

INTEGRATIVE THERAPIE

ZEITSCHRIFT FÜR VERGLEICHENDE PSYCHOTHERAPIE UND METHODENINTEGRATION

Managing Differences - Die Kunst, die Vielfalt zu nutzen!

Roland Engel: Diversity Management – Entstehung und Nutzen
Einführung und grundlegende Thesen

Karl Toifl: Die Kunst, Mehrdimensionalität in Diagnose und
Therapie zu integrieren – Ergebnisse der Komplexitätsforschung
und deren Konsequenzen für das Gesundheitssystem

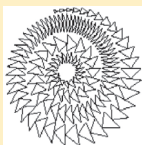
Sabine Scheffler: Patientenverhalten von Frau und Mann
als soziales Konstrukt, Strukturmerkmal und Verhaltensset –
Ergebnisse der Geschlechterforschung und ihre Bedeutung für
beraterische Interventionssysteme

Ulrich Schnyder: Therapie gewinnt durch Vielfalt – Evidenz
versus Kreativität

Anton Leitner: „Von der COMPLIANCE zur ADHERENCE, vom
INFORMED CONSENT zu respektvollem INFORMED DECISION
MAKING“

Hilarion G. Petzold, Ilse Orth, Johanna Sieper: Psychotherapie
und „spirituelle Interventionen“? – Differentielle Antworten
aus integrativer Sicht für eine moderne psychotherapeutische
Praxeologie auf „zivilgesellschaftlichem“ und „emergent-
materialistisch - monistischem“ Boden

Buchbesprechungen



Anton Leitner

„Von der COMPLIANCE zur ADHERENCE, vom INFORMED CONSENT zu respektvollem INFORMED DECISION MAKING“

In den Begriffen „Compliance, Adherence, Informed Consent, Informed Decision Making“ liegen Keimzellen des Erfolges oder Misserfolges unseres Gesundheitssystems. Aus einem sozialkritischen Standpunkt wird versucht, sich der Thematik, bezogen auf die Heilberufe Medizin und Psychotherapie, zu nähern.

Zunächst einige Begriffsklärungen:

In der Medizin wird unter „Compliance“ die Einwilligung, Gewährung, Erfüllung, Befolgung, Einhaltung einer Vorschrift einem fremden Wunsch gemäß verstanden, aber auch Willfährigkeit, Unterwürfigkeit (*Langenscheidt 2006*). Eine sogenannte „gute Compliance“ entspricht dem konsequenten Befolgen der ärztlichen Ratschläge. Besonders wichtig sei sie bei chronisch Kranken in Bezug auf die Einnahme von Medikamenten, dem Befolgen einer Diät oder der Veränderung des Lebensstils.

Die ersten Ärztegruppen, die sich mit „Compliance“ beschäftigten, waren jene ÄrztInnen, die bei der neu eingeführten Therapie, der Anwendung von modernen Tuberkulostatika, mit dem Problem der fehlenden Einhaltung von verordneter Medikation durch die PatientInnen konfrontiert wurden.

Die reine Befolgung von medizinischen Anweisungen wird noch immer als Resultat des Prozesses „Compliance“ betrachtet und weist auf die Autoritätsverhältnisse in der Arzt-PatientInnen-Beziehung hin. *Ulrich Lembeck* bringt es auf den Punkt: „Compliance“ ist der „Gehorsam des Patienten gegenüber dem Arzt“ (*Lembeck 2009*). *Arno Mohr* beschreibt in seinem sozialwissenschaftlichen Wörterbuch den Begriff „Compliance“ mit Gehorsam, Folgsamkeit (*Mohr 2001*).

„Compliance“ repräsentiert eine Sicht, wonach die Verantwortung für einen Therapieerfolg oder ein Therapieversagen einseitig beim Patienten liegt. Zudem impliziert „Compliance“, dass ein Therapieerfolg nur bei genauer und kritikloser Einhaltung der verordneten Therapie gewährleistet ist, und die individuellen Probleme und Möglichkeiten des Patienten bei Verordnung und Durchführung der Therapie außer Acht gelassen werden können. Im Gegensatz dazu fordert der aktuelle Stand der Pflegewissenschaft die Einbeziehung des Patienten bei der Gestaltung der Therapie - als mündigen Kooperationspartner im Sinne eines individuellen Selbstpflegemanagements.

Das Nichteinhalten von ärztlichen „Ratschlägen“, bzw. die Nichterfüllung von therapeutisch notwendig erscheinenden „Pflichten“ wird als „Non-Compliance“ bezeichnet. Eingeräumt wird aber auch die Sinnhaftigkeit von „Nichtgehören“ aufgrund rationaler Überlegungen oder Beobachtungen von fehlendem Therapieerfolg

oder starker Nebenwirkungen. Die bewusste Missachtung einer falschen oder nicht sinnvollen Therapieanweisung wird als „intelligente Non-Compliance“ bezeichnet.

Wegen der problematischen „Besetzung“ des Begriffs „compliance“ wird heute im angelsächsischen Bereich von „adherence“ oder „concordance“ gesprochen. **Adherence**, die englische Bezeichnung für Festhalten und Befolgen (*Langenscheidt* 2006), als **Adhärenz** der deutschen Sprache angeglichen, bezeichnet in der Medizin die Einhaltung der gemeinsam von Patient und Arzt gesetzten Therapieziele. Grundlage einer erfolgreichen Therapie ist die Berücksichtigung der individuellen Bedürfnisse des Patienten sowie die Berücksichtigung von Faktoren, die es dem Patienten erschweren, das Therapieziel zu erreichen.

Auch die wachsende Bedeutung des „Case Work“ in der Psychiatrie, der Psycho- und der Soziotherapie, wo PatientInnen in den Casework-Konferenzen als aktive Mitwirkende mitarbeiten (es ist ja „ihr Fall“), geht es um eine „wechselseitige Adhärenz“ aller am Prozess der Problembearbeitung Beteiligten. In der „Optimal Process Facilitation“ übernimmt jeder seine Verantwortung und jeder hat seine Adhärenz zu den getroffenen Vereinbarungen zu gewährleisten. Der „Compliance-Begriff“ hat sich damit überholt (*Jüster* 2007; *Petzold, Sieper* 2008).

Eine wichtige Bedeutung hat die Adhärenz in der antimikrobiellen und antiviralen Therapie, zum Beispiel bei der HIV-Therapie, wo mangelnde Adhärenz nicht nur zum individuellen Therapieversagen, sondern auch zu Resistenzen der Erreger gegen Medikamente führen kann.

Der Begriff „Adhärenz“ ersetzt in der Medizin zunehmend den veralteten Begriff „Compliance“. Dabei ist zu beachten, dass bei der Einführung neuer Begriffe die Tendenz besteht, die hinter ihnen stehenden „Dispositive und Diskurse der Macht“ (*Foucault* 1978), unter einem neuen Label fortzuschreiben - auch wenn eine „korrektive Absicht“ vorliegt. Experten-, Kontroll- und Deutungsmacht werden nicht gerne aufgegeben. Wachsamkeit ist erforderlich, wie *Hans Haessig* (2007) in der „Integrativen Machttheorie“ zeigt.

Auch unter „concordance“ wird dezidiert die Involvierung des Patienten, der Patientin in den Behandlungsprozess verstanden und schließt die aktive Mitentscheidung mit dem Behandlungsteam ein.

Zwischen Ärztin/Arzt und Patientin/Patient kommt mit der Aufnahme einer Behandlung ein Dienstvertrag zustande, auf dessen Grundlage die Ärztin, der Arzt ihre/seine Bemühungen um die Gesundheit des Patienten *lege artis*, nach den Regeln der Heilkunst, schuldet. Gleichzeitig erfüllt jede ärztliche Behandlung formal immer auch den Tatbestand einer Körperverletzung. Dieser wird definiert als: „Verletzung der äußeren Integrität des menschlichen Körpers oder als Störung seiner inneren Lebensvorgänge“. Zu der (dienst)vertraglichen Haftung kommt noch die delikate Haftung nach § 823 BGB (Deutschland) oder § 1299 ABGB (Österreich). Danach ist,

wer vorsätzlich oder fahrlässig das Leben, den Körper, die Gesundheit eines anderen widerrechtlich verletzt, dem anderen zum Ersatz des daraus entstehenden Schadens verpflichtet. Beide Haftungsgrundlagen beinhalten die Pflicht, die PatientInnen über die Risiken, Nebenwirkungen und Möglichkeiten der Schädigungen der beabsichtigten Behandlung aufzuklären.

Die rechtlich wirksame Einwilligung nach erfolgter Aufklärung oder die informierte Einwilligung, - eine Wortschöpfung nach dem englischen Vorbildsbegriff „informed consent“ -, bezeichnet in der Medizin die von Information und Aufklärung getragene Einwilligung des Patienten in Eingriffe. „Informed consent ist keineswegs eine einfache Zustimmung, sondern ein Prozess zwischen PatientInnen und ihren professionellen Helfern mit dem Ziel eines „normativen Empowerments“ für fachlich informierte Entscheidungen darüber, welche Behandlungs- und Hilfemaßnahmen sie wollen. Das schließt natürlich auch einen „informed refusal“ (Goodman 2007), eine informierte Ablehnung, eine Verweigerung ein, eine Möglichkeit, auf die ausdrücklich hinzuweisen ist, da sie in einer eindeutigen Rechtslage gründet, die dem PatientInnenwillen die oberste Priorität einräumt“ (Petzold 2009).

Der Hinweis auf „informierte Ablehnung“ ist medizinethisch unverzichtbar. Die Dokumentation der Ablehnung ist wesentlich, weil bei psychisch instabilen und schwierigen oder weltanschaulich-fundamentalistisch orientierten PatientInnen doch erhebliche Rechtsprobleme auftreten können (Ridley 2001). Dem Thema des Rechtes auf informierte Ablehnung ist in der bioethischen Diskussion (Bogaert, van 2006) bislang noch nicht die Aufmerksamkeit geschenkt worden, die ihm gebührt - besonders in den deutschsprachigen Ländern, obgleich hier massive rechtliche Implikationen vorliegen.

In der Psychotherapie wird von „informierter Zustimmung“ zu einer Behandlung gesprochen (Eich, Reiter, Reiter-Theil 1997; Beahrs, Gutheil 2001, Hutterer-Krisch 2007).

Sie stellt aus wirtschaftlicher und juridischer Sicht einen zentralen Punkt in der Arzthaftung dar. In Haftpflichtfällen wird der Vorwurf unzureichender oder falscher ärztlicher Aufklärung erhoben und ist nach einem eingetretenen Schaden oft alleinige Grundlage von Entschädigungsleistungen.

Bei medizinischer und therapeutischer Forschung am Menschen ist von dem Forschungsteam die Aufklärungspflicht zu erfüllen. Erst nach erfolgter Aufklärung der PatientInnen, die bereit sind, am Forschungsprojekt teilzunehmen, gilt deren Einwilligung als qualifizierte Zustimmung.

Im angelsächsischen Recht ist der fehlende „informed consent“ im Sinne der fehlenden Einwilligungsfähigkeit auch die Grundlage für die strafrechtliche Verfolgung von sexuellen Handlungen mit Kindern (Finkelhor 1995, 1997).

Der Umfang der Aufklärung richtet sich nach der Schwere und der Dringlichkeit der Behandlung. Je notwendiger eine solche erscheint, desto weniger Zeit bleibt für die Information (gilt bei akuten medizinisch-chirurgischen Maßnahmen und praktisch nicht bei einer Psychotherapie); trotzdem muss, wenn möglich, eine Aufklärung erfolgen. Kann die Behandlung vorausgeplant werden, ist eine umfassende Aufklärung gefordert. Der Patient, die Patientin muss nicht über alle medizinischen Details informiert werden (z.B. über die in der Bevölkerung allgemein bekannten Risiken einer Behandlung wie das Risiko von Wundinfektionen), sondern es reicht aus, wenn die für die Lebensführung des Patienten wichtigen Informationen gegeben werden: den Nutzen der Behandlung, die Auswirkungen und Verhaltensanweisungen für die weitere Lebensführung. Ebenso muss der Arzt über Nutzen und Risiken der Anwendung von Arzneimitteln und von Medizinprodukten aufklären.

PatientInnen haben, über die allgemeine Informationspflicht des Arztes hinaus, das Recht, zu fragen. Der Arzt ist verpflichtet, auf Fragen wahrheitsgemäß, vollständig, verständlich und wertschätzend zu antworten. Es geht grundsätzlich um die Wertschätzung von Andersheit (*Levinas*, vgl. *Petzold* 1996k), um Respekt (*Sennet* 2004), „denn die Würde des Menschen ist – immer, besonders in Zeiten der Schwächung durch Krankheit - antastbar“ (*Meinhof* 1980).

Im Rahmen einer psychotherapeutischen Behandlung erfordert eine wirksame Einwilligung die ausreichende und später dokumentierte Aufklärung über wesentliche Therapieparameter für den „informed consent“: über Risiken, Nebenwirkungen, auch Suizidalität, psychosomatische Reaktionsbildung und psychotische Dekompensation. Forschungsarbeiten bezüglich der Frage, wie der Aufklärungspflicht nachgekommen werden soll, gibt es kaum (*Märtens, Petzold* 2002).

In der Psychotherapie wird sie laut den PatientInneninformationen des Bayerischen Gesundheitsministeriums, des jeweiligen § 8 der Berufsordnung für Ärzte und der Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten zwingend verlangt, in der die ärztliche und psychotherapeutische Aufklärungspflicht parallel gestellt werden. Dabei handelt es sich um wesentliche Elemente des Behandlungsvertrages.

„Die Aufklärung der zu behandelnden Person bzw. ihrer gesetzlichen Vertretung und der dazu getroffenen Vereinbarungen erfolgt (derzeit in Österreich) hinsichtlich:

- des zeitlichen Rahmens und der Aspekte der Behandlung,
- der Art, des Inhalts und des Umfangs der geplanten psychotherapeutischen Leistungen und Methoden,
- des wirtschaftlichen Rahmens wie Honorarregelung, Einreichbarkeit bei den Sozialversicherungsträgern, eventuell mithilfe eines allgemeinen Infoblatts
- und sonstiger wesentlicher Bedingungen der Behandlung, Geschäfts- und Einwilligungsfähigkeit.

Eine Dokumentation von Geschäfts- und Einwilligungsfähigkeit hat im Einzelfall zu erfolgen, wenn sie vom Sachverhalt her angezeigt ist, zum Beispiel bei Minderjährigen, bei Sachwalterschaft oder, wenn es sich aus den Umständen des Einzelfalls ergibt. Besonderheiten für die Dokumentation der Einwilligung können sich auch im Rahmen von Behandlungen, des Maßnahmenvollzuges oder einer Unterbringung ohne Verlangen ergeben“ (aus dem *Österreichischen Bundesministerium für Gesundheit* 2009).

Die Verpflichtung zur gewissenhaften Betreuung findet sich im Ärztegesetz wie auch im Psychotherapiegesetz und verbindet die Ausübenden dieser Berufe mit besonders qualifiziertem Sachverstand und einem hohem Maß an Sorgfaltspflicht. Daher ist ein zwischen PatientInnen und PsychotherapeutInnen abgeschlossener Behandlungsvertrag im Hinblick auf dessen Rechtsnatur analog dem ärztlichen Behandlungsvertrag. Darunter fällt gemäß § 14 Abs. 4 des österreichischen Psychotherapiegesetzes 1991 die Pflicht zur Aufklärung und Information des Patienten/der Patientin (*Kierein M. et al.* 1991).

Die in der Praxis noch immer grassierende Fragestellung oder sogar gelebte Haltung „Compliance versus Informed Consent“ oder wie noch immer häufig verstanden: „Gehorsam versus Mitbestimmung“ verweist mit dem „versus“ auf einen Gegensatz. Um diesen in seiner Entwicklung zu verstehen, ist es notwendig, per Exzentrizität einen größeren Verständniszusammenhang herzustellen: die Veränderung des Arzt-Patient-Verhältnisses. Sie findet immer vor dem Hintergrund gesellschaftlicher Diskurse statt.

Die Thematik (das Verhältnis zwischen HelferIn und PatientIn/KlientIn) ist nur dann angemessen zu verstehen und zu diskutieren, wenn sie im Kontext der Diskurse der letzten vierzig Jahre um den Arztberuf und das ärztliche Handeln gesehen und um die Bestimmung ihrer gesellschaftlichen Bedeutung erweitert wird. Das gilt vor allem im Hinblick auf den Prozess der Durchdringung weiter Lebensbereiche durch ökonomische, betriebswirtschaftliche Gesichtspunkte. Wir leben ja, so wird uns von Politik und der Wirtschaft täglich vor Augen gehalten, in einer Welt immer knapper werdender Ressourcen.

Die Sicht auf die Arzt-Patient-Beziehung und deren Beurteilung hat sich in den letzten Jahren dramatisch verändert. „Der gute Arzt“ (*Dörner* 2001), der aus einer überlegenen Position und aus seiner hilfreichen Persönlichkeit heraus, mit großem Fachwissen sich väterlich, gütig, ehrwürdig und weise dem Patienten gegenüber verhält, ist fraglich geworden. Die Medizinsoziologie hat ihren Beitrag zur Infragestellung geleistet, indem sie die „Dominanz der Experten“ (*Freidson* 1975) analysierte und kritisierte. Es gab - und das ist noch nicht lange her - auch jene ÄrztInnen, die mit dem Gestus letztendlicher Überlegenheit in der Allmachtsposition“ des Stehenden an dem, in der „Ohnmachtsposition“ des im Krankenbett Liegenden (Patienten) vorbeidefiliierten und dies „Visite“ nannten. Auch wurden im Rahmen von Untersuchungen „mit

der größten Distanz“ zu den unvorbereiteten PatientInnen „die unverschämtesten Nähen“ hergestellt.

In der soziologischen Betrachtung ist das Wirken des Arztes systematisch ursprünglich in den Bereich der „klassischen Professionen“ eingeordnet (Luhmann 1973). Merkmal einer Profession ist u.a. die weitgehende Selbstbestimmung in Bezug auf die Definition des Inhalts der Disziplin, die Abgrenzung gegenüber anderen Professionen, Halbprofessionen und Nichtprofessionen, die Auswahl und Rekrutierung der Mitglieder der Disziplin, die Formen/Methoden des professionellen Verhaltens inklusive der konkreten Praktiken und nicht zuletzt die Bezahlung. Der klassisch-professionelle Arzt erhält demnach kein Gehalt, sondern ein Honorar, ein „Ehrengeld“, denn sein Wirken ist die Ausübung einer unbezahlbaren, edlen, dem Menschen verpflichteten Heilkunst. Gemessen an der Definition der klassischen Profession hat der moderne Arzt diesen Status mittlerweile zu großen Teilen verloren. Er ist zum „Dienstleister“ geworden.

In der modernen Gesellschaft entwickelt sich die ärztliche Tätigkeit perspektivisch in zwei Strömungen – in zwei Klassen:

1. Wenn sie gemäß Angebot und zahlungsfähiger Nachfrage vermarktet werden kann, wird sie zur privat-geschäftlichen Dienstleistung.
2. Ist das nicht der Fall (z.B. wegen des Fehlens der Zahlungsfähigkeit), aber es besteht eine Legitimation und ein Problemdruck (wenn es etwa um den Erhalt von Vitalfunktionen bei einem Patienten geht), wird die medizinische Behandlung im Kontext sozialer Systeme ausgeübt. Die Hilfestellung wird nach medizinfremden, nämlich bürokratischen und ökonomischen Kriterien definiert.

Mittlerweile muss bereits von der Einverleibung der klassischen ärztlichen Profession in die bürokratisch und ökonomisch organisierten Sozialsysteme gesprochen werden. Mit anderen Worten: Die Vergesellschaftungsqualität des „Arztes“ und die mangels Konfliktlösung symptomatisch wuchernde Bürokratie haben den Arztberuf und mit ihm andere Gesundheitsberufe wie z.B. die des Psychotherapeuten, der Psychotherapeutin erreicht, ihnen ihre eigene Gesetzlichkeit aufgedrängt, sie tiefgehend durchdrungen und sie weitgehend formbestimmt.

Wie wird nun, um beim Beispiel der Medizin zu bleiben, das ärztliche Handeln durch solche medizinfremden, sekundären (bürokratischen) und tertiären (finanziellen) Gesichtspunkte verändert?

Was bewirken aus dem Geschäftsleben eingedrungene Neusprach-Terminologien und quantitative Verfahren zur „Qualitätssicherung“ am Arztberuf? Stehen die unterschiedlichen Begriffe nicht nur für unterschiedliche Vorstellungen, sondern auch für unterschiedliche Praktiken? Schaffen nicht Gedanken letztlich Fakten?

Der heutige ärztliche Diskurs über die Arzt-Patient-Beziehung ist auf der einen Seite durch eine soziologische Terminologie geprägt, wie beispielweise eine „Partizipative

Entscheidungsfindung“ (PEF), ein „shared decision making“. Auf der anderen Seite entwickelte sich die Einstellung, die PatientInnen als KonsumentInnen, als KundInnen einer (ärztlichen) Dienstleistung zu sehen.

Das Überhandnehmen des Kunden-Modells (das übrigens auch im Bildungssystem in Aus- und Weiterbildungsuniversitäten Einkehr gefunden hat) wird allgemein auf die Erwartungen der PatientInnen (StudentInnen) zurückgeführt. Aber trifft dieses Argument auch zu? Wer hat die Erwartungen des Patienten geprägt? Wer ist ein Kunde? Das Wort Kunde, mittelhochdeutsch „kunde“, leitet sich ab aus dem Althochdeutschen „kundo“, was früher „Bekannter“ bedeutete. Es ist der Bekannte, den man kennt (*Kluge* 1989, 419). Kunden wollen auch beraten werden, denn sie sind oft nicht ausreichend kundig, andere sind die Experten für die Ware oder Dienstleistung. Das erfordert einen differenziellen Kundenbegriff, den der „doppelten Expertenschaft“: Die „Professionellen“ sind Experten aufgrund ihres professionellen Wissens, die „Klienten“ oder „Patienten“ sind Experten für ihre Lebenssituation, ihre Problemlage, ihre Krankheit (*Petzold* 1990i). Mit einer solchen Einstellung erreichen wir die respektvolle Einbeziehung von Betroffenen (*Petzold* 1998).

Gesundheit wird oft als etwas Machbares und Käufliches angesehen, durch Konsum von Medizintechnologie und Pharmakologie. Typischerweise wird Information in den Vordergrund gestellt. Das entspricht der „Informationsgesellschaft“, die wir sind.

Ist aber Gesundheit wirklich machbar und käuflich? Es könnte das Problem entstehen, oder wir bewegen uns bereits dorthin, dass eine Veränderung der ärztlichen Ethik erfolgt: Ein Zynismus könnte sich einstellen, nach der Art, wenn der Kunde das will und es sich leisten kann, soll er es auch bekommen! Der in der ärztlichen Verantwortung und ethischen Haltung begründete Vorbehalt, es sei ein „shared locus of control“ zwischen Arzt und Patient immer herzustellen, wird in einem „Gesundheitsleistungskonsum-Modell“ gründlich relativiert.

Die früher vorhandene „vertrauensvolle Hingabe“ der PatientInnen in der ärztliche Behandlung tritt zum Glück zurück, wobei die Erwartung einzelner Ärzte noch immer drastische Blüten treiben kann: Anlässlich einer Ärztagung im November 2007! vertrat ein Arzt coram publico den Standpunkt: „Die Compliance eines Patienten müsse so weit reichen, dass er vertrauensvoll lächelnd in den Armen des Arztes an dessen Kunstfehler stirbt.“ Eine einzige Entgegnung aus dem Publikum blieb ohne Resonanz. Es gehört offensichtlich zum beruflichen Selbstverständnis einzelner Ärzte, Asymmetrie erzeugen zu müssen, weil sie nur so glauben, erkennen, urteilen, entscheiden und handeln zu können, – um dann vom Patienten „Compliance“ einzufordern?

Dennoch ist Vertrauen wichtig, vorausgesetzt, dass es ein fundiertes Vertrauen ist, mit dem Wissen um die Sorgfalt des Arztes, der Ärztin (*Petzold, Gröbelbauer, Gschwend* 1998).

Der Patient kann sich heute reichlich informieren. Er tritt als wissender, medizinisch informierter Kunde dem Arzt entgegen. Aber ist er das auch? Es gibt einerseits exzellente, sehr gut verständliche Informationsliteratur in renommierten Verlagen, andererseits populärwissenschaftlich vereinfachte, mediengerecht in Form des „Infotainments“ präsentierte Wissenschaftsdetails. Was bewirken diese beim Betroffenen? Eröffnen sie tatsächlich Einblicke in komplizierte, medizinwissenschaftliche Zusammenhänge und Hintergründe oder verunsichern sie mehr?

Interessant wäre zu untersuchen, ob „die Ernüchterung in der Arzt-Patient-Beziehung“ durch das ökonomisch rationalisierte Kundenmodell vermehrt dazu führt, die Bedürfnisse nach Behandlung durch einen „sorgfältigen Arzt“ in einen anderen Bereich abwandern zu lassen, in dem charismatische Heiler unter Rückgriff auf irrationale Lebensführungs- und Heilslehren und den daraus abgeleiteten magischen Praktiken „wirken“! Es könnte sein, dass wir den bereits durchschritten geglaubten Weg vom Magischen, Mantischen, vom Dämonischen und archaisch Religiösen zu einer empirieorientierten Medizin in einer Rückwärtsbewegung - wie sie die Esoterik und Einheitslehren anbieten -, wieder antreten. Aber, Entwicklungen finden immer in Vorwärts- und Rückwärtsbewegungen statt.

Zurück zum Stichwort „Information“: Worüber hat der Arzt, die Ärztin, der Psychotherapeut, die Psychotherapeutin zu informieren? Welches Menschenbild hat er/sie? Wie versteht er/sie die Krankheit? Wie werden die Methoden und Techniken von ihnen gesehen? Was macht seines/ihres Erachtens die Heilung aus? Welche Annäherung, Passung (zwischen Arzt und Patient) kann ein „informed consent“ letztlich bringen?

Die neuen Diskurse verweisen auch auf Veränderungen in der ärztlichen Ausbildung an der Stelle, wo die Nähe zum Heilberuf „Psychotherapeut/Psychotherapeutin“ gegeben ist. Die psychosomatischen und psychotherapeutischen Aus- und Weiterbildungen von MedizinerInnen gründen auf modernen anthropologischen Konzepten, die eingebettet sind in konsistente und kohärente Strukturmodelle, die die Wissensstruktur als integrative Humantherapie auszeichnen.

Die Erkenntnis hat Platz gegriffen, dass ein Realitätsbegriff ohne subjektive Elemente zwar an methodischer Exaktheit gewinnt, aber Gefahr läuft, den Menschen aus dem Auge zu verlieren (Walch 1981). Demzufolge sollte es keinen versachlichten, naturwissenschaftlichen Krankheitsbegriff (mehr) geben (Lüth 1972, 104).

Wenn wir davon ausgehen, dass der Patient auch Träger der Kompetenz für sein Kranksein ist, erhebt sich die Frage, in welcher Weise eine „joined competence“ für den Patienten sinnvoll genutzt wird, und wie er oder sie z.B. vom Therapeuten eingeladen werden kann, den „ko-kreativen Prozess“, den eine Therapie auch darstellt, zu beschreiten.

Der Arzt bringt in diesen Prozess vieles ein, Kenntnisse über die Krankheiten,

technisches Können, Fertigkeiten der Behandlung und – so sollte es zumindest sein - jenes Maß an intersubjektiver Feinspürigkeit, die dem Patienten die Freiheit und dynamische Selbstregulation eröffnet, die die Selbstkonstituierung des Subjekts fördert.

Aber die Komplexität des Geschehens ist noch größer: „Die Bereitschaft zu helfen ist innerhalb eines hedonistischen Konzepts eine Funktion der zu erreichenden Vorteile oder besser, eine Funktion des persönlichen Nutzens“ (*Schuch, A.; Schuch H. W.* 1980, 50). Sie reicht tief bis in die Arzt-Patient-Beziehung hinein: Über den Einbezug des psychischen Nutzens lässt sich verdeutlichen, dass auch in der professionellen, heilenden Beziehung persönliche Bedürfnisse und Ziele des Helfens befriedigt werden. „Die unbewusste Motivlage des Entschlusses, warum jemand Arzt, Psychotherapeut, Supervisor oder Berater geworden ist, wird in jeder Begegnung mit einem Kranken, einem Klienten aktualisiert im Sinne der Befriedigung eines Bedürfnisses: Jeder Kranke wird so Teil der Identität des Arztes“ (*Hartmann* 1976, 103).

Es fehlen derzeit meines Wissens noch Untersuchungen, ob diese Dimension der heilenden Beziehung, die unbewusste Realisation des Patienten, wertvoll für die Konstitution der Identität des Arztes zu sein, nicht auch wiederum eine Aufwertung des Patienten bewirkt, die dessen innerer Bereitschaft „zu heilen“, zugute kommt.

In der Psychotherapieforschung hat sich die Qualität der therapeutischen Beziehung als ein Wirkfaktor bei der Heilung von PatientInnen herausgestellt. In der ärztlichen Tätigkeit kommen einerseits bestimmte medizinische Techniken und auch pharmakologische Produkte zur Anwendung, andererseits sollte der Faktor der persönlichen, professionellen Vertrauensbeziehung (jenseits aller ideologischen Überhöhung) nicht unterschätzt werden. Heilung hat immer auch etwas zu tun mit der Inszenierung des heilenden Settings, der Inszenierung der heilenden Beziehung und damit einhergehend mit der Kraft dieser Inszenierungen. Wenn diese Komponente vom Therapeuten/der Ärztin eingebracht wird, ist „über ihre Verwendung“ mit dem Patienten, der Klientin ein informed consent herzustellen, damit der „locus of control“ partizipativ verwaltet werden kann (*Müller, Petzold* 2002), denn die Forschung zeigt, dass die Erhöhung von Selbstwirksamkeit mit Gesundheit korreliert (*Flammer* 1990).

Wenn das klassisch-professionelle Ordinieren des Arztes als Inszenierung begriffen wird, hat zweifellos eine Um-Inszenierung stattgefunden: von demjenigen, der mit professionellem Habitus und geheimnisvollem Wissen Heilungsprozesse in Gang setzt, hin zum Gesundheitsmanager, Gesundheitstechniker, Gesundheitsverkäufer. Derart weit auseinander liegend sind auch die beiden gegenüberliegenden Pole „Gehorsam versus Mitbestimmung“.

Wenn gemäß dem Motto „Managing Differences – die Kunst, die Vielfalt zu nutzen“ bei den theoretischen und praxeologischen Grundlagen des zweiten bedeutenden

Gesundheitsberufes, des Psychotherapeuten/der Psychotherapeutin, Anleihe genommen wird, eröffnet sich ein Weg zur Diskussion des Arzt-Patient-Verhältnisses, der zu zwei theoretischen Modellvorstellungen führt:

1. der Vorstellung einer „unterstellten Intersubjektivität“ (*Petzold* 1978c),
2. der Gedankenfigur von „situativ“ und „relational“.

ad. 1: **Unterstellte Intersubjektivität** bedeutet, den Patienten als Subjekt zu sehen und die Andersheit des Anderen (*Levinas* 1998) ernst zu nehmen, ohne dabei die Kompliziertheit von Prozess und Struktur der therapeutischen Zusammenarbeit (unterschiedlicher Wissensstand und Wirkfaktoren) zu verkennen.

ad. 2: „**Situativ**“ bedeutet, die konsequente Kontextualisierung des Patienten, d.h. den Patienten in seiner konkreten Lebenslage zu sehen, jedoch nicht im Sinne einer „Wohnküchenpsychologie“, sprich, trivialen Interpretation, bzw. einer formallogischen Denkweise. Der Begriff „**relational**“ fokussiert auf die Beziehungsqualität der Ärztin–Patientin–Begegnung.

Unterstellte Intersubjektivität bedeutet, dass wir dem Anderen prinzipiell gleichen Subjektstatus zukommen lassen, auch wenn er aus verschiedenen Gründen Defizite in der Struktur hat und diesen Subjektstatus nicht voll realisieren kann. Nach *Merleau-Ponty* ist der Kranke ein Subjekt, das auf seinem jeweilig verfügbaren Strukturniveau Antworten auf Problemstellungen gibt, die ihm das Leben stellt.

Damit unterstellen wir von vornherein Intersubjektivität. Intersubjektivität ist das Geschehen zwischen Subjekten. Intersubjektive Hermeneutik bedeutet, sich in Ko-respondenz (*Petzold* 1978) über das klar zu werden, was in der Ko-respondenz der Subjekte geschieht. Die Diagnostik des Subjekts beginnt in der Intersubjektivität. In Ko-respondenz werden sich die Subjekte (Arzt und Patient) über den Prozess und die Struktur des Patienten klar.

Etwas Ähnliches hat auch *Michael Balint* unterschieden. Seiner Meinung nach „... soll der Arzt lernen, dem Patienten zuzuhören und vermeiden, die Mitteilungen des Patienten mit vorgefassten Meinungen über Ursachen und Natur der Krankheit zu überlagern und die Mitteilungen so lange zu überformen, bis sie zu seiner Meinung passen“ (*Balint* 1965, 133).

Balint schlägt vor:

1. Zuhören statt Anamneseerhebung (nach einem starren Raster).
2. Befunde erfassen und bewerten, anstatt sie unter Fragen zu verdecken.
3. Das dynamische Wechselspiel zwischen den Angeboten des Patienten und den Antworten des Arztes erkennen (das möglicherweise zu einer „Übereinkunft“ führt).
4. Befunde nach Konfliktbereichen und nach falschen oder fehlenden Lösungen darstellen (*Balint* 1965, 134).

Mit dem seit *Balint* weiterentwickelten „Arzt-PatientInnen Beziehungsmodell“, dem Ko-responzenzmodell als theoretischer und praktischer Handlungsanleitung, können wir dem Patienten zeitgemäß begegnen und diesen behandeln. Therapie kann geschehen, ohne dass dem Patienten in seinem Leiden (= Strukturminderung/Strukturmangel) und den darin begründeten - häufig in der Tradition der Kindheitsszenen stehenden und deshalb asymmetrischen - Hilferwartungen autoritär gegenübergetreten wird oder bedingungsloser Gehorsam eingefordert wird. Auch braucht die Behandlung seines Leidens nicht als „Konsumhandlung“ verharmlost werden.

ÄrztInnen und PsychotherapeutInnen können aus der guten Distanz“ achtungsvoll bezogen, jedoch exzentrisch klar und nüchtern diagnostizieren und therapieren. Das verlangt von den BehandlerInnen einiges ab:

Es braucht dazu die Fähigkeit, ohne die Kompliziertheit des Behandlungsprocedures zu verkennen, situations- und indikationsspezifisch mit dem Patienten in einer gemeinsamen Form von Kontakt, Begegnung, therapeutische Beziehung zu praktizieren. Wenn es gelingt, bedeutet „Informed consent“, „Adherence“ oder „Concordance“ den Patienten über die Befunde und die Vorgehensweise des Therapeuten von vornherein partnerschaftlich - unter Berücksichtigung seines Verständnishorizontes - in einer geeigneten Weise so zu informieren, dass dem Patienten durch Transparenz die Möglichkeiten der qualifizierten Zustimmung zum und Mitwirkung am therapeutischen Vorgehen eröffnet werden.

Eine professionelle Form der Qualitätssicherung dieser Arbeit mit Menschen, in der Rolle des/der Arztes/Ärztin oder des Psychotherapeuten, der Psychotherapeutin, ist die Supervision.

„Supervision ist eine Innovationsdisziplin par excellence, sie fördert neue Entwicklung, transportiert neue Erkenntnisse und verhindert Erstarrung. Sie muss als Disziplin, Praxeologie und Feld deshalb selbst in beständigen kreativen Reflexionen/Metareflexionen, Diskursen und Innovationsbewegungen sein. Sie ist eine moderne Methode psychosozialer Intervention, die in Form von Kontextanalysen, Assessments, supervisorischer Diagnostik einerseits und durch Beratung, Weiterbildung, Initiierung und Begleitung von Projekten und Maßnahmen der Strukturverbesserung andererseits zum Aufbau, zur Sicherung und Entwicklung, bzw. Optimierung der Qualität professionellen Handelns von Mitarbeitern, Teams, Staffs sowie zu Steigerung der Effizienz von Organisationen und Institutionen in vielfältigen beruflichen Feldern beitragen kann. Sie erfolgt im „informed consent“ mit den Klienten, um „client welfare“ und „client security“ auf der Grundlage von evidenzbasierter „best practice“ zu gewährleisten. Weil die „client dignity“ es verlangt, muss Supervision eine engagierte, eine „eingreifende Disziplin“ für „Menschenarbeiter“ und ihre KlientInnen sein“ (*Petzold, Ebert, Sieper 1999, 2001*).

Eine regelmäßige Supervision trägt zur Entwicklung und Weiterentwicklung von Exzentrizität, Mehrperspektivität, Hyperexzentrizität und guter Zentriertheit bei. Exzentrizität ist die Fähigkeit des Psychotherapeuten, des Arztes, zu sich selber in Distanz zu gehen, sich selbst und seine Lebenswelt - zu der im gegebenen Moment auch der Patient gehört - zu hintersteigen und wie von „außen zu betrachten“. Wenn es gleichzeitig gelingt, aus unterschiedlichen, fachlichen Ebenen mit Sicht auf den individuellen Patienten und gleichzeitig seiner Gruppe, der dieser zugehört, der Ethnie, Kultur usw. aus verschiedenen historischen Blickwinkeln das Geschehen zu erfassen, entsteht Mehrperspektivität.

Ein Durchqueren von vielfältigen Wirklichkeiten über die Prozesse des Wahrnehmens, Erfassens, Verstehens und des „sich selbst und dem Patienten Erklärens“, entspricht einer großen Annäherung an die Vielgestaltigkeit des bio-psycho-sozialen Wesens Mensch (Egger 2008).

Eine weitere Reflexion, die die Bedingungen des bereits erfolgten Reflektierens mit einbezieht, wie es im Rahmen einer Supervision geschieht, erreicht die Ebene der Hyperexzentrizität, die noch mehr vom Leibsobjekt in seinen Weltverhältnissen (Petzold 2009b) erkennen lässt: Denn Wirklichkeit (Gesundheit und Krankheit) ist vielschichtig und als menschliche Realität in sich mehrdeutig. Sie erfordert viele Sichtweisen, sie fordert die Überschreitung herkömmlicher Auslegungen und Analysen (Metahermeneutik) und damit die Durchdringung einer quer oder nach allen Richtungen verlaufenden (transversalen) Vernunft.

Transversalität steht für ein offenes, nicht lineares, fortschreitendes, vielschichtiges Denken, das Erkenntnis- und Wissensstände vernetzt und sich in „systematischen Suchbewegungen“ die Erkenntnishorizonte erweitert, um durch eine neue, andere Sicht sich in ein beständiges „komplexes Lernen“ zu begeben.

Genau darum geht es, wenn wir den anderen, den Patienten, verstehen wollen. Es ist und bleibt ein unverzichtbares Bedürfnis der Individuen, sich vom anderen im tiefen Inneren gemeint und verstanden zu fühlen, aber auch sich selbst zu verstehen. Es genügt nicht, äußerliche Handlungen vorzunehmen oder mit aufgesetztem Expertenwissen und –verhalten zu beeindrucken oder mit magischen Gesten und Phrasen zu manipulieren.

Der Wirkfaktor „Verstehen“ kann daher nicht ohneweiters formal operationalisiert und entlang eines Manuals appliziert werden, sondern ist in der Regel Ergebnis reflektierter „Weltverhältnisse“ durch gründliche und professionell begleitete Selbsterfahrung und in der Folge therapeutischer Intuition und Kunst. Eine vortreffliche Definition für Selbsterfahrung schenkt uns der Arzt und Dichter *Friedrich Schiller* mit den Worten:

„Willst du dich selber erkennen, so sieh, wie die andern es treiben.
Willst Du die andern verstehn, blick` in Dein eigenes Herz“ (*Schiller* s.a.).

Die Entwicklung der medizin-/therapieethischen Diskussion bewegt sich schon lange in Abkehrung vom Begriff „Compliance“ als Befolgung medizinischer Anweisung hin zu einem „Informed Consent“, bzw. „respektvollem „Informed Decision Making“. Ziel ist, dem betroffenen Menschen das für ihn bezogene heile Maß an Information zu geben und mit ihm zu teilen, das eben dieser konkrete Patient zum Mitentscheiden in seinem Behandlungsprozess braucht. Ermutigende Beispiele zu „informed medical decision making“ sind abrufbar unter <http://www.fimdm.org/>. In fortschrittlichen Kliniken, im modernen Gesundheitssystem erfolgen die Kostenentscheidungen heute selbstverständlich unter Mitwirkung der PatientInnen.

Voraussetzung dafür ist, dass in der konkreten Arbeit „am Lebendigen“ die „Intersubjektive Ko-respondenz“ gelebt und in den verschiedentlichen Ebenen reflektiert wird - auf dass wir ausreichend gute Ärzte, Therapeuten, Supervisoren und Berater sind bzw. werden.

Die Bildung einer kooperativen Partnerschaft ist anzustreben, die auf Unterstützung (supporting), Vergrößerung, Bereicherung und Bekräftigung (enlargement, enrichment, empowerment) der „persönlichen Souveränität“ des Patienten ausgerichtet ist und letztlich auf Heilung (curing) abzielt. Dabei gilt es, die „vier Basisanforderungen“ bei psychosozialen und medizinischen Interventionen im Blick zu behalten: Wissenschaftlichkeit, Wirtschaftlichkeit, Wirksamkeit und Unbedenklichkeit.

Nachweise bezüglich der „Unbedenklichkeit“, was Risiken, Nebenwirkungen, Schäden und rechtliche Problematiken angeht (vgl. *Märtens, Petzold 2002*), müssen in einer Zeit, wo „evidenzbasierte Interventionen“ in Medizin und Psychotherapie Standard werden, oder schon sind, mit Nachdruck eingefordert werden.

Zusammenfassung: „Von der Compliance zur Adherence, vom Informed Consent zu respektvollem Informed Decision Making“

Die Forschung zeigt, dass die Erhöhung der Mitbestimmung durch den Patienten/ die Patientin in der Therapie (Selbstwirksamkeit) mit Gesundheit korreliert. Daher ist die Diskussion um die Abkehr von „Compliance“ hin zur „Adherence“ oder „Concordance“ nachvollziehbar. Compliance als veraltete Sicht der Einwilligung, Befolgung, Einhaltung einer Vorschrift bis hin zu Willfährigkeit oder sogar Unterwürfigkeit missachtet die heute selbstverständliche Erwartung, dass ein „informed consent“ hergestellt wird, damit der „locus of control“ partizipativ verwaltet werden kann. Vertrauen zum Arzt, zum Therapeuten bleibt dennoch wichtig, vorausgesetzt, dass es ein fundiertes Vertrauen ist, mit dem Wissen um die Sorgfalt der Ärztin, der Therapeutin.

Ziel ist ein respektvoller Umgang mit dem Patienten, wo von vornherein über die Befunde und Vorgehensweise des Therapeuten in einer geeigneten Weise

partnerschaftlich informiert wird. Damit wird unter Berücksichtigung des Verständnishorizontes des Patienten durch Transparenz die Möglichkeit der qualifizierten Zustimmung zum und Mitwirkung am therapeutischen Vorgehen eröffnet.

Schlüsselwörter: Compliance, Adherence, Informed Consent, Informed Decision Making, Doppelte Expertenschaft

Summary: „From Compliance to Adherence, from Informed Consent to respectful Informed Decision Making“

The present study shows the correlation between the increasing co-determination of the patients in psychotherapy (self-efficacy) and its health. This result means that turning away from “compliance” towards “adherence” or “concordance” is comprehensible. “Compliance” could be seen as an agreement, a strict rule, which we have to follow or it could be also a kind of obsequiousness. “Compliance” ignores the self-evident expectation of the patients to focus the “informed consent”, which includes the “locus of control”. The confidence between the doctor, the psychotherapist and the patient is in fact quite important, as long as it is well based.

The main targets for this issue should be a respectful handling and dealing with the patient and a concrete communication and information about the proceeding and the diagnosis. If this happens, it will be possible for the specialists to involve the patients. Therefore the client has the opportunity to participate in the therapy, because the facts and handlings are transparent for him.

Keywords: Compliance, Adherence, Informed Consent, Informed Decision Making, Double expert system

Literatur

- Balint, Michael (1965): Die therapeutische Funktion des Arztes. In: *Nedelmann, Carl, Ferstl, Heinz* (Hg.) (1989): Die Methode der Balint-Gruppe. Stuttgart: Klett-Cotta, 133-143.
- Beahrs, John O.; Gutheil, Thomas, G. (2001): Informed Consent in Psychotherapy. *The American Journal of Psychiatry* 158, p. 4-10.
- Bogaert, Louis-Jacques van (2006): Rights of and duties to non-consenting patients - Informed refusal in the developing world. *Developing World Bioethics*, 1, 13-22.
- Deppe, Hans-Ulrich (1978): Medizinische Soziologie. Frankfurt: Fischer.
- Dörner, Klaus (2001): Der gute Arzt. Lehrbuch der ärztlichen Grundhaltung. Stuttgart/New York: Schattauer.
- Egger, Josef W. (2008): Grundlagen der „Psychosomatik“ - Zur Anwendung des biopsychosozialen Krankheitsmodells in der Praxis. *Psychologische Medizin*, 2/2008, 19(2): 12-22.
- Eich, Holger; Reiter, Ludwig; Reiter-Theil, Stella (1997): Informierte Zustimmung in der Psychotherapie. Einmalige Handlung oder kontinuierlicher Prozeß? In: *Psychotherapeut*, Vol. 42, 6/1997, 369-375.
- Finkelhor, David; Dziuba-Leatherman, Jennifer (1995): Präventionsprogramme in den USA. Evaluationsstudie zu den Erfahrungen und Reaktionen von Kindern. In: *Marquardt-Mau, Brunhilde* (Hg.): Schulische Prävention gegen sexuelle Kindesmißhandlung. Grundlagen, Rahmenbedingungen, Bausteine und Modelle. München: Juventa.

- Finkelhor, David (1997): Zur internationalen Epidemiologie von sexuellem Missbrauch an Kindern. In: Amann, Gabriele; Wipplinger, Rudolf (Hg.): Sexueller Missbrauch – Überblick zu Forschung, Beratung und Therapie. Tübingen: dgvtv-Verlag.
- Flammer, August (1990): Erfahrung der eigenen Wirksamkeit. Einführung in die Psychologie der Kontrollmeinung. Bern: Huber.
- Freidson, Eliot (1975): Dominanz der Experten. Zur sozialen Struktur medizinischer Versorgung. München/Berlin/Wien: Urban & Schwarzenbeck.
- Foucault, Michel (1978): Dispositive der Macht. Berlin: Merve.
- Goodman, James M. (2007): Protect yourself! Make a plan to obtain “informed refusal”. *OBG Management* 19, 45-50.
- Haessig, Hans (2007): Transversale MACHT in der Supervision – integrative und differenzielle Perspektiven. Diplomarbeit, Studiengang Supervision FU Amsterdam. In: www.FPI-Publikationen.de/materialien.htm SUPERVISION: Theorie – Praxis – Forschung. Eine interdisziplinäre Internet-Zeitschrift: Jg. 2008.
- Hartmann, Fritz (1976): Zur Dynamik des Arzt-Patient-Verhältnisses. In: Jahrbuch für kritische Medizin. Bd. 1, Berlin: Argument-Verlag, 101-106.
- Hutterer-Krisch Renate et al. (2007): grundriss der psychotherapieethik. praxisrelevanz, behandlungsfehler und wirksamkeit. Wien/New York: Springer.
- Jüster, Markus (2007): Integrative Soziotherapie. In: Sieper, Johanna; Orth, Ilse; Schuch, Hans Waldemar (2007) (Hg.): Neue Wege Integrativer Therapie. Klinische Wissenschaft, Humantherapie, Kulturarbeit – Polyloge – 40 Jahre Integrative Therapie, 25 Jahre EAG - Festschrift für Hilarion G. Petzold. Bielefeld: Edition Sirius, Aisthesis Verlag.
- Kierein, Michael et al. (1991): Bundesgesetz vom 7. Juni 1990 über die Ausübung der Psychotherapie (Psychotherapiegesetz), BGBl. Nr. 361/1990.
- Kluge, Friedrich (1989) Etymologisches Wörterbuch der deutschen Sprache. Berlin: de Gruyter.
- Langenscheidt (Editor) (2006): Compact German Dictionary: German-English English-German Langenscheidt Compact Dictionaries German Edition Paperback.
- Lembeck, Ulrich; Taschke, Jürgen (2009): Handbuch Compliance im Gesundheitswesen. Aus der Reihe: C. H. Beck Medizinrecht. München: Beck, C H.
- Lévinas, Emmanuel (1998): Die Spur des Anderen. Untersuchungen zur Phänomenologie und Sozialphilosophie. Freiburg i.Br./ München: Karl Alber.
- Lüth, Paul (1972): Kritische Medizin. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt.
- Luhmann, Niklas (1973): Formen des Helfens im Wandel gesellschaftlicher Bedingungen. In: Otto, Hans-Uwe; Schneider, Siegfried (Hg.): Gesellschaftliche Perspektiven der Sozialarbeit. Bd. 1. Neuwied: Luchterhand, 21-43.
- Märtens, Michael; Petzold, Hilarion G. (2002): Therapieschäden: Risiken und Nebenwirkungen. Mainz: Matthias Grünewald Verlag.
- Meinhof, Ulrike M. (1981): Die Würde des Menschen ist antastbar. Berlin: Wagenbach.
- Müller, Lotti; Petzold, Hilarion G. (2002a): Problematische und riskante Therapie (nicht nur) in der Arbeit mit älteren und alten Menschen in “Prekären Lebenslagen” - “Client dignity?” In: Märtens, Michael; Petzold Hilarion, G. (2002), 293-332.
- Mohr, Arno (2001): Sozialwissenschaftliches Wörterbuch. Oldenbourg: Wissenschaftsverlag.
- Petzold, Hilarion G. (1978): Das Ko-responzenzmodell in der Integrativen Agogik. *Integrative Therapie*, 1/78, 21-58.
- Petzold, Hilarion G. (1996k): Der „Andere“ - das Fremde und das Selbst. Tentative, grundsätzliche und persönliche Überlegungen für die Psychotherapie anlässlich des Todes von Emmanuel Lévinas (1906-1995). *Integrative Therapie* 2-3, 319-349; auch in: Petzold, Orth (1999a), 337-360.
- Petzold, Hilarion G. (1998): Integrative Supervision, Meta-Consulting & Organisationsentwicklung. Methoden und Modelle reflexiver Praxis. Paderborn: Junfermann.
- Petzold, Hilarion G., Gröbelbauer, G., Gschwend, I. (1998): Patienten als „Partner“ oder als „Widersacher“

- und „Fälle“. Über die Beziehung zwischen Patienten und Psychotherapeuten - kritische Gedanken und Anmerkungen. *Gestalt (Schweiz)* 32, 15-41; und in: *Petzold, Orth* (1999a), 363-392; sowie in: *Psychologische Medizin* (Österr.) 1/1999, 32-39 u. 2/1999, 30-35.
- Petzold, Hilarion G.* (2009b): Leiblichkeit als „informierter Leib“. In: *Körper-Seele-Geist-Welt-Verhältnisse, - die (derzeitige) Sicht der Integrativen Therapie zum „psychophysischen Problem“ bei www.FPI-publikationen.de/materialien/htm - POLYLOGE: Materialien aus der Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit – Jg. 2, 2009.*
- Petzold, Hilarion G.* (2009d): „Macht“, „Supervisorenmacht“ und „potentialorientiertes Engagement“. Überlegungen zu vermiedenen Themen im Feld der Supervision und Therapie verbunden mit einem Plädoyer für eine Kultur „transversaler und säkular-melioristischer Verantwortung“. Bei www.FPI-publikationen.de/materialien.htm - *POLYLOGE: Materialien aus der Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit - Jg. 2009.*
- Petzold, Hilarion G.; Ebert, Wolfgang; Sieper, Johanna* (1999): Kritische Diskurse und supervisorische Kultur. Supervision: Konzeptionen, Begriffe, Qualität. Probleme in der supervisorischen „Feldentwicklung“ - transdisziplinäre, parrhesiastische und integrative Perspektiven. Düsseldorf/Hückeswagen: FPI/EAG. Überarbeitete Fassung 2001.
- Petzold, Hilarion G.; Sieper, Johanna* (2008): Integrative Soziotherapie - zwischen Sozialarbeit, Agogik und Psychotherapie. Zur Konnektivierung von Modellen der Hilfeleistung und Entwicklungsförderung für optimale Prozessbegleitung. Bei www.FPI-publikationen.de/materialien.htm - *POLYLOGE: Materialien aus der Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit - 25/2008.*
- Ridley, Donald T.* (2001): Informed consent, informed refusal, informed choice--what is it that makes a patient's medical treatment decisions informed. *Medical Law* 2, 205-14.
- Schiller Friedrich* (s.a.): Der Schlüssel. Votivtafeln. In: *Lautenbach Ernst* (2003): Lexikon Schiller Zitate: Aus Leben und Werk. München: Ludicium, 173.
- Sennett Richard* (2004): Respekt im Zeitalter der Ungleichheit. Berlin: Berliner Verlag.
- Schuch, Angela; Schuch, Hans Waldemar* (1980): Einige psychologische und soziologische Aspekte professionell institutionalisierter Hilfe. *GRUPPENDYNAMIK* 11, 42-53.
- Trenckmann, Ulrich; Bandelow Borwin* (1999): Empfehlungen zur Patienteninformation. Psychiatrie und Psychotherapie. Darmstadt: Steinkopff.
- Walch, Sylvester* (1981): Subjekt, Realität und Realitätsbewältigung. Fachserie Psychologie: München: Minerva.
- Waldenfels, Bernhard* (1983): Phänomenologie in Frankreich. Frankfurt: Suhrkamp.

Korrespondenzadresse:

Prof. Dr. Anton Leitner
 Dr.-Karl-Dorrek-Straße 30
 3500 Krems
 Österreich

E-Mail-Adresse:

anton.leitner@donau-uni.ac.at

Web-Adresse:

<http://www.donau-uni.ac.at/psymed>