

Aus dem Fachbereich Medizin
der Johann Wolfgang Goethe-Universität
Frankfurt am Main

Institut für Sexualwissenschaft

DOKTORSPIELE

**Eine psychodramatische Exploration der Arzt-Patient-Beziehungen
HIV-infizierter Patienten im Hinblick auf bestehende Adherence-Probleme**

Dissertation

zur Erlangung des Doktorgrades der Medizin des Fachbereiches Medizin der
Johann Wolfgang Goethe-Universität Frankfurt am Main

vorgelegt von

Ute V. Engelbach
geb. in Fulda

Frankfurt am Main 2005

Dekan: Prof. Dr. J. Pfeilschifter
Referent: Prof. Dr. M. Dannecker
Koreferent: Prof. Dr. G. Overbeck
Tag der mündlichen Prüfung: 15. Februar 2006

1	Einleitung	8
2	Adherence/Non-Adherence	10
2.1	Definition Adherence/Non-Adherence	10
2.2	Messinstrumente	11
2.2.1	Direkte Messmethoden	12
2.2.2	Indirekte Messmethoden	13
2.2.3	Bewertung der Messmethoden	14
2.3	Einflussfaktoren auf die Adherence	15
2.3.1	Patientenmerkmale	16
2.3.2	Krankheitsmerkmale	17
2.3.3	Behandlungsmerkmale	18
2.3.4	Merkmale der Arzt-Patient-Interaktion	19
2.3.5	Modelle zur Erklärung adhärenenten Verhaltens	20
2.3.6	Zusammenfassende Bewertung: Einflussfaktoren auf die Adherence	23
3	Adherence bei HIV-infizierten Patienten	27
3.1	Chronizität der HIV-Infektion	27
3.2	Besonderheiten der HIV-Infektion	28
3.2.1	Epidemiologische Daten der HIV-Infektion	28
3.2.1.1	HIV-Diagnosen	28
3.2.1.2	AIDS-Fälle	29
3.2.2	Medizinische Besonderheiten der HIV-Infektion	29
3.3	Überblick über den derzeitigen Kenntnisstand	35
3.3.1	Patientenmerkmale	36
3.3.1.1	Soziodemographische Variablen	36
3.3.1.2	Einfluss von Drogenabusus	38
3.3.1.3	Wissen über und Einstellungen zur antiretroviralen Therapie	39
3.3.1.4	Soziale und psychische Faktoren	41
3.3.2	Krankheitsmerkmale	44
3.3.3	Behandlungsmerkmale	44
3.3.4	Merkmale der Arzt-Patient-Interaktion	47
3.3.5	Barrieren für die Adherence – Gründe aus der Patientensichtweise	49
3.3.6	Modelle – qualitative Ansätze	51
3.3.7	Zusammenfassende Bewertung: Adherence bei HIV-Patienten	53
4	Einsatz des Psychodramas als Explorationsmethode	56
4.1	Die Darstellung der Arzt-Patient-Beziehung von HIV-Patienten	56
Exkurs 1	Psychodrama	56
Exkurs 1.1	Grundlagen	56
Exkurs 1.2	Psychodrama Methoden	59
Exkurs 1.2.1	Konstituenten des psychodramatischen Handlungsraumes	59
Exkurs 1.2.2	Ablauf	61

Exkurs 1.2.3	Techniken	62
Exkurs 1.3	Einzeltherapie	63
Exkurs 1.4	Psychodrama als Forschungsmethode.....	64
4.2	Einsatz des Psychodramas als Explorationsmethode in der vorliegenden Untersuchung	65
5	Stichprobengröße, Rekrutierung und Aufklärung.....	68
6	Adherencemessung – quantitativer Teil.....	70
6.1	Eingesetzte Methoden der Adherencemessung und Erhebung der Krankenaktendaten.....	70
6.1.1	Arztbefragung	70
6.1.2	Patientenbefragung	71
6.1.3	Sonstige erhobene Daten	73
6.2	Ergebnisse der Adherencemessung und der Krankenaktendaten	73
6.2.1	Soziodemographische und medizinischen Daten der Patienten	74
6.2.1.1	Alter, Geschlecht und Übertragungsweg.....	74
6.2.1.2	Dauer der HIV-Infektion.....	74
6.2.1.3	HIV-assoziierte Erkrankungen.....	75
6.2.1.4	Antiretrovirale Therapien	75
6.2.2	Ärztebefragung	76
6.2.3	Patientenbefragung	77
6.2.4	Beurteilung des Behandlungserfolges	80
6.2.5	Gegenüberstellung der Adherence-Messverfahren	81
6.3	Diskussion der Adherencemessung.....	83
6.3.1	Methode der Adherencemessung.....	83
6.3.2	Ergebnisse der Adherencemessung.....	85
7	Psychodramatische Exploration – qualitativer Teil.....	89
7.1	Methoden der psychodramatischen Exploration	89
7.1.1	Durchführung der psychodramatischen Exploration	89
7.1.1.1	Erwärmungsphase	89
7.1.1.2	Spielphase	90
7.1.2	Überlegungen zur Auswertung der psychodramatischen Exploration.....	92
Exkurs 2	Objektive Hermeneutik.....	93
7.2	Auswertung der psychodramatischen Exploration	96
7.2.1	Rahmen und Durchführbarkeit.....	96
7.2.1.1	Durchführbarkeit des Psychodramas zu explorativem Zweck.....	96
7.2.1.2	Analyse des Rahmens	97
7.2.1.3	Diskussion über den Einsatz der Forschungsmethoden	100
7.2.2	Auswertung der Videomitschnitte	103
7.2.2.1	Kontrastierung der Fälle	103
7.2.2.2	Sequenzanalysen.....	105

7.2.2.2.1	Gemeinsamkeiten in der Darstellung der Arzt-Patient-Beziehung	106
7.2.2.2.2	Analyse der kontrastierten Fälle.....	113
7.2.2.2.2.1	Patient 18	113
7.2.2.2.2.2	Patient 20	117
7.2.2.2.2.3	Patient 09	128
7.2.2.2.2.4	Patient 19	135
7.2.3	Zusammenfassung und Hypothese zur Adherence	150
7.3	Diskussion der Ergebnisse des qualitativen Teils	153
7.3.1	Einschränkungen durch die Auswahl der Fälle	153
7.3.2	Besonderheiten in der Arzt-Patient-Beziehung	154
7.3.2.1	Hinweise auf die „Sonderrolle“ in der Literatur	154
7.3.2.1.1	Literatur aus der Prä-HAART-Ära	155
7.3.2.1.1.1	Die medizinische Versorgung und die Patientenrolle	155
7.3.2.1.1.2	Das Trauma „HIV-positiv“	156
7.3.2.1.1.3	Elemente der übertragungsreichen Arzt-Patient-Beziehungen.....	158
Exkurs 3	Die besonderen Strukturen der HIV-Ambulanz	159
7.3.2.1.2	Hinweise auf die „Sonderrolle“ in der aktuellen Literatur.....	160
7.3.2.2	Erklärungsansätze der besonderen Arzt-Patient-Beziehungen.....	162
7.3.2.2.1	Die besondere Arzt-Patient-Beziehung – ein Relikt?	162
7.3.2.2.2	Allgemeiner Wandel des Gesundheitssystems und dessen Einfluss auf die HIV-Patienten	164
7.3.2.2.3	Krankheit als Bedrohung.....	166
7.3.2.2.3.1	Bedrohung der Sexualität durch die Krankheit	167
7.3.2.2.3.2	Bedrohung des Lebens durch die Krankheit.....	167
7.3.2.2.4	Homosexuelle Identität – Drogengebraucher-Identität – HIV-Identität	170
7.3.2.2.5	Zusammenfassung: Die besondere Arzt-Patient-Beziehung ...	172
7.3.3	Hypothese zur Adherence	173
7.3.3.1	Adherence in einer besonderen Arzt-Patient-Beziehung.....	174
7.3.3.2	Vereinbarkeit mit dem derzeitigen Kenntnisstand	174
7.3.3.2.1	Zufriedenheit in einer „besonderen“ Beziehung	174
7.3.3.2.2	Identitätsbildung, HIV-Masterstatus und psychische Einflussfaktoren	176
7.3.3.2.3	Annäherung an ein Konfliktmuster zur Erklärung nicht adhärenten Verhaltens.....	177
8	Zusammenfassung und Ausblick	180
Anhang	184
Literatur	196

Danksagung

Die vorliegende Arbeit wäre ohne die Unterstützung zahlreicher Menschen nicht möglich gewesen. Allen voran sei den Patienten gedankt, die bereit waren, sich zu einem gesonderten Termin auf ein für sie ungewisses Untersuchungsdesign einzulassen.

Ferner möchte ich den ehemaligen Kollegen und Vorgesetzten meiner früheren Arbeitstätten, der HIV-Ambulanz bzw. des HIV-Schwerpunktes der Universitätsklinik Frankfurt/Main und der Abteilung für Medizinische Psychologie und Medizinische Soziologie der Universität Mainz, für ihre Unterstützung, anregende Diskussionen und die Schaffung von Freiräumen Dank sagen.

Überdies gab es für mich mehrere geistige Väter, von denen jeder ein bedeutsames Stück des Weges dieser Dissertation mit mir gegangen ist: Prof. Huppmann, Leiter der Abteilung für Medizinische Psychologie und Medizinische Soziologie der Universität Mainz, Dr. Seeger, Leiter des Psychodramainstituts Bad Zwesten, Prof. Oevermann, Begründer der Methode der objektiven Hermeneutik und tätig am Fachbereich Soziologie der Universität Frankfurt/Main, und im Besonderen mein Doktorvater, dessen Abteilung, das Institut für Sexualwissenschaft der Universitätsklinik Frankfurt/Main, mich ebenfalls unterstützte, Prof. Dannecker.

Tabellenverzeichnis

Tab. 1	Darstellung der verwendeten Übersichtsarbeiten zur Adherence von HIV-infizierten Patienten	36
Tab. 2	Dauer der HIV-Infektion	74
Tab. 3	Gruppenzuordnung der Ärzte und deren Einschätzung bzgl. der Medikamenteneinnahme.....	77
Tab. 4	Ergebnisse der „indirekten“ Befragung	78
Tab. 5	Tabletteneinnahme im vergangenen Monat.....	78
Tab. 6	Einnahmeschema in den letzten vier Tagen	79
Tab. 7	Einnahmeschema im letzten Monat.....	79
Tab. 8	„Indirekte“ Befragung und zuletzt nicht eingenommene Medikation	80
Tab. 9	Gruppenzuordnung der Ärzte und „indirekte“ Befragung der Patienten....	81
Tab. 10	Erfolg der letzten ART und Gruppenzuordnung der Ärzte	82
Tab. 11	Erfolg der letzten ART und „indirekte“ Befragung der Patienten.....	82
Tab. 12	Gruppenzuordnung der Ärzte und Fähigkeit zum Rollentausch	97

1 Einleitung

Im Rahmen meiner ärztlichen Tätigkeit mit HIV-infizierten Patienten weckte ein Aspekt der Behandlung besonders mein Interesse: Die Compliance. Dabei handelt es sich um einen aus dem 17. Jahrhundert stammenden Begriff englischer Herkunft, der in unterschiedlichen Zusammenhängen verwendet wird, um das Befolgen bzw. Einhalten einer Regel oder eines Befehls einer Autorität zu benennen (Wright 1999, S.17). In diesem Sinne wurde er auch seit langem in der Medizin verwendet. Aufgrund dieser negativen Konnotation wird in der neueren Literatur „Compliance“ häufig durch „Adherence“ ersetzt, um das Augenmerk stärker auf die partnerschaftliche Beziehung zwischen Arzt und Patient zu lenken (Chesney, Morin & Sherr, 2000, S.1600) – eine unglückliche Lösung –, da auch dieser Begriff einer traditionell patriarchalen Sichtweise entstammt, wodurch gleichsam eine asymmetrische Beziehung widerspiegelt wird. Der deutsche Begriff „Therapietreue“ rückt den Patienten ähnlich dem englischen Begriff der Adherence in eine passive Rolle¹, während „Mitarbeit am Gesundheit- und Heilungsprozess“, wie Mader (1996, S.169) ihn vorschlägt, zu lang, nur „Mitarbeit“ hingegen nicht aussagekräftig ist. Ich werde mich im Folgenden der modernen Literatur anschließen und trotz oben erwähnter Kritik – der Einfachheit wegen – in meinem Text den Begriff der Adherence gebrauchen. Bei der Einbeziehung älterer Beiträge zu dem Thema werde ich die Begriffe „Compliance“ und „Adherence“ synonym verwenden.²

Das Problem der Non-Adherence ist in der Medizin ein seit langem bekanntes Phänomen. Im Rahmen der Behandlung HIV-infizierter Patienten hat das Thema „Adherence“ erst in den letzten Jahren zunehmend an Bedeutung gewonnen. Non-Adherence wird derzeit als wichtiger Grund für ein Therapieversagen antiretroviraler Substanzen angesehen (Chesney, Morin & Sherr 2000, S.1600). Nicht adhärenente Patienten weisen überdies eine höhere Mortalität auf (Hogg et al. 2002, S.1057; Wood et al. 2003, S.718). Im HIV-Bereich liegt der Schwerpunkt der Adherence-Forschung auf der regelmäßigen bzw. unregelmäßigen Einnahme von Medikamenten, der Medikamenten-Non-Adherence, da diese den relevanten Problembereich bezüglich der Adherence im HIV-Sektor ausmacht – so auch in der vorliegenden

¹ „Nach aktuellem Verständnis reduziert sich Compliance nicht auf die passive Befolgung ärztlicher Anweisungen („Therapietreue“, „Medikationsdisziplin“), sondern stellt das Resultat einer erfolgreichen *partnerschaftlichen Kooperation zwischen Arzt/Ärztin und Patient/in* dar“ (Mühlig & Petermann 1999, S.62, Hervorhebung im Original).

² Manche Autoren differenzieren die Begriffe „Compliance“ und „Adherence“ nach den beschriebenen Nuancen (z.B. Morschner 2000, S.186). Da aber in der gängigen Literatur eine Substitution des einen Begriffes durch den anderen zu beobachten ist, soll dies bei der Verwendung älterer Quellen ebenfalls in der vorliegenden Arbeit derart geschehen.

Arbeit. Des Weiteren befasst sich die Arbeit nur mit dem Einnahmeverhalten von erwachsenen HIV-infizierten Patienten. Alternativmedizinische Methoden und Programme zur Steigerung der Adherence werden ebenfalls nicht berücksichtigt. Vielmehr ist die Idee dieser Arbeit, die Adherence unter dem besonderen Gesichtspunkt der Arzt-Patient-Beziehungen der einzelnen Patienten zu untersuchen.

Nach dem einleitenden Kapitel (Kap. 2) über die Adherence im Allgemeinen, in dem Definition, Messinstrumente sowie Einflussfaktoren beschrieben werden, wird im Kapitel 3 der derzeitige Kenntnisstand über die Adherence bei HIV-infizierten Menschen unter Berücksichtigung besonderer, für die Adherence bedeutsamer Merkmale der Erkrankung dargestellt. Im Rahmen dessen lässt sich ein bestehendes Defizit in der Adherence-Forschung im HIV-Bereich im Vergleich zur allgemeinen Adherence-Forschung hinsichtlich der Untersuchung des Einflusses der Arzt-Patient-Beziehungen auf die Adherence feststellen, was zur Wahl des Fokus der Untersuchung, die Adherence der HIV-infizierten Patienten unter dem besonderen Gesichtspunkt der Arzt-Patient-Beziehung, führte. Im Kapitel 4 folgen neben einem Exkurs über die Methode des Psychodramas, das in der vorliegenden Arbeit als Explorationsmethode eingesetzt wurde, die dazugehörigen Überlegungen, warum sich die Methode zur Exploration der Arzt-Patient-Beziehungen meines Erachtens anbietet – wie die „Doktorspiele“ gewissermaßen zur Methode wurden. Im Kapitel 5 werden die Stichprobengröße, Einschlusskriterien und die Rekrutierung sowie die Aufklärung der untersuchten Patientengruppe beschrieben. Im Folgenden wird zwischen einem quantitativen Teil (Kap. 6), in dem maßgeblich die Gruppenzuordnung in eine adhärenente und eine nicht adhärenente Gruppe für die späteren qualitativen Analysen einschließlich einer statistischen Prüfung der Gruppenzuordnung sowie eine Diskussion der quantitativen Ergebnisse behandelt werden, und einem qualitativen Teil (Kap. 7) unterschieden. In Letzterem, dem Schwerpunkt der Arbeit, wird nach einer kurzen Beschreibung des konkreten Ablaufes der Untersuchungen eine Einführung in die Methode der objektiven Hermeneutik (Exkurs 2) gegeben, die zur Auswertung der psychodramatischen Explorationen der Arzt-Patient-Beziehungen eingesetzt wurde. Daran schließen die Sequenzanalysen der ausgewählten Fälle und eine Diskussion der Ergebnisse. In dem letzten Kapitel (Kap. 8) werden die zuvor diskutierten Ergebnisse zusammengefasst und daran anknüpfend ein Ausblick skizziert.

2 Adherence/Non-Adherence

2.1 Definition Adherence/Non-Adherence

Die in der Literatur verwendeten Definitionen der Adherence sind abhängig von der Blickweise des Betrachters.¹ Viele Autoren richten sich bei der Definition des Phänomens nach der von Haynes stammenden Vorlage: „Unter dem Begriff ‚Compliance‘ versteht man den Grad, in dem das Verhalten einer Person in bezug auf die Einnahme eines Medikamentes, das Befolgen einer Diät oder die Veränderung des Lebensstils mit dem ärztlichen oder gesundheitlichen Rat korrespondiert“ (Haynes 1982a, S.12). Auf diese Definition wird ebenfalls in der vorliegenden Arbeit zurückgegriffen.

Das Thema „Non-Adherence“ behandelt eine Fragestellung, die von der ärztlichen Perspektive geprägt ist. Die Perspektive des Patienten ist eine andere: Warum soll er überhaupt Medikamente einnehmen „und wenn, warum regelmäßig... Der Patient geht von einem Zustand ohne Behandlung aus, der durch die Behandlung verändert wird. Für ihn stellt sich zunächst einmal nicht die Frage, warum er eine Medikation nicht einnimmt, sondern vielmehr, warum er sie einnehmen soll. Die Tatsache, daß ein Mensch keine Medikamente nimmt, ist zunächst einmal nicht erklärungsbedürftig, weil es das Normale und Übliche ist“ (Linden 1987, S.132f).

In der Literatur werden verschiedene Formen der mangelnden Adherence bzw. der Non-Adherence beschrieben: Die verspätete Inanspruchnahme ärztlicher Hilfe, die Nichtteilnahme an Gesundheitsprogrammen, das Nichteinhalten der Sprechstundentermine und das Nichtbefolgen ärztlicher Anordnungen (Gordis 1982, S.36). Die zuletzt genannte Form der Non-Adherence, insbesondere die nicht der ärztlichen Anordnung entsprechende Medikamenteneinnahme, kann nach unterschiedlichen Stufen differenziert werden: Nichteinnahme der verschriebenen Arzneimittel, Auslassen einzelner Dosen, die wissentliche oder unwissentliche Einnahme einer falschen Dosis des verordneten Medikamentes, Nichtbeachtung der vorgegebenen Einnahmezeit, die falsche Applikationsart, Verkürzung der empfohlenen Einnahmedauer oder die Einnahme von Medikamenten, die vom Arzt nicht rezeptiert wurden. Daneben gibt es noch verschiedene Muster der Non-Adherence: Anstieg der

¹ So heißt es z.B. im Lehrbuch der medizinischen Psychologie von Wilker u.a.: „Compliance kann definiert werden als das Verhältnis eines Istwertes (tatsächliche Therapiedurchführung) zu einem Sollwert (Therapiestandard [...]). Der numerisch dargestellte Compliancequotient kann Werte größer und kleiner als 1 annehmen, wobei der Wert 1 eine exakte Übereinstimmung von Ist- und Sollwert darstellt“ (Wilker 1994, S.285).

Adherence als Vorbereitung des Arztbesuches (tooth-brush bzw. dentist effect), regelmäßiger morgendliche als abendliche Einnahme von Arzneimitteln, mehrere konsecutive Tage ohne Einnahme (drug holidays), Störungen der Adherence durch Unterbrechungen der Alltagsroutine, z.B. durch das Wochenende oder einen Urlaub, Vernichtung der einzunehmenden Arzneimitteldosen vor dem Arztbesuch durch den Patienten (Parkplatzeffekt), das Horten bzw. Sammeln von Medikamenten und die „erratische Compliance“, die keinem bestimmten Muster folgt (Kruse 1996, S.92; Heuer, Heuer & Lennecke 1999, S.12ff; Huppmann & Silbernagel 1991, S.54ff).

Weitere spezielle Phänomene, die eine gleichzeitige Begründung des nicht adhärenen Verhaltens einbeziehen, sind die intelligente, die adaptive und die Beanspruchungs-Non-Compliance. Die intelligente Non-Compliance beschreibt das nicht adhärente Verhalten, das auf einer rationalen Entscheidung des Patienten aufgrund von Unverständnis oder Unrealisierbarkeit der Therapie bzw. Unverträglichkeit oder Unwirksamkeit der Arzneimittel basiert. Im Fall der adaptiven Non-Compliance erscheint dem Patienten die Lebensqualität ohne Therapie höher als diejenige mit Therapie. Die Beanspruchungs-Non-Compliance resultiert aus einer schwierigen Lebenskrise des Patienten, die ein Befolgen eines aufwendigen Therapieplanes vereitelt (Wilker 1994, S.285).

Das Einnahmeverhalten scheint intra- und interpersonell über einen Zeitraum sehr variabel zu sein. Der größte Teil der Patienten ist „partiell compliant“ (Kruse 1996, S.91). Die Menge der eingenommenen Medikamente wird in diversen Untersuchungen auf 30% bis 150% beziffert, bezogen auf die von den Ärzten verschriebene Medikation (Rudolf 1996, S.19). Verschiedene Autoren versuchen anhand derartiger Prozentzahlen einen Grad der Adherence zu definieren.² „Compliant“ könnte demnach z.B. heißen, dass die Medikamenteneinnahme größer oder gleich 80% der verschriebenen Präparate ist, „partiell compliant“, zwischen 20% und 79%, und „non-compliant“, weniger als 20% (Heuer, Heuer & Lennecke 1999, S.11f).

2.2 Messinstrumente

„Die häufigste Form der Non-Compliance, besonders bei der Langzeit-Therapie, ist das vollkommene Ausscheiden aus der Behandlung“ (Sackett 1982, S.337) – gewissermaßen der „nicht wiederkehrende Patient“. Eine differenzierte Analyse dieser gänzlich therapieunwilligen Patienten ist sicherlich methodisch am

² Die Frage nach einem „Schwellenwert“ der Adherence wird im späteren Teil dieser Arbeit (vgl. Kap. 3.3) bezogen auf die Adherence bei HIV-Patienten erneut aufgegriffen werden.

schwersten, wenn nicht unmöglich. Im Allgemeinen werden direkte und indirekte Messmethoden³ zur Erforschung der Adherence unterschieden.⁴

2.2.1 Direkte Messmethoden

Die direkten Verfahren zur Adherence-Messung, die im Folgenden näher ausgeführt werden, umfassen die Beobachtung, den Nachweis des Arzneimittels bzw. eines Metaboliten oder den Nachweis eines Markers in den unterschiedlichen Körperflüssigkeiten.

Eine direkte Beobachtung des Patienten wird vor allem in Phase-I von Arzneimittelstudien, in psychiatrischen Kliniken oder als „directly observed therapy“ (DOT) eingesetzt (Hasford, Behrend & Sangha 1998, S.29). Von diesen Ausnahmen abgesehen ist die direkte Beobachtung aufgrund des strukturellen und personellen Aufwandes kein Verfahren, das sich zur breiten Anwendung eignet.

Für viele Arzneimittel besteht die Möglichkeit der Bestimmung des Wirkstoffes oder dessen Metaboliten in Körperflüssigkeiten, z.B. Plasma oder Urin. Die Güte des Verfahrens hängt von der Spezifität und der Sensitivität der eingesetzten klinisch-chemischen Methoden und den ADME⁵-Eigenschaften des verabreichten Wirkstoffes ab. Die gleiche Dosierung führt bei vielen Arzneimitteln zu einer großen inter- und intraindividuellen Variation des Plasmaspiegels (ebd.).⁶

Bei klinischen Arzneimittelprüfungen kommen häufig Markersubstanzen zum Einsatz. Markersubstanzen sind pharmakologisch und chemisch inerte Stoffe, die von Körperflüssigkeiten und -gewebe nicht beeinflusst werden, nicht im Organismus kumulieren und einfach nachzuweisen sind.

³ Diese Klassifizierung, in Anlehnung an Gordis (1982), hat sich in der Literatur durchgesetzt.

⁴ Der Schwerpunkt aller im Folgenden beschriebenen Verfahren liegt bei der Erfassung der regelmäßigen Medikamenteneinnahme.

⁵ Absorption, Distribution, Metabolisierung, Exkretion.

⁶ Die Bestimmung pharmakokinetischer Daten zur Messung der Adherence birgt allerdings die Gefahr, eine Verfälschung der Daten aufgrund des „dentist effect“ zu erhalten (siehe hierzu z.B. Duran et al. 2001a, S.1077). Außerdem ist eine Art pharmakologisches Profil des Probanden wegen des unterschiedlichen individuellen Metabolismus vonnöten (Bartlett 2002, S.S4).

2.2.2 Indirekte Messmethoden

Zu den indirekten Messmethoden werden „pill count“, Patientenangaben, Einschätzung durch die Ärzte, Beurteilung des therapeutischen Erfolges, Einhalten von Arztterminen, MEMS-Caps und Apothekenlisten gezählt.

„Pill count“ oder die Arzneimittelschwundmessung bezieht sich auf den Inhalt des Behältnisses, in dem die Medikamente ausgegeben werden. Anhand eines Sollwertes, dem zu erwartenden Arzneimittelschwund, in Relation zu einem Istwert, der beobachtete Arzneimittelschwund, wird das Maß der Adherence bestimmt. Dieses einfache, kostengünstige und schnelle Verfahren gehört zu den häufig verwendeten Messmethoden. Ein Nachteil des Verfahrens ergibt sich aus der erforderlichen Kooperation der Patienten (Hasford, Behrend & Sangha 1998, S.33f).

Patientenangaben können in Form von Fragebögen, Interviews oder Tagebüchern erhoben werden. Verschiedene Untersuchungen wiesen allerdings darauf hin, dass Patientenangaben die tatsächliche Adherence erheblich zu überschätzen scheinen. Angaben über die Non-Adherence hingegen waren als vertrauenswürdig einzuschätzen. Zur Analyse der Gründe für Non-Adherence wurde das Interview⁷ als Methode von den Autoren favorisiert (Hasford, Behrend & Sangha 1998, S.34f). Morisky, Green & Levine (1986) entwickelten vier Fragen, für die sich eine Korrelation zwischen der sich daraus ergebenden Adherence und dem therapeutischen Erfolg zeigen ließ (vgl. Kap. 6.1.2).

Die Einschätzungen, die die Ärzte über die Adherence ihrer Patienten abgeben, haben verschiedenen Studien zufolge keinen signifikanten Zusammenhang mit den Angaben, die die Patienten machen. Die Aussagen der Ärzte hinsichtlich des adherenten Verhaltens schienen von deren Sichtweise bezüglich der Ernsthaftigkeit des Zustandes des Patienten sowie bezüglich der Effektivität der Behandlung beeinflusst zu sein (Goldberg, Cohen & Rubin 1998, S.1875f). Eine Analyse verschiedener Untersuchungen kam zu dem Ergebnis, dass „Ärzte die Einnahmезuverlässigkeit ihrer Patienten nicht besser beurteilen konnten, als wenn sie geraten hätten“ (Gordis 1982, S.53).⁸

⁷ Weitere Angaben zur Methode des Interviews bzw. dessen Auswertung werden von den Autoren nicht gemacht.

⁸ Untersuchungen mit den behandelnden Ärzten von HIV-Patienten konnten diese von vielen Wissenschaftlern für chronische Erkrankungen gezeigten Ergebnisse bestätigen (Gross et al. 2002; Miller et al. 2002; Murri et al. 2002; Fogarty et al. 2002). Eine Studie weist allerdings die ärztliche Einschätzung im Vergleich mit der Selbsteinschätzung und der Fremdeinschätzung durch eine nahestehende Person als die zuverlässigste Methode aus (Vincke & Bolton 2002, S.492).

Die Beurteilung des therapeutischen Erfolges ist ein wichtiges Indiz, nach dem die Ärzte ihr Urteil über die Adherence fällen. Als wissenschaftliche Methode zur Messung birgt sie Gefahren: „Das Eintreten einer erwarteten Wirkung ist jedoch nur ein sehr restriktiv zu nutzender Indikator für Compliance, da er unter anderem eine fixe Compliance-Wirkungs-Beziehung voraussetzt, eine Bedingung, die fast nie erfüllt ist“ (Hasford, Behrend & Sangha 1998, S.35).

Als Indikator für das Maß der Adherence wird ebenfalls das Einhalten von Arztterminen verwendet. Es ist jedoch kein geeignetes Kriterium zur Adherencemessung, da die Wechselbeziehung zwischen der Termineinhaltung und der Adherence sehr gering ist (ebd.).

Eine neuere Methode zur Bestimmung der Adherence sind MEMS⁹-Caps. Dabei handelt es sich um spezielle Behälter, in deren Deckel Mikrochips eingearbeitet sind, die das Öffnen und Verschließen des Behältnisses mit Datum und Uhrzeit dokumentieren. Die Aufzeichnungen können später in den PC eingelesen werden.¹⁰

Mittels Apothekenlisten kann überprüft werden, ob ein Rezept überhaupt und in welchen zeitlichen Abständen die folgenden Rezepte eingelöst wurden. Im Falle der Nichteinlösung ist ein Schluss auf die Non-Adherence möglich. In Deutschland ist der Einsatz dieses Verfahren allerdings aufgrund des Datenschutzes unzulässig (Hasford, Behrend & Sangha 1998, S.36).

2.2.3 Bewertung der Messmethoden

Offensichtlich existiert ein Bewusstsein über die Schwierigkeiten bezüglich der Messbarkeit der Adherence in der Literatur. Sowohl Gordis (1982) als auch Hasford u.a. (1998) stellen einen Vergleich der einzelnen Messmethoden auf: „Insgesamt betrachtet sind die Verfahren zur Messung der Compliance noch nicht völlig befriedigend. Es zeigt sich, daß kein Verfahren alle möglichen Erkenntnisinteressen zu befriedigen vermag“ (Hasford, Behrend & Sangha 1998, S.40). Außerdem wird eine

⁹ Medication Event Monitoring System.

¹⁰ Der Einsatz von MEMS-Caps war zunächst ausschließlich für wissenschaftliche Zwecke gedacht. In der Schweiz gibt es bereits ein Pilotprojekt, bei dem die Abgabe der Medikamente durch die Apotheken in entsprechenden Behältnissen geschieht, um die Regelmäßigkeit der Tabletteneinnahme zu überprüfen. Zudem wird von pharmazeutischen Firmen geprüft, ob die Abgabe von Arzneimitteln, bei denen eine besonders strikte Adherence erforderlich ist, in MEMS-Caps zur Routine werden soll (Urquhart 2000, S.21).

mögliche Manipulation der Messungen durch das Subjekt in den die Messmethoden vergleichenden Analysen wenig reflektiert.

Während Hasford u.a. in ihrer Analyse MEMS-Caps als eine Art „Goldstandard“ der Adhärenzmessung ansehen (Hasford, Behrend & Sangha 1998, S.36), zeigen Untersuchungen im Kollektiv der HIV-Patienten, dass gerade für diese Gruppe der Patienten die Verwendung von MEMS-Caps aufgrund der Komplexität der HIV-Regimes¹¹ und aufgrund des Lebensstils nicht „the magic bullet“ (Samet et al. 2001, S.28) sind. Es kann sogar durch den Einsatz dieser Behältnisse zu einer Störung der persönlichen Adhärenz-Strategien kommen (Wendel et al. 2001, S.1013). Den meisten Erfolg verspricht die Verwendung unterschiedlicher Messtechniken. Die Selbstbeobachtung stellt darunter eine zuverlässige Alternative dar (Samet et al. 2001, S.28). Dabei muss aber eine potentielle Überschätzung der Patienten hinsichtlich ihrer eigenen Adhärenz berücksichtigt werden. So zählten z.B. Chesney u.a. verschiedene Untersuchungen im HIV-Bereich auf, anhand derer gezeigt wurde, dass sich Patienten beim Ausfüllen der Fragebögen betreffs der Arzneimittelaufnahme als gewissenhafter einstufen, als die Kontrolluntersuchungen¹² auswiesen (Chesney, Morin & Sherr 2000, S.1602). Bei einer anderen Studie mit HIV-Patienten ließ sich eine Überschätzung der Adhärenz durch Selbstbeobachtungsbögen von 20-25% im Vergleich zu den mit MEMS-Caps gemessenen Werten beobachten. Diese Abweichungen waren unabhängig von der einzunehmenden Tablettenmenge (Wagner & Rabkin 2000, S.407). Hasford u.a. schlagen zur Umgehung dieses Problems strukturierte Interviews oder einen Fragebogen vor, der möglichst wenig moralisierend die Arzneimittelanwendung des Patienten erhebt (Hasford, Behrend & Sangha 1998, S.40).

2.3 Einflussfaktoren auf die Adhärenz

Müsste der einzelne nur einmalig eine nebenwirkungsfreie Tablette einnehmen, um von einer Krankheit geheilt zu werden, wäre das Thema „Adhärenz“ vermutlich kaum von Bedeutung. Jede langfristige Therapie ist aus Sicht des Patienten ein mehr oder weniger notwendiges Übel. Somit hat jede Therapie a priori eine negative

¹¹ Die MEMS-Caps zur Aufbewahrung der Medikamente für die Behandlung der HIV-Infektion müssten aufgrund der hohen Tablettenzahlen mancher Regimes die Größe kleiner Eimer besitzen, um die monatliche Ration nur eines Medikamentes der Dreifachkombination beherbergen zu können. Zudem müssten im Schnitt pro Patient drei Boxen benutzt und dementsprechend mitgeführt werden.

¹² Als Kontrolluntersuchung verwendeten die Autoren den therapeutischen Erfolg. So zeigte sich nur bei 60% derer, die eine 90% bis 100% Adhärenz angaben, eine Viruslast unter der Nachweisgrenze (ebd.).

Färbung. Ein positiver Nutzen¹³ ergibt sich daraus, dass durch die Medikamenteneinnahme ein Zustand verändert bzw. „ausgeschlossen“ werden kann, der negativer als die Medikamenteneinnahme seitens des Patienten eingestuft wird.

Die verschiedenen Determinanten, die allgemein einen Einfluss auf die Adherence haben, lassen sich nach Haynes u.a. wie folgt strukturieren: Patientenmerkmale, Krankheitsmerkmale, Behandlungsmerkmale und Merkmale der Arzt-Patient-Interaktion (Haynes, Taylor & Sackett 1982; Meichenbaum & Turk 1994). Im Folgenden werden verschiedene Metaanalysen referiert, die Prädiktoren für adhärentes bzw. nicht adhärentes Verhalten herausarbeiten. Dabei wird vornehmlich auf das „Compliance Handbuch“ von Haynes, Taylor und Sackett (1982), die erste grundlegende Analyse der Adherence-Forschung, zurückgegriffen und selbiges durch neuere Erkenntnisse ergänzt. Im Anschluss werden einzelne Modelle zur Erklärung adhärenenten bzw. nicht adhärenenten Verhaltens dargestellt.

2.3.1 Patientenmerkmale

Die Patientenmerkmale, die mit einer erhöhten Wahrscheinlichkeit adhärenenten Verhaltens einhergehen, sind: Höheres Alter, der Familienstand „verheiratet“, ein besserer Wissensstand bezüglich der Therapie, der Erhalt sozialer, emotionaler und finanzieller Unterstützung, die Erfahrung der Wirksamkeit einer Therapie sowie die Wahrnehmung ihrer Nützlichkeit, eine höhere Einschätzung des eigenen Kontrollvermögens über Gesundheit und Krankheit, eine stärkere Überzeugung der eigenen Wirksamkeit („self-efficacy“)¹⁴, das Wissen um die lebenslange Behandlungsnotwendigkeit (Hasford, Behrend & Sangha 1998, S.23f), die Überzeugung der Krankheitsanfälligkeit, die Erkenntnis der Ernsthaftigkeit der Erkrankung, Zufriedenheit mit der bisherigen medizinischen Betreuung und die Unterstützung durch die Familie (Huppmann & Silbernagel 1991, S.54f). Einen negativen Einfluss auf die Adherence haben die folgenden Patientenmerkmale: Ein niedriges Alter, ein hohes Alter, berentet, männlich, allein stehend, eine schwarz-afrikanische Abstammung, die Zugehörigkeit zu ethnischen Minoritäten, ein niedriger Bildungsstand, eine kognitive Beeinträchtigung, finanzielle Not bzw. Bedürftigkeit, eine fehlende Unterstützung beim Umsetzen der Therapie, ein niedriges Einkommen, die Stigmatisierung durch die Therapie, soziale Isolierung, das Unvermögen, die Therapie in die tägliche

¹³ Der Begriff „Nutzen“ in diesem Kontext entstammt dem „Health Belief Model“ nach Maimann & Becker (1974). Ein zu erwartender, späterer Nutzen wird allerdings weniger günstig bewertet, da sich Patienten auf ein schmales Zeitfenster im Präsens zu konzentrieren scheinen (Travis, Phillippi & Tonn 1989, S.216).

¹⁴ Bandura definiert „self-efficacy“ so: „Perceived self-efficacy refers in beliefs in one's capabilities to organize and execute courses of action required to produce given attainments“ (Bandura 1997, S.3).

Routine zu integrieren, feindselige Gefühle, eine nicht den Erwartungen entsprechende Therapie bzw. ein nicht den Erwartungen entsprechender Therapieerfolg, die Akzeptanz der Krankenrolle, die Angst vor diagnostischem Vorgehen, die Wahrnehmung negativer Aspekte im Zusammenhang mit der Behandlung, eingeschränkte motorische Fähigkeiten, eine eingeschränkte Befähigung zur Entscheidungsfindung und Problemlösung (Hasford, Behrend & Sangha 1998, S.23f), die Enttäuschung der Erwartungen an die ärztliche Betreuung, eine (altersbedingte) Einschränkung des Auffassungsvermögens bzw. der Merkfähigkeit, die Angst vor Abhängigkeit von dem Arzneimittel, Angst vor Nebenwirkungen und die Ablehnung allopathischer Pharmakotherapie (Huppmann & Silbernagel 1991, S.55).

2.3.2 Krankheitsmerkmale

Krankheitsbezogene Faktoren sind im Allgemeinen vergleichsweise unwichtige Determinanten für die Adherence. Verschiedene Studien wurden von Haynes auf eine Korrelation zwischen der Diagnose und der Adherence des Patienten untersucht. Dabei zeigte sich, dass schizophrene Patienten, Patienten mit paranoiden Wesenszügen und solche mit Persönlichkeitsstörungen weniger den ärztlichen Anweisungen folgten als die übrigen psychiatrischen Patienten. Allgemein waren psychiatrische Patienten weniger adhärent als die, die keine psychiatrische Diagnose aufwiesen. Insbesondere Depressionen werden als negativer Prädiktor für die Adherence beschrieben (Hasford, Behrend & Sangha 1998, S.22). Das Einnahmeverhalten scheint sich hinsichtlich verschiedener Diagnosen mit Ausnahme der psychiatrischen Erkrankungen nicht zu unterscheiden. Bei Untersuchungen zum Zusammenhang zwischen Schweregrad einer Erkrankung und der Adherence zeigte sich, dass entgegen den Erwartungen eine Zunahme des Schweregrades der Krankheitssymptome nicht zu einer Erhöhung der Adherence führte. Eine Zunahme der Krankheitssymptome (Haynes 1982b, S.63ff) bzw. der Zustand des Endstadiums, besonders bei zusätzlicher physischer Schwächung (Hasford, Behrend & Sangha 1998, S.22), scheint mit einer Abnahme der Adherence assoziiert zu sein. Die Wahrscheinlichkeit eines nicht adhärenen Verhaltens ist allerdings ebenfalls bei einer symptomlosen Erkrankung (Huppmann & Silbernagel 1991, S.56) bzw. bei dem Gefühl des Patienten, gesund zu sein (Hasford, Behrend & Sangha 1998, S.22), erhöht. Der Zusammenhang zwischen dem Schweregrad der Erkrankung und der Adherence lässt sich als eine Parabel-Funktion beschreiben, deren Scheitelpunkt mit dem maximalen Wert der Adherence bei mittlerer Schwere der Krankheit liegt (Heuer, Heuer & Lennecke 1999, S.56).

2.3.3 Behandlungsmerkmale

Die Behandlungsmerkmale lassen sich in Überweisungspraktiken, die Dauer der Behandlung, unterschiedliche Therapieregimes und deren Nebenwirkungen gliedern.

Bezüglich der Überweisungspraktiken hat sich gezeigt, dass die Wahrscheinlichkeit zur Einhaltung von Arztterminen sinkt, wenn zwischen der Überweisung und dem Termin längere Zeit vergeht (Haynes 1982, S.66). Individuell vereinbarte Konsultationstermine wirken sich positiv auf die Adherence aus (Huppmann & Silbernagel 1991, S.56), während längere Wartezeiten ungünstig zu sein scheinen (Haynes 1982, S.66).

Eine längere Behandlungsdauer geht mit einer Abnahme der Adherence einher (Haynes 1982, S.72).¹⁵ Mehrere Arzneimittel (Haynes 1982, S.73), eine zunehmende Anzahl der Dosierungen pro Tag, in die tägliche Routine eingreifende Maßnahmen (Hasford, Behrend & Sangha 1998, S.22f), sehr komplexe Therapieschemata und vor allem verordnete massive Verhaltensänderungen (Huppmann & Silbernagel 1991, S.56) sind mit einer schlechteren Adherence assoziiert. Weiterhin zeigen komplizierte Applikationsformen (Heuer, Heuer & Lennecke 1999, S.59) und die Abgabe von Arzneimitteln in Packungen mit Sicherheitsverschlüssen (Haynes 1982, S.75) ebenfalls einen negativen Einfluss auf die Adherence. Eine transdermale oder parenterale Applikation wirkt sich hingegen positiv aus (Hasford, Behrend & Sangha 1998, S.23). Signifikante Unterschiede ergeben sich auch bei einzelnen Arzneimittelgruppen, so ist z.B. ein höherer Grad der Adherence bei Antidiabetika und herzwirksamen Pharmaka zu beobachten (Haynes 1982, S.72).

Haynes verglich in seiner Darstellung zahlreiche Untersuchungen, in denen Patienten nach den Gründen der Non-Adherence befragt wurden. Dabei stand die Angabe von Nebenwirkungen an letzter Stelle der von den Patienten genannten Ursachenliste (Haynes 1982, S.74). In anderen Studien wurden jedoch negative Auswirkungen auf die Adherence aufgrund von Nebenwirkungen hervorgehoben (Hasford, Behrend & Sangha 1998, S.23). In einer Analyse von Basler und Weißbach wird die Angst vor Nebenwirkungen von 22,5% der Patienten als Grund für die Non-Adherence benannt (Basler & Weißbach 1984, S.334).

¹⁵ Zu dieser Schlussfolgerung kommen die meisten Autoren, wobei auch gegenteilige Untersuchungen zu erwähnen sind (z.B. Kjellgren et al. 1995).

2.3.4 Merkmale der Arzt-Patient-Interaktion

Die Arzt-Patient-Beziehung wird von vielen Autoren als wichtiger Einflussfaktor auf die Adherence beschrieben (Vermeire et al. 2001, Ohya et al. 2001, Wright 2000, Kiortsis et al. 2000, Thom et al. 1999, Wöller et al. 1998, Kruse 1996, Meise, Gunthe & Gritsch 1992, Belau 1991, Heszen-Klemens & Lapinska 1984). Gleichzeitig wird die Adherence des Patienten als Indikator für die Effektivität der Arzt-Patient-Kommunikation angesehen (Ong et al. 1995, S.991; Kaplan, Greenfield & Ware 1989, S.S119ff). Die folgenden verbalen Verhaltensmuster des Arztes waren in der Metaanalyse von Beck, Daughtridge und Sloane sowohl mit der Zufriedenheit des Patienten als auch mit der Adherence und dem Verständnis oder der Wahrnehmung einer guten Arzt-Patient-Beziehung assoziiert: Empathie, Beruhigung und Unterstützung, patienten-zentriertes Verhalten, Höflichkeit, Freundlichkeit, Erklärungen geben und positive Verstärkung. Weiterhin scheinen Humor und Lachen sich positiv auszuwirken. Als günstige nonverbale Verhaltensweisen wurden eine nach vorne gelehnte Sitzhaltung sowie ein direkter Blickkontakt beschrieben (Beck, Daughtridge & Sloane 2002, S.34f). Eine therapeutische¹⁶ Arzt-Patient-Beziehung ist diejenige, die auf den Patienten basiert, ihm zum Zweck gereicht und emotional unterstützend wirkt, d.h. die Interessen des Arztes sind, sofern seine psychische Gesundheit nicht beeinträchtigt wird, nur zweitrangig (Ramos Fuentes et al. 2000, S.48f). Die Arzt-Patient-Beziehung bleibt ein Begriff, der schwierig zu operationalisieren ist, weil er immer auch abhängig von der subjektiven Sichtweise des Patienten ist. „Obgleich dieser Terminus [Arzt-Patient-Beziehung, U.E.] häufig verwendet wird und seine Bedeutung für medizinische Fragen für groß gehalten wird, weiß man erstaunlich wenig Konkretes darüber“ (Hulka 1982, S.77f).¹⁷

Eine bessere Adherence ist zu erwarten, wenn der Arzt sich intensiv um den Patienten kümmert und auf dessen Erwartungen eingeht (Hulka 1982, S.93; Huppmann & Silbernagel 1991, S.57). Als weitere Faktoren, die sich positiv auf die Adherence auswirken, werden beschrieben: Häufiges patienten-zentriertes Verhalten auf Seiten des Arztes (Ong et al. 1995, S.991; Vermeire et al. 2001, S.337), die Zufriedenheit mit den persönlichen und fachlichen Qualitäten des Arztes (Hulka 1982, S.91), Ärzte mit höheren Patientenzahlen pro Woche, die selbstberichtete Bereitschaft der Ärzte, alle Fragen ihrer Patienten unabhängig von der beanspruchten Zeit zu beantworten, eine allgemeine Zufriedenheit des Arztes mit seinem Beruf (DiMatteo et al. 1993,

¹⁶ Die Autoren verwenden den Begriff der „therapeutischen“ Arzt-Patient-Beziehung, da eine gute Arzt-Patient-Beziehung nach ihrer Ansicht wie ein therapeutischer Faktor im kurativen Prozess funktioniert (Ramos Fuentes et al. 2000, S.44).

¹⁷ Auf Schwierigkeiten hinsichtlich der Beurteilung des Einflussfaktors „Arzt-Patient-Beziehung“ wird im Kap. 2.3.6 gesondert eingegangen.

S.99f), die Freundlichkeit des Arztes, die Ermunterung zur Kooperation, die Verbesserung der didaktischen Fähigkeiten des Arztes, die Einbeziehung spiritueller und psychischer Dimensionen, das genaue Wiedererkennen des Problems des Patienten seitens des Arztes, ein partnerschaftliches Verhalten mit Einbeziehung des Patienten in die Entscheidungsfindung und eine verständliche Informationsvermittlung (Vermeire et al. 2001, S.337f).

Ein Informationsmangel seitens des Patienten korrelierte positiv mit der Unzufriedenheit mit der ärztlichen Besprechung, die wiederum einen Zusammenhang mit der Non-Adherence zeigte (Saafan & Egger 1998, S.15). Heszen-Klemens und Lapinska konnten zeigen, dass die Erinnerung an die ärztlichen Therapieinstruktionen schlechter war, wenn sich der Arzt direkter verhielt. Eine bessere Merkfähigkeit der ärztlichen Anweisungen bestand, wenn der Arzt freundlicher war, das Gespräch partnerschaftlicher verlief und die Patienten mehr Fragen stellten (Heszen-Klemens & Lapinska 1984, S.14).

Eine Abnahme der Adherence ist zu erwarten, wenn der Arzt den betreffenden Patienten autoritär behandelt (Huppmann & Silbernagel 1991, S.57), wenn es zum Rollenwechsel hinsichtlich Aktivität und Passivität zwischen Arzt und Patient kommt (Davis 1971, S.41), bei Verständigungsproblemen wegen unterschiedlicher Kommunikationsebenen von Arzt und Patient, im Falle der allgemeinen Unzufriedenheit des Patienten mit der ärztlichen Versorgung, bei Sprachbarrieren, beim Fehlen verständlicher Erklärungen zur Therapie sowie korrekter spezifischer Therapieanweisungen, im Falle des Ignorierens von Adherence-Problemen durch den Arzt, bei Vermittlung fehlenden Interesses sowie bei mangelnder Einbeziehung des Patienten in Entscheidungen bezüglich der Behandlung oder bereits bestehender Therapien in neue Behandlungsempfehlungen (Hasford, Behrend & Sangha 1998, S.24), bei Arztwechsel und bei Abnahme der Kommunikation zwischen Arzt und Patient (Hulka 1982, S.90ff). Die soziodemographischen Variablen des Arztes zeigten hingegen keinen Einfluss auf die Adherence des Patienten (DiMatteo et al. 1993, S.99).

2.3.5 Modelle zur Erklärung adhärenenten Verhaltens

Im Folgenden sollen exemplarisch¹⁸ komplexe Ansätze zur Erklärung adhärenenten Verhaltens dargestellt werden. Ein Modell, das u.a. adhärenentes bzw. nicht adhärenentes Verhalten zu erklären versucht, ist das Health Belief Model (Maimann &

¹⁸ Eine vollständige Darstellung aller existierenden Modelle würde im Rahmen der vorliegenden Arbeit zu weit führen.

Becker 1974). Danach lässt sich eine Aussage über das Gesundheitsverhalten resp. die Adherence des Patienten wie folgt ableiten: Aus der wahrgenommenen Gefährlichkeit der Krankheit und der wahrgenommenen Gefährdung durch die Krankheit resultiert für den Patienten eine wahrgenommene Bedrohung durch die Erkrankung. Diese wird von dem Patienten in Relation zu den wahrgenommenen Kosten bzw. Barrieren und dem wahrgenommenen Nutzen gesundheitsförderlichen Verhaltens gesetzt. Die Entscheidung des Patienten, sich gesundheitsförderlich zu verhalten, ergibt sich aus der Abwägung der beschriebenen Determinanten (Becker et al. 1982, S.94ff) – eine Kosten-Nutzen-Rechnung. Eine experimentelle Überprüfung¹⁹ des Ansatzes ist indessen nur teilweise vollzogen worden (Vermeire et al. 2001, S.335). Die Theorie des „Health Locus of Control“ (Rotter 1966; Wallston et al. 1978) wurde ebenfalls zur Erklärung adhärenenten Verhaltens herangezogen. Danach werden Menschen mit internalen und externalen Kontrollüberzeugungen unterschieden. Eine interne Attribuierung bedeutet, dass das Individuum davon ausgeht, selbst die Kontrolle auszuüben, während bei einer externalen Attribuierung die Kontrolle von Außen zu kommen scheint. Die Ergebnisse der verschiedenen Studien, die Unterschiede zwischen internaler und externaler Attribuierung bezüglich der zu erwartenden Adherence untersuchen, sind jedoch uneinheitlich.²⁰ Andere Modelle zur Erklärung des Gesundheitsverhaltens wie die Theorie der Schutzmotivation²¹, die Theorie des geplanten Verhaltens²² oder der Selbstwirksamkeitserwartung („self-efficacy“)²³ wurden zur Beschreibung gesundheitsförderlichen Verhaltens herangezogen. Allen genannten Theorien ist gemeinsam, dass Menschen fähig zur Vorausschau, zur Planung und zu rationalen Entscheidungen sind. Zudem werden Modelle aufgeführt, die eine geplante Verhaltensänderung – vom nicht adhärenenten Verhalten zum adhärenenten Verhalten – einbeziehen (Brawley & Culos-Reed 2000, S.158Sff). Stellvertretend für diese Ansätze sei das Transtheoretische Modell genannt, nach dem eine Verhaltensmodifikation sich als ein mehrstufiger Prozess²⁴

¹⁹ Von den Autoren wird nicht weiter ausgeführt, wie diese experimentelle Überprüfung vonstatten gehen könnte (ebd.).

²⁰ Auch in Übersichtsarbeiten zum Thema „Health Locus of Control“ lassen sich diese Widersprüche finden: Wallston und Wallston tendieren dazu, dass gesundheitsbezogenes Verhalten generell öfter bei internal attribuierenden Menschen zu finden ist (Wallston & Wallston 1978, S.112), Lohaus hingegen schreibt, dass das „Befolgen ärztlicher Anweisungen im Rahmen medizinischer Therapien ... am ehesten bei erhöhten Ausprägungen der sozialen Externalität zu erwarten“ ist (Lohaus 1992, S.81).

²¹ Die Theorie der Schutzmotivation (protection-motivation theory, Rogers 1983) erklärt gesundheitsbezogene Intentionen aus dem Zusammenwirken der vier Elemente: Gefährlichkeit und Gefährdung, Ergebniserwartung und Kompetenzerwartung.

²² Die Theorie des geplanten Verhaltens (theory of planned behavior, Ajzen 1991) postuliert, dass ein nicht vollständig unter willentlicher Kontrolle stehendes Verhalten durch die Absicht bzw. Intention bestimmt wird, diese Verhaltensweise auszuführen, und die subjektiv wahrgenommene Möglichkeit, dieses Verhalten auszuführen.

²³ Zum Begriff „self-efficacy“ vgl. Fußnote 14 im Kap. 2.3.1.

²⁴ Es lassen sich sechs Stufen der Veränderung im Rahmen des Modells beschreiben: precontemplation, contempalction, preparation, action, maintenance, termination.

vollzieht, bei dem verschiedene Stufen zur endgültigen Verhaltensänderung über eine Zeitspanne durchlaufen werden müssen (Prochaska & DiClemente 1982).

Die im folgenden Abschnitt dargestellten tiefenpsychologischen Erklärungsansätze widersprechen den oben beschriebenen, gewissermaßen deskriptiven Ansätzen nicht, sondern beschäftigen sich vornehmlich mit den Beweggründen, die ein rationales Handeln des Subjekts bezüglich des Gesundheitsverhaltens beeinträchtigen. Eine psychodynamische Sinndeutung für Non-Adherence lautet, dass „sich der Patient trotz gewisser Fortschritte ohnmächtig der Krankheit und der Behandlung ausgeliefert fühlt und sie depressiv oder aggressiv verarbeitet. Unter Umständen wehrt er sich gegen die als übermächtig erlebte medizinische Welt, indem er pseudoautonom agiert und ärztliche Anordnungen demonstrativ nicht befolgt“ (Rudolf 1996, S.419). Ein anderer Ansatz, der zur Erklärung eines in der Untersuchung von Asthmapatienten (Wöller et al. 1998) gefundenen Zusammenhangs zwischen zentralem Beziehungsmuster²⁵ und Risikokrankheitsverhalten dient, zieht die psychoanalytisch-objektbeziehungspsychologische Theorie heran: „Diese geht von der Vorstellung aus, daß Personen, die in ihrem zentralen Beziehungsmuster, d.h. in der Beziehung zu der ihnen am nächsten stehenden Person, emotionale Unterstützung erfahren, zu einer besseren Akzeptanz ihrer chronischen Erkrankung gelangen können. Durch diese Beziehungserfahrung verfügen sie über eine wichtige Quelle narzißtischer Bestätigung, so daß sie die mit der Erkrankung verbundene Beeinträchtigung ihres Selbstwertgefühls und die mit der realen Abhängigkeit von einer antiasthmatischen Medikation verbundene Bedrohung ihres Autonomiegefühls besser kompensieren können. Insofern gelingt es diesen Personen besser, die mit der regelmäßigen Einnahme verbundene reale Abhängigkeit von der Medikation zu akzeptieren, wodurch sie weniger im Dienste ihrer Autonomieregulierung zu noncompliantem Verhalten gezwungen sind. In ähnlicher Weise führen notwendige Arztkontakte weniger zur Aktivierung unbewußter Abhängigkeitswünsche und -ängste als bei Patienten, deren zentrales Beziehungsmuster als weniger hilfreich erlebt wird“ (Wöller et al. 1998, S.106).

Ein weiterer von Wöller u.a. gefundener Zusammenhang zwischen der als wenig hilfreich bzw. bedrohlich erlebten Kortisonmedikation und dem als wenig hilfreich wahrgenommenen zentralen Beziehungsmuster wird als zusätzliche Bedrohung des Selbstwert- und Autonomiegefühls durch die Notwendigkeit der Kortisoneinnahme gedeutet. Die Einnahme der Kortisonpräparate wird von Patienten mit ausgeprägter Autonomie-Abhängigkeitsproblematik als eine Niederlage erlebt, die Medikation als

²⁵ Das zentrale Beziehungsmuster wurde entsprechend der Schlüsselfigur nach Engel und Schmale konzeptionalisiert.

etwas Bedrohliches und Unberechenbares angesehen. „Die Verschiebung des Bedrohungserlebens auf das Medikament ‚Kortison‘ wäre demnach als Maßnahme im Dienste der Selbstwert- und Autonomieregulierung zu verstehen“ (ebd.).

Dannecker vermutet hinter den meisten von Patienten genannten Gründen²⁶ für ihre Non-Adherence Rationalisierungen und als Ursache des nicht adhärenen Verhaltens einen Autonomiekonflikt. „Immer dann, wenn die Patienten sich in unerträglicher Weise abhängig von ihren Medikamenten, ihren Ärzten oder dem Medizinsystem insgesamt fühlen, kommt es zu dem Impuls, sich den verordneten Erwartungen zu entziehen“ (Dannecker 2001, S.414). Conrad schlägt vor, Non-Adherence als eine Form der Selbstregulation zu sehen, bei der der Patient die Kontrolle²⁷ über seine Erkrankung zur Geltung bringt (Conrad 1985, S.31).

2.3.6 Zusammenfassende Bewertung: Einflussfaktoren auf die Adherence

Die Adherence lässt sich weniger als ein statisches Phänomen, sondern vielmehr als eine Von-Tag-zu-Tag-, wenn nicht sogar Von-Dosis-zu-Dosis-Entscheidung konzeptualisieren (Wilson, Hutchinson & Holzemer 2002, S.1314ff). Ickovics und Meade bezeichnen Adherence als ein dynamisches Verhalten, determiniert durch eine Matrix unterschiedlicher Faktoren, die sich gegenseitig beeinflussen können – so führt eine bessere Adherence zu einem besseren therapeutischen Erfolg, wodurch das Vertrauen in die Therapie und die Motivation zur Adherence steigen kann (Ickovics & Meade 2002, S.S98f).

In zahlreichen Studien wird der Anschein einer „linearen Kausalität“ zur Beurteilung der Adherence-Probleme erweckt, demzufolge es für ein komplexes Geschehen eine einfache Erklärungsformel gibt. Dem widersprechen verschiedene Autoren (z.B. Dunbar-Jacob & Mortimer-Stephens 2001, S.S58; Belau 1991, S.134), denn eine solche Auffassung kann dem vielschichtigen Problem „Adherence“ nicht gerecht werden. Die Heterogenität der in den vergangenen Kapiteln skizzierten Ergebnisse erschwert eine einheitliche Bewertung der Einflussfaktoren auf die Adherence.

²⁶ Das Vergessen war in verschiedenen Untersuchungen der am häufigsten angegebenen Grund für Non-Adherence seitens der Patienten (Schuman et al. 2001, S.376; Chesney et al. 2000, S.263; Simoni et al. 2002, S.436; Spire et al. 2002, S.1484). Ein anderer oft genannter Grund ist das Verschlafen der Tabletteneinnahme (Murphy et al. 2000, S.52).

²⁷ Conrad nimmt eine patientenzentrierte Betrachtungsweise für Abweichungen der Medikation ein und beschreibt die durch die Patienten vorgenommenen Änderungen der Medikation als eine Selbstregulation, die aus vier Gründen vorgenommen wird: Die eigenständige Veränderung der Medikation bedeutet für den Patienten Ausprobieren, ob die Krankheit noch vorhanden ist, Minimierung der Abhängigkeit, Entstigmatisierung und als Antizipation spezieller sozialer Umstände (Conrad 1985, S.33ff).

Insbesondere die soziodemographischen Variablen scheinen keine reliable Vorhersage der Adherence zu ermöglichen (Dunbar-Jacob & Mortimer-Stephens 2001, S.58). So lässt sich häufig für einen im Rahmen einer Analyse dargestellten Prädiktor der Adherence in anderen Untersuchungen der gegenteilige Effekt desselben Prädiktors zeigen.²⁸ Viele Korrelationen zwischen einzelnen Merkmalen und der Adherence sind nur schwach ausgeprägt (Vermeire et al. 2001, S.334) und zahlreiche Analysen wurden zudem ausschließlich uni- bzw. bivariat durchgeführt. Es erscheint allerdings nicht sinnvoll z.B. den Einfluss einer Rasse ohne Einbezug der Bildung bzw. des Einkommens oder den des Alters ohne die soziale Unterstützung etc. zu erfassen. Schwierig gestaltet sich weiterhin die Vergleichbarkeit der einzelnen Untersuchungen, da die Adherence in den Studien mit verschiedenen Methoden (vgl. Kap. 2.2) gemessen wurde. Es scheinen speziell die komplexeren Einflussfaktoren wie insbesondere die Arzt-Patient-Beziehung, die Selbstwirksamkeit („self-efficacy“), die soziale Unterstützung, die Überzeugungen des Patienten hinsichtlich der Medikation im Speziellen und der Medizin im Allgemeinen sowie die subjektiven Krankheitstheorien für die Adherence von Bedeutung zu sein (Vermeire et al. 2001, S.335f; Williams & Bond 2002, S.132ff; Meichenbaum & Turk 1994, S.33ff). Die genannten komplexen Einflussfaktoren finden zum Teil Eingang in die im letzten Kapitel vorgestellten Modelle zur Erklärung adhärenenten Verhaltens. Dabei sind die der Entscheidungstheorie entlehnten Modelle, das Health Belief Model, die Theorie des „Health Locus of Control“ etc., tendenziell als deskriptiv zu begreifen – sie dienen einer Beschreibung, wie es zu gesundheitsförderlichem Verhalten aufgrund gewichteter Einflussfaktoren kommt, liefern aber keine Erklärungsmodelle, wie Patienten zu dieser Gewichtung gelangen. Wenig beleuchtet scheint überdies die Perspektive des Patienten in der bisherigen Adherence-Forschung (Vermeire et al. 2001, S.333).

Beispielhaft soll nun die Verzahnung der oben genannten Einflussfaktoren illustriert werden: Bei der genaueren Betrachtung des Faktors „Arzt-Patient-Beziehung“ zeigt sich, dass vor allem die Zufriedenheit mit der Arzt-Patient-Beziehung in die entsprechenden Adherenceuntersuchungen einbezogen wurde (z.B. Huppmann & Silbernagel 1991, S.54f; Hulka 1982, S.91; Saafan & Egger 1998, S.15; Hasford, Behrend & Sangha 1998, S.24; Taylor 1995, S.357). Nach Balint wird der Arzt häufig zur stellvertretenden Figur der Krankheit in der Wahrnehmung des Patienten (Balint 2001, S.317). D.h. eine Zufriedenheit mit der Arzt-Patient-Beziehung existiert nicht

²⁸ Z.B. ist ein höheres Alter mit einem positiven Einfluss (Kiortsis et al. 2000) oder einem negativen Einfluss (Kjellgren, Ahlner & Slijio 1995) auf die Adherence assoziiert, andere Studien zeigen keinen Zusammenhang zwischen Alter und Adherence (Haubrich 1999).

losgelöst von den Begriffen „Krankheitsverhalten“ oder „Coping“²⁹, da sich nach Balint die Einstellung zur Krankheit in der Arzt-Patient-Beziehung zu reproduzieren scheint. So empfinden Patienten von der Krankheit auferlegte Entbehrungen als vom Arzt kommend, vielfach vergesellschaftet mit negativen Gefühlen gegen den Arzt wegen dessen Verständnislosigkeit, der lästigen Verordnungen und etwaigen Diätvorschriften (ebd.). Der Arzt übernimmt zudem bei der Bewältigung der Krankheit eine ähnliche Rolle im Reifungsprozess wie die Eltern oder Lehrer bei den frühen Erfahrungen der Kindes- und Jugendzeit, als es um die Bearbeitung von Schreck-erlebnissen ging (ebd., S.338). Des Weiteren handelt es sich bei der Arzt-Patient-Beziehung um eine institutionalisierte Begegnung zweier Menschen, an die im medizinischen Dienstleistungssystem definierte Rollenerwartungen, die sich aus einer patriarchal geprägten Disziplin entwickelten, gestellt werden. Kommunikationsanalytischen Untersuchungen zufolge bedienen sich Ärzte häufig eines autoritativen Gesprächsstiles, der den eher narrativen Stil des Patienten unterbindet. Viele Patienten „reagieren buchstäblich mit Sprachzerfall ... und bestätigen damit die ihnen systemimmanent unterstellte Irrationalität“ (Haubl 1994, S.98). Eine Einbeziehung der subjektiven Krankheitstheorien, wie beschrieben ein Einflussfaktor auf die Adherence, erscheint bei dieser Form des Arbeitsbündnisses undenkbar. Ein anderer Aspekt, der selbstredend in die Arzt-Patient-Beziehung eingeht, ist die Beziehungsfähigkeit – ein weiterer komplexer Faktor.³⁰ An dieser Stelle kommt es zu einer Fusion der oben beschriebenen vielschichtigen Einflussfaktoren – die soziale Unterstützung scheint gleichsam vom Bindungsstil³¹ betroffen wie die Arzt-Patient-Beziehung. „Although many studies have investigated causal relationships between patient factors, doctor factors and compliance, no consistent story has yet emerged. It is possible that each condition, and each patient-doctor pair, involve different motivating factors which affect compliance“ (Vermeire et al. 2001, S.336).

Die dargestellten psychodynamischen Erklärungsansätze legen nahe, dass ein Teil der Patienten sich aufgrund eines inneren Konfliktes, insbesondere eines Autonomie-

²⁹ Unter Coping versteht man einen „process – a person’s ongoing efforts in thought and action to manage specific demands appraised as taxing or overwhelming“ (Lazarus 1993, S.8). Im Allgemeinen werden emotionsorientierte und handlungsorientierte Bewältigungsmuster und aktive/passive bzw. vigilante/repressive Strategien unterschieden. Wiebe und Christensen schlagen nach ihrer Literaturanalyse hinsichtlich der verschiedenen Copingstile vor: „patients adapt best to chronic illness when they use a higher active or vigilant style of coping for a disease or medical treatment context that allows greater patient control. In contrast, if the medical context is less controllable, a less active coping style may be associated with better adherence“ (Wiebe & Christensen 1996, S.829).

³⁰ Dementsprechend sind z.B. Patienten, die einen abweisenden, distanzierten Bindungsstil zeigen, weniger adhären, insbesondere diejenigen dieser Gruppe, die die Kommunikation mit ihrem Arzt schlechter einschätzen (Ciechanowski et al. 2001, S.32ff). Die in dieser Studie untersuchten Bindungsstile entstammen dem vier-kategorialen Modell nach Bartholomew und Horowitz (1991, S.227): secure, preoccupied, dismissing, fearful.

³¹ Vgl. vorangegangene Fußnote.

Abhängigkeitskonfliktes³², nicht adhärent verhält. Demnach könnte sich die Entscheidung zur Adherence an einer Schnittstelle aus Beziehungsfähigkeit und Kontrollbedürfnis über die Erkrankung³³ bzw. der Angst vor dem Autonomieverlust vollziehen. Die Arzt-Patient-Beziehung wäre folglich als eine Plattform zu verstehen, auf der sich ein Stellvertreterkonflikt – sozusagen eine Arena des Autonomie-Abhängigkeitskonfliktes – reproduziert.

Letztlich kann das Problem der Adherence nicht nur aus der wissenschaftlichen bzw. medizinischen Logik beleuchtet werden, sondern die juristische und die ethische Sichtweise müssen in die Überlegungen mit einbezogen werden: Wenn Non-Adherence das Ergebnis eines aktiven Entscheidungsprozesses des Patienten ist, nimmt dieser nur sein Grundrecht auf Selbstbestimmung wahr. D.h. jeder mündige Patient hat das Recht, Maßnahmen, die medizinisch indiziert sind, abzulehnen, zu modifizieren bzw. sich derart zu verhalten, dass es aus medizinischer Sicht töricht oder gar schädigend erscheint. Eine Akzeptanz dessen würde jedoch stark mit dem, was Balint die apostolische Funktion³⁴ des Arztes nannte, divergieren, da der Arzt demzufolge ein Sendungsbewusstsein seiner Vorstellungen bezüglich des Krankheitsverhaltens eines Patienten hat. Häufig werden Patienten entsprechend ihres Adherence-Grades in „gute Patienten“ und „schlechte Patienten“ eingestuft (Rand & Sevick 2000, S.243S). Dies birgt die Gefahr der moralischen Diskreditierung sowie der assoziativen Verknüpfung von „schlechten Patienten“ mit „schlechten Menschen“. Entscheidend sind vor allem die Konsequenzen, die aus dieser Zuordnung gezogen werden: Sollen den „schlechten Patienten“ keine weiteren medizinischen Angebote gemacht werden oder besteht eine potentielle Veränderbarkeit des Verhaltens? In der naturwissenschaftlich geprägten Medizin wird ein Patiententyp unterstellt, dessen Denk- und Handlungsweise eine Orientierung auf die Gesundheit voraussetzt – wenig berücksichtigt bleibt die Subjektivität z.B. eines schwierigen Patienten. Ethisch stellt sich daher die Frage, ob die Anforderungen der Medizin diesen Patienten gegenüber nicht zu hoch gesteckt sind.

³² Mentzos beschreibt den Autonomie-Abhängigkeitskonflikt als eine Fixierung zu einem „*rigiden und unlösbaren Entweder-Oder*“ (Mentzos 1984, S.81, Hervorhebung im Original). Das Kind hat nur die Entscheidung, sich entweder in unterwürfige Abhängigkeit mit der Extremvariante der Symbiose oder in permanente Distanzierung, Auflehnung und Trotz zu begeben. Leitaffekt eines Autonomie-Abhängigkeitskonfliktes „... ist die durch Nähe oder Distanz ausgelöste Angst“ (OPD 2004, S.130).

³³ Der Wunsch des Patienten, die Kontrolle über seine Erkrankung zu behalten, wurde z.B. von Jones und Britten (1998, S.905) als Einflussfaktor der Adherence beschrieben.

³⁴ „Wir meinen mit der apostolischen Sendung oder Funktion in erster Linie, daß jeder Arzt eine vage, aber fast unerschütterlich feste Vorstellung davon hat, wie ein Mensch sich verhalten soll, wenn er krank ist ... als ob jeder Arzt eine Offenbarung darüber besäße, was das Rechte für seine Patienten sei, was sie also hoffen sollten, dulden müßten, und als ob es seine, des Arztes, heilige Pflicht sei, die Unwissenden und Ungläubigen unter den Patienten zu diesem, seinem Glauben zu bekehren“ (Balint 2001, S.284).

3 Adherence bei HIV-infizierten Patienten

3.1 Chronizität der HIV-Infektion

Entgegen den allgemeinen Vorstellungen über HIV und AIDS handelt es sich schon lange nicht mehr um eine „Todesseuche“. Waren bis in die 90er Jahre AIDS und Tod oft gleichbedeutend (Dannecker 2001, S.408), kam es mit der Einführung zunächst der Zweier- und dann der Dreierkombination zur drastischen Senkung der Todesfälle (RKI 2002, S.8). Einerseits war die HIV-Infektion damit behandelbar, andererseits ist sie nach wie vor nicht heilbar. Das ist die Voraussetzung, die HIV-Infektion als eine chronische Krankheit (vgl. hierzu auch Dannecker 2001, S.409; Rosenbrock et al. 2002, S.12; Roberts 2002, S.48; Bock 2000, S.18f) zu verstehen. Chronische Erkrankungen zeichnen sich nach Klauer u.a. durch zwei Merkmale aus: Zum einen liegt eine physische Beeinträchtigung vor, zum anderen kommt es zu einer erheblichen Verkürzung der individuellen Lebenszeit¹ (Klauer, Ferring & Filipp 1989, S.145). Die HIV-Infektion wäre demnach als die jüngste chronische Erkrankung zu bezeichnen, verbunden mit all dem wirtschaftlichen Interesse, das sich dahinter verbirgt, der Unsicherheit über die optimale Behandlungsstrategie², dem Forschungsinteresse und einem starken Stand der Selbsthilfeorganisationen. Durch die Einführung der Kombinationstherapien entstand in der Behandlung der HIV-Infektion eine Zäsur, im Rahmen derer ebenfalls das Problem der Adherence aufkam: Einerseits bedeutete die Einführung der antiretroviralen Medikamente somit eine Konfrontation für die behandelnden Ärzte – teilweise sogar eine Verunsicherung derselben (Roberts & Volberding 1999, S.1776) – mit dem Problem „Adherence“,³ andererseits sind zahlreiche, seit längerem infizierte Patienten unter anderen Bedingungen in ihre Krankheit eingetreten.

¹ Lebenszeit wird nach Fischer von Alltagszeit abgegrenzt. In der Lebensgeschichte chronisch Kranker greift allerdings „der negativ evaluierte determinierte Zukunftshorizont der *Lebenszeit* ... in seiner fortdauernden Identität von gegenwärtiger und erwartbarer zukünftiger Zukunft in die Gegenwart der *Alltagszeit* ein. Die neue, unerwünschte Existenzbedingung besteht in einer völlig veränderten *Perspektive* der Lebenszeit...“ (Fischer 1982, S.7, Hervorhebung im Original).

² Z.B. haben sich die Paradigmen zum Therapiebeginn in der Vergangenheit mehrfach geändert. In der Prä-HAART-Ära waren die Guidelines derart verfasst, dass Patienten mit 500 CD4-Zellen/µl Blut eine Indikation zur Therapie hatten. In dem Zeitraum von 1996 bis 2000 war die Direktive „hit hard and early“ mit der Vorstellung, das Virus aus dem Organismus eliminieren zu können. Derzeit lauten die Empfehlungen, den Therapiebeginn möglichst hinauszögern, um die kumulative Therapiezeit wegen der Toxizitäten zu reduzieren (vgl. hierzu auch Kap. 3.2.2).

³ Vgl. hierzu auch Gerbert et al. 2000.

3.2 Besonderheiten der HIV-Infektion

3.2.1 Epidemiologische Daten der HIV-Infektion

Im Gegensatz zu anderen chronischen Erkrankungen wie Diabetes, Hypertonus und Asthma handelt es sich bei HIV/AIDS um eine Infektionskrankheit, die durch eine erhöhte Prävalenz in bestimmten Bevölkerungsgruppen imponiert.

3.2.1.1 HIV-Diagnosen

Die Zahl der gemeldeten HIV-Erstdiagnosen in Deutschland hat sich in den letzten Jahren nur geringfügig vermindert.⁴ Für das Jahr 2001 werden ca. 2000 neue HIV-Infektionen geschätzt. 24% der 600 beim Robert Koch Institut (RKI) gemeldeten Neuinfektionen im ersten Halbjahr 2002 waren bei Frauen⁵ festgestellt worden, 76% bei Männern. 40% der Neuinfizierten, somit die größte Gruppe, waren Männer, die homosexuellen Geschlechtsverkehr hatten. Die nächstgrößte Betroffenengruppe (21%) stammte aus Ländern mit einer hohen HIV-Prävalenz, bei diesen Patienten wurde das Virus zumeist durch heterosexuellen Geschlechtsverkehr übertragen. Die Anzahl der Infizierten dieser Gruppe ist in den letzten Jahren stetig gestiegen. Die drittgrößte Gruppe (knapp 12%) sind Menschen, die sich durch heterosexuelle Kontakte infiziert haben und nicht aus Hochprävalenzländern stammen. Der Anteil an Menschen, die die HIV-Infektion durch i.v. Drogenabusus erworben haben, betrug im Jahr 2002 7%. Die Anzahl der Erstdiagnosen in dieser Gruppe scheint dementsprechend rückläufig zu sein. Bei 19% der Meldungen wurde keine Angabe zum Infektionsmodus gemacht, auffällig ist ein hoher Anteil von Männern in dieser Gruppe.

Ende 2001 lebten nach Schätzungen des RKI ca. 38.000 HIV-infizierte Personen in Deutschland. Davon waren 29.500 Männer, 8.300 Frauen und weniger als 400 Kinder. Die Zahl der in Deutschland lebenden HIV-infizierten Menschen steigt seit 1996 wegen der verbesserten Therapiemöglichkeiten wieder an. Seit Beginn der

⁴ Im Jahr 1993 waren es 2417 und in den folgenden Jahren: 1994: 2334, 1995: 2277, 1996: 1907, 1997: 2096, 1998: 1959, 1999: 1769, 2000: 1712, 2001: 1482 und im ersten Halbjahr 2002 600 Meldungen über bestätigte HIV-Antikörpertests.

⁵ Aus einer anderen Studie mit 287 HIV-infizierten Frauen wurden folgende epidemiologische Zahlen bekannt: 83% der Frauen hatten Kinder, 19% einen HIV-positiven Partner, 55% hatten in der Anamnese einen Drogenabusus, 63% berichten über physische oder sexuelle Tätlichkeiten während ihres Erwachsenen-Daseins, 41% über Kindesmissbrauch (Gielen et al. 2001).

Epidemie starben ungefähr 20.000 Menschen in Deutschland an den Folgen einer HIV-Infektion, davon ungefähr 600 im Jahr 2001.⁶

3.2.1.2 AIDS-Fälle

Das Vollbild AIDS (vgl. Kap. 3.2.2) ist etwa bei 5000 der 38.000 HIV-Infizierten aufgetreten. Der seit 1995 beobachtete Rückgang der neu gemeldeten AIDS-Fälle hat in den letzten Jahren stagniert. So sind im Jahr 2001 ca. 700 neue AIDS-Fälle gemeldet worden, dies entspricht in etwa der Zahl aus dem Vorjahr.

Vor allem in den Großstädten, Frankfurt am Main, Berlin, Hamburg, München, Düsseldorf und Köln, ist die Zahl der seit 1995 neu an AIDS Erkrankten hoch, 47% der an AIDS Erkrankten leben in genannten Städten. Die Inzidenz bezogen auf die Verteilung nach Altersgruppen unterscheidet sich von der anderer chronischer Erkrankungen. Der Median der Altersgruppen sowohl für die neu gemeldeten AIDS-Fälle als auch für die Erstdiagnosen der HIV-Infektion liegt jeweils in der Gruppe der 30-39jährigen (RKI 2002).

3.2.2 Medizinische Besonderheiten der HIV-Infektion

Seit Einführung der hoch aktiven antiretroviralen Therapie (HAART) ist die Morbidität⁷ und Mortalität der HIV-Infektion in den westlichen Industrieländern stark gesunken (Palella et al. 1998, S.858; Mocroft et al. 1998, S.1728).

Eine HIV-Infektion verläuft in verschiedenen Stadien. Zunächst kommt es, nachdem das Virus in den Körper gelangt ist, zu einer akuten Infektion.⁸ Dieser folgt eine Chronifizierung, in deren Verlauf schließlich opportunistische Infektionen auftreten können. Vor Einführung der antiretroviralen Medikamente erreichten 50% der Patienten innerhalb von zehn Jahren nach der Infektion und 70% nach 14 Jahren

⁶ An dieser Stelle muss kritisch angemerkt werden, dass die Dunkelziffer der an HIV/AIDS verstorbenen Patienten wahrscheinlich höher liegt, da zum einen das Meldeverhalten nicht optimal durchgeführt wird und zum anderen die Folgen einer HIV-Infektion nicht immer erkannt bzw. als Todesursachen benannt werden.

⁷ Die Morbidität wurde in der Studie von Palella u.a. als Diagnose von P. carinii-Pneumonie, M. avium-Infektionen oder CMV-Retinitis definiert (Palella et al. 1998, S.857f).

⁸ Leitsymptome sind Fieber, Lymphadenopathie, Pharyngitis und Exanthem (Brodt, Helm & Kamps 2000, S.34).

das Endstadium.⁹ Die meisten Patienten verstarben zwei Jahre nach Stellung der Diagnose „AIDS“ (Brodt, Helm & Kamps 2000, S.36). Nach der gängigen CDC-Klassifikation wird die Infektion in drei klinisch bedingte Kategorien, A bis C, und in drei CD4-Zellzahlbereiche¹⁰, (1) größer/gleich 500, (2) 200 bis 499 und (3) kleiner 200 CD4-Zellen/ μ l, eingeteilt. Daraus ergibt sich eine Neun-Felder-Matrix, in der die Patienten in Untergruppen A1 bis C3 eingestuft werden. Die Kategorie A entspricht dem symptomlosen Stadium der Krankheit. Die Kategorie B¹¹ umschreibt Krankheits-symptome oder Erkrankungen, die nicht in die AIDS-definierende Kategorie C¹² fallen, dennoch aber der HIV-Infektion ursächlich zuzuordnen sind oder auf eine Störung der zellulären Immunabwehr hinweisen (ebd., S.49f).

Das HIV repliziert in den infizierten Zellen unbehandelt durchschnittlich 10^{10} Kopien pro Tag (Perelson et al. 1996, S.1584ff). Die Infektion mit dem Virus führt zu einer langsamen Zunahme des erworbenen Immundefektes, dessen prognostische Einschätzung über die Konzentration der CD4-Zellzahl im Blut erfolgt. Zusätzlich wird die Anzahl der Viruskopien im Blut, die Viruslast, gemessen, um Informationen über die Aktivität der Infektion und den Erfolg der medikamentösen Therapie zu erhalten.

Eine „Eradikation“ des HIV ist unter den heutigen Bedingungen nicht möglich (Finzi et al. 1999, S.515). Die antiretrovirale Therapie (ART) hat eine maximale und dauerhafte Verzögerung der Krankheitsprogression zum Ziel (Fittschen 2001, S.26). Dies

⁹ Inwieweit psychobiologische Faktoren auf die Progression der HIV-Infektion einen Einfluss haben, wurde verschiedentlich diskutiert. In einer Metaanalyse von 30 dementsprechenden Studien untersuchten Cole und Kemeny (1997) insbesondere methodische Qualitätsmerkmale der Studien. Die Autoren führten das Scheitern vieler Untersuchungen, nämlich einen Zusammenhang zwischen den psychobiologischen Faktoren und der Progression der HIV-Infektion herzustellen, letztlich auf methodische Mängel zurück und kommen zu dem Schluss: Der Einfluss psychobiologischer Faktoren scheint bezüglich der Progression der HIV-Infektion von Relevanz zu sein (Cole & Kemeny 1997, S.312).

¹⁰ Die CD4-Zelle ist eine Subpopulation der T-Lymphozyten und eine Zielzelle des HI-Virus im Blut. Sie gilt neben der Viruslast als Surrogatmarker der HIV-Infektion.

¹¹ Erkrankungen und Krankheitssymptome der Kategorie B: Bazilläre Angiomatose, oropharyngeale Candida-Infektion, vulvovaginale Candida-Infektionen, die entweder chronisch (länger als ein Monat) oder nur schlecht therapierbar sind, cervikale Dysplasien oder Carcinoma in situ, konstitutionelle Symptome wie Fieber über $38,5^{\circ}$ C oder länger als vier Wochen bestehende Diarrhöe, orale Haarleukoplakie, Herpes Zoster bei Befall mehrerer Dermatome oder nach Rezidiven in einem Dermatome, Idiopathische Thrombozytopenische Purpura, Listeriose, Entzündungen des kleinen Beckens, besonders bei Komplikationen eines Tuben- oder Ovarialabszesses, periphere Neuropathie.

¹² AIDS-definierende Erkrankungen: Pneumocystis carinii-Pneumonie, ZNS-Toxoplasmose, ösophageale Candida-Infektion oder Befall von Bronchien, Trachea oder Lunge mit Candida, chronische Herpes simplex-Ulcera, Herpes-Bronchitis, -Pneumonie oder -Ösophagitis, CMV-Retinitis, generalisierte CMV-Infektion (nicht von Leber oder Milz), rezidivierende Salmonellen-Septikämien, rezidivierende Pneumonien innerhalb eines Jahres, extrapulmonale Kryptokokken-Infektionen, chronische intestinale Kryptosporidien-Infektion, chronische intestinale Infektion mit *Isospora belli*, disseminierte oder extrapulmonale Histoplasmose, Tuberkulose, Infektionen mit *Mykobakterium avium complex* oder *M. kansasii*, disseminiert oder extrapulmonal, Kaposi-Sarkom, maligne Lymphome (Burkitt's, immunoblastisches oder primär zerebrales Lymphom), invasives Cervix-Karzinom, HIV-Enzephalopathie, Progressive Multifokale Leukenzephalopathie, Wasting-Syndrom.

geschieht durch eine Suppression der HIV-Replikation, da diese für die fortschreitende Destruktion des Immunsystems verantwortlich ist (Brodts, Helm & Kamps 2001, S.63). Die individuelle Virusmenge soll möglichst unter die Nachweisgrenze der empfindlichsten zur Verfügung stehenden Messmethode gesenkt werden. Medikamente aus verschiedenen Substanzklassen, die die HIV-Replikation durch die Hemmung virusspezifischer Enzyme unterdrücken bzw. den Eintritt in die Zelle inhibieren, stehen dafür zur Verfügung: Reverse-Transkriptase-Inhibitoren (NRTI), nichtnukleosidale Reverse-Transkriptase-Inhibitoren (NNRTI), Proteaseinhibitoren (PI) und als zuletzt zugelassene Substanzgruppe die Fusionshemmer. Die Indikation zur Behandlung wird nach den „Deutsch-Österreichischen Richtlinien zur Behandlung der HIV-Infektion“ gestellt. Als initiale Therapieoptionen stehen entweder die Kombination eines gegebenenfalls geboosteten¹³ PIs mit zwei NRTIs, die Kombination eines NNRTIs mit zwei NRTIs oder die Kombination von drei NRTIs zur Verfügung. Eine eindeutige Therapieempfehlung besteht für Patienten unabhängig von Immunstatus und Viruslast, wenn HIV-assoziierte Symptome und Erkrankungen vorliegen (CDC: C oder B), und für asymptomatische Patienten, wenn die CD4-Zellzahl unter 200/µl Blut liegt. Für diese Patienten liegt ein deutliches Risiko für eine immunologische Verschlechterung sowie eine klinische Progression vor. Im Allgemeinen ist es ratsam, Patienten mit einer CD4-Zellzahl von 200 bis 350/µl Blut, unabhängig von der Viruslast, bzw. von 350 bis 500/µl Blut und einer Viruslast zwischen 50.000 und 100.000 Kopien/ml Blut antiretroviral zu therapieren. Des Weiteren ist es vertretbar, Patienten mit 350 bis 500 CD4-Zellen/µl Blut und einer Viruslast unter 50.000 Kopien/ml Blut sowie diejenigen mit über 500 CD4-Zellen/µl Blut und alle Patienten mit einem akuten retroviralen Syndrom, der akuten HIV-Infektion, zu behandeln (Deutsch-Österreichischen Richtlinien zur Behandlung der HIV-Infektion 2002).

Die Einnahmeschemata der Kombinationstherapien sind zum Teil sehr komplex¹⁴ und einige Medikamente gehen mit Nahrungsrestriktionen¹⁵ einher. Zur Kontrolle des Therapieerfolges sind regelmäßige Bestimmungen der Surrogatmarker im Blut notwendig. Das Spektrum der unerwünschten Arzneimittelwirkungen der antiretroviralen Medikamente ist breit. Die wichtigsten Nebenwirkungen sind¹⁶: Hepatische

¹³ Die Boosterung geschieht mit Ritonavir® und führt zu einer Hemmung des Abbaus bestimmter Wirkstoffe am Cytochrom P450.

¹⁴ In dem in dieser Arbeit vorliegenden Patientenkollektiv besteht z.B. das von der Tablettenanzahl komplexeste Regime aus 16 Tabletten, die auf zwei Zeitpunkte verteilt, morgens und abends, eingenommen werden müssen. Mittlerweile sind einige Medikamente auch für die einmal tägliche Dosierung zugelassen. Ohne Boosterung müssen jedoch zahlreiche PIs dreimal täglich eingenommen werden.

¹⁵ Z.B. sollen Videx®, Agenerase® und Crixivan® nüchtern bzw. mit fettreduzierter Nahrung, Kaletra® mit Nahrung, Fortovase®/Invirase® mit fett-/proteinreicher Kost und Viracept® nicht nüchtern eingenommen werden.

¹⁶ Auf Unterschiede zwischen den verschiedenen Wirkstoffen und Arzneimittelgruppen wird nicht detailliert eingegangen.

Steatose, Laktatazidose, Lipodystrophiesyndrom, Hypersensitivitätssyndrom, Pan-
kreatitis, Neuropathie, Kopfschmerz, orale Ulzera, Neutropenie, Anämie, Myopathie,
gastrointestinale Beschwerden, Glukoseintoleranz, Fettstoffwechselstörungen,
Arzneimittlexanthem, Nephrolithiasis, Hyperbilirubinämie, Hypertriglyzeridämie,
Arzneimittelreaktionen, psychotrope Nebenwirkungen und Hepatotoxizität (Deutsch-
Österreichischen Richtlinien zur Behandlung der HIV-Infektion 2002). Zusammen-
fassend lässt sich mit Roberts und Mann sagen, dass antiretrovirale Regimes
anspruchsvoll und schwierig sind, zahlreiche mögliche Nebenwirkungen besitzen und
die Patienten die Tabletten für einen undefinierten Zeitraum nehmen müssen
(Roberts & Mann 2000, S.377).

Der Beginn der ersten antiretroviralen Therapie ist in der Studie von Weilandt und
Schüler häufig eine aufgrund von ärztlichem Rat (87% der Patienten) bzw. Labor-
parametern (46% der Patienten) getroffene Entscheidung. Die eigene Motivation
oder Angst vor einer Krankheitsprogression wurden von weniger als einem Drittel der
Patienten als Grund für einen Therapiebeginn genannt (Weilant & Schüler 2003,
S.31f). Mehr als ein Drittel der Patienten gab an, sich zum Zeitpunkt der Initiierung
der antiretroviralen Therapie gesund gefühlt zu haben (ebd., S.37). Durch die regel-
mäßige Medikamenteneinnahme entsteht ein Gewinn an symptomfreier Lebenszeit
im Sinne des Nichterwerbs opportunistischer Infektionen, der sich aber aktuell in
erster Linie in Laborparametern widerspiegelt. D.h. viele Patienten fühlen im Moment
der Medikamenteneinnahme vorerst ausschließlich eine Verschlechterung ihres Zu-
standes¹⁷, eine Verbesserung vollzieht sich vielfach zunächst auf einer für sie nicht
spürbaren abstrakten Ebene – der Entwicklung der Surrogatmarker.

Verschiedene Untersuchungen konnten einen Zusammenhang zwischen der Adhe-
rence und dem therapeutischen Erfolg, der Suppression des Virus, bzw. Non-
Adherence und einem virologischen Versagen nachweisen (Catz et al. 2000, S.177f;
Murphy et al. 2001, S.32f; Aloisi et al. 2002, S.S147; Press et al. 2002, S.S113; Spire
et al. 2002, S.1484). Die Veränderung der CD4-Zellzahl hingegen ist meist verzögert,
dementsprechend ist hinsichtlich der CD4-Zellzahl eine temporäre Beziehung zur
Adherence nur beschränkt herstellbar. Langfristig ist eine höhere Adherence mit
einem Anstieg der CD4-Zellen assoziiert (Press et al. 2002, S.S113f). Eine gute Me-
dikamenten-Adherence heißt in Bezug auf die antiretrovirale Therapie nicht nur eine
regelmäßige Einnahme, sondern auch, dass ein rigides Einnahmeschema die Uhr-
zeiten oder Nahrungsaufnahme betreffend eingehalten werden muss.¹⁸ Insbeson-

¹⁷ Nur 20% der Patienten verspürten nach Beginn der antiretroviralen Therapie keine Nebenwirkungen
(Weilant & Schüler 2003, S.39).

¹⁸ Die einzelnen Kombinationstherapien unterscheiden sich hinsichtlich der Notwendigkeit von Nah-
rungsrestriktionen oder einer zeitlich exakten Tabletteneinnahme.

dere die Einhaltung der Einnahmezeiten¹⁹ scheint problematisch zu sein (McNabb et al. 2003, S.1765). Nach Paterson u.a. soll eine Adherence von mehr als 95%²⁰ mit dem maximalen virologischen Erfolg assoziiert sein (Paterson et al. 1999; Paterson et al. 2000, S.25).

Ein besonderer Aspekt der Adherence bei infektiologischen Erkrankungen, der in der Behandlung HIV-Infizierter eine immer größer werdende Rolle spielt, ist die Möglichkeit der Resistenzbildung gegen die Medikamente. Das HI-Virus verfügt über eine hohe Replikationsrate und die Fähigkeit zu häufigen Spontanmutationen²¹ (Coffin 1995, S.485ff). Die Resistenz entsteht durch Mutationen in den Genen, die für die Kodierung der reversen Transkriptase und der Protease ausschlaggebend sind (Brodt, Helm & Kamps 2000, S.105). Eine gleichzeitige Anwesenheit von Arzneimittelwirkstoff und Virus im Blut bei einer nicht optimal unterdrückten Virusreplikation kann schneller zur Mutation des Virus und somit zur Resistenzbildung führen. Die Resistenz führt zu einem partiellen oder vollständigen Verlust der Wirksamkeit des antiretroviralen Wirkstoffes, zu einem Anstieg der Viruslast und zu einem Abfall der CD4-Zellzahl (Montaner et al. 1998, S.1919). Während bei einem nicht behandelten Patienten auch Mutationen entstehen, wird sich in diesem Falle jedoch der Wildtyp des Virus aufgrund der höheren „Fitness“ durchsetzen. Dies bedeutet, dass die Viren der Patienten, die hoch adhären sind, und derer, die absolut nicht adhären sind, seltener eine Resistenz ausbilden als die Viren der Patienten, die wenig²² adhären sind (Perno et al. 2002, S.S119).²³

Die Non-Adherence wirkt sich aufgrund der Resistenzbildung allerdings nicht nur auf die individuelle Gesundheit aus, sondern steigert auch die Wahrscheinlichkeit der Übertragung des Virus auf andere Menschen, da ein starker Zusammenhang zwischen einer Erhöhung der Virusmenge im Serum und einer erhöhten Gefahr der

¹⁹ Nur drei der 37 untersuchten Patienten hatten die Medikamente zu den vorgegebenen Zeiten eingenommen (McNabb et al. 2003, S.1765).

²⁰ Dieser häufig in der Literatur unter Berufung auf die Ergebnisse von Paterson u.a. angegebene Schwellenwert von 95% ist nach kritischer Analyse unzulässig: Zum einen bezieht sich die Untersuchung nicht, wie die darauf rekurrierenden Publikationen suggerieren, auf die antiretrovirale Therapie, sondern nur auf Proteasehemmer, zum anderen handelt es sich bei diesem erforderlichen Wert von 95% um das Ergebnis einer univariaten Analyse. Im Rahmen der dargestellten Regressionsanalyse bleibt nur der allgemeine Grad der Adherence und die Viruslast bei Baseline als unabhängiger Prädiktor des virologischen Versagens erhalten (Paterson et al. 2000, S.25).

²¹ Die einzelnen Substanzgruppen der antiretroviralen Therapie unterscheiden sich aufgrund ihrer Wirkmechanismen in Bezug auf die Resistenzbildung. Zudem werden die Medikamente mit sehr großen interindividuellen Unterschieden am Cytochrom P 450 verstoffwechselt (Mirken 1999, S.97f).

²² Sethi u.a. ermittelten den Wert der Adherence, der stark assoziiert mit einem virologischen Anstieg und klinisch signifikanten Resistenzen war, als 70-89%ige kumulative, selbstberichtete Tabletteneinnahme (Sethi et al. 2003, S.1115).

²³ Auch in der Gruppe der hochadhärenten Patienten konnten in einer Untersuchung häufig Mutationen des Virus beobachtet werden. In dieser Gruppe waren jedoch die Patienten bereits länger antiretroviral behandelt, was diesen Effekt erklären könnte (Bansberg et al. 2003, S.1929ff).

Transmission besteht (Quinn et al. 2000, S.927f). Dies kann zur Verbreitung resistenter Stämme²⁴ führen (Wainberg & Friedland 1998, S.1977f). Diese Erkenntnisse plus die durch Non-Adherence verursachten Kosten werden als Argumente von verschiedenen Autoren aufgegriffen und dahingehend diskutiert, ob der Arzt dem wenig adhären Patienten die Medikamente überhaupt verschreiben sollte (Sollitto et al. 2001).²⁵ Das öffentliche gesundheitliche Interesse und das Recht auf Selbstbestimmung des Patienten kollidieren folglich hinsichtlich der Adherence bei HIV-infizierten Menschen ausgeprägter²⁶ als bei anderen chronischen Erkrankungen.

Die Angst vor einem Therapieversagen und die Schnelllebigkeit der neuesten Standards in der antiretroviralen Therapie produzieren bei vielen Patienten Skepsis gegenüber den medizinischen Behandlungsansätzen und den Medikamenten (Erich 1999, S.78). „Für die Infizierten im Vorfeld der fortgeschrittenen HIV-assoziierten Erkrankungen bedeutet ein complianceorientiertes Verhalten immer zugleich eine Erinnerung an die Situation, HIV-infiziert zu sein und sich mit dem möglicherweise baldigen tödlichen Ausgang dieser Infektion zu konfrontieren“ (Kindler 1995, S.52) oder als Paradox von Roberts und Mann diskutiert: „the pills that keep patients from becoming ill also remind them that they have a disease“ (Roberts & Mann 2000, S.382). Dieser häufiger von Patienten benannte Mechanismus (vgl. hierzu auch Kap. 3.3.5) könnte jedoch ebenfalls als selbstregulatorischer Effekt für die Medikamenteneinnahme verstanden werden: Die Patienten werden daran erinnert, HIV-infiziert zu sein, dementsprechend werden sie auch an die notwendige Tabletteneinnahme erinnert. Eine Erinnerung an die HIV-Infektion, die die HIV-infizierten Patienten unumstößlich haben, hingegen als Barriere für die Adherence zu sehen, impliziert, dass die Patienten anscheinend nicht an ihre Krankheit erinnert werden möchten – sie gewissermaßen verleugnen. Dies wirft die bereits angedeutete Frage auf, warum die Patienten dann eine antiretrovirale Therapie beginnen.

Im Folgenden wird ein Überblick über den derzeitigen Kenntnisstand der Adherence-Forschung im HIV-Bereich gegeben.

²⁴ Eine horizontale Transmission resistenter Viren, z.B. vom Mann auf die Frau, wurde 1993 erstmals beschrieben. Es handelte sich um ein auf Zidovudin resistentes Virus (Erice et al. 1993, S.1163ff). 1998 wurde erstmalig die Übertragung eines multiresistenten Virus beobachtet (Hecht et al. 1998, S.307ff).

²⁵ An dieser Stelle muss angemerkt werden, dass es sowohl aus ethischer als auch aus infektiologischer Sicht nicht der richtige Weg sein kann, nicht adhären Patienten derart zu begegnen. Eine Empfehlung eines solchen Vorgehens lässt gewissermaßen Bestrafungsphantasien gegenüber den Patienten vermuten. Schwierig gestaltet sich zudem bei der Durchführung derartiger Überlegungen das Problem der Adherence-Messung (vgl. Kap. 2.2) bzw. der Bewertung zuverlässiger Prädiktoren (vgl. Kap. 2.3 und Kap. 3.3).

²⁶ Eine Kollision des öffentlichen und des individuellen Interesses ist bei allen chronischen Erkrankungen bezüglich der Adherence in finanzieller Hinsicht gegeben. Resistenzbildungen sowie eine potentielle Ansteckungsgefahr sind jedoch bei den anderen chronischen Erkrankungen nicht von Relevanz.

3.3 Überblick über den derzeitigen Kenntnisstand

Das wissenschaftliche Interesse an dem Thema „Adherence und antiretrovirale Medikamente“ und die damit verbundene Anzahl der Publikationen hat in den letzten Jahren stark zugenommen (Fittschen 2001, S.21). Nur wenige Studien definierten Adherence als einen operationalisierten Begriff. Manche griffen auf eine kategoriale Definition zurück: Non-Adherence entsprach einer oder mehreren ausgelassenen Dosierungen pro Woche/Monat (z.B. Catz et al. 2000, S.126) oder Adherence weniger als sieben Tage Abweichung vom errechneten Termin bei der Erstellung eines neuen Rezeptes (z.B. Fogarty et al. 2002, S.95). In anderen Studien wird eine Art „cut-off-Wert“ als Kriterium der Adherence gewählt, der den minimalen Prozentanteil der genommenen bezogen auf die verordneten Medikamente festlegt. Diese Werte differierten bei der von Fogarty u.a. durchgeführten Metaanalyse zwischen 70%, 80% und 90% (Fogarty et al. 2002, S.95). Andere Untersuchungen legten den Wert auf 95% (Haubrich et al. 1999) oder 100% (Ferguson et al. 2002). Unberücksichtigt blieben zumeist die zeitlichen Abweichungen vom Einnahmeschema.

Durch die Variation der Messmethoden der Adherence (vgl. Kap. 2.2) bei den unterschiedlichen Studien ist die Vergleichbarkeit eingeschränkt. Ein anderes Problem, das sich bei der Zusammenfassung der publizierten Ergebnisse stellte, ist, dass es sich bei den Daten sowohl um bivariate als auch um multivariate Analysen handelte. Die dargestellten Zusammenhänge bei den bivariaten Korrelationsanalysen, die häufig in Kongress-Abstracts zu finden sind, beziehen keine weiteren Variablen in ein eventuell bestehendes Abhängigkeitsverhältnis mit ein.²⁷

Zur Darstellung des derzeitigen Kenntnisstandes wurden vornehmlich Übersichtsarbeiten herangezogen (vgl. Tab.1). Die Arbeiten von Ammassari u.a. (2002a) und von Fogarty u.a. (2002) sind Metaanalysen, in denen die Suchkriterien, nach denen die einbezogenen Studien ausgewählt wurden, eindeutig definiert sind, während die übrigen Arbeiten Übersichten über eine nicht näher spezifizierte Auswahl publizierter Artikel sowie Kongress-Abstracts und Poster geben.

²⁷ Ein Beispiel hierfür ist der Zusammenhang zwischen Adherence und Rasse (afrikanischer Abstammung) ohne eine Einbeziehung der Faktoren von Bildung, Einkommen etc. Bei verschiedenen Studien ist der zunächst gefundene Zusammenhang zwischen afrikanischer Abstammung und Adherence, sobald eine multivariate Analyse durchgeführt wird, nicht mehr existent (Schuman et al. 2001, Paterson et al. 2000).

Tab. 1 Darstellung der verwendeten Übersichtsarbeiten zur Adherence von HIV-infizierten Patienten

	Anzahl der einbezogenen Studien	Zeitraum der einbezogenen Studien	Journals	Abstracts Poster
Ammassari et al. 2002a	20	1998-2002	x	
Chesney, Morin & Sherr 2000	23	1992-1998	x	x
Fogarty et al. 2002	94	bis einschl. 1999	x	x
Ickovics & Meade 2002	51	1991-2001	x	x
Miller & Hays 2000	40	1992-1999	x	x
Trotta et al. 2002 ²⁸	20	1998-2001	x	x

Die Rate der Non-Adherence in Bezug auf die antiretrovirale Therapie variierte in verschiedenen Studien zwischen 26% und 94% (Singh et al. 1996, S.266).

3.3.1 Patientenmerkmale

In den Veröffentlichungen zum Thema „HIV und Adherence“ liegt ganz offenkundig ein Schwerpunkt auf der Untersuchung der verschiedenen Patientenmerkmale. Nachfolgend werden die soziodemographischen Variablen, der Einfluss von Drogengebrauch unter Einbeziehung des Infektionsmodus, das Wissen über und die Einstellung zur antiretroviralen Therapie sowie soziale und psychische Faktoren dargestellt.

3.3.1.1 Soziodemographische Variablen

Ein höheres *Alter*²⁹ wurde in vielen Untersuchungen als ein Prädiktor der Adherence beschrieben (Molassiotis et al. 2002, S.308; Servellen et al. 2002, S.279; Gordillo et al. 1999, S.1766f; Fogarty et al. 2002, S.100; Spire et al. 2002, S.1488). In der Metaanalyse von Ammassari u.a. wurde diese Variable aber als inkonsistent mit der Adherence assoziiert eingestuft (Ammassari et al. 2002a, S.S124), da viele Forschungsarbeiten diesen Zusammenhang nicht verifizieren konnten (z.B. Catz et al. 2000, S.128).

²⁸ Die Übersichtsarbeit von Trotta et al. (2002) geht ausschließlich auf die Behandlungsmerkmale ein.

²⁹ In der Untersuchung von Gordillo u.a. war dies z.B. älter als 32 Jahre (Gordillo et al. 1999, S.1766f).

Vor allem aus dem amerikanischen Raum haben Analysen die Verbindung zwischen nicht-kaukasischer *Rasse* und Non-Adherence dargestellt (Miller & Hays 2000, S.181). Schwarze Patienten neigten unabhängig von anderen Prädiktoren zu stärkerer Non-Adherence (Singh et al. 1996, S.267). In der Metaanalyse von Fogarty u.a. wurde die Adherence hinsichtlich der *ethnischen Zugehörigkeit* in 18 Studien untersucht. Neun davon zeigten eine niedrigere Adherence bei ethnischen Minderheiten, eine berichtete über eine niedrigere Adherence bei der weißen Bevölkerung und acht konnten keinen Zusammenhang finden (Fogarty et al. 2002, S.98). Signifikante Unterschiede zwischen *ethnischer Zugehörigkeit* und der Adherence konnten allerdings in anderen Untersuchungen nicht festgestellt werden (Ferguson et al. 2002, S.614; Catz et al. 2000, S.128). Bezüglich der unterschiedlichen Barrieren wurden aber Besonderheiten der einzelnen Gruppen deutlich: So empfanden die kaukasischen Patienten die Menge der Medikamente und die Unbequemlichkeit der Einnahme als störend, während Patienten afrikanischer Abstammung die Aufbewahrung, das Nachfüllen und die Einnahme bei Wohlbefinden als Problem angaben (Ferguson et al. 2002, S.614). Ebenfalls unterscheiden sich die Zufriedenheit mit der Unterstützung³⁰ und die Copingstile³¹ zwischen kaukasischen und nicht-kaukasischen Patienten signifikant (Singh et al. 1999, S.128). Die Variable „*ethnische Zugehörigkeit*“ wurde von Ammassari u.a. als inkonsistent in Bezug auf die Wechselbeziehung zur Adherence eingestuft (Ammassari et al. 2002a, S.S124).³²

Eine Studie hat „weibliches *Geschlecht*“ als den stärksten Zusammenhang zur Non-Adherence herausgestellt (Servellen et al. 2002, S.278). Diese Aussage ist aber bei der Heranziehung weiterer Untersuchungen nicht haltbar. Zwischen dem *Geschlecht* und der Adherence wurde kein Zusammenhang gefunden (Ammassari et al. 2002a, S.S124). Das *Geschlecht* wird bei vielen Untersuchungen nicht losgelöst von den äußeren Bedingungen betrachtet. Beim Vorhandensein einer Vor-Ort-Kinderbetreuung z.B. verbesserte sich die Adherence der Frauen hinsichtlich der vereinbarten Termine deutlich (Metha, Moore & Graham 1997, S.1666).

Niedrige *Bildung* (Fogarty et al. 2002, S.98; Catz et al. 2001, S.54; Gordillo et al. 1999, S.1766f), geringes *Einkommen*, eine unsichere *Wohnsituation* (Fogarty et al. 2002, S.98) und eine geringere *Disziplin* hinsichtlich des morgendlichen Aufstehens

³⁰ Die gefundenen Unterschiede bezogen sich auf die allgemeine Unterstützung, die Unterstützung durch Informationsvermittlung und die emotionale Unterstützung.

³¹ Die nicht-kaukasischen Patienten neigten stärker zu den Copingstilen: „emotional-focused“, „cognitive“ und „avoidant“.

³² Patienten aus anderen ethnischen Gruppen verfügen häufig über subjektive Krankheitstheorien, die von der schulmedizinischen Sichtweise abweichen (David & Borde 2001, S.219ff). Oggins kommt zu dem Ergebnis, dass die Non-Adherence vielleicht mit einer wichtigen Fehlkonzeption über HIV, die in den ethnischen Minderheiten vorherrscht, assoziiert ist (Oggins 2003, S.58).

sowie des Terminmanagements (Weilandt & Schüler 2003, S.81) waren negativ mit Adherence, ein *vorhandener Arbeitsplatz* mit einer besseren Adherence assoziiert (Gordillo et al. 1999, S.1766f). Barrieren für Menschen aus der Gruppe derer, die ungünstige *soziale Bedingungen* haben, sind stärker assoziiert mit vorgefassten Vorstellungen der behandelnden Ärzte als dem tatsächlichen Adherence-Niveau, das beobachtet wurde (Sherr 2000, S.374). Studienteilnehmer mit einem höheren *Bildungsniveau* bezeichneten sich häufiger als nicht adhären (Servellen et al. 2002, S.278). Unter erneutem Einbezug bereits genannter Metaanalyse zeigt sich hinsichtlich dieser Faktoren ebenfalls keine bzw. bezüglich der *Wohnsituation* eine widersprüchliche Verbindung zur Adherence (Ammassari et al. 2002a, S.S124).

Zusammenfassend lässt sich zu den soziodemographischen Variablen sagen, dass sich kein einheitliches Bild hinsichtlich ihres Einflusses auf die Adherence abzeichnet. Nach Ammassari u.a. ist der Zusammenhang des *Alters*, der *Rasse*, des *Einkommens* und der stabilen *Wohnsituation* zur Adherence inkonsistent, bezüglich des *Geschlechtes*, der *Bildung* und der *Arbeit* ist keine Verbindung zur Adherence darstellbar (Ammassari et al. 2002a, S.S124).

3.3.1.2 Einfluss von Drogenabusus

Zwar fanden Fogarty u.a. *Suchtmittelabusus* in der Lebensgeschichte generell in Beziehung stehend zur Non-Adherence (Fogarty et al. 2002, S.100), die meisten Untersuchungen konnten dies aber nicht bestätigen (Ammassari et al. 2002a, S.S124). Für fortbestehenden *Drogengebrauch* hingegen, sowohl intravenös als auch nicht-intravenös, wurde eine starke Assoziation zur Non-Adherence beschrieben (Aloisi et al. 2002, S.S148; Gebo, Keruly & Moore 2003, S.107; Gordillo et al. 1999, S.1766f). Weilandt und Schüler konnten ebenfalls einen Zusammenhang zwischen starkem *Rauchen* sowie *Cannabiskonsum* und einer herabgesetzten Adherence herstellen (Weilandt & Schüler 2003, S.69). Verschiedene Studien beschäftigen sich mit der Korrelation von *Alkoholabusus* und Non-Adherence, die sich vielfach bestätigte (Molassiotis et al. 2002, S.308; Catz et al. 2001, S.54; Chesney et al. 2000, S.264; Spire et al. 2002, S.1492; Tesoriero et al. 2003, S.489). Bei der Untersuchung von Catz u.a. zeigte sich jedoch kein signifikanter Zusammenhang zwischen Adherence und *Alkohol-* und *Drogenabusus* (Catz et al. 2000, S.129).

Die Untersuchungen zu aktivem *Drogenabusus* und Adherence sind demzufolge widersprüchlich. Während ein zurückliegender *Drogenabusus* in der Lebensgeschichte keinen Einfluss auf adhärenes Verhalten besitzt, erscheint der Einfluss des Faktors „aktiver *Drogenkonsum*“ als inkonsistent (Ammassari et al. 2002a, S.S124).

Eine Analyse, die den Unterschied der Adherence nach Risikogruppen in Bezug auf den *Infektionsmodus* differenziert, zeigt, dass dieser Faktor keinen Einfluss auf die Adherence zu haben scheint (Ammassari et al. 2002a, S.S125).³³

3.3.1.3 Wissen über und Einstellungen zur antiretroviralen Therapie

Ein geringeres *Wissen* über die Medikamente, deren Namen und Dosierungen ist mit einer niedrigeren Adherence verbunden (Miller et al. 2003, S.515). In einem von Weiss et al. (2000) präsentierten Abstract ist ein Zusammenhang zwischen dem *Wissen* über HIV-Medikamente, Viruslast und CD4-Zellzahl und der Adherence festgestellt worden. Bei den nicht adhärennten Patienten herrscht weniger Sicherheit³⁴ bezüglich der Aussage, dass das HIV gegen die antiretroviralen Substanzen eine Resistenz ausbilden könnte, wenn sie ihre Medikamente nicht wie verordnet einnehmen (Chesney et al. 2000, S.263). Simoni u.a. konnten jedoch auch hier ein widersprüchliches Ergebnis zeigen: Es besteht kein statistischer Zusammenhang zwischen dem *Wissen* über die antiretroviralen Medikamente und der Adherence (Simoni et al. 2002, S.437).³⁵

Furcht vor bzw. *Skepsis* gegenüber dem therapeutischen Regime, *Misstrauen* und *Mythen* bezüglich der Behandlung zeigten eine negative Assoziation zur Adherence, während sich *Vertrauen* in die Wirksamkeit der Medikamente als positiver Prädiktor der Adherence herausstellte (Fogarty et al. 2002, S.97; Roberts & Mann 2000, S.380ff; Cooper et al. 2002, S.326; Molassiotis et al. 2002, S.308; Stall et al. 1996, S.157ff). Andererseits zeigten verschiedene *Einstellungen*³⁶ zur antiretroviralen Therapie, z.B. dass die Medikamente das Leben verlängern oder vor Symptomen

³³ Es gab eine Untersuchung, die den Zusammenhang zwischen hoch riskanten Sexualverhalten (definiert als eine höhere Anzahl neuer Sexualpartner in den letzten sechs Monaten oder einen inkonsequenten Gebrauch von Kondomen) und der Raten der Adherence betrachtete. Es konnte jedoch kein Zusammenhang nachgewiesen werden (Aloisi et al. 2002, S.S148). Eine andere wies auf den linearen Zusammenhang zwischen der Zugehörigkeit zur homosexuellen Community und dem empfohlenen Gebrauch antiretroviraler Therapien hin (Stall et al. 2001, S.771).

³⁴ Die Patienten wurden in der Untersuchung von Chesney u.a. gebeten, verschiedene Aussagen anhand einer vierstufigen Antwortskala („not at all sure“ bis „very sure“) zu bewerten (Chesney et al. 2000, S.258).

³⁵ Patienten beziehen ihre Informationen über Adherence nicht nur von ihrem Arzt, sondern sie erwerben zusätzlich von anderen Patienten ein geteiltes Glaubenssystem bezüglich der Bedeutung von Adherence (Siegel, Schrimshaw & Raveis 2000, S.37). Die wichtigste Informationsquelle scheint aus Netzwerken wie der Community zu kommen (Stone et al. 1998, S.589).

³⁶ Es wurden verschiedene Gesundheitsüberzeugungen (Health Beliefs) anhand von vier Fragen, die auf einer fünfstufigen Likert-Skala beurteilt werden sollten, in der Studie erhoben (Gebo, Keruly & Moore 2003, S.105). Eine weitergehende Interpretation der Ergebnisse nehmen die Autoren allerdings nicht vor.

schützen, keinen signifikanten Einfluss auf die Adherence (Gebo, Keruly & Moore 2003, S.107). Patienten, die eine Verbindung aus „Schulmedizin“ und „alternativen Heilmethoden“ suchen, zeigen ein schlechteres Einnahmeverhalten der antiretroviralen Substanzen (Weilandt & Schüler 2003, S.82). Bezüglich der Theorie des Health Belief Models (Maimann & Becker 1974) konnte nur für die wahrgenommene Gefährdung ein Zusammenhang³⁷ mit der regelrechten Einnahme nachgewiesen werden (Gao et al. 2000, S.396). Sowohl das *Wissen* über als auch der *Glaube* an die Therapie werden von Ammassari u.a. als widersprüchlich im Hinblick auf den Zusammenhang zur Adherence eingestuft (Ammassari et al. 2002a, S.S124).

Während Entschuldigungen³⁸ eher für gelegentliches Abweichen vom verordneten Therapieregime angegeben wurden, waren Patienten, die Rechtfertigungen³⁹, Rationalisierungen im psychoanalytischen Sinne, abgaben, deutlich weniger motiviert dem therapeutischen Regime zu folgen.⁴⁰ Häufig basierten die Erklärungen auf dem Glauben, dass eine derartig strenge Adherence nicht von Nöten sei. Die Non-Adherence wurde von diesen Patienten weniger als zufällig oder unbeabsichtigt gesehen, sondern als bewusste Entscheidung, die Medikation routinemäßig zu modifizieren (Siegel, Schrimshaw & Raveis 2000, S.39). In einer qualitativen Untersuchung zeigte sich, dass Patienten, die initial berichteten, keine Probleme mit der Einnahme ihrer Medikamente entsprechend der Verordnung zu haben, gewöhnlich bei der weiteren Befragung diesbezüglich Probleme offenbarten. Die Autoren führen dieses Verhalten nicht auf soziale Erwünschtheit bei der Beantwortung zurück, sondern den Patienten scheint häufig nicht bewusst zu sein, dass ihre Art der Medikamenteneinnahme bereits ein Therapieversagen bedingen kann (Laws et al. 2000, S.855). Laws u.a.

³⁷ Die Verschlechterung des Gesundheitszustandes bei Non-Adherence konnte als wahrgenommene Gefährdung seitens des Patienten mit Einfluss auf die Adherence dargestellt werden.

³⁸ Entschuldigungen waren: Untolerierbare Arzneimittelnebenwirkungen, das Leben war zu geschäftig, Nahrungsmittel waren nicht erreichbar, der Patient war zu müde oder er musste die Medikamenteneinnahme verbergen (Siegel, Schrimshaw & Raveis 2000, S.34ff).

³⁹ Rechtfertigungen waren: Ein bisschen Flexibilität bei der Adherence wird schon nicht schaden, niemand kennt sicher den Effekt von Non-Adherence, wenn die Viruslast unter der Nachweisgrenze ist, strikte Adherence ist nicht notwendig und strikte Adherence ist ein unerreichbares Ziel (Siegel, Schrimshaw & Raveis 2000, S.36ff).

⁴⁰ Nach Scott und Lyman versuchen Menschen, die ein stigmatisiertes oder sozial unangemessenes Verhalten zeigen, ihre Übertretung durch angebotene Rechenschaft – Rechtfertigungen („justifications“) oder Entschuldigungen („excuses“) – zu erklären. Wenn die Rechtfertigungen überwiegen, akzeptiert das Individuum die Verantwortung für sein Verhalten. Dabei wird jedoch verleugnet, dass das Verhalten irgendwelche negativen Konnotationen oder Konsequenzen hat. Wenn Entschuldigungen angeboten werden, gesteht das Individuum ein, dass sein Verhalten falsch war und vielleicht negative Konsequenzen nach sich zieht. Aber die volle Verantwortung wird durch die Nennung externer Gründe, warum er/sie nicht in der Lage war anders zu handeln, verleugnet (Siegel, Schrimshaw & Raveis 2000, S.33).

schlagen vor, sich den von Conrad geprägten Begriff der „self-regulation“⁴¹ anstelle der „Non-Adherence“ für die gefundenen selbständigen Modifikationen der Medikation durch die Patienten zunutze zu machen. Die Autoren kommen zu der Hypothese, dass die von ihnen untersuchten Probanden ständig die Dissonanz zwischen ihren Gesundheitsüberzeugungen, durch Adherence die Krankheitsprogression zu vermindern, und den limitierten Möglichkeiten der Patienten, aktuell dem Regime zu folgen, in Übereinstimmung bringen müssen. Das *Wissen* bzw. *Verstehen* um die Wichtigkeit einer strikten Adherence war eine Kategorie⁴², die sich in der Studie zur Erklärung der Adherence-Probleme herausstellte (Laws et al. 2000, S.855f).

Der Zusammenhang zwischen dem *Wissen* über die antiretrovirale Therapie bzw. den *Gesundheitsüberzeugungen* und der Adherence muss entsprechend als widersprüchlich eingestuft werden. Diesbezüglich besteht folglich weiterer Forschungsbedarf, da nur wenige der in den Metaanalysen ausgewerteten Studien dieses Merkmal untersuchten. Deutlicher scheint der negative Einfluss von *Furcht* und *Skepsis* gegenüber der antiretroviralen Therapie sowie *Misstrauen* und *Mythenbildung* bezüglich der Behandlung zu sein (Fogarty et al. 2002, S.97).

3.3.1.4 Soziale und psychische Faktoren

Der Zusammenhang zwischen Adherence und *Depression* ist in verschiedenen Studien stark ausgeprägt (Murphy et al. 2001, S.35; Singh et al. 1996, S.265; Gordillo et al. 1999, S.1766f; Starace et al. 2002, S.S137; Catz et al. 2000, S.129; Servellen et al. 2002, S.277). Depressives Verhalten wird mit Selbstvernachlässigung, Apathie und Vergesslichkeit assoziiert (Singh et al. 1996, S.266). Starace u.a. suchten nach der Erklärung, warum sich *Depressionen* negativ auf die Adherence auswirken: Pessimistische Gedanken, negative Erwartungen und Hoffnungslosigkeit sind häufig bei depressiven Patienten zu beobachten und scheinen diese davon abzuhalten, sich adhärent zu verhalten. Außerdem sind *Depressionen* oft vergesellschaftet mit einer Abnahme der sozialen Interaktionen, wodurch es zu einer Einschränkung des Patienten kommt, *emotionale* und *soziale Unterstützung*⁴³ von anderen zu erhalten (Starace et al. 2002, S.S138) – ein weiterer Prädiktor der Adherence.

⁴¹ Zum Begriff der „self-regulation“ vgl. Fußnote 27 im Kap. 2.3.5.

⁴² Die Studie ergab zwei weitere Kategorien, die die Schwierigkeiten, dem medizinischen Rat zu folgen, umschreiben: 1. Die Möglichkeit des Patienten, seine Absichten bezüglich der Medikamenteneinnahme durchzuführen – möglicherweise eingeschränkt durch z.B. Zugangsbeschränkungen zum Spezialisten oder eine Komorbidität. 2. Soziale und psychische Schwierigkeiten – sich nicht mit der Diagnose konfrontieren, die Medikamente nicht vor anderen nehmen etc. (Laws et al. 2000, S.856).

⁴³ Die soziale Unterstützung scheint selbst ebenfalls die Depression zu beeinflussen (Bock 2000, S.17).

Eine zufrieden stellende Adherence ist vor allem bei einer Wechselwirkung aus nicht vorhandener *Depression* und guter *sozialer Unterstützung* vorhersagbar (Gordillo et al. 1999, S.1767). *Soziale Unterstützung* („social support“) wird in zahlreichen Studien als positiver Einflussfaktor auf adhärentes Verhalten genannt (Ammassari et al. 2002a, S.124; Murphy et al. 2000, S.56; Meystre-Agustoni et al. 2001, S.51; Singh et al. 1999, S.828; Fogarty et al. 2002, S.98; Spire et al., S.1488; Morse et al. 1991, S.1166). Auch die *familiäre Unterstützung* (Molassiotis et al. 2002, S.308) und die zusätzliche *Unterstützung* durch andere Ärzte neben dem HIV-Behandler (Spire et al. 2002, S.1493) sind positiv mit Adherence korreliert. Insbesondere die Langzeit-Adherence korreliert einerseits mit der *sozialen Unterstützung*, andererseits mit der *Selbstwirksamkeit* („self-efficacy“) (Catz et al. 2000, S.129). Simoni u.a. führen aufgrund ihrer Analyse zwei mögliche Mechanismen an, die den Effekt des Bedürfnisses nach *sozialer Unterstützung* auf die Non-Adherence vermitteln sollen: Mangelnde *Selbstwirksamkeit* und eine *depressive Symptomatik* (Simoni et al. 2002, S.436).

Die Verbindung zwischen Adherence und *Selbstwirksamkeit* wurde auch in anderen Studien beschrieben (Chesney et al. 2000, S.265; Ammassari et al. 2002a, S.124; Vincke & Bolton 2002, S.493; Molassiotis et al. 2002, S.308; Catz et al. 2000, S.129). Eine Auswertung basierend auf der Theorie der sozialen Vergleichsprozesse (Festinger) weist darauf hin, dass Patienten, die dazu neigen, andere mit dem gleichen Regime behandelte Patienten als „schlechter“ („worse-off“) einzustufen, durch diese angeregt werden, ihre Adherence zu erhöhen. Diejenigen, die auf „bessere“ („better-off“) Patienten negativ reagieren, zeigen wenig Vertrauen in ihre eigene Fähigkeit adhärent zu sein (*Selbstwirksamkeit*) und sind auch weniger adhärent (Bogart et al. 2002, S.1571).

Psychiatrische Morbidität, gemessen mit dem GHQ⁴⁴, ist ebenfalls mit schlechter Adherence assoziiert. Drei Patienten-Variablen konnten diesbezüglich identifiziert werden: zurückliegende psychotrope Medikationen, ein erhöhter GHQ-Score sowie Skepsis gegenüber der Wirksamkeit der Medikamente (Sternhell & Corr 2002, S.531). Persönlichkeitsdimensionen wie *Neurotizismus* und *Extraversion* hatten keinen Einfluss auf die Adherence (Penedo et al. 2003, S.276). *Soziale Instabilität*⁴⁵

⁴⁴ General Health Questionnaire (GHQ-28) zur Messung von Sorge, depressiven und undifferenzierten psychiatrischen Syndromen.

⁴⁵ Soziale Instabilität setzte sich zusammen aus: Leben von Sozialhilfe, Arbeitslosigkeit (plus Arbeitslosigkeit des Partners), Mangel an stabilen Beziehungen, zurückliegende Gefängnisaufenthalte, unklare Wohnsituation.

war der einzige Faktor, der in einer Untersuchung mit einer Gruppe ehemaliger i.v. Drogenabhängiger mit Non-Adherence assoziiert war (Bouhnik et al. 2002, S.S150f). Die nicht adhärennten Patienten präsentierten in den Untersuchungen ein höheres Niveau an *psychischer Belastung* (Servellen et al. 2002, S.277; Singh et al. 1996, S.266), weniger *Motivation* (Singh et al. 1999, S.828); ein hohes Niveau der *Somatisierung* (Catz et al. 2001, S.54), *Fatigue*, *Anspannung* und *Sorge* (Molassiotis et al. 2002, S.308), *Spannungen* außerhalb der Klinik (Gebo, Keruly & Moore 2003, S.107), *emotionale Störungen* und einen weniger *adaptiven Copingstil* (Singh et al. 1996, S.266).

Der *Copingstil* scheint sich auf die Adherence auszuwirken (Molassiotis et al. 2002, S.308). Individuen, die problemlösende („problem-solving“) oder verhaltensändernde („behavior-modifying“) *Bewältigungsstrategien* einsetzten, waren adhärenter als diejenigen, die mittels Verleugnung zu bewältigen versuchten oder Emotionen benutzten, um hoffnungslosen Situationen einen Sinn zu geben. Die erst genannten *Copingstile* gehen mit einer niedrigeren Anzahl von Stimmungsstörungen, einem höheren Selbstwert und einer besseren Lebensqualität einher, während ein vermeidender Copingstil mit einem höheren Niveau bezüglich Depression und einem niedrigeren Selbstwert assoziiert ist (Singh et al. 1999, S.829). Eine Form der Tiefen-Verarbeitung⁴⁶ zeigt sich als Mediator des emotionalen Ausdrucks sowie der Langzeitüberlebensrate und weist eine signifikante Verbindung mit der Adherence auf (O’Cleirigh et al. 2003, S.231ff). Einen beobachteten höheren Optimismus im Hinblick auf die Lebenserwartung in der Gruppe der nicht adhärennten Patienten versuchten die Autoren mit der mangelnden Fokussierung auf den HIV-Status und dem Vergessen der möglichen Krankheitsprogression zu erklären (Holmes & Pace 2002, S.681). Die Adherence der HIV-infizierten Patienten scheint von deren Fähigkeit, sich der neuen Situation des Infiziert-Seins anzupassen, abzuhängen. Zu diesem Schluss kamen Cederfjäll u.a. aufgrund der Tatsache, dass die Patienten, die einen niedrigeren Wert in der SOC-Skala⁴⁷ erreichten, aus der Gruppe der nicht adhärennten Patienten stammten (Cederfjäll et al. 2002, S.613).

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass die *Gemütslage* des Patienten ein Prädiktor bezüglich dessen adhärennten Verhaltens zu sein scheint. *Psychisches Leid* wirkt sich allgemein negativ auf das Einnahmeverhalten aus. Das Vorliegen einer *Depression* zeigt in einigen, jedoch nicht in allen Studien einen starken Zusammenhang zur

⁴⁶ „Depth processing“ setzte sich zusammen aus den vier spezifischen Verarbeitungsmustern „positive cognitive appraisal change“, „experiential involvement“, „self-esteem improvements“ und „adaptive coping strategies“.

⁴⁷ Das Konzept des „Sense of Coherence“ (SOC) entstammt dem Modell der Salutogenese nach Antonovsky (1997, S.33ff).

Non-Adherence. Der Einfluss von *sozialer Unterstützung* und „*self-efficacy*“ auf die Adherence konnte in zahlreichen Studien beobachtet werden (Ammassari et al. 2002a, S.S124ff). Die Art der *Krankheitsbewältigung* scheint ebenfalls die Adherence zu beeinflussen: Problemlösende bzw. verhaltensändernde Copingstile stellten sich diesbezüglich als günstiger heraus (Singh et al. 1999, S.266).

3.3.2 Krankheitsmerkmale

Krankheitsmerkmale werden nur in wenige Studien im HIV-Bereich einbezogen. Es konnten keine Differenzen zwischen adhärenenten und nicht adhärenenten Patienten bezüglich der *Dauer* der HIV-Infektion beobachtet werden (Catz et al. 2000, S.128, Ammassari et al. 2002a, S.S124). Die Adherence korreliert in den Untersuchungen von Gao u.a. sowie von Singh u.a. mit der *Schwere* der Erkrankung: Patienten mit mehr HIV-assoziierten Symptomen zeigen in zwei Untersuchungen⁴⁸ eine höhere Adherence (Gao et al. 2000, S.396, Singh et al. 1996, S.265f). Ein Zusammenhang zwischen *CDC-Klassifikation* und Adherence lässt sich aber nach Ammassari u.a. nicht herstellen. Die Ergebnisse zum Einfluss der *CD4-Zellzahl* auf das Einnahmeverhalten sind widersprüchlich (Ammassari et al. 2002a, S.S124).

3.3.3 Behandlungsmerkmale

Eine Studie verwies auf einen Anstieg der Non-Adherence bei *länger andauerndem Gebrauch* antiretroviraler Regimes (Gallant & Block 1998, S.34). Dem widersprechen jedoch zahlreiche Untersuchungen, die weder für die *Behandlungsdauer* mit HAART (Catz et al. 2000, S.128; Ammassari et al. 2002a, S.S124; Spire et al. 2002, S.1485) noch für das Merkmal „*Therapie naiv/nicht-naiv*“ (Ammassari et al. 2002a, S.S124; Spire et al. 2002, S.1485) einen Zusammenhang zur Adherence beobachtet haben.

Ein Prädiktor der Adherence scheint die *Anzahl* der verordneten antiretroviralen Medikamente zu sein (Murphy et al. 2001, S.37). Verschiedene Übersichtsarbeiten kommen zu dem Schluss, dass eine niedrige Adherence mit der *Komplexität* des Regimes, der *Anzahl* unterschiedlicher Medikamente, die in dem Regime enthalten sind, und dem Ausmaß, in dem das Regime *mit dem täglichen Leben des Patienten interferiert*, assoziiert ist (Chesney, Morin & Sherr 2000, S.1600; Trotta et al. 2002, S.S128ff). Dem widerspricht aber die Übersichtsarbeit von Miller und Hays, die eine

⁴⁸ In den verwendeten Metaanalysen wurde der Faktor „Schwere der Erkrankung“ nicht explizit dargestellt.

bessere Adherence bei einer höheren *Anzahl* antiretroviraler Medikamente im Regime⁴⁹, mehr Tabletten pro Tag und mehr Dosierungen pro Tag – letzteres bezogen auf eine Monotherapie – beschreiben. Andere Studien zeigen, dass kein Zusammenhang zwischen *Anzahl* der Dosierungen und der Adherence festzustellen ist (Miller & Hays 2000, S.181).⁵⁰ Die Metaanalyse von Fogarty u.a. weist aus, dass 27% der Kongress-Abstracts diesen Faktor untersuchten, ungefähr die Hälfte konnte eine Verbindung zwischen *Komplexität* des Regimes und der Adherence nachweisen, aber nur zwei dieser Ergebnisse stellten sich als signifikant heraus (Fogarty et al. 2002, S.96). Ickovics und Meade schließen die Diskussion um dieses Thema in ihrer Übersichtsarbeit mit der Studie von Gallant & Block (1998), die *Nahrungsrestriktion*, *komplexe Einnahmeschemata* und *ungünstige Effekte* als Barrieren sehen, nicht aber die *Anzahl* der Dosen pro Tag oder die *Anzahl* der Tabletten pro Dosis (Ickovics & Meade 2002, S.S99). Singh u.a., die bei ihrer Analyse die *Komplexität* des Regimes berücksichtigten, fanden heraus, dass den adhären Patienten signifikant mehr Medikamente pro Tag verschrieben wurden als den nicht adhären (Singh et al. 1996, S.267). Die *Anzahl* der verschriebenen Medikamente (Catz et al. 2000, S.128; Spire et al. 2002, S.1485) und die *Komplexität* des Regimes konnte auch bei anderen Untersuchungen (Gao et al. 2000, S.396; Spire et al. 2002, S.1485) nicht als Prädiktor für die Adherence festgestellt werden. Weder die Lebensqualität („Quality of Life“⁵¹) noch die Adherence korrelieren mit dem therapeutischen *Regime* (Penedo et al. 2003, S.274). Ammassari u.a. konnten in ihrer Metaanalyse zeigen, dass die *Anzahl* der antiretroviralen Medikamente, die *Anzahl* der Tabletten sowie die *Art* der antiretroviralen Medikamente keinen Einfluss auf die Adherence haben, wohl aber die *Komplexität* des Regimes und die *Nebenwirkungen* der Medikamente (Ammassari et al. 2002a, S.S124).

Eine gut dokumentierte Beobachtung ist, dass sich die beste Adherence dann zeigt, wenn es zur Symptomlinderung kommt, während sich schlechte Adherence nach *unerwünschten Arzneimittelwirkungen* bei Patienten, die nicht unter Symptome leiden, einstellt (Chesney, Morin & Sherr 2000, S.1600). „HIV medication worries“⁵², eine Domäne des gemessenen Konstruktes „Quality of Life“, haben einen Einfluss auf die Adherence (Penedo et al. 2003, S.276). *Arzneimittelnebenwirkungen* sind nach der Metaanalyse von Ammassari u.a. ein „key reason“ (Ammassari et al. 2002a,

⁴⁹ Das gleiche Ergebnis zeigt auch die Untersuchung von Rocher et al. (1999).

⁵⁰ Die Anzahl der Dosierungen sowie die Tablettenanzahl sind beides Parameter, denen ärztlicherseits eine hohe Bedeutung für die Adherence beigemessen wird, 59% der Ärzte deklarierten diese als verantwortlich für Non-Adherence. Dagegen gaben nur 16% der Patienten diese Parameter als Grund an (Miller & Hays 2000, S.180).

⁵¹ „Quality of Life“ wurde mit dem HAT-QoL gemessen.

⁵² Dies umschreibt sowohl Nebenwirkungen als auch schwere Belastungen durch das therapeutische Regime.

S.S126) für die Non-Adherence. Insbesondere *Übelkeit* und *Erbrechen* waren mit Non-Adherence assoziiert (Molassiotis et al. 2002, S.308) und ebenso die *Einschränkung*, physischen, beruflichen und sozialen Aktivitäten⁵³ nicht mehr nachgehen zu können (Penedo et al. 2003, S.276). Spire u.a. weisen auf einen Zusammenhang zwischen den von Patienten berichteten *Symptomen* nach Therapieinitiierung und Non-Adherence hin, unabhängig von der Tatsache, ob die Symptome als beschriebene *Nebenwirkungen* der entsprechenden HAART bekannt sind (Spire et al. 2002, S.1492). Andere Studien weisen jedoch hinsichtlich des Einflusses von *Nebenwirkungen* auf das Einnahmeverhalten ein widersprüchliches Ergebnis auf: Zwischen der Adherence und erlebten bzw. befürchteten *Nebenwirkungen* konnte kein Zusammenhang hergestellt werden – eine detaillierte Analyse der unterschiedlichen Nebenwirkungen, insbesondere der Lipodystrophie⁵⁴, fand in diesem Rahmen allerdings nicht statt (Weilandt & Schüler 2003, S.74).

Langzeitnebenwirkungen wie die Lipodystrophie führten bei Patienten, die sich initial adhärenthielten, nach ihrem Auftreten zu einer Abnahme der Adherence (Duran et al. 2001b, S.2442). Verschiedene Studien haben darauf hingewiesen, dass eine bessere Adherence mit einem erhöhten Risiko für eine Fettumverteilungsstörung einhergeht (Guaraldi et al. 2003; Ammassari et al. 2002b). Die durchschnittliche Dauer für die Entwicklung von „Adipose Tissue Alterations“ war fünfmal kürzer bei Patienten mit guter Adherence, verglichen zu denen mit schlechter Adherence. Eine von Patienten wahrgenommene, medizinisch aber nicht nachgewiesene Fettakkumulation hatte einen negativen Effekt auf die Adherence (Ammassari et al. 2002b, S.S143).

Ein anderes Behandlungsmerkmal, das die Adherence zu beeinflussen scheint, ist die Möglichkeit des *Zugangs zu den Gesundheitseinrichtungen* (Servellen et al. 2002, S.279).

Allgemein lässt sich bezüglich der Behandlungsmerkmale sagen, dass die bisherige *Einnahmedauer* einer antiretroviralen Therapie keinen Einfluss auf die Adherence des Patienten zu haben scheint, wohl aber die *Komplexität* der antiretroviralen Therapie. Die Untersuchungen zur *Anzahl* der Tabletten sowie zur *Anzahl* antiretroviraler Medikamente hinsichtlich ihres Einflusses auf die Adherence sind widersprüchlich. *Nebenwirkungen* können als ein Schlüsselfaktor zur Erklärung nicht adhärenthaltigen Verhaltens gesehen werden (Ammassari et al. 2002a, S.S124ff).

⁵³ Es handelt sich um eine Domäne des gemessenen Konstruktes „Quality of Life“, „overall functioning“, die in der Studie gemessen wurde.

⁵⁴ Lipodystrophie bezeichnet eine Fettumverteilungsstörung, ein alternativer Begriff „Adipose Tissue Alterations“ (ATA) ist definiert als „fat wasting, fat accumulation, or both (‘combined form’)“ (Ammassari et al. 2002b, S.S140).

3.3.4 Merkmale der Arzt-Patient-Interaktion

Es gibt gut begründete Annahmen, dass eine vertrauensvolle⁵⁵ *Beziehung* zwischen Arzt und Patient als eine Grundvoraussetzung der Adherence angesehen werden kann (Tsasis 2001, S.112). Trotzdem beziehen nur wenige Untersuchungen zur Adherence bei HIV-infizierten Patienten den Einfluss der Arzt-Patient-Beziehung in ihr Studiendesign mit ein. Roberts konnte in ihrer qualitativen Untersuchung den Zusammenhang zwischen einer guten *Arzt-Patient-Beziehung* und einer guten Adherence zeigen (Roberts 2002, S.49). Viele Patienten sprachen in den Interviews eigenständig die Verknüpfung zwischen einer guten *Arzt-Patient-Beziehung* und der Adherence an. „If you don't trust your doctor, you won't trust (and take) your meds“ (ebd., S.47). Eine andere Untersuchung zum Einfluss der *Arzt-Patient-Beziehung* auf die Adherence⁵⁶ konnte zeigen, dass weder die Häufigkeit noch die Dauer der Arztbesuche oder die allgemeine Beurteilung der Beziehung einen signifikanten Einfluss auf die Adherence hat. Hochsignifikant ist hingegen der Unterschied zwischen den Patienten, die den Arzt gewechselt hatten, und denen, die fortwährend von einem Arzt betreut wurden, hinsichtlich ihrer *Zufriedenheit* mit den Arztgesprächen über klinische und therapeutische Aspekte. Die *Zufriedenheit* mit der *Arzt-Patient-Beziehung* ist assoziiert mit Adherence, allerdings nicht statistisch signifikant (Martini, Parazzini & Agnoletto 2001, S.63). Die *Zufriedenheit* mit der vom Arzt erhaltenen Aufklärung über die antiretrovirale Therapie ist in einer anderen Untersuchung gleichwohl signifikant niedriger bei den nicht adhären Patienten. Sie fühlten sich zudem deutlich häufiger in der Entscheidung zum Therapiebeginn fremdbestimmt als die adhären Patienten (Corzillius et al. 2002, S.285). *Zufriedenheit* mit dem behandelnden *Arzt* lässt sich in der von Sullivan u.a. durchgeführten Untersuchung größtenteils als das von den Patienten wahrgenommene Wissen des Arztes über HIV und die Einschätzung der Patienten bezüglich der ärztlichen Empathie erklären (Sullivan et al. 2000, S.466f).

Die meisten Ärzte eines untersuchten Kollektivs, alle HIV-Spezialisten, führten sowohl vor als auch nach der Verschreibung antiretroviraler Medikamente Gespräche über die Adherence mit den Patienten. Manche HIV-Behandler berichten davon, Adherence-Tests mit verschiedenen Placebopräparaten durchzuführen (Roberts &

⁵⁵ Eine nähere Definition bzw. Operationalisierung des Begriffes „vertrauensvoll“ wird von Tsasis nicht vorgenommen.

⁵⁶ In der Untersuchung von Martini, Parazzini und Agnoletto wurde nicht auf ein standardisiertes Messinstrument zurückgegriffen, die Patienten wurden lediglich gefragt, ob sie mit ihrem Arzt zufrieden seien.

Volberding 1999, S.1776f). Aus Sicht der Patienten hatten eine offene *Kommunikation* mit ihrem Arzt und eine positive *Beziehung* einen positiven Einfluss auf die Adherence. Drei Komponenten scheinen für die *Arzt-Patient-Kommunikation* aus Sicht der Studienteilnehmer wichtig zu sein: Genaue allumfassende Informationen, Klarheit im Hinblick auf die Anweisungen und die Natur der Beziehung (Murphy et al. 2000, S.56). Sowohl die *Zufriedenheit* mit der *Arzt-Patient-Beziehung* (Catz et al. 2001, S.55) als auch die *Qualität* der *Arzt-Patient-Beziehung* (Stall et al. 1996, S.157f; Meystre-Agustoni et al. 2001, S.50f)⁵⁷ sowie die Organisation der Betreuung (Meystre-Agustoni et al. 2001, S.50f) und ein höherer Wert auf der „Engagement with Health Care Provider“ scale⁵⁸ (Bakken et al. 2000, S.194) hatten sich positiv auf die Adherence ausgewirkt.⁵⁹ Günstig wurde die Adherence weiterhin durch ein Bewusstsein ärztlicherseits für die sexuelle und soziale Identität des Patienten sowie einer toleranteren Haltung gegenüber verschiedenen kulturellen Werten, Überzeugungen und Gewohnheiten beeinflusst (Schilder et al. 2001, S.1654ff). Schneider u.a. konnten in einer multivariaten Analyse einen signifikanten Zusammenhang der Adherence mit der allgemeinen *Arzt-Patient-Kommunikation*⁶⁰, mit einer HIV-spezifischen *Kommunikation*⁶¹, mit der allgemeinen *Zufriedenheit* mit dem Arzt, mit der Bereitschaft, den Arzt weiterzuempfehlen, mit dem Vertrauen in den Arzt und mit der Durchführung von Gesprächen über die Adherence zeigen. Eine Einbeziehung der Patienten in die Entscheidung der Therapie deutete ebenfalls auf einen positiven Einfluss auf die Adherence hin (Schneider et al. 2004, S.1099f). Eine wahrgenommene schlechte Behandlung durch das Klinikpersonal hatte einen negativen Einfluss auf die Adherence (Servellen et al. 2002, S.279).

Viele Patienten berichteten, dass ihre *Arzt-Patient-Beziehung* ein wichtiger motivierender Faktor für die Adherence sei. Die Befragten hatten Schwierigkeiten zu spezifizieren, welche Komponente der Arzt-Patient-Beziehung genau der Adherence diene. Es scheint, dass das kontinuierliche und insbesondere das langfristige Haben

⁵⁷ Qualität der Arzt-Patient-Beziehung wurde z.B. in der Studie von Meystre-Agustoni u.a. als dem Arzt zu vertrauen und das Gefühl zu haben, bei der Behandlung mitreden können, operationalisiert.

⁵⁸ „Engagement with Health Care Provider“ war konzeptionalisiert als „including dimension of access to health care provider, information sharing, involvement of client in decision making and self-care activities, respect and support of the provider for the client’s choices, and management of client concerns“ (Bakken et al. 2000, S.190).

⁵⁹ Eine höhere Zufriedenheit mit dem Arzt lief entgegen den Erwartungen der Untersucher auf eine niedrigere Einschätzung der Ärzte hinsichtlich der Adherence der Patienten hinaus. Dieser Zusammenhang bestätigte sich aber bei den zusätzlich durchgeführten Adherence-Messmethoden, der Selbstbeurteilung und einer Beurteilung durch die nahestehendste Person, nicht (Vincke & Bolton 2002, S.493).

⁶⁰ Die allgemeine Arzt-Patient-Kommunikation umfasste in der Untersuchung von Schneider u.a. Themen wie Testergebnisse, Symptome, Nutzen und Risiken der Behandlung, gesundheitliche Zweifel etc.

⁶¹ Unter HIV-spezifischer Kommunikation verstanden die Autoren Gespräche über Sexualität, Drogen und Stressfaktoren, die einen Einfluss auf die Gesundheit haben.

einer *Beziehung* mit dem Arzt, dem die Teilnehmer der Studie vertrauten, ausschlaggebend hinsichtlich deren Motivation zur Adherence war (Stone et al. 1998, S.591). Die Analyse des nicht adhärenenten Verhaltens einer Patientin im Rahmen eines psychiatrischen Einzelfallberichtes bietet als Erklärungsmodell, dass die vielfach psychisch traumatisierte, HIV-infizierte Patientin⁶² nicht in der Lage war, Vertrauen in einer *Arzt-Patient-Beziehung* aufzubauen. Zudem wird die Unfähigkeit, sich um ihre Gesundheit und ihren Körper zu sorgen, als Grund für ihre Non-Adherence genannt (Ricart et al. 2002, S.178f). Als ein solches Zeichen reduzierten Vertrauens der nicht adhärenenten Patienten⁶³ gegenüber dem Arzt lässt sich vielleicht der hoch signifikante Unterschied (Fisher $p=.000$) bei der Aussage „I need more medication than what the doctor tells me to take“ (Catz et al. 2000, S.130) deuten, der von keinem Einzigen aus der Gruppe der adhärenenten Patienten geäußert wurde. Eine vertrauensvolle *Arzt-Patient-Beziehung*, in der ebenfalls die Bereitschaft zum Gespräch über nicht adhärenentes Verhalten mit dem Arzt vorhanden ist, ist positiv mit der Adherence assoziiert (Weilandt & Schüler 2003, S.81).

Ein Studienteilnehmer berichtete im Interview: „The first time that I started playing with antiretrovirals and protease inhibitors, it was a mess. It just didn't happen. I wasn't into it and I stopped doing it ... mostly because of the hatred I developed for my health-care provider“ (Murphy et al. 2000, S.53).

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass nur wenige Studien den Einfluss der *Arzt-Patient-Beziehung* auf die Adherence untersuchen. Die Resultate der Studien sind diesbezüglich widersprüchlich (vgl. hierzu auch Ammassari et al. 2002a, S.S125) bzw. deuten auf einen positiven Einfluss hin, der sich jedoch häufig als nicht signifikant herausstellt (Fogarty et al. 2002, S.98). Eine detaillierte Beschreibung dessen, was die Förderung der Adherence im Rahmen der *Arzt-Patient-Beziehung* bewirken könnte, bleibt zumeist unklar.

3.3.5 Barrieren für die Adherence – Gründe aus der Patientensichtweise

In den vergangenen Kapiteln wurden bereits verschiedene Aspekte der Patientensichtweise dargestellt: Patienten sehen ihre *Arzt-Patient-Beziehung* als wichtigen motivierenden Faktor für die Adherence an, *Zufriedenheit* mit der ärztlichen Betreu-

⁶² Die Patientin war mehrfach sexuell missbraucht worden. Die psychiatrische Diagnose lautete Post-traumatische Belastungsstörung (PTSD).

⁶³ Die Patienten, die im Selbstbeurteilungsbogen angaben, die Medikamente in den vergangenen drei Monaten einmal pro Woche oder häufiger nicht genommen zu haben, wurden in der Untersuchung von Catz u.a. der Gruppe der nicht adhärenenten Patienten zugeordnet (Catz et al. 2000, S.128).

ung stellt einen positiven Einflussfaktor dar (vgl. Kap. 3.3.4). *Furcht* und *Skepsis* gegenüber der antiretroviralen Therapie wirken sich negativ auf die Adherence aus (vgl. Kap. 3.3.1.3). Auch die Behandlungsmerkmale, wahrgenommene sowie befürchtete *Nebenwirkungen* oder die *Komplexität* des Regimes und die damit verknüpfte Störung des täglichen Lebens, wurden von Patienten als Einflussfaktoren auf die Adherence genannt (vgl. Kap. 3.3.3).

In der Studie von Ferguson u.a. wurden die folgenden Barrieren für die Einnahme der antiretroviralen Therapie von den befragten Patienten am häufigsten angegeben: 1. Die Patienten sollten mehr Medikamente einnehmen, als sie wollten. 2. Die Einnahme der Medikamente war eine Erinnerung an den HIV-Status. 3. Es war ihnen unangenehm, dass andere Leute wussten, dass die Medikamente gegen HIV/AIDS sind. 4. Die Befragten wollten bei der Einnahme nicht gesehen werden. 5. Die Medikamente waren schwierig zu schlucken (Ferguson et al. 2002, S.611). Die unterschiedlichen Barrieren scheinen nicht in allen Gruppen gleich stark ausgeprägt zu sein (vgl. Kap. 3.3.1.1).⁶⁴

Alle Barrierendomänen⁶⁵ waren assoziiert mit Non-Adherence, „Memory“ (Vergessen etc.) zeigte die stärkste Assoziation (Ferguson et al. 2002, S.613). Vergessen ist in verschiedenen Untersuchungen der am häufigsten angegebene Grund für Non-Adherence seitens der Patienten (Schuman et al. 2001, S.376; Chesney et al. 2000, S.263; Simoni et al. 2002, S.436; Spire et al. 2002, S.1484; Gallant & Block 1998, S.34), gefolgt von Abwesenheit von zu Hause sowie Lebensunregelmäßigkeiten jeder Art.

Diesen eher organisatorischen Problemen der regelmäßigen Einnahme wird häufig ausschließlich auf kognitiver Ebene begegnet (Dannecker 2001, S.413). Dabei wird außer Acht gelassen, dass die Einnahme der antiretroviralen Medikamente als eine Zerstörung des täglichen Lebens (Lee, Solts & Burns 2002, S.853) bzw. als eine unwillkommene tägliche Erinnerung an die HIV-Infektion (Cooper et al. 2002, S.324) wahrgenommen wird. Komplikationen in der täglichen Routine aufgrund der Arzneimittelleinnahme sowie der Körpergewichtseinfluss⁶⁶ (Roberts & Mann 2000, S.380ff) werden aber von den Patienten als Barriere für die Adherence erlebt (Murphy et al.

⁶⁴ So fanden kaukasische Patienten die Menge der Medikamente und die Unbequemlichkeit der Einnahme als störend, während Patienten afrikanischer Abstammung die Aufbewahrung, das Nachfüllen und die Einnahme bei Wohlbefinden als Problem angaben.

⁶⁵ Die Barrieren wurden mit dem „Patient Medication Adherence Questionnaire“ (PMAQ) gemessen. Die 25 potentiellen Barrieren bilden fünf Domänen: „Knowledge and attitudes about medicine“, „Social support“, „Qualities of medicine“, „Schedule“ und „Memory“.

⁶⁶ Das Problem der Nahrungsrestriktionen – z.B. Nüchterneinnahme bei vorhandenem Untergewicht oder die Einnahme mit fettem Essen bei Übergewicht.

2003, S.253f; Roberts & Mann 2000, S.380ff). In den Zeitintervallen, in denen die Patienten keine antiretrovirale Medikation einnehmen, gewinnen einige das Gefühl der persönlichen Kontrolle über die Infektion zurück (Cooper et al. 2002, S.325). Die Befehlsgewalt über den eigenen Körper und das eigene Leben ist verbunden mit einer erwarteten Entstigmatisierung durch die größere Unabhängigkeit. Das sichtbare „Anderssein“ des HIV-infizierten Patienten besteht in erster Linie in der regelmäßigen Tabletteneinnahme (Wright 1999, S.25). 89% der befragten Patienten gaben „Treatment reminds me that I am HIV+“ (Catz et al. 2000, S.129) als Barriere für die Adherence an.⁶⁷ Ein Patient beschrieb, dass die Tabletteneinnahme ähnlich einem „small emotional prison“ (Roberts & Mann 2000, S.380) sei.

3.3.6 Modelle – qualitative Ansätze

Im Folgenden sollen exemplarisch zwei qualitative Studien, die das Annehmen einer Behandlung von bzw. Adherence bei HIV-infizierten Patienten untersuchten und den Versuch einer Modellbildung resp. Typisierung praktizierten, detaillierter dargestellt werden.

Adherence wird von Wilson u.a. als ein komplexes Geschehen verstanden. Die Autoren entwickelten⁶⁸ folgendes Modell: Eine bestimmte Geistes- bzw. Gemütsverfassung entwickelt sich zum einen aus den kontextuellen Faktoren wie der Unsicherheit der Zuschreibung⁶⁹, einem nicht spürbaren Virus („Silent Virus“) oder der Wahrnehmung unbeständiger Surrogatmarker und zum anderen aus dem Zustand des Patienten („Conditions“), der durch die Identität, die Krankheitsideologie, konkurrierende Behandlungsoptionen, die Bedeutung der Zeit, Belastungen aufgrund der Medikamente und die Wirkung des Lebensstils beeinflusst wird. Diese Gemütsverfassung variiert von Tag-zu-Tag und führt dazu, dass die Therapie verschoben oder eine Entscheidung über die Adherence gefällt wird. Letzteres beinhaltet jedoch wiederum die Möglichkeit der Adherence, des Zuschneiderns („Tailoring“) oder der Non-Adherence. Adherence bezieht drei Subprozesse ein: Akzeptanz, Annahme („Embracing“) und die Ausbildung einer Routine. Non-Adherence wird durch vier Subprozesse im Umgang mit der Erkrankung bestimmt: Nichtbeachtung, Spielen, Ablehnung und Aufgabe. Eine bedeutsame Gruppe der Befragten nimmt selbst „zugeschneiderte“ Therapieregime ein. Für dieses Verhalten sind ebenfalls drei

⁶⁷ Vgl. hierzu Kap. 3.2.2: Der mögliche selbstregulatorische Effekt, der sich ebenfalls aufgrund dieser angegebenen Barriere entwickeln könnte.

⁶⁸ Die von den Autoren mit HIV-Patienten durchgeführten Interviews wurden mithilfe der Methode der „Grounded Theory“ analysiert.

⁶⁹ „Attributional Uncertainty“ bedeutet eine Unklarheit für den Patienten, verschiedene interagierende Symptome der Krankheit bzw. der Medikation zuzuschreiben.

Subprozesse beschrieben: Auf den Körper hören, Abschätzen und (mit dem Arzt) Aushandeln (Wilson, Hutchinson & Holzemer 2002, S.1314ff).

Bartos und McDonald konzeptualisieren ein Leben mit HIV als einen dynamischen Prozess des infizierten Individuums, bei dem sich drei verschiedene Arten der Subjektivierung („subjectification“⁷⁰) erkennen lassen:⁷¹ HIV als (1) Identität bzw. Aspekt des Selbst, als (2) Erfahrung oder als (3) Karriere. Viele der Interviewten sprachen von der HIV-Infektion als Teil ihrer Identität. Den HIV-Infizierten in dieser Gruppe (1)⁷² war es nicht möglich, sich imaginär eine Heilung der HIV-Infektion vorzustellen. In der Gruppe (2), die ihre Infektion als eine Erfahrung ansah,⁷³ gab es einen auffallenden Unterschied zwischen den Patienten, die die Infektion als Unfall bezeichneten, und denen, die den Sinn des Selbst als ein integriertes Ganzes verstanden. Häufig wurde eine zu große Nähe der HIV-Infektion an den Sinn des Selbst als Bedrohung erlebt. Die HIV-Community wurde von den Patienten dieser Gruppe instrumentalisiert. Eine potentielle Heilung war vorstellbar, aber die im Rahmen der Krankheit gemachten Erfahrungen wollten die Patienten nicht missen. In der letzten Gruppe (3)⁷⁴ entsprach die HIV-Infektion tendenziell einer Karriere. Diese Gruppe hatte den engsten Kontakt zur HIV-Community. „HIV community was constituted by what you do, together, as an experience of solidarity, and as one of the ways you *do* HIV“ (Bartos & McDonald 2000, S.304, Hervorhebung im Original). Einige waren in der „AIDS industry“ tätig. In dieser Gruppe befanden sich die HIV-infizierten Patienten, die über ein hohes Wissen in Bezug auf die HIV-Infektion verfügten und deren Arzt-Patient-Beziehung gewissermaßen als wissenschaftliche Partnerschaft zu bezeichnen war.

Das Annehmen von Behandlungen verstehen Bartos und McDonald als durch die zugrunde liegende Beziehung des HIV zum Selbst strukturiert. Gemäß den Autoren lässt sich die Behandlung mit antiretroviralen Medikamenten aus Sicht der ersten Gruppe (1), für die HIV als Identität bzw. als Aspekt des Selbst ist, „als ein Marker der Gesundheit des Selbst“ (ebd., S.305, Übersetzung U.E.) sehen. Folglich wäre nach Meinung der Autoren ein Therapieversagen bzw. eine schlechte Adherence als „ein Versagen des Selbst“ (ebd., Übersetzung U.E.) zu interpretieren. Insbesondere

⁷⁰ „By 'modes of subjectification' we mean those ways in which people undertake work on themselves of the sort that makes their conduct intelligible, both to themselves and to others“ (Bartos & McDonald 2000, S.300).

⁷¹ Es ist anzumerken, dass Bartos und McDonald die Interview-Partner im Anschluss an die bereits 1997 durchgeführte australische Studie „HIV Futures Survey“, bei der ebenfalls die Bereitschaft, an entsprechenden Interviews teilzunehmen, abgefragt wurde, gewinnen konnten (Bartos & McDonald 2000, S.300f).

⁷² Fast alle derer, die HIV als Teil ihres Selbst begriffen, waren homosexuelle Männer, deren HIV-Identität die schon zuvor bestehende homosexuelle Identität überlagerte.

⁷³ In dieser Gruppe waren vor allem Frauen und heterosexuellen Männer.

⁷⁴ In dieser Gruppe gab es keine Häufigkeitsunterschiede hinsichtlich der Betroffenen.

ein Therapiewechsel, potentiell assoziiert mit einem Lebensstilwechsel, könnte bei diesen Patienten zu einer Störung der Integrität führen. Diejenigen, die die HIV-Infektion als Erfahrung wahrnahmen (2), hatten eine Sichtweise, bei der sie sich stärker von der Behandlung distanzieren. Von dieser Gruppe würden nach Bartos und McDonald nicht eingenommene Dosierungen als Zeichen der Selbstkontrolle erlebt, was als ein Versuch bezeichnet werden kann, das HIV am rechten Platze zu belassen. Die letzte Gruppe (3), die HIV-Karrieristen, waren diejenigen, die sich selbst als Ausdruck ihrer therapeutischen Partnerschaft mit der medizinischen Wissenschaft am wahrscheinlichsten als „hyper-compliant“ bezeichneten (ebd.).⁷⁵

3.3.7 Zusammenfassende Bewertung: Adherence bei HIV-Patienten

Die Vorstellungen über den Prozentsatz der einzunehmenden Medikamente im HIV-Bereich müssen als fraglich angesehen werden. Häufig wurde dieser in Anlehnung an Paterson u.a. (2000) mit 95% beziffert (vgl. Kap. 3.2.2). Eine auf diese Studie basierende Forderung, wie sie in der Literatur vielfach unkritisch gestellt wird, verlangt den Patienten ein nicht gesichertes Maß der Adherence ab, das unter lebenspraktischen Überlegungen für den einzelnen Patienten schwer umsetzbar sein muss. Konflikte, die aufgrund von Problemen der Umsetzung dieser Anforderungen bei den Patienten entstehen können, ließen sich durch eine wissenschaftlich gesicherte Neubestimmung eines denkbar niedrigeren Schwellenwertes eventuell vermeiden. Unbeantwortet bleibt auch die bereits aufgeworfene Frage der Konsequenzen (vgl. Kap. 2.3.6): Wie kann auf Patienten, die einen derartigen Schwellenwert der Adherence nicht leisten können, reagiert werden?

Viele Untersuchungen, die zum Thema „Adherence bei HIV-infizierten Patienten“ durchgeführt wurden, entsprechen nicht den von Haynes im Rahmen seiner Analyse geforderten methodologischen Kriterien⁷⁶ (Fogarty et al. 2002, S.100). Die Ergebnisse der Studien unterscheiden sich jedoch nicht grundlegend von den im Kapitel 2 dargestellten Resultaten der traditionellen Adherence-Forschung. In diesem Sinne sind die soziodemographischen Merkmale bei Einbezug zahlreicher Studien als nicht

⁷⁵ In der Publikation von Bartos und McDonald bleibt unklar, inwiefern eine empirische Überprüfung der Adherence durchgeführt wurde.

⁷⁶ Nur statistisch belegte Faktoren wurden als Behauptung, dass der Faktor kausal mit Adherence verknüpft sei, für die Analyse akzeptiert. Dabei musste der Autor nicht selbst alle erforderlichen Tests durchgeführt haben, vorausgesetzt die von ihm gemachten Angaben ermöglichten eine nachträgliche statistische Auswertung. Alle Ergebnisse mit 50 oder mehr Patienten pro Kollektiv, die keine statistisch signifikante Korrelation aufwiesen, wurden als „nicht mit der Adherence korrelierend“ eingestuft. Untersuchungen mit Stichproben, die weniger als 50 Patienten pro Gruppe zählten, wurden nicht in die Analyse einbezogen (Haynes 1982b, S.61f).

konsistent hinsichtlich ihres Einflusses auf die Adherence einzustufen (Ammassari et al. 2002a, S.S125f).

Die Unannehmlichkeiten der antiretroviralen Therapie haben einen negativen Einfluss auf die Adherence (Ammassari et al. 2002a, S.S127). Das unterscheidet die HIV-Infektion von anderen Erkrankungen, bei denen die Nebenwirkungen im Hinblick auf die Adherence eine untergeordnete Rolle spielen (vgl. Kap. 2.3.3). Die einbezogenen Studien aus dem HIV-Bereich vermitteln ein konsistentes Bild bezüglich eines negativen Einflusses der unerwünschten Arzneimittelwirkungen auf die Adherence. Dies gilt offenbar nicht nur für nachweislich stattgefundene sowie dem therapeutischen Regime ursächlich zuordenbare Nebenwirkungen, sondern auch die subjektive Wahrnehmung des Patienten in Bezug auf die Nebenwirkungen scheint von Relevanz zu sein. Ferner muss von einer Auswirkung der Komplexität des therapeutischen Regimes auf die Adherence, wie es sich in zahlreichen, jedoch nicht in allen Studien darstellt, ausgegangen werden. Ein Einfluss der täglich einzunehmenden Tablettenanzahl auf das Einnahmeverhalten der Patienten lässt sich hingegen nicht widerspruchsfrei nachweisen (vgl. Kap. 3.3.3). Eine Verringerung der Tablettenanzahl wird dessen ungeachtet in verschiedenen Studien als potentielle Strategie der Ärzte zur Verbesserung der Adherence angegeben (z.B. Gallant & Block 1998, S.34; Weilandt & Schüler 2003, S.15).

Ähnlich der allgemeinen Adherence-Forschung zeigt sich die soziale Unterstützung als ein wichtiger Einflussfaktor auf die Adherence der HIV-infizierten Patienten. Nach Ammassari u.a. ist anzunehmen, dass die soziale Unterstützung des Patienten dessen Barrieren zur Einnahme der Medikamente reduzieren und die Motivation zur Adherence steigern kann (Ammassari et al. 2002a, S.S125). Mangelnde soziale Unterstützung ist häufig bei depressiven Menschen zu finden – die Depression ein weiterer Prädiktor der Non-Adherence. Generell scheint sich psychisches Leid schlecht auf das Einnahmeverhalten der HIV-infizierten Patienten auszuwirken (Ammassari et al. 2002a, S.S126). Der Gemütsverfassung wird demgemäß eine Schlüsselposition für die „Entscheidung“ zur Adherence in dem Modell von Wilson u.a. (2002) beigemessen. Unbeachtet bleibt in den Untersuchungen, die die Gemütslage mit der Adherence in Verbindung bringen, allerdings, ob die Patienten wegen eines psychischen Leids nicht den Verordnungen folgen können oder ob sich das psychische Leid, Fatigue, Anspannung und Sorge wie im Kapitel 3.3.1.4 beschrieben, aufgrund des Scheiterns ihres therapeutischen Regimes entwickelt hat. Aktiver Drogenabusus – legaler wie illegaler Substanzen – ist mit Ausnahme einer der einbezogenen Untersuchungen (Catz et al. 2000, S.129) durchgehend negativ mit

Adherence assoziiert, während „self-efficacy“ als positiver Einflussfaktor gesehen werden kann.⁷⁷

Das von Wilson u.a. entwickelte Erklärungsmodell vernachlässigt Aspekte der Arzt-Patient-Beziehung oder der sozialen Unterstützung, während Bartos und McDonald u.a. nicht auf die psychische Verfassung des Patienten eingehen. Beide Ansätze haben als Variable das Konstrukt der Identität gemeinsam, ein Aspekt der inneren Autonomie (Küfner 1989, S.117), zu deren Funktionskreis wiederum das Selbstwertgefühl oder die Selbstwirksamkeit gezählt werden können (ebd., S.114ff). Die mutmaßliche Bedeutung der Autonomie für die Adherence wurde bereits im Kapitel 2.3.6 beschrieben.

Im Vergleich zur allgemeinen Adherence-Forschung (vgl. Kap. 2.3) beziehen nur wenige Studien zum Thema „HIV und Adherence“ die Arzt-Patient-Beziehung in ihre Analyse ein, gleichwohl führen Patienten den Aspekt insbesondere in Interviews ein (vgl. Kap. 3.3.4). Eine gute und vertrauensvolle Arzt-Patient-Beziehung bzw. die Zufriedenheit mit dieser⁷⁸, wie dies in verschiedenen Publikationen als Prädiktor der Adherence beschrieben wurde (Catz et al. 2001, S.55; Stall et al. 1996, S.157ff; Meystre-Agustoni et al. 2001, S.50f), ist ein Resultat, das einen komplexen, schwer zu operationalisierenden Faktor beschreibt (vgl. Kap. 2.3.6).

⁷⁷ Auf die relative Abhängigkeit der genannten Faktoren untereinander wurde bereits hingewiesen (vgl. Kap. 3.3.1.4).

⁷⁸ Insbesondere in einem Bereich, in dem der ärztliche Rat historisch auch zahlreiche Irrtümer aufwies, sollte eine genauere Betrachtung einer vertrauensvollen Beziehung bzw. der Zufriedenheit mit der Beziehung von Relevanz sein (vgl. hierzu Kap. 3.1, insb. Fußnote 2).

4 Einsatz des Psychodramas als Explorationsmethode

4.1 Die Darstellung der Arzt-Patient-Beziehung von HIV-Patienten

Die Arzt-Patient-Beziehung von HIV-Patienten ist Gegenstand der vorliegenden Arbeit. Dieser Aspekt wurde in der Adherence-Forschung im HIV-Bereich entgegen den Tendenzen in der allgemeinen Adherence-Forschung bislang nur wenig berücksichtigt. Zur Exploration der Patientensichtweise ihrer jeweiligen Arzt-Patient-Beziehung wird auf die handlungsorientierte Methode des Psychodramas, ein Ansatz, der den Fokus auf das zwischenmenschliche Beziehungsgeflecht richtet, zurückgegriffen. Nach Schneider-Düker liefert der psychodramatische Aktionsraum mit seinen Simulationstechniken und der spontan ablaufenden Dynamik die größte Annäherung an die Realität (Schneider-Düker 1991, S.35f). Der Schwerpunkt der psychodramatischen Beobachtung liegt auf den Handlungen im interpersonalen Kontext, weniger auf den „objektiven Fakten“ (Schwinger & Burmeister 1996, S.160). Sowohl bei den neueren Betrachtungsweisen der Adherence, bei denen die Arzt-Patient-Beziehung als eine wichtige Einflussgröße gesehen wird (vgl. Kap. 2.3), als auch bei der psychodramatischen Theorie der Interpsyche¹ ist die Begegnung zwischen – im Falle dieser Untersuchung – Arzt und Patient als zentrales Element zu sehen. Die Exploration der Interaktion zwischen Arzt und Patient mithilfe psychodramatischer Techniken scheint aus genannten Gründen eine Methode, um die diesbezügliche Wahrnehmung des Patienten umfassend zu erfassen. Deswegen und weil es eine der Autorin vertraute Methode ist, soll das Psychodrama in der vorliegenden Arbeit zu explorativen Zwecken eingesetzt werden.

Exkurs 1 Psychodrama

Exkurs 1.1 Grundlagen

Das Psychodrama ist ein Verfahren, in dem interpersonelle und intrapsychische Konflikte spontan szenisch dargestellt werden (Leutz & Engelke 1994, S.1008). Der Begriff „Psychodrama“ wird auch als Synonym für die psychodramatische Methode, „diejenige Methode ..., welche die Wahrheit der Seele durch Handeln ergründet“

¹ Vgl. Exkurs 1.1.

(Moreno 1959, S.77), verwendet.² Psychodrama ist Teil des triadischen Systems, bestehend aus Gruppenpsychotherapie, Soziometrie und Psychodrama.³

Die Methode wurde von dem Wiener Arzt Jacob Levi Moreno begründet und ist eng mit dessen Biographie verbunden.⁴ Das Werk Morenos wird weithin als schwer rezipierbar angesehen: Einerseits ließ er widersprüchliche theoretische Aussagen nebeneinander bestehen, ohne Aspekte der Entwicklung deutlich zu machen, andererseits lässt sich sein literarischer Stil auch betreffend der Darstellung seiner theoretischen Konzepte eher als assoziativ bezeichnen. In der vorliegenden Arbeit wurde aus diesem Grund häufig auf Sekundärliteratur zurückgegriffen.

Das Psychodrama sieht den Menschen als Handelnden in seiner Lebenswelt, konstituiert durch Raum, Zeit, Realität und Kosmos. Innerhalb dieser Universalien spannt sich ein zwischenmenschliches Beziehungsgeflecht, hier finden die lebensnotwendigen Interaktionen zu anderen Menschen statt. Die Beschreibung einer Person ist daher keine „Ein-Personen-Psychologie“ – „das Individuum kann niemals abstrahiert werden, sondern steht immer im Zusammenhang mit anderen Individuen“ (Moreno 1974, S.108). Moreno befasst sich kaum mit dem „Ich“ in seiner Persönlichkeitstheorie, sondern sieht alles menschliche Handeln gebunden an Rollen⁵, „... die funktionale Form, die der Mensch in dem spezifischen Moment annimmt, in dem er auf eine spezifische Situation reagiert, an der andere Personen oder Dinge beteiligt

² Kellermann analysiert die mannigfaltige Verwendungweise des Wortes „Psychodrama“ seitens Moreno: „... as a theology with religious postulations (Moreno, 1920), as a dramatic art form with aesthetic ideals (Moreno, 1923), as a political system with social values (Moreno, 1953), as a science with research ambitions (Moreno, 1953), as a method of psychotherapy with curative goals (Moreno, 1959), and as a philosophy of life“ (Kellermann 1987, S.77).

³ Nicht nur die Begriffe des Psychodramas und der Soziometrie entspringen der Feder Morenos, sondern auch der Begriff der Gruppenpsychotherapie wurde 1932 von ihm im „The First Book of Group Psychotherapy“ eingeführt (Moreno 1959, S.10).

⁴ Buer (1991) hat in seinem Buch „Morenos therapeutische Philosophie“ dessen Grundlagen systematisch herausgearbeitet, die sich kaum auf einen Ort des Ursprunges zurückführen lassen. Vielmehr bediente er sich eines Potpourris aus soziologischen, psychologischen, medizinischen, philosophischen, theologischen und künstlerischen, literarischen wie theatralischen, Strömungen seiner Zeit, dem Wien der 20er Jahre, die er in einer schöpferischen Art aufnahm, teilweise verwarf, um letztlich seine eigene therapeutische Philosophie zu erschaffen.

⁵ Der Begriff der „Rolle“ als soziologische Kategorie wurde 1908 von Simmel eingeführt. In den 30er Jahren erschienen in den USA weitere Arbeiten von Moreno, Meads und Linton, 1945 erscheint „role“ erstmalig als Indexkategorie bei psychologischen Zeitschriftenartikeln. Zwischenzeitlich sind die Definitionen des Rollenbegriffes so umfangreich, dass sie in Klassifikationen eingeordnet werden können. Moreno bedient sich dieses Terminus aus der Theatersprache (Moreno 1989, S.103ff). Nach Zeintlinger lassen sich bei ihm vier verschiedene Bedeutungen finden: (1) eine soziologische Dimension: „Rolle als kollektive soziokulturelle Stereotype“, (2) die „Rollenkonserven“, als eine spezielle Form der „Kulturkonserven“ (vollendete Produkte schöpferischer Akte): „Rolle als vorgegebenes individuelles Handlungsmuster“, (3) eine sozialpsychologische Dimension: „Rolle als individuell gestaltetes, abrufbares Handlungsmuster“ und (4) die Manifestation der Persönlichkeit in der Handlung: „Rolle als tatsächliches Handeln in einer aktuellen Situation“ (Zeintlinger 1996, S.125ff).

sind“ (Moreno 1989a, S.105). Neben dem Begriff der Rolle sind das „Selbst“⁶, das „Soziale Atom“⁷ und die „Interpsyche“ (s.u.) als Bestandteile der Persönlichkeit im engeren Sinne zu sehen. Sie sind untrennbar verbunden mit dem Handlungskonzept⁸, den Modellen zur zwischenmenschlichen Beziehung und den entwicklungs-theoretischen Aussagen (Zeintlinger 1996, S.123). Psychische Störungen werden im Psychodrama in erster Linie als Beziehungsstörungen aufgefasst.

Die Konzepte des Bewussten und des Unbewussten, wie sie aus der Psychoanalyse bekannt sind, spielen in Morenos theoretischen Ideen lediglich eine untergeordnete Rolle. Entsprechend dem interpersonalen Ansatz entwickelte Moreno anstelle eines individuellen Unbewussten das Konzept der gemeinsam bewussten und gemeinsam unbewussten Lagen⁹ zwischen mehreren Personen. Spricht Moreno von „Unbewusstem“, meint er unbewusste Zustände, die nicht einer Psyche entstammen, sondern mehreren miteinander verbundenen Psychen. Sie gehören einem Sozialen Atom an, sie teilen eine gemeinsame Vergangenheit und erwarten eine gemeinsame Zukunft. Dies bezeichnet Moreno als Interpsyche (Zeintlinger 1996, S.138ff). Seeger sagt über den Begriff der „Interpsyche“, „... daß es in einer ‚Begegnung‘ gerade innere Ereignisse gibt, die über einen ... ‚Kontakt‘ zweier von einander getrennter Personen hinausgeht. Mit ‚surplus-reality‘ und ‚Begegnung‘ hat Moreno nicht versucht, reales ‚interpersonelles‘ Geschehen zu erfassen, sondern ein im wesentlichen Moment inneres und doch ‚interpsychisches‘ Ereignis“ (Seeger 1996, S.101).¹⁰ Letztlich ist die

⁶ Moreno versteht unter dem Begriff „Selbst“ die Verbindung von Körper, Psyche und Sozietät. Das Selbst eines Menschen entwickelt sich aus dessen bisherigen Rollenrepertoire (Zeintlinger 1996, S.130).

⁷ Das Konzept des Sozialen Atoms wurde von Moreno im Rahmen seiner Studien zur sozialen Mikroskopie 1930-1934 entwickelt (Moreno 1974, S.151ff). „Das ‚Soziale Atom‘ ist das sozioemotionale System von Beziehungen zwischen Menschen, in dem sich die individuelle Persönlichkeit entwickelt und mit der ihr gesamtes Lebensschicksal unmittelbar verknüpft ist. Dieses System umfaßt den Personenkreis, mit dem ein Individuum in einer bestimmten Lebensphase in emotionalem Austausch steht oder stand und dem ein Individuum so eng verbunden ist wie mit seinem eigenen Körper...“ (Zeintlinger 1996, S.131). Im Laufe des Lebens ändert sich im Sozialen Atom die Mitgliedschaft einzelner Personen, die Konstellation des Sozialen Atoms hingegen hat die Neigung konstant zu bleiben. Im psychodramatischen Verständnis ist das Soziale Atom die kleinste soziale Einheit des Menschen, nicht das Individuum (Moreno 1960a, S.62).

⁸ Moreno verwendet den Begriff der Aktion synonym mit dem Begriff des Handelns. Aktion ist eine menschliche Verhaltensweise, die dem Wort bzw. der Idee vorausgeht. Sie ist das wichtigste Element des Psychodramas. „Im Anfang war die Tat“ (Moreno 1959, S.53). Andere Verhaltensweisen wie Reden, Schweigen oder Erinnerungen können auf Handlung bzw. Aktion zurückgeführt werden (Geisler 1991, S.60f).

⁹ Die Inhalte des gemeinsam Unbewussten sind nach Moreno bei den *konkreten* Interaktionspartnern gleich. In Abgrenzung dazu sind unter dem „kollektiven Unbewussten“ nach C.G. Jung die Bilder in der Tiefe („Archetypen“), die *allen* Menschen gemeinsam sind, zu verstehen (Moreno 1958, S.194ff; Buer & Schmitz 1991, S.143).

¹⁰ „Surplus-reality“ bedeutet im psychodramatischen Verständnis eine Erweiterung der Realität durch die psychodramatische Darstellung. Das Erleben der surplus-reality geht sowohl für den Protagonisten als auch für die Mitspieler (vgl. Exkurs 1.2.1) mit einer Bewusstseinsweiterung einher, dem Selbsterfahrungsaspekt der psychodramatischen Methode. Der zweite Aspekt der surplus-reality ist die Duerfahrung. Im Rollentausch (vgl. Exkurs 1.2.3) erlebt der Mensch sein Gegenüber (Leutz 1986, S.119ff).

Frage, was das Psychodrama sei, „... schwer zu beantworten, denn der Sinn von Psychodrama und Soziodrama wird erst in der Erfahrung, beim Teilnehmen klar“ (Kaila 1990, S.130).

Exkurs 1.2 Psychodrama Methoden

Exkurs 1.2.1 Konstituenten des psychodramatischen Handlungs- raumes

Die psychodramatische Methode bedient sich fünf verschiedener Instrumente: Bühne, Protagonist, therapeutischer Leiter, „Hilfs-Ich“ und Gruppe bzw. Publikum.

Die *Bühne* ist als ein spezieller örtlicher, zeitlicher und zwischenmenschlicher Spielraum zu verstehen (Leutz 1980a, S.184). Im Gegensatz zum Theater geht es im Psychodrama nicht um Reproduktion, sondern um das Erleben einer Situation im Hier und Jetzt. Die Metamorphose des Bühnenraumes vollzieht sich kraft der Imaginationsfähigkeit aller Beteiligten durch die Schilderungen des Protagonisten (s.u.), indem er seine Erinnerungen oder Vorstellungen des Raumes dem Publikum mitteilt. Die Bühne „... entsteht wie von selbst, wo immer sich eine psychodramatische Handlung abspielt“ (Leutz 1986, S.82). Die Psychodramawelt, die sich auf diesem physikalischen Ort¹¹ abspielt, ist eine nach Belieben veränderbare Experimentalwelt, entsprungen der Phantasie des Protagonisten, und Abbild seiner psychischen Wirklichkeit (Schönke 1991, S.15ff).

Der „*Protagonist*“ ist ein dem Theater entlehnter Begriff¹² und beschreibt auch im Psychodrama den Hauptdarsteller einer Szene. Im Gegensatz zu einem Schauspieler wird aber von ihm in der psychodramatischen Inszenierung verlangt, sich selbst auf der Bühne darzustellen, seine Welt, Realität oder Phantasie, Vergangenes oder imaginiertes Zukünftiges, einen Traum oder auch Halluzinationen und Wahnvorstellungen, im Hier und Jetzt in Szene zu setzen. Der Protagonist ist im Augenblick des dramatischen Geschehens Dichter, Regisseur und Schauspieler in einer Person (Leutz 1986, S.87). Um frei handeln zu können, muss dem Protagonisten die Freiheit

¹¹ An die Bühne werden kaum räumliche Anforderungen seitens des Psychodramas gestellt, sie muss nur genügend Bewegungsfreiheit zur Darstellung der Szenen bieten.

¹² (Aus dem Griechischen stammend: protos = erster und agon = Kampf, Spiel) Als Protagonist wurden die Hauptdarsteller in den Tragödien der Antike bezeichnet. Der Protagonist im Psychodrama steht dem antiken Mysterienspieler näher als dem Schauspieler unserer Zeit. Aristoteles maß dem Theaterbesuch eine seelisch reinigende Wirkung bei, da Zuschauer, Chor und Mitspieler durch emotionales Miterleben der Leiden der Hauptfigur eine vergleichbare Reinigung und Befreiung von Schuld erfahren wie der Held der Tragödie. Diese läuternde Wirkung auf die Seele des Publikums, die das Drama ausübte, bezeichnete Aristoteles als Katharsis (Schönke 1991, S.30; Blomkist 1991, S.125f).

des Ausdrucks – die nach Moreno so wichtige Spontaneität – gelassen werden (Moreno 1959, S.77f).¹³

Ein weiteres „Werkzeug“ ist der *Leiter des Psychodramas*. Er hat verschiedene Funktionen: Spielleiter, Therapeut und Analytiker. Dabei hat der Spielleiter sowohl direkte Aufgaben, die Aktivierung der Gruppenmitglieder in der Erwärmungsphase, die Leitung der Entscheidungsprozesse über die Art der Sitzung, die Leitung der Szenen sowie die Durchsetzung verschiedener Regeln und Rahmenbedingungen, als auch non-direktive perzeptive Aufgaben. In der therapeutischen Rolle versucht er, entsprechend seinen Hypothesen mit Hilfe psychodramatischer Methoden die Szene zu verändern.

Die *Mitspieler* des Protagonisten, als „*Hilfs-Ich*“ bezeichnet, leisten im Psychodrama eine wesentliche therapeutische Unterstützung. Je nach Bedarf übernehmen sie die Rolle abwesender Bezugspersonen, personifizieren Tiere, Gegenstände oder Abstrakta, verkörpern Ich-Anteile des Protagonisten oder nehmen eine Doppelgängerrolle wahr. Zunächst porträtieren die Mitspieler die Personen, Ich-Anteile etc., mit denen der Protagonist im Rahmen seiner Inszenierung in Interaktion tritt. Indem sie dann die zugewiesenen Rollen der Entwicklung entsprechend expandieren, helfen sie dem Protagonisten in seinen Bemühungen, in seiner persönlichen Entwicklung voranzuschreiten. Nach Abschluss der Szene werden dem Protagonisten weitere Informationen durch ein Rollenfeedback der einzelnen „Hilfs-Iche“ zuteil (Schönke 1980, S.24ff; Leutz 1986, S.89ff).

In der *Gruppe* ist es nach Moreno eher möglich, „individuelle Probleme zu objektivieren und zu lösen“ (Moreno 1959, S.9). Die Psychodrama-Gruppe ist eine Gemeinschaft auf Zeit. Sie beschäftigt sich in erster Linie mit Lebensereignissen der Gruppenmitglieder, die diese außerhalb der Gruppensituation erlebt haben. Neben der bereits erwähnten unterstützenden Funktion der Mitglieder als „Hilfs-Ich“ und der Funktion, wie Moreno es bezeichnet, als ein „Resonanzboden der öffentlichen Meinung“ durchläuft die Gruppe selbst einen therapeutischen Prozess. Nicht nur der Protagonist, sondern auch das Publikum wird behandelt. Eine ähnlich kathartische Wirkung für die Zuschauer oder die Mitspieler wie für den Protagonisten kann durch

¹³ Die Verbindung der Gruppenmitglieder mit dem Protagonisten wird dadurch geschaffen, dass die Wahl des Protagonisten bzw. seines Themas durch die Gruppe geschieht. Er wird zum stellvertretenden Darsteller auf der Bühne, d.h. das Problem, das er realisiert, ist dasjenige, das bei den meisten Gruppenmitgliedern auf eine Form der Betroffenheit gestoßen ist. „Der einzelne wird zum Repräsentanten in Aktion“ (Moreno 1959, S.76).

die Teilhabe an dessen Erleben stattfinden.¹⁴

Exkurs 1.2.2 Ablauf

Jede Psychodrama-Sitzung verläuft in drei Phasen: Erwärmungsphase, Spielphase und Gesprächsphase.

Die *Erwärmungsphase* dient der Anbahnung eines gruppen- oder protagonisten-zentrierten Psychodramas. In ihr sollen Spielhemmungen abgebaut und eine Handlungsbereitschaft geweckt werden. Dafür stehen verschiedene Techniken¹⁵ zur Verfügung. Am Ende dieser Phase soll eine Entscheidung darüber getroffen sein, was in der nachfolgenden Spielphase geschehen soll.

Die *Spielphase* wird auch als Handlungs- oder Aktionsphase bezeichnet. Sie ist der Prozess szenischer Darstellung auf der psychodramatischen Bühne. Es wird ein häufiger eingesetztes protagonistenzentriertes Spiel und ein Gruppenspiel¹⁶ unterschieden. Für die szenische Darstellbarkeit eines protagonistenzentrierten Spieles muss zunächst eine Exploration durch den Leiter stattfinden, bei der konkret inszenierbare Handlungen herausgearbeitet werden. Daraufhin wird die Szene auf der Bühne eingerichtet. Die nicht anwesenden, aber in der Szene vorkommenden Personen sollen von den Gruppenmitgliedern verkörpert werden. Die vom Protagonisten gewählten „Hilfs-Iche“ erfahren den Namen, das Alter und die Stellung der ihnen zugedachten Rolle gegenüber dem Protagonisten. Beim Durchspielen der Szene kann der Protagonist unter Mitwirkung der „Hilfs-Iche“ und mit der Unterstützung des Leiters sein Problem ausleben. Die psychodramatische Darstellung endet, wenn sie „psychodramatisch, d.h. psychotherapeutisch nicht mehr produktiv“ (Leutz 1986, S.84) ist.

¹⁴ „Es gibt zwei Formen der Katharsis: a) Gruppenkatharsis und b) Handlungskatharsis.

a) Die ganze Gruppe ist in den Prozeß der Gruppenkatharsis eingeschlossen. Es ist eine Katharsis durch Integration. Sie resultiert aus der hilfreichen Interaktion zwischen den Mitgliedern der Gruppe ...

b) Handlungskatharsis resultiert aus den spontanen Handlungen eines oder mehrerer Mitglieder der Gruppe. Sie kommt allgemein vor, selbst im ‚Diskussionstyp‘ der Gruppen Psychotherapie, sie bleibt unstrukturiert auf der Ebene der Abreaktion, wird aber strukturiert und erhöht zu integrativem Wert im Verlauf der psychodramatischen Darstellung...“ (Moreno 1959, S.57).

¹⁵ Blitzlicht, Imagination, Assoziation, Erzählung von fiktiven Stoffen oder real stattgefundenen Ereignissen, Beschreibung eines Gruppenmitgliedes, Identifikation mit einem Objekt, Pantomime, Modellbildner, Bewegungsspiele bzw. Tanz, Rollentausch (vgl. Exkurs 1.2.3) als komplexere Art der Identifikation oder das Soziale Atom (vgl. Exkurs 1.1, insb. Fußnote 7) (Zeintlinger 1996, S.46ff).

¹⁶ Beim Gruppenspiel gibt es die Möglichkeit eines Märchenspieles, überlieferte oder erfundene Varianten sind hier denkbar, oder eines Stegreifspieles, bei dem Thema oder Ort der Handlung vorgegeben werden und die Szene spontan von den Gruppenmitgliedern entwickelt wird (Zeintlinger 1996, S.59f).

Im Anschluss an das psychodramatische Spiel findet eine *Gesprächs- oder Integrationsphase* statt.¹⁷ Diese abschließende Phase dient der emotionalen und rationalen Aufarbeitung des gemeinsam Erlebten sowohl für den Protagonisten als auch für die übrigen Gruppenmitglieder.

Exkurs 1.2.3 Techniken

„Viele psychodramatische Methoden, wie seltsam und phantastisch sie auch erscheinen mögen, können zurückverfolgt werden auf die Sitten und Gebräuche alter Kulturen. Sie werden bereits in den Fabeln und Märchen der Weltliteratur erwähnt“ (Moreno 1959, S.99). Im Folgenden werden die drei¹⁸ zentralen psychodramatischen Techniken, Rollentausch, Doppeln und Spiegeln, beschrieben. Moreno leitete diese aus den Phasen der frühkindlichen Entwicklung ab.¹⁹

Der *Rollentausch* ist die zentrale Technik des Psychodramas.²⁰ Er ist das Verfahren, durch das „der Vater der Sohn wird und der Sohn der Vater“ (Moreno 1959, S.188). „Der Protagonist wird durch den Rollentausch zum Objekt und Empfänger seiner eigenen Handlungen. Der Rollentausch macht ihn in der Rolle des Beziehungspartners (Objektes) zum Subjekt und Initiator von dessen Handlungen. Zurückgekehrt in die eigene Rolle durchlebt er schließlich die in der Gegenspielerrolle selbst initiierten Handlungen in ihren Auswirkungen am eigenen Leib“ (Krüger 1989, S.62). Ein Rollentausch ist indiziert, um ein besseres Verständnis für die Position des Anderen zu bekommen, die eigene Haltung wahrzunehmen und sich von gewohnten (Abwehr-)haltungen zu befreien (Moreno 1959, S.188f). Außerdem wird der Rollentausch ein-

¹⁷ Im klassischen Psychodrama setzt sich die Gesprächsphase aus drei Abschnitten zusammen: (1) Sharing, dem gegenseitigen Mitteilen gleicher Erlebnisse; (2) Rollenfeedback, dem Feedback der Mitspieler aus der Sicht der durch sie dargestellten Rollen; (3) Identifikationsfeedback, dem Feedback der Zuschauer, die sich mit einer dargestellten Rolle identifiziert haben.

¹⁸ Andere Autoren beschreiben weitaus mehr als diese drei Techniken: Schützenberger zählt z.B. unter der Überschrift „Klassische Techniken des Psychodramas“ 76 verschiedene Techniken auf (Schützenberger 1979). Krüger sieht acht zentrale Techniken, deren Verbindung er zu den acht psychoanalytischen Abwehrmechanismen herstellt (Krüger 1989).

¹⁹ Die Stufe der Identität des Ichs mit dem Du, des Subjekts mit den umgebenden Objekten ist die erste Entwicklungsstufe. Aus dieser frühesten Lebensphase leitet er die Doppelgänger methode ab. Die folgende Stufe der Ich-Erkenntnis, die Sonderung des Kindes als Person, entspricht der psychodramatischen Spiegelmethode. Die Stufe der Du-Erkenntnis, der Erkenntnis der anderen, stellt die reifste Entwicklungsphase in diesem Modell dar, ihr gemäß ist der Rollentausch (Moreno 1959, S.85ff; Leutz 1986, S.38ff), „... eine Methode der Sozialisierung und Selbstintegration“ (Moreno 1959, S.188, Hervorhebung im Original).

²⁰ An dieser Stelle muss erwähnt werden, dass es Schulen gibt, die den Rollentausch nicht als die zentrale Technik – sogar als „verhängnisvoll“ und „unbrauchbar“ bezeichnen. Dies trifft z.B. für die französische Schule um Basquin zu (Basquin et al. 1981).

gesetzt, um dem „Hilfs-Ich“ die nötigen Informationen über die protagonistische Rolle zu vermitteln und gegebenenfalls Grenzen der Darstellung aufzuzeigen.²¹

Das *Doppeln* oder die *Doppelgänger*methode²² dient der Klärung der tatsächlichen Gefühle, Gedanken und Bestrebungen des Protagonisten. „Das Hilfs-Ich gibt dem Patienten gleichsam ein zweites Ich, er handelt, als ob er die gleiche Person wäre und imitiert den Patienten in jeder Geste und Bewegung. Das Hilfs-Ich ‚verdoppelt‘ den Patienten und hilft ihm dadurch sich selbst zu fühlen, seine eigenen Probleme selbst zu sehen und einzuschätzen“ (Moreno 1959, S.99). Zum Doppeln stellt sich das „Hilfs-Ich“ seitlich hinter den Protagonisten, spricht in der „Ich-Form“ möglichst entsprechend der Ausdrucksweise, verbal wie para- und nonverbal, des Protagonisten (Zeintliger 1996, S.65ff).

Im Vergleich zum Rollentausch und zum Doppeln ist das *Spiegeln* eine sehr konfrontative Technik. Sie wird angewandt, wenn der Patient nicht in der Lage ist, sich durch Handlungen oder Worte darzustellen. Bei dieser in der Literatur auch als eine Art „Ultima Ratio“ beschriebenen Technik konfrontiert ein „Hilfs-Ich“ durch übertriebene Nachahmung den Protagonisten mit dessen Verhalten. Der therapeutische Zweck des Spiegeln liegt in einer Bewusstwerdung der Handlungs- oder Wirkweisen des Protagonisten (Moreno 1959, S.100; Zeintliger 1996, S.70; Leutz 1986, S.46f).

Exkurs 1.3 Einzeltherapie

Das von Moreno als explizit gruppenpsychotherapeutisches Verfahren entwickelte Psychodrama wurde erst in den letzten Jahrzehnten zur Einzeltherapie²³ weiterentwickelt (Erlacher-Farkas 1996a, S.5). In der Einzeltherapie ist kein Mitspieler anwesend, durch den die Rolle des Anderen²⁴ übernommen werden kann. Entweder muss der Therapeut (Kaspar 1990, S.218f) oder der Patient selbst (Seeger 1996, S.92ff) die antagonistische Rolle besetzen.²⁵ Durch deren Übernahme kann der

²¹ Für Personen mit einer Ich-Schwäche kann der Rollentausch eine Schwierigkeit darstellen. Vermutlich resultiert dies daraus, dass für diese Menschen eine therapeutische Ich-Spaltung im psychoanalytischen Sinne nicht möglich ist.

²² Der Begriff des Doppelgängers wird verwendet, wenn die Dauer des Einsatzes das gesamte psychodramatische Spiel fortwährt. Ansonsten unterscheiden sich die Begriffe nicht (Zeintliger 1996, S.65).

²³ Verschiedene Autoren bezeichnen die psychodramatische Einzeltherapie auch als Monodrama (Kaspar 1990, Erlacher-Farkas 1996) oder vereinzelt als „Psychodrama á deux“. Ich werde mich im Folgenden weiterhin des Begriffes der psychodramatischen Einzeltherapie bedienen, da der Ausdruck des Monodramas auch zur Beschreibung einer psychodramatischen Einzelerfahrung ohne Therapeuten verwendet wird.

²⁴ Unter dem „Anderen“ ist die Person zu verstehen, die Teil des interpsychischen Verhältnisses ist, über die in der therapeutischen Sitzung berichtet wird, die aber gleichzeitig nicht anwesend ist.

²⁵ Statt eines durch einen Menschen besetzten „Hilfs-Ich“ besteht auch die Möglichkeit Gegenstände als Symbole zu verwenden (Jensen 1996, S.60).

Therapeut in das Spannungsfeld zwischen der Gefahr der emotionalen Befangenheit und der Gegenübertragungsreaktion gelangen. Am häufigsten findet die Technik Anwendung, den Patienten leere Stühle für die Figuren seiner Geschichte aufstellen und dann die verschiedenen Rollen im Wechsel einnehmen zu lassen. Kommt es zum Rollentausch, ist der Platz des Protagonisten verwaist, d.h. die Wahrnehmung verschiedener Ich-Funktionen ist in einer Konfliktsituation nicht möglich. Der Therapeut kann dann verbal die Rolle des „Hilfs-Ichs“ einnehmen, bleibt aber Therapeut.²⁶

Die in der Einzeltherapie verwendeten Techniken entsprechen den in Exkurs 1.2.3 beschriebenen gruppentherapeutischen Techniken (Erlacher-Farkas 1996b, S.100ff; Rabel & Erlacher-Farkas 1996, S.118ff). Als zusätzliche Technik im einzeltherapeutischen Setting führt Seeger die therapeutische Rollenübernahme ein. Dabei wird von dem Therapeuten nach einer Ankündigung, „Ich übernehme Ihren Part, bleibe aber hier sitzen“ (Seeger 1996, S.106), die Äußerung des Patienten wiederholt und die bedeutsamen Emotionen ausgesprochen.

Exkurs 1.4 Psychodrama als Forschungsmethode

Über den Einsatz des Psychodramas als Forschungsmethode sind in erster Linie Arbeiten zu finden, die sich der soziometrischen Techniken bedienen, um Gruppenstrukturen zu erfassen.²⁷ Als diagnostische Methode wurde es von Moreno als mögliche Anwendungsform benannt (Moreno 1959, S.92), jedoch nicht eingesetzt. 1940 machte Franz in seinem Artikel „The place of the psychodrama in research“ den Vorschlag dieses handlungsorientierte Verfahren als eine Explorationsmethode zur Untersuchung interpersoneller Beziehungen einzusetzen, da die Methode die Versuchspersonen in einem maximalen Ausmaß auf der interpersonellen Ebene in Aktion versetzt und sich die Persönlichkeit des Probanden wegen der fehlenden Möglichkeit zur Reflexion offenbart (Franz 1940, S53f).

Der Spontaneitätstest, der von Moreno während des zweiten Weltkrieges auf Anfrage der amerikanischen Armee und der großen Industriekonzerne entwickelt wurde, diente der Auswahl von Führungskräften mithilfe psychodramatischer Methoden

²⁶ „Der Psychodramatiker bleibt Therapeut, auch wenn er immer wieder die Verbalisierung der protagonistischen Rolle übernimmt. Er kann oszillierend therapeutisch-dramaturgisch Vorschläge machen...“ (Seeger 1996, S.112).

²⁷ Für die soziometrischen Techniken wurden auch Reliabilitäts- (Mouton et al. 1960a) und Validitätsbestimmungen (Mouton et al. 1960b) durchgeführt. Das Erscheinen der Zeitschrift „Sociometry“, in der viele soziometrische Untersuchungen publiziert sind, wurde im Jahr 1977 eingestellt.

(Schützenberger 1979, S.109).²⁸ Boring und Deabler, zwei Schüler Morenos, legten 1951 eine Liste vor, bestehend aus zwölf Basissituationen, die als projektives Verfahren fungierte, vergleichbar den Wortassoziationen nach C. G. Jung. Gleichzeitig entstand ein anderer auf den Methoden des Psychodramas beruhender Test, dessen Urheber Del Torto und Corneytz waren. In möglichst wenig strukturierten Situationen sollten dabei die grundlegenden Beziehungen des Patienten zu Dingen und Mitmenschen aufgedeckt werden (Anzieu 1984, S.47ff). Alle genannten Verfahren finden sich laut der elektronischen Suchmaschinen²⁹ in der heutigen Zeit in keinen Publikationen als Forschungs- bzw. Explorationsmethode mehr wieder.

4.2 Einsatz des Psychodramas als Explorationsmethode in der vorliegenden Untersuchung

Obleich das Psychodrama abgesehen von den im Exkurs 1.4 beschriebenen Einsatzformen keine weitere Verwendung in der Forschung fand, spricht einiges dafür, es in der vorliegenden Untersuchung als Explorationsmethode zu wählen: Mittels einer szenischen Darstellung, so meine Hoffnung, könnte sich die Arzt-Patient-Beziehung in ihrer Konflikthaftigkeit besser erfassen lassen, denn „... speech is so often used for purposes of concealment and self-justification that a strictly verbal interview may not possess the authenticity and the emotional quality which the acting out of a true situation usually displays“ (Bram 1953, S.257). Aus der Einstellungsforschung ist bekannt, dass allgemein Einstellungsdaten und Verhaltensdaten nur mäßig korrelieren (Herkner 1981, S.245ff; Schmidt, Brunner & Schmidt-Mummendey 1975, S.68ff). Haltungen lassen sich zweckmäßiger mithilfe einer teilnehmenden Beobachtung untersuchen. Eine reale Beobachtung der Arzt-Patient-Beziehung birgt jedoch die Gefahr der Beeinflussung durch die soziale Erwünschtheit sowohl des Arztes als auch des Patienten. Im Rahmen des handlungsorientierten Verfahrens nach Moreno, das wenig Raum zur Reflexion bietet, kann, so meine Überlegung, die Projektion der inneren Bühne des Patienten als eine Abbildung seiner Wahrnehmung der Arzt-Patient-Beziehung in einer höheren Komplexität ermöglicht werden.³⁰

²⁸ Der Test umfasst fünf aufeinander folgende Situationen, auf die das einzelne Gruppenmitglied reagieren muss, bei denen letztlich ein Spontaneitätsquotient ermittelt werden soll. Der Begriff des Tests im engeren Sinne ist in diesem Kontext allerdings ungeeignet, da keine standardisierten Messungen am Ende der Szenen vorgenommen werden. Um Kriterien wie die Sensibilität, Reliabilität oder Validität hat sich Moreno nicht gekümmert (Anzieu 1984, Moreno 1944).

²⁹ Für diese Recherche wurden die gängigen Suchmaschinen PsynDEXPLUS und PsycINFO verwendet.

³⁰ „Stegreif läßt, das Unbewußte, unverletzt durch das Bewußtsein, frei steigen“ (Moreno 1924, S.71).

Um die Vorteile eines psychodramatischen Settings zur Erforschung der Arzt-Patient-Beziehung darzustellen, wird zunächst auf das Rollenspiel als Methode der qualitativen Sozialforschung eingegangen. Das Rollenspiel als Forschungsmethode, ausführlich bei Sader (1986) und Stahlke (2001) beschrieben, wird von Schneider und Perrot als Instrument zur Erforschung der Arzt-Patient-Beziehung vorgeschlagen (Schneider & Perrot 1970, S.98). „Der mögliche Schwerpunkt liegt vor allem in der sorgfältigen und umfassenden Beschreibung auch komplexer psychischer Erlebnisse, Verläufe und Zusammenhänge“ (Sader 1986, S.11). Durch die sich im Rollenspiel entwickelnde Eigendynamik sind Eingriffe durch den Leiter verglichen zu einer Interviewsituation seltener. Das Fehlen kategorialer Vorgaben, wie sie im Leitfaden eines Interviews gelten, trägt außerdem zu einer Steigerung der Kreativität in der Ausgestaltung der Rolle bei (Stahlke 2001, S.114). Nach Sader wird die Integration des subjektiv erlebten, räumlichen und zeitlichen Kontexts im Rahmen des Forschungsprozesses durch die ganzheitliche Betrachtungsweise des Rollenspieles möglich (Sader 1986, S.11).

Der wichtigste Unterschied des Psychodramas zum Rollenspiel besteht auf der methodischen Ebene darin, dass im Psychodrama ein Rollentausch stattfindet und sich überdies eine surplus-reality (vgl. Exkurs 1.1, insbesondere Fußnote 10) einstellt. Dies erleichtert dem Patienten die Darstellung auch anderer Wirklichkeitsdimensionen³¹, die durch eine verbale Darstellung oder das Rollenspiel in dieser Form nicht angesprochen werden (Sader 1991, S.44f). Nach dem Aufsatz von Oberborbeck ist – kontrastierend zur analytischen Interviewtechnik – „... der psychodramatische Ansatz der Versuch, die Evidenz der Grenzsituation auf der bildhaften, szenischen Ebene zu vermitteln, eben aus dem Bewußtsein, daß die Evidenz des Deutungszusammenhanges seelischen Geschehens durch bildhafte Vermittlung ungleich stärker ist als durch verbale Deutung“ (Oberborbeck 1979, S.288).³² Durch den Einsatz psychodramatischer Elemente zu diagnostischen Zwecken können sich so Interviewer und Interviewte auf einer Ebene begegnen, „wo sowohl das vor- und unbewußte, sich bildhaft szenisch darstellende Vermögen als auch das ganzheitlich vor- und unbewußt aufnehmende, erfassende Verstehen des szenisch Dargebotenen gegeben ist“ (ebd.). Sader weist auf die Affinität der surrealen psychodramatischen Technik am Beispiel der Lügengeschichte zu projektiven Testverfahren wie dem TAT hin (Sader 1991, S.55).

³¹ Sader bezieht sich hierbei auf die fünf von Metzger beschriebenen Wirklichkeitsbegriffe: physikalisch-objektiv Gegebenes, „phänomenale Welt“, gedanklich Vorgestelltes, das erlebte Fehlen von etwas und der anschauliche Schein (Metzger 1954, S.14ff).

³² Grenzsituation bezeichnet den entscheidenden Punkt des Gespräches, an dem Informationen, objektive, subjektive und situative Daten, verdichtet zusammenfließen und der Interviewer durch Informationsfülle und Empathie verstehend dem Interviewpartner die Verbalisierung der Konfliktsituation anbieten kann (Argelander 1989).

Folglich habe ich das Psychodrama als Explorationsmethode nicht nur in der Erwartung gewählt, authentische Informationen über die Wahrnehmung der Arzt-Patient-Beziehung zu erhalten, sondern auch in der Hoffnung, unbewusste Motive der Patienten für ihre Non-Adherence zu erfahren. Die szenische Darstellung dieser nicht zugänglichen Motive hoffte ich mithilfe der Technik des „Kollegialen Bündnisses“ (Leutz 1980a), eine Befragung des Patienten in der ärztlichen Rolle, zu ermöglichen. Dabei werden „Gesunde Anteile des Patienten ... augenblicklich aktiviert. In der Therapeutenrolle ist der Patient zumindest für die Zeit der Interaktion mit diesen identifiziert und nicht wie früher mit seinen in der Patientenrolle zum Ausdruck kommenden kranken Anteilen. Infolge der Aktualisierung der Rolle des Haupttherapeuten durch den Patienten erlebt dieser seinen an die Patientenrolle gebundenen Widerstand als ich=fremd“ (Leutz 1980a, S.181).³³ Im Rahmen der psychodramatischen Exploration können also, so meine Hoffnung, die nicht zugänglichen Widerstände in dem Moment, in dem der Patient sich in der ärztlichen Rolle befindet und in dieser über seine eigene Adherence befragt wird, erkennbarer werden, indem der ich=syntone Widerstand in einen ich=fremden Widerstand umgewandelt wurde. Die „Sprache“ der Dramatisierung enthält verbale wie nonverbale Anteile. Die szenische Darstellung erlaubt eine direktere Einsicht in die surplus-reality und die Wahrnehmung des Patienten von seiner Arzt-Patient-Beziehung. Um der Komplexität dieser Inszenierungen Rechnung zu tragen, bedurfte es einer möglichst vielseitigen Aufzeichnungsform für die spätere Analyse. Die Verwendung eines visuellen Mediums, in Form von Videokameras, bot sich hierfür an.

Es wurden zwei Gruppen, eine adhärente und eine nicht adhärente, gebildet, um eine Gegenüberstellung der sich darstellenden Unterschiede im Hinblick auf die Wahrnehmung der Arzt-Patient-Beziehung und die Intervention des „kollegialen Bündnisses“ zu ermöglichen. Deswegen wurde parallel zur psychodramatischen Diagnostik die Adherence der Patienten mithilfe von Selbstbeurteilungsbögen, Fremdbeurteilungsbögen und anhand der Einschätzung des Behandlungserfolges (vgl. Kap. 6) erhoben. Die folgende Darstellung der quantitativen Anteile der vorliegenden Untersuchung, Adherencemessung und Krankenaktendaten, und der qualitativen Anteile, psychodramatische Exploration und deren Auswertung, wird gesondert erfolgen.

³³ Leutz verwendet den Begriff „Haupttherapeut“ bei der Beschreibung der von ihr entwickelten Technik des „Kollegialen Bündnisses“, bei der der Patient als Kollege resp. Haupttherapeut über seine eigene Krankheit befragt wird. Sie differenziert im analytischen Sinne einen ich=syntonen und einen ich=fremden Widerstand. Um den Widerstand bearbeiten zu können muss selbiger für den Patienten von einem ich=syntonen in einen ich=fremden Widerstand verwandelt werden (Leutz 1980a).

5 Stichprobengröße, Rekrutierung und Aufklärung

Geplant war eine Stichprobe mit zwei gleich großen Gruppen: Eine Gruppe, die den behandelnden Ärzten durch nicht adhärentes Verhalten aufgefallen war, und eine Gruppe, deren Verhalten von den behandelnden Ärzten als hoch adhärent eingeschätzt wurde. Jede Gruppe sollte aus zehn Patienten bestehen.

Die Patienten wurden in den Sprechstunden der HIV-Ambulanz des Universitätsklinikums Frankfurt/Main von ihren behandelnden Ärzten auf die Studie angesprochen. Bei Interesse wurde der Kontakt zur Autorin hergestellt und diese klärte in einem Vorgespräch über den Sinn der Studie, Ablauf, Aufwand und Risiken der Untersuchung sowie die Wahrung der Anonymität der Patientendaten auf. Auf die Freiwilligkeit der Teilnahme an der Studie und die jederzeit bestehende Möglichkeit zum Widerruf der Teilnahmebereitschaft wurde dezidiert hingewiesen. Die mündliche Aufklärung entsprach dem Inhalt der standardisierten Patienteninformation, die die Patienten in dem Vorgespräch neben der Einverständniserklärung, dem Vordruck zur Entbindung von der Schweigepflicht und dem Fragebogen zur Selbstbeurteilung der Adherence erhielten.¹ Die Einverständniserklärung und die Entbindung von der Schweigepflicht wurden bei dem Aufklärungsgespräch unterschrieben, der Patientenfragebogen dem Patienten ausgehändigt. Wenn sich der Patient im Rahmen des Aufklärungsgesprächs zur Teilnahme bereit erklärte, wurde ein Termin für die psychodramatische Exploration vereinbart.

Die Patienten mussten folgende Kriterien erfüllen, um in die Studie einbezogen zu werden:

- Alter mindestens 18 Jahre
- Eine dokumentierte HIV-Infektion
- Mindestens einen dokumentierten dreimonatigen Behandlungsversuch mit antiretroviralen Medikamenten
- Fähig die Einverständniserklärung selbständig zu verstehen

Der Erhebungszeitraum erstreckte sich vom Februar 2002 bis Oktober 2002. Dieser lange Zeitraum ist u.a. darauf zurückzuführen, dass es schwierig war, die nicht adhären Patienten zu rekrutieren: Anfänglich wurden die Ärzte gebeten, bestimmte Tage auszuwählen, an denen mit einer hohen Patientenzahl, auf die die Einschluss-

¹ Patienteninformation, Einverständniserklärung, Entbindung der Schweigepflicht und Fragebogen zur Selbstbeurteilung sind im Anhang abgedruckt.

kriterien zutrafen, Termine vereinbart waren. An diesen Tagen sollte parallel die Rekrutierung für die Studie stattfinden. Eine Schwierigkeit war, dass wiederholt Patienten, die für die nicht adhärenente Gruppe in Frage gekommen wären, nicht zu ihren Arztterminen erschienen. Um die Rekrutierung effizienter zu gestalten, wurden dann die Vorgespräche zur Studie nach erneuter Abstimmung mit dem Terminbuch an den Tagen, an denen ärztliche Gesprächstermine mit potentiellen Patienten für die nicht adhärenente Gruppe vereinbart waren, durchgeführt. Zeitgleich wurden von den Ärzten ebenfalls die Patienten für die adhärenente Gruppe angesprochen.

6 Adhärenzmessung – quantitativer Teil

6.1 Eingesetzte Methoden der Adhärenzmessung und Erhebung der Krankenakten

Die verschiedenen Möglichkeiten und die Schwierigkeiten der Adhärenzmessung wurden im Kapitel 2.2 diskutiert. Da es bei dieser Untersuchung nicht um eine metrische Analyse der Adhärenz in einem Kollektiv ging, sondern um eine Untersuchung zweier Patientengruppen, mit adhärentem bzw. nicht adhärentem Verhalten, hinsichtlich ihrer Wahrnehmung der Arzt-Patient-Beziehung, wurde auf die aufwendigeren Verfahren zur Messung wie z.B. MEMS-Caps verzichtet. Eine Einschätzung der Adhärenz wurde vielmehr über die indirekten Methoden der Arztbefragung und der Patientenbefragung erhoben. Zusätzlich fand anhand der Krankenakten eine Bewertung des Behandlungserfolges durch die Autorin statt, die zur Beurteilung der Ergebnisse aus den beiden Fragebögen herangezogen wurde.

6.1.1 Arztbefragung

Die Fragebögen zur Einschätzung der Adhärenz wurden, nachdem der Patient sich zur Teilnahme an der Studie bereit erklärt hatte, an die Ärzte verteilt, um möglichst eine mit der Selbstbeurteilung der Patienten zeitgleiche Einschätzung der Adhärenz durch die behandelnden Ärzte zu erhalten. Die Ärzte wurden darin gebeten, die Adhärenz des von ihnen betreuten Patienten anhand einer Prozentskala bezogen auf den Zeitraum seit der letzten Konsultation und anhand einer 5er-Skala bezogen auf die grundsätzliche Adhärenz einzuschätzen.

Für die Einschätzung der aktuellen Medikamenteneinnahme wurde eine Skala mit dekadisch aufgetragenen Prozentzahlen vorgegeben. Die Ärzte wurden gebeten auf der Skala einzuschätzen, welchen Prozentanteil der vom Arzt verordneten Medikamente der Patient seit der letzten Konsultation eingenommen hat.

Die Bewertung der Aussage über die Vollständigkeit der eingenommenen Medikamente im Allgemeinen sollte Aufschluss über die grundsätzliche Adhärenz des Patienten geben. Diese generelle Einschätzung wurde über eine fünfstufige Skala erhoben. Die fünf vorgegebenen Antwortmöglichkeiten entsprechen der von Rohmann vorgeschlagenen Antwortskala, bei der durch die Kombination des Terminus

„Zustimmen“ mit den Intensitäts-Graduierungen die bestmögliche Annäherung an das Kriterium der Äquidistanz nachgewiesen wurde (Rohrmann 1978, S.231).

Zusätzlich wurden die Ärzte gebeten anzugeben, aufgrund welcher Annahmen sie zu ihrer Einschätzung über die Adherence gelangt sind. Dabei wurden verschiedene Antwort-Möglichkeiten vorgegeben, die beliebig ergänzt werden konnten. Mehrfachnennungen waren möglich. Als Beantwortungsoptionen wurden aufgelistet: Beurteilung des therapeutischen Erfolges, Patientenangaben, pharmakokinetische Bestimmung, Einhaltung der Arzt-/Blutentnahmetermine, Analyse der Rezeptdokumentation und Sonstiges. Unter „Sonstiges“ wurde den befragten Ärzten die Möglichkeit gegeben, andere Annahmen zu benennen. Darüber hinaus wurde die Dauer der Arzt-Patient-Beziehung erfragt.¹

6.1.2 Patientenbefragung

Der Fragebogen zur Selbsteinschätzung der Patienten besteht aus zwei Teilen: Einer so genannten indirekten Befragung (s.u.) und einer direkten Befragung nach dem Einnahmeverhalten. Diese verschiedenen Herangehensweisen wurden deshalb gewählt, weil bei einer Patientenbefragung davon ausgegangen werden muss, dass Patienten vielfach dazu neigen, sich gewissenhafter im Hinblick auf ihr Einnahmeverhalten zu beurteilen, als es der Realität entspricht. Aussagen über Adherence gelten als weniger zuverlässig als die über Non-Adherence (Gordis 1982, S.48). Morisky u.a. entwickelten einen Fragebogen zur Selbstbeurteilung der Medikamenten-Adherence, mittels dessen die allgemein zu beobachtende Tendenz zur positiven Antwort bezüglich der Adherence bei der Befragung der Patienten durch Ärzte bzw. andere im Gesundheitswesen Beschäftigte umgangen werden sollte (Morisky, Green & Levine 1986). Verschiedene Autoren entwickelten weitere Messverfahren, die durch indirekte Befragung² (Basler & Weißbach 1984; Götz, Klausen & Rockstroh 2001) die Non-Adherence abbilden sollen. Demnach wird eine Formulierung gewählt, die die korrekte Medikamenteneinnahme nicht als ein übergreifendes Persönlichkeitsmerkmal, sondern als situationsbedingtes Konstrukt versteht.

Basler und Weißbach nannten sechs Gründe, weshalb Patienten häufig die Dosierung der Medikamente selbständig verändern, und baten die Patienten um die Angabe, ob der jeweilige Grund auf sie zuträfe oder nicht. Als mögliche Gründe wurden Angst vor Medikamentenabhängigkeit, das Vorhaben Alkohol zu trinken, die

¹ Der Ärzefragebogen ist in seiner Gesamtheit im Anhang abgedruckt.

² Basler und Weißbach wählten den Begriff der indirekten Befragung, da sie „... nicht direkt nach dem Verhalten, sondern nach situativ bedingtem Verhalten fragen“ (Basler & Weißbach 1984, S.332).

nicht vorhandene Notwendigkeit, abends die Tabletten einzunehmen, der Gedanke an die Nebenwirkungen, das Gefühl der Beschwerdenbesserung und das der Beschwerdenverschlechterung vorgegeben. Die Autoren fanden verschiedene Hinweise auf die Validität des Messinstrumentes (Basler & Weißbach 1984, S.332f).³

Bei der vorliegenden Untersuchung wurde zur Patientenselbsteinschätzung der von Basler und Weißbach entworfene Fragebogen weitgehend übernommen, nur sprachlich etwas modifiziert.⁴ Außerdem wurden zwei weitere Aussagen aufgenommen und sowohl sprachlich als auch in Bezug auf die Antwortalternativen den sechs von Basler und Weißbach vorgegebenen Gründen angepasst. Die eine zusätzliche Aussage befasst sich mit der sexuellen Potenzstörung⁵, die als eine mögliche Nebenwirkung verschiedener antiretroviraler Substanzen diskutiert wird (Schrooten et al. 2001, S.20f), die andere mit den Lebensunregelmäßigkeiten⁶ der Patienten.

Überdies wurden die Patienten, die zum Zeitpunkt der Untersuchung eine antiretrovirale Medikation erhielten, entsprechend dem Fragebogen der ACTG 97-Studie⁷, modifiziert von Götz, Klausen und Rockstroh (2001, S.100), nach ihrem Einnahmeverhalten bezogen auf die letzten vier Tage und auf einen Monat gefragt.⁸ Um darüber hinaus eine Aussage über die Regelmäßigkeit der Einnahme zu erhalten,

³ Basler und Weißbach führten ihre Untersuchung mit Patienten, die an essentieller Hypertonie litten, durch (Basler & Weißbach 1984, S.332).

⁴ Der Eingangssatz „Viele unserer Patienten haben uns verschiedene Gründe genannt, weshalb sie gelegentlich die Dosis der Medikamente verändern. Was trifft auf Sie zu?“ (Basler & Weißbach 1984, S.332) wurde verändert, um auf die Worte „unser“ und „uns“ zu verzichten. Dadurch sollte versucht werden, dass die Patienten die Leiterin der Untersuchung nicht in dem Maße mit der Ärzteschaft der untersuchten Einrichtung assoziieren, um möglichst bei dem psychodramatischen Teil, der Darstellung der Arzt-Patient-Beziehung, den Faktor der sozialen Erwünschtheit gering zu halten. Ob dies durchgängig gelungen ist, ist fraglich, da mindestens drei Patienten bekannt gewesen sein musste, dass die Autorin früher als Ärztin in der Einrichtung tätig war, und zudem keine Informationen über die Erstgespräche bezüglich dieser Untersuchung mit den behandelnden Ärzten vorliegen. Ferner wurde in dem Eingangssatz nicht nur nach einer Veränderung der Dosis, sondern nach einer Veränderung der Einnahme gefragt.

⁵ Dieser Sorge des Patienten eine gesonderte Aussage einzuräumen, schien in dem Kollektiv der HIV-Infizierten angemessen, da die HIV-Patienten im Vergleich zu anderen chronischen Erkrankungen im Durchschnitt bedeutend jünger sind (vgl. Kap. 3.2.1). Im Übrigen ist auch für Patienten mit nicht sexuell übertragbaren Krankheiten die Angst, die sexuelle Potenz einzubüßen, als eine von zwei sich besonders negativ auf die Adherence auswirkenden Ängsten beschrieben worden. Die andere Angst in diesem Zusammenhang ist die Medikamentenabhängigkeit (Schmädel 1977).

⁶ Im Kollektiv der HIV-Infizierten sind sowohl Drogenabhängige, bei denen Unregelmäßigkeiten in ihren Tagesabläufen die Regel darstellen, als auch überdurchschnittlich viele Menschen, die aufgrund ihres Berufes Unregelmäßigkeiten in ihren Tagesstrukturen haben (z.B. Flugbegleiter), anzutreffen. Unregelmäßigkeiten im Tagesablauf wurden als Barrieren adhärenenten Verhaltens angegeben (Siegel, Schrimshaw & Raveis 2000, S.34; Roberts & Mann 2000, S.382f).

⁷ Ein Download des amerikanischen Originals ist unter http://www.fstrf.org/qol/adult_ql.html möglich. Die Pilotstudie für diesen Fragebogen ist publiziert von Chesney u.a. (2000).

⁸ Dabei wurde zur sprachlichen Vereinfachung auf die Differenzierung „eines oder mehrerer“ (ihrer HIV-Medikamente) aus dem Fragebogen von Götz, Klausen und Rockstroh verzichtet. Da nicht nur das konkrete Vergessen der Medikation erfasst werden sollte, sondern auch andere Gründe einer etwaigen Nicht-Einnahme, wurde das Wort „vergessen“ durch „nicht genommen“ ersetzt (vgl. Götz, Klausen & Rockstroh 2001, S.100).

wurde die aus dem modifizierten ACTG-Fragebogen (Gölz, Klausen & Rockstroh 2001, S.100) stammende Frage nach dem Einnahmeschema leicht abgewandelt⁹ aufgenommen, bezogen auf einen Zeitraum von vier Tagen und von einem Monat. Zuletzt wurden die Probanden wiederum in Anlehnung an den modifizierten ACTG-Fragebogen (Gölz, Klausen & Rockstroh 2001, S.100) gefragt, wann sie das letzte Mal die ihnen verordneten HIV-Medikamente nicht genommen haben.¹⁰

Den Patienten wurde der Selbstbeurteilungsbogen¹¹ an dem Tag des Vorgesprächs überreicht. Jeder Proband wurde gebeten, diesen direkt auszufüllen, in einen Briefumschlag zu stecken und zuzukleben. Auf diese Weise sollte einerseits eine möglichst hohe Rücklaufquote gewährleistet, andererseits der Einfluss des psychodramatischen Teils auf den Fragebogen und der des Fragebogens auf den psychodramatischen Teil möglichst gering gehalten werden. Die Briefumschläge wurden geöffnet und ausgewertet, nachdem die psychodramatische Diagnostik abgeschlossen war.

6.1.3 Sonstige erhobene Daten

Weitere Daten wurden den Krankenakten der HIV-infizierten Patienten entnommen. Es sind dies: Alter, Geschlecht, Infektionszeitpunkt, Infektionsmodus, der aktuellen antiretroviralen Therapie vorausgegangene Therapien, eventuelle Resistenztestungen, derzeitige antiretrovirale Therapie inklusive dem Einnahmeschema und dem Zeitpunkt der Umstellung auf die derzeitige Therapie, Therapieversagen, dokumentierte Nebenwirkungen, opportunistische Infektionen und der Verlauf der CD4-Zellen sowie der Viruslast.

6.2 Ergebnisse der Adherencemessung und der Krankenaktendaten

Insgesamt hatten sich nach den Vorgesprächen 34 Patienten bereit erklärt, an der Studie teilzunehmen. Davon waren 15 Patienten von ihren Ärzten der nicht adhären-ten und 19 der adhären-ten Gruppe zugeordnet worden. Entgegen den Erwar-

⁹ Die Frage aus dem bereits zitierten Fragebogen von Gölz, Klausen und Rockstroh (2001) nach der Genauigkeit, mit der sich an das Einnahmeschema gehalten wurde, wurde zu einer Frage nach der Häufigkeit umformuliert, da Genauigkeit sehr subjektiv und sozialwissenschaftlich schwierig durch entsprechende Antwortskalen erfassbar ist. Zur Messung der Häufigkeit wurde die 5-stufige Antwortskala („nie, selten, gelegentlich, oft, immer“), die nach Rohrman die bestmögliche Lösung für eine Häufigkeitsskala darstellt (Rohrman 1978, S.239), verwendet.

¹⁰ Der Terminus „vergessen einzunehmen“ (Gölz, Klausen Rockstroh 2001, S.100) wurde durch „nicht genommen“ ersetzt, um eventuell beabsichtigte Non-Adherence mit zu erfassen. Die Antwortoptionen wurden dahingehend verändert, dass Überschneidungen der vorgegebenen Zeitintervalle vermieden wurden.

¹¹ Der vollständige Patientenfragebogen ist im Anhang abgedruckt.

tungen¹² wurden in beiden Gruppen zahlreiche, der vereinbarten Termine nicht wahrgenommen. Sechs von 15 Patienten der nicht adhärennten und acht von 19 der adhärennten Gruppe erschienen nicht zum ausgemachten Untersuchungstermin. Somit umfasste die Stichprobe 20 Patienten, von denen neun durch ihre behandelnden Ärzte in die nicht adhärennte und elf in die adhärennte Gruppe eingeteilt worden waren.

6.2.1 Soziodemographische und medizinischen Daten der Patienten

6.2.1.1 Alter, Geschlecht und Übertragungsweg

Die Patienten waren zwischen 25 und 62 Jahren alt und hatten ein mittleres Alter von 45 Jahren ($\bar{x}=44,9$; $SD=9,62$). Drei (15%) waren Frauen und 17 (85%) Männer. Homosexueller Geschlechtsverkehr (14/20) war der von den meisten Patienten angegebene Übertragungsweg des HIV, gefolgt von i.v. Drogengebrauch (4/20) und heterosexuellem Geschlechtsverkehr (1/20). Ein Patient stammte aus einem Endemiegebiet (1/20).

6.2.1.2 Dauer der HIV-Infektion

Die tatsächliche Dauer einer HIV-Infektion ist in der Regel schwer zu erfassen, da sich nur wenige Patienten mit einer akuten HIV-Infektion in der ärztlichen Betreuung vorstellen. In dem vorliegenden Kollektiv war bei keinem der Patienten eine akute

Tab. 2 Dauer der HIV-Infektion

	Anzahl der Jahre seit dem Zeitpunkt der HIV-Erstdiagnose					Gesamt
	0-2	3-5	6-9	10-14	≥ 15	
	Jahre	Jahre	Jahre	Jahre	Jahre	
Anzahl der Patienten	3	2	7	1	7	20

Infektion dokumentiert worden. Für die folgende Analyse wurde deshalb als Infektionszeitpunkt die Stellung der HIV-Erstdiagnose herangezogen. Im Durchschnitt lag diese bei den Patienten zehn Jahre ($\bar{x}=9,55$; $SD=5,73$) zurück. Ein Patient erfuhr ein

¹² Im Grunde war zu erwarten, dass es v.a. die nicht adhärennten Patienten sein müssten, die nicht zum Untersuchungstermin erscheinen.

Jahr vor Teilnahme an der Untersuchung von seinem positiven HIV-Status, zwei Patienten kannten ihre Diagnose bereits 1984, also vor 18 Jahren.

6.2.1.3 HIV-assoziierte Erkrankungen

Bei der Mehrzahl der Patienten wurden im Verlauf ihrer HIV-Infektion opportunistische Infektionen diagnostiziert. Acht Patienten hatten AIDS-definierende Erkrankungen (Stadium C), acht Patienten hatten HIV-assoziierte Symptome (Stadium B) und vier Patienten hatten bisher keine HIV-assoziierten Symptome (Stadium A). Insgesamt haben die Patienten durchschnittlich zwei opportunistische Infektionen ($x=2,2$; $SD=2,57$) der Kategorie B und eine ($x=0,65$; $SD=1,04$) der Kategorie C erlitten.

6.2.1.4 Antiretrovirale Therapien

17 Patienten (85%) nahmen zum Zeitpunkt der Untersuchung eine antiretrovirale Medikation ein, davon vier (23,5%) ein reines NRTI-Regime, fünf (29,5%) ein NRTI-plus PI-haltiges Regime, vier (23,5%) ein NRTI- plus NNRTI- und vier (23,5%) ein reines PI-Regime. Alle 17 Patienten nahmen ihre Präparate in zweimal täglicher Dosierung ein. Die Anzahl der täglich einzunehmenden antiretroviralen Tabletten schwankte zwischen zwei und 16, im Mittel waren es neun ($x=9,25$; $SD=5,21$) Tabletten. Die aktuellen antiretroviralen Medikamente wurden von den Patienten durchschnittlich seit einem Jahr ($x=1,01$; $SD=0,88$) eingenommen.

Drei Patienten hatten keine Therapie zu dieser Zeit, zwei wegen einer strukturierten Therapiepause, einer hatte die letzte antiretrovirale Medikation nach einer Woche der Einnahme selbständig abgesetzt und war daraufhin laut seiner Krankenakte zu sechs vereinbarten Terminen in Folge nicht erschienen.

Zwei Patienten haben vor der aktuellen bzw. zuletzt eingenommenen Medikation noch keine antiretroviralen Medikamente erhalten, drei hatten bereits mit NRTI- und PI-haltigen Regimes und 15 mit allen drei Substanzgruppen Erfahrungen. Insgesamt hatten die Patienten durchschnittlich 4,76 Jahre ($SD=2,56$) antiretrovirale Medikamente in der Ambulanz erhalten.¹³ Die antiretroviralen Medikamente wurden im

¹³ In die Berechnung dieser Zahlen sind ausschließlich Phasen mit antiretroviraler Therapie einbezogen. Etwaige Therapiepausen wurden von der Dauer abgezogen.

Durchschnitt sechsmal ($\bar{x}=5,75$; $SD=3,75$) pro Patient gewechselt.

6.2.2 Ärztebefragung

Die Dauer der Arzt-Patient-Beziehung betrug im Durchschnitt $2 \frac{1}{4}$ Jahre ($\bar{x}=2,23$; $SD=2,02$). Die Einschätzung der Ärzte über die Adherence der von ihnen betreuten Patienten erfolgte aufgrund:¹⁴

- Beurteilung des therapeutischen Erfolges (18)
- Patientenangaben (17)
- Einhaltung der Arzt-/Blutentnahmetermine (14)
- Pharmakokinetische Bestimmungen (6)
- Analyse der Rezeptdokumentation (3)

Als „Sonstiges“ (5) wurde von den Ärzten genannt:

- „Klinischer Verlauf“
- „Morbidität (Inzidenz von OI unter ART)“
- „subjekt. Nebenwirkungen → ‚eigene‘ Therapiekonzepte“
- „Comorbidität (schlecht eingestellter RR, bei potenter und wenn eingenommen, wirksamer Therapie)“
- „Pat. hat einen Zwangscharakter & max. Angst wieder krank zu werden“

Für die adhärenzte Gruppe beurteilten die Ärzte den Prozentsatz der von den Patienten seit dem letzten Konsultationstermin eingenommenen Medikamente im Mittel mit 97% ($SD=4$), für die nicht adhärenzte Gruppe mit 69% ($SD=17$). Die Gruppenzuordnung „adhärent“ durch die Ärzte implizierte nur minimale Abweichungen von 100%.¹⁵ Bei der Bewertung der Aussage „Im Allgemeinen nimmt der Patient/die Patientin die Medikamente vollständig ein“ wurde die Antwortmöglichkeit „stimmt nicht“ bei keinem der untersuchten Patienten gegeben. Für die meisten Patienten der adhärenzten Gruppe (9/11)¹⁶ stimmten die Ärzte der Aussage uneingeschränkt („stimmt sehr“) zu.

¹⁴ Mehrfachnennungen waren möglich, die Zahlen in den Klammern geben die Häufigkeiten der Nennungen wieder.

¹⁵ Exakter Test nach Fisher $p=0,000$ bei einer Prüfung des Prozentanteils in zwei Gruppen (unter 90%; 90-100%).

¹⁶ Die Zahlen in den Klammern entsprechen den Häufigkeiten der Patienten.

Überschneidungen gab es bezüglich der Zustimmung bei der Antwortmöglichkeit „stimmt ziemlich“, die für Patienten aus beiden Gruppen, der adhärennten (2/11) und der nicht adhärennten (6/9), vermerkt wurde. Die Bewertung „stimmt mittelmäßig“ und „stimmt wenig“ wurde ausschließlich bei Patienten der nicht adhärennten Gruppe von den Ärzten markiert (vgl. Tab. 3).

Tab. 3 Gruppenzuordnung der Ärzte und deren Einschätzung bzgl. der Medikamenteneinnahme

Zusammenhang zwischen Gruppenzuordnung adhärennt/nicht adhärennt durch Ärzte & Einschätzung der Ärzte über die Vollständigkeit bzgl. eingenommener Medikamente						
		Vollständigkeit der eingenommenen Medikamente				Gesamt
		stimmt wenig	stimmt mittelmäßig	stimmt ziemlich	stimmt sehr	
Gruppe	adhärennt			2	9	11
	nicht adhärennt	2	1	6		9
Gesamt		2	1	8	9	20

6.2.3 Patientenbefragung

Die so genannte indirekte Befragung der Patienten wurde mit dem Satz: „Von Patienten werden unterschiedliche Gründe genannt, weshalb sie die Einnahme der ihnen verordneten Medikamente verändern. Welche der folgenden Aussagen treffen für Sie zu?“ eingeleitet. Darauf folgend sollten acht Aussagen mit „ja, trifft zu“ oder „nein, trifft nicht zu“ beurteilt werden.

Insgesamt gaben sieben der 20 Patienten einen oder zwei Gründe als zutreffend an (vgl. Tab. 4).

Tab. 4 Ergebnisse der „indirekten“ Befragung

Zustimmung und Ablehnung der aufgelisteten Aussagen, weshalb Patienten die Einnahme der verordneten Medikamente verändern		
	Ja, trifft zu	Nein, trifft nicht zu
	Anzahl der Nennungen	Anzahl der Nennungen
Aus Angst, von den Medikamenten abhängig zu werden, lasse ich schon 'mal eine Tablette weg.		20
Wenn ich vorhabe, Alkohol zu trinken, dann lasse ich schon 'mal eine Tablette weg.		20
Abends lasse ich schon 'mal eine Tablette weg.	3	17
Wenn ich daran denke, welche Nebenwirkungen die Medikamente haben, dann lasse ich schon 'mal eine Tablette weg.	1	19
Wenn ich daran denke, dass die Medikamente meine Sexualität beeinträchtigen könnten, dann lasse ich schon 'mal eine Tablette weg.		20
Wenn es mir besser geht, dann lasse ich schon 'mal eine Tablette weg.	1	19
Wenn es mir schlechter geht, dann nehme ich schon 'mal eine Tablette mehr.		20
Wenn mein Tagesablauf von der gewohnten Tagesstruktur abweicht, dann lasse ich schon 'mal eine Tablette weg.	5	15

Die folgende Auswertung der Fragen nach dem Einnahmeverhalten und -schema bezieht sich nur auf die 17 Patienten, die zum Zeitpunkt der Untersuchung mit einer antiretroviralen Medikation behandelt wurden. Für die letzten vier Tage gab nur ein Patient an, einmal eine Dosis seiner HIV-Medikamente nicht eingenommen zu haben, alle anderen berichteten, die Einnahmевorschriften eingehalten zu haben.

Tab. 5 Tabletteneinnahme im vergangenen Monat

Wie häufig haben Sie <u>im vergangenen Monat</u> eine Dosis Ihrer HIV-Medikamente <u>nicht</u> genommen?						
	nie	selten	gelegentlich	oft	immer	Gesamt
Anzahl der Nennungen	13	3		1		17

Tab. 6 Einnahmeschema in den letzten vier Tagen

Wie oft haben Sie sich in den letzten <u>vier</u> Tagen an das Einnahmeschema Ihrer Therapie gehalten?						
	nie	selten	gelegentlich	oft	immer	Gesamt
Anzahl der Nennungen	2	1		4	10	17

Tab. 7 Einnahmeschema im letzten Monat

Wie oft haben Sie sich <u>im vergangenen Monat</u> an das Einnahmeschema Ihrer Therapie gehalten?						
	nie	selten	gelegentlich	oft	immer	Gesamt
Anzahl der Nennungen	1	2	1	4	9	17

Auf die Frage „Wann haben Sie das letzte Mal die Ihnen verordneten HIV-Medikamente nicht genommen?“ antworteten je einer „in dieser Woche“ und „vor 1-2 Wochen“, zwei Patienten „vor 3-4 Wochen“, einer „vor 2-3 Monaten“ und zwölf Patienten gaben an, ihre Medikamente regelmäßig genommen zu haben. Aus den Tabellen 5, 6 und 7 wird ersichtlich, dass es deutlichere Variationen bezüglich des Schemas der antiretroviralen Therapien gibt als bezüglich der Einnahme bzw. Nicht-Einnahme. Die Einhaltung des Einnahmeschemas scheint demzufolge für Patienten besonders schwierig zu sein.

Im Folgenden wird die so genannte indirekte Befragung den Fragen nach dem Einnahmeverhalten des Patienten gegenübergestellt. Um den statistischen Zusammenhang mithilfe des Exakten Tests nach Fisher zu berechnen, mussten die Antwortmöglichkeiten bei der so genannten indirekten Befragung und der Angabe des Patienten über den Zeitpunkt der letzten Nicht-Einnahme der Medikamente wie folgt zusammengefasst werden: Die Zustimmung eines oder mehrerer Gründe bei der so genannten indirekten Befragung bildeten eine Gruppe, keine Zustimmung die andere. Bezüglich der Angabe, zuletzt die Medikamente nicht genommen zu haben, wurden alle Aussagen zu einer Gruppe zusammengefasst, die nicht „nie“ entsprachen, die andere Gruppe bildeten die Aussagen der Patienten, die angaben, nie ihre Tabletten weggelassen zu haben (vgl. Tab. 8). Der statistische Zusammenhang der so genannten indirekten Befragung und der Frage nach der zuletzt ausgelassenen Medikation betrug nach dem Exakten Test nach Fisher $p=0,01$.

Tab. 8 „Indirekte“ Befragung und zuletzt nicht eingenommene Medikation

Zusammenhang zw. Angabe des Pat. über Zeitpunkt der zuletzt nicht eingenommenen Medikation & Anzahl der als zutreffend bewerteten Aussagen bei „indirekter“ Befragung				
		Wann haben Sie das letzte Mal die Ihnen verordneten HIV-Medikamente nicht genommen?		Gesamt
		alle Zeitangaben von „in der letzten Woche“ bis „3 Monate“	nie	
Anzahl der angegebenen Gründe	kein Grund	1	11	12
	1 oder 2 Gründe	4	1	5
Gesamt		5	12	17

Die Beziehung zwischen der Angabe eines oder mehrerer Gründe und der Angabe durch die Patienten, die Medikamente im letzten Monat nicht genommen zu haben – unabhängig von der Häufigkeitsangabe –, betrug $p=0,02$ nach dem Exakten Test nach Fisher. Die Nennung von Abweichungen bezüglich des Einnahmeschemas war bezogen auf die indirekte Befragung bei beiden Gruppen, Grund/Gründe genannt bzw. keinen Grund genannt, ähnlich verteilt. Demzufolge sind die Angaben, die die Patienten in der so genannten indirekten Befragung machten, und die über ihr Einnahmeverhalten in sich stimmig. In der folgenden Analyse wurde die indirekte Befragung als Indikator für die vom Patienten selbst berichtete Adherence gewählt, da diese im Gegensatz zu den Erhebungen des Einnahmeverhaltens und des Einnahmeschemas bei allen 20 Patienten durchgeführt wurde.

6.2.4 Beurteilung des Behandlungserfolges

Um für die nachfolgende Gegenüberstellung der Adherence-Messverfahren eine zusätzliche Vergleichsmöglichkeit zu erhalten, wurde eine Beurteilung des Behandlungserfolges der antiretroviralen Therapie anhand der Krankenakten durchgeführt. Für eine derartige Beurteilung war zunächst eine Definition für ein Therapieversagen vonnöten. „Eine klare Definition eines Versagens einer antiretroviralen Therapie kann derzeit nicht gegeben werden, eine Reihe von Experten sehen jeden kontrollierten Wiederanstieg der HIV-RNA vom nicht messbaren in den messbaren Bereich als Versagen an, die konservativste Definition geht von einem Wiederanstieg in den Bereich von weniger als 1 log₁₀ unterhalb des Ausgangswertes aus“ (Deutsch-

Österreichische Richtlinien zur Antiretroviralen Therapie der HIV-Infektion 2002¹⁷). Nach Fittschen besteht bei einem gesicherten Anstieg der Viruslast um eine halbe log₁₀-Stufe über das erreichte Messniveau bei fortgesetzter antiretroviraler Therapie der Verdacht auf ein Therapieversagen (Fittschen 2001, S.26). Das Kriterium des Therapieversagens wurde bei der folgenden Auswertung entsprechend dem „good clinical practice“ als Anstieg um eine log₁₀-Stufe definiert. Außerdem musste es nach Initiierung einer neuen antiretroviralen Therapie zum Abfall der Viruslast um mindestens eine log₁₀-Stufe kommen, damit eine Therapie als erfolgreich gewertet wurde. Die aktuelle bzw. zuletzt verordnete Therapie konnte nach oben genannten Kriterien bei 14 Patienten (70%) als erfolgreich und bei den übrigen sechs Patienten (30%) als ein Therapieversagen eingestuft werden.

6.2.5 Gegenüberstellung der Adherence-Messverfahren

Für die folgende Gegenüberstellung wurde die Gruppenzuordnung in die adhärenz bzw. nicht adhärenz Gruppe stellvertretend für die Arztbefragung ausgewählt, da die Angaben im Fragebogen weitgehend dieser Gruppenzuordnung entsprachen – bezüglich des Prozentanteils statistisch signifikant waren (vgl. Kap. 6.2.2). Entsprechend der im Kapitel 6.2.3 dargestellten statistischen Übereinstimmung wurde die Summe der zugestimmten Aussagen bei der so genannten indirekten Befragung im Patientenfragebogen als Indikator für die selbstberichtete Adherence verwendet. Nach dem Exakten Test nach Fisher war der Zusammenhang zwischen der Gruppenzuordnung der Ärzte und der Zustimmung eines oder mehrerer Gründe¹⁸ im Rahmen der „indirekten“ Befragung $p=0,017$ (vgl. Tab. 9).

Tab. 9 Gruppenzuordnung der Ärzte und „indirekte“ Befragung der Patienten

Zusammenhang zw. Gruppenzuordnung adhärenz/nicht adhärenz durch Ärzte & Anzahl der als zutreffend bewerteten Aussagen bei „indirekter“ Befragung				
		Anzahl der angegebenen Gründe		Gesamt
		kein Grund	1 oder 2 Gründe	
Gruppe	adhärenz	10	1	11
	nicht adhärenz	3	6	9
Gesamt		13	7	20

¹⁷ Eine Angabe der Seitenzahl für das Zitat ist nicht möglich, da es sich um eine Online-Ressource handelt. In den 1999 erschienenen Deutsch-Österreichischen Richtlinien zur Antiretroviralen Therapie der HIV-Infektion befindet sich der gleiche Text in alter Rechtschreibung auf Seite 5.

¹⁸ Wegen eines zu großen Anteils von Zellen mit einer erwarteten Häufigkeit < 5 war die Durchführung eines Chi-Quadrat-Tests nicht möglich. Für die Berechnung des Exakten Tests nach Fisher wurde die Nennung von einem Grund und von zwei Gründen entsprechend der Vorgehensweise im Kap. 6.2.3 zu einem Wert zusammengefasst.

Im Folgenden wurden die beiden Messverfahren jeweils mit dem Behandlungserfolg der aktuellen bzw. zuletzt verordneten antiretroviralen Therapie in Relation gesetzt.

Tab. 10 Erfolg der letzten ART und Gruppenzuordnung der Ärzte

Zusammenhang zwischen dem Erfolg der aktuellen bzw. zuletzt verordneten ART & der Gruppenzuordnung adhärenz/nicht adhärenz durch die Ärzte				
		Gruppe		Gesamt
		adhärenz	nicht adhärenz	
Letzte ART:	Therapie erfolgreich	11	3	14
	Therapieversagen		6	6
Gesamt		11	9	20

Tab. 11 Erfolg der letzten ART und „indirekte“ Befragung der Patienten

Zusammenhang zwischen dem Erfolg der aktuellen bzw. zuletzt verordneten ART & der Anzahl der zutreffenden Aussagen für Non-Adherence bei „indirekter“ Befragung				
		Anzahl der angegebenen Gründe		Gesamt
		kein Grund	1 oder 2 Gründe	
Letzte ART:	Therapie erfolgreich	11	3	14
	Therapieversagen	2	4	6
Gesamt		13	7	20

Der statistische Zusammenhang zwischen der Gruppeneinschätzung durch die Ärzte und der Beurteilung des Behandlungserfolges war nach dem Exakten Test nach Fisher $p=0,002$ (vgl. Tab. 10) und zwischen der Zustimmung eines oder mehrerer Gründe¹⁹ und dem Behandlungserfolg $p=0,122$ (vgl. Tab. 11).

Es konnte kein statistischer Zusammenhang zwischen der Adherence und dem Alter, dem Geschlecht, dem Infektionsmodus, der Dauer der HIV-Infektion, der aktuellen antiretroviralen Therapie sowohl hinsichtlich der Substanzgruppe als auch der täglichen Tablettenanzahl sowie der Dauer seit der Initiierung dieser Therapie, der gesamten Behandlungszeit mit antiretroviralen Substanzen, der Anzahl der opportunistischen Infektionen – B-Symptome und AIDS-Manifestierungen –, der Häufigkeit der Therapiewechsel allgemein sowie der Therapiewechsel aufgrund von Nebenwirkungen, den allgemein dokumentierten Nebenwirkungen und der Dauer der Arzt-Patient-Beziehung hergestellt werden. Ein Signifikanzniveau von $p=0,026$, ermittelt mit dem Exakten Test nach Fisher, zeigte sich bei der Prüfung des Zusammen-

¹⁹ Für die Berechnung des Exakten Tests nach Fisher wurde die Nennung von einem Grund und von zwei Gründen zu einem Wert zusammengefasst (vgl. vorangegangene Fußnote).

hanges zwischen der Adherence-Einschätzung der Ärzte und der Häufigkeit eines von ihnen in der Krankenakte dokumentierten Therapieversagens.²⁰

Zuletzt wurde geprüft, inwieweit sich eine Erweiterung der indirekten Befragung nach Basler und Weißbach (1984) um die Aussagen bezüglich der Beeinträchtigung der Sexualität sowie der Lebensunregelmäßigkeiten als Gründe für eine Veränderung der Medikamenteneinnahme entsprechend der im Kapitel 6.1.2 genannten Überlegungen als sinnvoll darstellte. Die Lebensunregelmäßigkeiten wurden am häufigsten (5/20) als Grund für eine Modifikation der Tabletteneinnahme genannt, eine Beeinträchtigung der Sexualität wurde nicht als Grund angegeben (vgl. Tab. 4). Bei einer erneuten Durchführung des Exakten Tests nach Fisher zeigte sich, dass die Übereinstimmung der so genannten indirekten Befragung mit der Einschätzung der Ärzte bzw. der Beurteilung des Behandlungserfolges trotz der häufigen Markierung der Lebensunregelmäßigkeiten ohne die vorgenommene Erweiterung um die zwei Aussagen höher ist.²¹

6.3 Diskussion der Adherencemessung

6.3.1 Methode der Adherencemessung

Adherence bedeutet nach der Definition von Haynes²² ein sehr viel weitreichenderes Verhalten als die reine Befolgung der Einnahmевorschriften bezüglich der Tabletten, eine Operationalisierung der Adherence wird dennoch meist ausschließlich mittels der Prüfung der regelmäßigen Tabletteneinnahme durchgeführt (vgl. Kap. 2.2). Ferner ist die Aussagekraft der Verfahren, die zur Prüfung der regelmäßigen Tabletteneinnahme zur Verfügung stehen, nicht befriedigend (vgl. Kap. 2.2.3). Da der Schwerpunkt dieser Arbeit auf der qualitativen Auswertung der psychodramatischen Darstellungen der Arzt-Patient-Beziehung liegt und der Einsatz der beiden

²⁰ Für diese Berechnung mussten wiederum zwei Gruppen gebildet werden: Kein bzw. einmaliges Therapieversagen und zweimaliges und häufigeres Therapieversagen.

²¹ Der Exakte Test nach Fisher betrug für den Zusammenhang zwischen der Gruppeneinstufung der Ärzte und der Zustimmung eines oder mehrerer Gründe im Rahmen der indirekten Befragung $p=0,017$, für den zwischen der Zustimmung eines oder mehrerer Gründe und dem Behandlungserfolg $p=0,122$. Die erneute Berechnung für nur die sechs Fragen nach Basler und Weißbach zeigte einen Zusammenhang zwischen der Gruppeneinstufung der Ärzte und der Zustimmung eines oder mehrerer Gründe im Rahmen der indirekten Befragung von $p=0,008$ und zwischen der Zustimmung eines oder mehrerer Gründe und dem Behandlungserfolg von $p=0,014$.

²² „Unter dem Begriff „Compliance“ versteht man den Grad, in dem das Verhalten einer Person in bezug auf die Einnahme eines Medikamentes, das Befolgen einer Diät oder die Veränderung des Lebensstils mit dem ärztlichen oder gesundheitlichen Rat korrespondiert“ (Haynes 1982a, S.12, vgl. Kap. 2.1).

Adherence-Messinstrumente vor allem geschah, um die durch die Ärzte vollzogene Gruppenzuordnung durch ein weiteres Instrument zu bestätigen, wurde auf bereits bestehende, jedoch nicht unstrittige Messinstrumente (vgl. Kap. 6.1.2) zurückgegriffen.

Der von Basler und Weißbach (1984) in Ansätzen validierte Fragebogen wurde verändert, eine Übertragbarkeit von Hypertoniepatienten auf HIV-Patienten wäre abgesehen von den durchgeführten Änderungen hinsichtlich der Validität fraglich. Es zeigte sich bezüglich der Veränderung des Fragebogens, dass insbesondere der Aussage „Wenn mein Tagesablauf von der gewohnten Tagesstruktur abweicht, dann lasse ich schon 'mal eine Tablette weg.“ als Grund für eine Veränderung des Regimes von den HIV-Patienten zugestimmt wurde (vgl. Kap. 6.2.3). Gleichwohl wäre in der vorliegenden Untersuchung mithilfe der sechs von Basler und Weißbach genannten Gründen eine höhere Übereinstimmung mit der Einschätzung der Ärzte sowie mit der Bewertung des Behandlungserfolges erzielt worden als durch die vorgenommene Erweiterung des Fragebogens. Diese Ergebnisse sind jedoch aufgrund der Stichprobengröße nur eingeschränkt aussagekräftig. Die Resultate weisen darauf hin, dass obwohl die so genannte indirekte Befragung nicht explizit das Einnahmeverhalten ermittelt, sondern nach Gründen für eine Veränderung der Einnahme fragt, sich eine weitergehende Validierung des Fragebogens – ebenfalls im Kollektiv der HIV-Patienten – empfiehlt.

Über die Güte des von Gölz, Klausen und Rockstroh (2001, S.100) modifizierten, in die deutsche Sprache übertragenen Messinstrumentes geben die Autoren keine Auskunft. Dieser Fragebogen wurde ebenfalls verändert (vgl. Kap. 6.1.2). Die dadurch entstandene negative Formulierung der beiden Fragen zur Häufigkeit der Einnahme antiretroviraler Medikamente²³ könnte eventuell zu fehlerhaften Antworten beigetragen haben.

Die Beurteilung des Behandlungserfolges muss als weitere potentielle Fehlerquelle diskutiert werden. Es wurde ausschließlich das Ergebnis bzw. das Versagen der aktuellen antiretroviralen Therapie beurteilt. Unberücksichtigt blieb demgemäß, dass ein Therapieversagen ebenfalls aufgrund von aus vorangegangenen Regimes bestehenden oder sich aktuell entwickelnden Resistenzen des Virus erfolgt sein könnte. Darüber hinaus wurde der Einfluss möglicher Resorptionsstörungen oder medikamentöser Interaktionen auf den therapeutischen Erfolg nicht einbezogen.

²³ Da nicht nur das konkrete Vergessen der Medikation erfasst werden sollte, sondern auch andere Gründe einer etwaigen Nicht-Einnahme, wurde das Wort „vergessen“ durch „nicht genommen“ ersetzt.

Wegen der niedrigen statistischen Aussagekraft aufgrund der kleinen Stichprobe werden im Folgenden nur einige interessante Teilaspekte der quantitativen Ergebnisse erörtert. In Einzelfällen werden Divergenzen zu den in der Literatur dargestellten Ergebnissen aufgezeigt.

6.3.2 Ergebnisse der Adherencemessung

Bei der Analyse des Ärztefragebogens fiel auf, dass die Grobzuordnung der Ärzte zur adhärennten Gruppe (11/20) nicht bei allen Patienten (9/11) zu einer uneingeschränkten Zustimmung der Aussage „Im Allgemeinen nimmt der Patient/die Patientin die Medikamente vollständig ein“ führte (vgl. Tab. 3). Das bedeutet, dass die Ärzte bei zwei der elf Patienten, die sie in die adhärennte Gruppe²⁴ einstuften, nicht der Überzeugung waren, dass diese ihre Medikamente vollständig einnahmen. Eine offensichtliche Überschneidung gab es hinsichtlich oben genannter Aussage bei der Ausprägung „stimmt ziemlich“ – diese Intensitäts-Graduierung wurde von den behandelnden Ärzten zweimal bei Patienten aus der adhärennten (2/11) und sechsmal bei Patienten aus der nicht adhärennten Gruppe (6/9) markiert. Hier scheint sich das Phänomen der Adherence-Forschung im HIV-Bereich, dass kein allgemein gültiger „cut-off-Wert“ für die Adherence zu existieren scheint (vgl. Kap. 3.3), im ärztlichen Alltag zu reproduzieren. Den Schwellenwert der Adherence scheinen die einzelnen Ärzte unterschiedlich einzuschätzen.

Auffallend sind die hohen Erwartungen der Ärzte an die Adherence, da das Mittel der eingenommenen Medikamente seit dem letzten Konsultationstermin für die adhärennte Gruppe bei durchschnittlich 97% und das der nicht adhärennten Gruppe bei durchschnittlich 69% nach ärztlicher Schätzung liegt. Damit wäre zwar der berechnete Mittelwert für die nicht adhärennte Gruppe entsprechend den in einer Metaanalyse (Fogarty et al. 2002) ausgewiesenen Schwellenwerten²⁵ als nicht adhärennt anzusiedeln. Bei der Betrachtung der einzelnen Patienten, zeigt sich jedoch, dass für vier Patienten der nicht adhärennten Gruppe (4/7)²⁶ eine Einschätzung von einer 80%igen Einnahme der verordneten Medikamente seit dem letzten Konsultationstermin abgegeben wurde. Dies deutet darauf hin, dass die Erwartungen auf ärztlicher Seite an die Adherence den in der Literatur geforderten, jedoch kritisch zu bewerten-

²⁴ Die Ärzte wurden gebeten, die Patienten, deren Verhalten sie als hoch adhärennt einschätzten, dieser Gruppe zuzuordnen (vgl. Kap. 5).

²⁵ In der Metaanalyse wurde als Kriterium für Adherence studienabhängig die Einnahme von 70%, 80% oder 90% der verordneten Medikamente identifiziert (Fogarty et al. 2002, S.95).

²⁶ In die Auswertung dieser Frage gingen nur die Daten von 17 Patienten ein, da drei Patienten zurzeit keine Therapie haben. Von diesen 17 gehörten sieben Patienten nach Einstufung der Ärzte der nicht adhärennten Gruppe an.

den 95% (Paterson et al. 2000; vgl. Kap. 3.2.2, insbesondere Fußnote 20 sowie Kap. 3.3.7) nahe zu kommen scheinen. Weilandt und Schüler fanden in ihrer Untersuchung, dass nur die Hälfte der befragten Ärzte (49%) die Frage nach dem Ausmaß an Adherence, das hinsichtlich einer effektiven Therapie notwendig sei, in Anlehnung an die von Paterson u.a. gestellten Anforderungen korrekt beantwortete. Darüber hinaus glaubten 43,8% der Ärzte, dass eine Adherence bis 90% noch ausreichend sei, um den Erfolg der Therapie auf Dauer sicherzustellen (Weilandt & Schüler 2003, S.8). Dass aufgrund dieser anscheinend weit verbreiteten Unsicherheiten über die Höhe des Schwellenwertes und eines eventuell zu hoch gesetzten Schwellenwertes möglicherweise Konflikte seitens des Patienten produziert werden, die vermeidbar wären, wurde bereits im Kapitel 3.3.7 ausgeführt. Sicherlich könnte eine wissenschaftlich gesicherte (Neu-)Bestimmung dieses vielfach unkritisch übernommenen Schwellenwertes der Adherence von 95% diesbezüglich zu mehr Klarheit führen.

Die Stichprobe ließ sich durch die indirekte Befragung der Patienten, bei der verschiedene Gründe für eine Veränderung der verordneten Medikation aufgelistet wurden, in Anlehnung an Basler und Weißbach in eine Gruppe „Complier“ und in eine „Non-Complier“ aufteilen (Basler & Weißbach 1984, S.333). „Complier“ waren die Patienten, die keinem Grund für die Veränderung zustimmten, während „Non-Complier“ einen oder mehrere Gründe angaben. Danach waren sieben Patienten (35%) der Gruppe der nicht adhären Patienten zuzuordnen. Eine Übereinstimmung der beschriebenen Ergebnisse mit den Fragen, wann zuletzt die Medikamente nicht eingenommen wurden bzw. wie häufig die Medikamente im vergangenen Monat nicht genommen wurden, konnte statistisch nachgewiesen werden (Exakter Test nach Fisher $p=0,01$ bzw. $p=0,02$, vgl. Kap. 6.2.3). Der Vergleich mit bereits publizierten Forschungsergebnissen bezüglich der Adherence HIV-infizierter Patienten erschien nicht sinnvoll, da die Stichprobe nicht repräsentativ ausgewählt wurde, sondern zwei ungefähr gleich große Gruppen mit adhären und nicht adhären Patienten von den Ärzten gebildet wurden. Zudem würde sich ein solcher Vergleich schwierig gestalten, da die Rate der Non-Adherence hinsichtlich der antiretroviralen Therapie in einzelnen Publikationen zwischen 28% und 82% streute (Puigventós et al. 2002, S.20).

Die Angaben der Patienten im Hinblick auf die Einhaltung der Einnahmezeiten, d.h. die Antwortmöglichkeit „immer“ bezogen auf die Einhaltung des Einnahmeschemas in den letzten vier Tagen (10/17) und im vergangenen Monat (9/17), unterschied sich stark von den Ergebnissen, die McNabb u.a. (2003, S.1765)²⁷ publizierten. Die unter-

²⁷ Mithilfe von MEMS-Caps konnten dieselben zeigen, dass weniger als 10% der Patienten die Medikamente entsprechend der vorgesehenen Uhrzeit einnehmen.

schiedlichen Ergebnisse können sowohl auf die ungleichen Messmethoden als auch die Größe und Auswahl der Stichprobe oder aber die Dissonanz in der Selbstwahrnehmung (vgl. Laws et al. 2000, S.855) zurückzuführen sein. Offensichtlich schien es aber den Patienten ungeachtet ihrer Adherence bezogen auf Medikamenteneinnahme vs. Nicht-Einnahme schwer zu fallen, sich an ein exaktes Einnahmeschema zu halten.

Standardisierte Befragungen der Patienten bezüglich ihrer Medikamenteneinnahme sind nach Gordis oder Hasford u.a. in ihrer Aussagekraft über die Adherence als weniger zuverlässig anzusehen als die Aussagen der Patienten über ihre Non-Adherence (Gordis 1982, S.48; Hasford, Behrend & Sangha 1998, S.37). Die Einstufung der Ärzte in eine der beiden Gruppen „adhärent/nicht adhärent“ zeigte in der vorliegenden Untersuchung eine relative Übereinstimmung mit der Selbsteinstufung der Patienten (Exakter Test nach Fisher: $p=0,017$, vgl. Kap. 6.2.5), bei der in erster Linie Fragen zur Non-Adherence erfasst wurden (vgl. Kap. 6.1.2). Vincke und Bolton hingegen beschreiben die Korrelation dieser beiden Parameter, die Einstufung der Ärzte und die Selbsteinstufung der Patienten ($r=-0,25$; $p=0,074$), in ihrer Analyse verschiedener Messverfahren als moderat bis schwach (Vincke & Bolton 2002, S.490ff). Mögliche Erklärungen dieser unterschiedlichen Ergebnisse könnten sein: Eine eventuell überdurchschnittlich gute Einschätzung der Patienten hinsichtlich ihres Einnahmeverhaltens durch die Ärzte in der HIV-Ambulanz oder die vorgegebene Anforderung für die Untersuchung, dass Patienten, die durch stark nicht adhärentes Verhalten aufgefallen waren, und solche, deren Verhalten als hoch adhärent eingeschätzt wurde, den Gruppen zugeordnet werden sollten.

Die anhand der Krankenakten vorgenommene Beurteilung des Behandlungserfolges nach rein medizinischen Parametern stimmte am wenigsten mit der Selbstbeurteilung der Patienten in der vorliegenden Untersuchung überein (Exakter Test nach Fisher: $p=0,122$) – ein Hinweis darauf, dem vielschichtigen Phänomen Adherence nicht gerecht werden zu können, indem eine ausschließliche Überprüfung des therapeutischen Erfolges durchgeführt wird. Das Urteil der Ärzte (s.o.) war diesbezüglich differenzierter, sie bezogen mannigfaltige Informationen in ihre Bewertung der Adherence ein (vgl. Kap. 6.2.2). Die hohe Übereinstimmung ($p=0,002$) im Exakten Test nach Fisher im Hinblick auf den Zusammenhang zwischen der Einstufung der Ärzte und der Einschätzung des Behandlungserfolges ist vermutlich dadurch bedingt, dass die Beurteilung des Behandlungserfolges eine gewichtige Informationsquelle der Ärzte hinsichtlich ihrer Einschätzung der Adherence zu sein gewesen scheint. Es liegt aufgrund der hohen Übereinstimmung nahe anzunehmen, dass die Ärzte mittels ähnlicher Kriterien zu ihrem Schluss hinsichtlich der Adherence der Patienten gekommen waren, die sie zur Beurteilung des Behandlungserfolges herangezogen haben.

Diese Annahme wird durch die Tatsache bestätigt, dass 18mal (90%) von den Ärzten angegeben wurde, dass sie aufgrund des therapeutischen Erfolges zu ihrer Einschätzung der Adherence gelangten – beachtenswert ist aber, dass nicht alle Patienten der nicht adhärennten Gruppe (6/9) ein Therapieversagen entsprechend der Definition des „good clinical practice“ aufwiesen.

Ein statistischer Zusammenhang zwischen der Adherence und den erhobenen Parametern „Alter“, „Geschlecht“, „Infektionsmodus“, „Dauer der HIV-Infektion“, „aktuelle antiretrovirale Therapie“, „Gesamtbehandlungszeit mit antiretroviralen Substanzen“, „Anzahl der opportunistischen Infektionen“, „Anzahl der Therapiewechsel“, „dokumentierte Nebenwirkungen“ und „Dauer der Arzt-Patient-Beziehung“ konnte nicht hergestellt werden. Der gefundene Zusammenhang zwischen der Adherence-Einstufung der Ärzte und der Häufigkeit des dokumentierten Therapieversagens (Signifikanzniveau $p=0,026$) ist wahrscheinlich auf die Einbeziehung des Parameters „Therapieversagen“ zur Einschätzung der Adherence durch die Ärzte zurückzuführen. Auf eine weitere Interpretation oben genannter Ergebnisse wird aufgrund der kleinen Stichprobe verzichtet.

7 Psychodramatische Exploration – qualitativer Teil

7.1 Methoden der psychodramatischen Exploration

7.1.1 Durchführung der psychodramatischen Exploration

Die Untersuchung fand in den Räumen der sexualmedizinischen Ambulanz der Universitätsklinik Frankfurt/Main, räumlich getrennt vom Standort der HIV-Ambulanz, statt. Gemäß den Konstituenten des Psychodramas wurde eine „Bühne“ errichtet, ein von der Gesprächssituation getrennter Raum, in dem die Stühle und die Kameras vorbereitet waren.

In einer kurzen Einleitung wurde der Proband darüber aufgeklärt, dass es bei dem nachfolgenden „Rollenspiel“ wegen der Ausrichtung der Videokameras nach dem Positionieren der Stühle zu einer Unterbrechung kommen werde.

Zur Wahrung einer größtmöglichen Distanz wurde das psychodramatische Einzeltherapie-Setting in der Form gewählt, dass die Autorin die antagonistischen Rolle nicht übernimmt (vgl. Exkurs 1.3).

7.1.1.1 Erwärmungsphase

Zur „Anwärmung“ wurde die Technik des Sozialen Atoms gewählt, dessen Instruktionen bei Seeger (1991, S.232ff) abgedruckt sind, modifiziert auf die vorliegende Untersuchung.¹ Der Proband bekam ein leeres Blatt Papier, auf dem er alle für ihn emotional bedeutsamen Verbindungen symbolisch darstellen sollte. Er wurde gebeten, allen Symbolen eine Bezeichnung zuzuordnen und sie in der Reihenfolge des Einfalles durchnummerieren. Auf die Möglichkeit der Nähe oder Distanz bei der Anordnung der Symbole wurde hingewiesen und der Bezug zur symbolisierten emotionalen Entfernung hergestellt. Durch die Wahl der Anzahl von Verbindungslinien, die der Proband zwischen dem ihn darstellenden Symbol und denen der anderen Objekte ziehen konnte, bestand die Möglichkeit der Intensität der Beziehung Ausdruck zu verleihen. Störungen, die der Proband in diesen Verbindungen erlebte, konnten mit Querstrichen durch die Verbindungslinien ausgedrückt werden. Zum Erstellen der Zeichnung hatten die Probanden 15 Minuten.

¹ Der Wortlaut der standardisierten Instruktionen ist im Anhang abgedruckt.

Danach fand ein Gespräch über die Zeichnung statt, in dem zunächst der Gesamteindruck des erstellten Bildes besprochen wurde. Anschließend wurden gemeinsam die Symbole in der Reihenfolge des Einfalls betrachtet. Verständnisfragen zu einzelnen Symbolen wurden gestellt und eventuell fehlende Symbole, z.B. ein fehlendes Ich-Symbol oder eines für Vater oder Mutter, wurden thematisiert. Ferner wurde erfragt, inwieweit die im Sozialen Atom dargestellten Personen über die HIV-Infektion des Patienten informiert seien und ob der Überträger des Virus in der Zeichnung symbolisch abgebildet sei.

Eine Auswertung der Zeichnungen und der darüber geführten Interviews fand im Rahmen der vorliegenden Arbeit nicht statt. Vereinzelt wurden jedoch Hintergrundinformationen aus der Erwärmungsphase in die Analyse der psychodramatischen Exploration einbezogen.

7.1.1.2 Spielphase

Nachdem das Gespräch über die Zeichnung beendet war, begann unmittelbar die psychodramatische Exploration. Die folgenden Handlungsanweisungen wurden mit dem Supervisor des psychodramatischen Teils, Dr. Seeger, Leiter des Psychodrama-instituts Bad Zwesten, besprochen (vgl. hierzu auch Erlacher-Farkas 1996b, S.100ff). Gemäß der psychodramatischen Eröffnung wurde der Proband angeleitet, einen Stuhl für sich und einen für den Arzt zu stellen. Dabei bestand für den Protagonisten die Möglichkeit, die von ihm wahrgenommene Beziehung durch die Position der Stühle auszudrücken. Die Stühle konnten zugewandt oder abgewandt, nah oder fern zueinander aufgestellt werden. Der Patient wurde gebeten, jeweils einen Stuhl sich und einen dem Arzt zuzuordnen. Danach erfolgte die Ausrichtung der Kameras. Beide Stühle wurden jeweils durch eine separate Videokamera erfasst. Um den Arzt vor dem inneren Auge des Probanden erscheinen zu lassen, wurde nach dem Alter und der konkreten Anrede des Arztes gefragt. Es folgte eine kurze standardisierte Exploration des Probanden über die allgemeine Einschätzung seiner Arzt-Patient-Beziehung und eventuell stattgefundenener Konflikte mit seinem Arzt.

Der Proband wurde anschließend gebeten, sich auf seinen Stuhl zu setzen, die antagonistische Rolle zu imaginieren und dieser direkt mitzuteilen, was er zuvor in der Exploration über die Arzt-Patient-Beziehung berichtet hatte. Danach sollte der Proband in die Rolle des Arztes tauschen und antworten. Die Autorin übernahm beim Rollentausch durch Verbalisierung die Rolle des Probanden im Sinne der therapeutischen Rollenübernahme (vgl. Exkurs 1.3). Dabei blieb sie auf ihrem Stuhl, der

außerhalb des imaginären Bühnenraumes stand, sitzen. Falls das in der protagonistischen Rolle Gesagte nicht dem Gesprächsinhalt des Probanden entsprach, konnte dieser durch entsprechend eingeleiteten Rollentausch das Gesagte korrigieren.

War ein Proband nicht in der Lage, den Arzt zu imaginieren resp. den Rollentausch durchzuführen, kam die Methode des Doppeln (vgl. Exkurs 1.2.3) zum Einsatz. Dabei stellte sich die Autorin hinter den Probanden und sagte möglichst nahe an dessen Ausdruckweise die zuvor explorierten Gesprächsinhalte in der Ich-Form zu dem fiktiven Arzt resp. dem leeren Stuhl. Der Proband sollte dadurch unterstützt werden, die protagonistische Rolle zu übernehmen. Wenn dies nicht geschah und der Proband weiterhin nicht in der Lage war, den Rollentausch durchzuführen, endete an dieser Stelle die psychodramatische Exploration.

Nachdem der Proband in der antagonistischen Rolle erstmalig geantwortet hatte, entstand eine Art Dialog, bei dem durch Rollentausch ermöglicht sowohl die Rolle des Arztes als auch die des Patienten durch den Probanden ausgefüllt wurde. Den Fluss dieses „Dialoges“ bestimmte der Proband, eine Lenkung geschah lediglich durch die Instruktionen der Autorin zum Rollentausch.

Während der Proband sich in der antagonistischen Rolle befand, sollte er durch die folgende Frage der Autorin aus der Rolle des Arztes Stellung zu seinem Einnahmeverhalten nehmen: „Wissen Sie Herr/Frau ...², hier bei der Untersuchung soll es darum gehen, ob ich meine Medikamente einnehme oder nicht, was denken Sie denn darüber?“ Nach dem darauf folgenden Rollentausch wurde er gebeten, in seiner eigenen Rolle Stellung zu seinem Einnahmeverhalten zu beziehen. Am Ende des psychodramatischen Spieles bekam der Proband außerdem Gelegenheit, seinem Arzt das zu sagen, was er schon immer mal sagen wollte.

Um das psychodramatische Spiel zu beenden, musste der Proband ins „Hier und Jetzt“ zurückkommen. Das Erlebte wurde zum „Dort und Damals“. Dies geschah, indem der Protagonist zu seinem konkreten Befinden befragt wurde: „Wie fühlen Sie sich jetzt?“ Der Proband wurde gebeten, die Stühle in ihre Ursprungspositionen zurückzustellen. Danach bestand Raum für eine Nachbesprechung – die Gesprächsphase entsprechend dem Ablauf einer psychodramatischen Sitzung (vgl. Exkurs 1.2.2).

² Die Anrede erfolgt entsprechend der von dem Probanden gegebenen Information, wie er seinen Arzt anspricht.

Jede Exploration erfüllte die der psychodramatischen Technik entsprechenden Standards: Zum einen stellte der Protagonist jeweils die Stühle sowohl für sich als auch für die antagonistischen Anteile, zum anderen wurden Anrede und Alter der antagonistischen Rolle erfragt. Zudem wurden alle Probanden, während Sie sich in der antagonistischen Rolle befanden, mit dem Satz konfrontiert: „Wissen Sie Herr/Frau ... hier bei der Untersuchung soll es darum gehen, ob ich meine Medikamente einnehme oder nicht, was denken Sie denn darüber?“ Jeder Proband bekam Gelegenheit, seinem Arzt das zu sagen, was er schon immer mal sagen wollte. Am Ende der psychodramatischen Exploration wurden die Probanden zu ihrem Befinden befragt.

7.1.2 Überlegungen zur Auswertung der psychodramatischen Exploration

Für die Auswertung des Datenmaterials standen, um eine möglichst große Objektivität sicherzustellen, entweder etablierte Beobachtungsverfahren oder qualitative Sozialforschungsmethoden zur Verfügung – erstere erlauben die unmittelbare Verwendung des Filmmaterials, letztere beschränken sich auf transkribierte Textanalysen der Videomitschnitte.³

Ein Problem, das sich bei der Auswertung des aufgearbeiteten Videomaterials mithilfe eines Beobachtungsverfahrens⁴ ergab, war, dass einerseits eine Methode zur Analyse der Arzt-Patient-Interaktion vonnöten gewesen wäre, andererseits eine einzelne Person die verschiedenen Rollen in der Arzt-Patient-Interaktion einnahm. Sowohl die Verfahren zur Beschreibung der Eltern-Kind-Beziehung als auch die Kodierung der Lehrer-Schüler-Interaktionen sowie diejenigen zur Beurteilung der Interaktion in Gruppen, wie z.B. SYMLOG, oder von Psychotherapieverfahren, wie z.B. SASB, stellten sich ebenfalls als ungeeignet heraus, weil diese Verfahren für dialogische Situationen konzipiert wurden. Zur Kodierung müsste jeweils die direkte Interaktion der einzelnen Gesprächspartner herangezogen werden, was bei der vorliegenden Untersuchung hinsichtlich der Arzt-Patient-Interaktion nicht möglich ist.

³ Eine Analyse mithilfe eines Expertenratings wurde an dieser Stelle zunächst in Betracht gezogen. Diese Möglichkeit der Auswertung scheiterte daran, dass die Experten, in diesem Falle erfahrene Psychodramatiker, nicht für eine Mitarbeit zu gewinnen waren.

⁴ Eine ausführliche Katalogisierung unterschiedlicher Beobachtungsverfahren wurde bei Manns et al. (1987) vorgenommen.

Nach langen Überlegungen über die Methode fiel die Wahl deshalb auf den Einsatz qualitativer Sozialforschungsmethoden, speziell der strukturalistischen Modelle⁵, da diese ermöglichen, die Tiefenstrukturen des Handelns darzustellen.⁶ Ein Verfahren, das für die Interpretation der alltagssprachlichen Interaktionen, die demgemäß einen tieferen Sinn aufweisen, als es den an der Kommunikation Beteiligten intentional präsent ist, konzipiert wurde, ist die Methode der objektiven Hermeneutik nach Oevermann. Interaktionen enthalten seinem Ansatz folgend „latente Sinnstrukturen“, „für die die Differenz von subjektivem Ausdruck und objektiver Bedeutung konstitutiv ist“ (Brüsemeyer 2000, S.259). Die Methode ermöglicht die vielfach latenten und objektiv möglichen Bedeutungen, die aufgrund zu schneller Anschlusshandlungen im Interaktionsprozess nicht verfolgt werden können, darzustellen und somit alltägliches Handeln hinsichtlich der tiefer liegenden Strukturen⁷ zu untersuchen. Erkenntnis wird demgemäß als Strukturkenntnis, ausgerichtet an einen Einzelgegenstand, verstanden. Dabei soll nicht eine Subsumtion unter vorgefasste Kategorien vollzogen, sondern ein verborgener innerer Zusammenhang soll erschlossen werden. Die Transkripte der explorierten Arzt-Patient-Beziehungen werden folglich nicht in Form einer bloßen Inhaltsanalyse der propositionalen Gehalte der Ausdrucksgestalt interpretiert, sondern es wird die Struktur der „Ausdrucksgestalt in ihrer Totalität zum Gegenstand der methodischen Auswertung“ (Oevermann 2000, S.144).

Exkurs 2 Objektive Hermeneutik

„Zentraler Gegenstand der Methodologie der objektiven Hermeneutik sind die latenten Sinnstrukturen und objektiven Bedeutungsstrukturen von Ausdrucksgestalten, in denen sich uns als Erfahrungswissenschaftlern von der sinnstrukturierten Welt die psychischen, sozialen und kulturellen Erscheinungen einzig präsentieren, und in denen wir als Lebenspraxis uns selbst verkörpern sowie die uns gegenüberliegende Erfahrungswelt repräsentieren. ... Latente Sinnstrukturen und objektive Bedeutungs-

⁵ „Dabei wird zwischen der Oberfläche des Erlebens und Handelns – die den beteiligten Subjekten zugänglich ist – und den Tiefenstrukturen des Handelns – die von alltäglich-individueller Reflexion nicht mehr (unmittelbar) erreicht werden – unterschieden. Die Oberfläche wird an Intentionen und dem mit dem Handeln verbundenen subjektiven Sinn festgemacht, während Tiefenstrukturen als handlungsgenerierend verstanden werden“ (Flick 2002, S.43).

⁶ Die besondere Dialogsituation (s.o.) würde auch bei den anderen qualitativen Sozialforschungsmethoden keine Einschränkung bedeuten.

⁷ „Entgegen vielen klassischen Strukturdefinitionen wird von der objektiven Hermeneutik unter ‚Struktur‘ nicht eine gewisse Anzahl von Elementen und ihre Relationen zueinander verstanden (das wäre mechanistisch und zweidimensional), sondern Strukturen bauen sich entlang einer Zeitachse (dreidimensional) auf. Strukturen können sich *reproduzieren*, also identisch verdoppeln, und sie können sich *transformieren*, also eine neue Gestalt annehmen. ... Die Strukturen werden wirksam über ... *Handlungskompetenzen*. Die Kompetenzen werden als teils offene, teils geschlossene Programme angesehen, regelgeleitete Handlungen (Performanzen) hervorzubringen“ (Reichertz 1995, S.224f, Hervorhebung im Original).

strukturen sind also jene abstrakten, d.h. selbst sinnlich nicht wahrnehmbaren Konfigurationen und Zusammenhänge, die wir alle mehr oder weniger gut und genau ‚verstehen‘ und ‚lesen‘, wenn wir uns verständigen, Texte lesen, Bilder und Handlungsabläufe sehen, Ton- und Klangsequenzen hören und alle denkbaren Begleitumstände menschlicher Praxis wahrnehmen, die in ihrem objektiven Sinn durch bedeutungsgenerierende Regeln erzeugt werden und unabhängig von unserer je subjektiven Interpretation objektiv gelten. Die objektive Hermeneutik ist ein Verfahren, diese objektiv geltenden Sinnstrukturen intersubjektiv überprüfbar je konkret an der lesbaren Ausdrucksgestalt zu entziffern“ (Oevermann 2002, S.1f, Hervorhebung im Original).

Die Datenauswertung der aus den Videoaufnahmen erstellten Transkripte geschah nach dem rekonstruktionslogischen Ansatz. Die latenten⁸ Sinn- und objektiven⁹ Bedeutungsstrukturen der spezifischen Textsegmente werden bei diesem Ansatz unter Bezug auf die in der Wirklichkeit selbst operierenden Sequenzierungsregeln rekonstruiert, anstatt klassifikatorische Begriffe und operationale Indikatoren anzuwenden (Oevermann 2002, S.20f). Die Rekonstruktion erfolgt durch die Sequenzanalyse¹⁰, denn „erst die streng sequentiell arbeitende, Interakt für Interakt interpretierende Rekonstruktion des latenten Sinns einer Szene (macht) die fallspezifische Struktur und damit die Struktur, in der die Besonderheit des Falles sich objektiviert, sichtbar“ (Oevermann et al. 1979, S.414). Bei der Durchführung einer Sequenzanalyse wird der Anfang eines Protokolls oder einer Szene besonders ausführlich interpretiert. Dabei stellt sich der Wissenschaftler durch Ausblendung des Kontextwissens „künstlich naiv“, damit möglichst viele und kontrastierende Kontextbedingungen, so genannte Lesarten¹¹, gedankenexperimentell entwickelt werden können, „die diese Äußerung zu einer verständlichen und pragmatisch sinnvollen machen könnten, ihre pragmatischen Geltungsbedingungen erfüllen“ (Oevermann et al. 1979, S.415). Lässt sich bei der weiteren Analyse des Textes eine Stelle ausmachen, die einer aufgestellten Hypothese widerspricht, gilt diese als falsifiziert. Findet sich kein entgegengesetzter Beleg im Protokoll, gilt die Rekonstruktion zunächst als gültig (Reichertz 1995, S.226). Im Rahmen einer Einzelfallanalyse wächst mit jeder Sequenz das, was Oevermann als den „inneren Kontext“ eines Sequenzelementes bezeichnet. Ist dieser genügend angewachsen, bedeutet dies, dass sich die

⁸ Mit dem Begriff „latent“ soll die logisch-analytische Unabhängigkeit von der manifesten Realisierung der Sinnstrukturen im Bewusstsein des Probanden ausgedrückt werden (Oevermann 2001, S.28).

⁹ Der Objektivitätsbegriff wird analog zu dem in den Naturwissenschaften verwendeten Begriff gebraucht, da die objektiven Bedeutungsstrukturen mittels methodischer Operationen als objektiv gegebene Realitäten nachgewiesen werden können (Oevermann 2001, S.28).

¹⁰ Sequenzanalyse bzw. sequenzanalytisches Vorgehen bedeutet eine Orientierung an der zeitlich-logischen Struktur eines Textes.

¹¹ Als Lesart wird die Verbindung zwischen einer Äußerung und einer die Äußerung pragmatisch erfüllenden Kontextbedingung bezeichnet (Oevermann et al. 1979, S.414).

Fallstruktur in ihrer Prägnanz und Spezifität genügend konturiert hat und deswegen die Sequenzanalyse beendet werden kann (Oevermann 2000, S.95).

Die Erhebung der untersuchten Fälle geschieht nach dem Kriterium der maximalen Kontrastierung.¹² Die Ergebnisse der ersten, besonders gründlichen Fallrekonstruktion, anhand derer bereits eine Modellbildung bzw. eine Strukturhypothese entwickelt wird, werden nachfolgend entsprechend einer zu überprüfenden Hypothese bei der Bearbeitung der kontrastiven Fälle verifiziert bzw. falsifiziert. Durch diese Herangehensweise wird die Analyse der Fallreihe derart sequenziert, dass eine zunehmende Verdichtung der Fallrekonstruktion erreicht werden kann (Oevermann 2000, S.99f).

Die Durchführung einer Sequenzanalyse geschieht nach den Prinzipien der Totalität und der Wörtlichkeit sowie nach der Sparsamkeitsregel. Die Sparsamkeitsregel besagt: „Vermutungen über fallspezifische Besonderheiten, die die Geltungsbedingungen erfüllen, sind als Annahmen über die Motivierung einer Äußerung methodisch erst dann legitim, wenn eine andere fallunspezifische Motivierungslinie nicht gefunden werden kann“ (Oevermann et al. 1979, S.414). Dem Sprecher wird dementsprechend eine vernünftige bzw. „normale“ Handlungsweise unterstellt, solange sich keine gegenteiligen Anhaltspunkte im Text finden lassen. Es gilt der „... Grundsatz, für jedes im Protokoll enthaltene Element des Textes eine Motivierung zu explizieren, Textelemente nie als Produkte des Zufalls anzusehen“ (Oevermann et al. 1979, S.394). Das Totalitätsprinzip besagt, dass das zu analysierende Datenmaterial vollständig ausgewertet werden muss. Nur so ist gewährleistet, dass der Wissenschaftler der Realität nicht ausweicht und die Modellbildung rekonstruktiv an die Prägnanz der Ausdrucksgestalt in größtmöglichem Maße angepasst ist. „Das Totalitätsprinzip maximiert das Falsifikationspotential der Sequenzanalyse und führt dazu, daß innerhalb der Erfahrungswissenschaften von der sinnstrukturierten Welt eine schärfere Befolgung des Fallibilismus nicht vorgestellt werden kann, als sie mit der Sequenzanalyse der objektiven Hermeneutik erreicht wird“ (Oevermann 2000, S.101). Nach dem Wörtlichkeitsprinzip darf nur das interpretiert werden, was auch tatsächlich wörtlich im Text steht. D.h. alle Lesarten, die zwar mit der Ausdrucksgestalt vereinbar aber nicht in ihr markiert sind, sind nicht zulässig (Oevermann 2000, S.103).

¹² Erst nach einer ausgiebigen Analyse des ersten Falles wird das Material des zweiten Falles erhoben. Dieser wird derart ausgewählt, dass er nach der Maßgabe der Erkenntnis des ersten Falles mit diesem maximal kontrastiert. Nach der zweiten Auswertung wird dann nach selbigem Procedere der dritte Fall erhoben, der wiederum mit den beiden vorangegangenen Fällen kontrastiert.

7.2 Auswertung der psychodramatischen Exploration

7.2.1 Rahmen und Durchführbarkeit

7.2.1.1 Durchführbarkeit des Psychodramas zu explorativem Zweck

Bei der Durchführung der psychodramatischen Exploration stellte sich heraus, dass trotz der verwendeten Hilfestellung des Doppelns nicht alle Patienten in der Lage waren, ein Gespräch mit dem zu imaginierenden Arzt zu führen und in dessen Rolle tauschen zu können. Dies drückte sich dadurch aus, dass die Patienten ungeachtet der Aufforderung, das zuvor im Gespräch Explorierte nun dem fiktiven Arzt zu berichten, weiterhin ausschließlich die Autorin als Gesprächspartner beibehielten:

P19: Heutzutage, wenn ich Frau Müller sehe, dann lasse ich mir einfach nur die Werte durchsagen, was schlimm ist und, und äh ob sie was festgestellt haben oder so und dann gehe ich wieder.

Edop: Versuchen Sie doch mal & sie direkt anzusprechen&

P19: & Das sind Gespräche& das sind Gespräche, die dauern bei mir drei Minuten, vier Minuten, dann gehe ich wieder.

Edop: Hmm, heutzutage Frau Müller, wenn ich Sie sehe dann sind die Gespräche nur noch ganz kurz, da sprechen wir eigentlich & nur noch&

P19: & Die waren& früher genauso kurz.

Edop: Hmm, früher waren sie auch schon kurz, aber heute sprechen wir nur noch über Werte.¹³

Es zeigte sich ein Unterschied bezüglich der Fähigkeit zum Rollentausch resp. der Durchführbarkeit des Psychodramas zwischen den beiden durch die ärztliche Einstufung gebildeten Gruppen, der adhärennten bzw. der nicht adhärennten Gruppe (vgl. Tab. 12).

¹³ Die für die Transkription verwendeten Notationskonventionen sind im Glossar nochmals abgedruckt. Um die Handlungsebene möglichst weitgehend in das Protokoll aufzunehmen, wurden zusätzlich die verschiedenen räumlichen Positionen, die vom Proband sowie von der Autorin eingenommen werden konnten, durch unterschiedliche Buchstaben des Sprechers gekennzeichnet:

V	Patient vor dem psychodramatischen Spiel in der Explorationsphase	(uv)	unverständlich
		#	Abbruch
P	Patient auf dem Patientenstuhl	(.)	kurze Pause
A	Patient auf dem Arztstuhl	(..)	deutliche Pause
Eex	Engelbach (Explorationsphase, stehend)	(...)	längere Pause
Elei	Engelbach (sitzend außerhalb der „Bühne“)	—	betontes Wort
Edop	Engelbach (Doppel, hinter Pat. stehend)		
?...?	fragliche Entzifferung der Bandaufnahme		
&...&	gleichzeitig gesprochene Verschriftungszeilen		

Tab. 12 Gruppenzuordnung der Ärzte und Fähigkeit zum Rollentausch

Zusammenhang zwischen Gruppenzuordnung der Ärzte & Fähigkeit zum Rollentausch				
		Gruppe		Gesamt
		adhärent	nicht adhärent	
Zum Rollentausch in der Lage	ja	9	5	14
	nein	2	4	6
Gesamt		11	9	20

7.2.1.2 Analyse des Rahmens¹⁴

Die Patienten waren aufgrund des Aufklärungsgesprächs über die Studie sowie der Patienteninformation (vgl. Anhang) über das Setting und, dass in diesem etwas Patientenrelevantes behandelt wurde, informiert. Schon durch die Teilnahme an der Studie zeigten sie bereits Adherence, bevor sie über selbige befragt werden konnten.

Den Patienten sollte nach dem Aufklärungsgespräch bzw. der Patienteninformation¹⁵ desgleichen bekannt gewesen sein, dass in dem Moment der Aufforderung „Stellen Sie bitte einen Stuhl für sich und einen für den Arzt“ das „Rollenspiel“ initiiert wurde. Aufgrund der Abwesenheit des Arztes wurde mittels dieser Aussage eingeleitet, dass es sich ab diesem Moment um eine Fiktionalität handelte. Es war ferner wegen der Fortdauer des Patientenstatus¹⁶ angebahnt, dass die Patienten sich selbst als Patienten spielen sollten und nicht irgendeinen Patienten. Zusätzlich musste es sich anhand des dargestellten Sinnes der Untersuchung (vgl. Anhang,

¹⁴ Das soziale Arrangement bei der Datenerhebung muss für die objektiv hermeneutische Auswertung „zum einen der spezifischen Charakteristik des Gegenstandes und der Fragestellung und zum anderen der Lebenslage und Situation des je konkreten Falles bzw. Merkmalsträgers angemessen sein und sich mimetisch anschmiegen“ (Oevermann 2002, S.18f). Im Unterschied zu den standardisierten Techniken der quantitativen Methoden wird deshalb eine Analyse des Rahmens der Datenerhebung erforderlich. Diese Interpretation zielt weniger auf die Rekonstruktion des einzelnen Falles, sondern dient der Explikation der Rahmung, die sowohl das Setting als auch Fragen bzw. Aufforderungen durch den Interviewer für das vom Probanden Gesagte darstellt.

¹⁵ „Die Untersuchung besteht aus ... einer Art Rollenspiel, bei dem Sie ein Arzt-Patient-Gespräch nachstellen sollen... Bei dem ‚Rollenspiel‘ ist geplant, dass Sie alleine – nur in Gegenwart der Projektleiterin – ein Gespräch mit Ihrem Arzt oder Ihrer Ärztin nachstellen“ (vgl. Anhang, Patienteninformation).

¹⁶ Die Untersuchung fand im Institut für Sexualwissenschaft statt. Der Patient ging wegen der Studie dorthin – nicht als Patient, sondern als Proband. Als er sich im Institut für Sexualwissenschaft als Proband explorieren ließ, war aber sein Patientenstatus in der Klinik nicht vollständig aufgelöst. Er blieb bei der Befragung in doppelter Hinsicht Patient: Zum einen fand die Untersuchung auf dem Klinikgelände statt und zum anderen hatte sein behandelnder Arzt den Kontakt zu der Studie hergestellt. Das Thema der Untersuchung stand außerdem im Zusammenhang mit seiner Krankheit. Dadurch wurde zusätzlich sein Patienten-Dasein in den Mittelpunkt gerückt. Insofern war er noch Patient, während er zum Probanden wurde.

Patienteninformation) für die Patienten erschließen, dass sie sich selbst als Patient spielen sollten.

Bei der Durchführung des psychodramatischen Spieles entstanden verschiedene Schwierigkeiten für die Probanden: Zunächst musste eine gewisse Hemmung, sich in einer Rolle darzustellen, überschritten werden. Verstärkt wurde diese Hemmung vermutlich durch die aufgestellten Videokameras. Eine weitere Schwierigkeit bestand darin, dass die Patienten, wenn sie die Rolle des Patienten gegenüber dem fiktiven Arzt einnehmen sollten, das spielen sollten, was sie sind. Wenn man sich jedoch selbst authentisch spielt, dann entspricht das nicht einem Spielen, sondern man ist man selbst.¹⁷ Das Handeln bzw. die Praxis im ursprünglichen Sinne ist nicht Theater spielen. Die Kategorie des Theaterspielens, des Inszenierens, setzt voraus, dass etwas Ursprüngliches bzw. Nicht-Inszeniertes zuvor vorhanden war, das nicht durch die Rahmung¹⁸ entstanden ist. Die Aufforderung „sich selbst zu spielen“ stellt dementsprechend eine begriffliche Schwierigkeit dar. Der Rollentausch beinhaltete in sich eine weitere Schwierigkeit: Die Patienten mussten doppelt imaginieren. Sie mussten sich zunächst in die andere Rolle imaginieren und dann ein Gegenüber imaginieren, wo keines vorhanden war.

Eine andere Schwierigkeit, die sich bei der Analyse des Rahmens zeigte, sind die verschiedenen Ebenen resp. Rollen, die von der Autorin eingenommen wurden. Die Rolle als Untersuchungsleiterin war klar markiert: Unabhängig von einer etwaigen Teilnahme am psychodramatischen Spiel bzw. der Übernahme der Patientenrolle bestand eine Markierung, da das psychodramatische Spiel zu Untersuchungszwecken eingesetzt wurde. Die Leitung der Untersuchung fand in der Spielphase außerhalb des Bühnenraumes, dem Raum mit den zwei vom Patienten aufgestellten Stühlen (vgl. Kap. 7.1.1.2), statt. Dieser Raum wurde allerdings nicht als solcher explizit benannt.¹⁹ Beim Einsatz der Technik des Doppels wurde diese Abgrenzung

¹⁷ Dies folgt dem dramaturgischen Ansatz entsprechend Goffman (1969) „Wir alle spielen Theater“. Darin beschreibt er die Präsentation des Selbst im Alltagsleben. Der englische Titel („The presentation of self in every day life“) impliziert bereits den Gedanken, dass es sich, wenn man sich präsentiert, um eine Rahmung von etwas handelt, das ursprünglich anders ist.

¹⁸ Rahmen bzw. die Rahmung dienen im Sinne Goffmans dazu, gemäß gewissen Organisationsprinzipien für Ereignisse und für die jeweilige persönliche Anteilnahme an ihnen Definitionen einer Situation aufzustellen (Goffman 1980, S.19). In diesem Falle sei insbesondere auf den Theaterrahmen verwiesen (vgl. ebd., S.143ff).

¹⁹ Der Stuhl war einerseits ein konstitutiver Bestandteil der Bühne und andererseits sollte der Proband auf diesem Stuhl Platz nehmen. Diese Aufforderung konnte ebenfalls von ihm als Person, als Herr/ Frau X, ausgeführt werden – unabhängig davon, ob er spielte oder nicht. Dadurch musste unklar bleiben, ob der Stuhl die Bühne oder Sitzplatz des Probanden war. Durch die Instruktion „stellen Sie einen Stuhl für sich“ sollte eigentlich ein Stuhl für den Rahmen der Untersuchung gestellt werden, worin dann das psychodramatische Spiel stattfinden sollte. In der psychodramatischen Methode bildet er aber bereits die Bühne. Die Trennung zwischen Spiel und Nicht-Spiel wurde an dieser Stelle unscharf.

dann körperlich durchschritten, bei der Technik der therapeutischen Rollenübernahme kam es zu einer Vermischung der Räume: Indem die Autorin auf einem dritten Stuhl saß, wurde ausgedrückt, dass sie als Untersuchungsleiterin bei dem psychodramatischen Spiel anwesend war, um es zu beobachten oder eingreifen zu können. Das Spiel fand aber ohne ihre Beteiligung statt. Die verbale Rollenübernahme der Patientenrolle musste folglich für den Patienten verwirrend sein, da die Rolle des Patienten verbal übernommen wurde, der Stuhl des Patienten allerdings leer blieb. Der am psychodramatischen Spiel Beteiligte musste sich fragen, „was bedeutet, dass ich ein ‚Rollenspiel‘ durchführen soll – unter der Bedingung des Rollentausches. Ich bin der Arzt und auf dem anderen Stuhl sitzt der Patient. Aber die Person, die anwesend ist und da sitzen könnte, sitzt nicht da. Die andere Person auf dem anderen Stuhl, der markiert, dass sie nicht der Patient ist, spricht aber trotzdem als Patient.“ Andererseits wurde die ärztliche Perspektive, wenn das weitere Spiel des Patienten gehemmt war, zitiert – gewissermaßen erinnert:

Elei: Ja, also Frau Müller, ich bewundere Sie schon bzw. ich möchte auch nicht tauschen mit dem Stress, den Sie als Ärztin da haben, und manchmal sehen Sie besser aus und manchmal (...) na ja, auch nicht so, na ja, sollten sich auch mal um sich kümmern, als Ärztin.

A20: (...) Ich weiß nicht, ob Sie da unbedingt Recht haben, ich meine das ist, ich denke mal, doch schon eine Lebensaufgabe dieser Job oder dieser Beruf, und auch an der ganzen Forschungstätigkeit weiter teilzunehmen. Es ist manchmal viel, aber, ich denke mal, (...) ich hab' ein dickes Fell.

Elei: Hmm, tauschen Sie zurück. (...) Sie hat ein dickes Fell, hat sie gesagt.

Beiträge aus der Perspektive des Patienten wurden aus der Ich-Perspektive präsentiert, der Arzt hingegen wurde zitiert. Dadurch wurde während des psychodramatischen Spieles eine weitere sprachliche Ebene eröffnet, die im Sinne einer Ich-Spaltung zu verstehen wäre, die aber gleichzeitig zu einer zusätzlichen Komplizierung des Spielflusses geführt haben könnte.

Eine weitere Ebene bzw. Rolle wurde durch die abschließende Frage „Wie geht es Ihnen jetzt?“, die eine charakteristisch ärztliche bzw. therapeutische Frage ist, eingeführt. Die Untersuchungsleiterin wechselte dadurch in eine therapeutische Rolle. Die objektive Bedeutungsstruktur einer solchen Frage presupponiert, dass das Vorausgehende als therapeutische Maßnahme anzusehen ist, und qualifiziert das Vorausgehende nachträglich als einen therapeutischen Vorgang. Diese Bedeutungsstruktur ergibt sich zusätzlich aufgrund des Wortes „jetzt“, das beinhaltet „... nachdem wir das alles gemacht haben.“ Die Frage „Wie geht es Ihnen jetzt?“ impliziert außerdem, dass der Fragesteller, wenn es dem Patienten schlecht gehen würde, in seiner therapeutischen Kompetenz an diesem Zustand etwas ändern könnte. Eine entsprechende therapeutische Intervention war jedoch in dem Setting nicht vorgesehen. Diese Frage war somit der Forschungsmethode nicht angemessen.

Neben diesem dem Setting immanenten, durch die Technik des Psychodramas und insbesondere der therapeutischen Rollenübernahme vorgegebenen Ebenenwechsel sind andere Irritationen im Einzelfall zu erwähnen. Exemplarisch werden hierfür zwei Beispiele dargestellt:

Elei: O.k., nehmen Sie doch bitte mal auf Ihrem Stuhl Platz.

Für den Hörer war nicht klar zuzuordnen, ob er angewiesen wurde, sich auf seinen oder auf den Stuhl der Ärztin zu setzen. Die Zuordnung geschah nur durch die Schreibweise des Wortes „Ihrem“. Der Patient konnte dies nicht unterscheiden.

Elei: Ich kann Ihnen auch helfen (P18: Hmm) (geht hinter P => Edop:) Ähm,
also Herr Doktor Müller, ich...
P18: Herr Müller.
Edop: Herr Müller, Entschuldigung.

Die Autorin (Edop) entschuldigte sich nicht konkret innerhalb der Logik des psychodramatischen Spieles, sondern entschuldigte sich bei dem Probanden. D.h. an dieser Stelle wurde erneut (s.o.) ein Ebenenwechsel von der Spielebene auf die Nicht-Spielebene vollzogen.

Darüber hinaus bestand weiterhin die Möglichkeit, dass der Autorin Fehler in der Umsetzung der Technik unterlaufen sind, etwaige Übertragungen und Gegenübertragungsreaktionen hatten zudem einen Einfluss auf die Exploration (vgl. hierzu z.B. Kap. 7.2.2.2.2.4).

7.2.1.3 Diskussion über den Einsatz der Forschungsmethoden

Im Folgenden soll weder die Methode des Psychodramas²⁰ noch die der objektiven Hermeneutik²¹ an sich diskutiert werden, sondern es erfolgt eine Reflexion über den spezifischen Einsatz dieser Methoden in der vorliegenden Arbeit: Psychodrama als Explorationsmethode und die Auswertung des daraus entstandenen Materials mit Hilfe der objektiven Hermeneutik.

²⁰ Das Psychodrama ist nicht als wissenschaftliche Methode anerkannt. In dem Gutachten des wissenschaftlichen Beirates sind verschiedene Kritikpunkte an der Methode aufgelistet (Wissenschaftlicher Beirat Psychotherapie 2001).

²¹ Allgemeine Kritik und Grenzen der Methodik der objektiven Hermeneutik sind z.B. abgedruckt bei: Reichertz 1988, S.207ff; Flick 2002, S.44 und S.306; Brüsemeister 2000, S.273ff.

Der Einsatz des Psychodramas als Forschungsmethode im Rahmen dieser Arbeit barg verschiedene Probleme in sich, die zunächst erörtert werden sollen: Die für das Psychodrama wichtige Spontaneität wurde im Rahmen dieser Untersuchung durch die konkrete Themenvorgabe und möglicherweise angesichts des Settings, der Beobachtung durch Videokameras, eingeschränkt. Die Probanden waren weder mit der Autorin noch mit der Methode vertraut, was die Umsetzung des Psychodramas teilweise erschwert haben dürfte. Eine tiefere psychodramatische Analyse der Beziehungsdynamik wurde dadurch ausgeschlossen, dass die dem Psychodrama immanente Möglichkeit, weitere Figuren außer dem Arzt aufzustellen, nicht gegeben war. Ferner könnten die Probanden durch die Art der Untersuchung, die dem Psychodrama innewohnende Direktivität, in eine Abhängigkeit gebracht worden sein, in der sich vermutlich eine eventuell bestehende Abhängigkeit in der realen Arzt-Patient-Beziehung reproduziert haben könnte (vgl. hierzu z.B. Patient 09, Kap. 7.2.2.2.3). Dies wurde mithilfe der sequenzanalytischen Auswertung zu erfassen versucht.

Wie sich später noch zeigen wird (vgl. Kap. 7.2.2.2.2), glückte der Versuch durch die Entlehnung einzelner Elemente der psychodramatischen Technik des „Kollegialen Bündnisses“, die gesunden Anteile des Patienten zu aktivieren und in diesem Moment weiterreichende Gründe für die Non-Adherence zu explorieren (vgl. Kap. 4.2), nicht hinreichend. Entweder ließ sich aufgrund des Settings der Widerstand der Patienten nicht von einem ich=syntonen in einen ich=fremden verwandeln (vgl. Leutz 1980a, S.181 und Kap. 4.2, insbesondere Fußnote 33) oder die Ursachen der Non-Adherence werden von den Patienten nicht als kranker Anteil im Sinne der Technik des „Kollegialen Bündnisses“ wahrgenommen. Für Letzteres spräche die häufige Nennung von Vergessen, Abwesenheit von zu Hause, Lebensunregelmäßigkeiten jeder Art, etc. (vgl. Kap. 3.3.5) als Gründe der Non-Adherence aus der Perspektive der Patienten. Neben der meines Erachtens möglichen, aber unwahrscheinlichen Erklärung, dass nicht adhärentem Verhalten keine Konflikte zu Grunde liegen, wäre eine denkbare Erklärung für das Scheitern dieser Exploration darin zu suchen, dass den Patienten etwaige tiefere Gründe nicht bewusst waren.

In der psychodramatischen Inszenierung sind außerdem verschiedene Wirklichkeitsdimensionen im Sinne Metzgers (1954, S.14ff) enthalten. Die einzelnen Ebenen sind im psychodramatischen Spiel in der Regel nicht differenzierbar, sie sind weitestgehend dem zweiten Sinn von Wirklichkeit, der phänomenologischen Welt, zuzuordnen (Sader 1991, S.48). Durch die Erfassung der Inszenierungen mit Videokameras wurde eine Beurteilung dieses von Sader beschriebenen Phänomens weiter erschwert. Eine Videoaufzeichnung kann ein psychodramatisches Spiel nie ganzheitlich darstellen. Des Weiteren besteht die Möglichkeit, dass sich die Anwesenheit von Kameras auf die spontane Gestaltung im psychodramatischen Spiel ausgewirkt

haben könnte – je nach Persönlichkeit des Probanden sowohl hemmend als auch beflügelnd.

Ein zusätzlicher Verlust trat wahrscheinlich durch die Transkription der Videomitschnitte ein. Diese Transformation war aber notwendig, um das Material der Methode der objektiven Hermeneutik zugänglich zu machen. Die Übernahme der verschiedenen Rollen wurde durch die Zuordnung der verschiedenen Sprecher, V, P, A, Eex, Elei und Edop (vgl. Anhang oder Fußnote 13 des Kap. 7), versucht zu erfassen. Para- und nonverbale Kommunikation konnten jedoch weitgehend nicht erfasst werden. Einzelne Verwirrungen, wie sie im Kapitel 7.2.1.2 beschrieben wurden, wären unter Einbeziehung der para- und nonverbalen Ebenen der Kommunikation wahrscheinlich auflösbar geworden.

Ein Problem, das sich bei der objektiv hermeneutischen Auswertung des Rahmens zeigte, war, dass die Trennung der verschiedenen Ebenen nicht systematisch und zuverlässig durchgeführt wurde (vgl. Kap. 7.2.1.2). Dies resultierte anscheinend aus dem Einsatz eines therapeutischen Verfahrens, in diesem Fall des Psychodramas, als Forschungsinstrument. Das Psychodrama und insbesondere die Technik der therapeutischen Rollenübernahme wurden gewissermaßen wortgetreu als ein Messinstrument übernommen und dabei die Umrahmung – dass es in der vorliegenden Arbeit zu Untersuchungszwecken und nicht therapeutisch eingesetzt wurde – nicht genügend berücksichtigt. Solange es therapeutisch verwendet wird, ist es einsichtig, dass der Therapeut weder die Arzt- noch die Patientenrolle übernimmt. Wenn es aber zu Untersuchungszwecken eingesetzt wird, könnte ein Teil der Verwirrung vermieden werden, wenn Arzt- und Patientenrolle durch den Untersuchungsleiter übernommen würden.²² Trotz all dieser Schwierigkeiten²³ zeigte sich bei den in den folgenden Kapiteln dargestellten Fallinterpretationen jedoch, dass das Psychodrama eine Methode ist, die die Patientensichtweise auf das Arbeitsbündnis zwischen Arzt und Patient authentisch abzubilden vermag.

Die Konfundierung der verschiedenen Ebenen begann letztlich bereits im Aufklärungsgespräch, bei dem das Psychodrama als Rollenspiel bezeichnet wurde, weil zu befürchten war, dass die Probanden durch das Wort „Psychodrama“ abgeschreckt worden wären. Die Überlegungen zur Unmöglichkeit „sich selbst zu spielen“ und die damit verbundenen Irritationen entwachsen ebenfalls dieser sprachlichen Veränder-

²² Vgl. hierzu die verschiedenen Gestaltungsmöglichkeiten in der psychodramatischen Einzeltherapie (Exkurs 1.3).

²³ Auch der Alltag bietet viele derartige Verwirrungen und Menschen können damit umgehen. Wichtig ist einzubeziehen, dass der Proband für sich versuchen wird, diese Irritationen so weit wie möglich zu normalisieren.

ung. Der Protagonist spielt sich aber im Psychodrama nicht, sondern er ist er selbst.

Ein anderer Aspekt, der diskutiert werden muss, ist der forschungsökonomische Aspekt der vorliegenden Untersuchung: Ein solches Setting ist außerordentlich aufwendig – es bedarf eines großen Raumes, Kameras müssen aufgebaut werden, die Rekrutierung der Patienten erwies sich als sehr schwierig und viele der beim Aufklärungsgespräch vereinbarten Untersuchungstermine wurden von den Patienten nicht eingehalten. Die Phase der Datenerhebung für die 20 Videos zog sich über einen Zeitraum von acht Monaten hin (vgl. Kap. 5 und Kap. 6.2). Schließlich wurde die psychodramatische Exploration mit einer Methode, der objektiven Hermeneutik, kombiniert, der wiederum zum Vorwurf gemacht wird, zu zeitaufwendig zu sein (Reichertz 1995, S.227). Deshalb muss trotz der hohen Authentizität, die das Datenmaterial angesichts der kaum enthaltenen Stereotypen, Maskierungen und Verschleierungen aufgrund der Unmittelbarkeit des psychodramatischen Ansatzes aufweist, die Effizienz der Nutzung zweier derart zeitaufwendiger Forschungsverfahren in Frage gestellt werden.

Anhand der diskutierten Vor- und Nachteile der Anwendung von Psychodrama als Explorationsmethode und objektiver Hermeneutik als Auswertungsmethode lässt sich nur schwierig eine abschließende Bewertung über die Eignung des Psychodramas als Erhebungsmethode abgeben. Nach Ansicht der Autorin war die Vorgehensweise einerseits zu aufwendig und brachte verschiedene, oben benannte Probleme mit sich, andererseits sind die im Folgenden dargestellten Einzelfallanalysen bezüglich der Wahrnehmung der Arzt-Patient-Beziehung aus der Patientensichtweise durchaus aufschlussreich. Weniger deutlich waren hingegen die Mitteilungen, die die Patienten über ihre Adherence machten.

7.2.2 Auswertung der Videomitschnitte

7.2.2.1 Kontrastierung der Fälle

Um die Methode der objektiven Hermeneutik auf die Videomitschnitte anwenden zu können, mussten die kontrastiven Fälle bestimmt werden. Nach Rücksprache mit Prof. Oevermann sollte je ein maximal kontrastiver Fall aus der adhärennten und aus der nicht adhärennten Gruppe sowohl bei durchführbarem als auch bei nicht durchführbarer psychodramatischer Exploration entsprechend Tabelle 12 ausgewählt werden.

Für die Auswahl der Patienten, bei denen das Psychodrama nicht funktionierte, wurde aus beiden Gruppen, adhärent und nicht adhärent, jeweils der Patient ausgewählt, der sich am wenigsten auf den fiktiven Arzt und zugleich am wenigsten auf das Setting einlassen konnte.²⁴ Beide Patienten suchten verstärkt das Gespräch zur Autorin, statt den fiktiven Arzt anzusprechen (vgl. auch Beispiel im Kap. 7.2.1.1):

Elei: Machen Sie das doch mal. Versuchen Sie einfach mal sich vorzustellen, die sitzt da und erzählen ihr das. So wie sie es in der Sprechstunde machen könnten.

P09: Das fällt mir schwer, muss ich sagen (lacht).

Elei: Hmm, es ist leichter mit mir zu sprechen. Ich weiß.

P09: Könnten Sie sich nicht dahin setzen ?anstatt?, dann würde es besser gehen (lacht). Mit dem Stuhl zu sprechen fällt mir ein bisschen schwer.

Um die Patienten auszuwählen, bei denen das psychodramatische Spiel gelungen war, wurden zunächst die Patienten, die mehr oder weniger eine schematische Arzt-Patient-Begegnung nachspielten (Beispiel s.u.), in beiden Gruppen identifiziert und von dem weiteren Prozess der Kontrastierung ausgeschlossen. Dies traf auf zwei der fünf Patienten in der nicht adhären Gruppe und auf zwei der neun Patienten aus der adhären Gruppe zu.

Elei: Dann nehmen Sie doch mal bitte auf Ihrem Stuhl Platz (..) und stellen sich mal vor, der Doktor würde dort sitzen. (P08: Ja) Ja, und erzählen Sie mal dem Doktor, wie Sie das finden – das, was Sie mir gerade erzählt haben. (P08: Ja) Versuchen Sie es mal.

P08: Also, guten Tag (..) guten Tag, Herr Doktor (steht auf und reicht die Hand). Normal muss der Doktor mich dann fragen.

Elei: Ja, fangen Sie einfach mal an und erzählen ihm etwas.

P08: Mmm, ich habe heute ein bisschen Schnupfen und ein bisschen Husten auch. Ähm, können Sie vielleicht Medikament verschreiben oder so? (...)

Elei: Ruhig noch ein bisschen weiter.

P08: Ja. Ansonsten habe ich keine weiteren Beschwerden. So mit der ganzen Therapie geht für mich sehr gut. Habe keine# also, starke Nebenwirkungen. Zurzeit habe ich nur ein bisschen Probleme mit Schlafen, ich kann manchen Tag nicht ?ganz? richtig schlafen, bin müde, sonst habe ich kein große Probleme.

Elei: Hmm, tauschen Sie mal auf den Stuhl von dem Doktor Müller. Ich bleibe hier sitzen und übernehme mal so ein bisschen verbal Ihren Part und versuchen Sie mal, sich in den Doktor einzufühlen. Mmm, Herr Doktor können Sie mir noch Medikamente verschreiben, ich vertrage die anderen ja ganz gut, keine starken Nebenwirkungen. Im Moment habe ich ein bisschen Probleme mit dem Schlaf.

P08: Ja, ja. Mmm, wie geht es Ihnen Herr Schmidt?

Elei: Na ja, ich habe so ein bisschen Husten und Schnupfen. (P08: Ja, ja) Und können Sie mir nicht was verschreiben?

P08: O.k., ich gebe Ihnen Tropfen für Husten (uv) und sonst möchte ich Sie einmal untersuchen. Also, machen Sie bitte Hemd frei...

²⁴ Der ausgewählte Patient der nicht adhären Gruppe führte bereits die Anweisung, die Stühle zu stellen, nicht durch und nahm in einer Sitzgruppe außerhalb des Settings im Raum Platz.

Die übrigen Patienten wurden dahingehend verglichen, wie souverän sie das psychodramatische Spiel gestalteten. Dabei wurde die eigenständige Ausführung sowohl der protagonistischen als auch der antagonistischen Rolle geprüft. Eventuelle Anlaufschwierigkeiten im Spiel wurden dabei nicht berücksichtigt. In der Gruppe der nicht adhärennten Patienten blieb nach diesem Vergleich ein Patient, der maximal zur Durchführung des Psychodramas in der Lage war. Schwieriger gestaltete sich die Auswahl des Patienten aus der adhärennten Gruppe. Dort waren vier Patienten nach diesen Kriterien ähnlich souverän bei der Durchführung des Psychodramas. Die Wahl fiel auf den Patienten, der sich nach wiederholter Sichtung des Videomaterials²⁵ am souveränsten darstellte.

Die vier ausgewählten Patientenvideos wurden wörtlich transkribiert²⁶ und im Rahmen des objektiv hermeneutischen Forschungspraktikums sequenzanalytisch bearbeitet. Das Forschungspraktikum fand unter der Leitung von Prof. Oevermann an der J.W. Goethe-Universität statt. Die vier kontrastierten Fälle wurden an vier Terminen bearbeitet: Patient 09 am 25.04.03, Patient 18 am 13.12.02, Patient 19 am 20.06.03 und Patient 20 am 21.02.03.

7.2.2.2 Sequenzanalysen

Bei der Auswertung der vier kontrastiven Fälle mithilfe der Methode der Sequenzanalyse imponierten zunächst die Gemeinsamkeiten der ausgewählten Patienten. Um Redundanzen zu vermeiden, werden deshalb die Sequenzanalysen nicht ausschließlich fallbezogen dargestellt, sondern es werden Übereinstimmungen systematisch und Unterschiede in Einzelfallanalysen beschrieben. Des Weiteren werden nicht alle Textpassagen detailliert mit entsprechender Interpretation vorgestellt, sondern lediglich die für die Untersuchung der Adherence bzw. des Arzt-Patient-Verhältnisses spezifischen Aspekte werden erläutert.²⁷

²⁵ Für dieses Procedere wurden zwei Fremdrater um ihr Urteil gebeten.

²⁶ Die für die Transkription verwendeten Notationskonventionen sind im Glossar nochmals abgedruckt.

²⁷ Das Augenmerk der Analyse wird insbesondere auf die von den Probanden gemachten Äußerungen gelegt. Fragen oder Aussagen der Autorin werden nur im Einzelfall interpretiert, zum Verständnis der Patientenäußerungen jedoch mit abgedruckt.

7.2.2.2.1 Gemeinsamkeiten in der Darstellung der Arzt-Patient-Beziehung

Die Gemeinsamkeit, die sich bei den vier kontrastierten Fällen im Hinblick auf die Darstellung der Arzt-Patient-Beziehung andeutete, lässt auf eine Unstimmigkeit in der Nähe-Distanz-Regelung sowie eine Nicht-Einhaltung der traditionellen Asymmetrie des Arzt-Patient-Verhältnisses schließen. Dies soll im Folgenden anhand der Sequenzanalysen der Protokolle fallübergreifend demonstriert werden.

Nachdem der Patient die Stühle gestellt hatte, geschah die Eröffnung der psychodramatischen Exploration durch die Frage nach der Anrede und dem Alter des behandelnden Arztes (vgl. Kap. 7.1.1.2). Zunächst die auffallende Gemeinsamkeit, die sich bei Patient 18 und Patient 20 zeigte:

Eex: Hmm, und wie sprechen Sie sie an, wenn Sie in der Sprechstunde mit ihr reden?

V20: Ja, mit Sie, mmh höflich.

Eex: So, ähm wie sprechen Sie denn den Doktor Müller an, wenn Sie mit ihm reden, was sagen Sie da?

V18: Sie.

Auf die Frage nach der Anrede ist als Antwort „Doktor Müller“, „Herr Müller“ oder ähnliches zu erwarten. Indem der Patient „Sie“ antwortete, deklarierte er aber, dass es normal gewesen wäre, den Arzt auch zu duzen – entsprechend der Anforderung, dass eine Antwort relevant sein muss. Eine Antwort ist nur dann relevant, wenn sie eine Differenz setzt. Und die Differenz ist nur dann gesetzt, wenn sie impliziert, dass es auch anders möglich wäre – das „Du“ im Bereich des Möglichen läge. Wenn das „Du“ im Bereich des Möglichen liegt, stellt sich die Frage, was könnte dieses „Du“ in dem Denken der Sprecher V18 und V20²⁸ hier motiviert haben. Die erste Möglichkeit ist, dass es ein „Gesinnungs-Du“, die Zugehörigkeit zu derselben Gesinnungsgemeinschaft²⁹, ist. Es gibt ferner ein „Verwandten-Du“, ein „Intim-Du“ bzw. „Freundschafts-Du“ und ein „Du“, das herüberreicht aus einer vergangenen Zeit. Es wäre denkbar, dass jemand zu einem Arzt geht, der ihm von früher bekannt ist.³⁰ Die wahrscheinlichste Motivation der Sprecher für das „Du“ bleibt die des „Gesinnungs-

²⁸ Patient 20 berichtet weiterhin zu einem späteren Zeitpunkt im Video: „... ja gut, dann habe ich sie einfach dann so geduzt...“ (vgl. Kap.7.2.2.2.2).

²⁹ Hierzu würde z.B. das proletarische „Du“ zählen, das tendenziell dem „Du“ entspricht, das sich nach 1968 unter den Studenten eingebürgert hat.

³⁰ Die fehlende Distanz zu einem Freund oder langem Bekannten stört paradoxer Weise die Intimität, die ein Patient gegenüber einem Arzt aufnehmen muss. Für ein Arzt-Patient-Verhältnis würde eine entsprechende fehlende Distanz eine Störung der Professionalität mit sich bringen.

Dus“. Dies hieße, dass beide Patienten Mitglieder einer Gesinnungs-Gemeinschaft sind und sie diejenigen, die sie behandeln, in diese Gemeinschaft vereinnahmen wollen. Dann wollten sie entweder wie ein Arzt sein oder der Arzt sollte wie sie sein, ein Mitglied der Schicksalsgemeinschaft. Dies impliziert eine Auflösung der Asymmetrie, dahinter könnte sich verbergen, dass die Patienten nicht Patient sein wollen. Der Sprecher V20 spezifizierte das „Sie“ mit dem Wort „höflich“, womit er ausdrückte: „Ich könnte auch anders!“ Passend zu den beschriebenen Auffälligkeiten ist der in den beiden Videos chronologisch folgende Abschnitt:

Eex: Mit Sie. Und was sagen Sie? Frau Doktor oder Frau Müller oder Frau Doktor Müller?

V20: Nee, wenn Frau Müller.

Eex: Sie. Und sagen Sie Herr Doktor, Herr Müller (V: Nee), Herr Doktor Müller, ähm?

V18: Also, wenn ich in der Praxis äh ist Herr Müller da, nicht ?so viel? Doktor.

Auf Formalitäten in der Anrede wurde explizit verzichtet. Die Patienten begegnen dem Arzt demnach nicht entsprechend der traditionellen Anrede mit dem Dokortitel, die im klassischen Medizinsystem nicht einer Ehrerbietung entspricht, sondern gewissermaßen als Praxis adäquat im Sinne der Nähe-Distanz-Regelung resp. einer Abstandsmarkierung zu sehen ist. Die gewählte Anrede könnte den Wunsch nach einer Beziehung möglichst auf Augenhöhe ausdrücken, mit wenig Distanz. Passend wäre ebenfalls die Imagination einer privaten Beziehung. Damit wiederum wäre eine Leugnung der Tatsache verbunden, dass der Arzt außer dem einen besonderen Patienten zahlreiche andere Patienten versorgt.

V18: Also, ich muss jetzt sagen, wie ich dahin gekommen bin, ich bin durch den Doktor Maier an und für sich hin gekommen, fand den Müller äh, der dann neu in die Praxis kam und Lungenexperte war, und ich hatte Probleme mit der Lunge, ja den Müller probieren wir mal aus...

Der Sprecher V18 war der, der den Arzt ausprobierte, stattdessen berichtete er: „... den ... probieren wir mal aus...“ Als Motivation des „Wirs“ ist am wahrscheinlichsten ein vereinnahmendes „Wir“, ein „Krankenschwestern-Wir“ oder ein pädagogisches „Wir“, zu sehen. Er spräche dann wiederum im Namen der Schicksalsgemeinschaft der HIV-Patienten. Wenn es sich in diesem Falle um das vereinnahmende „Wir“ handelte, dann dreht er den Sachverhalt um. Dann wäre es die Schicksalsgemeinschaft, die die anderen vereinnahmt, etwa wie Krankenschwestern manchmal die Patienten vereinnahmen. Im Falle des „Krankenschwestern-Wirs“ ist die Krankenschwester diejenige, die für das Wohlergehen des Patienten als Expertin arbeitet, während hier der Patient zum Experten wird und die Experten dementsprechend zum Patienten. Anhand der Aussage „... den Müller probieren wir mal aus...“ lässt sich vermuten,

dass eine Form des „Rollenspieles“, letztlich sogar der Rollentausch, im Grunde schon in der Wirklichkeit stattfand.

V18: ... und dann hatten wir das Kontaktgespräch, dann war er sehr intensiv im Zuhören und Nachfragen mit# äh das hatte ich früher bei den anderen Ärzten vermisst, hat ganz konkrete Dinge gefragt, hat dann ähm (.) weiß ich, versucht Kontakt mit# ich war vorher in der Uni Hamburg...

Der Patient berichtete von seinem ehemaligen Behandlungsort, der Uniklinik Hamburg, aber er formulierte das derart, dass die Lesart, er sei Mitarbeiter an der Uni Hamburg, nahe liegend wird. Nur anhand eines Insiderwissens lässt sich die weitere Lesart, dass sich Patienten bestimmter Ausdrücke, im medizinischen Betrieb verwendete Abkürzungen wie z.B. das „Eli“ oder das „Heigei“ anstatt das Elisabethen-Krankenhaus oder das Hospital zum Heiligen Geist, die sie bei Pflegekräften und Ärzten gehört haben, bedienen. Der Patient stellte sich auf diese Weise als Insider dar, eine Korrespondenz zur oben bereits beschriebenen Vereinnahmung.

V20: Ähm, diese Doc Gespräche an sich sind immer sehr aufschlussreich,...

Die Bezeichnung „Doc Gespräche“ kann ebenfalls als eine Form der Einebnung der Asymmetrie zum Arzt gesehen werden. Wahrscheinlich sollte ausgedrückt werden: „Die Gespräche mit meinem Doktor oder mit meinem Arzt.“ Das Wort „Doc“ ist eine Reduktion, amerikanisiert, hat etwas von einem Spitznamen und voraussichtlich die Funktion, den Doktor zum Kumpane zu machen. Der Arzt wird so in die Logik der Kumpanei der Insider hineingezogen. Diese „Doc Gespräche“ sind im medizinischen Alltag keine spontanen Gespräche, die man mit seinem Doktor führt, sondern Gespräche, die der Patient in seiner Rolle als Patient und der Arzt in seiner Rolle als Arzt offiziell führen. Gleichzeitig wird dieses Offizielle zum Insidertum. Durch das „an sich“ wurde bereits eine Einschränkung angekündigt: „Sie könnten im Prinzip noch viel aufschlussreicher sein.“ Der Sprecher V20 bestimmte nicht näher, ob die Gespräche „für mich“ oder „für den Arzt“ sehr aufschlussreich sind, sondern überhaupt aufschlussreich. Er stellte sich dadurch als einen durchaus adäquaten Gesprächspartner für den Arzt dar, der von ihm gegebenenfalls noch etwas lernen kann. Der Patient generierte sich durch diese Aussage als jemand resp. als einen Patienten, um den der Doktor wegen dieser aufschlussreichen Gespräche froh sein muss. Dies kommt einem Verkehren des Status ins Gegenteil gleich.

V20: Das aller erste Mal, wo ich bei ihr war, dann habe ich gedacht: Na ja gut sind keine Ärzte, so typische Ärzte im weißen Kittel. Sind alle so in Privatklamotten. Die einen mehr, die andern ganz krass. Keine Namen, ich nenne keine Namen und ähm (..)

Mit den Ärzten ohne weißen Kittel kann man von gleich zu gleich reden. Dem zweckgerichteten Arbeitsbündnis, in dem im traditionellen Verständnis dem Patienten ein weißbekittelter Arzt gegenübertritt, versuchte der Patient tendenziell aus dem Wege zu gehen, indem er den ärztlichen Auftritt ohne Kittel direkt als Einladung zu gleichberechtigter Kommunikation zu verstehen schien. „Das sind nicht so typische Ärzte im weißen Kittel“ lässt vermuten, dass er sich den Forderungen durch die Ärzte entzieht – mit denen kann man fast auf privater Basis umgehen. „Die einen mehr, die andern ganz krass.“ Die Redensart lautet: „Die einen mehr, die andern weniger.“ Der Sprecher V20 benutzt folglich nicht den der Redensart immanenten Kontrast, sondern die gleiche Richtung, eine Steigerung. „Die einen mehr, die andern ganz krass.“ Die zuletzt Genannten wären dann noch privater. „Ganz krass“ muss sehr unterschiedlich zur sonstigen ärztlichen Erscheinung sein. Durch den Satz „Keine Namen, ich nenne keine Namen“ signalisiert der Patient, dass er Bescheid weiß: „Ich verrate nicht, um wen es hier geht.“ Das kann nur einer sagen, der sich als Insider in der Einrichtung fühlt und entweder aus einer herausragenden Stellung extern seine Kumpel kritisiert oder die Autorin als ehemalige Mitarbeiterin der Ambulanz ebenfalls in die Kumpanei einbezieht und somit vergemeinschaftet: „Du und ich, wir wissen Bescheid – ich nenne keine Namen“.

Eex: Was glauben Sie denn, wie alt die Frau Müller ist?

V20: (..) Ich denke mal mein Alter, ich würde sagen Mitte 35 (Eex. Hmm) Mitte

35. Gut, ich werde 37 (..) dieses Jahr, so im Schnitt denke ich mal.

Eex: Zwischen 35 und 40.

V20: Aber ich denke mal, vielleicht ist sie ja auch wesentlich jünger.³¹

Für den Patienten schien es bedeutsam, dass die Ärztin so alt ist wie er. Das Alter des Arztes an dem eigenen Alter zu messen, lässt sich als eine Übertragung seitens des Patienten bezeichnen – eine Imagination einer privaten Beziehung. Tendenziell geschieht ein Abgleich zum eigenen Alter dann, wenn die Möglichkeit einer Partnerschaft im Hintergrund steht. Würde der Patient hier nur eine institutionelle Beziehung im Blick haben, wäre ein Altersvergleich nicht wesentlich.

Eex: Was glauben Sie denn, wie alt die Frau Müller ist?

P19: Habe ich mir nie Gedanken drüber gemacht, ich denke mal so (..) auch so

Anfang 40.

Dass jemand sich für das Alter eines Gegenübers nicht interessiert, ist eher ungewöhnlich, denn eine Altersabschätzung wird in der Regel automatisch bei einer Begegnung, insbesondere, wenn man jemandem begegnet, den man noch nicht kennt, vorgenommen. Der Patient erweckte durch seine Aussage den Anschein, dass er auf keinen Fall das Bild entstehen lassen wolle, er hätte irgendetwas Persönliches mit

³¹ Das Alter des Patienten wurde nach der Analyse verändert.

dieser Ärztin zu tun, im Sinne einer engeren Beziehung, wie es zwischen Arzt und Patient der Fall ist. Er wies dadurch von vornherein projektiv etwas von sich. Daraufhin widersprach er sich sofort, denn er machte sich die Gedanken: „... auch so Anfang 40“. Das „auch“ bedeutet eine Hinzufügung – diese Person, nach der hier gefragt wurde, Frau Müller, zu einer anderen. Dies besagt, dass er die Frau Müller implizit an das Schema einer Person angeglichen hat, mit der er in Beziehung stand. Als Vergleichspersonen kommen zunächst weder der Patient selbst noch die anwesende Autorin aufgrund des Alters in Frage. Eine dritte, ihm wichtige Person scheidet aufgrund der Informationen, die dem warm-up³² entstammen, aus. Es wäre auch denkbar, dass das Durchschnittsalter der behandelnden Ärzte in der HIV-Ambulanz ca. 40 Jahre betrug und er die Ärztin in die Gruppe der dort tätigen Ärzte einreichte. Wahrscheinlicher ist aber, dass er eine konkrete Person als Vergleichsmaßstab vor sich hatte. Die nahe liegende Erklärung wäre dann, dass der Patient die Autorin aufgrund ihres Arztberufes älter schätzte.³³ Dies könnte darauf verweisen, dass der Patient die Arzt-Patient-Beziehung nach dem Eltern-Schema gestaltete und folglich eine Autoritätsperson einführt, die älter sein soll.

Eex: Frau Doktor sagen Sie. Und, was denken Sie, wie alt die ungefähr ist?
V09: (...) So Ende 30, 40. (Eex: Hmm) Meine sie hätte es mir auch mal erzählt, aber das weiß ich jetzt nicht mehr.

Dieser Patient zeigte keine genaue Wahrnehmung des Alters, da die Aussage nicht als Ende 30 und genau 40 interpretierbar ist. Die Zahl 40 müsste in dieser Art der Aufzählung ebenfalls mit einem Schätzpartikel versehen sein. Da dieser ausgespart wurde, muss die Schätzung im Sinne einer Reihung verstanden werden: Ende 30, Ende 40. D.h. entweder hat er die Ärztin nicht genau angesehen oder er wollte sie nicht genau ansehen. Auch dieser Patient versuchte anscheinend den Eindruck einer distanzierten Beziehung entstehen zu lassen.

Der Patient war der Meinung, sie hätte es ihm mal erzählt, wie alt sie sei. Was sollte der Anlass sein, dass die Ärztin ihm ungefragt erzählte, wie alt sie ist. Dies käme einer Annäherung ihrerseits gleich. Es muss davon ausgegangen werden, dass er sie nach dem Alter gefragt hat. Aber dass er gefragt hatte, erschien nicht in seiner Schilderung. Das spricht wiederum für ein nicht ausgependeltes Nähe-Distanz-Verhältnis. „Meine sie hätte es mir auch mal erzählt, aber das weiß ich jetzt nicht mehr.“ Anhand dieser Aussage spielte er das Verhältnis zu ihr herunter.

Eex: O.k., wie sprechen Sie die Frau Müller denn in der ähm Sprechstunde an?
V09: (...) &Sie meinen&

³² Im Rahmen des Sozialen Atoms hatte der Patient sein soziales Netzwerk aufgezeichnet (vgl. Kap. 7.1.1.1).

³³ Die Autorin war bis 02/2001 die behandelnde Ärztin des Patienten. Frau Müller war die direkte Nachfolgerin in dem Arzt-Patient-Verhältnis.

Eex: &Wenn& Sie mit ihr reden?

V09: Sie meinen jetzt das, sie meinen jetzt das Frau Doktor oder, ja Frau Doktor.

Der Patient hätte zur Beantwortung der Frage geradewegs sagen können: „Ich sage Frau Doktor...“ Stattdessen vergewisserte er sich, indem er nachfragte: „Sie meinen jetzt das Frau Doktor“, sinngemäß in Langschrift: „Sie meinen jetzt diesen Ritus des Frau-Doktor-Sagens“. Damit distanzierte er sich auf subtile Weise von der traditionellen Anrede. Er spräche sie dann nicht aus Überzeugung so an, sondern würde sich dem Ritus des Frau-Doktor-Sagens anpassen. Die Ärztin würde demzufolge unter das Schema „das ist eine zu der man ‚Frau Doktor‘ sagen muss“ subsumiert. Zu einem Bekenntnis seiner gemäßen Anrede schien der Sprecher V09 in dieser Situation nicht in der Lage zu sein. Eine Akzeptanz der ärztlichen Rolle und des damit verbundenen Arbeitsbündnisses jenseits des Rituals lässt sich in dieser Schilderung nicht ausmachen.

Eex: Hmm, und wenn Sie jetzt noch mal so die Beziehung beschreiben, wie Sie die empfinden.

V09: Ja, ich komme halt vorbei...

„Ich komm halt vorbei“ ist ein Ausdruck, der umschreibt, dass man jemanden besucht. Wenn es aber eine feste Terminvereinbarung wie im Falle des Arztbesuches ist, dann kommt man nicht vorbei, sondern „man geht hin“ zum vereinbarten Termin. Das „halt“ stellt ein Begründungersparnispartikel dar: „Also, ich geh halt vorbei, Sie wissen schon.“ Es wurde entdramatisiert. Der Arzttermin wurde durch die Ausdrucksweise gewissermaßen zu einem Gelegenheitsbesuch deklariert. In der Aussage ist weiterhin impliziert, dass der Sprecher V09 es sich gleichsam aussuchen kann, wann er vorbei kommt. Es präsupponiert, er sei jederzeit willkommen. Dies kontrastiert stark mit seiner Art, das Arzt-Patient-Verhältnis herunterzuspielen (s.o.), und ist ein weiteres Indiz für die Ambivalenz in der Nähe-Distanz-Regelung. Dem entspricht auch:

V09: ... und wir reden dann ganz vertraulich...

Weiterhin berichtete der Patient viel deutlicher von einer vertraulichen persönlichen Bekanntschaftsbeziehung, in der man mal vorbeischaud und dann vertraulich redet, als von einer institutionalisierten Beziehung, entgegen dem merklichen Herunterspielen des persönlichen Verhältnisses (s.o.). Dieses Changieren kann nicht als eine Ausnahme angesehen werden, sondern das Herunterspielen des Verhältnisses und die Selbstverständlichkeit der vertraulichen persönlichen Beziehung schienen bei dem Sprecher V09 (vgl. Kap. 7.2.2.2.3) gleichzeitig zu existieren. Daran lässt sich

verdeutlichen, dass diese Arzt-Patient-Beziehung anscheinend nicht als institutionalisierte Arzt-Patient-Beziehung erlebt bzw. geschildert wurde.

Eex: Ist das Ihr Stuhl auf den Sie sich gerade gesetzt haben, wenn ich gerade fragen darf, oder ist das der Stuhl von der Frau Müller?

P19: Ach das ist egal. (..)

Eex: &Ich frage (uv)&

P19: &so oder& so egal.

„So oder so egal.“ Damit sagte der Patient: „Ich bin nicht definierbar.“ Traditionell lässt sich das Verhältnis zwischen Arzt und Patient als asymmetrisch und eindeutig charakterisieren. Der Sprecher P19 drückte durch seine Antwort aber aus: „Es ist egal. So oder so. Ich kann Patient, ich kann Ärztin sein. Ist egal.“ Eine Austauschbarkeit von Arzt und Patient impliziert ein Ende der Asymmetrie der Beziehung. In dem traditionellen Arbeitsbündnis ist der eine Experte und der andere Patient. Die Aussage des Patienten beinhaltet infolgedessen die Verleugnung der spezifischen Funktionsdifferenz zwischen Arzt und Patient. Er sagt: „Sie können Frau Müller dahin setzen oder auch hierhin, wo ich sitze, ich kann auch Frau Müller sein. Alles egal, alles gleich.“ Dieser Patient vertauschte, wie auch in seiner Einzelanalyse an weiteren Beispielen (vgl. Kap. 7.2.2.2.4) deutlich werden wird, wiederholt die Arzt- und die Patientenperspektive:

P19: ... und ich weiß das# ich weiß nicht, ob das damals so war, dass es ihr peinlich war, dass das nicht gemerkt hat oder dass sie da nicht nachgehakt hat ob es ihr vielleicht peinlich war und sie deswegen nicht mehr so auf mich zugeht...

Der Patient unterstellte, dass es der Ärztin peinlich war, nachdem sie aus seiner Sicht eine Fehldiagnose gestellt hat. Dies entspricht keiner Wahrnehmung des Arbeitsbündnisses als professionelle Beziehung, in der mit einem Fehler entsprechend umgegangen werden könnte. Stattdessen vermutete der Patient eine peinliche Berührung seitens der Ärztin – potentiell als Projektion seinerseits zu verstehen. Zudem signalisierte er die Haltung, dass die Ärztin auf ihn zuzugehen hat, nicht er auf sie. Letztlich stufte er sie als eine schlechte Ärztin ein – aber eigentlich, wie sich in der Einzelfallanalyse noch deutlicher zeigen wird, ist sie eine schlechte Patientin.

P19: ... oder ob es so ist, dass sie sich verarscht vorkommt. Ja, das weiß ich nicht, das kann ich nicht sagen.

Die Ärztin ist weniger in der Rolle „verarscht“ zu werden, da ein Arzt der Unabhängige in der Beziehung ist. „Verarscht“ wird tendenziell derjenige, der abhängig ist. D.h., dass der Sprecher P19 den Sachverhalt umdreht – ein weiterer Hinweis für seinen Perspektivenwechsel bzw. denkbar wäre ebenfalls die Omnipotenzphantasie seitens des Patienten, er könne die Ärztin verarschen.

P19: ... ja dass# äh ich komme dahin und sage: „Oh, ich habe schon wieder eine Harnwegsinfektion“, obwohl es gar keine ist, also ich wusste es nicht, ich habe wirklich gedacht, es wäre eine (Eex: Hmm) Harnwegsinfektion.

Durch das „Oh, ich habe schon wieder eine Harnwegsinfektion“ kleidete der Patient die Diagnose in einen seltsamen Sprachstil ein. Er deklarierte sich dadurch zum eigentlich Kompetenten. Der Ärztin wurde keine diagnostische Kompetenz zugestanden. Rechtfertigend klingt der Satz nach der Erkenntnis der Fehldiagnose: „Ich wusste es nicht, ich habe wirklich gedacht, es wäre eine Harnwegsinfektion.“ Im Wortlaut entspricht diese Aussage einer Entschuldigung des Arztes gegenüber dem Patienten, eine Fehldiagnose gestellt zu haben. Der Patient nahm erneut die Arztperspektive ein. Die Ärztin scheint im Nichts zu verschwinden.

Die anhand einzelner Textpassagen dargestellte Nicht-Einhaltung der traditionell asymmetrischen Verhältnisse im Arbeitsbündnis und das Changieren in der Nähe-Distanz-Regelung werden sich auch in den nun folgenden Einzelfallanalysen darstellen.

7.2.2.2 Analyse der kontrastierten Fälle

In den folgenden Analysen werden die spezifischen Strukturen der vier einzelnen Patienten dargestellt, anhand derer eine Erklärung des adhärenenten Verhaltens vorgenommen werden soll.

7.2.2.2.1 Patient 18

Die Eröffnungssequenz des Patienten, die bereits im letzten Kapitel (Kap. 7.2.2.1) besprochen wurde, endete mit der Schilderung, wie er zu seinem Arzt gekommen ist:

V18: ... ich bin durch den Doktor Maier an und für sich hin gekommen, fand den Müller äh, der dann neu in die Praxis kam und Lungenexperte war, und ich hatte Probleme mit der Lunge, ja den Müller probieren wir mal aus, und dann hatten wir das Kontaktgespräch, dann war er sehr intensiv im Zuhören und Nachfragen mit# äh das hatte ich früher bei den anderen Ärzten vermisst, hat ganz konkrete Dinge gefragt, hat dann ähm (.) weiß ich, versucht Kontakt mit# ich war vorher in der Uni Hamburg, also hat sich sehr intensiv da drum gekümmert, (Eex: Hmm) dazu finde ich ihn sehr sympathisch (Eex: Hmm)...

Die Vereinnahmung des Arztes wurde anhand des Satzes „den ... probieren wir mal aus“ bereits im Kapitel 7.2.2.1 aufgezeigt. Der Sprecher V18 führte mit diesem Satz ebenfalls eine Differenzierung im Sinne einer Abwertung bei der Auflistung der Ärzte

durch. Er erzeugte durch die Darstellung der Kontaktaufnahme von sich ein Bild eines kritischen bzw. misstrauischen Patienten und demonstrierte demgemäß eine verringerte Bereitschaft, einen Arzt an sich heran zu lassen. Aus der Tatsache, dass er aber unter der Bedingung des Misstrauens zu dem Arzt ging bzw. bei dem Arzt blieb, lässt sich die Schlussfolgerung ziehen, dass der Sprecher V18 der Meinung ist, allen Ärzten muss misstraut werden – eine mögliche Ausdrucksform der Ablehnung des Patientenstatus. „Es gibt keinen Arzt, dem man trauen kann“ korrespondiert mit der Ablehnung des Patientenstatus und die Verweigerung, Patient zu sein, nähme dergestalt die Form einer Umkehrung der Rollen und einer Vereinnahmung an. Dahinter könnte sich eine subtile Form der Verleugnung seiner Krankheit verbergen. Ganz allmählich zeigt sich in seiner weiteren Darstellung die Anmutung eines Vertrauens seinerseits in den Arzt. Der Arzt hatte – für den Patienten erwähnenswert – das gezeigt, was für ärztliches Handeln grundlegend ist, dem Patienten zuzuhören. Als letztes Element in der Schilderung des Erstkontaktes sagte der Patient: „Er war mir sympathisch“, das präsentierte er im Sinne eines „dazu“. Die Sympathie stellt sich jedoch zumeist spontan ein und bildet einen Anlass, Vertrauen zu schöpfen. Der Sprecher V18 stellte sich somit ungewollt als jemand dar, der seinen Gefühlen nicht traut: „Seien wir mal vorsichtig, misstrauisch und probieren erst mal aus“ trotz seines Gefühles der Sympathie. Er muss dementsprechend gegen seine eigenen Gefühle misstrauisch sein.

V18: ... für mich äh, also kompetent äh, sympathisch äh, ja, ich möchte sagen, er bringt so eine persönliche Note mit (.) (Eex: Hmm) in dieses Gespräch, was ich an der Uni absolut vermisse (Eex: Hmm), dass ich auch um persönlich sexuelle Probleme oder, weiß ich, auch konkret nachfragt ähm, muss man nicht groß Anlauf machen und versuchen, wie sage ich es denn, sondern er fragt Dinge nach und nimmt alles ganz normal...

Der Arzt verhielt sich in der Beschreibung des Patienten wie ein Arzt, dem nichts Menschliches fremd ist. Der Sprecher V18 stellte sich implizit als jemand dar, dem die Hemmungen genommen werden müssen. Er projiziert infolgedessen die eigene Tugendhaftigkeit und die eigene Angst, sich zu öffnen, auf die Unempfänglichkeit der anderen Ärzte, indem er diesen Arzt zu den anderen kontrastiert. Aber die Tabus sind seine Tabus.

Die widersprüchliche Einheit von spezifischen und diffusen Sozialbeziehungen³⁴ ist konstitutiv für ein Arbeitsbündnis zwischen Arzt und Patient (Oevermann 2001, S.260). Dieser Patient scheint die Ärzte aufzuspalten: Als Experte, der sich gleichzeitig spezifisch verhält, ist der Arzt unsensibel und versteht den Patienten nicht. Wenn

³⁴ Diffuse Sozialbeziehungen sind Eltern-Kind-Beziehungen und Partnerbeziehungen, bei denen die Beweislast derjenige trägt, der ein Thema ausschließen will. In den spezifischen Sozialbeziehungen sind die Rollen verdreht. Da trägt die Beweislast derjenige, der ein Thema hinzufügen will, das in den Rollendefinitionen noch nicht spezifiziert ist.

er ihn versteht, dann hat er eine persönliche Note, dann wird er zum Intimus, bei dem das „Du“ im Bereich des Möglichen liegt (vgl. Kap. 7.2.2.2.1).

Eex: Und hatten Sie auch schon Konflikte mit ihm? Waren Sie schon mal unzufrieden?

V18: (.) Ja, einmal, (.) da hatte er nicht die Zeit, die ich benötigt hätte, um alle weiteren Fragen zu klären, weil in der Praxis zwei ausgefallen waren. Ich gebe ihm nicht die Schuld dafür.

Dass der Arzt aufgrund äußerer Umstände keine Zeit hatte, ist eine Realität, die man als Patient anerkennen sollte. Ihm bereitete es anscheinend Probleme. An dieser Stelle zeigt sich die Sonderrolle, die der Sprecher V18 für sich beansprucht, die gleichsam als narzisstische Komponente interpretiert werden könnte. Der Narzissmus bestünde darin, nicht wahrzunehmen, dass es noch Dritte/andere gibt. Der Satz „Ich gebe ihm nicht die Schuld dafür“ ist ein Indikator dafür, dass das Thema „Schuld und Unschuld“ von ihm reflektiert wurde.

Eex: Hmm, o.k. Dann nehmen Sie doch bitte mal auf Ihrem Stuhl Platz, ich setzte mich mal hier so hinten, ein bisschen in die Ecke und ähm stellen Sie sich doch mal vor, der Doktor Müller würde dort auf dem Stuhl sitzen, den Sie ihm jetzt gestellt haben. Und ähm sagen Sie doch bitte mal der Doktor Müller ähm, also den Sie so vor Ihrem inneren Auge aufbauen, wie Sie die Beziehung erleben, was Sie mir quasi gerade erzählt haben. Versuchen Sie das mal dem Doktor Müller mitzuteilen (.) dem virtuellen.

P18: Hmm (..) ja, ich würde ihm jetzt erklären, warum ich äh den anderen Arzt, den ich vorher hatte, zu seinen Gunsten absage und eben zu ihm wechsele.

Der Sprecher V18 sagte „würde“ und nicht „werde“ – „und wenn ich es machen würde, dann würde ich“ signalisiert die Startschwierigkeiten im psychodramatischen Spiel. Aber er würde nicht der Vorgabe entsprechend den Konflikt schildern, sondern er beabsichtigte nahezu das Gegenteil: Der Patient kündigte an, dem Arzt Komplimente aussprechen zu wollen. Dieses Vorhaben impliziert die Omnipotenzphantasie, dass der Arzt darauf angewiesen sein könnte, von ihm diese Auszeichnung zu erhalten. Er macht sich demzufolge zum Evaluator.

Elei: Ich kann Ihnen auch helfen. (P18:Hmm) (geht hinter P => Edop:) Ähm, also Herr Doktor Müller, ich...

P18: Herr Müller.

In der Doppelsituation wurde es wichtig für den Sprecher P18, den Dokortitel des Arztes wegzulassen. Er korrigierte Elei. Das Weglassen des Dokortitels deutet auf den Wunsch nach einer ebenbürtigen Beziehung hin, wiederkehrend mutet der Anspruch auf eine Sonderrolle an.

P18: Äh, ich habe vorher eben andere Dinge durch den ständigen Wechsel in der Uni oder beim Doktor Schmidt erlebt, dass Dinge ganz einfach nicht organisiert wurden, die ich eben alle selber in die Hand nehmen musste.

Der Sprecher P18 stellte sich in dieser Sequenz auf den Standpunkt, er müsste betreut werden. Ein Patient sollte jedoch in einem Arbeitsbündnis dem ärztlichen Rat zum selbständigen Handeln folgen, verantwortlich etwas zu seiner Gesundheit beizutragen. Wenn das eigenständige Handeln auf eine klar umschriebene medizinische Aufgabe bezogen wäre, z.B. den Blinddarm zu entfernen, wäre es eine berechtigte Klage. Er scheint jedoch ungehalten, weil er Dinge selbst organisieren musste. Letztlich nahm der Sprecher P18 dessen ungeachtet die erforderliche Organisation in die Hand. Es folgte eine Passage, in der der Patient differenziert auflistete, warum er sich von dem Arzt gut betreut fühlte:

P18: Bei Ihnen habe ich das Gefühl gut aufgehoben zu sein, Sie kümmern sich um mich, äh Sie veranlassen Dinge, die ich natürlich als Laie aus medizinischer Sicht nicht weiß, ähm ich kann zu Ihnen mit jeglichen privaten Problemen kommen, äh die natürlich, wo ich meine, dass Sie mit äh Therapie oder Medikamenten zu tun haben, weil Sie mich aufklären. Sie geben auch zu, wenn Sie mal etwas nicht wissen, wie mit der Lebergeschichte. Sie informieren sich aber da drüber, sie haben Kontakte mit den Ärzten aufgenommen in der Uni, die meine Lungengeschichte äh untersucht haben, Sie weisen mich darauf hin, dass ich ständig äh irgendwelche Arzttermine wahrnehmen sollte und irgendwas überprüfen lassen sollte...

Seine Schilderung beinhaltet Momente einer Betreuungslogik – Ärzte sollten aufgrund ihrer Professionalisierung keine Probleme haben, das Nicht-Wissen nicht zuzugeben.

Elei: Tauschen Sie bitte mal auf den Stuhl von dem Herrn Müller, ich bleibe hier sitzen und übernehme mal Ihren Part.

Durch die Übernahme und zugleich Nicht-Übernahme der Patienten-Rolle durch die Autorin entstand eine Ambivalenz bezüglich der Instruktionen, wie sie im Kapitel 7.2.1.2 beschrieben wurde.

Elei: Also Herr Müller, ich bin sehr zufrieden mit Ihnen und fühle mich auch gut aufgehoben, ich werde demnächst mal mit einem Termin auf Sie zukommen wegen eventueller Therapieprobleme (A18: Hmm). Ein Problem habe ich schon manchmal mit der Zeit mit Ihnen, also wenn Sie zu wenig Zeit für mich haben, dann kann das schon zu einem Konflikt werden.

A18: Ja, das tut mir leid. Äh ich weiß davon, Sie haben mir davon erzählt. Äh an dem Tag lief hier alles schief, äh ich hatte mich damals schon entschuldigt, ich entschuldige mich noch mal dafür...

Durch die vermeintliche Übernahme der Patientenrolle durch Elei konnte der vom Patienten in der Explorationsphase genannte Konflikt angesprochen werden. Erneut wurde das Thema Schuld bzw. Unschuld an dem Konflikt vom Sprecher A18 eingeführt. Dem folgte eine logische Sequenz über das weitere Procedere und Terminabsprachen. Danach wurde von Elei die Frage nach der Adherence gestellt, die der Patient in der Arztrolle beantworten soll:

Elei: Hmm, ich hätte da noch so eine Frage, Herr Müller. Hier bei dieser Untersuchung soll es ja darum gehen, ob ich meine Medikamente nehme oder nicht. Was denken Sie denn über mich?

A18: Ich glaube, dass Sie sehr gewissenhaft damit umgehen. (..)

Elei: Hmm, tauschen Sie mal zurück (..) Was sagen Sie dazu.

P18: Ja, im Allgemeinen ja. Es passiert mir schon mal wie heute morgen äh durch den Computerexperten, der klingelte, dass ich meine Tablette eine halbe Stunde später nehme, aber im Allgemeinen äh nehme ich sie regelmäßig (uv).

Der zu beobachtende Ebenenwechsel scheint den Patienten nicht zu irritieren.³⁵ Er stellte sich auf die Frage nachvollziehbar als jemand dar, der die Medikamenteneinnahme sorgfältig befolgt.

Elei: Gibt es denn etwas, was Sie dem Doktor Müller mal sagen wollten, was Sie schon immer mal sagen wollten, was Sie in dem Setting hier mal machen könnten?

P18: Ja, ich möchte darauf hinweisen, dass wir bald wieder die äh äh Lungensache untersuchen lassen müssen, also ein CT machen müssen und dann wollte ich mal fragen, ob ich nicht irgendwelche Haut-, Augen- und sonstige Untersuchungen noch wieder in Angriff nehmen müsste.

Der Sprecher P18 wurde sehr sachlich in seiner Patientenrolle. Im Gegensatz zu oben beschriebener Sequenz, in der der Patient Organisatorisches im Sinne eines Betreut-Seins abzugeben wünschte, übernahm er hier als autonomer Patient die Initiative für die anstehenden Untersuchungen.

Der Patient stellte sich nachvollziehbar als jemand dar, der die ärztlichen Anweisungen sorgfältig befolgt. Aber gleichzeitig stellte er sich auch als ein Patient dar, der eine Sonderrolle einfordert. Er misstraute, zumindest anfänglich, seinem Arzt und, obwohl er adhärentes Verhalten offenbarte, konnte er nicht eindeutig die Patientenrolle im Arbeitsbündnis einnehmen resp. den Arzt als Arzt in seiner Rolle anerkennen.

7.2.2.2.2 Patient 20

Der Beginn des analysierten Transkriptes von Patient 20 wurde im Kapitel 7.2.2.2.1 beschrieben, dem schließt sich an:

V20: Ähm, diese Doc Gespräche an sich sind immer sehr aufschlussreich, weil ich mir vorher auch Gedanken mache. Ich notiere mir oftmals dann auch die verschiedenen Punkte (..) und ähm die ich dann auch in der kurzen Zeit anspreche werde, weil sie kann ja nicht sehr viel außer äh den Befunden irgendwo bekannt zu geben. Ich frage dann schon nach einzelnen Werten (Eex: Hmm) GOT oder weiß ich was.

³⁵ An dieser Stelle hat der Patient die Leistung, die Verwirrung zu normalisieren, wie im Kap. 7.2.1.2 beschrieben, vollzogen.

Der Patient bereitete sich offensichtlich auf seine Arzttermine vor. Es wurde von ihm ebenso der Anschein tiefgehender Gespräche erzeugt. Weil auch er sich Gedanken machte, waren die Arztgespräche aufschlussreich. Der Sprecher V20 hatte die Sache in der Hand. „Sie kann ja nicht sehr viel machen“ drückt lapidar aus: „Was kann die mir schon mitteilen“. Umgekehrt konnte sie von ihm viel erfahren. Der Patient wurde in seiner Schilderung zu einem außerordentlichen Datenmaterial. „Ich frage dann schon nach einzelnen Werten“, er hatte alles unter Kontrolle und war voll im Bilde, stellte sich als gleichberechtigt dar – wiederum ein Zeichen der Einebnung der Asymmetrie. Dem folgen die bereits bearbeiteten Eröffnungsfragen (vgl. Kap. 7.2.2.2.1) nach der Anrede und dem Alter.

V20: Nee, wenn Frau Müller. Am Anfang ist ja auch diese shake-hand-Begrüßung vor der Tür. Das ist klar und finde ich gut. Ähm, am Anfang hatte ich es vielleicht etwas übertrieben. Das aller erste Mal, wo ich bei ihr war, dann habe ich gedacht: Na ja gut sind keine Ärzte, so typische Ärzte...

Möglichst auf Augenhöhe wünschte der Patient den Kontakt mit seiner Ärztin. Alles, was auf Nähe und Gleichrangigkeit zielte, scheint wichtig für ihn und wurde von ihm genauestens kategorisiert: „Am Anfang ist diese shake-hand-Begrüßung.“

Seine Darstellung, dass er es beim ersten Mal etwas übertrieben habe, löst beim Leser die Assoziation aus, er habe die Ärztin gar umarmen wollen.

V20: ... ich nenne keine Namen und ähm (..) ja gut, dann habe ich sie einfach dann so geduzt, ja. Und dann hat sie dann aber höflichst, wirklich höflichst aber bestimmt dann schon gesagt: Nee, das muss die Wahrung sein zwischen Doc (.) Doc sage ich auch mal nur aus Geck. Aber da sagt sie nix. (Eex: Hmm) Zwischen Patient und Arzt sollte die schon ein gewisser, gewisser Abstand sein. Muss auch sein, das habe ich kurze Zeit später auch begriffen. Logisch.

Nachdem die Ärztin keinen weißen Kittel angehabt hatte, duzte der Patient sie. Die Ärztin ist auf Distanz gegangen und hat sich demzufolge professionell verhalten: „Höflichst, wirklich höflichst aber bestimmt hat sie dann schon gesagt“, die Rede-weise des Patienten beseitigt den Verdacht des bestehenden Wunsches resp. der Hoffnung, dass die Distanz wieder abbaubar wäre, nicht. Der Sprecher V20 ist im psychoanalytischen Sinne am Übertragen. „Nee, das muss die Wahrung sein“ zwischen Arzt und Patient, antwortete wahrscheinlich die Ärztin, die Wahrung der Distanz. Dann schob der Sprecher V20 ein – die Ärztin benutzte wahrscheinlich nicht das Wort „Doc“ – „Doc sage ich auch mal nur aus Geck“. Der Patient geht an dieser Stelle offenbar mit Hilfe der Ironie, „war ja alles nur ein Geck“, auf Distanz, weil er eine Niederlage erlitten hat, indem er in seinen Nähephantasien abgewiesen wurde. Bezeichnend ist wiederum, dass er erst später begriffen hat, dass ein gewisser Abstand zwischen Arzt und Patient vonnöten sei – ein als bekannt vorauszusetzendes Wissen. Wenn das nicht allgemein bekannt wäre, dann müsste bei jeder Arzt-Patient-

Begegnung zunächst abgesprochen werden, wie die Distanzregelung zu treffen ist. Sein Begehren scheint aber zu sein, sämtliche Distanzierungen und Rollenspezifitäten zu tilgen und sofort eine gleichberechtigte, denkbar sogar eine Privatbeziehung einzugehen. Folglich sieht er sich in dieser Beziehung als etwas Besonderes.

Eex: Wie würden Sie denn die Beziehung zu ihr beschreiben, wenn Sie es jetzt mal so (.) ähm einem Freund erzählen würden, was Sie für eine Arzt-Patient-Beziehung zum Beispiel hätten?

V20: (...) Ja, ich meine, (..) da es mir ja relativ gut geht und ich auch sehr gute Werte habe trotzdem des (uv). Während der Pause hat sie sich dann auch Gedanken gemacht, ob der Körper dann Resistenzen# das habe ich gemerkt, ja. Sie hat dann schon vorher, glaube ich, in dem Gespräch dann gegrübelt gehabt, was ist jetzt.

Der Patient ging nicht auf die Frage ein, einem Freund über die Beziehung zu berichten, sondern führte aus, wie er die Ärztin empfindet. Er hat wahrgenommen, wie sie sich über ihn Gedanken gemacht hat, wie sie sich um ihn sorgte, obwohl es ihm gut ging. Er präsentierte sich damit als herausgehobener Patient. Nachdem er sich zunächst als jemand dargestellt hatte, dem es aus medizinischer Sicht gut ging, obwohl es ihm in seiner Vorstellung wegen der Therapiepause schlechter hätte gehen müssen, machte sich die Ärztin Gedanken. Er beschrieb dies allerdings nicht als Grundhaltung, dass sie sich ständig Gedanken mache, sondern „vorher“. Dieses „vorher“ markiert ein „sehr frühzeitig“ bzw. „bevor aus seiner Sicht Grund dafür gewesen wäre“. Das interpretierte der Sprecher V20 nachträglich nicht als eine funktionell bedingte Besorgnis, sondern als eine spezifische persönliche Fürsorge ihm gegenüber. Dass es sich dabei um eine nachträgliche Rekonstruktion seinerseits handeln muss, lässt sich aufgrund der Bemerkung „das habe ich gemerkt“ schließen. Er scheint es derart zu rekonstruieren, dass es zu einer besonderen Fürsorge seitens der Ärztin ihm gegenüber wird.

V20: Also sie wollte, das hat sie mir auch gesagt, Viramune bei mir nicht rausnehmen. Sie wollte nicht wieder mit Crixivan oder weiß ich was anfangen, weil das hat ich schon mal alles genommen. Das hätte ich auch nicht gemacht, aber so ansonsten, nee, sie nimmt sich ja auch schon mal Zeit.

Das fortwährende Berichten war weiterhin keine Reaktion auf die anfängliche Frage. Als durchgehende Melodie seiner Darstellung ist indessen erkennbar: „Sie kümmert sich sehr um mich.“ Am Ende des Ausschnittes entwertete der Patient die Beziehung jedoch anhand der Bemerkung „sie nimmt sich ja auch schon mal Zeit“. Die Ärztin hatte sich wahrscheinlich sehr viel Zeit genommen.

Die Ausführungen über Viramune und Crixivan verfügen über einen logischen Bruch. Es fehlt der Zusammenhang, weil Viramune herauszunehmen eine Therapievereinfachung zum Ziel hätte, die Gabe von Crixivan jedoch eine Erhöhung der Tablettenanzahl mit sich brächte. Es könnte allenfalls so interpretiert werden, dass er der

Ärztin unterstellte, wenn Viramune im Sinne der Erleichterung abgesetzt würde, könnte es eine Verschlechterung geben, die die Ärztin zwänge, Crixivan anzusetzen. Bei dieser Interpretation müsste der Sprecher V20 aber zugeben, dass es ihm viel schlechter ginge, als er es zuvor dargestellt hat. Das hieße, er würde an dieser Stelle mit seiner Selbstdarstellung spielen.

Letztlich offenbarte er sich als gleichermaßen kompetent, da er über die Medikation entscheiden kann wie die Ärztin.

V20: Ich habe mich ja auch schon mal so halb ausgekotzt über Job und das und, alles so im kurzen Rahmen, gell.

Nach der Erzählung, dass die Ärztin sich auch schon mal Zeit genommen habe, berichtete der Patient „ich habe ja auch schon mal...“ – auch er hat ihr etwas gegeben: Er hatte sich ihr gegenüber eröffnet. Ein weiterer Hinweis, dass das Arbeitsbündnis auf die diffuse Beziehungskomponente reduziert wurde und die spezifische Komponente tendenziell verleugnet wurde.

Eex: Also, Sie fühlen sich schon gut aufgehoben?

V20: Ja, ich habe auch Vertrauen zu ihr. (Eex: Hmm) Also, ich persönlich ja,...

Vertrauen kann man nur persönlich haben. „Ich persönlich“ kontrastiert „meine Person und mein Amt“ oder „das andere von mir“. Da aber nur der Kontrast „ich oder die anderen“ schlüssig wäre, hätte der Sprecher V20 sagen müssen: „Ich selbst schon“ oder „ich schon, die anderen nicht“. Trotz des sprachlichen Fehlers musste die Äußerung motiviert sein. Die nahe liegende Möglichkeit ist aufgrund der Wahl des Wortes „persönlich“, die Beziehung zu einer Persönlichen machen zu wollen. Das wäre wiederum eine Vereinseitigung des diffusen Elementes.

V20: ... es gibt viele Leute, die waren bei ihr und die sind# haben gewechselt, aber gut, jeder Mensch ist verschieden.

Der Kontrast lautete folglich: Die anderen Patienten hatten weniger Vertrauen zu ihr. Die falsche Redeweise des „persönlich“ konvergiert in die Richtung „wir haben ein besonderes Verhältnis“, denn der Sprecher V20 stellte sich annähernd als einer dar, der es als Einziger bei dieser Ärztin ausgehalten hat. Das bisherige Dauerthema heißt das besondere Verhältnis, das die beiden aus der Sicht des Patienten haben.

Eex: Na ja, es geht ja erst mal# die kann ich ein andermal untersuchen, jetzt nur &Sie&.

V20: &Nöö&, ich komme (..) eigentlich gut mir ihr aus.

Postwendend sprach der Patient wieder in der unauffälligen Gestalt wie bereits: „Sie nimmt sich ja auch schon mal Zeit.“ Erneut wurde normalisiert. Das Besondere ist

etwas Besonderes – es wird nicht immer gezeigt und keineswegs jedem. Ein Geheimnis.

Eex: Gab es denn auch schon mal Konflikte, wenn Sie eigentlich sagen?

V20: Ja.

Eex: Worum ging es da?

V20: Dies Jahr. Das war gerade im Bezug jetzt irgendwo mit ähm (..) als wir dann wieder eingestiegen sind irgendwo, um zu schauen, haben wir die alte Therapie wieder komplett erhalten,...

Das Wort „erhalten“ kann „bekommen von jemand anderes“ oder im Sinne „von aufrechterhalten“ interpretiert werden. Auffallend ist, dass der Patient wie auch jener im vorangegangenen Kapitel von „wir“ sprach, die Ärztin und er. Aber er muss die Medikamente nehmen. Derjenige, der therapierte, wurde mit dem zu Therapierenden vergemeinschaftet.

V20: ... also Trizivir und Viramune (..) und ja, wenn der Herr Fischer dann irgendwo diese BE-Termine nicht einhält.

Der Sprecher V20 übernahm, indem er sich mit der dritten Person, dem Nachnamen, benannte, beinahe liebevoll die Perspektive der Ärztin im Gespräch und kritisierte sich selbst. Damit wäre diese Beziehung symbiotisch geworden. Das Liebevolle besteht darin, dass er in der Schilderung einem Dritten die Redeweise der Ärztin ihm gegenüber vollständig anerkannte. Er klagte sich im Sinne der Ärztin selbst an und wurde dadurch zum Musterschüler. Es handelt sich demzufolge um Non-Adherence bei dem gleichzeitigen Wissen, adhärent sein zu müssen. Trotz des besonderen Verhältnisses, das der Patient in dieser Passage reproduzierte, hielt er sich nicht an die ärztlichen Anweisungen, zur Blutentnahme (BE) zu kommen. Er trotzte auf dem Boden der besonderen Beziehung gegen das Gebot, im Sinne des Gesundheitsinteresses zu handeln, gleich einem Kind, das die Beweiskette des Trotzes startet: Es testet, wie weit die Liebe der Mutter reicht, auch wenn es nicht gehorsam ist – Ausdrucksmöglichkeit eines Autonomie-Abhängigkeitskonfliktes.

V20: Da war sie dann, das war glaube ich kurz vor ihrem Urlaub oder kurz bevor sie irgendwo war. (..) Hat sie gesagt: Ja, also im Moment# da war sie eigentlich auch ein bisschen stinkig auf mich...

Der Patient schätzte es, wenn die Ärztin stinkig war. Indem sie stinkig war, wusste er, dass ihr sein Schicksal wichtig ist.

Eex: Und hatten Sie schon mal eine Unzufriedenheit, also da, oder waren Sie in der Situation dann unzufrieden mit der Strenge?

V20: Nee, nee, nee, weil ich kenne mich ja, muss mich ja nicht selber irgendwo dann (.) schönfärben.

Entsprechend der bisherigen Analyse verneinte der Patient, mit der Ärztin unzufrieden gewesen zu sein. Unzufriedenheit mit der Beziehung würde voraussetzen, dass er eine eigene Position ausbildet hat, von dieser er das Verhältnis distanziert beurteilen kann. Stattdessen übernahm er die Schuld für Unzulänglichkeiten in der Beziehung.

V20: Natürlich habe dann angerufen, ich kann nicht da und (..) habe auch schon mal nicht angerufen. Ich weiß, das darf alles nicht sein, aber ich weiß auch nicht, da waren wieder irgendwelche anderen persönlichen Dinge im Vordergrund. Das ist dann wieder da, wo die Schattenseite war. Wo ich dann auf vorhin bezogen alles (.) Stecker raus, vom Telefon (Eex: Hmm, bisschen autark (uv)). Keinen sehen wollen, ja, scheiß egal. Das ist, ja, meine Chefin angerufen geht nicht, klappt nicht, will nicht.

Die Schattenseiten, die der Patient beschrieb, bekommen den Anschein einer Selbstdestruktion. Er scheint dann förmlich aus dem Leben abzutauchen, kann keine Hilfe mehr entgegennehmen. Letztlich führt dieser Zustand in eine Art Totalverweigerung. Dies geht weit über die Thematik der Adherence hinaus. Kognitiv scheint dem Sprecher V20 bewusst, dass er adhärent sein müsste. Er ist jedoch scheinbar nicht in der Lage, anders handeln zu können. Wenn die Verweigerungshaltung derart total wird, kann er auch den ärztlichen Anweisungen nicht folgen. In diesen Phasen handelt er nicht spezifisch gegen eine ärztliche Anweisung, sondern die Ursache seines Handelns liegt dann vermutlich in seinem selbstzerstörerischen Verhalten. Das Selbstdestruktive beinhaltet im Sinne des Es-darauf-ankommen-Lassens ebenfalls den Trotz. Darin ist die Phantasie der Unverletzlichkeit enthalten – sich unter Beweis zu stellen, dass man etwas Besonderes ist. Im Vordergrund steht allerdings bei dieser Schilderung der selbstdestruktive Rückzug.

Elei: Hmm. Und versuchen ihr mal direkt zu sagen, wie Sie die Beziehung zu ihr erleben. (..) Also, dieser virtuellen Frau Müller sozusagen, die da sitzt, ja? Wie Sie die Beziehung zu ihr erleben und vielleicht auch wie Sie damals den Konflikt wahrgenommen haben. So wie Sie es mir gerade in der dritten Person gesagt haben. Versuchen Sie mal (..) die virtuelle Ärztin direkt anzusprechen.

P20: (..) Na gut, ich meine im Allgemeinen, Frau Müller, bin ich eigentlich sehr zufrieden mit Ihnen immer gewesen, so als Ärztin.

Der Sprecher P20 bediente sich zum Einstieg in das psychodramatische Spiel des einfachsten Mittels, indem er die Ärztin ansprach. An dieser Stelle gebrauchte er das Wort „zufrieden“, das in der vorangegangenen Beziehungsschilderung nicht thematisch wurde. Das verweist darauf, dass er stereotyp handelte: „Ich bin zufrieden mit Frau Müller.“ Damit subsumierte er die Ärztin unter eine Kategorie, z.B.: „Ich bin zufrieden mit meinem Mechaniker“ – einem Dienstleister. Zuvor war ihm die Ärztin aber keine Dienstleisterin, sondern eine nahe Person, entsprechend einer Freundin, Mutter oder Geliebten.

Dem folgte eine kurze Phase, in der er fortwährend stereotyp die Schilderung über die Beziehung ausführte.

P20: ... ob jetzt# Gewicht ist jetzt Ihr wichtiger Punkt gewesen, ich weiß, ich weiß, und ähm nur damit ich die Sachen in dieser kurzen Zeit, die ja leider nur gegeben ist, nicht vergesse.

Der Sprecher P20 vermittelte den Eindruck, als ob die Beziehung immer unter Zeitdruck stünde. Das würde abermals indirekt auf den Wunsch nach dem Besonderen hinweisen, denn in einer besonderen Beziehung, besteht nie genug Zeit.

P20: Deswegen habe ich mir immer diese kleinen Notizen gemacht (.) und ich fand das eigentlich immer gut, so ihre Begrüßung und dann so erst mal so ein gewissen blablabla,...

Langsam erinnerte er sich an die Beziehung und beschrieb, wie er sich fühlte, wenn die Ärztin für ihn Zeit hatte.

P20: ... wie geht es und dann kam ich ja meistens schon und habe dann gesagt: So! Weil das ist ja wichtig für mich, wie waren denn die letzten Werte?

Letzten Endes war es der Patient, der die Angelegenheit auf den Geschäftspunkt bringt, was im Grunde die Rolle der Ärztin gewesen wäre. In dieser Sequenz entsprach seine Darstellung wiederum den Ausführungen in der Explorationsphase.

P20: ... na ja und dass Sie da einmal ein bisschen erbost waren, jetzt im Sommer, oder ja Frühsommer, (.) dass ich dann zwei BE-Termine auch nicht eingehalten hatte.

Das „auch nicht eingehalten habe“ impliziert, dass noch anderes neben den BE-Terminen nicht eingehalten wurde. Anfangs hatte er sich in der Spielphase stereotyp verhalten, inzwischen verkörperte er das Spiel lebendig.

P20: Kann ich auch verstehen, klar würde mir genauso gehen in dem Geschäft. Wenn mir (.) oder wenn ich jemandem was verkaufen (.) möchte, und der sagt mir klipp und klar: Was er will, und er will den und den Sportschuh haben von der und der# von dem und dem Hersteller und ich gebe ihm grundsätzlich immer einen von dem anderen Hersteller und das Ganze dann zweimal, klar würde ich dann irgendwie umgekehrt auch leicht erzürnt sein.³⁶

In das laufende psychodramatische Spiel baute der Patient nun einen mutmaßlich aus seinem Erfahrungshorizont stammenden Vergleich zur Veranschaulichung ein, um letztlich auszudrücken, dass er den Ärger der Ärztin verstünde. Aber der Vergleich wurde schräg: Am Anfang sagte er „wenn mir...“ – „wenn ich der Kunde wäre,

³⁶ Die Branche wurde nach der Analyse verändert.

dann würde ich auch sehr ärgerlich sein.“ Dann brach er ab und drehte das Bild um: „Ich als Verkäufer“ – wahrscheinlich sein Beruf – „tue dem Kunden etwas Ärgerliches an.“ In der Logik des Vergleiches müsste aber das Bild wie folgt transferiert werden: „Wenn mich ein Kunde zweimal sitzen gelassen hätte, wäre ich auch erzürnt als Verkäufer.“ Sodann wäre er in der Rolle des Verärgerten und hätte das gleiche Bild aus seinem Erfahrungshorizont aufgebaut. Der Vergleich wurde aber insofern verändert, als hier der Verkäufer den Kunden ärgert und nicht der Kunde den Verkäufer. Sein Beispiel stimmt im Hinblick auf die Geschichte „Man tut etwas, das den anderen ärgert“ und auf die unmissverständliche Gemeinsamkeit, dass er sich zum Täter in der Beziehung stilisierte. Dementsprechend musste er als Verkäufer dem Kunden etwas antun. Indem er sich in der Beziehung zu der Ärztin als Täter zu sehen scheint, definierte er die Beziehung fehl. Schließlich schädigt bzw. ärgert er die Ärztin nicht, wenn er sich nicht adhärent verhält. Es ließe sich nur unter der Bedingung verstehen, dass er annimmt, dass die Ärztin ein Eigeninteresse anstelle seines Interesses stellvertretend verfolgte. Ein autonomes Interesse seinerseits, im Sinne einer Gesunderhaltung zu handeln, fehlt in dieser Darstellung.

Der Sprecher P20 interpretierte in diesem Bild die Arzt-Patient-Beziehung als eine Beziehung der besonderen Zuwendung einer mütterlichen Figur, die er austesten muss. Er wollte vermutlich schildern: „Ich kann sie verstehen“, verstand sie aber nur insoweit, dass er ihr nicht gehorchte bzw. gegen ihren Willen handelte. Der Wille der Ärztin ist jedoch ein berufsspezifischer, nämlich ihn zu heilen. Er privatisierte ihren Willen und gegen diesen trotzte er.

Aus dem Verkaufsbild lässt sich eine Analogie zur Arzt-Patient-Beziehung kaum ziehen, weil die Interessen in der Verkäufer-Kunden-Beziehung gegenläufig sind, wohingegen in einer Arzt-Patient-Beziehung die Interessen nicht gegenläufig sind: Ein Patient hat ein Interesse, wozu er die Hilfe des Arztes braucht – das Arbeitsbündnis – und der Arzt hat das Interesse, dass der Patient das tut, was ihm objektiv nützt. Er kann die Ärztin dementsprechend weder in der Rolle des Verkäufers noch in der des Kunden versetzen, denn der Sprecher P20 hat einen Blutentnahmetermin nicht wahrgenommen, der in seinem Interesse liegen sollte. Es scheint, dass dieser Patient grundsätzlich nicht verstanden hat, was eine Arzt-Patient-Beziehung bedeutet. Er scheint ausschließlich die Akzeptanz durch die Ärztin im Blick zu haben und wirkt in dieser Beziehung keineswegs autonom und auch keineswegs verantwortlich, selbst etwas für seine Gesundheit zu tun. Dies entspräche ebenfalls dem Interesse der Ärztin. Als sich die Ärztin aber für seine Gesundheit interessierte, interpretierte er das als besondere Beziehung. Er vereinseitigte demzufolge sogleich auf eine diffuse Sozialbeziehung. Das Spezifische der Arzt-Patient-Beziehung, dass sich die Ärztin als Expertin mit ihrem standardisierten Wissen für ihn einsetzt, nahm dieser Patient nicht wahr.

P20: Gut, er hat dort die Möglichkeit zu sagen irgendwo: Tschüss, dann gehe ich halt zur Konkurrenz. Ich meine, dass das nicht gut war, das habe ich auch eingesehen, das habe ich Ihnen aber auch, glaub ich, gesagt und es ist seitdem nicht mehr vorgekommen...

„Kommt nicht wieder vor, ich werde jetzt ganz gehorsam sein.“ Der Patient wiederholte genau das oben dargestellte Missverständnis der Arzt-Patient-Beziehung. Der ärztlichen Anweisung zu folgen, um gehorsam zu sein, ist das falsche Motiv für sein Handeln im Arbeitsbündnis. Dieser Patient kann das Motiv anscheinend nicht in ein Eigeninteresse übersetzen. So sehr er eine besondere Beziehung zu Frau Müller haben möchte, so wenig scheint er begriffen zu haben, dass Frau Müller eine Ärztin ist. Gehorsam ist er dann, wenn es um die Erhaltung der Liebenswürdigkeit geht.

Elei: Hmm, tauschen Sie mal auf den Stuhl von der Frau Müller, setzen Sie sich mal dahin und versuchen Sie mal sich hereinzufühlen, wie die Frau Müller sich so fühlen könnte, die hat das ja jetzt alles gehört, ja. Ich übernehme mal so ein bisschen noch Ihren Part, bleibe aber hier sitzen. Also Frau Müller, ich bin im Großen und Ganzen zufrieden. Dass Sie da mal so ein bisschen angesäuert waren auf mich, das kann ich auch ganz gut verstehen. Ich habe halt ein paar BE-Termine verschwitzt, da war halt bei mir ein bisschen Schattenseite des Lebens und ähm (.) aber so im Großen und Ganzen finde ich Sie schon ganz klasse. Sie hören mir auch gut zu, sind auch informativ, ja, eigentlich ganz gut.
A20: Ach, Herr Fischer, ich meine, so was hört man natürlich gern, auch als Arzt.

Nach dem Rollentausch stellte der Sprecher A20 die Ärztin in der der bisherigen Analyse entsprechenden komplementären Rolle dar: Der „liebe Junge“ war schön gehorsam, also musste er ihr eine Freude gemacht haben. Er ließ die Ärztin demgemäß reagieren, sie freute sich. „Ach, Herr Fischer, so was hört man natürlich gern, auch als Arzt.“ Ein Modell des Arbeitsbündnisses zwischen Arzt und Patient existiert scheinbar ausschließlich nominell für ihn.

A20: Man hat zwar jeden Tag# jeder Patient ist anders mit seinen eigenen individuellen Problemen, aber wenn Sie mir dann doch so meinen, dass ich trotz dieser knappen Zeit# Zeitraumbegrenzung trotzdem genug Zeit habe und dass Sie meinen, dass ich Ihnen (.) zuhöre, das freut mich auch und ist auch eine Bestätigung für mich, denke ich, als Ärztin, gerade auf diesem schwierigen Sektor.

Das Wort „Zeit“ legte der Sprecher A20 der Ärztin in seiner Ausgestaltung der Rolle dreimal in einer Zeile in den Mund. Zeit stellte ein wichtiges Thema dar. Er benötigte viel Zeit bzw. in einer besonderen Beziehung kann gar nicht genug Zeit vorhanden sein. In seiner Darstellung wurde die Ärztin zu einer Figur, die für ihn viel Zeit hatte und in seiner Logik dachte: „Das freut mich aber, dass Sie meinen, dass ich genügend Zeit für Sie aufwende.“ Er reduzierte die Ärztin auf eine Person, die eine berufliche Bestätigung aus der Dankbarkeit der Patienten statt aus den medizinischen Erfolgen erfährt.

Elei: Bei der Untersuchung hier soll es ja darum gehen, ob ich meine Medikamente nehme oder nicht, was denken Sie denn darüber, Frau Müller?

A20: (...) Mehr als anbieten kann ich das meinen Patienten nicht.

Der Sprecher A20 unterstellte sich selbst als Patient, dass er die Medikamente unzuverlässig nahm, indem er sagte: „Mehr als anbieten kann ich das meinen Patienten nicht.“ In Langschrift bedeutet diese Aussage: „Wenn Sie sie nicht nehmen, kann ich nichts machen. Ich kann sie nicht in Sie hineinpressen.“ Wiederum erfolgt eine Verkennung der ärztlichen Rolle, da ein Arzt dem Patienten die Medikamente nicht anbietet, sondern ihn bei entsprechender Indikation von der Einnahme überzeugen sollte.

A20: Und ich muss davon einfach nur ausgehen, dass sie dann wenigstens, ja, die Wahrheit sagen.

Letzten Endes kündigte sich offensichtlich die Reduktion auf eine Eltern-Kind-Beziehung an. „Wenn du schon nicht machst, was ich von dir fordere, dann belüg mich wenigstens nicht.“ Das wären zwei Verbrechen: Die Verfehlung und überdies noch eine Lüge.

A20: Aber wenn Sie mir sagen, dass Sie ähm zu den Patienten gehören, die sie eigentlich im Grunde genommen (.) regelmäßig# gut ein, zwei Aussetzer, das haben Sie mir alles geschildert, haben mir auch gesagt aus welchen Gründen, familiär oder auch mal ein Bierchen zu viel, gell Herr Fischer!

Wie bereits in der vorangegangenen Passage klagte sich der Patient auch in diesem Abschnitt an – er begab sich im übertragenen Sinne in die Perspektive der Mutter, die eigentlich ein gehorsames Kind haben möchte. Immer deutlicher zeichnete sich ab, dass dieser Patient nicht autonom ist und er die Eltern-Kind-Beziehung überträgt.

A20: Und ähm ich meine, wenn jeder so ehrlich wäre wie Sie, dann würde es bei vielen anderen auch klappen (...)

Der Patient unterstellte, wenn alle Patienten so ehrlich wie er wären, dann würde es bei denen auch klappen. Aber letzten Endes würde bezogen auf die Adherence nichts klappen, denn die Patienten würden die Medikamente trotzdem nicht einnehmen. Sie würden nur ehrlich ihre Verfehlungen bekennen. Der Sprecher A20 folgt dem bereits beschriebenen Schema „Gell, du hast mich trotzdem lieb. Bin doch ehrlich.“ Es handelte sich in seiner Darstellung um eine Reduktion der Arzt-Patient-Beziehung auf die Eltern-Kind-Beziehung. Dieser Patient weiß anscheinend aufgrund der mangelnden Autonomie nicht, was ein Patient resp. die Rolle eines Patienten ist, wie ein Kind, das nie autonom ist. Aber Kinder gehen mit ihren Müttern zum Arzt.

Elei: Gibt es denn irgendwas, was Sie der Frau Müller schon immer mal sagen wollten? Hier hätten Sie die Gelegenheit.

P20: Ja, liebe Frau Doktor Müller, also ich beneide Sie nicht um Ihren Job (...) überhaupt oder jeder Arzt, der sagen wir mal in dem Metier dort arbeitet, oder generell Ärzte, also den Stress, den Sie sich da persönlich aufladen, und ich muss Ihnen mal sagen, mal sehen Sie besser aus und mal sehen Sie ganz schön (...) aus, nee. Waren Sie jetzt auch schon mal (schnieft) ganz stark erkältet oder so. Sollten mal ein bisschen mehr zurück treten. (Elei: Hmm) Würde ich als Mensch Tom sagen.

Zunächst ging es überhaupt nicht mehr um ihn als Patient, sondern es ging um eine allgemeine Evaluation wie bereits oben: „Sie sind eine nette Ärztin.“ Überdies handelte es sich wieder um eine Beziehung zwischen Gleichrangigen, der Patient übernahm in dieser Sequenz – ohne Rollentausch – die Arztrolle. Sich in die Lage der Ärztin versetzen zu können, ist für einen Patienten unwichtig.

Indem der Sprecher P20 der Ärztin gegenüber sagte „würde ich als Mensch Tom sagen“, sich mit Vornamen in dieser Beziehung benannte, bot er ihr das „Du“ an. Dahinter steckt anscheinend der Wunsch mit der Ärztin auf dem Duzfuß zu stehen – privat zu sein. Eine spätere Passage des Transkriptes verwies nochmals auf den Wunsch nach der besonderen Beziehung auf Seiten dieses Patienten:

P20: Aber (.) ich meine, Ihr privates Umfeld kenne ich nicht, will ich auch nicht wissen, aber wenn Sie dann von morgens bis abends und... Da gibt es noch ein, zwei andere Ärzte in der 68. Aber na ja gut, das muss jeder selber wissen, was er tut.

Elei: Hmm, tauschen Sie mal auf den Platz von der Frau Müller (...) es gibt noch zwei# ein, zwei andere Ärzte in der 68, aber es muss jeder wissen, was er tut.

A20: (...) Ich? (...) Ja gut, ich meine auf der anderen Seite, das müssen Sie mir, wie Sie auch schon bereits erwähnt hatten, erst mal das Privatleben geht Sie nix an. Und Sie haben ja auch gesagt, das soll Sie gar nix angehen und (.)...

Der Patient sagte zuvor: „Ich will es auch nicht wissen.“ In Langschrift lässt sich dies so formulieren: „Ich wehre mich gegen den Vorwurf, mich da unberechtigt, grenzüberschreitend einmischen zu wollen.“ Eigentlich hätte er in der Arztrolle auf seine Patientenaussage hin entgegenen müssen: „Sie haben ja auch gesagt, sie wollen das gar nicht wissen.“ Bei dem Satz „Das soll Sie gar nichts angehen“ übersetzte er anscheinend formal in die antagonistische Rolle und merkte nicht, dass eine Sinnverschiebung stattfand. Die Aussage „Das soll Sie gar nichts angehen“ stellt eine Norm dar. Daraus lässt sich schließen, dass der Sprecher A20 es doch wissen wollte und die Aussage eine Maskierung darstellte. Er hatte den Wunsch, es zu erfahren, wusste aber um die Norm, dass ihn als Patient das Privatleben eines Arztes nicht zu interessieren hat. Das spricht abermals für sein Verlangen nach einer besonderen Beziehung.

Zusammenfassend lassen sich für die Non-Adherence bei diesem Patienten verschiedene Ursachen erkennen: Zunächst sind die selbstzerrstörerischen Tendenzen

und der Trotz in einer besonderen Beziehung zu nennen. Diese tief sitzende Verweigerungshaltung scheint phasenweise durchzubrechen und überträgt sich als Aspekt eines umfassenderen Syndroms auf alles, auch auf das Arzt-Patient-Verhältnis. Sein Wunsch nach der privaten Beziehung schwankte in seiner Ausgestaltung zwischen der Rolle des mal gehorsamen, mal trotzigem Kindes und einer der Ärztin gleichrangigen Position. Ein anderes Problem hinsichtlich der Adherence scheint in seiner Unwissenheit zu liegen, welche Forderungen eine Arzt-Patient-Beziehung beinhaltet. Das Moment der Stellvertretung, demzufolge der Arzt das, was für den Patienten nötig ist, herausfindet und der Patient derjenige ist, der es ausführt, scheint ihm nicht bewusst zu sein. Er kann scheinbar einen Patienten vornehmlich reduziert auf die mütterliche Erwartung nach einem gehorsamen Kind sehen. Die Autonomie fehlt in hohem Maße.

7.2.2.2.3 Patient 09

Die Eröffnungssequenz des Datenmaterials von Patient 09 wurde bereits im Kapitel 7.2.2.2.1 bezüglich der ritualisierten Anrede, „das Frau Doktor Sagen“, ausgeführt.

Eex: O.k., wie sprechen Sie die Frau Müller denn in der ähm Sprechstunde an?
V09: (...) &Sie meinen&
Eex: &Wenn& Sie mit ihr reden?
V09: Sie meinen jetzt das, sie meinen jetzt das Frau Doktor oder, ja Frau Doktor.

Der Patient bat um eine Erläuterung der eindeutig formulierten Frage. Damit stellte er sich bereits in der ersten Äußerung als ein sehr gewissenhafter, auf der Untersuchungsebene adhärenter Proband dar. Das „Sie meinen“ impliziert: „Ich möchte es ganz richtig machen.“ Sein voreiliges Unterbrechen lässt darauf schließen, dass er verunsichert war – er musste sich vergewissern. Diese Verunsicherung kann durch eine allgemein gültige Angst, alles richtig zu machen, oder durch die Rahmung, in der der gewohnte Patientenstatus aufgehoben ist, motiviert gewesen sein. Die schnelle Unterbrechung gleich zu Beginn der Untersuchung vermittelt den Eindruck, dass sich der Patient zu Beginn des psychodramatischen Spieles in einer akuten Krise befand. Bereits in der Eröffnungssequenz zeichnete sich ab, dass es sich um einen ängstlichen, verunsicherten und zugleich servilen Menschen handeln muss – das Bild eines souveränen Patienten kann im Grunde sofort ausgeschlossen werden.

Eex: Hmm, und wenn Sie jetzt noch mal so die Beziehung beschreiben, wie Sie die empfinden.
V09: Ja, ich komme halt vorbei und wir reden dann ganz vertraulich, also manchmal mehr so sachlich, über die Geschichte halt. Komme an sich am

meisten wegen meinen Ergebnissen und so und dass sie halt die Rente befürwortet halt, aber (...)...

Die Schilderung der Arzt-Patient-Beziehung durchlief einen Umwandlungsprozess: Zunächst wurde eine Bekanntschaftsbeziehung (vgl. Kap. 7.2.2.2.1) beschrieben, dann wurde die Ausnahme „manchmal mehr so sachlich“ dargestellt, anschließend beschränkte der Patient die Beziehung durch die Worte „am meisten“ nahezu vollständig auf das Sachliche und schließlich fuhr er fort: „Dass sie halt die Rente befürwortet“. Dabei handelt es sich um einen klar formalen, bürokratisch vorgeschrieben Vorgang. Er wollte bzw. musste sich bereden lassen und darüber sollte die Ärztin ein Gutachten erstellen. Die Art der sprachlichen Gestaltung hinsichtlich seiner Darstellung der Beziehung demonstriert eine bestimmte Dynamik: Der ursprüngliche Wunsch nach einer nahen Beziehung wurde von dem Patienten in ein ausschließlich formales Arzt-Patient-Verhältnis transformiert. Die bereits im Kapitel 7.2.2.2.1 beschriebene Nähe-Distanz-Ambivalenz reproduzierte sich anhand der sprachlichen Darstellung gleichermaßen im Detail. Der Verzicht auf das Wort „Ich“, der sich im Transkript des Materials dieses Patienten noch häufiger zeigen wird, lässt seine Schilderung ähnlich einem Telegrammstil erscheinen. Als Arbeitsbündnismitglied müsste er „Ich“ sagen, da er eine eigenständige Person ist, die sich im Arbeitsbündnis bindet. Der Patient erscheint durch das Auslassen des Wortes „Ich“ nicht als ganze Person.

Auffällig ist weiterhin die häufige Verwendung des Wortes „halt“ in dieser Sequenz.³⁷ Die Begründung ersparnis im Rahmen der Aussage „über die Geschichte halt“ ist augenscheinlich. „Die Geschichte“, wörtlich genommen, bringt zum Ausdruck, dass die HIV-Erkrankung so sehr Teil der Lebensgeschichte geworden war, dass sie alles andere dominiert. Indem der Patient nicht von einer Geschichte sprach, sondern sie mit einem bestimmten Artikel, „die Geschichte“, benannte, schloss er aus, dass andere Geschichten existent waren bzw. für ihn eine Rolle spielten. Das nächste „halt“ bezog sich auf den Rentenvorgang: „dass sie halt den Rentenvorgang bearbeitet“. Das „befürwortet“ markierte der Sprecher V09 extra: „dass es um das Befürworten geht, halt“. An dieser Stelle zeigt sich eine mangelnde Akzeptanz gegenüber der ärztlichen Rolle. Ein Patient sagt kaum: „Hier Frau Doktor, befürworten Sie mal meine Rente“, sondern er bringt gewissermaßen ein Formular in die Sprechstunde und sagt, dass sie es begutachten solle. Ob die Ärztin die Rente befürwortet oder nicht, muss er ihrer Autonomie überlassen. Indem der Sprecher V09 sagte: „Hier befürworten Sie das“, erkannte er die Autonomie der ärztlichen Entscheidung nicht an. Dessen ungeachtet schilderte er den Vorgang direkt als Befürwortung und das

³⁷ Überlegungen zum Gebrauch des Wortes „halt“ in dem ersten Satz dieses Textausschnittes wurden bereits im Kap. 7.2.2.2.1 ausgeführt.

„halt“ wurde als eine Zusatzmarkierung eingesetzt. Es offenbart sich ein kontinuierliches Oszillieren hinsichtlich Nähe und Distanz.

V09: ... aber (..) (Eex: Hmm) wenn was ist, dann# ja klar, ist schon ein Vertrauensverhältnis da (.) würde ich behaupten erst mal.

„Wenn was ist“, im Sinne eines medizinischen Notfalles, „dann“ und der Sprecher V09 bricht ab. Gefragt worden war er: „Können Sie mal die Beziehung beschreiben, wie Sie die empfinden.“ Darauf antwortet er tendenziell technisch, eine Auskunft objektivierend mit „ein Vertrauensverhältnis ist da“. Vertrauensverhältnis ist nicht dem Begriff „vertraulich“ gleichzusetzen, sondern entspricht einem abstrakten Diskurs über die Beziehung an dieser Stelle.

Die folgende Einschränkung „erst mal“ kann zwei verschiedene Funktionen erfüllen: Es kann einmal bedeuten „in der Realität, bis auf Weiteres würde ich annehmen, dass es da ist, aber es kann noch schlimmer kommen“ oder im Hinblick auf die Dauer des Interviews „für die Exploration würde ich erst mal an dieser Stelle sagen Vertrauensverhältnis, wir können das später vertiefen, dann wird sich zeigen, dass es entweder mehr oder weniger ist“. Außergewöhnlich ist die Vorsicht, mit der der Patient auf die Frage antwortete. Er erweckt dadurch den Anschein, sich nicht festlegen lassen zu wollen.

Eex: Und würden Sie, wenn Sie jetzt einfach einem Freund das erzählen sollten, wie Sie die Beziehung empfinden, würden Sie dann sagen, das ist eine gute Beziehung oder

V09: Ja, die ist o.k.

Der Patient antwortete nicht gemäß der Aufforderung, was er einem Freund erzählen würde, sondern er wendete sich an die Autorin und signalisierte in lakonischem Stil, dass er nicht weiter darüber reden möchte. In Langschrift ließe sich dies ausdrücken: „Lassen Sie es gut sein, die Beziehung ist o.k.“

Eex: Ist die manchmal auch konfliktreich? Also &streiten&

V09: &Konflikt&

Eex: Sie vielleicht auch mal?

V09: Streit haben wir eigentlich noch keinen gehabt.

Erneut fragte der Patient nach, indem er überstürzt ins Wort fiel. Das Thema „Konflikt“ scheint ihn zu verunsichern. Ein Konflikt würde voraussetzen, dass er eine autonome Position vertritt.

Das Aufgreifen des Wortes „Streit“ statt des Wortes „Konflikt“ ist am wahrscheinlichsten dadurch bedingt, dass „streiten“ das rezente Wort ist. Die Begriffe „Konflikt“ und „Streit“ scheiden an der Gleichrangigkeit der Beteiligten: Ein Konflikt setzt eine Gleichrangigkeit resp. eine autonome Position voraus. Ein Streit muss nicht gleich-

rangig sein. Darin könnte ein zusätzlicher Grund für die Wahl des Wortes „Streit“ liegen.

V09: Gab noch keinen Grund oder so. (Eex: Hmm) Also, dass ich mich jetzt ungerecht behandelt hätte gefühlt oder vernachlässigt oder nicht verstanden, kann ich nicht sagen bisher.

Sich ungerecht behandelt oder vernachlässigt zu fühlen, muss einer Perspektive entstammen, bei der der Sprecher in einer durch Asymmetrie geprägten Relation der Schwächere ist – z.B. ein Eltern-Kind- oder ein Lehrer-Schüler-Verhältnis. Ein Kind, das von seinen Eltern angenommen ist, würde eine solche Aussage nicht machen. Der Satz erinnert vielmehr an ein Kind, das in Pflege oder in Kur war: „Hast Du es denn da gut gehabt?“, könnte dann die elterliche Frage lauten. „Ja, eigentlich ungerecht habe ich mich nicht behandelt gefühlt, auch nicht vernachlässigt“, könnte das Kind antworten. Für die Beschreibung einer Arzt-Patient-Beziehung ist dies eine ungewöhnliche Ausdrucksweise.

Eex: Hmm, also Sie sind so zufrieden bisher.

V09: Ja, ja.

Eex: O.k. Nehmen Sie doch bitte mal auf Ihrem Stuhl Platz und stellen Sie sich mal vor die Frau Müller sitzt da neben Ihnen. Ich nehme mal den Rollstuhl.

P09: Da sitzt sie mir eigentlich mehr gegenüber, nee?

Das Wort „Da“ mutet sehr verschüchtert an, es ist unspezifisch. Im Grunde wäre von dem Sprecher V09 in diesem Zusammenhang ein „dort“ oder „in der Sprechstunde“ zu erwarten. Der Patient musste sich an dieser Stelle selbst korrigieren, da er die Stühle offensichtlich falsch gestellt hatte. Er nahm Platz und die von ihm geschaffene Konstellation offenbarte sich als unrealistisch: „Eigentlich sitzt sie mehr gegenüber.“ Umso bedeutsamer ist es, dass er die Stühle ursprünglich nebeneinander gestellt hatte. Das Arbeitsbündnis ist ein Gegenüberverhältnis. Rücken an Rücken wäre eine explizite Umkehrung des Gegenüberverhältnisses, eine bestimmte Negation des Verhältnisses. Es bleibt aber ein duales Verhältnis des Aufeinander-bezogen-Seins. Eine Aufstellung der Stühle nebeneinander lässt sich dagegen beliebig ausweiten. Das Nebeneinander entspricht einer Auflösung des Aufeinander-bezogen-Seins und somit des Arbeitsbündnisses. Es scheint, als wollte der Sprecher V09, symbolisiert durch die Stuhlkonstellation, das Arzt-Patient-Verhältnis vermeiden.

Eex: Ja, wenn Sie wollen, dann stellen Sie es um.

P09: Da sitzt man ja gegenüber, ist ja eigentlich ein Arzt-Patient-Verhältnis (.) so...

Das Selbstverständliche, sich gegenüber zu sitzen, explizierte der Patient sogar. Daran lässt sich deutlich erkennen, dass er kognitiv genau wusste, was ein Arzt-

Patient-Verhältnis ist, aber die Praxis, die Übertragung im Motiv, vermochte er in der anfänglichen Situation nicht. Das „so“ markiert die Korrektur des Stuhles.

Eex: Ja, dann muss ich nur noch eine zweite Kamera & hinstellen &.
P09: & Ja, so & eigentlich mehr.

Dann musste der Sprecher V09 den Stuhl nochmals korrigieren, erkennbar an dem wiederholten „so“. Abermals stellte sich der Patient dadurch als sehr gewissenhaft, nahezu zwanghaft dar.

Elei: Gut. So, stellen Sie sich mal vor, die Frau Müller säße jetzt da, und erzählen Sie ihr doch mal, wie Sie die Beziehung zu ihr finden, so wie Sie es mir gerade erzählt haben, aber versuchen Sie mal das ihr zu erzählen, (.) so als ob sie da sitzen würde.
P09: Ja, ich sehe die Beziehung halt (.) als Vertrauensbasis,...

Nach einer auffallend ausführlichen Explikation zur Einleitung des psychodramatischen Spieles war der Patient nicht in der Lage, zu der fiktiven Ärztin zu sprechen, sondern er redete über die Beziehung. Erneut verwendete er einen Begriff, der den Wortteil „Vertrauen“ in sich birgt, „die Beziehung als Vertrauensbasis“ – eine Vertrauensbasis wofür? Er sieht diese Beziehung, die er jetzt imaginieren sollte, als eine Vertrauensbasis für etwas anderes, vermutlich die Übertragung der Eltern-Kind-Beziehung.

P09: ... auf der Basis von Pa# von Arzt und Patient. (..) Ja, mehr fällt mir jetzt dazu nicht ein im Moment.

Es fiel ihm nichts ein. Der Patient zeigte sich leer für die Imagination. Er wirkte starr.

Elei: Hmm.
P09: Bin kein gutes Beispiel für Sie wahrscheinlich für die Studie (lacht).

Kognitiv erfasste der Sprecher V09, dass er kein gutes Beispiel für die Studie war. Er mochte der Aufforderung im Grunde aber genügen. Das deutet wiederum auf seine Servilität in der gegenwärtigen Beziehung hin.

Elei: Können Sie sich vorstellen, wie sie da sitzt? Können Sie vorstellen, was sie heute so an hat?
P09: Hat meistens Jeans an und irgendein Oberteil, meistens in blau. Also, was ich jetzt so mitbekommen habe.
Elei: Hmm. (..) Und, ähm können Sie es sich vorstellen, so ein bisschen, wie sie da sitzen könnte? (..) Bekommen Sie es vor das innere Auge hin?
P09: Ja, so ein bisschen.

Wie bereits bei der Altersbestimmung zu sehen war, nahm der Patient die Ärztin als Person nur wenig wahr bzw. wollte den Anschein erwecken, sie nicht wahrzunehmen.

men. Es scheint, dass sie ihn nicht interessierte, indem er signalisierte: „Ich schaue da nicht wirklich hin.“

Trotz verschiedener Hilfestellungen folgte keine weitere Schilderung seinerseits.

Elei: Hmm, wenn Sie normal bei ihr sind, sprechen Sie doch bestimmt sehr viel mehr.

P09: Ja, wir besprechen halt erst mal, das was so# die Werte und so weiter, diese Geschichte und dann (.) man erzählt mal was Privates mal so zwischen-durch oder so.

Weiterhin fungierte nicht die fiktive Ärztin als Gesprächspartner des Patienten, sondern Elei. Der Patient war nach der Aufforderung zum Spiel nicht mehr in der Lage, das zuerst in seine Schilderung Einfließende, der Wunsch nach Nähe und die Servilität, derenthalb ihn die Ärztin annehmen sollte, in die Praxis zu übertragen. Zuvor war das Private in der Schilderung dominant gewesen: Er kommt mal vorbei und dann reden sie ganz vertraulich. Sobald die fiktive Ärztin in der Logik des Spieles im Raume anwesend schien, überwog das Technische in seiner Darstellung. Die Hemmung in der Umsetzung des psychodramatischen Spieles ist wahrscheinlich in einer mangelnden Autonomie bzw. Souveränität begründet. Kognitiv musste der Patient wissen, wie das Spiel durchzuführen wäre, denn er hat aufgrund seiner Imagination der Arzt-Patient-Beziehung den Stuhl umgesetzt. Das Problem scheint auf einer anderen Ebene zu liegen: Eine Aufforderung zum „Rollenspiel“ birgt in sich eine paradoxe Intervention vergleichbar einer Beziehungsfalle – nämlich das Dilemma „sei spontan!“ Solange der zu einem Spiel Auffordernde, der Lehrer, eine Bezugsperson oder die Autorin mit Kameras, anwesend ist, existiert ein Publikum, gibt es Anweisungen und damit handelt es sich letztlich nicht um ein spontanes Spiel. Ein Proband muss relativ ungehemmt sein, entweder aufgrund von Extrovertiertheit oder aufgrund von Autonomie und Souveränität. Im Spiel besteht die erhöhte Gefahr, sich eine Blöße zu geben bzw. sich zu verraten. Ein Spieler wird gewissermaßen schutzlos. Um sich darauf einzulassen, bedarf es Vertrauen. Vertrauen war für diesen Patienten, wie gezeigt werden konnte, ein fortwährendes Thema. Anscheinend hatte der Sprecher P09 jedoch kein Vertrauen – er scheint sich nichts zuzutrauen in dieser Sequenz. Dies ließe auf ein mangelndes Selbstvertrauen schließen. Gleichzeitig kommt entsprechend der bisherigen Analyse erschwerend hinzu, dass der Sprecher P09 der anwesenden Autoritätsperson unterworfen sein musste, die zu diesem Zeitpunkt die primäre Bezugsperson darstellte und die paradoxe Intervention „sei spontan!“ an ihn richtete. Wenn er dieser Aufforderung hätte Folge leisten wollen, hätte er gemäß seiner bisherigen Schilderung einen Patienten in der Position des sich als unterwürfiges Kind einem Elternteil gegenüber Übertragenden spielen müssen. Dadurch hätte er aber die Servilität gegenüber der anwesenden Autoritätsperson verletzen können. Es wäre eine Konkurrenzsituation entstanden, da auch die

Autorin dem ärztlichen Komplex zuzurechnen ist. Der Patient hätte die Person, die die Untersuchung leitete, stabil davon trennen können müssen. Aber durch deren Präsenz als Autoritätsperson scheint er nicht die Freiheit erlangt zu haben, um die fiktive Figur der Ärztin innerlich aufbauen resp. das psychodramatische Spiel durchführen zu können. Er ging auf Nummer sicher und spielte nicht. Diese Interpretation bestätigt sich in der folgenden, bereits im Kapitel 7.2.1.2 vorgestellten Sequenz:

Elei: Machen Sie das doch mal. Versuchen Sie einfach mal sich vorzustellen, die sitzt da und erzählen ihr das, so wie sie das in der Sprechstunde machen könnten.

P09: Das fällt mir schwer, muss ich sagen (lacht).

Elei: Hmm, es ist leichter mit mir zu sprechen. Ich weiß.

P09: Können Sie sich nicht dahin setzen anstatt, dann würde es besser gehen (lacht).

Der dargestellte Zwiespalt hinsichtlich der Servilität wäre nicht mehr vorhanden gewesen, wenn die Autorin den antagonistischen Stuhl besetzt hätte. Dann hätte der Sprecher P09 im Bezug auf dieselbe Person, die Autorin, servil sein und die zuvor thematische Servilität in der Sprechstundensituation inszenieren können. Es wäre dann koinzident gewesen. Der Sprecher P09 scheint aber nicht in der Lage, in diesem akut bestehenden Kommunikationsverhältnis einen Praxisraum zu eröffnen.

Elei: Ich helfe Ihnen mal ein bisschen (geht hinter P => Edop:). Ähm, ja, Frau Doktor ich komme ja ganz gern zu Ihnen, es ist alles sehr schön und ich komme ja schon seit 1997 und ähm wir haben eine recht vertraute Beziehung, finde ich, und# können Sie mal weiter machen (uv).³⁸

P09: Ja, und ich bin ja sehr zufrieden mit der Geschichte bisher, komme sehr gerne her. (.) Konflikte hatten wir noch keine großen miteinander gehabt bis jetzt, die ja noch passieren können im Lauf der Jahre, wer weiß (lacht).

Erneut berichtete der Patient von der Geschichte und wiederum fehlte das „Ich“ in einem seiner Sätze. Das Vertrauen in die Ärztin war trotz der zuvor positiv geschilderten Beziehung verhalten, als gehöre diese Reserviertheit zu seiner Art der Vertrauensbildung hinzu.

P09: Mehr weiß ich nicht mehr.

Das psychodramatische Spiel kostete ihn große Überwindung. Der Patient signalisierte mit dieser Aussage, dass es nun genug für ihn sei. Er hätte spielen können, das hatte er in Ansätzen demonstriert, aber er wollte es nicht. Ein Spiel ist eine Form der Entäußerung. Im Spiel läuft er Gefahr, sich zu verlieren bzw. nicht mehr er selbst zu sein. Aufgrund seiner Unsicherheit, entsprechend der bisherigen Interpretation, ist anzunehmen, dass ihn die Angst, zu viel von sich preiszugeben, blockierte. Die

³⁸ Die Jahreszahl wurde nach der Analyse verändert.

Angst vor dem Preisgeben impliziert, dass man nur man selbst sein kann, wenn der andere nichts über einen weiß. Sobald der andere etwas über einen selbst weiß, könnte man nicht mehr existent sein – die Angst zu verschwinden. Außerdem wurde der Patient in den Interpretationen der vorangegangenen Sequenzen als sehr gewissenhaft, fast zwanghaft dargestellt. Deshalb ist anzunehmen, dass seine Hemmung hinsichtlich der Durchführung des Spieles zudem durch die Angst vor Kontrollverlust bedingt war. Eine Sequenz, die sich am Ende des Transkriptes befindet, bestätigt diese Interpretation:

Edop: Und jetzt gehen Sie mal herüber und antworten.

A09: Ach so, ja die Helferzellen sind so oder so, muss ich jetzt irgendwelchen# irgendwas dazu sagen (lacht). Ach Gott das fällt mir ja so schwer. Geht das nicht ohne Kamera (lacht).

Die an den Patienten herangetragene Aufgabe scheint ihm unangenehm, sogar peinlich. Ohne ein Publikum, in diesem Falle die Kamera, meinte er weniger gehindert zu sein.

Dieser Patient kann aufgrund der dargestellten Textstellen als sehr adhärent eingeschätzt werden, da er sich auch auf der Untersuchungsebene als hoch adhärent herausstellt. Die Motivation zur Adherence ist aber in erster Linie durch seine Servilität und die zumindest in Ansätzen vorhandene zwanghafte Persönlichkeitsstruktur bedingt. Zu einem Arbeitsbündnis aus der Perspektive eines autonomen Patienten scheint er jedoch nicht im Stande zu sein. Im Kontrast zu dem im vorangegangenen Kapitel beschriebenen Patienten sind allerdings keine Trotzelemente in seiner Art der Kontaktaufnahme vorhanden. Trotzdem kann auch dieser Patient dem Arzt nicht in seiner professionellen Rolle als Arzt in der Beziehung begegnen, was sich an der Stelle „sie meinen jetzt das Frau Doktor“, den Ritus des Frau-Doktor-Sagens, verdeutlicht. Auch dieser Patient scheint massiv auf das Arbeitsbündnis mit dem Arzt zu übertragen.

7.2.2.2.4 Patient 19

Die Eröffnungssequenz der psychodramatischen Exploration von Patient 19 wurde hinsichtlich der Verleugnung der spezifischen Funktionsdifferenz zwischen Arzt und Patient im Kapitel 7.2.2.2.1 dargestellt.

Eex: Ist das Ihr Stuhl auf den Sie sich gerade gesetzt haben, wenn ich gerade fragen darf, oder ist das der Stuhl von der Frau Müller?

In dieser Sequenz soll zusätzlich die von der Autorin (Eex) gestellte Eröffnungsfrage näher betrachtet werden. Die Frage war so formuliert, dass deren Beantwortung zwangsläufig dazu führen musste, eine Diskrepanz zur vorausgegangenen Eröffnung offenbar zu machen. Der Patient hatte sich nach der Anweisung, einen Stuhl für sich und einen für die Ärztin zu stellen, an eine im Raum befindliche Tischgruppe mit sechs Stühlen gesetzt statt die für das psychodramatische Spiel vorgesehenen Stühle im „Bühnenraum“ zu platzieren. Indem er sich an den Tisch setzte, könnte er bereits ausgedrückt haben, sich nicht auf das Setting einlassen zu wollen oder zu können, sondern ausschließlich eine Bereitschaft zum Gespräch zu signalisieren. Die Frage der Autorin war angesichts der vielen Stühle, die sich an dem Tisch befanden, nicht sinnvoll. Deswegen hätte die Beantwortung der Frage den Patienten tatsächlich dahin führen müssen, dass er der Anweisung nicht Folge geleistet hatte. Eine vollständige Beantwortung auf die implizit gestellte Frage „Warum leisten Sie meiner Anweisung keine Folge?“ hätte dementsprechend lauten können: „Ja, ich habe keine Lust dazu“ oder ähnliches.

Aus der Formulierung der Frage geht weiterhin eine autoritäre Nuance in dieser Situation hervor. Dem Fragesteller musste wegen des Einschubes „wenn ich gerade fragen darf“, womit eine Erlaubnis einholt wurde, geläufig sein, dass es sich dabei um eine Ermahnung handelte. Dieser autoritäre Anflug könnte auf ein Gegenübertragungsphänomen hinweisen. Wie sich im Kapitel 7.2.2.2.1 bereits gezeigt hat und in der späteren Analyse noch darstellen wird, neigte dieser Patient zur Übertragung einer autoritären Figur, denkbar eine Vaterfigur, auf den Arzt.

P19: Ach das ist egal. (..)

Mithilfe dieser Antwort konnte sich der Sprecher P19 der Aufforderung entziehen und gleichzeitig der oben beschriebenen Interpretation immanent antworten, indem er dann in Langschrift sagte: „Ihre Versuchsanordnung kümmert mich nicht, die ist mir egal.“ Während er sich entzog, leistete er geschickt Widerstand. Damit zwang er Eex wieder neu zu beginnen – er ging aus dem Feld, das Feld musste wieder aufgebaut werden.

Eex: &Ich frage (uv)&
P19: &so oder& so egal.

Das Unverständliche (uv) enthielt denkbar eine Begründung, warum die Frage formuliert wurde – der erneute Versuch das Setting zu starten. Nonverbal deutete der Patient an dieser Stelle zwei der sechs Stühle aus: „So oder so egal.“ Die darin enthaltene Verleugnung der spezifischen Funktionsdifferenz wurde bereits ausgeführt.

P19: Also das wäre dann die Frau Müller (Eex: und das) und das bin ich dann.
Eex: O.k.

Der Sprecher P19 ging in seiner Verleugnung der Differenz so weit, dass er sich selbst mit verleugnete, da er sich nicht ausdrücklich bestimmte. Wenn er sich seiner sicher gewesen wäre, dann wäre unverkennbar: „Das bin ich jetzt hier, dementsprechend muss das Gegenüber die Frau Müller sein.“ Dann ließe sich jedoch nicht sagen: „So oder so egal.“ Aber nachdem Eex darauf insistierte, die Stühle zuzuordnen resp. die Differenz zu benennen, lenkte er ein und definierte den Stuhl der Ärztin. „Und das bin ich dann“ erschien nur auf Nachfrage in der Form der zwingenden Schlussfolgerung: „Wenn es eine Frau Müller gibt, dann muss ich wohl auch zugeben, dass das ich bin.“ Eine unverkennbare Identität dieses Patienten scheint anhand dieser Sequenz bereits unwahrscheinlich, es deutet sich eine Ich-Störung an.

Eex: Hmm, und wie sprechen Sie sie an, wenn Sie in der Sprechstunde mit ihr reden?
P19: Mmm, Frau Doktor Müller.
Eex: Frau Doktor Müller.
P19: Ja, oder Frau Doktor halt.

Der Patient sprach die Ärztin ganz offiziell als Autoritätsperson an. Den Namen „Müller“ lässt er unter Umständen weg, indessen nie den Dokortitel.

Eex: Oder Frau Doktor. (P19: Hmm) Ich frage nur deswegen, weil wir sie jetzt hier auch irgendwie nennen und ähm (...) deswegen frage ich, wie Sie sie dort ansprechen. (...) &Wie würden Sie&
P19: &Wie gesagt& habe äh# als Sie noch meine Ärztin waren, da hatte ich irgendwie ähm (...) eine bessere Beziehung zu Ihnen als zur Frau Doktor Müller.

Der Patient hörte nicht das Ende der Ausführungen von Eex und fiel ins Wort. Ein „wie gesagt“ bedeutet immer die Einführung einer Antwort, im Sinne einer Erinnerung, die bereits gegeben wurde. Eine Möglichkeit wäre, dass „Wie gesagt“ sich auf das vorherige warm-up-Gespräch bezogen haben könnte, dann würde der Patient an dieser Stelle das Thema der Anrede für sich beschlossen haben und direkt begonnen haben, die Beziehung zu seiner Ärztin im Vergleich zur Autorin darzustellen. Der Sparsamkeitsregel sowie dem Wörtlichkeitsprinzip folgend hieße „Wie gesagt“ bezogen auf die zuvor gegebene Antwort des Patienten „Frau Doktor Müller“ oder „Frau Doktor“. In diesem Fall wäre jedoch zu erwarten gewesen: „Wie gesagt, Frau Doktor Müller.“ Die Äußerung des Patienten „ich habe äh“ wäre dann eine Spezifikation seiner Ausführung gewesen, entsprechend einer Erläuterung, warum er „Frau Doktor Müller“ sagte. Der explizite Vergleich „als Sie noch meine Ärztin waren, da hatte ich irgendwie ähm eine bessere Beziehung zu Ihnen als zur Frau Doktor Müller“ drückt

aus, dass er die Beziehung zu seiner aktuellen Ärztin im Vergleich zu der vorangegangenen, der Autorin, als nicht so gut wahrnahm. Verbunden mit dem Beginn seines Satzes würde er dann indirekt gesagt haben, dass er die Ärztin mit „Frau Doktor Müller“ anspräche, weil er keine gute Beziehung zu ihr habe. Der Patient hatte aber die Autorin ebenfalls mit „Frau Doktor Engelbach“ angesprochen. Trotzdem kontrastierte er zu seiner vorherigen Ärztin, mit der er sich besser verstanden habe. Er scheint, wenn die der Sparsamkeitsregel und Wörtlichkeitsprinzip folgende Interpretation zuträfe, die konkrete Anrede im vorausgegangenen Arbeitsbündnis vergessen zu haben. Daraus ließe sich schließen, dass es sich um ein Schema handelte, die Ärzte mit dem Dokortitel anzusprechen, und dass er selbstredend die Beziehung zu den Ärzten nach dem Muster von Autoritätspersonen zu interpretieren scheint, tendenziell der autoritäre Vater. Außerhalb dieses Schemas hätte er dann wahrgenommen, mit wem er sich besser oder schlechter verstanden hat. Die ausdrücklichen Schmeicheleien, die der Sprecher P19 an dieser Stelle an die Autorin richtete, waren wahrscheinlich dadurch motiviert, dass er die Gefahr durch die anwesende Autoritätsperson bannen wollte.

P19: Das stimmt schon.

Mit „das stimmt schon“ besiegelte der Sprecher P19 seinen Redebeitrag als einen, der eine vorangegangene Redesequenz des Gesprächspartners bestätigt. Es wurde allerdings seitens der Autorin nicht thematisiert, dass die Frau Müller eine Person sei, zu der man kein herzliches Verhältnis entwickeln könnte. Es entsteht der Eindruck, der Patient hätte die Autorin diesbezüglich eingemeindet, als ob sie gesagt hätte, dass es sich bei der Ärztin um eine handele, mit der man kein herzliches Verhältnis haben könne. Er sicherte sich ab.

P19: Ich weiß nicht, also es ist mir irgendwie auch alles leichter gefallen, als ich so mit Ihnen damals äh als Sie äh mich da als Patient hatten.

Nun agierte der Patient in der aktuellen Beziehung. Er demonstrierte, wie seine Praxis der Beziehungsaufnahme vonstatten geht, indem er versuchte die Beziehung diffus zu gestalten bzw. auf Nähe zu bringen. Dies entspräche dem Gegenteil seiner anfänglichen Darstellung, dass er sich keine Gedanken über die Ärztin machte – eine Bestätigung der Interpretation. Dieser Widerspruch ist deutlich als Abwehrverhalten zu verstehen, bei dem der Wunsch nach Nähe mit dem Arzt abgewehrt werden musste. In dieser Sequenz zeigt sich offenbar, dass die widersprüchliche Einheit von spezifisch und diffus in dem Arbeitsbündnis nicht aufrecht erhalten werden kann, eventuell weil keine Gleichzeitigkeit seines Krankseins und seines Verfügens über gesunde Anteile bestehen kann.

P19: Jetzt mit der Frau Doktor Müller ist auch kein Problem, also so# ist nicht schlimm, aber (seufzt)...

Der Patient schwankte innerhalb eines Satzes: Zuvor hatte er noch den Kontrast zur vorangegangenen Ärztin betont, soeben sagte er: „mit der Frau Doktor Müller ist auch kein Problem“. Aber es gab doch ein Problem – „ist nicht schlimm“.

Eex: Wie würden Sie denn die Beziehung zur Frau Doktor Müller, jetzt wirklich mal neutral jetzt &ohne& den Vergleich zu mir.

P19: &Kalt&

Der Patient fällt in lakonischer Weise ein hartes Urteil über die Beziehung: „Kalt.“ Eine solche Beurteilung deutet auf ein wenig differenzierte Sichtweise – schwarz oder weiß vergleichbar einer frühkindlichen Entwicklungsphase oder einem strukturellen Defizit im Erwachsenenalter – hin. Wenn ein Patient die Beziehung zu seinem Arzt als kalt empfindet, dann müsste er im Grunde den Arzt wechseln, weil eine kalte resp. nicht lebendige Beziehung nicht fruchtbar sein kann. Im Sinne der widersprüchlichen Einheit von spezifischen und diffusen Sozialbeziehungen hinsichtlich der Arzt-Patient-Beziehung bedeutet dies, dass der Patient sämtliche diffusen Anteile abwehrte oder verleugnete. Es gab kein Arbeitsbündnis.

Eex: Kalt.

P19: Kalt.

Eex: Sie sagen es ist eine Autoritätsperson (P19: Ja), es ist kalt. (P19: Ja)

Hatten Sie schon mal das Gefühl, dass da auch ein Konflikt da war?

P19: Ja.

Er führte jedoch den Konflikt nicht weiter aus.

Eex: Um was ging es dabei?

P19: Ich meine, das war damals äh habe ich äh# ich hatte gedacht, ich hätte eine Harnwegsinf# äh Infektion...

Der Patient erweckt durch die Aussage „Ich meine das war damals“ den Anschein, dass er sich seiner Erinnerung nicht gewiss gewesen sei. Eigentlich müsste es heißen: „Das war damals“ oder allenfalls „ich glaube, das war damals“. Seine Ausformulierung des Satzes impliziert eine Unsicherheit hinsichtlich des Anlasses: „Ich meine, das war damals als...“ Im Gegensatz zu einem konkreten Zeitpunkt, der leicht einer Täuschung unterliegt, wird im Allgemeinen die Gelegenheit bzw. der Anlass passend erinnert. Bei einer wörtlichen Ausbuchstabierung des „ich meine“ hieße es in Langschrift: „Es könnte auch ein ganz anderer Anlass gewesen sein, als ich mit ihr einen Konflikt hatte.“ Dies wäre aber ein Indiz, dass es immer wieder Konflikte geben hatte bzw. der Konflikt ein Dauerkonflikt war. Das „ich meine“ rückt eine erinnerungs-

fähige Sache in eine Unverbindlichkeit hinein. Deshalb ist anzunehmen, dass es aus seiner Sicht mit der Ärztin immer problematisch war.

P19: ... und habe mir von der Frau Doktor Müller halt auch Medikamente geben lassen gegen Harnwegsinfektion...

Das diagnostische Urteil der Ärztin, ob es sich um eine Harnwegsinfektion handelte, war nicht der Erwähnung wert. Der Patient definierte Harnwegsinfektion und daraufhin hatte die Ärztin ihm etwas dagegen zu verschreiben. An diesem Punkt wurde Frau Müller auf eine Rezeptverschreiberin reduziert. Ihr Urteil spielte in seiner Darstellung überhaupt keine Rolle.

P19: ... und bin dann# es ging dann aber nach einer Woche nicht weg und dann bin ich ins Krankenhaus, ja, also hier unten ins Haus 68, und die haben dann festgestellt, dass ich wieder eine Nierentuberkulose habe.

„Wieder eine Nierentuberkulose“ bedeutet, dass der Patient bereits häufiger eine Nierentuberkulose hatte – ein erneuter Versuch die Ärztin in ihrer diagnostischen Kompetenz zu degradieren. Denn „wieder eine Nierentuberkulose“ impliziert, dass die Ärztin noch nicht mal ein Rezidiv, worauf besonders zu achten gewesen wäre, richtig zu diagnostizieren wusste. Letztlich bestimmte er die Ärztin in dieser Sequenz sinngemäß als diagnostische Niete: „Ich habe ihr gesagt: ‚Harnwegsinfekt.‘ Daraufhin, weil ich, das weiß sie schon, diagnostisch besser bin als sie, hat sie mir gleich das Richtige gegen Harnwegsinfektion verschrieben. Aber es war eben falsch. Das haben die unten im Haus 68, aber nicht sie, dann festgestellt – eine Nierentuberkulose.“

P19: Und ähm seitdem haben wir auch nie wieder so richtig zusammen gesprochen oder so.

„Seitdem haben wir nicht mehr gesprochen“, obwohl sie noch die behandelnde Ärztin war. Er stellte es dar, als ob es ein totales Zerwürfnis gegeben hätte. Erneut drängt sich die Frage auf, warum er nicht den Arzt wechselte. Der Sprecher P19 verhielt sich, als ob die freie Arztwahl in diesem Land nicht existent wäre. Er schien gefangen von Frau Müller, die er für eine absolute diagnostische Niete und außerdem noch für einen Eisklotz auf der Beziehungsebene hielt. Daraus lässt sich schließen, dass er es so wollte: Er wollte sich als Opfer sehen oder er brauchte eine ständige Anklagemöglichkeit. Er suchte anscheinend dieses Verhältnis.

P19: Ich war einmal bei ihr, ganz kurz (.) und da war nichts so# die Werte das war alles einigermaßen in Ordnung gewesen und das war das einzigste Mal seit einem Jahr, dass ich die Frau überhaupt# dass ich mit ihr mal kurz geredet habe (Eex: Hmm)...

Die Kontakte zu der Ärztin wurden von dem Patienten als selten dargestellt, „dass ich die Frau überhaupt“ vermutlich „gesehen habe“, und er verstärkte: „dass ich mit ihr mal kurz geredet habe.“

Der Sprecher P19 offenbarte in seiner Schilderung den Kontakt mit ihr, als ob er derjenige sei, der sich dazu entschließe, nur kurz mit ihr zu reden. Wenn er sich über sie beklagen wollte, hätte er formulieren müssen: „Sie hat nur kurz mit mir geredet.“ Aber er sagte „ich habe nur kurz...“ Damit drückte er aus: „Es gab keinen Grund, länger als nötig mir ihr zu reden.“ Das wirft abermals die Frage auf, warum wechselte der Patient nicht den Arzt. Zudem verweist das einmal mehr auf seine Ambivalenz, dass er eine elterliche Autorität in der Arzt-Patient-Beziehung imaginierte und auf selbige übertrug, zugleich aber diesen Nähe-Wunsch abwehrte, indem er ausdrückte: „Ich will mit denen nichts zu tun haben.“ Letzten Endes versuchte er sich gleichsam souverän darzustellen: „Ich habe nur kurz mit ihr geredet. Was habe ich mit ihr zu schaffen.“ Mehr und mehr zeichnet sich ab, dass diese Ärztin in seinen Augen Luft war. Eine vertrauensvolle Arzt-Patient-Beziehung ist nicht vorstellbar.

P19: Wenn ich sie# wenn ich dahin komme und sie sehe, dann „Hallo“ und äh das ist eigentlich eine ganz normale Beziehung, es ist nicht negativ aber auch nicht positiv.

Der Patient korrigierte seine Aussage „wenn ich sie“ – wahrscheinlich „sehe“ – zu dem Satz „wenn ich dahin komme und sie sehe“. Der Satz „wenn ich sie sehe“ würde dahingehend ein Gewicht setzen, dass er sie sehen wollte bzw. dass er bereitwillig dahin ginge. Die Lesart „Wenn ich überhaupt mal dahin komme“ erscheint ebenfalls möglich. Gleichzeitig ist die Ambivalenz spürbar, weil der Wunsch, dass sie sich um ihn kümmern möge, darin verborgen zu sein scheint.

Die Beziehung wurde neutralisiert – „nicht negativ aber auch nicht positiv“. Dies entspricht der anfänglichen Äußerung „über das Alter habe ich mir nie Gedanken gemacht.“ Er erweckte so den Anschein, nichts mit ihr zu tun zu haben – eventuell durch die Abwehr seiner Beziehungswünsche motiviert.

Eex: Aber auch nicht so warm. Hat sie Sie vielleicht ein bisschen nicht ernst genommen, oder auch# wenn Sie sagten, sie dachten, sie hätten einen Harnwegsinfekt und dann hatten sie sogar eine Nierentuberkulose, das ist ja schon (.) &recht schwerwiegend&

An dieser Stelle soll nochmals eine von der Autorin gesprochene Sequenz näher betrachtet werden. „Ein bisschen nicht“ ist sprachlich nicht sinnvoll, möglich hingegen wäre „ein bisschen zu wenig“ oder „ein bisschen zu viel“. Als Lesart wäre in diesem Zusammenhang zu vermuten: „Oder liegt es ein bisschen daran, dass sie Sie nicht ernst genug genommen hat?“ Ein ausschließliches „nicht ernst genommen“ wäre zu apodiktisch: „Hat sie Sie nicht ernst genommen“, im Sinne von gar nicht ernst ge-

nommen. Durch die Hinzufügung der Worte „ein bisschen“ sollte die Aussage möglicherweise im Hinblick auf einen Loyalitätskonfliktes mit der Ärzteschaft gemildert werden.

Bezüglich der weiteren Dynamik des psychodramatischen Spieles bekam das Wort „sogar“ Bedeutung. Dadurch wurde von der Autorin eine Steigerung angesprochen, die zuvor nicht thematisiert wurde. Indem sie die Fehldiagnose im Sinne einer Abstufung hinsichtlich Schwere bzw. Bedrohlichkeit der Erkrankung bewertete, wurde ausgedrückt, dass die vermutete Harnwegsinfektion seitens der Ärztin auch nicht ausnahmslos ernst genommen wurde. Das Wort „sogar“ macht nur Sinn unter der Annahme, dass die Ärztin nicht mal die Harnwegsinfektion ernst genommen hat. Dies ist aber aus der bisherigen Schilderung des Patienten nicht hervorgegangen, denn die Ärztin hat ihm Medikamente gegen die Infektion verschrieben. Möglicherweise entspricht diese Interpretation einem szenischen Verstehen der Klage des Patienten über die Ärztin, in der dieselbe derart erscheint, dass sie ihm, um ihn los zu werden, das Medikament verschreibt und sich darüber hinaus nicht auf ihn einlässt. Aber an dieser Stelle wurde die berichtete Beziehung durch die Autorin in die Richtung dramatisiert, dass die Ärztin ihn für einen Übertreiber hält. Dann ist der Ausdruck „recht schwerwiegend“ bezüglich des Vernachlässigungsgrades bzw. des Nicht-ernst-Nehmens des Patienten seitens der Ärztin zu deuten. Dieses Nicht-ernst-Nehmen bestünde allerdings nicht darin, dass sie sich ihm zu wenig zuwendete, sondern dass seine Beschwerden nicht ernst genommen würden bzw. dass ihm von der Ärztin eine Übertreibung unterstellt würde. Durch den Ausdruck „recht schwerwiegend“ wird der Patient in seiner Darstellung bestätigt: „Da kann man zurecht misstrauisch sein.“

P19: &Das ist richtig& weil# das ist auch# das hängt viel mit mir zusammen...

Sofort bestätigt der Patient obige Interpretation und die Dramatisierung war, wie sich an der folgenden Passage zeigt, erfolgreich. Postwendend formulierte er: „das hängt viel mit mir zusammen“ – welchen Eindruck er der Ärztin vermittelte. Dem folgte die im Kapitel 7.2.2.2.1 bereits beschriebene Passage:

P19: ... ja dass# äh ich komme dahin und sage: „Oh, ich habe schon wieder eine Harnwegsinfektion“, obwohl es gar keine ist, also ich wusste es nicht, ich habe wirklich gedacht, es wäre eine (Eex: Hmm) Harnwegsinfektion.

In der Logik der Darstellung hätte sich in dieser Sequenz die Ausführung anschließen müssen, was es denn sei, das mit dem Patienten zusammenhing. Eine mögliche Lesart wäre, dass er sich im Grunde realistisch als der Bestimmende sah – er erzählte, er habe eine Harnwegsinfektion und sogleich glaubte die Ärztin es. Oder

er führte das Thema nicht weiter aus und das, was mit ihm zusammenhing, bezog sich implizit auf die Darstellungsform.

Eex: Na, das können Sie ja auch nicht unbedingt wissen.

P19: Kann ich auch nicht unbedingt wissen...

Der Patient musste es auch nicht wissen. Er war schließlich ein Patient, verhielt sich aber, als wäre er schuldig bzw. als ob er sich wegen seiner Fehldiagnose hätte verteidigen müssen. Er vermischte erneut die Verantwortlichkeiten zwischen Arzt und Patient.

P19: ... und äh dann kommt so was...

Dieser Anschluss schließt nicht an das Vorgegangene an. Eine solche Äußerung wäre an dieser Stelle nur berechtigt, wenn er sagte: „Sie behauptet, es wäre eine Harnwegsinfektion und dann kommt so was. Dabei bin ich davon ausgegangen, dass sie eine gute Diagnostikerin ist.“ Dass es sich bei der Ärztin um eine gute Diagnostikerin handele, hatte der Patient ihr indessen zuvor abgesprochen. Die einzige denkbare Lesart für diesen Satz ist folglich, dass der Patient ihn zu sich selbst sprach, weil er die Fehldiagnose gestellt hatte. Die Ärztin tauchte diesbezüglich nicht mehr in seiner Darstellung auf.

Eex: Hmm, wir können ja jetzt mal probieren# Sie sitzen ja jetzt schon auf Ihrem Stuhl, ich setzte mich mal so ein bisschen raus. Ähm können Sie sich vorstellen, dass Sie jetzt mit der Frau Müller zusammen in der Sprechstunde sind?

P19: Ja.

Elei: Ja, Sie haben ja einen Stuhl für sie hingestellt. Stellen Sie sich einfach mal vor, die säße da auf diesem Stuhl.

P19: Hmm.

Elei: Ja? Und Sie haben mir ja gerade so ein bisschen was gesagt, auch von einem Konflikt, ja? Versuchen Sie mal die Sachen direkt zur Frau Müller zu sagen.

P19: Das Problem ist, es gab nie einen Konflikt.

Nach einer sehr expliziten Anweisung, bei der wahrscheinlich bereits antizipiert wurde, dass die Durchführung des psychodramatischen Spieles sowie des Rollentausches schwierig werden könnte, ging der Patient analog der anfänglichen Struktur „Ach, das ist egal“ wieder erfolgreich aus dem Feld: „Das Problem ist, es gab nie einen Konflikt.“ Er entwich.

Elei: Ja, das macht ja &nichts&.

P19: &Es ist& einfach so# (.) kennen sie bestimmt auch, so einfach unter den Teppich gekehrt worden, ja und war dann# (..)

Das Unter-den-Teppich-Kehren war seine Strategie und zugleich beklagte er es.

Elei: Macht ja jetzt nichts, (P19: Hmm) wir haben ja hier so eine virtuelle Situation, ja?

P19: &Zumal äh&

Elei: &Wir& können ja so tun als ob die Frau Müller da säße und machen einfach mal den Konflikt. (...) Der muss ja jetzt nicht so da gewesen sein, aber Sie haben es ja so empfunden, ja?

P19: Empfundene eigentlich# ja, das war aber nicht bei so einem Treffen oder bei einem Gespräch gewesen...

Empfunden hatte der Patient das wahrscheinlich erst hinterher, als die Ärztin nicht mehr anwesend war.

P19: ... sondern einfach nur äh am Anfang, also bevor das mit dieser Harnwegsinfektion war, da kam mir (.) die Frau (.) irgendwie offener vor, so freundlicher auch, ja, und jetzt ist sie so ein bisschen# na ja, es kann auch sein, dass sie denkt, ach der hat da sowieso kein Interesse an der ganzen Sache.

Der Harnwegsinfektion wurde von dem Patienten zum alles überschattenden Ereignis stilisiert. Er haftete an diesem Thema. Erneut vertauschte er die Arzt- und die Patientenperspektive: War es zuvor noch er gewesen, der dachte, dass die Ärztin kein Interesse habe, wurde diese Perspektive nun der Ärztin zugeschoben, dass sie denke, dass er kein Interesse habe.

Elei: Versuchen Sie mal, das direkt zu der virtuellen Frau Müller auf diesem Stuhl zu sagen, ja, ich versuche mal so ein bisschen hier raus zu gehen. Ich weiß, es ist einfacher mit mir zu sprechen als mit jemandem, der gar nicht da ist, ja.

P19: Richtig.

Elei: Aber Probieren Sie es mal.

P19: (seufzt) Ich würde das auch nie so (.) mit ihr da drüber sprechen.

Der Patient schien nicht über Konflikte bzw. Gefühle sprechen zu können. Er konnte es zumindest nicht mit der Frau Müller. Wahrscheinlich erwartete er, dass sie seine Bedürfnisse von den Lippen ablas. Dann hätte er wiederum eine Elternfigur übertragen, dieses Mal nicht den autoritären Vater, sondern vielmehr die verständnisvolle Mutter. Er selbst konnte nicht darüber reden.

Elei: Na sie ist ja nicht da, hier dürfen Sie alles sagen.

P19: Ja, ja, aber ich habe mir auch noch nie so Gedanken da drüber gemacht.

Der Patient entwich wieder. Es liegt nahe, dass er sich hinsichtlich seiner Gefühle oder Darstellungen nicht festlegen lassen mochte. Er rückte aus dem Problemfeld heraus: „Ich habe mir noch nie Gedanken darüber gemacht!“ Dabei berichtete er über das Thema zuvor und widersprach sich damit stehenden Fußes.

Edop: Also Frau Müller, ich finde die Beziehung zu Ihnen schon ein bisschen kalt. So eine Arzt-Beziehung ist ja etwas autoritäres, aber vor allem seit ich das mit dem Harnwegsinfekt hatte, oder ich dachte, es wäre ein Harnwegsinfekt,

und Sie haben das auch nicht richtig ernst genommen, was ich so gesagt habe damals, und ähm ja, dann bin ich unten auf die 68 gekommen und dann war es eine Nierentuberkulose, ja und seitdem#

P19: Ja ist ganz kalt geworden.

Edop: Seitdem sind Sie ganz kalt geworden.

P19: Ja, so interesselos.

Edop: Hmm, seitdem interessieren Sie sich gar nicht mehr für mich.

P19: Ja, aber ich kann es auch gut verstehen...

Der Patient war trotz der Hilfestellungen der Autorin in der Doppelrolle nicht in der Lage, zu der fiktiven Ärztin zu sprechen. Wie zu einem Beschützer sprach er ausschließlich zu der Autorin. Bereits im letzten Kapitel wurde das Unvermögen, sich auf das psychodramatische Spiel einzulassen, analysiert. Es handelte sich bei diesem Patienten ebenfalls nicht um ein Fähigkeitsdefizit im kognitiven Sinne, sondern er nahm die Rolle des Patienten gar nicht wahr. Um diese Rolle wahrzunehmen, hätte er das Interesse gesund zu werden bzw. den bestehenden Gesundheitsstatus zu erhalten verfolgen müssen. In dieser Sequenz erweckt er den Anschein, dass er immer darauf angewiesen gewesen sei, einen Stellvertreter zu haben, der für ihn spreche. Der Patient scheint wie ein Kind mit der Mutter zum Arzt zu gehen, indem er nicht selbst, sondern die Mutter das Notwendige bespricht. Zum ärztlichen Arbeitsbündnis gehört jedoch auch, dass der Patient eine gewisse Autonomie aufbringt. Dazu scheint er nicht in der Lage gewesen zu sein.

P19: Wenn ich Arzt wäre und jemand hat äh nicht so das Interesse an seiner Krankheit, äh dann nehme ich mir auch nicht so viel Mühe, mache ich mir nicht so viel Mühe.

Der Sprecher P19 brachte in dieser Sequenz zum Ausdruck, dass er kein großes Interesse an seiner Krankheit habe. Kein Interesse an einer Krankheit zu haben, die im unbehandelten Zustand progredient verläuft – wie es der Patient seinen eigenen Schilderungen zufolge auch bereits erlebt haben musste, da er bereits an einer Tuberkulose erkrankt war –, weist darauf hin, dass dieser Patient kein Interesse an seiner körperlichen Integrität, wahrscheinlich sogar an seinem Leben zu haben scheint.

Zudem lassen sich in dieser Sequenz Unklarheiten hinsichtlich der Zuordnung der Personalpronomen in seiner Formulierung finden: „Wenn ich Arzt wäre und jemand hat nicht so das Interesse an seiner Krankheit“, das Wort „seiner“ lässt sich ebenso auf den Patienten wie auf den Arzt beziehen. Es handelt sich somit um eine ambigue Formulierung – eine weitere sprachliche Evidenz für eine Rollenvermischung. Die Zuordnung Arzt/Patient war von Anbeginn uneindeutig. Ein weiteres Indiz für seine Schwierigkeit bezüglich der Rollenzuweisung ist der nicht stringente Gebrauch des Konjunktivs. Tatsächlich müsste es aus der Perspektive des Patienten lauten: „Dann nähme ich mir nicht so viel Mühe, dann machte ich mir nicht zu viel Mühe.“ Indem er trotz zuvor einwandfreier Anwendung des Konjunktivs in den Indikativ verfällt, wech-

selte er in die Perspektive des Arztes. Als Patient hätte er den von ihm beim ersten Verb des Satzes eingeführten Konjunktiv beibehalten müssen. Der Patient scheint wahrhaftig nicht in der Lage, die Patientenrolle einzunehmen, weil er die Zuordnung innerhalb der Beziehung nicht herstellen kann. Eine Abgrenzung des Ichs zur Umwelt scheint beeinträchtigt.

P19: Das ist es doch eigentlich. Das ist im Grunde genommen meine Schuld. Ich finde es halt traurig. Mir wäre es lieber es wäre wieder so wie vor der Harnwegsinfektion. Das, das war für mich einfacher. Das war offener. Heutzutage, wenn ich Frau Müller sehe, dann lasse ich mir einfach nur die Werte durchsagen, was schlimm ist und, und äh ob sie was festgestellt haben oder so und dann gehe ich wieder.

Dann übernahm der Patient wieder die andere Perspektive. Wenn er den Konjunktiv beibehalten hätte, wäre durch den Wechsel in den Indikativ der Perspektivenwechsel markiert gewesen.

Seit der Harnwegsinfektion existierte überhaupt kein Arbeitsbündnis mehr. Die Beziehung beschränkte sich auf das Erteilen von Auskünften. Nochmals stellt sich die Frage, warum er den Arzt nicht gewechselt hat. Es lässt sich davon ausgehen, dass er, wenn er ein Arbeitsbündnis haben wollte, schon lange den Arzt gewechselt oder mit seiner Ärztin ein Gespräch mit dem Ziel geführt hätte, das Verhältnis zu ändern.

Edop: Hmm, früher waren sie [die Gespräche] auch schon kurz, aber heute sprechen wir nur noch über Werte.

P19: Ja, das geht also ist nichts mehr Persönliches dabei oder so, gar nichts mehr. Mmm, weiß nicht, vielleicht ist es besser so, vielleicht auch nicht. (..) Das kann ich überhaupt nicht so sagen. Ich habe das einfach äh, habe das aufgenommen, bewusst aufgenommen und habe halt das, mache das halt jetzt so weiter, dass ich mir meine Werte abhole, dass ich Bescheid weiß, dass nichts Schlimmes ist, und gehe wieder, und äh ich habe mich damit abgefunden.

Die zuvor von dem Patienten ausgedrückte Tendenz „es gibt keine Probleme“ lässt sich an dieser Stelle mit der generellen Neigung „ich habe mich damit abgefunden – ich will keine Arzt-Patient-Beziehung“ in Verbindung bringen. Der Patient scheint vehement die Beziehung zu seiner Ärztin abzuwehren. Nach der bisherigen Interpretation scheint sich dahinter eine negative Arzt-Patient-Beziehung zu verbergen, die er vermutlich aufgrund der Übertragung einer autoritären Figur nicht explizit benennen durfte. Jedenfalls demonstrierte er in dieser Situation: Es gab kein Arbeitsbündnis, der Patient ging dem aus dem Weg. Er scheint als Problemträger nicht existent, vermutlich ebenfalls nicht als ein Krankheitsträger im ganzheitlichen Sinne. Seine Krankheit hat er zwar einerseits, andererseits scheint er sie abgespalten zu haben. Die Anteile, derer es für die Erhaltung seines Gesundheitszustandes resp. seiner körperlichen Integrität bedurft hätte und die ebenfalls für das Arbeitsbündnis mit einem Arzt vonnöten gewesen wären, waren nicht verfügbar.

Elei: Hmm, setzen Sie sich mal auf den Platz von der Frau Müller, versuchen Sie mal sich in ihre Rolle einzufühlen, ich übernehme mal verbal das, was Sie gerade gesagt habe. (..) Also Frau Müller, also seit ich das mit der Nierenentzündung, mit der Nierentuberkulose hatte, habe ich so das Gefühl, dass unsere Beziehung einfach nur noch formell ist. Ich bin zwar selbst ein bisschen daran Schuld aber# weil ich mich nicht so wirklich um mich kümmere, aber ich finde das schon schade. Was sagen Sie denn dazu?

A19: (..) Tja (..) das ist so (..) stimmt ja auch. Ich denke, dass äh sie das fand äh dass sie denkt, die Frau Doktor Müller denkt ich habe es probiert...

Als Ärztin konnte er nicht reagieren. Das Arbeitsbündnis war in seiner Logik nicht präsent, er scheint diese Logik abgewehrt zu haben. Das psychodramatische Spiel scheiterte vermutlich, weil der Patient kein Interesse hatte. Durch seine Selbstaufgabe lebte er in einer depressiven beziehungslosen Position. Die Beziehungslosigkeit zu der Ärztin ist wahrscheinlich ebenfalls auf andere Beziehungen übertragbar.

P19: ... die Frau Doktor Müller denkt ich habe es probiert, es hat nicht so gut geklappt, es ist zwar nicht so, dass ich äh dass sie mich als Patient ablehnt, aber äh das äh fehlen mir die Worte jetzt. (..) Sie hat mich halt als Patienten und macht das auch alles ganz normal, aber (..) mehr ist da nicht mehr. Da ist überhaupt nichts so (..) Persönliches. (..) Ich weiß nicht, wie ich das ausdrücken soll. (..)

Elei: Hmm, (..) schade. (...) Gut#

Das Wort „Gut“ sollte die Untersuchung beenden, plötzlich sprudelte der Patient förmlich und erzählte:

P19: Schauen Sie mal, ich habe im Grunde genommen so viele Ärzte hier gehabt. (Elei: Hmm) Da war erst die Frau, ähm Ihre Kollegin, (Elei: Maier) Frau Doktor Maier, da die habe ich bestimmt 20 mal versetzt, dann haben Sie mich übernommen und da bin ich ja auch nicht so oft hingekommen und, als Sie dann gegangen sind, bin ich ja zur Frau Doktor Müller gekommen. Also, da hat man gesagt die Frau Doktor Müller, da gehen Sie zu der jetzt hin, auch o.k. Ich habe ja nichts gegen die Frau...

Sein Bericht wirkt fast, als wäre er stolz darauf gewesen, wen er im Laufe seiner Patientenkarriere schon wie häufig versetzt hatte. „Ich habe hier so viele Ärzte gehabt“, in seiner Aufzählung waren es jedoch lediglich drei. Der Sprecher P19 stellte sich somit als einer mit hohem Ärzteverschleiß dar. Gleichzeitig scheint er den letzten Arztwechsel selbst als eine Art Strafe interpretiert zu haben – „da gehen Sie zu der jetzt hin, auch o.k.“.

P19: Im Gegenteil ich bewundere diese Frau anhand ihrer Fähigkeiten aber (..) ich habe mir da auch nie so Mühe gegeben, da irgendwie ein bestimmtes Verhältnis zu den Ärzten zu haben. Für mich war eigentlich immer nur wichtig: (.) Du äh, ich komme dahin, mache meine Blutentnahme...

Ein erneuter Perspektivenwechsel: Er machte die Blutentnahme selbst – „Ich mache meine Blutentnahme.“

P19: ... dass einfach, einfach alles läuft, so wie es sein soll, ja, und äh persönliche Sachen oder so habe ich mir eigentlich nie so Mühe gegeben...

Faktisch kommt seine Beziehungslosigkeit deutlich zum Ausdruck.

P19: Für mich war immer nur wichtig die Ergebnisse. (E1: Hmm) So war das eigentlich immer gewesen. (.) Ich gebe die größte Schuld an allem eigentlich mir.

Zuvor war es noch die Essenz seiner Darstellung gewesen, dass er derjenige war, der kein Patient sein wollte, dem folgte jetzt sehr abstrakt: „Ich gebe mir die Schuld.“ Wahrscheinlich war dies Bestandteil seines Widerstandes, denn es folgte keine Konsequenz aus dieser Einsicht. Es wirkt generalisiert, in Langschrift könnte das lauten: „Ich nehme alle Schuld auf mich, aber lasst mich in Ruhe, ich will mich nicht verändern.“ Die vitalen Energien, die sich unter anderem in Beziehung äußern könnten, oder die Katexen zur Besetzung der Umwelt scheinen zurückgezogen gewesen zu sein. Der Patient nahm anscheinend nur noch reduziert am Leben teil.

E1: Weil Sie sich keine Mühe gegeben haben (P19: Ja) oder warum?

P19: Weil ich so oberflächlich bin, das ist es eigentlich. Und wenn also jemand oberflächlich zu mir ist, äh dann sehe ich, er hat nicht dieses Interesse und warum soll ich mich dann verrückt machen, wo ich nicht krank bin, sondern er selber, er muss doch erst mal von sich aus kommen, ja.

Der Patient nahm wiederum die Arztrolle ein. In einer destruktiven Hellsichtigkeit hat er kognitiv die Einsichten übernommen, keinesfalls um sich zu ändern, sondern um Veränderungen zu vermeiden. Damit könnte er immer sagen: „Ja, ich weiß schon. Man muss es mir nicht erst sagen, aber verändern tue ich mich nicht.“

E1: Also, sie verstehen, dass die Ärzte so &reagieren&

P19: &Ich kann das& gut verstehen, ich kann das sehr gut verstehen halt, gell. Ich merke es halt immer so diese# na ja nächstes Mal kommt der sowieso wieder nicht, der hat im Grunde genommen kein Interesse, der hat jetzt Schmerzen und deswegen ist er gekommen. So ist es eigentlich. Aber ich finde auch solche Leute sollten die Ärzte respektieren, (.) ne. Es ist nicht jeder so, also ich bin da nicht so, dass ich da ach Gott ich habe AIDS und jetzt muss ich aber was machen und so und renne dann nur noch von Pontius zu Pilatus.

Sodann sagte es der Sprecher P19 selbst förmlich: „Ich bin gar nicht richtig krank.“

P19: Mache ich nicht, nee. Das ist halt so, ich bin halt krank und kümmerge mich ein bisschen da drum ja, weil mit Schmerzen kann man halt nicht leben.

Der Patient reagierte im Grunde nur und gestaltete nicht mehr selbständig.

P19: Das war eigentlich immer das wichtigste für mich. Und ich weiß nicht, entweder wird es irgendwann in meinem Leben ein Medikament geben, was die Sache wieder ein bisschen ausbügelt. Nur das ist ja auch so: Ich habe ja so viele Nebenerkrankungen schon gehabt, dass, auch wenn es jetzt mal was gegen AIDS oder HIV geben würde, ich wäre ja immer noch todkrank. (Elei: Hmm) Da wären zwar die, da wäre zwar das HIV weg, aber ich habe ja noch tausend andere Sachen. (...) Das heißt im Grunde genommen, ist für mich der Zug abgefahren.

Er verfiel in totale Depression.

P19: Mmm und deswegen gebe ich mir da auch nicht mehr so Mühe. Wenn das jetzt so wäre, dass wirklich ganz speziell, dass, dass Ärzte, Professoren sagen würden: Hier da kommt was, wir sind drauf und dran, ja, dann hätte ich mir damals dafür Mühe gegeben.

Der Sprecher P19 stellte sich dar als jemand, der kein Patient mehr war. Er war es nur noch instrumentell, wollte seine Schmerzen gedämpft bekommen, alles andere interessierte ihn nicht mehr – ein Palliativpatient sozusagen.

Zusammenfassend lässt sich über diesen Patienten sagen, dass er ausgehend von der Arzt-Patient-Beziehung nicht adhärent sein konnte, weil er ständig die Zuordnung Arzt/Patient vertauschte und er somit kein verpflichtendes Arbeitsbündnis eingehen konnte. Das Interesse an seiner Krankheit und weiterführend das an seinem Leben scheinen aufgrund der depressiven Stimmung und der damit verbundenen Selbstaufgabe verloren gegangen zu sein. Seine Schilderungen bekommen dadurch einen selbstdestruktiven Charakter. Dass er trotz der negativen bis negierenden Darstellung seiner Ärztin keinen Arztwechsel vollzog, lag wahrscheinlich darin begründet, dass er den Arztkontakt nicht anders zu haben wünschte – seine Art der Beziehungsaufnahme gestaltet sich offenbar durch die Reproduktion bestehender psychischer Probleme schwierig und mutet fast sadomasochistisch an. Wie auch bei den anderen Patienten fiel ein Changieren und Oszillieren hinsichtlich Nähe und Distanz auf, er war nicht in der Lage, den Arzt als Arzt wahrzunehmen. Bei diesem Patienten deutet es aber zusätzlich auf eine Art Strukturverleugnung im Sinne einer Ich-Störung hin. Die Übertragung der Eltern-Kind-Beziehung auf die Arzt-Patient-Beziehung und eine diesbezügliche Herstellung eines Gleichgewichtes wäre eine Bewegung innerhalb eines stabilen Arbeitsbündnisses gewesen. Hier lag ein Arbeitsbündnis entsprechend der Schilderung jedoch nicht vor. Diesen Patienten möchte, wie er selbst es schilderte, kein Arzt mehr betreuen, was ihn jedoch ebenfalls zu einem, in diesem Falle vermeidenden Besonderen macht.

7.2.3 Zusammenfassung und Hypothese zur Adherence

Der Adherence-Begriff, wie in zahlreichen Studien verwendet, zielt in erster Linie auf das messbare Resultat, in wie weit sich der Patient an die ärztlichen Verordnungen, insbesondere die Medikamenteneinnahme hält. Diese Perspektive lässt ungeachtet, ob es sich um einen „reifen Patienten“³⁹ handelt, der sich als ganzer Mensch im Arbeitsbündnis bindet und sich aus der Interaktion resultierend dem ärztlichen Rat folgend verhält. Eine Adherence, verstanden als Produkt einer stabilen Arbeitsbündnislogik, in der gleichsam diffuse wie spezifische Elemente in der Beziehung existieren, ließ sich anhand der Sequenzanalysen bei keinem der vier Patienten ohne Einschränkung darstellen. Vielmehr imponierten diffuse Nähe-Distanz-Regelungen sowie eine Nicht-Einhaltung des traditionellen asymmetrischen Verhältnisses in der Arzt-Patient-Beziehung in den Vorstellungen der vier Patienten. In übertragungsreichen Beziehungen traten die Patienten mit einem individuell ausgeprägten Wunsch, als etwas Besonderes anerkannt zu werden, an den Arzt heran und zeigten die Tendenz, diesen zu vergemeinschaften.

Als Strukturhypothese ließe sich entsprechend der Kontrastierung nach adhärennten vs. nicht adhärennten Patienten für den Zusammenhang zwischen der Wahrnehmung der Arzt-Patient-Beziehung und der Adherence folgern, dass die HIV-Patienten nur unter der Bedingung bereit sind, den ärztlichen Anweisungen zu folgen, dass ihr Verhältnis zum Arzt ein Besonderes ist. Die messbare Adherence, eingebettet in die oben dargestellte Struktur der Arzt-Patient-Beziehung, wäre gewissermaßen eine Art Belohnungssystem, mit dem die Regulation einer übertragungsreichen Beziehung gestaltet wird – z.B. Anerkennung von Freundschaft und nicht Freundschaft. Das entspräche nicht der widersprüchlichen Einheit des ärztlichen Arbeitsbündnisses von spezifisch und diffus, vielmehr scheint der Patient zu versuchen, den Arzt gewissermaßen in seine Übertragungswelt zu verwickeln. Das Resultat hinsichtlich der Befolgung des gesundheitlichen Rates kann dann zwar der messbaren Adherence gleichkommen, würde aber im strukturellen Sinne nicht dasselbe bedeuten. Bezogen auf

³⁹ Die Fragestellung, wie viel Reife einem Patienten zugestanden bzw. abverlangt werden kann, wurde bereits von Balint diskutiert: Das Konstrukt „Reife“ bewegt sich zwischen Ich-Stärke und Regression. Im ersten Stadium der Erkrankung, lässt der Arzt es häufig zu, dass der Patient sich in die Abhängigkeit begibt, in der Phase der Chronifizierung wird der Arzt versuchen, die Mitarbeit des Patienten heranzuziehen. Die Frage, welches die Einflussfaktoren auf die Entwicklung einer kindlich-abhängigen oder erwachsen-unabhängigen Einstellung zur Krankheit sind, bleibt bei Balint unbeantwortet – mögliche Einflussfaktoren sind zur Krankheit gehörige Haltungen, die Persönlichkeit oder die Dynamik der Arzt-Patient-Beziehung (Balint 2001, 315ff).

die vier analysierten HIV-Patienten⁴⁰ heißt das:

Der zuerst beschriebene Patient (18), der nachvollziehbar darstellte, dass er die ärztlichen Verordnungen befolgt, forderte zugleich eine Sonderrolle ein und bestimmte den Rahmen der Beziehung somit selbst. Bei ihm scheint das Bedürfnis nach einer Sonderrolle in ausreichendem Maße befriedigt zu sein. Er verhielt sich adhärent und präsentierte sich gleichwohl gegen Ende des Transkriptes als autonomer Patient, der die Initiative für die anstehenden Untersuchungen übernahm.

Bei dem zweiten Patienten (20) hingegen, der als nicht adhärent eingestuft wurde, müsste der Kontrast bezüglich der Adherence dann dahingehend interpretiert werden, dass bei diesem Patienten der Wunsch nach dem besonderen Verhältnis viel stärker ausgeprägt war, sodass es bildlich gesprochen über einen individuellen Schwellenwert kippte – er höhere Ansprüche an den Arzt richtete, seine Besonderheit anzuerkennen. In seinem Stil gesprochen: „In meiner besonderen Beziehung zu Doc Müller folge ich den ärztlichen Anweisungen. Aber es muss die besondere Beziehung sein.“ Im Hinblick auf den Wunsch nach Besonderheit waren sich die beiden Patienten (18 und 20) ähnlich. Es bestehen lediglich Intensitätsunterschiede. Hinzu kommen bei diesem Patienten (20) seine selbstzerstörerischen Tendenzen und der Trotz in der besonderen Beziehung, der als Übertragung interpretiert werden kann.

Die daraus folgende Hypothese der Adherence wäre dann entsprechend der Kontrastierung, dass die Patienten jenseits eines gewissen Schwellenwertes im Hinblick auf ihren Nähewunsch resp. den Wunsch, als etwas Besonderes anerkannt zu werden, bzw. dessen Erfüllung nicht adhärent wären, und diesseits wären sie adhärent. Dieser Schwellenwert bezeichnet demnach einen Grad in der Ausgestaltung des Wunsches, von dem Arzt als etwas Besonderes anerkannt zu werden. Wenn dieser Anspruch an die Anerkennung ein Ausmaß erreicht, das von den Ärzten bzw. der Einrichtung nicht mehr erfüllt werden kann und somit auch nicht erfüllt wird, dann verhält sich der Patient nicht adhärent.

Der dritte Patient (09), der in die adhärente Gruppe eingestuft wurde und bei dem ebenfalls eine so ausgeprägte Übertragung in der Arzt-Patient-Beziehung zu beobachten war, dass die Bedürfnisse durch einen Arzt in einer professionellen Rollen-

⁴⁰ Die Einstufung der vier Patienten in die adhärente/nicht adhärente Gruppe bzw. zum Rollentausch in der Lage/nicht in der Lage war wie folgt: Patient 18 war adhärent und zum Rollentausch in der Lage, Patient 20 war nicht adhärent und zum Rollentausch in der Lage, Patient 9 war adhärent und zum Rollentausch nicht in der Lage, Patient 19 war nicht adhärent und zum Rollentausch nicht in der Lage.

ausgestaltung nicht befriedigbar erscheinen, müsste dieser Hypothese entsprechend nicht adhärent sein. Er war aber adhärent im Sinne des gängigen Begriffes aufgrund seiner Servilität und seines ins Zwanghafte gehenden Verhaltens. Dieser Patient könnte wahrscheinlich geradezu hörig adhärent sein. Anhand der Interpretation dieses Patienten lässt sich veranschaulichen, dass mit der Kategorie „Adherence“, wie sie in zahlreichen Studien verwendet wird, nur die Ausprägung, jedoch keine strukturellen oder dynamischen Aspekte erfasst werden. Eine Unterscheidung zwischen Adherence, die auf reinem Gehorsam basiert und konformitätserzwungen ist, oder Adherence im Sinne von Einsicht in die Notwendigkeit der Behandlung ist nicht möglich. Aus der Perspektive der Arbeitsbündnislogik müsste dieser Patient als nicht adhärent eingestuft werden, da er über die Voraussetzungen für ein Arbeitsbündnis nicht verfügte.

Der vierte Patient (19) kann nach oben genannter Hypothese als nicht adhärent eingeschätzt werden und wurde von den Ärzten auch in diese Gruppe eingestuft. Er war in hohem Maße nicht fähig, ein Arbeitsbündnis einzugehen, weil er zum einen ständige Zuordnungsprobleme bezüglich Arzt- und Patientenrolle aufwies und zum anderen ihm an dem Interesse mangelte, für sich bzw. seine Krankheit etwas zu tun. Er vermied tendenziell die Beziehungen zu den Ärzten, kokettierte gewissermaßen damit, bereits zahlreiche Ärzte verschlissen zu haben. Aufgrund seiner mäßig integrierten Struktur, erkennbar aufgrund der Art seiner Beziehungsausgestaltung, kann ferner davon ausgegangen werden, dass es sich bei diesem Patienten um denjenigen handelt, bei dem die Non-Adherence am stärksten ausgeprägt gewesen sein müsste.

Auf der Grundlage der vier kontrastierten Fälle wäre das Erklärungsmodell der Adherence bei HIV-Patienten folglich: Die HIV-Patienten gestalten ihre Arzt-Patient-Beziehung übertragungsgesättigter. Jeder Patient stellt infolgedessen unterschiedlich hohe Ansprüche hinsichtlich der Befriedigung seiner Bedürfnisse nach Nähe bzw. Behandlung in einer Sonderrolle an den Arzt. Es scheint also ein individuell differierender Grad in der Ausgestaltung dieses Wunsches zu existieren, bei dessen Erfüllung der Patient sich adhärent verhält – eine Art Schwellenwert. Verschiedene Persönlichkeitsdimensionen, die z.B. eine Zwanghaftigkeit bewirken, könnten jedoch zur Verschiebung des Grades führen bzw. bei extremer Ausprägung derart dominieren, dass das Modell scheinbar außer Kraft gesetzt würde.

7.3 Diskussion der Ergebnisse des qualitativen Teils

7.3.1 Einschränkungen durch die Auswahl der Fälle

Entsprechend der Theorie der objektiven Hermeneutik hätte zunächst ein Fall erhoben und gründlich ausgewertet werden müssen, um dann im nächsten Schritt den folgenden Fall kontrastiv zu erheben und wiederum auszuwerten (Oevermann 2000, S.99). Ursprünglich war jedoch nicht geplant, die objektive Hermeneutik als Auswertungsmethode einzusetzen, sondern eine Rekonstruktion des Materials mit erfahrenen Psychodramatikern durchzuführen. Da diese Vorgehensweise scheiterte, fiel nach langen Überlegungen die Wahl auf das Verfahren der objektiven Hermeneutik. Zu diesem Zeitpunkt war die Datenerhebung bereits abgeschlossen. Deshalb war nur eine Kontrastierung innerhalb der vorhandenen Fälle möglich. Somit kann nicht ausgeschlossen werden, dass die maximal kontrastiven Fälle eventuell im Rahmen der Datenerhebung der 20 an der Studie teilnehmenden Patienten nicht erfasst wurden. Ungewiss bleibt nach der Art der Kontrastierung ebenfalls, ob nicht hinsichtlich der Fragestellung, die Adherence HIV-infizierter Patienten in Bezug auf ihre Arzt-Patient-Beziehungen darzustellen, die Auswahl gewissermaßen eines „Mittelfalles“ statt einer ausschließlichen Analyse der Extremfälle zusätzliche Informationen hätte erbringen können.

Wegen des Einschlusskriteriums „Grundverständnis der deutschen Sprache“ war eine Beteiligung von Patienten aus Hochprävalenzgebieten unwahrscheinlich. Die Patienten, die durch die Kontrastierung ausgewählt wurden, kommen ausschließlich aus der Gruppe der homosexuellen Männer und der i.v. Drogenabhängigen. Eine Generalisierung der vorgefundenen Ergebnisse auf alle Betroffenengruppen der HIV-Infizierten ist dementsprechend nicht zulässig.⁴¹

Eine weitere Reduktion des Spektrums möglicher Fälle könnte sich aufgrund der Tatsache ergeben haben, dass die Probanden von ihrem behandelnden Arzt ausgewählt wurden – z.B. insofern, dass die Vorauswahl der Patienten bereits hinsichtlich einer potentiellen Bereitschaft, an der Untersuchung teilzunehmen, getroffen wurde. Ein eventueller Einfluss auf die Wahl von Patienten mit einem bestimmten Typus der Arzt-Patient-Beziehung sowie einer bestimmten Persönlichkeit kann dementsprechend nicht ausgeschlossen werden. Es wäre denkbar, dass genau die Patienten,

⁴¹ So gibt es z.B. Beschreibungen über die Dynamik in der Arzt-Patient-Beziehung bei HIV-infizierten Hämophilie-Patienten, denen gegenüber in besonderem Maße Schuldgefühle seitens der Ärzte entgegengebracht werden, da die HIV-Infektion durch die ärztliche Verordnung von Gerinnungspräparaten verursacht wurde (Seidl & Ermann 1989, S.78).

die eine besondere Beziehung zu ihrem Arzt pflegen, von diesem angesprochen wurden.

Ein weiterer Effekt auf die Darstellung der Arzt-Patient-Beziehung kann durch die Autorin provoziert worden sein, da eine Kenntnis seitens der Patienten darüber, dass sie mit den behandelnden Ärzten vertraut war, nicht auszuschließen ist. Überdies war im Rahmen der psychodramatischen Exploration nur eingeschränkt eine Standardisierung gegeben (vgl. Kap. 7.1.1.2).

Weiterhin muss berücksichtigt werden, dass die vorliegende Untersuchung nur in einer Einrichtung, der HIV-Ambulanz der Universitätsklinik in Frankfurt am Main, durchgeführt wurde. Die Patienten wurden dementsprechend alle von Ärzten behandelt, die ausschließlich HIV-infizierte Menschen betreuen und die in einer Einrichtung arbeiten, in der sich seit Auftreten der Erkrankung eine Versorgungsstruktur etabliert hat, die sich durch ein starkes Engagement sowohl der Selbsthilfeorganisationen als auch einzelner Betroffener und damit verbunden einer gewissen Aufhebung traditioneller medizinischer Strukturen charakterisieren lässt (vgl. hierzu auch 7.3.2.1.1.1 sowie Exkurs 3).

7.3.2 Besonderheiten in der Arzt-Patient-Beziehung

7.3.2.1 Hinweise auf die „Sonderrolle“ in der Literatur

Die bei den vier kontrastierten Fällen dargestellten Besonderheiten des Arbeitsbündnisses zwischen Arzt und HIV-Patient sollen im Folgenden detaillierter mit Verweis auf die Literatur diskutiert werden. Bezüglich der Literatur ist eine Unterscheidung der Arzt-Patient-Beziehung in der Prä-HAART-Ära und der in der Zeit seit Einführung der hochwirksamen antiretroviralen Substanzen (vgl. Kap. 3.2.2) vonnöten, da aufgrund der veränderten Prognose eine veränderte Dynamik hinsichtlich der Erkrankung und den im Medizinsystem eingegangenen Beziehungen zu erwarten ist. Nachfolgend wird deshalb zunächst ein Rückblick auf verschiedene, für die Interpretation der Ergebnisse bemerkenswerte Aspekte der Prä-HAART-Ära gegeben.

7.3.2.1.1 Literatur aus der Prä-HAART-Ära

7.3.2.1.1.1 Die medizinische Versorgung und die Patientenrolle

Es existieren in der Literatur verschiedene Beschreibungen über die strukturellen Besonderheiten, die sich bezüglich der Versorgung von HIV-Patienten in Deutschland ausbildeten. Das Auftreten von AIDS hat in den Industrieländern unterschiedliche Ansätze und Projekte in der Gesundheitspolitik angestoßen (Rosenbrock et al. 2002, S.18f).⁴² Die klassische Medizinlogik wurde in Bezug auf HIV/AIDS insofern durchbrochen, als erstmalig nicht das traditionelle Seuchenmodell bzw. die Isolierung des Patienten zum Schutz der Gesellschaft als Reaktion auf eine Infektionskrankheit praktiziert, sondern eine Patientenorientierung zur zentralen Leitmaxime erhoben wurde, mithilfe derer die Marginalisierung verhindert, die Lebensqualität gesichert und eine autonome Lebenspraxis erhalten werden sollte (Schaeffer 2002, S.158f).⁴³ Die Medizin hatte gegen diese „neue Krankheit“ nichts anzubieten, die durch die Krankheit bedrohten Gruppen mussten sich im Grunde „selbst helfen“. Es kam gewissermaßen zu einer Selbstorganisation der Krankheit, die auf die Selbstorganisationsstrukturen der homosexuellen Bewegung zurückgreifen konnte. Die Modernisierung und Liberalisierung der Krankenversorgung beinhaltete demzufolge neue Formen der Arbeitsteilung und der Kooperation. Die ausschließliche Dominanz der Medizin, wie sie klassisch im Gesundheitsbereich vorzufinden war, wich einem Netzwerk verschiedener professioneller Mitarbeiter sowie informeller Hilfe und Selbsthilfe (Rosenbrock et al. 2002, S.43ff).

Eine der genannten Leitmaxime in der Versorgung der HIV-Patienten lautete: „Behandlung wird weniger gemäß der herkömmlichen Struktur der professionellen Interaktion mit den Patienten als stellvertretende Entscheidungsübernahme, sondern als Aushandlung verstanden. Diese realisiert sich in Beziehungen zum Patienten, die nicht auf der Vorstellung eines Rationalitätsgefälles zwischen Wissenschaft und Alltag beruhen, sondern den Patienten konstitutiv in die Behandlungs- und Versor-

⁴² Die Innovationsbereitschaft des etablierten Systems für Gesundheitsschutz und Krankenversorgung führen Schaeffer, Moers und Rosenbrock auf drei politische Energieströme zurück: Panik vor einer möglicherweise nicht eindämmbaren Katastrophe mit der darauffolgenden Handlungs- und Finanzierungsbereitschaft, eine große liberale Verpflichtung zur Vorbeugung der Minoritätendiskriminierung angesichts der deutschen Geschichte und einen Lobbyismus der Schwulenbewegung für einen humanen und effektiven Umgang mit der Krankheit und deren Opfer (Schaeffer, Moers & Rosenbrock 1992, S.11).

⁴³ Die Bereitstellung eines ineinander greifenden Versorgungsmodells war eine bereits seit den 70er Jahren bestehende Zielforderung insbesondere zur Versorgung chronischer Erkrankungen. „Binnen Kürze entstand so eine in hohem Maße innovative, auf die Besonderheiten der Krankheit zugeschnittene Versorgungslandschaft“ (Schaeffer 2002, S.159).

gungsplanung einbeziehen“ (Schaeffer, Moers & Rosenbrock 1992, S.14). Dies beinhaltete eine gewisse Aufkündigung der traditionellen asymmetrischen Beziehung zwischen Arzt und Patient ebenfalls auf der Ebene der Interaktion. Die vor Einführung der antiretroviralen Therapie weitgehende Machtlosigkeit der Ärzte gegenüber dem Verlauf der HIV-Infektion führte also zu einer vergleichsweise symmetrischen Beziehung zwischen Arzt und Patient (Dannecker 2001, S.409). Aufgrund der allgemeinen Unsicherheit über die medizinische Behandlungsform fühlten sich die Ärzte nicht in ihrer Autorität beschnitten, wenn die Patienten mitreden wollten (Schaeffer & Moers 1992, S.178). Die Mediziner nahmen anfänglich mehr die Rolle von Betreuern bzw. Begleitern ein und befürworteten, dass durch die Patienten bestimmte Handlungsabläufe im Krankenhaus in Frage gestellt wurden. Sie beschäftigten sich stärker als zuvor mit Copingprozessen, Angst vor Stigmatisierung und beruflichen, sozialen sowie Partnerschaftsproblemen (Schaeffer & Moers 1992, S.177). „Hinzu gesellt sich ein weiteres Moment. Durch die medizinische und soziale Brisanz der Aids-Patienten ... sehen sich die Ärzte in besonderem Maße in ihrer »professionellen Schutzfunktion« (Parson 1965) angesprochen, und diese nehmen sie bei Aids-Patienten offensichtlich in höherem Maße wahr als bei anderen Patienten. Zugleich tragen Aids-Patienten sehr viel mehr persönliche und psychische Probleme an die Ärzte heran. Sie entwickeln ... eine sehr enge und vertrauensvolle Beziehung zu ihrem Arzt“ (Schaeffer & Moers 1992, S.24). Das könnte bedeuten, dass, wenn es wahr ist, dass eine HIV-Infektion in den frühen Jahren einem Trauma gleich kam, wie im folgenden Kapitel ausgeführt wird, alle, die damit in Berührung gekommen sind, einem Trauma entsprechend in gewissem Maße mitagiert haben könnten.

7.3.2.1.1.2 Das Trauma „HIV-positiv“

Die Mitteilung der Diagnose „HIV-positiv“ kam in den frühen Jahren der Infektion einem Schock gleich, einer massiven Störung des narzisstischen Gleichgewichtes: Zum einen war die körperliche Existenz aufgrund mangelnder Behandlungsmöglichkeiten und der damit verbundenen verkürzten Lebensperspektive, der Angst vor Siechtum sowie vor dem Tod bedroht. Zum anderen fürchteten viele HIV-Infizierte eine Marginalisierung und feindselige Übergriffe – den sozialen Tod gewissermaßen. Darüber hinaus bestand die Gefahr, andere Menschen zu infizieren, verbunden mit einem Rollenwechsel vom Infektionsopfer zum potentiellen Täter in der Selbstwahrnehmung und begleitet von der Angst, deswegen Kontrolle und Verfolgung ausgesetzt zu sein. D.h. die Mitteilung der Diagnose „HIV-positiv“ stellte ein Ereignis dar, das eine psychische Reaktion erzeugte, die in der Regel die individuelle Adaptionsfähigkeit überforderte und sich gegebenenfalls in einem Belastungszustand auswirkte. Clement bezeichnete die Diagnose einer HIV-Infektion wegen dieser Bedro-

hung der körperlichen, sozialen sowie psychosexuellen Existenz als Trauma „HIV-positiv“ (Clement 1992, S.19).

Neben dieser generellen mit der Diagnose verbundenen Traumatisierung ließ sich das Trauma „HIV-positiv“ bei zahlreichen, in psychotherapeutischer Behandlung befindlichen Patienten als eine Wiederholung eines früheren Traumas verstehen: „Eine Durchbrechung der Persönlichkeitsgrenzen (einschließlich einer Störung oder Zerstörung der Kapazität zur Errichtung von Objektbeziehungen) im frühen Kindesalter, zumeist in sadistisch aggressiver und/oder sexueller Weise, so daß – wie wir es bei traumatischen Neurosen gewohnt sind – die Aids-Traumatisierung zur *Wiederholung* jener frühen Traumatisierung wird, ja daß sogar die reale Traumatisierung durch die Erkrankung von den Patienten geradezu herbeigeführt, in manchen Fällen herbeigewünscht worden ist“ (Ohlmeier 1995a, S.146, Hervorhebung im Original). Die Vermutung, dass es sich bei den Betroffenen um eine Art „Aufsuchen der HIV-Infektion“ handelte, unterliegt einer starken Tabuisierung. Ohlmeier führte dazu an, dass ihm bekannt sei, dass „zumindest viele Infektionen billigend in Kauf genommen, oft aber auch unbewußt herbeigeführt werden“ (Ohlmeier 1995b, S.197). Ein riskantes Verhalten wurde nach Ohlmeier zu einer Reinszenierung eines traumatischen Erlebnisses. Das Agieren destruktiver Impulse funktionierte wie eine ohnmächtige Rache und setzte erneut Schuldgefühle frei. Zudem schien die HIV-Infektion „im Kontext tiefer Verlassenheitsängste den Status einer stützenden Objektfunktion zu bekommen“ (ebd.). Die HIV-Infektion stellte also die Geborgenheit in einer Gruppe resp. einer Gemeinschaft Gleicher dar – das Ende der Einsamkeit. Auf einen möglichen Zusammenhang zwischen dem „Trauma HIV-positiv“ und der Wiederholung früherer Traumata weist ebenfalls die Untersuchung von Alleres und Benjack hin, die ein riskanteres Verhalten hinsichtlich der Übertragung von HIV bei Menschen mit Missbrauch herausarbeiteten (Alleres & Benjack 1991, S.311). Weinel zog zur Beschreibung des Phänomens in Anlehnung an Khan den Begriff des „kumulativen Traumas“ (Weinel 1989, S.712; Weinel 1992, S.137) heran. Dabei trifft das positive Testergebnis bei den Patienten auf unterschiedlich prämorbid Strukturen⁴⁴ und leitet regressive Prozesse ein, in denen frühere Objektbeziehungen und Traumata wieder belebt werden. Ohlmeier interpretierte die Infektion als somatisches Korrelat zur psychischen Grenzauflösung, die Wiederholung einer Durchbrechung der Persönlichkeitsgrenzen im frühen Kindesalter auf meistens sadistisch-aggressive und/oder sexuelle Weise (Ohlmeier 1995a, S.148; Ohlmeier 1995b, S.197). Insbesondere in Bezug auf

⁴⁴ Bereits vor der Mitteilung der Diagnose „HIV-positiv“ bestand bei vielen Patienten aufgrund erheblicher psychischer Schwierigkeiten der Wunsch nach Psychotherapie (Weinel 1989, S.711).

die mit der Traumatisierung zusammenhängenden Bereiche wurde ein Durchlässigsein der Ich-Grenzen bei den Patienten⁴⁵ beobachtet (Weinel 1992, S.141).

7.3.2.1.1.3 Elemente der übertragungsreichen Arzt-Patient-Beziehungen

Die Beziehungen der HIV-Patienten zu ihren Ärzten gestalteten sich meist als vergleichsweise übertragungsreicher (Ohlmeier 1995a, S.148). Das primäre Übertragungsangebot der meisten HIV-Patienten im psychoanalytischen Setting enthielt den unbewussten Wunsch nach „Partizipation an und Verschmelzung mit einem gesunden, omnipotenten Objekt“ (Weinel 1989, S.715). Weinel führte in ihrem Kommentar zu zwei Falldarstellungen aus: „Im therapeutischen Verlauf stellen beide Patienten szenisch immer wieder ihre Nähe-Distanz-Problematik dar“ (Weinel 1992, S.140). Das beschriebene Phänomen ist nach Weinel als Hinweis auf eine Störung des narzisstischen Gleichgewichtes zu verstehen (ebd.). Die genannten Übertragungsangebote, die bei den Patienten beobachtbar waren, legen nahe, dass in der Gegenübertragung ärztlicherseits die komplementären Rettungsphantasien thematisiert worden sein könnten.

Dementsprechend stellte Dornes eine Überidentifizierung mit dem Patienten und ein Schwanken zwischen Ohnmacht- und Allmachtsphantasie als zentrale Gegenübertragungsaffekte, die bei den Therapeuten von HIV-Patienten beobachtbar waren, dar (Dornes 1995, S.75). Die Ohnmachtgefühle der Ärzte wegen des Sterbens junger Patienten (Schaeffer & Moers 1992, S.30) sind bei HIV-Patienten häufig beobachtbare Gegenübertragungsphänomene (Alt 1995, S.22; Dornes 1995, S.73). Seidl und Ermann beschrieben einen erheblichen inneren Widerstand des medizinischen Personals gegenüber der Vorstellung der Selbstverschuldung der HIV-Infektion durch den Patienten. Die moralischen Grundsätze des Personals wurden angekratzt. Insbesondere aufgeklärtes Personal geriet in einen Konflikt mit dem beruflichen Ich-Ideal.⁴⁶ Während das Pflegepersonal zur Vermeidung dieses Konfliktes mit einer Neigung zur Überidentifikation reagierte, schienen Ärzte stärker Distanzierung und Verwissenschaftlichung als Abwehrstrategien einzusetzen. Der Infektionsmodus und die damit verbundene Zuordnung zu einer so genannten „Risikogruppe“ schienen sich auf Themen wie Schuldzuschreibung oder Stigmatisierung des Patienten im Rahmen der Arzt-Patient-Beziehung auszuwirken (Seidel & Ermann 1989, S.78f). Des Weiteren wurden von verschiedenen Autoren medizinisch nicht begründbare, irrationale Berührungängste aufgrund eigener Kontaminationsphantasien auf Seiten

⁴⁵ Bei den von Weinel beschriebenen Patienten darf nicht außer Acht gelassen werden, dass es sich zu meist um Patienten handelte, die eine psychotherapeutische Behandlung aufsuchten.

⁴⁶ Die Inhalte des beruflichen Ich-Ideals führen die Autoren nicht weiter aus.

des Personals beschrieben (Weinel 1989, S.716; Clement 1992, S.195; Reiche 1988, S.119; Ohlmeier 1995, S.196). Derartige Ängste können nach Reiche zu einer malignen Übertragungs-Gegenübertragungs-Kollusion führen (Reiche 1988, S.119).

Exkurs 3 Die besonderen Strukturen der HIV-Ambulanz

Die im Kapitel 7.3.2.1.1.1 dargestellten strukturellen Veränderungen im Gesundheitsbereich nach dem Auftreten von HIV/AIDS lassen sich auch am Beispiel der HIV-Ambulanz der Universitätsklinik in Frankfurt am Main beschreiben. Nachfolgend wird auf diese strukturellen Besonderheiten der HIV-Ambulanz, aus der die Patienten der vorliegenden Untersuchung rekrutiert wurden, eingegangen, soweit sie für die Diskussion der Ergebnisse von Relevanz sind.

Während sich in den anderen deutschen Zentren der HIV-Infektion wie Berlin, Hamburg etc. eine Versorgungsstruktur durch niedergelassene Ärzte resp. Praxen entwickelte, wurde in Frankfurt die Behandlung der HIV-infizierten Patienten lange Zeit zentral in der HIV-Ambulanz der Universitätsklinik, dem heutigen HIV-Schwerpunkt, vorgenommen. Dadurch entstand eine in Deutschland hinsichtlich ihrer Größe und Patientenzahlen einmalige Einrichtung im HIV-Bereich. Durch die strukturelle Besonderheit als Ambulanz einer Universitätsklinik ergaben sich jedoch verschiedene Probleme, z.B. eine hohe Fluktuation der Ärzte aufgrund von Weiterbildungsanforderungen oder eine ständige Unklarheit hinsichtlich der Finanzierung aufgrund des fehlenden Versorgungsauftrages, wodurch gewisse strukturelle Unsicherheiten vorgegeben wurden.

Zur Entstehung der in dieser Einrichtung bestehenden, gewissermaßen als durchlässig bezeichnenbaren Strukturen haben desgleichen die obligatorischen Reaktionen auf die Stigmatisierungen, die die Patienten im Rahmen anderer medizinischer Einrichtungen erlebten, beigetragen. In der HIV-Ambulanz wurden z.B. viele ambulante, weit über das sonstige Vermögen einer ambulanten Einrichtung der Universitätsklinik hinaus gehende Leistungen angeboten, da dies aufgrund von Berührungsängsten in anderen Kliniken und einer nur eingeschränkten Bettenzahl in der Universitätsklinik häufig die einzige Versorgungsmöglichkeit der Patienten war. Der Druck und die Ohnmacht auf Seiten der Mitarbeiter waren angesichts der sich teilweise täglich vorstellenden, dem Tod geweihten Patienten hoch. Eine gewisse Auflösung u.a. der Asymmetrie hinsichtlich bestehender Wissensunterschiede zwischen Arzt und Patient (vgl. 7.3.2.1.1.1) war auch innerhalb der ärztlichen Hierarchie beobachtbar. Aus den engen Kontakten mit den Patienten, geprägt von Leid, Sterben und Tod, resul-

tierten teilweise dichte Bindungen⁴⁷, die über eine ausschließlich professionelle Beziehung hinausgingen. Den aufwendigen Versorgungsanforderungen der kranken Patienten gemäß wurden Sprechstundentermine, die zeitlich ausgedehnter⁴⁸ als gewöhnliche internistische Konsultationstermine waren, eingerichtet.

Ebenfalls wurden die Strukturen im Vergleich zum traditionellen Medizinsystem hinsichtlich der Zusammenarbeit mit den Selbsthilfeorganisationen durchlässiger (vgl. Kap. 7.3.2.1.1.1): Um dem Bedarf an häuslicher Pflege für die zahlreichen nicht in familiären Zusammenhängen lebenden Patienten Rechnung zu tragen, mussten Strukturen etabliert werden, die sich durch enge Zusammenarbeit mit der AIDS-Hilfe entwickeln ließen. Die Selbsthilfeorganisationen nahmen zudem mit großem Engagement häufig eine Vermittlerrolle bei politisch brisanten Themen ein. Es wurden ferner viele Hilfsaktionen, z.B. das Kochen für die Patienten auf der Station, von verschiedenen ehrenamtlichen Helfern, HIV-Infizierten wie nicht Infizierten, und/oder Unternehmen durchgeführt, die einer gewissen Gemeinschaftlichkeit dienten, mittels derer zunehmend Außenstehende in die Einrichtung eingebunden waren.

Am Beispiel der Frankfurter HIV-Ambulanz lässt sich also verdeutlichen, wie sich auf die fehlenden Angebote des Medizinsystems mittels partiell amorpher Reaktionen sowie der Aufhebung von traditionell bestehenden Grenzen im Medizinsystem neue Strukturen herstellten, die mehrheitlich in die heutige Zeit hinein reichen.

7.3.2.1.2 Hinweise auf die „Sonderrolle“ in der aktuellen Literatur

Anhand ausgewählter Aussagen aus verschiedenen Publikationen lässt sich zeigen, dass die im Kapitel 7.2.2.2 dargestellten Besonderheiten hinsichtlich der Arzt-Patient-Beziehung HIV-infizierter Patienten in der gegenwärtigen Literatur auch jenseits der Grenzen der Frankfurter Einrichtung, sogar Deutschlands vorzufinden sind.

Die Beantwortung der Frage nach der Anrede des Arztes in der Initiierungsphase der psychodramatischen Exploration mit dem Wort „Sie“ und die damit verbundene Implikation eines möglichen „Dus“, das als „Gesinnungs-Du“ gedeutet werden muss (vgl. Kap. 7.2.2.2.1), lassen sich ähnlich bei Roberts finden. Dort beschrieb ein Patient, dass er mit dem Arzt nicht per Vornamen verkehre. Nach der Regel der Relevanz

⁴⁷ Diesbezüglich kam dem längerfristig beschäftigten Pflorgeteam eine große Bedeutung zu.

⁴⁸ Für einen Sprechstundentermin wurden 30 Minuten, für ein Erstgespräch eine Stunde veranschlagt.

einer Aussage rückt somit eine Ansprache des Arztes mit seinem Vornamen in den Bereich des Möglichen.

Eex: Hmm, und wie sprechen Sie sie an, wenn Sie in der Sprechstunde mit ihr reden?

V20: Ja, mit Sie, mmh höflich. (vgl. Kap. 7.2.2.2.1)

“We’re not on a first name basis.” (Roberts 2002, S.46)

Die darin verborgene Auflösung der Asymmetrie (vgl. Kap. 7.2.2.2.1) sowie das Einfordern einer Sonderrolle (vgl. Kap. 7.2.2.2.1) fanden sich ebenfalls in der Untersuchung von Wong-Wylie und Jevne. Eine gleichberechtigte Beziehung zum Arzt wurde von den Patienten als förderlich erlebt (Wong-Wylie & Jevne 1997, S.43). Die Patienten, die in der Kategorie „Willkommen in der Arzt-Patient-Interaktion“⁴⁹ eingestuft waren, gaben an, eine freundschaftliche Bande mit ihrem Arzt zu haben und sich „special“, „important“ und „loved“ zu fühlen (ebd., S.46ff). Die wahrgenommene Sonderrolle bzw. die Phantasie seitens des Patienten, dass der Arzt vermutlich mehr als nur eine professionelle Rolle gegenüber dem Patienten einnehmen würde, wird beim folgenden Zitat außerordentlich deutlich:

“She spends as much time as she likes to with me. Actually she wants to spend more time with me. She loves talking to me.” (Wong-Wylie & Jevne 1997, S.50)

Sherman und Ouelette fassten in ihrer Untersuchung zusammen, dass die von ihnen befragten HIV-Patienten ihre Ärzte und das Pflegepersonal als Ersatzfamilie („surrogate family“) deklarierten:

“I just love him. He is the only person who really understands me. He is such an important person in my life. He’s become my family.” (Sherman & Ouelette 2001, S.90)

“Like unspoken love.” (ebd., S.92)

Roberts nannte in dem Ergebnisteil ihrer Studie eine Überschrift „I love my doctor“. Viele Patienten sprachen darüber, ihren Arzt zu lieben, oder betrachteten ihren Arzt als einen Freund.

“We have a close bond and she’s great. I love my doctor. Oh, man, she’s just—she’s very down-to-earth and caring and sensitive and you can talk to her basically about anything.” (Roberts 2002, S.45)

“He’s just there for me. I like him a lot ... I think it was a meeting of the minds ... I think ... we really became patient and doctor, as well as friends.” (ebd., S.45f)

⁴⁹ In der Studie wurden verschiedene Erfordernisse aus Sicht der Patienten bezüglich “welcoming“ vs. “dismissing“ in der Arzt-Patient-Interaktion gegenübergestellt.

Patienten berichteten über gemeinsame Aktivitäten mit dem behandelnden Arzt außerhalb des Klinikalltages (ebd., S.46). Die Beschreibungen der Arzt-Patient-Beziehung aus Sicht der HIV-Patienten als "friendship" und "love" bezeichnet Roberts als signifikant (ebd., S.48).

Der Wunsch des Patienten nach einer nahen Beziehung bzw. der, als ein Besonderer in der Arzt-Patient-Beziehung anerkannt zu werden, sowie die Tendenz zur Vergemeinschaftung der Ärzte lassen sich also in der aktuellen Literatur gemäß den oben zitierten Quellen wieder finden. Das deutet darauf hin, dass die in der vorliegenden Arbeit dargestellten Ergebnisse nicht nur in den frühen Beschreibungen der psychoanalytischen Beziehungen (vgl. Kap. 7.3.2.1.1.3), sondern auch hinsichtlich der aktuellen Arzt-Patient-Beziehungen der HIV-infizierten Patienten von Relevanz sind.

7.3.2.2 Erklärungsansätze der besonderen Arzt-Patient-Beziehungen

Im Folgenden sollen verschiedene Erklärungsansätze für die beschriebenen Besonderheiten diskutiert werden.

7.3.2.2.1 Die besondere Arzt-Patient-Beziehung – ein Relikt?

In der vorliegenden Arbeit fanden sich Hinweise, dass sich die beschriebenen Besonderheiten der HIV-Infektion in Bezug auf die Entstehung veränderter Strukturen im Medizinsystem (vgl. Kap. 7.3.2.1.1) trotz des Wandels durch die Verbesserung der Behandlungsmöglichkeiten nicht in dem Maße geändert haben, wie dies aufgrund der neuen Bedingungen denkbar wäre.⁵⁰ So ließ sich der Wunsch nach Betreuung seitens des Patienten, der nach Schaefer und Moers durch die verbesserten Behandlungsmöglichkeiten in den Hintergrund getreten sei (Schaefer & Moers 1992, S.179), durchaus bei den explorierten Patienten darstellen (vgl. insbesondere Patient 18). Dem Wunsch nach Anonymität wurde bei der Behandlung der HIV-infizierten Patienten seit dem ersten Auftreten der Erkrankung soweit⁵¹ nachgekommen, dass den Patienten z.B. durch spezielle Infrastrukturen innerhalb der Kliniken ermöglicht wurde, wenn sie die Klinik aufsuchten, niemandem zu begegnen (Schaeffer & Moers

⁵⁰ Zunächst könnte durch die Behandelbarkeit der Infektion davon ausgegangen werden, dass sowohl die Rolle des Arztes (vgl. Kap. 7.3.2.1.1.1) als auch die Bedingungen des Traumas „HIV-positiv“ (Clement 1992, vgl. Kap. 7.3.2.1.1.2) verändert sind.

⁵¹ Darunter ist nicht die Einhaltung der Schweigepflicht, deren Wahrung jedem Patienten rechtlich zusteht, zu verstehen.

1992, S.65). In diesem Sinne ließ sich das medizinische System in gewisser Hinsicht vergemeinschaften, wurde zum gemeinsamen Geheimnisträger – ähnlich wie es bei Patient 20 in seiner Schilderung der Arzt-Patient-Beziehung anmutete.

Eine wie im Kapitel 7.3.2.1.1.1 beschriebene Modernisierung und Liberalisierung der Krankenversorgung kann nur schwerlich aufgrund einer veränderten Prognose der Erkrankung einen Rückfall auf die traditionelle Struktur zur Folge haben, weil insgesamt die traditionelle Struktur des Medizinsystems im Begriff ist, sich zu wandeln.⁵² Da die in der vorliegenden Arbeit untersuchten Patienten in einer Einrichtung behandelt wurden, die seit den Anfängen der HIV-Epidemie in Deutschland besteht, ist es vorstellbar, dass eine Gleichzeitigkeit der Strukturen aus der Prä-HAART-Ära und der heutigen Zeit bezüglich der Betreuung HIV-infizierter Patienten existiert.⁵³ Dies würde implizieren – zumindest für die zwei nach 1995 infizierten resp. erstmalig in der Ambulanz vorstellig gewordenen Patienten⁵⁴ –, dass neu infizierten Patienten ebenfalls ein Angebot hinsichtlich einer diffusen Nähe-Distanz-Regelung im Vergleich zum traditionellen Medizinsystem gemacht werden könnte. In der psychoanalytischen Sichtweise wäre demzufolge gewissermaßen von einem kollektiven Gegenübertragungsphänomen der in der HIV-Ambulanz Tätigen⁵⁵ auf die Übertragungsphantasien der Patienten⁵⁶ zu sprechen. Die aus der Prä-HAART-Ära bekannten, beschriebenen Gegenübertragungsphänomene (vgl. Kap. 7.3.2.1.1.3) deuten darauf hin, dass sich die Nähe-Distanz-Problematik im Rahmen der Gegenübertragung, z.B. in Form der Überidentifizierung, ebenfalls auf Seiten des medizinischen Personals manifestierte: „Eine starke Identifizierung mit den AIDS-Kranken impliziert eine intensive persönliche Anteilnahme an deren Schicksal, erschwert jedoch den flexiblen Wechsel mit einer professionellen Distanz, die ebenfalls notwendig erscheint, um die ärztlich-pflegerische Betreuung gewährleisten zu können“ (Waldvogel & Seidl 1992, S.40).⁵⁷

Im Sinne dieses Erklärungsmodells hieße dies, dass die Ärzte mitagieren – Grenzüberschreitungen seitens der Patienten könnten gleichermaßen erwünscht sein und unreflektiert erfüllt werden. Eine Einladung zur verstärkten Übertragung auf Seiten des Patienten birgt die andere Form der Interaktion, wie sie in der HIV-Ambulanz, aus der die in dieser Arbeit untersuchten Patienten stammen, besteht, bereits in sich

⁵² Vgl. zum allgemeinen Wandel des Gesundheitssystems Kap. 7.3.2.2.2.

⁵³ Für diesen Erklärungsansatz spräche ebenfalls, dass zwei der vier kontrastierten Fälle (Patient 9 und Patient 18) bereits 1985 bzw. früher infiziert waren.

⁵⁴ Die Erstvorstellung des Patienten 19 sowie des Patienten 20 in der HIV-Ambulanz war nach 1995.

⁵⁵ Zur Verallgemeinerung dieser Hypothese auf alle im HIV-Bereich Tätigen müssten weitere Einrichtungen einbezogen werden.

⁵⁶ Erklärungsansätze für die Übertragungen vonseiten der Patienten folgen in den nächsten Kapiteln.

⁵⁷ Erwähnt sei an dieser Stelle noch, dass allgemein ein Phänomen der Identifikation seitens des Behandlers in der Interaktion mit Patienten, die an zum Tode führenden Erkrankungen leiden, beschrieben ist – die „killing role“. Dabei identifiziert sich der Arzt selbst mit der tödlichen Erkrankung und übernimmt deren destruktive Rolle anderen gegenüber (Moeller 1992, S.8).

– z.B. ein 30minütiger Sprechstundentermin sowie die tendenziell durchlässigen Strukturen (vgl. Exkurs 3, insbesondere Fußnote 48). Als forcierend könnte diesbezüglich der Status eines chronischen Patienten verstanden werden, da die Chronizität einer Erkrankung in der Dynamik der Arzt-Patient-Beziehung aufgrund der längerfristigen Bindung zu einer übertragungsreicheren Beziehung führt. Die beschränkten Wahlmöglichkeiten, einen für die spezifische Krankheit kompetenten, behandelnden Arzt zu finden, und die daraus resultierende Abhängigkeit könnten ebenfalls einen Einfluss auf die Intensität der Arzt-Patient-Beziehung und die damit verbundenen Übertragungsphantasien resp. Nähewünsche sowie Wünsche, als etwas Besonderes anerkannt zu werden, haben. So waren in den ersten Jahren der HIV-Erkrankung die Ärzte in Einrichtungen wie der HIV-Ambulanz mitunter die Einzigen ihrer Berufsgruppe, die bereit waren, HIV-infizierte Patienten zu behandeln.

7.3.2.2 Allgemeiner Wandel des Gesundheitssystems und dessen Einfluss auf die HIV-Patienten

Die dargestellten Besonderheiten unterscheiden sich im Rahmen der objektiv hermeneutischen Analyse vornehmlich in Abgrenzung zum traditionellen Verständnis einer Arzt-Patient-Beziehung. Zunächst könnte in Erwägung gezogen werden, dass die beschriebenen Merkmale der Arzt-Patient-Beziehung nicht HIV-typisch sind, da eine explizite Vergleichsgruppe in der vorliegenden Untersuchung nicht einbezogen wurde. Daraus ließe sich folgern – so die Merkmale nicht HIV-typisch wären –, dass sich das Arzt-Patient-Verhältnis generell einem Wandel unterzogen haben könnte. Die in der vorliegenden Untersuchung dargestellten Merkmale könnten also deswegen imponieren, weil es sich bei den HIV-infizierten Patienten um tendenziell junge Patienten handelt und sich im Rahmen eines Generationenwandels, der u.a. auf das andere Informationsverhalten der jüngeren Generation (s.u.) zurückgeht, desgleichen ein Wandel des Gesundheitssystems abzeichnet.

Der Arzt ist im Zeitalter des World Wide Web nicht mehr alleinige Informationsquelle hinsichtlich gesundheitlicher Belange (Isfort et al. 2002, S.2021ff). Das Internet hat, wie keine Neuerung zuvor, Informationen nicht nur auf trivialem, sondern ebenfalls auf wissenschaftlichem Niveau transparent gemacht. Die medizinische Informationssuche gehört nach dem Gebrauch von Email und der Informationsbeschaffung zum Erwerb eines Produktes zu den häufigsten online-Aktivitäten der Internetnutzer (Akerkar & Bichile 2004, S.120). Der moderne chronische Patient ist in der Regel über seine Erkrankung sehr gut informiert. Für zahlreiche Krankheiten existieren Selbsthilfeorganisationen, auf die jeweilige Krankheit spezialisierte Fachärzte sowie eine gewisse Informationsstruktur für die Patienten. Dies scheint Voraussetzung für

eine Änderung dessen, was lange an der patriarchal geprägten Medizin kritisiert wurde, und führte u.a. dazu, dass in der heutigen Zeit insbesondere im Bereich der chronischen Erkrankungen das Modell „Shared Decision Making“ zum Einsatz kommt.

Neben dem Internet haben die HIV-infizierten Patienten Informationssysteme, über die wissenschaftliche Neuerungen von Aktivistengruppen aufbereitet werden, um dem Patienten das nötige medizinische Wissen zur Verfügung zu stellen (Brashers et al. 2000, S.383). Weilandt und Schüler konnten bezüglich der HIV-infizierten Patienten zeigen, „dass der Arzt als alleiniger Fachmann, der entscheidet, welche Therapie durchgeführt wird, nur noch von einer Minderheit der Patienten anerkannt wird“ (Weilandt & Schüler 2003, S.51). Manche HIV-infizierten Patienten sind besser über ihre Erkrankung informiert als ihre Ärzte (Brashers et al. 2000, S.391). Insbesondere in Einrichtungen, die durch häufige Arztwechsel aufgrund der Rotation junger Assistenzärzte gekennzeichnet sind, sind Patienten häufig aufgeklärter über die Erkrankung als ihre Ärzte. Abgesehen von dem hohen Expertentum von HIV-infizierten Patienten treten sie selbstbewusster als andere Patientengruppen auf und fordern ihren Arzt. Bereits in der Prä-HAART-Ära wurde über die HIV-infizierten Patienten geschrieben: „Sehr viel mehr als andere Patienten beharren sie auch darauf, genau informiert zu werden und nicht »Objekt« der Behandlung zu sein, sondern den Verlauf mitsteuern und beeinflussen zu können“ (Schaeffer & Moers 1992, S.26f; vgl. hierzu auch Waldvogel & Seidl 1992, S.35). Betroffene berichteten bei ACT UP⁵⁸-Treffen, dass man seine Ärzte nicht danach frage, welche Medikation man benötige, sondern es ihnen sage (Brashers et al. 2000, S.385) – Erwartungen an die Arzt-Patient-Beziehungen resultieren zumindest teilweise aus den von den Selbsthilfeorganisationen aufgestellten Forderungen. Der Stand der Selbsthilfeorganisationen bzw. der Community ist im HIV-Bereich demzufolge von großer Bedeutung: Sie sind sowohl als politische Interessenvertretung im medizinischen System, z.B. bei großen Kongressen⁵⁹, als auch in der täglichen Arbeit mit dem Patienten präsent. Die überwiegende Mehrheit der HIV-infizierten homosexuellen Männer pflegte nach der qualitativen Untersuchung von Bartos und McDonald Kontakt zu AIDS-Organisationen, dies gilt auch für die Frauen, unabhängig von der sexueller Präferenz.⁶⁰ Der größte Anteil der homosexuellen Männer verbrachte etwas oder viel Zeit mit anderen HIV-infizierten Menschen, während die Frauen und die heterosexuellen Männer nur we-

⁵⁸ ACT UP ist eine Aktivistengruppierung im HIV-Bereich.

⁵⁹ So wurden in der pharmazeutischen Industrie spezielle Arbeitsstellen geschaffen, die ausschließlich die Kooperation mit den Aktivistengruppen zur Aufgabe haben.

⁶⁰ In der Gruppe der heterosexuellen Männer hatten 66% Kontakt zu den Organisationen. Weniger als fünf Prozent der homo- und bisexuellen Männer und der Frauen haben niemals die HIV-verwandte Presse gelesen (heterosexuelle Männer: 15%). Ungefähr 60% der Befragten glaubten daran, dass es so etwas wie eine „HIV-Community“ gäbe.

nig oder gar keine Zeit mit anderen Infizierten zusammen waren (Bartos & McDonald 2000, S.301). Die beiden zuletzt genannten Gruppen waren in meiner Studie kaum repräsentiert – bei den vier kontrastiven Fällen handelte es sich, wie bereits erwähnt, um homosexuelle Männer und um Drogenabhängige. Der Einfluss der HIV-Community auf das Verhalten der Patienten bzw. die daraus folgende Stärkung des einzelnen Patienten im Medizinsystem kann im Rahmen dieser Diskussion nicht vernachlässigt werden. So wurde z.B. von ACT UP zur Selbstbestimmung über die therapeutischen Entscheidungen, verglichen mit dem zivilen Ungehorsam, aufgerufen – ebenfalls den Aufruf zur Non-Adherence einschließend (Brashers et al. 2000, S.387).

Das Kompetenzgefälle wird als Aspekt der sozialen Distanz und der asymmetrischen Kommunikation⁶¹ in der Arzt-Patient-Beziehung beschrieben (Siegrist 1994, S.267ff; Stosberg 1996, S.72f). Eine Aufhebung desselben führt folglich zu einer gewissen Einebnung der asymmetrischen Verhältnisse in der Arzt-Patient-Beziehung. Der informierte Patient wünscht augenscheinlich eine sehr viel aktivere Rolle im Management seiner Erkrankung, „blindes Vertrauen“ gegenüber dem Arzt sind Skepsis und einem „informierten Vertrauen“ gewichen (Akerkar & Bichile 2004, S.120f).

Der HIV-Bereich kann folglich als ein Sektor des Medizinsystems verstanden werden, in dem die traditionellen Strukturen dem Modell „Shared Decision Making“ gewichen sind – allerdings verbunden mit einem gewissen normativen Vakuum, in dem die Etablierung neuer Strukturen noch nicht gänzlich vollzogen ist. Hierzu zählen insbesondere mögliche Formen einer *Zusammenarbeit* zwischen dem Medizinsystems und den Selbsthilfeorganisationen bzw. der HIV-Community.

7.3.2.2.3 Krankheit als Bedrohung

Nachfolgend werden verschiedene Überlegungen zu der Bedrohung durch Erkrankung und den damit eventuell verbundenen Einfluss auf die Nähe-Distanz-Regelung dargestellt.

⁶¹ Die vier Einflussgrößen, die die soziale Distanz und die asymmetrischen Strukturen in der Arzt-Patient-Beziehung bedingen, sind: Kompetenzgefälle, Abhängigkeitsgefälle, ärztliche Entscheidungsmacht und soziokulturelle Unterschiede zwischen Arzt und Patient (Siegrist 1974, S.267f).

7.3.2.2.3.1 Bedrohung der Sexualität durch die Krankheit

Im Vergleich zur Karzinomerkrankung⁶² treten im Rahmen der HIV-Infektion spezifische Probleme wie die Verbindung der Infektion mit zum Teil schuldhaft erlebter Sexualität, die lange Latenzzeit und die Möglichkeit, andere zu infizieren, auf (Weinel 1989, S.710). Eine Unstimmigkeit in der Nähe-Distanz-Regelung muss bezogen auf HIV-infizierte Patienten deshalb immer unter dem Gesichtspunkt der möglichen sexuellen Übertragbarkeit des Virus betrachtet werden. So wünschten sich viele HIV-Patienten eine sexuell befriedigende Beziehung, aber ein Aufbau bzw. der Fortbestand derselben gestaltete sich aufgrund der Angst vor der Übertragung des HIV schwierig (Barroso & Powell-Cope 2000, S.347), die Autoren übersehen allerdings, dass ebenfalls Rationalisierungen dieser Erklärung der Patienten zugrunde liegen könnten. „Das ‚gute Objekt‘ – sexuelle Erregung, Blut, Heroin –, von dem ich abhängig bin und mit dem ich gerade zum Zwecke der Lebenserhaltung in Kontakt treten möchte, unternimmt gegen mich einen hinterhältigen Angriff, der mich in meinem innersten Kern (dem Autoimmunsystem als Repräsentanten der intakten Körper-Ich-Sebst-Imago) trifft und vernichten wird. Das Ich wird überschwemmt von Vernichtungsangst“ (Reiche 1988, S.117). Die Funktion der Sexualität für die traumatisierten Patienten kann vor allem als eine „narzisstische Plombe“ (Morgenthaler zitiert nach Weinel 1992, S.141) betrachtet werden, die für den Patienten eine Aufhebung der Spaltung zwischen Triebwünschen und an das Objekt gerichteten Beziehungswünschen, deren vollzogene Verknüpfung als Lebendigkeit interpretiert wird, bedeutet. Die HIV-Infektion stellt eine Gefährdung dieser Funktion der Sexualität dar (ebd.). Anhand dieser skizzierten Dimensionen ist es sinnvoll anzunehmen, dass Rettungswünsche an das Objekt ebenso in anderen Lebensbereichen bzw. bedeutsamen Beziehungen von HIV-infizierten Patienten gerichtet werden, denen auf der anderen Seite möglicherweise mit einem Rettungsversprechen begegnet wird.

7.3.2.2.3.2 Bedrohung des Lebens durch die Krankheit

Die Bedrohung durch die HIV-Infektion, die auch nach Einführung der antiretroviralen Therapie in gewissem Maße besteht, spräche dafür, dass das Trauma „HIV-positiv“ (Clement 1992) und eventuell ebenso das „kumulative Trauma“ (Weinel 1989), beides Traumabegriffe, die in der Prä-HAART-Ära beschrieben wurden (vgl. Kap.

⁶² Die Karzinomerkrankung wurde entsprechend einer Untersuchung in der Schweizer Kohorte, bei der sowohl Ärzte und Komplementärtherapeuten als auch Patienten um eine Einschätzung der Analogie verschiedener Erkrankungen zur HIV-Infektion gebeten wurde, als die der HIV-Infektion naheliegendste Erkrankung benannt (Kopp et al. 1998, S.48).

7.3.2.1.1.2), in der heutigen Zeit in Ansätzen noch wirksam sind. Die im Kapitel 7.3.2.1.1.2 skizzierten unterschiedlichen prämorbidem Strukturen der HIV-infizierten Psychotherapiepatienten sind in einer Zeit, nämlich nach 1985, in der der Einzelne sich trotz des Wissens um die Übertragungswege der HIV-Infektion sowie die potentiellen Präventionsmöglichkeiten eine Infektion zuzieht, ebenfalls zu beachten. Die Intensität der Traumatisierung durch die Infektion könnte jedoch aufgrund der veränderten Prognose zwischenzeitlich eine deutlichere Differenzierung bei den einzelnen Betroffenen aufweisen. Auf einen möglichen Zusammenhang zwischen dem „Trauma HIV-positiv“ und der Wiederholung früherer Traumata weisen gleichermaßen aktuelle Untersuchungen, die ein riskanteres Verhalten hinsichtlich der Übertragung von HIV bei Menschen mit sexuellem und/oder körperlichem Missbrauch in der Kindheit herausarbeiteten, hin (Thompson et al. 1997, S.154; O’Leary et al. 2002, S.23).

Eine andere mögliche, die zur Erklärung der beschriebenen Besonderheiten aufgestellt werden kann, betrifft die (Todes-)Bedrohung, die mit einer Krankheit einhergeht und zu der beobachteten Entwicklung innerhalb der Arzt-Patient-Beziehung geführt haben könnte. Obgleich es sich bei HIV/AIDS heute aufgrund der existierenden Behandlungsmöglichkeiten nicht mehr unmittelbar um eine Diagnose, die mit Tod assoziiert ist, sondern um eine chronische Krankheit handelt (vgl. Kap. 3.1), wird ein Patient bei der Mitteilung der Diagnose abrupt mit seiner Sterblichkeit konfrontiert. Jede Krankheit bedeutet eine narzisstische Verletzung (Balint 2001, S.337f) und je gravierender die Krankheit, desto stärker demzufolge die Verletzung. Eine unheilbare Krankheit wäre in diesem Sinne die gravierendste Traumatisierung, eine Steigerung könnte nur der Tod sein. Eine potentielle Übertragungsphantasie auf den Arzt entspräche im Sinne oben ausgeführter Traumatisierung mutmaßlich der Suche nach dem omnipotenten, rettenden Objekt. Die Unerfüllbarkeit dessen impliziert bereits die vorauszusehende Enttäuschung.

Es handelt sich zwar bei der Betreuung von Patienten mit infausten Prognosen insbesondere dann, wenn das Sterben zum Thema wird, um eine sehr intime und außerordentlich dichte Arzt-Patient-Beziehung, dennoch scheint es ungewöhnlich⁶³, dass die Beziehung in eine Distanzlosigkeit bzw. in eine Duz-Beziehung gerät oder die Patienten ihre Ärzte vergemeinschaften. Dementsprechend müsste die Todesbedrohung mehr als ein Verstärker denn als eine Ursache in dieser Dynamik angesehen werden.

Eine Besonderheit der HIV-Infektion hinsichtlich ihrer Entstehung wäre im Vergleich

⁶³ Zur Überprüfung dieser Hypothese bietet sich ein Vergleich der HIV-Infektion mit der Krebserkrankung an (vgl. hierzu vorangegangene Fußnote).

zu anderen Erkrankungen, dass zwar der krankheitsverursachende Anlass ebenfalls⁶⁴ in der Regel vermeidbar gewesen wäre, er jedoch zumeist⁶⁵ den Vorstellungen der Gesellschaft folgend als anstößig erachtet wird und insbesondere in den Anfangsjahren von HIV/AIDS sehr vorurteilsvoll diskutiert wurde: Nämlich mit Promiskuität und/oder Drogensucht verbunden.⁶⁶ Die daraus resultierende Stigmatisierung könnte der Traumatisierung, die mit Krankheit ohnehin assoziiert ist, eine zusätzliche gravierende Rahmung hinzufügen: Zu der narzisstischen Verletzung käme ein Verhalten, das gleichzeitig als schuldhaft angesehen wird und bezogen auf die Infektion mit dem HIV in der heutigen Zeit als vermeidbar gilt – eine Verwirkung des Lebens, d.h. gemäß der Verleugnung einer Endlichkeit des Lebens die „vermeintliche Unsterblichkeit selbst verwirkt zu haben“, durch eigenes „unmoralisches“ Handeln. Darüber hinaus ist die Übertragung des HIV nicht nur durch das eigene Handeln, sondern häufig durch Sexualität erfolgt, die per se als konflikthaft angesehen werden kann.

Durch Selbstverschulden der unerwarteten Todesbedrohung und den damit verbundenen Zusammenbruch der Illusion der Unsterblichkeit, die für die alltägliche Existenz bedeutend war, wiederholt sich gewissermaßen die mythologische Grundsituation.⁶⁷ Die subjektive Krankheitsverarbeitung könnte aufgrund von Phantasien des Patienten, die das eigene Handeln als „unmoralisch“ bewerten, sowie aufgrund von denkbaren Schuldgefühlen wegen der potentiellen Vermeidbarkeit der Infektion erschwert sein. Der Patient könnte gewissermaßen in eine Dauerkrise geraten, die sich, weil der Tod darin thematisch ist, nicht in eine Routine umwandeln lässt. Diese Dauerkrisenhaftigkeit könnte der Patient durch eine Art Gegenrahmung versuchen zu bewältigen, indem sein Patientenstatus zur Normalität bzw. einer Art Totalisierung deklariert wird. In dem Krank-Sein wäre der Patient folglich so krank, dass er es scheinbar umdrehen muss: Der Arzt würde demzufolge nicht als Arzt im Arbeitsbündnis adressiert, sondern als Zugehöriger einer Schicksalsgemeinschaft. Das Paradoxe wäre also: Die HIV-Patienten wären so sehr Patienten, dass sie nicht Patient sein könnten und sie müssten in dieser Dynamik, nicht Patient sein zu können, die Ärzte

⁶⁴ Z.B. bezüglich der Ätiologie eines Bronchialkarzinoms lässt sich sagen, dass ein jahrelanger Nikotinabusus die maligne Entartung fördert. Das Selbstverschulden einer Neoplasie ist häufig aufgrund eines Lebensstiles verursacht, dieser (z.B. Nikotinabusus) ist aber gesellschaftlich nicht derart geächtet wie der Konsum illegaler Drogen oder die Promiskuität.

⁶⁵ Die vier ausgewählten Patienten in der vorliegenden Untersuchung hatten sich jedenfalls durch homosexuellen Geschlechtsverkehr bzw. Drogenabusus infiziert.

⁶⁶ Dies träfe auch bezüglich der Promiskuität auf Geschlechtskrankheiten, die aber im Gegensatz zur HIV-Infektion heilbar sind, und auf Hepatitis, häufig bei Drogenabhängigen zu beobachten, zu. Im medizinischen Versorgungsbereich der Drogenabhängigen sind entsprechende Schwierigkeiten in der Nähe-Distanz-Regelung unabhängig von einer lebensbedrohlichen Erkrankung beobachtbar.

⁶⁷ In den meisten Mythen finden sich Spuren dessen, dass der Mensch ursprünglich unsterblich war. Die Unsterblichkeit ist durch schuldhaftes oder leichtfertiges Verhalten auf Seiten der Menschen verwirkt worden, z.B. durch den Sündenfall im Juden-/Christentum.

nicht als Ärzte begreifen. Der Status, dass ein Patient so sehr Patient ist, dass dies alle anderen Merkmale überschattet, wäre in der Literatur mit der von Bartos und McDonald beschriebenen Form der Identitätsbildung, HIV als Identität (vgl. Kap. 3.3.6), bzw. einem HIV-Masterstatus⁶⁸ vergleichbar, der nach Weilandt unterschiedlich starke Ausprägungen annimmt (Weilandt 1998, S.133).

7.3.2.2.4 Homosexuelle Identität – Drogengebraucher-Identität – HIV-Identität

Die in der vorliegenden Untersuchung kontrastierten Patienten entstammten alle Subkulturen⁶⁹, in denen entsprechende Erfahrungen mit einem Stigmamanagement durch Vergemeinschaftung existieren.

Nach Goffman kann sowohl die Homosexualität als auch die Sucht als Stigma⁷⁰ verstanden werden (Goffman 1975, S.12). Die Individuen versuchen sich zum Abbau der Spannungen, die aufgrund der Stigmata entstehen, in Gruppierungen Gleichgesinnter aufzuhalten (ebd., S.30ff). In diesem Sinne waren zahlreiche HIV-Patienten bereits vor ihrer Erstdiagnose in entsprechenden Gruppierungen, der homosexuellen Subkultur⁷¹ bzw. der Drogenszene⁷², vergemeinschaftet. Aber nicht nur ein Insider-tum entsprechend den Analysen der Transkripte (vgl. Kap. 7.2.2.2.1) lässt sich vor der Erstdiagnose der HIV-Infektion bezogen auf die Gruppe der homosexuellen Männer und die der Drogenkonsumenten darstellen, sondern auch die Suche nach dem Besonders-Sein, das gemäß den Sequenzanalysen eine zentrale Rolle in den

⁶⁸ Das Konzept des „Masterstatus“ bedeutet, dass ein einzelnes Merkmal einer Person alle anderen Merkmale überschattet. Sie werden nur noch in Relation zu dem zentralen Merkmal gesehen. Der Begriff geht auf die soziologischen Überlegungen zur Außenseiterrolle (Becker) und der Stigmatheorie (Goffman) zurück (Weilandt 1998, S.61f).

⁶⁹ Drei Patienten waren homosexuell, einer drogenabhängig.

⁷⁰ Der Terminus „Stigma“ wird von Goffman in Bezug auf eine Eigenschaft verwendet, die sehr diskreditierend ist. „Es konstituiert eine besondere Diskrepanz zwischen virtueller und aktueller sozialer Identität“ (Goffman 1975, S.11).

⁷¹ Aufgrund äußerer Zwänge hat sich die homosexuelle Subkultur ihren eigenen Raum – räumlich getrennt von der Welt der Heterosexuellen – geschaffen (Dannecker & Reiche 1974, S.72ff). „Die Subkultur hat unter anderem die Funktion, Insuffizienzgefühle auszugleichen oder wenigstens Techniken anzubieten, mit deren Hilfe solche Insuffizienz- und Inferioritätsgefühle überspielt werden können. Die Gespräche in der Subkultur sind bestimmt durch die Attraktionen des schönen Lebens, der Kunst, der Kultur und der Mode“ (ebd., S.332).

⁷² Der Begriff „Drogenszene“ geht über die Beschreibung eines Drogenmarktes weit hinaus. Es handelt sich vielmehr um ein sozialräumliches Umfeld, das mit dem Lebensstil und dem Erwerb der Drogenabhängigen in Verbindung steht (Kemmesies 1995, S.224). Die Subkultur der Drogenabhängigen bietet jungen Erwachsenen, häufig mit sozialisatorischen Defiziten, eine Selbstwertstabilisierung im Rahmen eines alternativen Werte- und Bezugssystems (Brachet 2002, S.184 u. S.224). Beim Einstieg in die Drogenabhängigkeit wird die Orientierung an „peer-groups“ als zentraler Faktor angesehen (Grote & Grünbeck 1998, S.118). Im Durchschnitt verbringt ein Drogenabhängiger in Frankfurt drei bis vier Stunden täglich auf der „Offenen Szene“ (Voigt 1992, S.25).

Arzt-Patient-Beziehungen einnimmt. Dannecker und Reiche führten diesbezüglich aus: „Zum homosexuellen Lebensstil gehört ferner der Zwang, dauernd den schönen Schein des Besonderen herzustellen“ (Dannecker & Reiche 1974, S.332). Die Drogenabhängigen konstatieren die eigene Besonderheit⁷³ über eine Ablehnung des allgemein akzeptierten kulturellen Weltbildes (Brachet 2002, S.26). Drogenkonsum kann insbesondere in der Jugend der Identitätsbildung dienen. Sowohl die Orientierung an Vorbildern bzw. Freunden, die Drogen konsumieren, als auch der Eindruck, der aufgrund des Konsums im Umfeld erzeugt werden kann, wird von Drogenabhängigen diesbezüglich berichtet (Grote & Grünbeck 1998, S.134).

Die vier HIV-Patienten, deren Transkripte ausgewählt wurden, waren homosexuelle Männer und Drogenabhängige. Beide Gruppen mussten infolge gesellschaftlicher Stigmatisierung eine soziale Kompetenz entwickeln, die u.a. mittels Gruppenbildung als Stigmamanagement funktionierte. Das in der vorliegenden Untersuchung beschriebene Phänomen des Insidertums könnte als eine Fortsetzung bzw. Umdefinierung eines bestehenden Insidertums der genannten Gruppierung gedeutet werden. Dem entsprächen die Ergebnisse der im Kapitel 3.3.6 vorgestellten Untersuchung, bei der drei verschiedene Arten der Subjektivierung⁷⁴ beschrieben wurden. Fast alle HIV-infizierten Patienten in der Untersuchung von Bartos und McDonald (2000), die HIV als Teil ihrer selbst bzw. ihrer Identität begreifen, waren homosexuelle Männer, deren HIV-Identität die schon zuvor bestehende homosexuelle Identität überlagerte.⁷⁵ Den Infizierten in dieser Kategorie war es nicht möglich, sich imaginär eine Heilung der HIV-Infektion vorzustellen, bei einigen führte eine derartige Instruktion im Rahmen der Untersuchung sogar zu vehementen Reaktionen (Bartos & McDonald 2000, S.302f).

Es wäre demzufolge vorstellbar, dass die HIV-infizierten Patienten, die als Homosexuelle bzw. Drogengebraucher in den entsprechenden subkulturellen Gruppierungen vergemeinschaftet waren, eine gewisse HIV-Identität entwickelt haben: Die Gruppenbildung ermöglichte es den Homosexuellen bzw. Drogengebrauchern, mit den schwierigen Bedingungen zu bestehen, und vermittelte gleichzeitig eine Form der Identitätsbildung. Die im Rahmen der subkulturellen, identitätsbildenden Strukturen gemachten Erfahrungen könnten dann zum Stigmamanagement des Stigmas „HIV-

⁷³ Der Heroinkonsum dient dem Drogenabhängigen zu Beginn seiner Drogenkarriere „der Selbstwertsteigerung durch die Abgrenzung von ‚Normalbürgern‘ unter Einsatz der Abwehrstrategie der Besonderheit“ (Brachet 2002, S.218).

⁷⁴ Die HIV-Infektion wurde als Aspekt des Selbst resp. als Identität, als Erfahrung oder als Karriere wahrgenommen.

⁷⁵ Drogenabhängige wurden in der Untersuchung von Bartos und McDonald nicht explizit benannt.

positiv⁷⁶ eingesetzt worden sein und sich dementsprechend innerhalb der Arzt-Patient-Beziehungen in der HIV-Ambulanz durch die Vergemeinschaftungstendenzen abbilden. Auf der politischen Ebene ließ sich eine solche Transformation z.B. bei der Gründung von ACT UP, die auf die Selbstorganisationsstrukturen der homosexuellen Bewegung zurückgreifen konnten (vgl. Kap. 7.3.2.1.1.1), finden. Weitere Indizien für die Übernahme bereits existierender Strukturen sind die verschiedenen Aktivitäten, die subkulturelle Elemente wie z.B. „Schwule kochen für Schwule“ auf der infektiologischen Station der Universitätsklinik in Frankfurt am Main beinhalten. Fraglich wäre, wenn sich eine solche Identitätsbildung durch die Vergemeinschaftung der HIV-infizierten Patienten vollzöge resp. an Erfahrungen zuvor zugehöriger Gruppierungen anknüpfte, ob heterosexuelle und keine Drogen konsumierende HIV-infizierte Patienten ebenfalls auf derartige subkulturelle Erfahrungen zurückgreifen könnten. Wenn diese Patienten aufgrund fehlender gesellschaftlicher Erfahrungen zunächst nicht anschlussfähig sind, bleibt ungewiss, ob sie sich anschließend vergemeinschaften ließen oder eine Außenseiterrolle in der Gruppe der HIV-infizierten Patienten einnehmen.

7.3.2.2.5 Zusammenfassung: Die besondere Arzt-Patient-Beziehung

Nach Balint bildet sich eine Beziehung zwischen Arzt und Patient auf der Grundlage von gegenseitigen Befriedigungen und Versagungen. „Es ist nicht Liebe, nicht Respekt voreinander, keine wechselseitige Identifikation, nicht Freundschaft, obwohl etwas von allem darin steckt“ (Balint 2001, S.327). Die Anteile dessen, was in die Arzt-Patient-Beziehung der in die Analyse einbezogenen HIV-Patienten einfließen, scheinen gemäß dem von Balint ausgedrückten Verhältnis verschoben. In verschiedenen Quellen lassen sich die mithilfe der Methode der objektiven Hermeneutik dargestellten Merkmale des Arbeitsbündnisses zwischen den HIV-Patienten und ihren Ärzten wieder finden. Die Frage, ob sich die beschriebenen Besonderheiten hinsichtlich der Arzt-Patient-Beziehung aufgrund äußerer oder innerer Phänomene – diesbezüglich wiederum sozialisiert oder als Trauma „HIV-positiv“ – entwickeln oder ob es sich unter Umständen um eine Art Residuum aus der Prä-HAART-Ära, möglicherweise auch nur einrichtungsspezifisch die Frankfurter HIV-Ambulanz betreffend, handelt oder eventuell im Rahmen eines generellen Wandels der Arzt-Patient-Beziehung zu verstehen ist oder sich, was meines Erachtens bedeutungsvoll scheint, eine Transformation subkultureller Strukturen und Erfahrungen vollzieht, wird sich im Rahmen der vorliegenden Analyse nicht hinreichend klären lassen. Denkbar wäre

⁷⁶ Neuere Untersuchungen zeigen, dass auch die HIV-Infektion selbst ein Stigma für die Betroffenen darstellt (Fife & Wright 2000, S.58; Barroso & Powell-Cope 2000, S.351).

ebenso, dass die Traumatisierung, die von der Todesbedrohung ausgeht, zu einer Identitätsdiffusion führen könnte und die daraus resultierende Lücke mit einer Art „HIV-Identität“ gefüllt würde. Letztlich ist anzunehmen, dass ein Zusammenspiel aller Aspekte die Entstehung der vorgefundenen Strukturen begünstigte, denn gerade für die HIV-Infektion wurde bereits in den frühen Jahren beschrieben, dass im Falle dieser Erkrankung innere und äußere Realität in komplexer Art ineinander greifen (Becker & Clement 1989, S.698).

Ein Vergleich mit anderen Risikogruppen innerhalb des Kollektives der HIV-infizierten Patienten sowie mit Patientengruppen anderer Krankheiten müsste in einem nächsten Schritt hinsichtlich der beschriebenen Einebnung der Asymmetrie, der Tendenzen zur Vergemeinschaftung und der diffusen Nähe-Distanz-Regelung durchgeführt werden, um die im Rahmen dieser Arbeit aufgezeigten Besonderheiten der HIV-Patienten im Hinblick auf ihre Wahrnehmung der Arzt-Patient-Beziehung als HIV-typisch zu belegen sowie die diesbezüglichen Erklärungsmodelle zu überprüfen.

7.3.3 Hypothese zur Adherence

Die Adherence der HIV-Patienten wurde in der vorliegenden Arbeit im Rahmen des Arbeitsbündnisses zwischen Arzt und Patient aus der Perspektive der Patienten betrachtet. Dabei ist die Adherence selbst im Verlauf der Arbeit in den Hintergrund geraten, da die anderen Dimensionen, die Ausgestaltung der Arzt-Patient-Beziehung betreffend, u.a. aufgrund der Wahl des Untersuchungsdesigns sowie der Auswertungsmethode dominierten. Wie im Kapitel 7.2.1.3 beschrieben, glückte der Versuch durch die Entlehnung einzelner Elemente der psychodramatischen Technik des „Kollegialen Bündnisses“, die gesunden Anteile des Patienten zu aktivieren und in diesem Moment weiterreichende Gründe für die Non-Adherence zu explorieren, nicht. Eine vollständige Berücksichtigung der im Kapitel 3.3.7 genannten Einflussfaktoren fand weder bei der Datenerhebung⁷⁷ noch im Rahmen der Interpretation und Hypothesenbildung zum adhärenenten Verhalten statt, was zu einer Einschränkung der Gültigkeit der Hypothese zur Adherence führen muss. Die Hypothese (s.u.) ist vielmehr als ein Beitrag für eine weitere Beschäftigung mit dem Thema „Adherence bei HIV-infizierten Patienten“ zu verstehen.

⁷⁷ Vereinzelt wurden die im Kap. 3.3.7 genannten Faktoren anhand der Krankenakten erhoben, z.B. die Nebenwirkungen, die nach Ammassari u.a. (2002a) als Schlüsselfaktor zur Erklärung nicht adhärenenten Verhaltens gesehen werden können (vgl. Kap. 3.3.3). Allerdings konnten in der vorliegenden Arbeit keine Zusammenhänge zur Adherence gefunden werden (vgl. Kap. 6).

7.3.3.1 Adherence in einer besonderen Arzt-Patient-Beziehung

Die objektiv hermeneutische Analyse der Videomitschnitte zeigte verschiedene Besonderheiten der Arzt-Patient-Beziehungen der HIV-infizierten Patienten (vgl. Kap. 7.2.2.2.1 sowie Kap. 7.3.2). Darauf aufbauend wurde entsprechend der Kontrastierung nach adhärennten vs. nicht adhärennten Patienten ein Erklärungsmodell des adhärennten Verhaltens entwickelt: In übertragungsreichen Arzt-Patient-Beziehung stellten die Patienten hohe Ansprüche hinsichtlich der Befriedigung ihrer Bedürfnisse nach Nähe und Besonderheit. Daraus resultierte ein individueller Schwellenwert der Bedürftigkeit bzw. ein individuell differierender Grad in der Ausgestaltung des Wunsches, als etwas Besonderes anerkannt zu werden, bei dessen Überschreitung – einer Erfüllung des individuell eingerichteten Anspruches –, der Patient sich adhärent verhalten würde. Die Adherence wäre somit eingebettet in diese besondere Struktur der Arzt-Patient-Beziehung und gewissermaßen als Regulation resp. Belohnung von Freundschaft und Nicht-Freundschaft zu verstehen. Verschiedene Persönlichkeitsdimensionen könnten jedoch zur Verschiebung des Schwellenwertes führen bzw. bei extremer Ausprägung derart dominieren, dass dieses Modell scheinbar außer Kraft gesetzt würde.

7.3.3.2 Vereinbarkeit mit dem derzeitigen Kenntnisstand

Im Folgenden wird die Hypothese zur Adherence mit dem gegenwärtigen Kenntnisstand zusammengefügt. Eine Prüfung der Vereinbarkeit mit den Krankheitsmerkmalen, den Behandlungsmerkmalen und Teilaspekten der Patientenmerkmale ist entsprechend der vorgenommenen Beschränkung auf den Fokus „Arzt-Patient-Beziehung“ zur Untersuchung der Adherence-Probleme nicht angebracht. Deswegen wird ausschließlich auf die für Hypothese relevanten Dimensionen eingegangen: Die Arzt-Patient-Beziehung (vgl. Kap. 3.3.4), die psychosozialen Einflussfaktoren (vgl. Kap. 3.3.1.4) und die Modelle zur Erklärung adhärennten Verhaltens (vgl. Kap. 2.3.5 und Kap. 3.3.6).

7.3.3.2.1 Zufriedenheit in einer „besonderen“ Beziehung

In den vorangegangenen Kapiteln konnte gezeigt werden, dass es sich bei den Arzt-Patient-Beziehungen der HIV-Patienten offenbar um übertragungsreiche Beziehungen handelt. Die Zufriedenheit mit bzw. die Qualität der Arzt-Patient-Beziehung, wie in verschiedenen Publikationen als Prädiktor der Adherence bei HIV-infizierten

Patienten beschrieben (Catz et al. 2001, S.55; Stall et al. 1996, S.157ff; Meystre-Agustoni et al. 2001, S.50f)⁷⁸, kann folglich nicht ohne die tiefreichenden Inhalte der Übertragung bzw. die Erwartungen an die Beziehung betrachtet werden (vgl. hierzu auch Kap. 2.3.6). Qualität der Arzt-Patient-Beziehung wurde von Meystre-Agustoni u.a. als Vertrauen, das meines Erachtens zumeist auf Übertragung basiert, und das Gefühl „mitreden zu können“ (Meystre-Agustoni et al. 2001, S.51) operationalisiert. Die Übertragung der Eltern-Kind- oder einer Gatten-Beziehung auf die Arzt-Patient-Beziehung impliziert, dass eine Zufriedenheit mit der Beziehung weit über Gesprächsführungselemente, die in zahlreichen Studien zur Operationalisierung der Arzt-Patient-Beziehung eingesetzt wurden (vgl. Kap. 2.3.4), hinaus geht. Weilandt und Schüler konnten in ihrer Untersuchung eine hohe Zufriedenheit mit dem behandelnden Arzt zeigen – die überwiegende Mehrheit der HIV-Patienten beurteilten ihren Arzt mit sehr gut bzw. gut (über 95%)⁷⁹ und würde ihn weiterempfehlen (über 97%)⁸⁰. In derselben Untersuchung gaben aber nur 38% der Patienten an, mit ihrem Arzt über eine nicht vorschriftsmäßige Medikamenteneinnahme zu sprechen (Weilandt & Schüler 2003, S.49ff). Da die nicht vorschriftsmäßige Einnahme eine wichtige Information für die medizinische Behandlung und somit für die Grundlage des Arbeitsbündnisses darstellt, muss eine Zurückhaltung derartiger Informationen anderweitig motiviert sein. Eine Erklärung hierfür wären mögliche Scham- oder Schuldgefühle derer, deren Verhalten in einer übertragungsreichen Arzt-Patient-Beziehung nicht mit dem ärztlichen oder gesundheitlichen Rat korrespondiert. So zeigten die Patienten, die dem Arzt Unregelmäßigkeiten ihrer Adherence oder einen Abbruch der antiretroviralen Therapie mitteilten, eine deutlich höhere Adherence als die anderen Patienten (Weilandt & Schüler 2003, S.81; Weilandt, Schüler & Rockstroh 2003, S.873). Ein Ergebnis, das sich durchaus mit dem Verständnis einer Adherence im Spannungsfeld der besonderen Arzt-Patient-Beziehung erklären ließe.⁸¹ Eine Zufriedenheit mit der Arzt-Patient-Beziehung könnte sich desgleichen – im Sinne der in der vorliegenden Arbeit aufgestellten Hypothese – durch die Befriedigung der Bedürftigkeit bzw. des Wunsches, als etwas Besonderes anerkannt zu werden, herstellen.

⁷⁸ Catz u.a. (2001) führten den Begriff der Zufriedenheit nicht weiter aus. Stall u.a. erfassten die Qualität der Arzt-Patient-Beziehung anhand von fünf Items, (1) ob der Arzt irgendwelche Fragen nach den medizinischen Umständen stellt, (2) ob der Patient das Gefühl hat, dass sein Arzt wirklich den Zweifeln des Patienten zuhört, (3) ob der Patient das Gefühl hat, dass sein Arzt gut vertraut mit den allgemeinen gesundheitlichen und medizinischen Umständen ist, (4) ob der Patient das Gefühl hat, dass sein Arzt einen Rückruf sofort durchführen würde und (5) ob das Gefühl bei dem Patienten entsteht, dass er und der Arzt sich auf einen Behandlungsplan geeinigt haben, dem der Patient folgen kann (Stall et al. 1996, S.155).

⁷⁹ Die Patienten wurden gebeten ihrem Arzt eine Schulnote von eins bis sechs zuzuordnen.

⁸⁰ Die Patienten wurden gefragt: „Würden Sie anderen Betroffenen Ihren Arzt/Ihre Ärztin weiter empfehlen?“ (Weilandt & Schüler 2003, S.50)

⁸¹ Die Autoren ziehen m.E. an dieser Stelle zu voreilig den Schluss: „Da die Arzt-Patient-Beziehung keinen Einfluss auf die Adhärenz hat, liegt die Annahme nahe, dass mit diesen Fragen nicht die Beziehung zwischen Arzt und Patient erfasst wurde, sondern eher eine Persönlichkeitsdimension des korrekten Verhaltens gegenüber dem Arzt“ (Weilandt & Schüler 2003, S.81).

7.3.3.2.2 Identitätsbildung, HIV-Masterstatus und psychische Einflussfaktoren

Im Kapitel 7.3.2.2.3.2 und 7.3.2.2.4 wurde versucht, die sich in der vorliegenden Arbeit abzeichnenden Besonderheiten hinsichtlich der Arzt-Patient-Beziehung mit bereits existierenden Konzepten in Einklang zu bringen. Zum einen wurde diesbezüglich eine Identitätsbildung⁸² durch die Zugehörigkeit der Gruppe der HIV-infizierten Patienten (vgl. Kap. 3.3.6, Kap. 7.3.2.2.4 sowie Kap. 7.3.2.2.3.2), zum anderen das Konzept des HIV-Masterstatus (vgl. Kap. 7.3.2.2.3.2, insbesondere Fußnote 68 sowie Kap. 7.3.2.2.4) herangezogen. Im Sinne der Hypothese der vorliegenden Arbeit ließe sich die Überlegung aufstellen, dass je stärker das Phänomen ausgeprägt ist⁸³, desto weniger kann dem Arzt in der ärztlichen Rolle begegnet werden bzw. desto übertragungsreicher gestaltet sich die Beziehung. Dementsprechend wäre umso schwieriger eine Erfüllung des Wunsches, als etwas Besonderes anerkannt zu werden, durch den behandelnden Arzt leistbar. Ein Indiz für genannte Überlegungen unter Bezugnahme auf das Konzept des HIV-Masterstatus wäre, dass „je zentraler die Rolle ist, die die Infektion im Leben spielt, desto schlechter ist der psychische Zustand“⁸⁴ (Weilandt 1998, S.167). Eine solch zentrale Rolle, eine HIV-Identität, legt nahe, dass andere identitätsstiftende Themen, die zur Stabilisierung der Psyche beitragen könnten, gleichermaßen blockiert werden. Das „Bewußtsein, in der Zeitfolge derselbe zu sein“ (Jaspers 1953, S.105), das nach Jaspers wesentlich die Identität begründet, würde gewissermaßen aus der Zugehörigkeit zu einer Gruppe, deren gemeinsame Basis einer Erkrankung mit infauster Prognose und somit sozusagen dem absehbaren Ende der Zeitfolge entspringt, abgeleitet. Dadurch würde das durch Identitätsbildung angestrebte Gefühl der Sicherheit auf Unsicherheit bzw. auf die Sicherheit des Todes und demzufolge dem Ende der Kontinuität des Individuums aufgebaut. Ein aus der zentralen Rolle der HIV-Infektion im Leben resultierendes psychisches Leid, wie von Weilandt dargestellt (Weilandt 1998, S.167), ist entsprechend der angestellten Überlegungen nachvollziehbar.

⁸² Identität war auch ein Einflussfaktor auf den Gemütszustand, der eine Schlüsselposition zur Erklärung der Adherence in der Studie von Wilson, Hutchinson und Holzemer (2002, S.1314ff) einnimmt.

⁸³ Der Zusammenhang zwischen den Patienten, die HIV als Identität begriffen haben, und ihrer Adherence wurde von Bartos und McDonald wie folgt beschrieben (vgl. hierzu auch Kap. 3.3.6): Die Behandlung mit antiretroviralen Medikamenten wird von den Patienten als ein Marker der Gesundheit des Selbst genommen. Folglich wäre nach Meinung der Autoren ein Therapieversagen bzw. eine schlechte Adherence als „ein Versagen des Selbst“ zu interpretieren. Insbesondere ein Therapiewechsel, potentiell assoziiert mit einem Lebensstilwechsel, führte bei diesen Patienten durch eine Störung der Integrität zu Problemen. Dabei erfassen die Autoren aber keine Intensitätsgraduierungen hinsichtlich der Bildung einer HIV-Identität bei den Patienten und einer eventuell damit zusammenhängenden Ausprägung der Adherence (Bartos & McDonald 2000).

⁸⁴ Die zentrale Rolle wurde anhand eines HIV-Masterstatus beurteilt.

Psychisches Leid selbst wirkte sich ungünstig auf die Adherence (Ammassari et al. 2002a, S.126), psychotherapeutische Interventionen hingegen förderlich (Bock 2000, S.138)⁸⁵ aus. Die soziale Unterstützung, ein wichtiger Prädiktor der Adherence, wurde nach der Untersuchung von Weilandt durch den HIV-Masterstatus moderiert: „Mit steigendem subjektiven Stellenwert der HIV-Infektion wird die subjektive Zufriedenheit mit der sozialen Unterstützung wichtiger“ (Weilandt 1998, S.131, Hervorhebung U.E.). Eine subjektive Zufriedenheit ist aber nicht unabhängig von dem individuellen Anspruchsniveau an eine etwaige Unterstützung resp. Beziehung. Je stärker der HIV-Masterstatus ausgeprägt war, desto weniger internal attribuierten⁸⁶ die Patienten und desto geringer schätzten sie ihren Einfluss auf den Gesundheitszustand ein, desto niedriger war der Optimismus und desto mehr neigten die Patienten zu depressiven und weniger zu aktiven selbstaufbauenden Copingstrategien (Weilandt 1998, S.134). Dementsprechend sollte sich der HIV-Masterstatus ebenfalls auf die Adherence auswirken (vgl. Kap. 2.3.6 sowie Kap. 3.3.7), was in der Untersuchung von Weilandt jedoch nicht geprüft wurde.

7.3.3.2.3 Annäherung an ein Konfliktmuster zur Erklärung nicht adhärenten Verhaltens

Ein ausdrücklicher Autonomie-Abhängigkeitskonflikt als mögliche Ursache der Non-Adherence, wie in verschiedenen psychodynamischen Ansätzen vorgeschlagen (vgl. Kap. 2.3.5), konnte im Rahmen der hermeneutischen Interpretationen nicht klar bestätigt werden. Ein Autonomie-Abhängigkeitskonflikt lässt sich entsprechend der Inszenierung von Patient 20 als sein bestimmendes Konfliktmuster⁸⁷ vermuten (vgl. Kap. 7.2.2.2.2). Diesem Konfliktmuster wären insbesondere die im vorangegangenen Kapitel beschriebenen Phänomene hinsichtlich der Arzt-Patient-Beziehungen zugehörig: Das bei allen vier untersuchten Patienten beobachtete Changieren um Nähe und Distanz in den dargestellten Arzt-Patient-Beziehungen sowie die Vergemeinschaftungstendenzen einschließlich der darin zu vermutenden Bestrebungen des „Dazugehörens“, letzteres als möglicher Ausdruck eines aktiven Modus des

⁸⁵ Der Einfluss eines psychotherapeutischen Gruppenprogramms führte bei den HIV-infizierten Teilnehmern zur besseren psychischen Befindlichkeit, physischen Gesundheit und Lebensqualität. Die Verbesserung der Lebensqualität wurde von der Autorin im Zusammenhang mit einem Zuwachs adaptiver und effektiver Copingstrategien gesehen. Die Interventionen hatten weiterhin eine Zunahme des Gesundheitsverhaltens und eine bessere Adherence bei den Patienten zur Folge (ebd.).

⁸⁶ Internale Kontrollattribution korrelierte positiv mit Adherence (Molassiotis et al.2002, S.308).

⁸⁷ Die Zuordnung eines Konfliktmusters kann im Rahmen dieser Diskussion nur als eine Annäherung verstanden werden, da es sich zum einen um „zeitlich überdauernde Konflikte“ (Arbeitskreis OPD 2004, S.59) handelt und zum anderen für eine Klassifikation Informationen aus Bereichen erforderlich wären, die innerhalb der psychodramatischen Exploration nicht erhoben wurden.

Autonomie-Abhängigkeitskonfliktes (Arbeitskreis OPD 2004, S.131). Ein Autonomie-Abhängigkeitskonflikt scheint den Ergebnissen dieser Arbeit zufolge jedoch nicht ausschlaggebend für eine Differenzierung in adhärenthes vs. nicht adhärenthes Verhalten zu sein. Zugleich ist dieser Konflikt bei Patient 19, der als am wenigsten adhärent von dem behandelnden Arzt eingeschätzt wurde, nicht das dominierende Konfliktmuster. Bei ihm stehen die Defizite auf der Strukturebene im Vordergrund (vgl. Kap. 7.2.2.2.2.4).⁸⁸ Ein Mangel an Autonomie zeigte sich bei dem adhärenten Patient 09⁸⁹ (vgl. Kap. 7.2.2.2.2.3) und bei dem nicht adhärenten Patient 19 (vgl. Kap. 7.2.2.2.2.4), die beide im Sinne der Hypothese ihre Beziehung zum Arzt außerordentlich übertragungsreich gestalten. Bezüglich des adhärenten Verhaltens wurde im Rahmen der Arbeit die Hypothese aufgestellt, dass die HIV-Patienten unter der Bedingung, dass ihr Verhältnis zum Arzt ein Besonderes ist, bereit sind, den ärztlichen Anweisungen zu folgen – was am ehesten dem Konfliktmuster eines Selbstwertkonfliktes⁹⁰ bzw. einer Selbstwertregulation in der Arzt-Patient-Beziehung entspräche. Das Konzept des Selbstwerts ist ebenfalls mit zwei die Adherence positiv beeinflussenden Faktoren, der sozialen Unterstützung und der Selbstwirksamkeit (vgl. Kap. 3.3.7 sowie 2.3.6), assoziiert. Speziell für die Selbstwirksamkeit⁹¹ und den Selbstwert argumentieren verschiedene Autoren (z.B. Judge et al. 2002, S.705ff), dass beide Konstrukte mit Neurotizismus und Locus of Control unter ein übergeordnetes Konstrukt zusammenfassbar seien, da alle vier Faktoren eng miteinander korrelieren – insbesondere die Selbstwirksamkeit und der Selbstwert. Es scheinen die motivationalen vs. die emotionalen Komponenten zu sein, die die beiden Konstrukte voneinander abgrenzen.⁹² Die vornehmliche Nennung der Selbstwirksamkeit in der Adherence-Forschung könnte daraus resultieren, dass, wenn eine Fokussierung auf die Selbstbeurteilung bei der Untersuchung von Adherence-Problemen stattfindet, diese tendenziell auf der motivationalen Ebene, d.h. die Selbstwirksamkeit betreffend,

⁸⁸ Das Auftreten struktureller Defizite dominiert die psychodynamische Diagnostik in diesem Fall. Als Grundkonfliktmuster lässt sich folglich nur schwerlich ein einzelner Modus bei dem Patient 19 erkennen. Neben einem Schuldkonflikt ist das Muster Versorgung vs. Autarkie, aber auch Selbstwertkonflikte u.a. vermutbar.

⁸⁹ Das bestimmende Konfliktmuster des Patienten 09 kann entsprechend der analysierten Transkripte in erster Linie als Unterwerfung vs. Kontrolle interpretiert werden.

⁹⁰ Ein solcher Selbstwertkonflikt ist ebenfalls mit den in den vorangegangenen Kapiteln angestellten Überlegungen zum besonderen Arzt-Patient-Verhältnis vereinbar: „Der Symptombildung, welcher Art auch immer, kommt psychodynamisch stimmig ein restitutiver Charakter für das Selbstbild zu. Dem Symptom wird eine einmalige, weit über das klinisch nachvollziehbare Ausmaß hinausgehende Wirkung zugeschrieben ... Das ganze Leben des Patienten kann um das Symptom herum «organisiert» werden“ (Arbeitskreis OPD 2004, S.140) – entsprechend einem HIV-Masterstatus bzw. einer HIV-Identität.

⁹¹ In diesen Untersuchungen wurde die „generalized self-efficacy“ gemessen, die sich von dem Konstrukt Banduras (vgl. Kap. 2.3.1, Fußnote 14) insofern unterscheidet, dass nicht eine aufgabenspezifische Überzeugung, sondern eine generalisierte Kompetenzüberzeugung im Sinne eines trait-Merkmales untersucht wurde.

⁹² Die Selbstwirksamkeit drückt stärker die motivationalen Überzeugungen bezüglich der eigenen Fähigkeit zur Erfüllung einer Aufgabe aus, während der Selbstwert die emotionale Beurteilung des Selbst abbildet (Chen, Gully & Eden 2004, S.390).

erfasst wird. Eine Erhebung des Selbstwerts, gewissermaßen die emotionale Ebene, wurde nur vereinzelt in Untersuchungen zur Beurteilung adhärenenten bzw. nicht adhärenenten Verhaltens HIV-infizierter Patienten (vgl. Kap. 3.3.1.4) herangezogen: Z.B. zeigten Patienten, die zu vermeidenden Copingstilen neigten, einen niedrigeren Selbstwert sowie ein höheres Maß an Depression und eine niedrigere Adherence (Singh et al. 1999, S.829). In einer Untersuchung von O’Cleirigh u.a. wurde der Selbstwert als eines von vier spezifischen Verarbeitungsmustern der Tiefen-Verarbeitung⁹³ erhoben, zuletzt genannte zeigte sich als Mediator des emotionalen Ausdrucks sowie der Langzeitüberlebensrate („long-term survival“) von HIV-infizierten Menschen und wies eine signifikante Verbindung mit der Adherence auf (O’Cleirigh et al. 2003, S.231ff). Im Dienste der Selbstwertregulierung verstehen Wöller u.a. (1998, S.106) die Verschiebung eines Bedrohungserlebens auf das Medikament⁹⁴ (vgl. Kap. 2.3.5). Als ein weiteres Indiz für die Schlüsselposition des Wunsches, als etwas Besonderes anerkannt zu werden, resp. eines Selbstwertkonfliktes hinsichtlich adhärenenten Verhaltens sind die Untersuchungen von Stone u.a. sowie Martini, Parazzini und Agnoletto zu nennen (vgl. Kap. 3.3.4). Bei zuerst Genannter war das andauernde Haben, insbesondere das langfristige Haben einer Beziehung mit dem Arzt ausschlaggebend für adhärenentes Verhalten (Stone et al. 1998, S.591), was im Sinne der Hypothese für eine Befriedigung des Wunsches, in der besonderen Beziehung als ein Besonderer anerkannt zu werden, unabdingbar wäre. Martini, Parazzini und Agnoletto konnten zeigen, dass häufig wechselnde Ärzte im Gegensatz zur längerfristigen Betreuung durch einen Arzt, was bereits als eine Kränkung in einer übertragungsreichen Beziehung durch ein mit Rettungswünschen besetztes Objekt interpretierbar wäre, hochsignifikant zu einer Unzufriedenheit mit der Arzt-Patient-Beziehung führten (Martini, Parazzini & Agnoletto 2001, S.63).

In der vorliegenden Untersuchung war es demnach weniger der Autonomie-Abhängigkeitskonflikt, mithilfe dessen die Non-Adherence der analysierten Patienten erklärbar war, sondern ein Wunsch nach der besonderen Rolle, denkbar auf einen Selbstwertkonflikt basierend, und eine nicht vorhandene Autonomie, die regressive Tendenzen einschloss, so dass eine Bindung im Arbeitsbündnis nicht eingegangen werden konnte. Je mehr Reife⁹⁵ ein Patient jedoch besitzt, umso besser werden die Resultate der „objektiven“ Behandlung sein (Balint 2001, S.315). Inwieweit die Ausprägung dieser Konfliktstruktur für adhärenentes bzw. nicht adhärenentes Verhalten verantwortlich ist, ist in weiterführenden Untersuchungen zu klären.

⁹³ Zum Begriff „Tiefen-Verarbeitung“ („depth processing“) vgl. Fußnote 46 im Kap. 3.3.1.4.

⁹⁴ Das von Wöller u.a. untersuchte Kollektiv waren Asthmapatienten, das Medikament in diesem Falle das Kortison.

⁹⁵ Zum Begriff „Reife“ vgl. Fußnote 39 im Kap. 7.2.3.

8 Zusammenfassung und Ausblick

In der vorliegenden Arbeit wurde der spezielle Gesichtspunkt der Arzt-Patient-Beziehung der HIV-Patienten in Bezug auf ihre Adherence untersucht, da dieser Aspekt in der Adherence-Forschung im HIV-Bereich bislang nur wenig berücksichtigt worden ist (vgl. Kap. 3.3.4). Die 20 an der Untersuchung teilnehmenden Patienten wurden in der HIV-Ambulanz des Universitätsklinikums Frankfurt dergestalt rekrutiert, dass durch ärztliche Zuordnung zwei vergleichbare Gruppen, die der adhärennten Patienten und die der nicht bzw. wenig adhärennten Patienten, entstanden. Sowohl die behandelnden Ärzte als auch die Patienten wurden mithilfe von Fragebögen zu einer Einschätzung des Medikamenteneinnahmeverhaltens der Patienten gebeten (vgl. Kap. 6.1). Zudem wurde der Behandlungserfolg anhand der Krankenakten beurteilt. Im Rahmen der Auswertung der Adherence-Messungen zeigte sich, dass sich eine weitergehende Validierung des modifiziert zum Einsatz gekommenen, von Basler und Weißbach (1984) entwickelten Fragebogens ebenfalls im Kollektiv der HIV-Patienten empfiehlt (vgl. Kap. 6.3.1).

Die Einstufung der Ärzte in eine der beiden Gruppen „adhärent/nicht adhärent“ zeigte in der vorliegenden Untersuchung eine relative Übereinstimmung mit der Selbsteinstufung der Patienten (vgl. Kap. 6.2.5). Den Patienten schien es ungeachtet ihrer Adherence bezüglich Medikamenteneinnahme vs. Nicht-Einnahme schwer zu fallen, sich an ein exaktes zeitliches Einnahmeschema zu halten. Bei der Auswertung des Ärztefragebogens fiel auf, dass der Schwellenwert der Adherence für die befragten Ärzte nicht klar definiert zu sein scheint. Die Erwartungen ärztlicherseits an die Adherence stellten sich als hoch dar. Das Mittel der eingenommenen Medikamente lag in dieser Untersuchung nach ärztlicher Schätzung für die adhärennte Gruppe bei 97% und das der nicht adhärennten Gruppe bei 69% (vgl. Kap. 6.3.2), was den in der Literatur geforderten, jedoch kritisch zu bewertenden 95% von Paterson u.a. (2000) nahe kommt (vgl. Kap. 3.2.2, Kap. 3.3.7 sowie Kap. 6.3.2). Eine wissenschaftlich gesicherte (Neu-)Bestimmung dieses Schwellenwertes der Adherence könnte eine Entlastung von den aus dieser Unsicherheit resultierenden Konflikten für den Patienten bedeuten (vgl. Kap. 3.3.7).

Zur Untersuchung der Arzt-Patient-Beziehung aus der Patientensichtweise wurde auf die handlungsorientierte Methode des Psychodramas zurückgegriffen. In den psychodramatischen Explorationen sollten die Patienten durch Rollentausch ihre Arzt-Patient-Beziehung nachstellen – die „Doktorspiele“. Die Auswertung des dadurch entstandenen Materials geschah mithilfe der Methode der objektiven Hermeneutik.

Die Adherence ist im Verlauf des qualitativen Teiles der Untersuchung letztlich in den Hintergrund geraten, da die anderen Dimensionen, die Ausgestaltung der Arzt-Patient-Beziehung betreffend, dominierten. Es konnte eine Spezifität der untersuchten Patienten abgebildet werden, die unter Heranziehung anderer Quellen (vgl. Kap. 7.3.2.1) durchaus als HIV-typisch verstanden werden kann: In den Darstellungen der Arzt-Patient-Beziehungen imponierten diffuse Nähe-Distanz-Regelungen sowie eine Nicht-Einhaltung des traditionell asymmetrischen Arzt-Patient-Verhältnisses. In übertragungsreichen Beziehungen traten die Patienten mit Vergemeinschaftungstendenzen an den Arzt heran – eine inhaltliche Dimension von „Doktorspielen“. Die Frage nach Erklärungsmodellen der beschriebenen Besonderheiten hinsichtlich der Arzt-Patient-Beziehung wurde ausgiebig in Kapitel 7.3.2 diskutiert. Vor allem scheinen meines Erachtens die Traumatisierung durch die HIV-Infektion – eventuell ein kumulatives Trauma einschließend (vgl. Kap. 7.3.2.1.1.2 sowie Kap. 7.3.2.2.3) – und die vermeintliche „HIV-Identität“ – aufbauend auf bereits bestehende subkulturelle Identitäten (vgl. Kap. 7.3.2.2.4) – diesbezüglich von Bedeutung zu sein. Weitere Erklärungsansätze sind die besondere Stellung der HIV-Infektion im Gesundheitssystem sowie das Fortdauern bereits der Prä-HAART-Ära entstammender Strukturen (vgl. Kap. 7.3.2.1.1.1 sowie Kap. 7.3.2.2.1), ein allgemeiner Wandel des Gesundheitssystems (vgl. Kap. 7.3.2.2.2) sowie ein einrichtungsspezifischer Einfluss (vgl. Exkurs 3). Eine hinlängliche Klärung der Frage war im Rahmen der vorliegenden Arbeit jedoch nicht möglich, hierfür sind weiterführende Untersuchungen erforderlich. Diese müssten einen Vergleich mit anderen Risikogruppen innerhalb des Kollektives der HIV-infizierten Patienten sowie mit Patientengruppen anderer Krankheiten einbeziehen, um die im Rahmen dieser Arbeit aufgezeigten Besonderheiten der HIV-Patienten im Hinblick auf ihre Wahrnehmung der Arzt-Patient-Beziehung als HIV-typisch zu belegen.

Aufbauend auf die strukturellen Besonderheiten in der Arzt-Patient-Beziehung wurde eine Hypothese für die weitere Beschäftigung mit dem Thema „Adherence bei HIV-infizierten Patienten“ generiert: Entsprechend der Kontrastierung nach adhärennten vs. nicht adhärennten Patienten ließe sich als Erklärungsmodell für den Zusammenhang zwischen der Wahrnehmung der Arzt-Patient-Beziehung und der Adherence folgern, dass die HIV-Patienten nur unter der Bedingung bereit sind, sich dem ärztlichen oder gesundheitlichen Rat korrespondierend zu verhalten, dass ihr Verhältnis zum Arzt ein Besonderes ist. Daraus könnte ein individueller Schwellenwert der Bedürftigkeit bzw. ein individuell differierender Grad in der Ausgestaltung des Wunsches, als etwas Besonderes in der Beziehung zu ihrem Arzt anerkannt zu werden, resultieren, bei dessen Überschreitung der Patient sich adhärennt verhielte. Verschiedene Persönlichkeitsdimensionen könnten jedoch zur Verschiebung dieses Grades

führen bzw. bei extremer Ausprägung derart dominieren, dass das Modell scheinbar außer Kraft gesetzt würde.

Das Modell bietet zunächst eine eingeschränkte Sichtweise, da es die Adherence ausschließlich anhand der Struktur der Arzt-Patient-Beziehung aus der Patientensicht zu erklären versucht. Es lässt sich jedoch mit verschiedenen Merkmalen, die im Hinblick auf die Arzt-Patient-Beziehung von Relevanz zu sein scheinen (vgl. Kap. 3.3.4), vereinbaren. So könnte sich die Zufriedenheit mit der Arzt-Patient-Beziehung als das Erreichen dieses Schwellenwertes verstehen lassen, was zu überprüfen wäre. Insbesondere sei der im Hinblick auf die Adherence bisher nicht untersuchte HIV-Masterstatus (Weilandt 1998) zu nennen, der zwar in dieser Arbeit nicht als psychologisches Merkmal gemessen wurde, jedoch entsprechend der Hypothese eine entscheidende Rolle im Erklärungsmodell der Adherence einnehmen könnte. Die hohe Relevanz, eine Moderatorwirkung, des HIV-Masterstatus konnte für verschiedene psychosoziale Faktoren nachgewiesen werden (Weilandt 1998). Er könnte sich ebenfalls – eventuell gerade mittels dieser psychosozialen Faktoren – auf die Arzt-Patient-Beziehung und die Adherence auswirken (vgl. Kap. 7.3.3). Diesem Ansatz könnte mithilfe nachfolgender Untersuchungen detaillierter nachgegangen werden.

Ein ausdrücklicher Autonomie-Abhängigkeitskonflikt als mögliche Ursache der Non-Adherence, wie in verschiedenen psychodynamischen Ansätzen vorgeschlagen (vgl. Kap. 2.3.5), konnte im Rahmen der Interpretationen nicht bestätigt werden. Vielmehr legt die Hypothese nahe, dass die Adherence-Probleme vornehmlich auf einen Selbstwertkonflikt als Konfliktmuster bzw. eine Selbstwertregulierung innerhalb der bestehenden Arzt-Patient-Beziehung zurückführbar wären. Inwieweit die Ausprägung dieser Konfliktstruktur für adhärentes bzw. nicht adhärentes Verhalten verantwortlich ist, ist in weiterführenden Untersuchungen zu klären.

Im Grunde sind die Probleme, wie sie die Patienten 20, 09 und insbesondere 19 offenbarten, in einer normalen Arzt-Patient-Beziehung nicht lösbar. Es wäre daher beim Verdacht auf nicht adhärentes Verhalten zweckmäßig, eine psychologische Diagnostik durchzuführen, die es ermöglicht, die Patienten, die aufgrund ihrer psychischen Disposition gar nicht zu adhärentem Verhalten in der Lage sind, zu erkennen – z.B. Menschen, für die Vertrauensbildung aufgrund eventuell fehlender signifikanter Vertrauensfiguren aus der eigenen Sozialisation ungewiss ist. Es müssten folglich Interventionsmöglichkeiten entwickelt werden, die ein adhärentes Verhalten fördern, indem sie die persönlichen Dimensionen der einzelnen Patienten einbeziehen. Diese Interventionen sollten von einer psychoedukativen Herangehensweise bis hin zu Angeboten, die im Einzelfall psychotherapeutisch sein müssten, reichen. Letztere würden jedoch weit über den Fokus der Adherence hinausgehen,

da diese nicht alleiniger Gegenstand einer psychotherapeutischen Intervention wäre, sondern lediglich eine Art „Nebenprodukt“ darstellen könnte. Bezüglich Patient 20 hieße dies, die selbstzerrstörerischen Tendenzen und die phasenweise auftretende, tief sitzende Verweigerungshaltung, und bezüglich Patient 19, die auffallend selbstdestruktive, an Strukturverleugnung heranreichende Art zu bearbeiten. Fraglich bleibt jedoch, inwieweit Patienten zu entsprechenden psychoedukativen Maßnahmen bzw. Therapien motiviert wären. Vermutlich würden auch nicht alle Patienten gleichermaßen von solchen Interventionen profitieren – eventuell Einzelne nicht therapiefähig sein. D.h. den hohen Erwartungen ärztlicherseits an die Adherence (vgl. Kap. 3.3.7 sowie Kap. 6.3.2) bzw. an die Fähigkeit zur Adherence entsprechend müssten Strategien ausgebildet werden, durch die eine Behandlung der nicht zur Adherence fähigen Patienten möglich wird – ein bloßes Ansprechen des Themas¹ könnte sich tendenziell kontraproduktiv, die Konflikte des Patienten (vgl. Kap. 3.3.7) verstärkend, auswirken. Vielleicht müssten ebenfalls alternative Behandlungsstrategien, z.B. Projekte, die DOT für die Patienten ermöglichen, seitens des deutschen Medizinsystems angeboten werden. Ein Blick über die Grenzen von Deutschland zeigt diesbezüglich, dass solche Projekte durchaus Erfolg versprechende Resultate vorweisen können.²

Die Psychopathologisierung der HIV-Patienten ist eine mögliche Gefahr, die in den Ergebnissen der vorliegenden Arbeit verborgen scheint – dies würde aber den zahlreichen adhärennten wie nicht adhärennten HIV-Patienten nicht gerecht werden. Mit der vorliegenden Arbeit war vielmehr beabsichtigt, die HIV-Infektion als Stigma zu thematisieren, dessen Dynamik es speziell bezüglich der Arzt-Patient-Beziehung zu erfassen und das es zu bewältigen gilt. Die dargestellten Ergebnisse bergen jedoch in sich selbst die Gefahr einer Stigmatisierung insbesondere im medizinischen Umfeld. Eine generelle Indikation für eine Psychotherapie³ zur „Behandlung“ der Non-Adherence sollte aus dieser Arbeit nicht abgeleitet werden. Letztlich muss jeder einzelne Fall hinsichtlich der speziellen Dynamik, die sich in ihm offenbart, betrachtet werden. Den Blick dafür zu schärfen, war auch die Absicht bei der differenzierten Darstellung der vier Einzelfälle.

¹ Diese Strategie zielt vermeintlich auf das Über-Ich des Patienten ab. Wenn dieses jedoch dafür nicht empfänglich bzw. nicht entsprechend entwickelt wurde, kann ein solcher Appell letztlich nicht umgesetzt werden.

² Es zeigte sich in Projekten wie z.B. auf Rhode Island (Mitty et al. 2002, S.987) oder Haiti (Farmer et al. 2001, S.405ff), dass mithilfe von DOT eine suffiziente Behandlung für wenig adhärennte Patienten ermöglicht werden konnte. Zur Durchführung solcher Projekte ist jedoch vonnöten die in Deutschland traditionell existierende „Kommstruktur“ in der Medizin um Aspekte wie „Streetwork“ bzw. „Community-Health-Work“ zu erweitern, da sich zahlreiche der schwer erreichbaren Patienten, gewissermaßen alle, die nicht in einem Methadonprogramm angebunden sind, nicht täglich im Kontakt mit einer in Frage kommenden Institutionen befinden.

³ Catz u.a. ziehen den Schluss, dass ihre Ergebnisse nahe legen, dass Patienten mit eingeschränkter emotionaler Unterstützung „should receive mental health and support services not only to improve psychological functioning but also, potentially, to enhance treatment adherence“ (Catz et al. 2000, S.131).

Anhang

Glossar

Ärztefragebogen

Patientenfragebogen

Instruktion Soziales Atom

Patienteninformation

Einverständniserklärung

Entbindung der Schweigepflicht

Glossar

3TC	Lamivudin, Handelsname Epivir®
ACTG	AIDS Clinical Trial Group (USA)
ART	antiretrovirale Therapie
ATA	Adipose Tissue Alterations, Fettumverteilungsstörung
AZT	Handelsname: Retrovir®
CD4-Zelle	Die CD4-Zelle ist eine Subpopulation der T-Lymphozyten und eine Zielzelle des HI-Virus im Blut. Sie gilt neben der Viruslast als Surrogatmarker der HIV-Infektion
CDC	Centers for Disease Control and Prevention
CMV	Zytomegalievirus
D4T	Handelsname: Zerit®
DDC	Handelsname: Hivid®
DDI	Handelsname: Videx®
DOT	directly observed therapy, direkte Beobachtung des Patienten bei der Arzneimitteleinnahme
HAART	hoch aktive antiretrovirale Therapie
MEMS-Caps	Medication Event Monitoring System, elektronisches Monitorsystem zur Messung der Adherence
NNRTI	Medikamentengruppe: Nicht-nukleosidische Reverse Transkriptase-Inhibitoren
NRTI	Medikamentengruppe: Nukleosidische Reverse Transkriptase Inhibitoren
PCP	Pneumocystis carinii-Pneumonie
PI	Medikamentengruppe: Protease-Inhibitoren
RKI	Robert Koch Institut, Berlin

Notationskonventionen:

V	Patient vor dem psychodramatischen Spiel in der Explorationsphase
P	Patient auf dem Patientenstuhl
A	Patient auf dem Arztstuhl
Eex	Engelbach (Explorationsphase, stehend)
Elei	Engelbach (außerhalb der „Bühne“, sitzend)
Edop	Engelbach (Doppel, hinter Pat. stehend)

(uv)	unverständlich
#	Abbruch
(.)	kurze Pause
(..)	deutliche Pause
(...)	längere Pause
?...?	fragliche Entzifferung der Bandaufnahme
&...&	gleichzeitig gesprochene Verschriftungszeilen
—	betontes Wort

Sehr geehrte Kollegin, sehr geehrter Kollege,

bitte tragen Sie als erstes den Namen und das Geburtsdatum der Patientin bzw. des Patienten in die dafür vorgesehenen Felder ein.

Name: _____

Geburtsdatum: _____

Seit wann wird der Patient/die Patientin von Ihnen betreut? seit _____ / _____
Monat Jahr

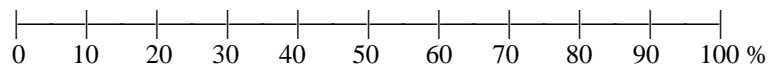
Bekommt der Patient bzw. die Patientin zurzeit eine antiretrovirale Therapie? (Zutreffendes bitte ankreuzen)

Ja

Nein

Falls Sie die diese Frage mit „Ja“ beantwortet haben, beantworten Sie bitte die nächste Frage, andernfalls können Sie mit der darauf folgenden fortfahren.

Bitte beurteilen Sie auf der nachfolgenden Skala, welchen Prozentanteil der von Ihnen verordneten Medikamente der Patient/die Patientin seit der letzten Konsultation genommen hat. (Zutreffendes bitte ankreuzen)



Bitte bewerten Sie die folgende Aussage:

Im Allgemeinen nimmt der Patient/die Patientin die verordneten Medikamente vollständig ein. (Zutreffendes bitte ankreuzen)

stimmt
nicht

stimmt
wenig

stimmt
mittelmäßig

stimmt
ziemlich

stimmt
sehr

Aufgrund welcher der folgenden Quellen kommen Sie zu dieser Einschätzung? (Zutreffendes bitte ankreuzen, Mehrfachnennung möglich)

- Beurteilung des therapeutischen Erfolges
- Patientenangaben
- pharmakokinetische Bestimmung
- Einhaltung der Arzt-/Blutentnahmetermine
- Analyse der Rezeptdokumentation
- Sonstiges:

Vielen Dank, dass Sie sich die Mühe gemacht haben, diese Untersuchung zu unterstützen!

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

bitte tragen Sie als erstes Ihren Namen und Ihr Geburtsdatum in die dafür vorgesehenen Felder ein.

Name: _____

Geburtsdatum: _____

Nun beantworten Sie bitte die folgenden Fragen:

Von Patienten werden unterschiedliche Gründe genannt, weshalb sie die Einnahme der ihnen verordneten Medikamente verändern. Welche der folgenden Aussagen treffen für Sie zu? (Zutreffendes bitte ankreuzen)

1. Aus Angst, von den Medikamenten abhängig zu werden, lasse ich schon 'mal eine Tablette weg.

Ja, trifft zu

Nein, trifft nicht zu

2. Wenn ich vorhabe, Alkohol zu trinken, dann lasse ich schon 'mal eine Tablette weg.

Ja, trifft zu

Nein, trifft nicht zu

3. Abends lasse ich schon 'mal eine Tablette weg.

Ja, trifft zu

Nein, trifft nicht zu

4. Wenn ich daran denke, welche Nebenwirkungen die Medikamente haben, dann lasse ich schon 'mal eine Tablette weg.

Ja, trifft zu

Nein, trifft nicht zu

5. Wenn ich daran denke, dass die Medikamente meine Sexualität beeinträchtigen könnten, dann lasse ich schon 'mal eine Tablette weg.

Ja, trifft zu

Nein, trifft nicht zu

6. Wenn es mir besser geht, dann lasse ich schon 'mal eine Tablette weg.

Ja, trifft zu

Nein, trifft nicht zu

7. Wenn es mir schlechter geht, dann nehme ich schon 'mal eine Tablette mehr.

Ja, trifft zu

Nein, trifft nicht zu

8. Wenn mein Tagesablauf von der gewohnten Tagesstruktur abweicht, dann lasse ich schon 'mal eine Tablette weg.

Ja, trifft zu

Nein, trifft nicht zu

Nehmen Sie zurzeit HIV-Medikamente?

Ja

Nein

Falls Sie die diese Frage mit „Ja“ beantwortet haben, beantworten Sie bitte die nächsten Fragen, andernfalls können Sie sich dem letzten Absatz des Fragebogens zuwenden.

Wie häufig haben Sie in den letzten vier Tagen eine Dosis Ihrer HIV-Medikamente nicht genommen? (Zutreffendes bitte ankreuzen)

nie

einmal

zweimal

dreimal

öfter als
dreimal

Und wie häufig haben Sie im vergangenen Monat eine Dosis Ihrer HIV-Medikamente nicht genommen? (Zutreffendes bitte ankreuzen)

nie

selten

gelegentlich

oft

immer

HIV-Medikamente erfordern ein bestimmtes Einnahmeschema wie z.B. „alle zwölf Stunden“ oder „alle acht Stunden“. Wie oft haben Sie sich in den letzten vier Tagen an das Einnahmeschema Ihrer Therapie gehalten? (Zutreffendes bitte ankreuzen)

nie

selten

gelegentlich

oft

immer

Und wie oft haben Sie sich im vergangenen Monat an das Einnahmeschema Ihrer Therapie gehalten? (Zutreffendes bitte ankreuzen)

nie

selten

gelegentlich

oft

immer

Wann haben Sie das letzte Mal die Ihnen verordneten HIV-Medikamente nicht genommen?
(Zutreffendes bitte ankreuzen)

- in dieser
Woche
- vor 1-2
Wochen
- vor 3-4
Wochen
- vor 2-3
Monaten
- nie

Falten Sie jetzt bitte die Fragebogenblätter zusammen, stecken Sie sie in den dafür vorgesehenen Briefumschlag, kleben diesen zu und geben ihn bei der Versuchleiterin ab.
Vielen Dank, dass Sie sich die Mühe gemacht haben, an dieser Untersuchung teilzunehmen!

Instruktionen Soziales Atom

Zuerst nehmen Sie bitte dieses Blatt Papier. Es geht darum, alle für Sie emotional wichtigen Beziehungen zu gewinnen, indem Sie eine Zeichnung anfertigen. Denken Sie bitte daran, dass nicht nur Angenehmes sondern auch Unangenehmes emotional bedeutsam ist.

Und: Es gibt nicht nur emotionale Verbindungen zu Menschen, sondern denken Sie auch an Gegenstände, Tiere oder Abstraktes, z.B. Musik, alles was für Sie sowohl positiv als auch negativ von Bedeutung ist. Auch Vergangenes – Tote – oder Zukünftiges – Wünsche. Denken Sie bitte auch an Ihre HIV-Infektion – Medikamente oder Ärzte.

Zeichnen Sie Symbole für alles, was in Ihrem Leben eine Rolle spielt auch für sich selbst. Ich zeichne zum Beispiel dorthin¹ für mich selbst eine Sonne, weil ich, sagen wir mal, ein sonniges Gemüt habe.

Jedem Symbol geben Sie bitte einen Namen und eine Nummer, die festhalten soll, in welcher Reihenfolge Sie die Symbole gezeichnet haben. Ich habe jetzt zum Beispiel bei dem Symbol der Sonne für mich einfach „ICH“ hinein- und eine „1“ daneben geschrieben.

Wer oder was fällt Ihnen als erstes ein? Und was ist dafür typisch? Für die Ihnen irgendwie bedeutsamen Menschen und Objekte lassen Sie sich, wie für sich selbst, ebenfalls Symbole einfallen, mit denen Sie das Typische zeichnerisch ausdrücken können.

Bitte schreiben Sie jeweils eine Bezeichnung zu dem Symbol und nummerieren Sie sie in der Reihenfolge, in der sie Ihnen eingefallen sind, durch. Sie haben die Möglichkeit die Symbole näher aneinander zu zeichnen oder weiter weg, damit können Sie eine emotionale Entfernung ausdrücken.²

Sie können die Verbindungen zwischen den einzelnen Symbolen durch Verbindungslinien kennzeichnen. Wählen Sie unterschiedlich viele Linien für eine Verbindung, um auszudrücken, wie intensiv eine Verbindung für Sie ist. Eine größere Anzahl von Linien bedeutet mehr Intensität eine geringere weniger.³

Störungen, die Sie in diesen Verbindungen erleben, können Sie mit Querstrichen durch die Verbindungslinien einzeichnen.⁴ Konnte ich mich verständlich machen, was ich von Ihnen möchte? Oder haben Sie Fragen?

Lassen Sie sich ruhig Zeit, diese Zeichnung zu erstellen. Ich komme dann in 15 Minuten wieder.

¹ Fünf cm rechts der zentralen Stelle des Blattes zeichnet die Leiterin der Untersuchung eine Sonne. Das Blatt wird dabei im Querformat genommen.

² Die Autorin demonstriert mit dem Stift auf einer von der Sonne im 45°-Winkel gedachten Linie die Möglichkeit Nähe oder Distanz auszudrücken, zeichnet dann in fünf cm Entfernung einen Kreis ein.

³ Zur Veranschaulichung werden drei Verbindungslinien zwischen Kreis und Sonne gezogen.

⁴ Zwei Querlinien werden durch die Verbindungslinien eingezeichnet.

Patienteninformation

Pilotstudie zur Untersuchung der Ursachen von Non-Compliance bei HIV-infizierten Patienten

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient!

Sie leiden an einer HIV-Infektion oder AIDS-Erkrankung und haben bereits Erfahrungen mit einer antiretroviralen Therapie gemacht. Die regelmäßige tägliche Einnahme der HIV-Medikamente ist eine Voraussetzung für den therapeutischen Erfolg. Viele Patientinnen und Patienten berichten aber über Probleme, die Medikamente regelmäßig einzunehmen, obwohl sie sich für eine Kombinationstherapie entschieden haben. In der medizinischen Literatur wird dieses Problem mit dem Begriff „Non-Compliance“ oder „Compliance-Probleme“ beschrieben. Bei chronischen Erkrankungen wie der Zuckerkrankheit, Bluthochdruck oder Asthma werden diese Schwierigkeiten seit vielen Jahren beobachtet und auch beforscht. Der Zweck dieser Studie ist es, Erkenntnisse über die Ursachen der Non-Compliance bei HIV-infizierten Patientinnen und Patienten zu gewinnen. Sie sind notwendig, um eine bessere ärztliche Versorgung derselben zu gewährleisten. Ihre Mitarbeit wäre uns hierfür eine große Hilfe.

Die Untersuchung besteht aus:

- einem kurzen Fragebogen über Ihre Medikamenteneinnahme,
- einem Interview über eine Zeichnung, die Sie erstellen sollen,
- einer Art Rollenspiel, bei dem Sie ein Arzt-Patient-Gespräch nachstellen sollen,
- einem Fragebogen, den Ihr Arzt oder ihre Ärztin ausfüllen wird, in dem eine Einschätzung Ihres Einnahmeverhaltens der HIV-Medikamente abgegeben werden soll,
- Informationen, die Ihrer Krankenakte zu entnehmen sind: Ihr Alter und Geschlecht, der Infektionszeitpunkt, der Infektionsweg, Ihre bisherigen HIV-Therapien, Nebenwirkungen, Ihre derzeitige HIV-Therapie und seit wann Sie diese Therapie einnehmen, sonstige Medikamente, Erkrankungen im Rahmen der HIV-Infektion, die Entwicklung der Helferzellen und der Viruslast.

Ihren Fragebogen können Sie sofort ausfüllen. Für das Interview und das Rollenspiel ist ein ca. 1½-stündiger Extratermin vorgesehen. Dieser sollte möglichst genau zwischen Ihrem heutigen und dem nächsten Arzttermin liegen und wird in den Räumlichkeiten der Sexualmedizin stattfinden.

An diesem Termin werden Sie angeleitet, eine Zeichnung von sich in Ihrem sozialen Umfeld zu erstellen. In einem weiteren Schritt wird ein Gespräch mit Ihnen über diese Zeichnung geführt und mit einem Tonband aufgezeichnet. Anhand dieser Untersuchung entsteht eine Skizze Ihres sozialen Netzes.

Bei dem „Rollenspiel“ ist geplant, dass Sie alleine – nur in Gegenwart der Projektleiterin – ein Gespräch mit Ihrem Arzt oder Ihrer Ärztin nachstellen. Gleichzeitig möchten wir mit Videokameras Ihre Inszenierung filmen. Sowohl das Video- als auch das Tonbandmaterial und die Fragebögen werden ausschließlich zu Forschungszwecken verwendet und anonymisiert von Wissenschaftlern der Universität Mainz bearbeitet – es wird auch keinem Mitarbeiter und keiner Mitarbeiterin der Ambulanz zugänglich sein. Eine eventuelle Veröffentlichung zu wissenschaftlichen Zwecken wird ausschließlich ohne Namensnennung und ohne sonstige Rückschlussmöglichkeiten auf Ihre Person geschehen.

Sie müssen mit der Aufzeichnung der im Rahmen der Studie an Ihnen erhobenen Krankheitsdaten und ihrer anonymisierten Verwendung zu wissenschaftlichen Zwecken einverstanden sein.

Sie müssen mit der Einsichtnahme in Ihre Krankenakte und der Befragung Ihres Arztes bzw. Ihrer Ärztin zu oben genanntem Zweck einverstanden sein.

Die Studie beinhaltet keinerlei Risiken für Sie.

Die Teilnahme an dieser Studie ist freiwillig. Sie können jederzeit, auch ohne Angabe von Gründen, Ihre Teilnahmebereitschaft widerrufen, ohne dass Ihnen dadurch irgendwelche Nachteile für Ihre weitere ärztliche Versorgung entstehen.

Gerne werden wir Sie, wenn Ihrerseits gewünscht, nach Abschluss der Untersuchung über deren Ergebnisse informieren. Sie selbst werden bei der Untersuchung Gelegenheit bekommen, Ihre Rolle als Patient oder Patientin mal aus einer anderen Perspektive kennen zu lernen. Für die Zeit, die Sie sich nehmen, und Ihre Teilnahme möchten wir Ihnen bereits im Voraus danken!

Einverständniserklärung

Pilotstudie zur Untersuchung der Ursachen von Non-Compliance bei HIV-infizierten Patienten

Name des Patienten
(in Druckbuchstaben)

Geburtsdatum

Ich erkläre mich bereit, an dieser Studie teilzunehmen.

Ich bin von Herrn/Frau _____ ausführlich und verständlich über diese Studie aufgeklärt worden. Ich habe darüber hinaus den Text der Patienteninformation und dieser Einverständniserklärung gelesen und verstanden. Aufgetretene Fragen wurden mir verständlich und ausreichend beantwortet.

Ich hatte ausreichend Zeit, Fragen zu stellen und mich zu entscheiden.

Ich werde den Anforderungen, die für diese Studie erforderlich sind, Folge leisten, behalte mir jedoch das Recht vor, meine freiwillige Mitwirkung jederzeit zu beenden, ohne dass mir daraus Nachteile entstehen.

Ich bin mit der Aufzeichnung der im Rahmen der Studie an mir erhobenen Krankheitsdaten und ihrer anonymisierten Verwendung zu wissenschaftlichen Zwecken einverstanden.

Ich bin mit der Einsichtnahme in meine Krankenakte und der Befragung meines Arztes bzw. meiner Ärztin im Rahmen der Studie einverstanden.

Eine Kopie der Patienteninformation und der Einverständniserklärung habe ich erhalten. Das Original bleibt bei den Studienunterlagen.

(Datum, Unterschrift des/der Patienten/in)

(Datum, Unterschrift des/der aufklärenden Arztes/Ärztin)

Entbindung von der Schweigepflicht

Pilotstudie zur Untersuchung der Ursachen von Non-Compliance bei HIV-infizierten Patienten

Ich nehme an oben genannter Studie teil.

Hiermit entbinde ich:

Name, Vorname des Patienten _____

meine/n behandelnde/n Arzt/Ärztin _____

von der Schweigepflicht gegenüber Frau Engelbach für die nachstehend aufgeführten Punkte:

Einschätzung meines Arztes bzw. meiner Ärztin über mein Einnahmeverhalten in Bezug auf die HIV-Medikamente.

Einsichtnahme in meine Krankenakte, um mein Alter, Geschlecht, den Infektionszeitpunkt, den Infektionsweg, meine bisherigen HIV-Therapien, Nebenwirkungen, meine derzeitige HIV-Therapie und seit wann ich diese Therapie einnehme, sonstige Medikamente, Erkrankungen im Rahmen der HIV-Infektion, die Entwicklung der Helferzellen und der Viruslast zu entnehmen.

Ich bin mit der Aufzeichnung der im Rahmen der Studie an mir erhobenen Krankheitsdaten und ihrer anonymisierten Verwendung zu wissenschaftlichen Zwecken einverstanden.

Ich bin mit der Einsichtnahme in meine Krankenakte und der Befragung meines Arztes bzw. meiner Ärztin im Rahmen der Studie einverstanden.

(Datum, Unterschrift des/der Patienten/in)

Literatur

Ajzen, I.: The theory of planned behavior. *Organizational Behavior and Human Decision Process* 50, 179-211, 1991

Akerkar, S.M. & Bichile, L.S.: Doctor patient relationship: Changing dynamics in the information age. *Journal of Postgraduate Medicine* 50(2), 120-122, 2004

Albright, T.L., Parchman, M. & Burge, S.K.: Predictors of self-care behavior in adults with type 2 diabetes: an RRNeST study. *Fam Med*, 33(5), 354-360, 2001

Allers, C.T. & Benjack, K.J.: Connection Between Childhood Abuse and HIV Infection. *Journal of Counseling and Development* 70, 309-313, 1991

Aloisi, M.S. et al.: Behavioral Correlates of Adherence to Antiretroviral Therapy. *JAIDS* 31, S145-S148, 2002

Alt, C.: Balint-Gruppen mit Beratern/Betreuern von HIV-infizierten und aidskranken Patienten/Klienten. In: Ohlmeier, D., Dornes, M. & Beier, C.(Hrsg.): *Trauma AIDS* (S.17-40). Opladen: Westdeutscher Verlag 1995

Ammassari, A. et al.: Correlates and Predictors of Adherence to High Active Antiretroviral Therapy: Overview of Published Literature. *JAIDS* 31, S123-S127, 2002a

Ammassari, A. et al.: Relationship Between HAART Adherence and Adipose Tissue Alterations. *JAIDS* 31, S140-S144, 2002b

Antonovsky, A.: *Salutogenese*. Tübingen: dgvt-Verlag 1997

Anzieu, D.: *Analytisches Psychodrama mit Kindern und Jugendlichen*. Analytisches Psychodrama Bd. 2, hrsg. von H. Petzold. Paderborn: Junfermann 1984

Arbeitskreis OPD (Hrsg.): *Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik*. 4., korrigierte Auflage, Bern: Verlag Hans Huber 2004

Argelander, H.: *Das Erstinterview in der Psychotherapie*. 4. Auflage, Darmstadt: Wissenschaftliche Buchgesellschaft 1989

Bakken, S. et al.: Relationship Between Perception of Engagement with Health Care Providers and Demographic Characteristics, Health Status, and Adherence to Therapeutic Regimen in Persons with HIV/AIDS. *AIDS PATIENT CARE and STDs* 14(4), 189-197, 2000

Balint, M.: *Der Arzt, sein Patient und die Krankheit*. 10., in der Ausstattung veränderte Auflage, Stuttgart: Ernst Klett Verlag 2001

Bandura, A.: *Self-efficacy: The Exercise of Control*. New York: W.H. Freeman and Company 1997

Bansberg D.R. et al.: Expanding Directly Observed Therapy: Tuberculosis to Human Immunodeficiency Virus. *American Journal of Medicine* 110, 664-666, 2001

Bansberg, D.R. et al.: High levels of adherence do not prevent accumulation of HIV drug resistance mutations. *AIDS* 17, 1925–1932, 2003

Barde, B.: Psychoanalytische Gruppentherapie mit neun HIV-infizierten Männern – Rahmung, Prozeßaspekte, Schlussfolgerungen. In: Ohlmeier, D., Dornes, M. & Beier, C.(Hrsg.): *Trauma AIDS* (S.153-194). Opladen: Westdeutscher Verlag 1995

Barroso, J. & Powell-Cope, G.M.: Metasynthesis of Qualitative Research on Living With HIV Infection. *Qualitative Health Research* 10(3), 340-353, 2000

Bartholomew, K. & Horowitz, L.M.: Attachment Styles among Young Adults: A Test of a Four-Category Model. *Journal of Personality and Social Psychology* 61(2), 226-244, 1991

Bartlett, J.A.: Addressing the Challenges of Adherence. *JAIDS* 29, S2-S10, 2002

Bartos, M. & McDonald, K.: HIV as identity, experience or career. *AIDS CARE* 12(3), 299-306, 2000

Basler, H.D. & Weißbach, I.: Diagnostik der Medikamenten-Compliance durch Befragung des Patienten – eine Untersuchung an essentiellen Hypertonikern. *Psychother. med. Psychol.* 34, 331-335, 1984

Basquin, M. et al.: *Analytisches Psychodrama Bd. 1: Psychodrama als Methode in der Psychoanalyse*. Paderborn: Junfermann 1981

Beck, R.S., Daughtridge, R. & Sloane, P.D.: Physician-Patient Communication in the Primary Care Office: A Systematic Review. *J Am Board Fam Pract* 15, 25-38, 2002

Becker, M.H.(Hrsg.): *The Health Belief Model and Personal Health Behavior*. Thorofare, New Jersey: Charles B. Slack 1974

Becker, M.H. et al.: *Wahrungen des Patienten und Compliance: Neuere Untersuchungen zum „Health Belief Model“*. In: Haynes, R.B., Taylor, D.W. & Sackett, D.L.(Hrsg.): *Compliance Handbuch* (S.94-131). München: R. Oldenbourg Verlag 1982

Becker, S. & Clement, U.: HIV-Infektion – psychische Verarbeitung und politische Realität. *Psyche* 43, 698-709, 1989

Belau, D.: Zum Compliance-Problem aus ethisch-philosophischer Sicht. *MMG* 16, 133-136, 1991

Blomkist, L.D.: *Das therapeutische Agens und der Psychodrama-Regisseur in der Gruppentherapie*. In: Vorweg, M. & Alberg, T.(Hrsg.): *Psychodrama* (S.124-132). Leipzig: Johannes Ambrosius Barth 1991

Bock, J.: *HIV als chronische Erkrankung*. Aachen: Shaker Verlag 2000

Bogart, L.M. et al.: Impact of Medical and Nonmedical Factors on Physician Decision Making for HIV/AIDS Antiretroviral Treatment. *JAIDS* 23(5), 396-404, 2000

Bogart, L.M. et al.: Social and Temporal Comparisons Made by Individuals Living With HIV Disease: Relationships to Adherence Behavior. *Journal of Applied Social Psychology* 32(8), 1551-1576, 2002

Bortz, J. & Döring, N.: *Forschungsmethoden und Evaluation*. 2. vollständig überarbeitete und aktualisierte Auflage, Berlin, Heidelberg: Springer-Verlag 1995

Bouhnik, A.-D. et al.: Non-Adherence Among HIV-Infected Injection Drug Users: The Impact of Social Instability. *JAIDS* 31, S149-S153, 2002

Brachet, I.: *Zum Zusammenhang zwischen der Entwicklung des Selbstwertgefühls, der Übernahme devianten Verhaltens und der Identifikation mit der Drogensubkultur bei unterschiedlichen Gruppen von Opiatabhängigen*. Dissertation J.W. Goethe-Universität Frankfurt 2002

- Bram, J.: The application of psychodrama to research in social anthropology. *Transactions of the New York Academy of Science* 15, 253-257, 1953
- Brashers, D.E. et al.: Collective AIDS Activism and Individuals' Perceived Self-Advocacy in Physician-Patient Communication. *Human Communication Research* 26(3), 372-402, 2000
- Brawley, L.R. & Culos-Reed, S.N.: Studying Adherence to Therapeutic Regimens: Overview, Theories, Recommendations. *Controlled Clinical Trials* 21, 156S-163S, 2000
- Brodt, H.-R., Helm, E.B. & Kamps, B.S.: AIDS 2000. 10. Auflage, Wuppertal-Beyenburg: Steinhäuser Verlag 2000
- Brüsemeister, T.: Qualitative Forschung. Wiesbaden: Westdeutscher Verlag 2000
- Buer, F.(Hrsg.): Morenos therapeutische Philosophie. 2. durchgesehene Auflage, Opladen: Leske & Budrich 1991
- Buer, F.(Hrsg.): Jahrbuch für Psychodrama. Opladen: Leske & Budrich 1996
- Buer, F. & Schmitz, U.: Psychodrama und Psychoanalyse. In: Buer, F.(Hrsg.): Morenos therapeutische Philosophie (S.111-158). 2. durchgesehene Auflage. Opladen: Leske & Budrich 1991
- Cacioppo, J.T. & Petty, R.E.(Hrsg.): Social Psychophysiology. New York: Guilford Press 1983
- Catz, S.L. et al.: Patterns, Correlates, and Barriers to Medication Adherence Among Persons Prescribed New Treatments for HIV Disease. *Health Psychology* 19(2), 124-133, 2000
- Catz, S.L. et al.: Rates and correlates of HIV treatment adherence among middle-aged and older adults living with HIV disease. *Psychology, Health & Medicine* 6(1), 47-58, 2001
- Chen, G., Gully, S.M. & Eden, D.: General self-efficacy and self-esteem: toward theoretical and empirical distinction between correlated self-evaluations. *Journal of Organizational Behavior* 25, 375-395, 2004

Chesney, M.A., Morin, M. & Sherr, L.: Adherence to HIV combination therapy. *Social Science & Medicine* 50, 1599-1605, 2000

Chesney, M.A. et al.: Self-reported adherence to antiretroviral medications among participants in HIV clinical trials: The AACTG Adherence Instruments. *AIDS CARE* 12(3), 255-266, 2000

Ciechanowski, P.S. et al.: The Patient-Provider Relationship: Attachment Theory and Adherence to Treatment in Diabetes. *American Journal of Psychiatry* 158, 29-35, 2001

Cinti, S.K.: Adherence to Antiretrovirals in HIV Disease. *The AIDS Reader* 10(12), 709-717, 2000

Clement, U.: HIV-positiv. Stuttgart: Enke 1992

Coffin, J.M.: HIV population dynamics in vivo: implications for genetic variation, pathogenesis, and therapy. *Science* 267(5197), 483-489, 1995

Cole, S.W. & Kemeny, M.E.: Psychobiology of HIV infection. *Critical Reviews in Neurobiology* 11(4), 289-321, 1997

Conrad, P.: The meaning of medications: another look at compliance. *Social Science & Medicine* 20(1), 29-37, 1985

Cooper, V. et al.: Perceptions of HAART among gay men who declined a treatment offer: preliminary results from an interview-based study. *AIDS CARE* 14(3), 319-328, 2002

Corsini, R.J.(Hrsg.): Handbuch der Psychotherapie Bd. 2. 4.Auflage, Weinheim: Beltz Psychologie-Verl.-Union 1994

Corzillius, M. et al.: Zufriedenheit HIV-positiver Patienten mit der medizinischen Versorgung und Zusammenhänge mit der Therapie-Adhärenz. In: Hoffmann, C. & Jäger, H.(Hrsg.): AIDS (S.282-286). Landsberg/Lech: verlag moderne industrie mi 2002

Cox, L.E.: Social Support, Medication Compliance and HIV/AIDS. *Social Work in Health Care* 35(1-2), 425-460, 2002

Dannecker, M.: Ist AIDS inzwischen eine normale Krankheit? In: Sigusch, V.(Hrsg.): Sexuelle Störungen und ihre Behandlung (S.407-417). 3., neubearbeitete und erweiterte Auflage, Stuttgart: Georg Thieme Verlag 2001

Dannecker, M. & Reiche, R.: Der gewöhnliche Homosexuelle. Frankfurt: Fischer Verlag 1974

David, M. & Borde, T.: Krank sein in der Fremde? Frankfurt: Mabuse-Verlag 2001

Davis, M.S.: Variation in patients' compliance with doctors' orders: medical practice and doctor-patient interaction. *Psychiatry in Medicine* 2, 31-54, 1971

Deutsche AIDS-Hilfe e.V.(Hrsg.): Compliance und antiretrovirale Therapie. Berlin: Deutsche AIDS-Hilfe 1999

Deutsch-Österreichische Richtlinien zur Antiretroviralen Therapie der HIV-Infektion. www.rki.de/INFEKT/AIDS_STD/BR_LINIE/PDF/BR_KURZ.PDF, 1999

Deutsch-Österreichische Richtlinien zur Antiretroviralen Therapie der HIV-Infektion. www.rki.de/INFEKT/AIDS_STD/BR_LINIE/BR_LINIE.HTM?RLART0207.HTM&1, Stand: Juli 2002

DiMatteo, M.R. et al.: Physicians' Characteristics Influence Patients' Adherence to Medical Treatment: Results From the Medical Outcomes Study. *Health Psychology* 12(2), 93-102, 1993

Dornes, M. unter Mitarbeit von C. Beier: Psychoanalytische Therapie, Homosexualität und Aids: ein Überblick. In: Ohlmeier, D., Dornes, M. & Beier, C.(Hrsg.): Trauma AIDS (S.61-80). Opladen: Westdeutscher Verlag 1995

Dracup, K.A. & Meleis, A.I.: Compliance: an Interactionist Approach. *Nursing Research* 31(1), 31-36, 1982

Dreitzel, H.P.: Die gesellschaftlichen Leiden und das Leiden an der Gesellschaft. Stuttgart: Ferdinand Enke Verlag 1980

Dunbar-Jacob, J. & Mortimer-Stephens, M.K.: Treatment adherence in chronic disease. *Journal of Clinical Epidemiology* 54, S57-S60, 2001

Duran, S. et al.: 'Do HIV-infected injecting drug users over-report adherence to highly active antiretroviral therapy?' A comparison between patients' self-reports and serum protease inhibitor concentrations in the French Manif 2000 cohort study. *AIDS* 15(8), 1075-1077, 2001a

Duran, S. et al.: Failure to maintain long-term adherence to high active antiretroviral therapy: the role of lipodystrophy. *AIDS* 15(8), 2441-2444, 2001b

Erice, A. et al.: Primary Infection with Zidovudine-Resistant Human Immunodeficiency Virus Type 1. *New England Journal of Medicine* 328(16), 1163-1165, 1993

Erlacher-Farkas, B.: Vom Psychodrama zum Monodrama. In: Erlacher-Farkas, B. & Jorda, Ch.(Hrsg.): *Monodrama* (S.4-6). Wien: Springer-Verlag 1996a

Erlacher-Farkas, B.: Beschreibung der praktischen Monodramaarbeit. In: Erlacher-Farkas, B. & Jorda, Ch.(Hrsg.): *Monodrama* (S.95-117). Wien: Springer-Verlag 1996b

Erlacher-Farkas, B. & Jorda, Ch.(Hrsg.): *Monodrama*. Wien: Springer-Verlag 1996

Erlich, I.: Aspekte der Non-Compliance. In: Deutsche AIDS-Hilfe e.V.(Hrsg.): *Compliance und antiretrovirale Therapie* (S.75-88). Berlin: Deutsche AIDS-Hilfe 1999

Ermann, M. & Waldvogel, B.: *HIV – Betroffene und ihr Umfeld*. Berlin, Heidelberg, New York: Springer-Verlag 1992

Farmer, P. et al.: Community-based approaches to HIV treatment in resource-poor settings. *Lancet* 358, 404-409, 2001

Ferguson, T.F. et al.: Patient-perceived barriers to antiretroviral adherence: associations with race. *AIDS CARE*, 14(5), 607-617, 2002

Fife, B.L. & Wright, E.R.: The Dimension of Stigma: A Comparison of its Impact on the Self of Person with HIV/AIDS and Cancer. *Journal of Health and Social Behaviour* 41, 50-67, 2000

Finzi, D. et al.: Latent infection of CD4+Tcells provides a mechanism of lifelong persistence of HIV-1, even in patients on effective combination therapy. *Nat Med* 5, 512-517, 1999

Fischer, W.: Alltagszeit und Lebenszeit in Lebensgeschichten von chronisch Kranken. Zeitschrift für Sozialisationsforschung und Erziehungssoziologie 2(1), 5-19, 1982

Fittschen, B.: Compliance im Rahmen der medikamentösen Behandlung von HIV- und AIDS-Patienten. Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz 44, 20-31, 2001

Flick, U.: Qualitative Sozialforschung. Vollständig überarbeitete und erweiterte Neuauflage (6. Auflage), Reinbeck bei Hamburg: Rowohlt Taschenbuchverlag 2002

Flick, U. et al. (Hrsg.): Handbuch Qualitative Sozialforschung. 2. Auflage, Weinheim: Beltz, Psychologie-Verlags Union 1995

Fogarty, L. et al.: Patient adherence to HIV medication regimes: a review of published and abstract reports. Patient Education and Counseling 46, 93-108, 2002

Franz, J.G.: The place of the psychodrama in research. In: Sociometry 3(1), 49-61, 1940

Gallant, J.E. & Block, D. S.: Adherence to antiretroviral regimes in HIV-infected patients: Results of a survey among physicians and patients. J. Int. Assoc. Physicians AIDS Care 4(4), 32-35, 1998

Gao, X. et al.: The relationship of disease severity, health beliefs and medication adherence among HIT patients. AIDS CARE 12(4), 387-398, 2000

Gebo, K.A., Keruly, J. & Moore, R.D.: Association of Social Stress, Illicit Drug Use, and Health Beliefs with Non-Adherence to Antiretroviral Therapy. J GEN INTERN MED 18, 104-111, 2003

Geisler, F.: Judentum und Psychodrama. In: Buer, F.(Hrsg.): Morenos therapeutische Philosophie (S.45-68). 2. durchgesehene Auflage, Opladen: Leske & Budrich 1991

Gerbert, B. et al.: Combination antiretroviral therapy: health care providers confront emerging dilemmas. AIDS CARE 12(4), 409-424, 2000

Gielen, A.C. et al.: Quality of life among women living with HIV: the importance violence, social support, and self care behaviors. In: Social Science & Medicine 52 (2), 315-322, 2001

- Goffman, E.: Wir alle spielen Theater. München: Piper Studienausgabe 1969
- Goffman, E.: Stigma. Frankfurt: Suhrkamp Verlag 1975
- Goffman, E.: Rahmen-Analyse. Frankfurt: Suhrkamp Verlag 1980
- Goldberg, A.I., Cohen, G. & Rubin A.H.: Physician assessments of patient compliance with medical treatment. *Social Science & Medicine* 47(11),1873-1876, 1998
- Gölz, J., Klausen, G. & Rockstroh, J.: Anhang. In: Gölz, J. & Rockstroh, J.(Hrsg.): Compliance in der HIV-Therapie (S.86-106). Bremen: UNI-MED Verlag 2001
- Gölz, J. & Rockstroh, J.(Hrsg.): Compliance in der HIV-Therapie. Bremen: UNI-MED Verlag 2001
- Gordillo, V. et al.: Sociodemographic and psychological variables influencing adherence to antiretroviral therapy. *AIDS* 13, 1763-1769, 1999
- Gordis, L.: Konzeptionelle und methodologische Probleme bei Messung der Patienten-Compliance. In: Haynes, R.B., Taylor, D.W. & Sackett, D.L.(Hrsg.): Compliance Handbuch (S.35-60). München: R. Oldenbourg Verlag 1982
- Gross, R. et al.: Provider inaccuracy in assessing adherence and outcomes with newly initiated antiretroviral therapy. *AIDS* 16(13), 1835-1837, 2002
- Grote, S. & Grünbeck, P.: Die Berliner Drogenszene. Dissertation Freie Universität Berlin 1997
- Guaraldi, G. et al.: Morphologic Alterations in HIV-Infected People with Lipodystrophy Are Associated with Good Adherence to HAART. *HIV Clin Trials* 4(2), 99-106, 2003
- Gudat, U.: Non-Compliance bei Patienten mit Diabetes mellitus Typ II: ein rationaler Prozeß? Dissertation Philipps-Universität Marburg 1992
- Hasford, J., Behrend, C. & Sangha, O.: Vergleichende Analyse und Bewertung von Methoden zur Erfassung der Compliance. In: Petermann, F.(Hrsg.): Compliance und Selbstmanagement (S.21-44). Göttingen: Hogrefe 1998

- Haubl, R.: Zur Rationalität non-complianter Krankheitsbewältigung. In: Heim, E. & Perrez, M.(Hrsg.): Krankheitsverarbeitung (S.96-113). Jahrbuch der Medizinischen Psychologie 10, Göttingen: Hogrefe 1994
- Haubrich, R.H. et al.: The value of patient-reported adherence to antiretroviral therapy in predicting virologic and immunologic response. AIDS 13(9), 1099-1107, 1999
- Haynes, R.B.: A critical review of the „determinants“ of patient compliance with therapeutic regimens. In: Haynes, R.B., Taylor, D.W. & Sackett, D.L.(Hrsg.): Compliance in health care. Baltimore: John Hopkins University Press 1979
- Haynes, R.B.: Einleitung. In: Haynes, R.B., Taylor, D.W. & Sackett, D.L.(Hrsg.): Compliance Handbuch (S.11-18). München: R. Oldenbourg Verlag 1982a
- Haynes, R.B.: Ursachenforschung der Compliance: Die Krankheit und die Mechanismen der Behandlung. In: Haynes, R.B., Taylor, D.W. & Sackett, D.L.(Hrsg.): Compliance Handbuch (S.61-76). München: R. Oldenbourg Verlag 1982b
- Haynes, R.B., Taylor, D.W. & Sackett, D.L.(Hrsg.): Compliance Handbuch. München: R. Oldenbourg Verlag 1982
- Hecht, F.M. et al.: Sexual Transmission of an HIV-1 Variant Resistant to Multiple Reverse-Transcriptase and Protease Inhibitors. New England Journal of Medicine 339(5), 307-311, 1998
- Heim, E. & Perrez, M.(Hrsg.): Krankheitsverarbeitung. Jahrbuch der Medizinischen Psychologie 10, Göttingen: Hogrefe 1994
- Herkner, W.: Einführung in die Sozialpsychologie. 2. überarbeitete und ergänzte Auflage, Bern, Stuttgart, Wien: Huber 1981
- Hermann, A., Schürmann, I. & Zaumseil, M.(Hrsg.): Chronische Krankheit als Aufgabe. Tübingen: dgvt-Verlag 2000
- Heszen-Klemens, I. & Lapinska, E.: Doctor-Patient Interaction, Patients' Health Behavior and Effects of Treatment. Social Science Medicine 19(1), 9-18, 1984
- Heuer, H.O., Heuer, S.H. & Lennecke, K.: Compliance in der Arzneimitteltherapie. Stuttgart: Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft mbH 1999

Hoffmann, C. & Jäger, H.(Hrsg.): AIDS. Landsberg/Lech: verlag moderne industrie mi 2002

Hogg, R.S. et al.: Intermittent use of triple-combination therapy is a predictive of mortality at baseline and after 1 year of follow-up. AIDS 16(7), 1051-1058, 2002

Holmes, W.C. & Pace, J.L.: HIV-seropositive Individuals' Optimistic Beliefs About Prognosis and Relation to Medication and Safe Sex Adherence. J GEN INTERN MED 17, 677-683, 2002

Hulka, B.S.: Arzt-Patienten-Interaktion und Compliance. In: Haynes, R.B., Taylor, D.W. & Sackett, D.L.(Hrsg.): Compliance Handbuch (S.77-93). München: R. Oldenbourg Verlag 1982

Huppmann, G. & Silbernagel, W.: Patienten führen, Compliance fördern. Würzburg: Königshausen & Neumann 1991

Hüsler, G. & Hemmerlein, G.: Leben auf Zeit. Bern: Verlag Hans Huber 1996

Hutter, J., Koch-Burghardt, V. & Lautmann, R.: Ausgrenzung macht krank. Wiesbaden: Westdeutscher Verlag 2000

ICD-10-SGBV: Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme. 10. Revision, Deutscher Ärzte-Verlag 1999

Ickovics, J.R. & Meade, C.S.: Adherence to Antiretroviral Therapy Among Patients With HIV: A Critical Link Between Behavioral and Biomedical Sciences. JAIDS 31, S98-S102, 2002

Isfort, J. et al.: Shared Decision Making. Deutsche Medizinische Wochenschrift 127, 2021–2024, 2002

Jäger, H.(Hrsg.): Frauen und AIDS. Berlin, Heidelberg, New York: Springer-Verlag 1989

Jaspers, K.: Allgemeine Psychopathologie. 6. unveränderte Auflage, Berlin: Springer-Verlag 1953

Jensen, K.: Symbolische Einmischungen. Psychodrama 9(1), 47-61, 1996

- Jones, I. & Britten, N.: Why do some patients not cash their prescriptions? *J Gen Pract* 48(426), 903-905, 1998
- Judge, T.A. et al.: Are Measures of Self-Esteem, Neuroticism, Locus of Control, and Generalized Self-Efficacy Indicators of a Common Core Construct. *Journal of Personality and Social Psychology* 83(3), 693-710, 2002
- Kaila, K.: Soziodrama im Fernsehen. *Psychodrama* 3 (1), 130-133, 1990
- Kaplan, S.H., Greenfield, S. & Ware, J.E.: Assessing the Effects of Physician-Patient Interactions on the Outcomes of Chronic Disease. *Medical Care* 27(3), S110-S127, 1989
- Kaspar, I.: Fokussierendes Monodrama. *Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie* 40, 216-222, 1990
- Kellermann, P.: A Proposed Definition of Psychodrama. In: *Journal of Group Psychotherapy, Psychodrama and Sociometry* 40(2), 76-80, 1987
- Kemmesies, U.E.: *Kompulsive Drogengebraucher in den Niederlanden und Deutschland*. Berlin: Verlag für Wissenschaft und Bildung 1995
- Kindler, R.: *Zur Lebensqualität, psychischen Krankheitsverarbeitung und Compliance von HIV-Infizierten und HIV-assoziiert Erkrankten*. Dissertation Universitätsklinik Hamburg-Eppendorf 1995
- Kiortsis, D.N. et al.: Factors associated with low compliance with lipid-lowering drugs in hyperlipidemic patients. *J Clin Pharm Ther*, 25(6), 445-451, 2000
- Kjellgren, K.J., Ahlner, J. & Slijio, R.: Taking antihypertensive medication – controlling or cooperating with patients? *International Journal of Cardiology* 47, 257-268, 1995
- Klauer, T., Ferring, D. & Filipp, S.-H.: Zur Spezifität der Bewältigung schwerer körperlicher Erkrankungen. *Zeitschrift für Klinische Psychologie* 18(2), 144-158, 1989
- Klug-Redmann, B.: *Patientenschulung und -beratung*. Berlin: Ullstein Mosby 1996
- Knowlton, A.R. et al.: HIV and Depressive Symptoms Among Low-Income Illicit Drug Users. *AIDS and Behavior* 4(4), 353-360, 2000

Kopp, C. et al.: Betreuung und Therapiewahl bei HIV. Schlussbericht des Projekts Nr. 95-7247 "Explanatory models of HIV-1 and their relevance for patient care. A medico-anthropological study." zuhanden des Nationalen AIDS-Forschungsprogramms, Bern 1998

Kraimer, K.(Hrsg.): Die Fallrekonstruktion. Frankfurt: Suhrkamp Verlag 2000

Krüger, R.T.: Der Rollentausch und seine tiefenpsychologischen Funktionen. Psychodrama 2, 45-67, 1989

Kruse, W.: Patient und Medikament - Neue Aspekte zur Verbesserung der Compliance. In: Lang, E. & Arnold, K.(Hrsg.): Die Arzt-Patient-Beziehung im Wandel (S.91-96). Stuttgart: Enke 1996

Küfner, H.: Bindung und Autonomie als Grundmotivation des Erlebens und Verhaltens. Forum der Psychoanalyse 5, 99-123, 1989

Lang, E. & Arnold, K.(Hrsg.): Die Arzt-Patient-Beziehung im Wandel. Stuttgart: Enke 1996

Laws, M.B. et al.: Taking Antiretroviral Therapy for HIV Infection. J GEN INTERN MED 15, 848-858, 2000

Lazarus, R.S.: From Psychological Stress to the Emotions: A History of Changing Outlooks. Annu. Rev. Psychol. 44, 1-21, 1993

Lee, K., Solts, B. & Burns, J.: Investigating the psychosocial impact of anti-HIV combination therapies. AIDS CARE 14(6), 851-857, 2002

Leutz, G.: Das Psychodramatisch-Kollegiale Bündnis. Gruppenpsychotherapie und Gruppendynamik 15(3/4), 176-187, 1980a

Leutz, G.: Übertragung, Einfühlung und Tele im Psychodrama. Gruppenpsychotherapie und Gruppendynamik 15(3/4), 206-221, 1980b

Leutz, G.: Psychodrama: Theorie und Praxis. 1. korrigierter Nachdruck, Berlin, Heidelberg, New York, London, Paris, Tokio: Springer-Verlag 1986

- Leutz, G. & Engelke, E.: Psychodrama. In: Corsini, R.J.(Hrsg.): Handbuch der Psychotherapie Bd. 2 (S.1008-1031). 4.Auflage, Weinheim: Beltz, Psychologie-Verl.-Union 1994
- Linden, M.: Negative vs. Positive Therapieerwartungen und Compliance vs. Non-Compliance. Psychiatr. Prax. 14, 132-136, 1987
- Lohaus, A.: Kontrollüberzeugungen zu Gesundheit und Krankheit. Zeitschrift für klinische Psychologie 21(1), 76-87, 1992
- Macdonald, M.A.: Psychodrama Explores a Private World. PSYCHODRAMA MONOGRAPHS, No. 24, New York: Beacon House 1947
- Mader, F.: Compliance aus der Sicht des niedergelassenen Arztes in ländlichen Regionen. In: Lang, E. & Arnold, K.(Hrsg.): Die Arzt-Patient-Beziehung im Wandel (S.168-173). Stuttgart: Enke 1996
- Maimann, L.A. & Becker, M.H.: The Health Belief Model: Origins and Correlates in Psychological Theory. In: Becker, M.H.(Hrsg.): The Health Belief Model and Personal Health Behavior (S.9-26). Thorofare, New Jersey: Charles B. Slack 1974
- Manns, M. et al.: Beobachtungsverfahren in der Verhaltensdiagnostik. Salzburg: Otto Müller Verlag 1987
- Martini, M., Parazzini, F. & Agnoletto, V.: Characteristics of doctor-patient relationship and implication on adherence to antiretroviral treatments. HIV Medicine 2, 62-63, 2001
- McNabb, J.J. et al.: Patterns of adherence to antiretroviral medications: the value of electronic monitoring. AIDS 17, 1763–1767, 2003
- Meichenbaum, D. & Turk, D.C.: Therapiemotivation des Patienten. Bern: Verlag Hans Huber 1994
- Meise, U., Gunthe, V. & Gritsch, S.: Die Bedeutung der Arzt-Patient-Beziehung für die Patientencompliance. Wiener Klinische Wochenschrift 104(9), 267-271, 1992
- Mentzos, S.: Neurotische Konfliktverarbeitung. Frankfurt: Fischer Taschenbuch Verlag 1984

Metha, S., Moore R.D. & Graham, N.M.: Potential factors affecting adherence with HIV therapy. AIDS 11, 1665-1670, 1997

Metzger, W.: Psychologie. 4. unveränderte Auflage, Darmstadt: Dietrich Steinkopff Verlag 1968

Meystre-Agustoni, G. et al.: Die antiretrovirale Kombinationstherapie aus Sicht der Patienten. AIDS-Forschung Schweiz. AIDS Infothek, 45-52, 2001

Miller, L.G. et al.: How Well Do Clinicians Estimate Patients' Adherence to Combination Antiretroviral Therapy? J GEN INTERN MED 17(1), 1-11, 2002

Miller, L.G. et al.: Knowledge of Antiretroviral Regimen Dosing and Adherence: A Longitudinal Study. Clinical Infectious Diseases 36, 514-518, 2003

Miller, L.G. & Hays, R.D.: Adherence to Combination Therapy: Synthesis of the Literature and Clinical Implications. The AIDS Reader 10(3), 177-185, 2000

Mirken, B.: Wie viel macht es wirklich aus, ob die Pillen regelmäßig genommen werden? In: Deutsche AIDS-Hilfe e.V.(Hrsg.): Compliance und antiretrovirale Therapie (S.93-107). Berlin: Dt. AIDS-Hilfe 1999

Mitty, J.A. et al.: Directly Observed Therapy for the Treatment of People with Human Immunodeficiency Virus Infection: A Work in Progress. Clinical Infectious Diseases 34, 984-990, 2002

Mocroft, A. et al.: Changing patterns of mortality across Europe in patients infected with HIV-1 disease progression. EuroSIDA Study Group. Lancet 352, 1725-1730, 1998

Moeller, M.L.: Der Tod und der Trieb. Die Betreuung von AIDS-Kranken zwischen Professionalität und persönlichem Engagement. In: Ermann, M. & Waldvogel, B.: HIV – Betroffene und ihr Umfeld (S.1-17). Berlin, Heidelberg, New York: Springer-Verlag 1992

Mohm, G. & Schulz, C.: Dokumentation protagonistenzentrierter Spiele zweier Psychodramagruppen auf der Grundlage von systematischer Beobachtung und Fragebogenerhebung. Saarbrücken: Unveröffentlichte Diplomarbeit, Fachrichtung Psychologie, Universität des Saarlandes 1989

- Molassiotis, A. et al.: Factors associated with adherence to antiretroviral medication in HIV-infected patients. *International Journal of STD & AIDS* 13, 301-310, 2002
- Montaner J.S.G. et al.: Antiretroviral treatment in 1998. *Lancet* 352, 1919-1922, 1998
- Moreno, J.L.(anonym): *Das Stegreiftheater*. Potsdam: Gustav Kiepenheuer Verlag 1924
- Moreno, J.L.: Spontaneity test and spontaneity training. *PSYCHODRAMA MONOGRAPHS No.4*, New York: Beacon House 1944
- Moreno, J.L.: *GROUP PSYCHOTHERAPY and the FUNCTION Of The UNCONSCIOUS*. *Psychodrama and Group Psychotherapy Monographs No.35*, New York: Beacon House 1958
- Moreno, J.L.: *Gruppenpsychotherapie und Psychodrama*. Stuttgart: Georg Thieme Verlag 1959
- Moreno, J.L.(Hrsg.): *The Sociometry Reader*. Illinois: The Free Press 1960
- Moreno, J.L.: The Social Atom and Death. In: Moreno, J.L.(Hrsg.): *The Sociometry Reader* (S.62-66). Illinois: The Free Press 1960a
- Moreno, J.L.: *Die Grundlagen der Soziometrie*. 3. Auflage, Opladen: Westdeutscher Verlag 1974
- Moreno, J.L.(herausgegeben von J. Fox): *Psychodrama und Soziometrie*. Köln: Edition Humanistische Psychologie 1989
- Moreno, J.L.: Das Rollenkonzept, eine Brücke zwischen Psychiatrie und Soziologie. In: Moreno, J.L.(herausgegeben von J. Fox): *Psychodrama und Soziometrie* (S.103-112). Köln: Edition Humanistische Psychologie 1989a (zuerst erschienen 1961)
- Morisky, D.E., Green, L.W. & Levine, D.M.: Concurrent and Predictive Validity of a Self-reported Measure of Medication Adherence. *Medical Care* 24(1), 67-74, 1986
- Morrison, M.F. et al.: Depressive and Anxiety Disorders in Women With HIV Infection. *American Journal of Psychiatry* 159, 789-796, 2002

- Morschner, J.: Mit AIDS weiterleben. In: Hermann, A., Schürmann, I. & Zaumseil, M.(Hrsg.): Chronische Krankheit als Aufgabe (S.183-203). Tübingen: dgvt-Verlag 2000
- Morse, E.V. et al.: Determinants of subject compliance within an experimental anti-HIV drug protocol. *Social Science & Medicine* 31(10), 1161-1167, 1991
- Moutton, J.S. et al.: The Reliability of Sociometric Measures. In: Moreno, J.L.(Hrsg.): *The Sociometry Reader* (S.320-361). Illinois: The Free Press 1960a
- Moutton, J.S. et al.: The Validity of Sociometric Responses. In: Moreno, J.L.(Hrsg.): *The Sociometry Reader* (S.361-387). Illinois: The Free Press 1960b
- Mühlig, S. & Petermann, F.: Compliance zwischen Therapiegehorsam und Therapiepartnerschaft. In: Deutsche AIDS-Hilfe e.V.(Hrsg.): *Compliance und antiretrovirale Therapie* (S.61-74). Berlin: Dt. AIDS-Hilfe 1999
- Murphy, D.A. et al.: Barriers to Antiretroviral Adherence among HIV-infected Adults. *AIDS PATIENT CARE and STDs* 14(1), 47-58, 2000
- Murphy, D.A. et al.: Antiretroviral medication adherence among the REACH HIV-infected adolescent cohort in the USA. *AIDS CARE* 13(1), 27-40, 2001
- Murphy, D.A. et al.: Barriers to HAART Adherence Among Human Immunodeficiency Virus-Infected Adolescents. *Arch Pediatr Adolesc Med.* 157, 249-255, 2003
- Murri, R. et al.: Physicians Estimates of Adherence and Patient-Physician Relationship as a Setting to Improve Adherence to Antiretroviral Therapy. *JAIDS* 31, S158-S162, 2002
- Oberborbeck, K.: Über den diagnostischen Wert von Rollenspiel- und Psychodramaelementen im Sinne der ‚Grenzsituation‘ nach Argelander bei der analytischen Anamneseerhebung. In: *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie* 28, 284-293, 1979
- O’Cleirigh, C. et al.: Emotional expression and depth processing of trauma and their relation to long-term survival in patients with HIV/AIDS. *Journal of Psychosomatic Research* 54, 225-235, 2003

Oevermann, U.: Die Methode der Fallrekonstruktion in der Grundlagenforschung sowie der klinischen und pädagogischen Praxis. In: Kraimer, K.(Hrsg.): Die Fallrekonstruktion (S.58-156). Frankfurt: Suhrkamp Verlag 2000

Oevermann, U.: Strukturprobleme supervisorischer Praxis. Frankfurt: Humanities Online 2001

Oevermann, U.: Klinische Soziologie auf der Basis der Methodologie der objektiven Hermeneutik – Manifest der objektiv hermeneutischen Sozialforschung. Unveröffentlichtes Manuskript, <http://www.rz.uni-frankfurt.de/~hermeneu/Download.htm>, Frankfurt 2002

Oevermann, U. et al.: Die Methodologie einer »objektiven Hermeneutik« und ihre allgemeine forschungslogische Bedeutung in den Sozialwissenschaften. In: Soeffner, H.G.(Hrsg.): Interpretative Verfahren in den Sozial- und Textwissenschaften (S.352-434). Stuttgart: Metzler 1979

Oggins, J.: Notions of HIV and Medication among Multiethnic People Living with HIV. *Health & Social Work* 28(1), 53-58, 2003

Ohlmeier, D.: Eine Zusammenfassung des Verlaufs und einiger Ergebnisse der psychoanalytischen Gruppentherapie mit HIV-positiven Patienten aus der Sicht des Gruppenleiters. In: Ohlmeier, D., Dornes, M. & Beier, C.(Hrsg.): *Trauma AIDS* (S.141-152). Opladen: Westdeutscher Verlag 1995a

Ohlmeier, D.: Rückblick und Ausblick. In Ohlmeier, D., Dornes, M. & Beier, C.(Hrsg.): *Trauma AIDS* (S.195-202). Opladen: Westdeutscher Verlag 1995b

Ohlmeier, D., Dornes, M. & Beier, C.(Hrsg.): *Trauma AIDS*. Opladen: Westdeutscher Verlag 1995

Ohya, Y. et al.: Psychosocial factors and adherence to treatment advice in childhood atopic dermatitis. *J Invest Dermatol* 117(4), 852-857, 2001

O'Leary, A. et al.: Childhood sexual abuse and sexual transmission risk behavior among HIV-positive men who have sex with men. *AIDS CARE* 15(1), 17-23, 2003

Ong, L.M.L. et al.: Doctor-Patient Communication: A Review of the Literature. *Social Science Medicine* 40(7), 903-918, 1995

Palella, F.J. et al: Declining morbidity and mortality among patients with advanced human immunodeficiency virus infection. HIV outpatient study investigators. *New England Journal of Medicine* 338, 853-860, 1998

Paterson, D.L. et al: How Much Adherence is Enough? A Prospective Study of Adherence to Protease Inhibitor Therapy Using MEMSCaps. Abstract No. 92, Retroviruskonferenz, Chicago 1999

Paterson, D.L. et al.: Adherence to Protease Inhibitor Therapy and Outcomes in Patients with HIV Infection. *Annals of Intern Medicine* 133, 21-30, 2000

Penedo, F.J. et al.: Personality, quality of life and HAART adherence among men and women living with HIV/AIDS. *Journal of Psychosomatic Research* 54, 271-278, 2003

Perelson, A.S. et al.: HIV-1 Dynamics in Vivo: Virion Clearance Rate, Infected Cell Life-Span, and Viral Generation Time. *Science* 271(5255), 1582-1586, 1996

Perno, C.F.: Virologic Correlates of Adherence to Antiretroviral medications and Therapeutic Failure. *JAIDS* 31, S118-S122, 2002

Petermann, F.(Hrsg.): Compliance und Selbstmanagement. Göttingen: Hogrefe 1998

Press, N. et al.: Virologic and Immunologic Response, Clinical Progression, and High Active Antiretroviral Therapy Adherence. *JAIDS* 31, S112-S117, 2002

Prochaska, J.O. & DiClemente, C.C.: Transtheoretical therapy toward a more integrative model of change. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice* 19(3), 276-287, 1982

Puigventós, F. et al.: Estudios de adherencia a los fármacos antiretrovirales. Una revision sistemática. *Medicina clínica (Barc.)* 119(4), 130-137, 2002

Quinn, T.C. et al.: Viral Load and Heterosexual Transmission of Human Immunodeficiency Virus Type 1. *New England Journal of Medicine* 342(13), 921-929, 2000

Rabel, G. & Erlacher-Farkas, B.: Die wichtigsten psychodramatischen Techniken. In: Erlacher-Farkas, B. & Jorda, Ch.(Hrsg.): *Monodrama* (S.118-129). Wien: Springer-Verlag 1996

Ramos Fuentes, M.I. et al.: Patient-Physical Relationship: A Therapeutic Relationship. *European Psychotherapy* 1, 44-49, 2000

Rand, C.S. & Sevick, M.A.: Ethics in Adherence Promotion and Monitoring. *Controlled Clinical Trials* 21, 241S-247S, 2000

Reiche, R.: AIDS im individuellen und kollektiven Unbewußten. *Zeitschrift für Sexualforschung* 1(2), 113-122, 1988

Reichert, J.: Verstehende Soziologie ohne Subjekt? Die objektive Hermeneutik als Metaphysik der Strukturen. *Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie* 40(2), 207-222, 1988

Reichert, J.: Objektive Hermeneutik. In: Flick, U. et al. (Hrsg.): *Handbuch Qualitative Sozialforschung* (S.223-228). 2. Auflage, Weinheim: Beltz, Psychologie-Verlags Union 1995

Ricart, F. et al.: Understanding the psychodynamics of non-adherence to medical treatment in persons with HIV infection. *General Hospital Psychiatry* 24, 176-180, 2002

RKI (Robert Koch Institut): *Epidemiologisches Bulletin*. 09. August 2002/Sonderausgabe B, AKTUELLE DATEN UND INFORMATIONEN ZU INFEKTIONSKRANKHEITEN UND PUBLIC HEALTH. <http://www.rki.de/INFEKT/EPIBUL/EPI.HTM>, 2002

Roberts, K.J.: Physician-Patient Relationships, Patient Satisfaction, and Antiretroviral Medication Adherence Among HIV-Infected Adults Attending a Public Health Clinic. *AIDS PATIENT CARE and STDs* 16(1), 43-50, 2002

Roberts, K.J. & Mann, T.: Barriers to antiretroviral medication adherence in HIV-infected women. *AIDS CARE* 12(4), 377-386, 2000

Roberts, K.J. & Volberding, P.: Adherence communication: a qualitative analysis of physician-patient dialogue. *AIDS* 13(3), 1771-1778, 1999

Rocher, M.A. et al.: HIV treatment: complexity versus compliance. Abstract No. 538, 7th European Conference on Clinical Aspects and Treatment of HIV-Infection, Lissabon 1999

- Rogers, R.W.: Cognitive and physiological processes in fear appeals and attitude change: A revised theory of protection motivation. In: Cacioppo, J.T. & Petty, R.E.(Hrsg.): Social Psychophysiology (S.153-176). New York: Guilford Press 1983
- Rohde-Dachser, C.: Loslösungs- und Individuationsprozesse in der psychoanalytisch orientierten Psychodrama-Therapie. Gruppenpsychotherapie und Gruppendynamik 15(3/4), 271-306, 1980
- Rohrmann, B.: Empirische Studien zur Entwicklung von Antwortskalen für die sozialwissenschaftliche Forschung. Zeitschrift für Sozialpsychologie 9, 222-245, 1978
- Rosenbrock, R. et al.: Die Normalisierung von Aids in Westeuropa. In: Rosenbrock, R. & Schaeffer, D.(Hrsg.): Die Normalisierung von Aids (S.11-68). Berlin: Sigma 2002
- Rosenbrock, R. & Schaeffer, D.(Hrsg.): Die Normalisierung von Aids. Berlin: Sigma 2002
- Rotter, J.B.: Generalized expectancies for internal vs. external control of reinforcements. Psychological Monographs 80(609), 1966
- Rudolf, G.: Psychotherapeutische Medizin. Stuttgart: Enke 1996
- Saafan, A. & Egger, J.W.: Information, Beratung und die Spiegelung der Arzt-Patient-Beziehung in der Kommunikation zwischen Patient und Apotheker. Psychologie in der Medizin 9(2), 11-19, 1998
- Sackett, D.L.: Ein Praktikum der Compliance für den vielbeschäftigten Praktiker. In: Haynes, R.B., Taylor, D.W. & Sackett, D.L.(Hrsg.): Compliance Handbuch (S.336-345). München: R. Oldenbourg Verlag 1982
- Sader, M.: Rollenspiel als Forschungsmethode. Opladen: Westdeutscher Verlag 1986
- Sader, M.: Realität, Semi-Realität und Surrealität im Psychodrama. In: Vorweg, M. & Alberg, T.(Hrsg.): Psychodrama (S.44-63). Leipzig: Johannes Ambrosius Barth 1991
- Samet, J.H. et al.: Measuring Adherence Among HIV-Infected Persons: Is MEMS Consummate Technology? AIDS and Behavior 5(1), 21-30, 2001

Schaeffer, D.: Patientenorientierte Krankenversorgung: Aids als Herausforderung. In: Rosenbrock, R. & Schaeffer, D.(Hrsg.): Die Normalisierung von Aids (S.157-170). Berlin: Sigma 2002

Schaeffer, D. & Moers, M.: Professionelle Versorgung von HIV- und Aids-Patienten. Veröffentlichungsreihe der Forschungsgruppe Gesundheitsrisiken und Präventionspolitik, Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung 1992

Schaeffer, D., Moers, M. & Rosenbrock, R.: Aids-Krankenversorgung zwischen Modellstatus und Übergang in die Regelversorgung. In: Schaeffer, D., Moers, M. & Rosenbrock, R.(Hrsg.): Aids-Krankenversorgung (S.11-25). Berlin: Edition Sigma 1992

Schaeffer, D., Moers, M. & Rosenbrock, R.(Hrsg.): Aids-Krankenversorgung. Berlin: Edition Sigma 1992

Schilder, A.J. et al.: "Being dealt with as a whole person." Care seeking and adherence: the benefits of culturally competent care. *Social Science & Medicine* 52, 1643-1659, 2001

Schmädel, D. von: Ursachen der Non-Compliance. In: Weber, E., Gundert-Remy, U. & Schrey, A.(Hrsg.): Patienten Compliance (S.23-27). Baden-Baden: Verlag Gerhard Witzstrock 1977

Schmidt, H.D., Brunner, E.J. & Schmidt-Mummendey, A.: Soziale Einstellungen. München: Juventa 1975

Schneider, J. et al.: Better Physician-Patient Relationships Are Associated with Higher Reported Adherence to Antiretroviral Therapy in Patients with HIV Infection. *J GEN INTERN MED* 19, 1096-1103, 2004

Schneider, P.-B. & Perrot, E. D.: Role-playing as an Instrument for Teaching and for Research into the Doctor/Patient Relationship. *Psychotherapy and Psychosomatics* 18(1), 90-99, 1970

Schneider-Düker, M.: Psychodrama als Forschungsmethode und Forschungsgegenstand. In: Vorweg, M. & Alberg, T.(Hrsg.): Psychodrama (S.33-43). Leipzig: Johannes Ambrosius Barth 1991

Schneider-Düker, M.: Das interpersonale Modell – eine psychotherapeutische Grundorientierung? *Gruppenpsychotherapie und Gruppendynamik* 28, 93-113, 1992

Schönke, M.: Funktionsträger der Therapievariablen im Psychodrama. In: Vorweg, M. & Alberg, T.(Hrsg.): *Psychodrama* (S.13-32). Leipzig: Johannes Ambrosius Barth 1991

Schrooten, W. et al: Sexual dysfunction associated with protease inhibitor containing highly active antiretroviral treatment. *AIDS* 15, 1019-1023, 2001

Schuman, P. et al.: Prescription of and Adherence to Antiretroviral Therapy among Women with AIDS. *AIDS and Behavior* 5(4), 371-378, 2001

Schumann, W.: Monodrama in der Praxis: Soziometrische Realitätsprüfung bei depressivem Rückzug einer anorektischen Patientin. *Psychodrama* 2, 68-71, 1989

Schützenberger, A.: *Psychodrama*. Stuttgart: Hippocrates-Verlag 1979

Schwinger, T. & Burmeister, J.: Psychodrama und konstruktivistische Erkenntnistheorie. In: Buer, F.(Hrsg.): *Jahrbuch für Psychodrama* (S.159-182). Opladen: Leske & Budrich 1996

Seeger, U.: Die Angst des Drachentöters. *Psychodrama* 4, 229-253, 1991

Seeger, U.: Gegen eine Göttin kann man nicht viel machen. *Psychodrama* 9(1), 93-130, 1996

Sehti, A.K. et al.: Association between Adherence to Antiretroviral Therapy and Human Immunodeficiency Virus Drug Resistance. *Clinical Infectious Diseases* 37, 1112-1118, 2003

Seidl, O. & Ermann, M.: Psychosoziale AIDS-Forschung – Fragen, Probleme und Chancen. In: Jäger, H.(Hrsg.): *Frauen und AIDS* (S.71-95). Berlin, Heidelberg, New York: Springer-Verlag 1989

Servellen, G. van et al.: Individual and System Level Factors Associated with Treatment Non-Adherence in Human Immunodeficiency Virus-infected Men and Women. *AIDS Patient Care and STDs* 16(6), 269-281, 2002

Sherman, D.W. & Ouelette, S.C.: Patients Tell of Their Images, Expectations, and Experiences With Physicians and Nurses on an AIDS Designated Unit. *Journal of the Association of Nurses in AIDS Care* 12(3), 84-94, 2001

Sherr, L.: Adherence – sticking to the evidence. *AIDS CARE* 12(4), 373-375, 2000

Siegel, K. & Schrimshaw, E.W.: Perceiving benefits in adversity: stress-related growth in women living with HIV/AIDS. In: *Social Science & Medicine* 51(10), 1543-1554, 2000

Siegel, K., Schrimshaw, E. W. & Raveis, V.H.: Accounts for non-adherence to anti-viral combination therapies among older HIV-infected adults. *Psychology, Health & Medicine* 5(1), 29-42, 2000

Siegrist, J.: Asymmetrie und soziale Distanz. In: Wilker, F.-W., Bischoff, C. & Novak, P.(Hrsg.): *Medizinische Psychologie und Medizinische Soziologie* (S.267-270). 2. Auflage, München: Urban & Schwarzenberg 1994

Sigusch, V.(Hrsg.): *Sexuelle Störungen und ihre Behandlung*. 3., neubearbeitete und erweiterte Auflage, Stuttgart: Georg Thieme Verlag 2001

Simoni, J.M. et al.: Mediators of Social Support and Antiretroviral Adherence Among an Indigent Population in New York City. *AIDS PATIENT CARE and STDs* 16(9), 431-439, 2002

Singh, N. et al.: Determinants of compliance with antiretroviral therapy in patients with human immunodeficiency virus: prospective assessment with implications for enhancing compliance. *AIDS CARE* 8(3), 261-269, 1996

Singh, N. et al.: Adherence to Human Immunodeficiency Virus-Infected Patients to Antiretroviral Therapy. *Clinical Infectious Diseases* 29, 824-830, 1999

Soeffner, H.G.(Hrsg.): *Interpretative Verfahren in den Sozial- und Textwissenschaften*. Stuttgart: Metzler 1979

Sollitto, S. et al.: Should physicians withhold highly active antiretroviral therapies from HIV-AIDS patients who are thought to be poorly adherent to treatment? *AIDS* 15, 153-159, 2001

Spire, B. et al.: Adherence to highly active antiretroviral therapies (HAART) in HIV-infected patients: from a predictive to a dynamic approach. *Social Science & Medicine* 54, 1481-1496, 2002

Stahlke, I.: *Das Rollenspiel als Methode der qualitativen Sozialforschung*. Münster: Waxmann Verlag 2001

Stall, R. et al.: Decisions to get HIV tested and to accept antiretroviral therapies among gay/bisexual men: implications for secondary prevention efforts. *J Acquir Immune Defic Syndr Hum Retrovirol* 11(2), 151-160, 1996

Stall R. et al.: Use of Antiretroviral Therapies Among HIV-infected Men Who Have Sex With Men: A Household-Base Sample of 4 Major American Cities. *Am J Public Health* 91, 767-773, 2001

Starace, F. et al.: Depression Is a Risk Factor for Suboptimal Adherence to High Active Antiretroviral Therapy. *JAIDS* 31, S136-S139, 2002

Sternhell, P.S. & Corr, M.J.: Psychiatric morbidity and adherence to antiretroviral medication in patients with HIV/AIDS. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 36(4), 528-533, 2002

Stone, V.E. et al.: HIV/AIDS Patients' Perspectives on Adhering to Regimens Containing Protease Inhibitors. *J GEN INTERN MED* 13, 586-593, 1998

Stosberg, M.: Medizinsoziologische Ansätze zur Verbesserung des Arzt-Patient-Verhältnis. In: Lang, E. & Arnold, K.(Hrsg.): *Die Arzt-Patient-Beziehung im Wandel* (S.66-75). Stuttgart: Enke 1996

Sullivan, L.M. et al.: The Doctor-Patient Relationship and HIV-Infected Patients' Satisfaction with Primary Care Physicians. *J GEN INTERN MED* 15, 462-469, 2000

Taylor, S.E.: *Health Psychology*. Third edition, New York: McGraw-Hill 1995

Tesoriero, J. et al.: Stability of Adherence to Highly Active Antiretroviral Therapy Over Time Among Clients Enrolled in the Treatment Adherence Demonstration Project. *JAIDS* 33, 484-493, 2003

Thom, D.H. et al.: Further validation and reliability testing of the Trust in Physician Scale. The Stanford Trust Study Physicians. *Med Care* 37(5), 510-517, 1999

- Thompson, N.J. et al.: The relationship of sexual abuse and HIV risk behaviors among heterosexual adult female STD patients. *Child Abuse & Neglect* 21(2), 149-156, 1997
- Travis, C.B., Phillippi, R.H. & Tonn, B.E.: Judgement Heuristics and Medical Decisions. *Patient Education and Counseling* 13, 211-220, 1989
- Trotta, M.P. et al.: Treatment-related Factors and Highly Active Antiretroviral Therapy Adherence. *JAIDS* 31, S128-S131, 2002
- Tsasis, P.: Adherence Assessment to Highly Active Antiretroviral Therapy. *AIDS Patient Care and STDs* 15(3), 109-115, 2001
- Urquhart, J.: «Non-Compliance ist bei den meisten Patienten keine unheilbare Krankheit». Interview mit John Urquhart, geführt von I. Arnet. *Managed Care* 6, 21-24, 2000
- Vermeire, E. et al.: Patient adherence to treatment: three decades of research. A comprehensive review. *Journal of Clinical Pharmacy and Therapeutics* 26, 331-342, 2001
- Vincke, J. & Bolton, R.: Therapy Adherence and Highly Active Antiretroviral Therapy: Comparison of Three Sources of Information. *AIDS Patient Care and STDs* 16(10), 487-495, 2002
- Voigt, I.: Abschlussbericht der Studie "Offene Drogenszene in Frankfurt am Main". Im Auftrag des Dogenreferates der Stadt Frankfurt am Main, Mai 1992
- Vorweg, M. & Alberg, T.(Hrsg.): *Psychodrama*. Leipzig: Johannes Ambrosius Barth 1991
- Wagner, G.J. & Rabkin, J.G.: Measuring medication adherence: are missed doses reported more accurately than perfect adherence? *AIDS CARE* 12(4), 405-408, 2000
- Wainberg, M.A. & Friedland, G.: Public Health Implications of Antiretroviral Therapy and HIV Drug Resistance. *JAMA* 279, 1977-1983, 1998
- Waldvogel, B. & Seidl, O.: Belastungen und professionelle Bewältigungsformen von Ärzten und Krankenpflegekräften, die Patienten mit AIDS betreuen. In: Ermann, M. &

Waldvogel, B.: HIV – Betroffene und ihr Umfeld (S.33-45). Berlin, Heidelberg, New York: Springer-Verlag 1992

Wallston B.S. et al.: Health locus of control scale. *Journal of consulting & clinical psychology* 44, 580-585, 1976

Wallston, B.S. & Wallston, K.A.: Locus of control and health: a review of the literature. *Health Education Monographs* 6(2), 107-117, 1978

Weber, E., Gundert-Remy, U. & Schrey, A.(Hrsg.): *Patienten Compliance*. Baden-Baden: Verlag Gerhard Witzstrock 1977

Weilandt, C.: Leben mit HIV und AIDS: Die Bedeutung interner und externer Ressourcen. *psychomed* 9(3), 146-152, 1997

Weilandt, C.: *Menschen mit HIV und Aids: Ressourcen, Belastung und Bewältigung*. Berlin: Ed. Sigma 1998

Weilandt, C. & Schüler, G.: Adhärenz in der HIV-Therapie: Was beeinflusst den Behandlungserfolg? Abschlussbericht der Phase II, gefördert durch das Bundesministerium für Gesundheit und soziale Sicherheit, <http://www.bmgs.bund.de/download/broschueren/F302.PDF>, 2003

Weilandt, C., Schüler, G. & Rockstroh, J.: Adhärenz bei der HIV-Therapie aus Sicht der Ärzte und der Patienten. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz* 46 (10), 868-874, 2003

Weinel, E.: Überlegungen zu Übertragungs- und Gegenübertragungsreaktionen bei der Behandlung von AIDS-Patienten. *Psyche* 43, 710-719, 1989

Weinel, E.: HIV-Positive in psychoanalytischer orientierter Langzeittherapie. In: Ermann, M. & Waldvogel, B.: *HIV – Betroffene und ihr Umfeld* (S.138-142). Berlin, Heidelberg, New York: Springer-Verlag 1992

Weiss, L. et al.: Knowledge, attitudes and adherence to HAART: preliminary data from a multi-site adherence evaluation project. Abstract No. ThPeB5018, 13. Welt-AIDS-Kongress, Durban 2000

Wendel C.S. et al.: Barriers to Use of Electronic Adherence Monitoring in an HIV Clinic. *The Annals of Pharmacotherapy* 35, 1010-1015, 2001

Wiebe, J.S. & Christensen, A.J.: Patient Adherence in Chronic Illness: Personality and Coping in Context. *Journal of Personality* 64(4), 815-835, 1996

Wilker, F.-W.: Compliance. In: Wilker, F.-W., Bischoff, C. & Novak, P.(Hrsg.): *Medizinische Psychologie und Medizinische Soziologie* (S.284-291). 2. Auflage, München: Urban & Schwarzenberg 1994

Wilker, F.-W., Bischoff, C. & Novak, P.(Hrsg.): *Medizinische Psychologie und Medizinische Soziologie*. 2. Auflage, München: Urban & Schwarzenberg 1994

Williams, K.E. & Bond, M.J.: The roles of self-efficacy, outcome expectancies and social support in self-care behaviours of diabetics. *Psychology, Health & Medicine* 7(2), 127-141, 2002

Wilson, H.S., Hutchinson, S.A. & Holzemer, W.L.: Reconciling Incompatibilities: A Grounded Theory Of HIV Medication Adherence and Symptom Management. *Qualitative Health Research* 12(10), 1309-1322, 2002

Wissenschaftlicher Beirat Psychotherapie: Gutachten zur Psychodramatherapie als wissenschaftliches Psychotherapieverfahren. *Deutsches Ärzteblatt* 98(6), A348-A351, 2001

Wöller, W. et al.: Determinanten von Risikokrankheitsverhalten bei Patienten mit Asthma bronchiale. *Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie* 48, 101-107, 1998

Wong-Wylie, G. & Jevne, R.F.: Patient Hope: Exploring the Interactions Between Physicians and HIV Seropositive Individuals. *Qualitative Health Research* 7(1), 32-56, 1997

Wood, E. et al.: Is there a baseline CD4 cell count that precludes a survival response to modern antiretroviral therapy? *AIDS* 17, 711-720, 2003

Wright, M.T.: „Ungehorsam“ auch bei HIV/AIDS. In: Deutsche AIDS-Hilfe e.V.(Hrsg.): *Compliance und antiretrovirale Therapie* (S.15-60). Berlin: Dt. AIDS-Hilfe 1999

Wright, M.T.: The old problem of adherence: research on treatment adherence and its relevance for HIV/AIDS. *AIDS CARE* 12(6), 703-710, 2000

Yablonsky, L.: Psychodrama: Die Lösung emotionaler Probleme durch das Rollenspiel. Stuttgart: Klett-Cotta 1978

Zeintlinger-Hochreiter, K.: Kompendium der Psychodrama-Therapie. Köln: inScenario Verlag 1996

Online-Ressource:

www.fstrf.org/qol/adult_qi.html

Zusammenfassung

In der vorliegenden Arbeit wurde die Arzt-Patient-Beziehung von HIV-Patienten im Hinblick auf bestehende Adherence-Probleme mithilfe qualitativer Methoden untersucht. Dieser Aspekt wurde in der Adherence-Forschung im HIV-Bereich entgegen den Tendenzen der allgemeinen Adherence-Forschung, im Rahmen derer die Arzt-Patient-Beziehung als bedeutsamer Einflussfaktor gilt, bislang nur wenig berücksichtigt.

20 an der Untersuchung teilnehmende Patienten wurden in der HIV-Ambulanz des Universitätsklinikums Frankfurt am Main dergestalt rekrutiert, dass durch die ärztliche Zuordnung zwei vergleichbare Gruppen entstanden: Die der adhärennten und die der nicht bzw. wenig adhärennten Patienten. Gleichzeitig wurden sowohl die behandelnden Ärzte als auch die Patienten mithilfe von Fragebögen zu einer Einschätzung des Medikamenteneinnahmeverhaltens gebeten. Die Einstufung der Ärzte in eine der beiden Gruppen „adhärent/nicht adhärent“ zeigte in der vorliegenden Untersuchung eine relative Übereinstimmung mit der Selbstbeurteilung der Patienten (Exakter Test nach Fisher: $p=0,017$). Den Patienten schien es ungeachtet ihrer Adherence bezüglich Medikamenteneinnahme vs. Nicht-Einnahme schwer zu fallen, sich an ein exaktes zeitliches Einnahmeschema zu halten. Das Mittel der eingenommenen Medikamente lag nach ärztlicher Schätzung für die Patienten der adhärennten Gruppe bei 97% (SD=4) der verordneten Medikamente und für die der nicht adhärennten Gruppe bei 69% (SD=17). Bei der Auswertung des Ärztefragebogens fiel jedoch auf, dass der Schwellenwert der Adherence für die befragten Ärzte nicht klar definiert zu sein scheint. Eine wissenschaftlich gesicherte (Neu-)Bestimmung dieses Schwellenwertes der Adherence könnte eine Entlastung von den aus dieser Unsicherheit resultierenden Konflikten für den Patienten bedeuten.

Zur Exploration der Arzt-Patient-Beziehung aus der Patientensichtweise wurde auf die handlungsorientierte Methode des Psychodramas zurückgegriffen. Die mittels Rollentausch ermöglichten Inszenierungen eines Arzt-Patient-Gesprächs wurden mit Videokameras dokumentiert. Die Auswertung der transkribierten Videoaufnahmen geschah mithilfe der Methode der objektiven Hermeneutik. Aus der Stichprobe wurde durch Kontrastierung eine Auswahl von vier Patienten getroffen. Dies geschah nach den Kriterien „adhärent“ vs. „nicht adhärent“ und „Rollentausch möglich“ vs. „kein Rollentausch möglich“.

Es konnte eine Spezifität der untersuchten Patienten abgebildet werden, die nach Heranziehung einschlägiger Literatur durchaus als HIV-typisch verstanden werden

kann: In den Darstellungen der Arzt-Patient-Beziehungen imponierten diffuse Nähe-Distanz-Regelungen sowie eine Nicht-Einhaltung des traditionellen asymmetrischen Arzt-Patient-Verhältnisses. Die Patienten traten in übertragungsreichen Beziehungen mit Vergemeinschaftungstendenzen an den Arzt heran. Erklärungsansätze hierfür könnten sein: Eine Traumatisierung durch die HIV-Infektion, eventuell ein kumulatives Trauma einschließend; eine vermeintliche, auf bereits bestehende subkulturelle Identitäten aufbauende „HIV-Identität“; die besondere Stellung der HIV-Infektion im Gesundheitssystem sowie das Fortdauern bereits der Prä-HAART-Ära entstammender Strukturen; ein allgemeinen Wandel des Gesundheitssystems und/oder ein einrichtungsspezifischer Einfluss. Aufbauend auf diese strukturellen Besonderheiten wurde eine Hypothese für die weitere Beschäftigung mit dem Thema „Adherence bei HIV-infizierten Patienten“ generiert:

Entsprechend der Kontrastierung nach adhärenthen vs. nicht adhärenthen Patienten ließe sich als Erklärungsmodell folgern, dass die HIV-Patienten unter der Bedingung, dass ihr Verhältnis zum Arzt ein Besonderes ist, bereit sind, den ärztlichen Anweisungen zu folgen. Daraus könnte ein individueller Grad der Bedürftigkeit bzw. eines Wunsches, als etwas Besonderes in der Beziehung zu ihrem Arzt anerkannt zu werden, resultieren, bei dessen Überschreitung der Patient sich adhärent verhielte. Verschiedene Persönlichkeitsdimensionen könnten jedoch zur Verschiebung dieses Grades führen bzw. bei extremer Ausprägung derart dominieren, dass das Modell scheinbar außer Kraft gesetzt wird. Demnach könnte sich die Zufriedenheit mit der Arzt-Patient-Beziehung als Befriedigung der Bedürftigkeit bzw. o.g. Wunsches verstehen lassen. Die Hypothese legt weiterhin nahe, dass Adherence-Probleme vornehmlich auf einen Selbstwertkonflikt als Konfliktmuster bzw. eine Selbstwertregulierung innerhalb der bestehenden Arzt-Patient-Beziehung zurückführbar wären. Inwieweit die Ausprägung dieser Konfliktstruktur für adhärenthes bzw. nicht adhärenthes Verhalten verantwortlich ist, ist in weiterführenden Untersuchungen zu klären.

Im Rahmen der Einzelfallanalysen offenbarten sich Probleme, die in einer normalen Arzt-Patient-Beziehung kaum lösbar sind. Den hohen Erwartungen an die Adherence entsprechend sollten demnach Strategien ausgebildet werden, mittels derer nach hinreichender Diagnostik eine Behandlung der nicht zur Adherence fähigen Patienten durch verschiedene Interventionen möglich wird. Diese sollten dem individuellen Problem gebührend von psychoedukativen Herangehensweisen über psychotherapeutischen Maßnahmen bis hin zu speziellen Projekten, innerhalb derer eine Behandlung der nicht zur der Adherence fähigen Patienten angeboten wird (z.B. durch DOT), reichen.

Summary

The qualitative study 'Doktorspiele' examines the relationship between doctors and HIV-infected patients with regard to existing problems of adherence to antiretroviral medication. While there is growing acceptance of the importance of the doctor-patient relationship as a predictor in general research on adherence, it tends to be neglected in research on adherence of HIV-infected individuals.

The sample contains 20 HIV-infected patients, who were recruited in the HIV centre of 'Universitätsklinik' Frankfurt/Main. The attending physicians divided the adherent and the non-adherent patients into two comparable groups. Simultaneously, both doctors and patients were asked to complete questionnaires estimating the adherence. Within this study the doctors' classification of their patients into one of the two groups, adherent or non-adherent, was relatively corresponding with the results of the patients' self-report (Fisher Exact Test: $p=0,017$). For the patients it seemed to be difficult to keep to the exact dosing schedule regardless of their individual adherence rate. On average the doctors estimated the amount of medication taken by the patient at 97% (SD=4) of the prescribed medication in the adherent group compared to only 67% (SD=17) in the non-adherent group. However, the evaluation of the doctors' questionnaire showed an uncertainty concerning the threshold value of non-adherence. A scientific (re-)determination of this threshold value could relieve patients of conflicts resulting from this uncertainty.

Psychodrama has been the method used to explore the doctor-patient relationship from the patient's point of view, utilizing all possible devices for bringing the individual actor into operation. The scene of a doctor-patient conversation was produced through role reversal, videotaped, and transcribed. Objective hermeneutics was used to analyze the collected material: four patients were chosen from the sample, being in maximum contrast to each other with respect to 'adherence' vs. 'non-adherence' and 'role reversal possible' vs. 'role reversal not possible'.

One specific trait was shared by the patients in question. After consulting relevant sources, this trait may be considered typical for HIV-infected patients: A diffuse regulation of closeness and distance, as well as a non-maintenance of the traditional asymmetrical doctor-patient relation impressed within the presentation of the doctor-patient relationship. Within this relationship the patients faced the doctors on a high level of transference and showed the tendency to involve the doctor into their community. Several explanations are possible: a trauma of being HIV-positive, possibly including a cumulative trauma; a supposed 'HIV-identity' which might be built on an

identity experienced subculturally; a particular attitude of the health care system towards HIV-infection, as well as the carry-over of structures which grew during in the years before HAART; a general change of the health care system itself; a specific influence resulting from the institution wherein the patients were recruited. Based on this structural peculiarity, a hypothesis was generated for further research on adherence of HIV-infected patients:

According to the maximum contrast of adherent patients vs. non-adherent patients the conclusion for a model explaining HIV-infected patients' adherence may be that a patient will adhere to his physician's advice only on condition of the relationship between him and the doctor being a special one. Hence, there might result an individual level of the need or desire for being accepted by the doctor as somebody special. If this level is reached, i.e. the individual claims are met and personal desires are satisfied, the patient will adhere to the doctor's advice. Several dimensions of personality could shift this level of need or in extreme cases be dominant enough to apparently override this model. Thus the patient's satisfaction with the physician could be understood as the fulfillment of his need or desire mentioned above. Furthermore this hypothesis suggests that adherence-problems are especially based on an intrapsychic conflict of self-worth as central conflict pattern resp. regulation of self-esteem within an existing doctor-patient relationship. To what extent the characteristic structure of this conflict is responsible for adherence or non-adherence will have to be clarified in further research.

The analysis of the four individual cases has pointed out problems which can hardly be solved in a common doctor-patient relationship. According to the high expectations of adherence, strategies should be developed based on sufficient diagnosis of reasons for non-adherence which allow a treatment of the non-adherent patients by various interventions. Taking into account the individual problems of the patients unable to adhere, the interventions should include measures of psycho-education and psychotherapy, as well as special projects offering alternative strategies for medical treatment (e.g. DOT).

LEBENS LAUF

Name: Ute V. Engelbach
Geboren: 25.09.67 in Fulda

Ausbildung

03.06.86 Abitur am Pestalozzi-Gymnasium in Idstein
WS 86/87 bis 91/92 Studium der Erziehungswissenschaften an der Philipps-Universität Marburg und an der J.W. Goethe-Universität Frankfurt
WS 87/88 bis 89/90 Zweitimmatrikulation für Wirtschaftswissenschaften mit Zwischenprüfung für Diplomvolkswirte
21.02.92 Diplom in Pädagogik
SS 92 bis SS 97 Studium der Humanmedizin an der J.W. Goethe-Universität Frankfurt
27.10.97-27.9.98 Praktisches Jahr
01.12.98 3. Staatsexamen in Humanmedizin

Berufliche Tätigkeiten

Mai 90 bis Okt. 95 Honorartätigkeit als Dipl. Pädagogin bei der Sozialstation Frankfurt-Bockenheim mit Einzelfallbetreuungen
Dez. 95 bis Aug. 99 Nachtwache (Teilzeit 50%) im „La Strada“. Kontaktladen der Aids-Hilfe Frankfurt e.V. für obdachlose DrogengebraucherInnen.
Sep. 99 bis Feb. 01 Ärztin im Praktikum in der Infektionsambulanz des Klinikums der J.W. Goethe-Universität Frankfurt
Apr. 01 bis Apr. 03 Wissenschaftliche Mitarbeiterin in der Abteilung für Medizinische Psychologie und Medizinische Soziologie der Universität Mainz
Nov. 01 bis Dez. 02 Mitarbeit in dem EU-Projekt „European Cities Network For HIV/AIDS Chronic Multiproblematic Patients“
Feb. 04 bis Mär. 04 Teilzeitanstellung (50%) als Ärztin in der Substitutionsambulanz Schielestraße in Frankfurt (Malteser Werke gGmbH)
seit Apr. 04 Wissenschaftliche Angestellte in der Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie der J.W. Goethe-Universität Frankfurt

Frankfurt am Main, 09.05.05

Schriftliche Erklärung

Ich erkläre, dass ich die im Fachbereich Medizin der Johann Wolfgang Goethe-Universität Frankfurt am Main zur Promotionsprüfung eingereichte Dissertation mit dem Titel

„DOKTORSPIELE – Eine psychodramatische Exploration der Arzt-Patient-Beziehungen HIV-infizierter Patienten im Hinblick auf bestehende Adherence-Probleme“

in dem Institut für Sexualwissenschaft

unter der Betreuung und Anleitung von Prof. M. Dannecker

mit Unterstützung durch Prof. U. Oevermann (Institut für Sozialisationsforschung und Sozialpsychologie, Johann Wolfgang Goethe-Universität Frankfurt am Main) ohne sonstige Hilfe selbst durchgeführt und bei der Abfassung der Arbeit keine anderen als die in der Dissertation aufgeführten Hilfsmittel benutzt habe.

Ich habe bisher an keiner in- oder ausländischen Universität ein Gesuch um Zulassung zur Promotion eingereicht.

Die vorliegende Arbeit wurde bisher nicht als Dissertation eingereicht.

Frankfurt am Main, den 09.05.05