of Contemporary Ethnography*, 18 (2), S.123-132.
- Goffman, E. (2005). Redestatus. In Knoblauch, H., Leuenberger, C. & Schnettler, B. (Hrsg.), *Rede-Weisen. Formen der Kommunikation in sozialen Situationen* (S.37-72). Konstanz: UVK.
- Goffman, E. (2014a). *Asyle: Über die soziale Situation psychiatrischer Patienten und anderer Insassen* (19. Auflage). Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Goffman, E. (2014b). *Stigma: Über die Bewältigung beschädigter Identität* (22. Auflage). Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Groenemeyer, A. (2008). Eine schwierige Beziehung – Psychische Störungen als Thema soziologischer Analysen. *Soziale Probleme*, 19 (2), S.113-135.

- Hamann, J., Holzhüter, F., Stecher, L. & Heres, S. (2017). Shared decision making PLUS – a cluster-randomized trial with inpatients suffering from schizophrenia (SDM-PLUS). *BMC Psychiatry*, 17: 78.
- Hanses, A. & Sander, K. (Hrsg.) (2012). *Interaktionsordnungen*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Hanses, A. (2012). Gesundheit als soziale Praxis. Zur Relevanz von Interaktions- und Wissensordnungen professionellen Handelns als soziale Praxis. In Hanses, A. & Sander, K. (Hrsg.), *Interaktionsordnungen* (S.35-51). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Hark, S. (1999). Deviante Subjekte. Normalisierung und Subjektformierung. In Sohn, W. & Mehrtens, H. (Hrsg.), *Normalität und Abweichung. Studien zur Theorie und Geschichte der Normalisierungsgesellschaft* (S. 65-84). Opladen: Westdeutscher Verlag.
- Hartung, S. (2012). Partizipation – wichtig für die individuelle Gesundheit? Auf der Suche nach Erklärungsmodellen. In Rosenbrock, R. & Hartung, S. (Hrsg.), *Handbuch Partizipation und Gesundheit* (S.57-78). Bern: Hans Huber.
- Heinz, A. (2015). Krankheit vs. Störung: Medizinische und lebensweltliche Aspekte psychischen Leidens. *Der Nervenarzt*, 86 (1), S.36-41.
- Heinz, S. (2014). *Der Begriff der psychischen Krankheit*. Suhrkamp: Berlin.
- Helfferrich, C. & Kruse, J. (2007). Vom „professionellen Blick“ zum „hermeneutischen Ohr“. Hermeneutisches Fremdverstehen als eine sensibilisierende Praxeologie für sozialarbeiterische Beratungskontexte. In Miethe, I., Fischer, W., Giebler, C., Goblirsch, M. & Riemann (Hrsg.), *Rekonstruktion und Intervention: Interdisziplinäre Beiträge zur rekonstruktiven Sozialarbeitsforschung* (S.175-187). Opladen: B. Budrich.
- Helfferrich, C. (2011). *Die Qualität qualitativer Daten. Manual für die Durchführung qualitativer Interviews* (4. Auflage). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Helmchen, H. (2005). Zum Krankheitsbegriff in der Psychiatrie. *Der Nervenarzt*, 77, S.271-275.
- Heres, S. & Hamann, J. (2017). „Shared decision-making“ in der Aktpsychiatrie: Widerspruch oder Herausforderung? *Der Nervenarzt*, 9, S.995-1002.
- Herzlich, C. (1973). *Health and Illness: a social psychological Analysis*. London: Academic Press.
- Hettlage, R. & Lenz, K. (Hrsg.) (1991). *Erving Goffman – ein soziologischer Klassiker der zweiten Generation*. Bern: UTB.
- Hitzler, S. (2012). *Aushandlung ohne Dissens? Praktische Dilemmata der Gesprächsführung im Hilfeplangespräch*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Hoefert, H. & Brähler, E. (Hrsg.) (2013). *Krankheitsvorstellungen von Patienten: Herausforderungen für Medizin und Psychotherapie*. Lengerich: Pabst.
- Holzinger, A., Löffler, W., Müller, P., Priebe, S. & Angermeyer, M. (2002). Subjective Illness Theory and Antipsychotic Medication Compliance by Patients with Schizophrenia. *The Journal of nervous and mental disease*, 190 (9), S.597-603.
- Holzinger, A., Müller, P., Priebe, S. & Angermeyer, M. (2001). Die Ursachen der Schizophrenie aus der Sicht der Patienten. *Psychiatrische Praxis*, 28, S.174-179.
- Jäger, M. (2016). Diagnostik aus Sicht des Psychiaters – eine kritische Auseinandersetzung. *Sozialpsychiatrische Informationen*, 4, S.9-12.
- Jensen, S. (Hrsg.) (1976). *Zur Theorie sozialer Systeme*. Opladen: Westdeutscher.

- Klausner, M. (2015). *Choreografien psychiatrischer Praxis. Eine ethnografische Studie zum Alltag in der Psychiatrie*. Bielefeld: transcript.
- Klemperer, D. (2005). Shared Decision Making und Patientenzentrierung – vom Paternalismus zur Partnerschaft in der Medizin. Teil 1: Modelle der Arzt-Patient-Beziehung. *Balint-Journal*, 6, S.71-79.
- Knoblauch, H., Leuenberger, C. & Schnettler, B. (2005). Erbing Goffmans Rede-Weisen. In Knoblauch, H., Leuenberger, C. & Schnettler, B. (Hrsg.), *Rede-Weisen. Formen der Kommunikation in sozialen Situationen* (S.9-28). Konstanz: UVK.
- Knoblauch, H., Leuenberger, C. & Schnettler, B. (Hrsg.) (2005). *Rede-Weisen. Formen der Kommunikation in sozialen Situationen*. Konstanz: UVK.
- Köhle, K. & Raspe, H. (Hrsg.) (1982). *Das Gespräch während der ärztlichen Visite. Empirische Untersuchungen*. München: Urban & Schwarzenberg.
- Kraeplin, E. (1883). *Compendium der Psychiatrie*. o. O.: Abel.
- Kraus, B. & Krieger, W. (Hrsg.) (2016). *Macht in der Sozialen Arbeit. Interaktionsverhältnisse zwischen Kontrolle, Partizipation und Freisetzung* (4. Auflage). Lage: Jacobs.
- Kraus, B. (2016). Macht – Hilfe – Kontrolle: Grundlegungen und Erweiterungen eines systemisch-konstruktivistischen Machtmodells. In Kraus, B. & Krieger, W. (Hrsg.), *Macht in der Sozialen Arbeit. Interaktionsverhältnisse zwischen Kontrolle, Partizipation und Freisetzung*, 4. Auflage (S.101-130). Lage: Jacobs.
- Kruse, J. (2015). *Qualitative Interviewforschung: Ein integrativer Ansatz* (2. Auflage). Weinheim: Beltz Juventa.
- Laing, R. (1960). *The Divided Self*. München: DTV.
- Leventhal, H., Nerenz, D. & Steele, D. (1984). Illness representations and coping with health threats. In Baum, A., Taylor, S. & Singer, J. (Hrsg.), *Handbook of Psychology and Health* (S.219-252). Hillsdale: Erlbaum.
- Link, J. (1999). *Versuch über den Normalismus. Wie Normalität produziert wird* (2. Auflage). Wiesbaden: Opladen.
- Link, J. (2013). *Versuch über den Normalismus. Wie Normalität produziert wird* (5. Auflage). Göttingen: Vadenhoeck.
- Lucius-Hoene, G. & Deppermann, A. (2004). *Rekonstruktion narrativer Identität: Ein Arbeitsbuch zur Analyse narrativer Interviews* (2. Auflage). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Mahler, L. (2014a). Weddinger Modell: Ein Perspektivwechsel. In Mahler, L., Jarchov-Jädi, I., Montag, C. & Gallinat, J. (Hrsg.), *Das Weddinger Modell: Resilienz- und Ressourcenorientierung im klinischen Kontext* (S.18-45). Köln: Psychiatrie Verlag.
- Mahler, L. (2014b). Offene Begegnungen – Haltung zu Aggressionen und Behandlungen gegen den Willen. In Mahler, L., Jarchov-Jädi, I., Montag, C. & Gallinat, J. (Hrsg.), *Das Weddinger Modell: Resilienz- und Ressourcenorientierung im klinischen Kontext* (S.127-139). Köln: Psychiatrie Verlag.
- Mahler, L., Jarchov-Jädi, I., Montag, C. & Gallinat, J. (2014) (Hrsg.). *Das Weddinger Modell: Resilienz- und Ressourcenorientierung im klinischen Kontext*. Köln: Psychiatrie Verlag.
- Mayring, P. (2016). *Einführung in die qualitative Sozialforschung: Eine Anleitung zu qualitativem Denken* (6. Auflage). Weinheim: Beltz.

- Miethe, I., Fischer, W., Giebeler, C., Goblirsch, M. & Riemann (Hrsg.) (2007). *Rekonstruktion und Intervention: Interdisziplinäre Beiträge zur rekonstruktiven Sozialarbeitsforschung*. Opladen: B. Budrich.
- Parson, T. (1976). Grundzüge des Sozialsystems. In Jensen, S. (Hrsg.), *Zur Theorie sozialer Systeme* (S.161-274). Opladen: Westdeutscher.
- Przyborski, A. & Wohlrab-Sahr, M. (2010). *Qualitative Sozialforschung: Ein Arbeitsbuch* (3. Auflage). München: Oldenbourg.
- Richter, M. & Hurrelmann, K. (2016). Die soziologische Perspektive auf Gesundheit und Krankheit. In Richter, M. & Hurrelmann, K. (Hrsg.), *Soziologie von Gesundheit und Krankheit* (S.3-19). Wiesbaden: Springer VS.
- Richter, M. & Hurrelmann, K. (Hrsg.) (2016). *Soziologie von Gesundheit und Krankheit*. Wiesbaden: Springer VS.
- Rosenbrock, R. & Hartung S. (2012). Einführung und Partizipation. Einführung und Problemaufriss. In Rosenbrock, R. & Hartung, S. (Hrsg.), *Handbuch Partizipation und Gesundheit* (S.8-26). Bern: Hans Huber.
- Rosenbrock, R. & Hartung, S. (Hrsg.) (2012). *Handbuch Partizipation und Gesundheit*. Bern: Hans Huber.
- Rössler et al. (1999). Does the place of treatment influence the quality of life of schizophrenics? *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 100, S.142.148.
- Sander, K. (2012). Interaktionsordnungen. Zur Logik des Scheiterns und Gelingens professioneller Praxen. In Hanses, A. & Sander, K. (Hrsg.), *Interaktionsordnungen* (S.15-34). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Scherr, A. (Hrsg.) (2016). *Soziologische Basics*. Wiesbaden: Springer.
- Schmidt, B. (2012). Partizipation aus verantwortungstheoretischer Sicht. In Rosenbrock, R. & Hartung, S. (Hrsg.), *Handbuch Partizipation und Gesundheit* (S.260-271). Bern: Hans Huber.
- Schneider, K. (1992). *Klinische Psychopathologie* (14. Auflage). Stuttgart: Thieme.
- Schramme, T. (2000). *Patienten und Personen: Zum Begriff der psychischen Krankheit*. Frankfurt am Main: Fischer.
- Schramme, T. (Hrsg.) (2012). *Krankheitstheorien*. Berlin. Suhrkamp.
- Schütze, F. (1992). Sozialarbeit als „bescheidene“ Profession. In Dewe, B., Ferchhoff, W. & Radtke, F. (Hrsg.), *Erziehen als Profession: Zur Logik professionellen Handelns in pädagogischen Feldern* (S.132-170). Opladen: Leske und Budrich.
- Seelmeyer, U. (2008). *Das Ende der Normalisierung? Soziale Arbeit zwischen Normativität und Normalität*. Weinheim: Juventa.
- Seidel, R. (2016). Beschreiben, erklären, begreifen: Über den Krankheitsbegriff der Psychiatrie und ein Buch dazu. *Sozialpsychiatrische Informationen*, 4, S.19-23.
- Sohn, W. & Mehrrens, H. (Hrsg.) (1999). *Normalität und Abweichung. Studien zur Theorie und Geschichte der Normalisierungsgesellschaft*. Opladen: Westdeutscher Verlag.
- Solojenkina, K. (2013). Krankheitsvorstellungen bei schizophrenen Patienten. In Hoefert, H. & Brähler, E. (Hrsg.), *Krankheitsvorstellungen von Patienten: Herausforderungen für Medizin und Psychotherapie* (S.221-236). Lengerich: Pabst.
- Szasz, Z. (2010). *Mythos Geisteskrankheit* (Veröffentlichung des Originaltextes 1960). Verfügbar unter <http://www.szasz-texte.de/texte/mythos-geisteskrankheit.pdf> [09.11.17]

- Utschakowski, J. (2017). Psychiatrie-Erfahrung anerkennen und nutzen. In Bischof, J., Deimel, D., Walther, C. & Zimmermann, R. (Hrsg.), *Soziale Arbeit in der Psychiatrie* (S.292-308). Köln: Psychiatrie Verlag.
- Vogd, W. (2012). Vertrauen unter komplexen Reflexionsverhältnissen oder: die gesellschaftliche Konditionierung der Arzt-Patient-Interaktion. In Hanses, A. & Sander, K. (Hrsg.), *Interaktionsordnungen* (S.71-85). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Vollmann, M., Salewski, C. & Scharloo, M. (2013). Krankheitsvorstellungen von Patienten mit Depressionen. In Hoefert, H. & Brähler, E. (Hrsg.), *Krankheitsvorstellungen von Patienten: Herausforderungen für Medizin und Psychotherapie* (S.237-252). Lengerich: Pabst.
- von Kardorff, E. (2008a). Kein Ende der Ausgrenzung: Ver-rückter in Sicht? In Anhorn, R., Bettinger, F. & Stehr, J. (Hrsg.), *Sozialer Ausschluss und Soziale Arbeit: Positionsbestimmungen einer kritischen Theorie und Praxis Sozialer Arbeit* (S.291-317). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- von Kardorff, E. (2008b). Zur Veränderung der Experten-Laien-Beziehung im Gesundheitswesen und in der Rehabilitation. In Willems, H. (Hrsg.), *Weltweite Welten: Internet-Figurationen aus wissenssoziologischer Perspektive* (S.247-267). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- von Kardorff, E. (2016). Zur Transformation der Therapeutisierung und Psychiatrisierung des gesellschaftlichen Alltags: auf dem der (nicht ganz) freiwilligen Selbstoptimierung. In Anhorn, R. & Balzereit, M. (Hrsg.), *Handbuch Therapeutisierung und Soziale Arbeit* (S.263-297). Wiesbaden: Springer.
- Wakefield, J. (2012). Der Begriff der psychischen Störung: An der Grenze zwischen biologischen Tatsachen und gesellschaftlichen Werten. In Schramme, T. (Hrsg.), *Krankheitstheorien* (S.239-262). Berlin. Suhrkamp.
- Walter, H. & Müller, J. (2015). Der Beitrag der Neurowissenschaften zum psychiatrischen Krankheitsbegriff. *Der Nervenarzt*, 28 (1), S.22-28.
- Walther, C. & Deimel, D. (2017). Theorie Klinischer Sozialarbeit in der Psychiatrie. In Bischof, J., Deimel, D., Walther, C. & Zimmermann, R. (Hrsg.), *Soziale Arbeit in der Psychiatrie: Lehrbuch* (S.38-58). Köln. Psychiatrie Verlag.
- Walther, C. (2017). Soziale Arbeit und Psychiatrie. In Bischof, J., Deimel, D., Walther, C. & Zimmermann, R. (Hrsg.), *Soziale Arbeit in der Psychiatrie: Lehrbuch* (S.18-37). Köln. Psychiatrie Verlag.
- Willems, H. (Hrsg.) (2008). *Weltweite Welten: Internet-Figurationen aus wissenssoziologischer Perspektive*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Wright, M. (2012). Partizipation in der Praxis: Die Herausforderung einer kritisch reflektierten Professionalität. In Rosenbrock, R. & Hartung, S. (Hrsg.), *Handbuch Partizipation und Gesundheit* (S.91-101). Bern: Hans Huber.
- Zimmermann, R. (2017). Häufige psychische Störungen. In Bischof, J., Deimel, D., Walther, C. & Zimmermann, R. (Hrsg.), *Soziale Arbeit in der Psychiatrie: Lehrbuch* (S.80-115). Köln. Psychiatrie Verlag.

10 Anhang

A. Relationale Betrachtung von Gesundheit und Krankheit

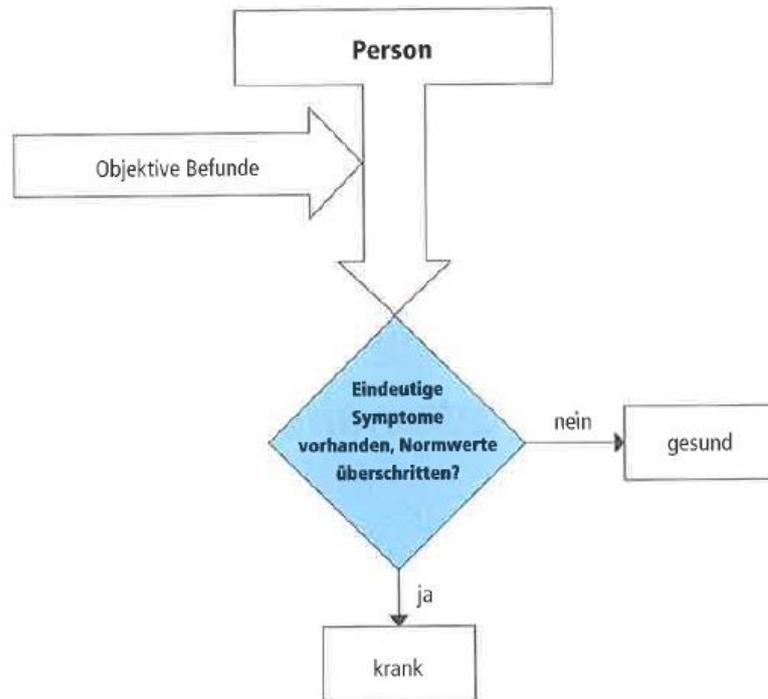


Abbildung 10: Dichotomes Konzept von Gesundheit und Krankheit
(Quelle: Franke, 2012, S.100)

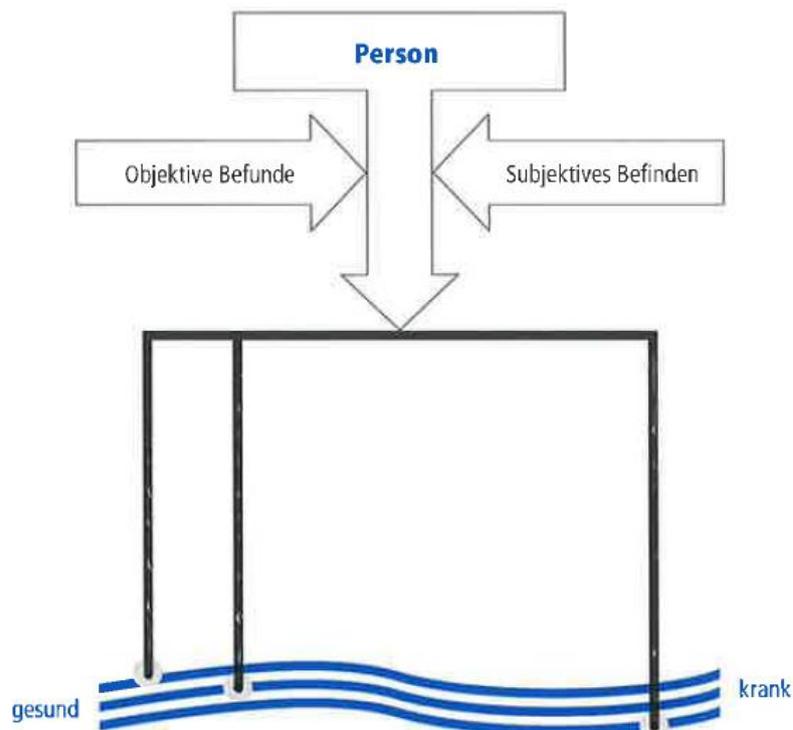


Abbildung 11: Bipolares Konzept von Gesundheit und Krankheit
(Quelle: Franke, 2012, S.101)

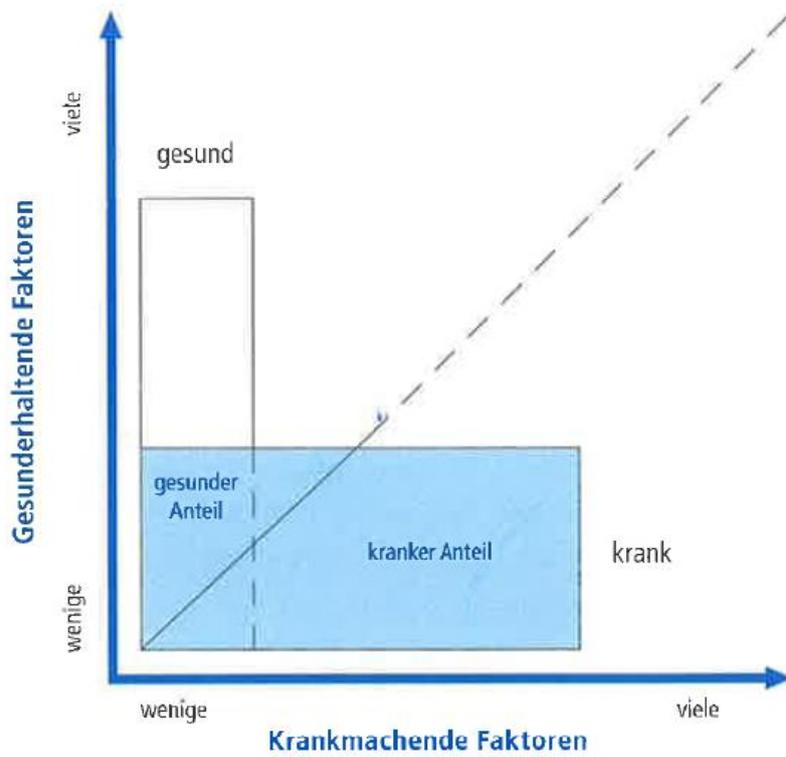


Abbildung 12: Unabhängigkeitsmodell von Gesundheit und Krankheit
(Quelle: Franke, 2012, S.103)

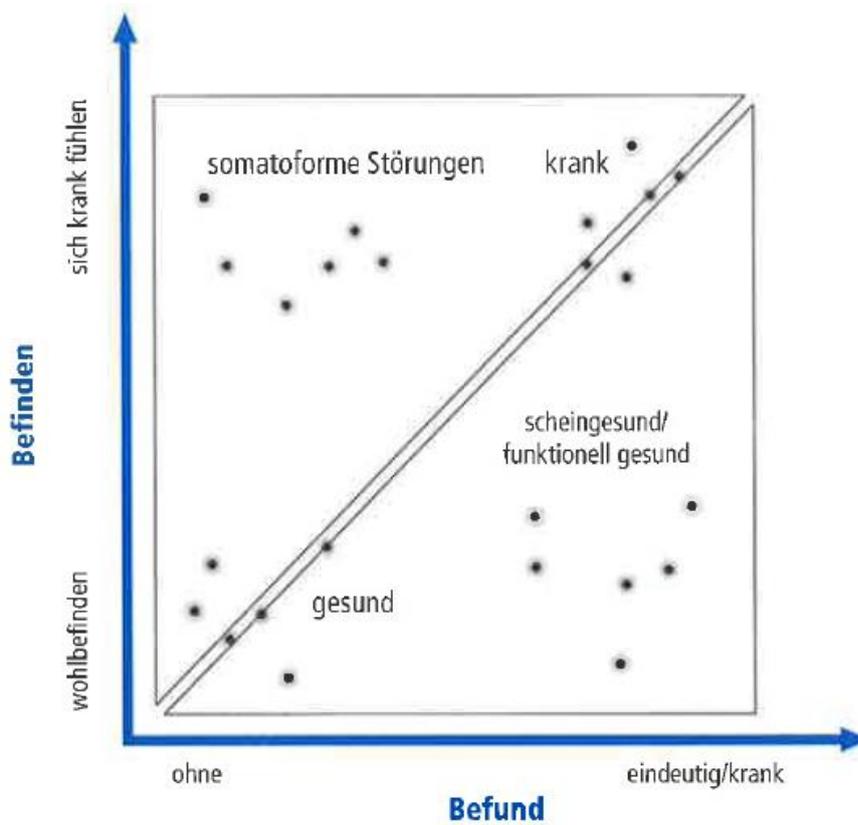


Abbildung 13: Zweidimensionales Modell von Befund und Befinden
(Quelle: Franke, 2012, S.103)

B. Informationsblatt und Einwilligungserklärung

Informationsblatt

Liebe Patienten und Patientinnen,

in einer Psychiatrie können Welten aufeinanderprallen. Was einer für krank hält, muss nicht damit übereinstimmen, was ein anderer für krank hält. Menschen können unterschiedliche Vorstellungen von Gesundheit und Krankheit haben. Dasselbe gilt für die Ziele einer psychiatrischen Behandlung.

Im Rahmen meiner Abschlussarbeit an der Evangelischen Hochschule Freiburg beschäftige ich mich mit Aushandlungsprozessen in der Psychiatrie. Mich interessiert, wie unterschiedliche Menschen unterschiedliche Vorstellungen zusammenbringen.

Deswegen würde ich gerne an einer Visite teilnehmen/ Deswegen würde ich gerne an einer Einheit der Psychoedukation teilnehmen. Teilnehmen heißt, still beisitzen und protokollieren. Sollte ich nach der Visite/Psychoedukationseinheit noch Fragen an Sie haben, würde ich das Gespräch mit Ihnen suchen.

Das Visiten-Gespräch/die Psychoedukationseinheit und ggf. auch das Nachgespräch würde ich auf Band aufnehmen, da ich mir nicht so viel auf einmal merken kann und ich mich auf den Verlauf des Gesprächs/der Einheit konzentrieren möchte. Das Band würde abgetippt und unmittelbar im Anschluss gelöscht. Die Abschriften würden konsequent anonymisiert. Damit wären Rückschlüsse auf Ihre Person ausgeschlossen.

Ich unterliege der Schweigepflicht und bin dem Datengeheimnis verpflichtet.

Die Arbeit dient allein wissenschaftlichen Zwecken und erfolgt nicht im Auftrag des ZfP Emendingen.

Meine Teilnahme setzt Ihre Einwilligung voraus. Sollten Sie sich entscheiden, nicht einzuwilligen, entstehen Ihnen dadurch keinerlei Nachteile.

Ihre Einwilligungserklärung würde an einem gesonderten Ort verschlossen aufbewahrt und wäre nicht mit der anonymisierten Abschrift in Verbindung zu bringen.

Ich würde mich freuen, wenn Sie mir eine Teilnahme ermöglichen!

Sollten sich noch Fragen ergeben, können Sie sich gerne an mich wenden.

Mit besten Grüßen

Jessica Krebs

jessica.krebs1990@outlook.de

0151 10756771

-Einwilligungserklärung-

Ich habe die Informationen zum Projekt und zum Datenschutz zur Kenntnis genommen.

Unter diesen Bedingungen bin ich einverstanden, dass das _____
am _____, an dem Frau Jessica Krebs teilgenommen hat, aufgenommen, verschriftlicht und in anonymisierter Form für die Auswertung im Rahmen der Studien-Abschlussarbeit an der Evangelischen Hochschule Freiburg verwendet wird.

Ein Widerruf der Einverständniserklärung ist zu jedem Zeitpunkt möglich.

Ort: _____ Datum: _____

Unterschrift: _____

C. Transkriptionsregeln (GAT-Konventionen)

Pausen und verlaufsstrukturelle Notationen

(.)	Pause von weniger als 1 sec. Dauer
(2)	Pause von mehr als 1 sec. Dauer
=	Verschleifungen, schnelle Anschlüsse, Stottern
-	Wort- oder Satzabbruch
{ {gleichzeitig}... }; ⊥	Gleichzeitige Rede, Überschneidungen von Redebeiträgen
I:	Forscherin
O:	Oberarzt
A:	Ärztin
S:	Sozialarbeiterin
P:	Pflegerische Fachkraft
B:	Betroffene/r, Gesprächsteilnehmer/in
Sonstiger Buchstabe:	Gesprächsteilnehmer/in

Akzentuierung (Betonung)

akZENT	Primär- bzw. Hauptakzent
Ak!ZENT!	Extra starker Akzent

Intonation

?	Hoch steigend
,	Mittel steigend/schwebend
;	Mittel fallend
.	Tief fallend
:, ::	Dehnung, je nach Dauer

Die Intonation wird im Transkript nur dort ausgewiesen, wo für die Auswertung relevant.

Sonstige Konventionen

((lacht o.ä.))	Para/außersprachliche Handlungen/Ereignisse
<<lacht> >	Sprachbegleitende para- und außersprachliche Handlungen und Ereignisse mit Reichweite
()	unverständliche Passage je nach Länge
(solche)	vermuteter Wortlaut
(solche/jene)	alternative Vermutungen
[...]	Auslassung im Transkript
.h, .hh	kurzes/langes Einatmen
h, hh	kurzes/langes Ausatmen
mhm, hmhm	Bejahung, Verneinung

Übernommen von Kruse, 2015, S.354f und Lucius-Hoene & Depperman, 2004, S.355-356

- D. Informationsschreiben**
- E. Beobachtungsleitfaden**
- F. Transkripte**
- G. Beobachtungsprotokolle**
- H. Inventare**
- I. Fallexzerpte**
- J. Tabellarische Aufbereitung Strukturmerkmale**
- K. Visualisierung der fallvergleichenden Auswertung**

Die Anhänge D. bis K. sind der CD-ROM „Krebs, J. (2017). Aushandlungs(t)räume in der Psychiatrie. Master-Thesis, Evangelische Hochschule, Freiburg.“ zu entnehmen.

L. Erklärung über die eigenständige Erstellung der Arbeit

Hiermit versichere ich, dass die vorliegende Arbeit ohne fremde Hilfe angefertigt wurde und ich mich keiner anderen als der von mir angegebenen Hilfsmittel bedient habe.

.....

Ort, Datum

.....

Jessica Vanessa Krebs