

Dr. Barbara FUCHS (D)
20/08/2015

Temporäre mutantur...und des Menschen Probleme

auch 65 Jahre Balint-Gruppen

„ Medizin der Person

betont das Bewusstwerden der Person in ihrer körperlichen, geistigen und seelischen Ganzheit sowie in ihrem gesellschaftlichen und sozialen Umfeld „

lesen wir, wenn wir die Suchmaschine im Internet befragen

Der Einladungstext zu dieser Tagung nimmt dies so auf:

„Auch die Therapie verlangt Kreativität. Das Auftreten einer Krankheit, einer Verletzung oder eines Konfliktes erfordert eine neue Lösung, damit der Mensch seinen Weg weiter gehen kann. Oft aber reichen Guidelines und die Erfahrungen der evidence based medicine nicht. Wir müssen aus dem Schema ausbrechen. Arzt und Patient suchen zusammen den Weg, den niemand zuvor gegangen ist. Wissenschaftliche Analyse, Kenntnisse und Erfahrung des Arztes und anderer Therapeuten verbinden sich mit der Situation, den Erfahrungen, Erwartungen und Hoffnungen des Patienten zu einem Therapieplan für die ganze Person des Patienten.“

Aufgegeben als Referentin ist es mir einen Beitrag zu diesem Themenfeld aufzuzeigen in dem wir uns mit der Balintgruppenarbeit befassen.

Als Vortagsthema verständigt haben wir uns auf

Die Zeiten ändern sich und wir uns mit ihnen

„Gesundheit heißt nicht normal sein, sondern es heißt, sich in der Zeit verändern, wachsen, reifen und sterben können.“

Sagt Viktor von Weizäcker, 1933 hierzu

So möchte ich in meinem Vortrag der Frage nachgehen,

1. was denn Charakteristika unserer Zeit sind und nach ihren Implikationen auf Gesellschaft und Patienten, auf das Gesundheitswesen und auf die Ärzte fragen
2. möchte ich mit Ihnen darüber nachdenken, was gemeint sein könnte, wenn wir von Kreativität sprechen
3. wird es darum gehen Arbeitsweise und Ansinnen der Balintarbeit zu skizzieren
4. zu ein paar Überlegungen und Schlussfolgerungen aus dem zuvor gesagten zu kommen.

1. Die Charakteristika unserer Zeit

Lassen wir zunächst Patienten aus meiner Praxis selbst zu Wort kommen. Im Anschluss an diese Berichte wird es mein Ansinnen sein, das exemplarisch Gehörte in einen Gesamtzusammenhang einzuordnen und tiefer zu verstehen.

a) Ein Ende fünfzigjähriger Mann mit mittlerer kaufmännischer Ausbildung

Seit er zwanzig sei, sei er in dem amerikanischen Unternehmen beschäftigt und habe sich hochgearbeitet. Im Laufe der Jahre habe er etliche verschiedene Tätigkeiten im Unternehmen gemacht. Über Jahre habe er zuletzt als interner Seminarleiter in der Personalentwicklung gearbeitet. Die Arbeit habe ihm große Freude und Befriedigung gebracht, sie sei jedoch auch mit viel Reisetätigkeit und nächtlicher Abwesenheit von zu Hause verbunden gewesen. 2010 sei es zu einem Führungswechsel im Unternehmen gekommen. Der Druck, was alles zu leisten sei, habe massiv zugenommen. In der Folge seien alle bisher deutschsprachigen Schulungsunterlagen durch englischsprachige ersetzt worden. Diese seien "mit heißer Nadel gestrickt" gewesen, auch Kulturunterschiede seien völlig ignoriert worden. Der Druck diese Unterlagen nun verwenden zu müssen habe bei ihm zu heftigen psychophysischen Reaktionen geführt. So habe er einmal nachts einen schweren Anfall von Erstickungsangst erlitten. Er habe Schwierigkeiten gehabt, sich noch konzentrieren zu können, ausgeprägte Schlafstörungen entwickelt. Er habe es geschafft, sich wieder zu stabilisieren und weiter gearbeitet. Schließlich habe er sich wieder gefangen gehabt. Dann sei "ein neues Disaster aufgetaucht". Letztendlich habe er dann dem Vorschlag zugestimmt, er solle eine frühere Tätigkeit wieder übernehmen. Er habe dem zugestimmt, da diese Tätigkeit bedeute keine Auswärtsübernachtungen mehr zu haben, abends nach der Arbeit nach Hause fahren zu können. 2014 sei er wegen einer akuten Bandscheibensymptomatik im Krankenhaus gewesen. Bereits einige Jahre früher habe er einmal eine Bandscheibensymptomatik im Bereich der HWS gehabt. Auch diese sei konservativ behandelt worden. Damals hätten Lähmungserscheinungen im Arm bestanden. Mittlerweile erweise sich die neue Tätigkeit als "Supergau". Sein neuer Vorgesetzter sei "karrieregeil", und erwarte die Erbringung völlig utopischer Umsatzzahlen. Schließlich habe er zunehmend heftige nächtliche Angst- und Panikattacken entwickelt. Er habe ständiges Herzrasen, Atemaussetzer, heftige Durchfälle und beginne bereits bei banalen Kleinigkeiten ohne dass er dies verhindern könne zu weinen. Er habe sich überhaupt nicht mehr erholen oder zur Ruhe kommen können. Nachdem seine Angst- und Unruhe einschließlich der ganzen körperlichen Symptomatik immer schlimmer geworden sei, sei er auf Drängen seiner Frau endlich zum Arzt gegangen. Nun sei er seit über einem Jahr schon krank geschrieben.

b) Ein Akademiker

Er sei "ein typischer Manager, emotionale Themen habe ich immer gut in mir verschlossen." Er habe es in seiner Sozialisation nun einmal nicht gelernt, sich und andere emotional wahrzunehmen, entsprechenden Bedürfnissen Raum einzuräumen, sich selbst in diesem Zusammenhang wahrzunehmen. Entwickelt habe er im Rückblick gesehen die Fähigkeit sehr viel und ständig zu arbeiten. "Und ich dachte immer, sowas wie Angstzustände kriegen nur Frauen." Was er seit seinem Studium kenne, sei die Neigung zu diffusen Durchfällen.

Nach seinem Studium habe er im Laufe der Jahre bei etlichen großen Firmen gearbeitet. Hierbei habe sich sein Arbeitsfeld an der Schnittstelle zwischen den Bereichen der EDV und Finanzen herausgebildet. Von einem Headhunter habe er sich 1990 in die EDV Industrie werben lassen, da er dort mehr verdient habe. Im Laufe der Jahre habe er etliche hohe Führungspositionen innegehabt. "Du gehst dann einfach im Job auf."

Mehrfach habe er im Laufe der Jahre erleben müssen, daß florierende große Firmen umstrukturiert, verkauft, Teile der Arbeit ins Ausland verlagert worden seien. Immer wieder sei es ihm nahtlos gelungen wieder beruflich gut Fuß zu fassen. In seiner letzten Firma sei er Financedirektor gewesen. Vor fünf Jahren habe die Firma massiv umstrukturiert und viele Leute, unter anderem auch ihn entlassen. Natürlich werde es mit zunehmendem Alter dann jedes mal schwerer noch einmal eine neue Anstellung zu finden.

Partnerschaftliche Bindungen seien unter den vielfältigen Belastungen für ihn mehrfach wieder zerbrochen.

Vor drei Jahren sei es ihm im Rahmen der ganzen erlebten heftigen Umbrüche mit all den damit verbundenen psychosozialen Anforderungen bereits einmal psychisch so sehr schlecht gegangen, daß er eine ganze Zeit nicht mehr arbeitsfähig gewesen sei. Er habe sich damals für sechs Wochen stationär in einer psychosomatischen Klinik befunden. Dann sei er so wiederhergestellt gewesen, daß er wieder arbeiten könne.

Ein paar Monate darauf habe er so große Nieren- und Blasensteine entwickelt, daß er stationär behandlungsbedürftig geworden sei. Das Ganze sei sehr belastend für ihn gewesen und habe dazu geführt, daß er insgesamt etliche Wochen arbeitsunfähig krank gewesen sei. Dann habe er zunächst wieder arbeiten können.

Wenige Wochen darauf habe er während einer Autofahrt plötzlich auf einem Auge erst einen diffusen Schleier und dann gar nichts mehr gesehen. Insgesamt habe er dies mal auf dem einen, dann auf dem anderen Auge mehrfach erlebt. Schon länger bekannt bei ihm sei ein hoher Blutdruck, der auch medikamentös behandelt werde. Außerdem rauche er, habe bisher auch trotz aller Anstrengungen nicht geschafft, sich das abzugewöhnen. Aus dieser Konstellation heraus habe man zunächst ein vaskuläres Ereignis angenommen. In der umfangreichen Organdiagnostik sei jedoch kein erklärender Befund erhoben worden. Lange habe er nicht verstanden, was mit ihm los sei. "Schließlich gibt es im Leben ja immer mal wieder Stresssituationen, die man zu bewältigen hat."

Mit ein paar Schlagworten seien kursorisch einige Charakteristika unserer Zeit benannt, die uns alle mehr oder weniger beeinflussen:

- Wir erleben einen ständigen Mangel an Zeit, alles soll immer schneller gehen, für allmähliche Entwicklungen bleibt selten Raum, erwartet werden schnelle Effekte, diese sind dann jedoch oft wenig nachhaltig, gehen teilweise am tatsächlichen Problem und dessen wirklichen Lösungsanforderungen vorbei.
- Im Zusammenhang damit wird uns hohes Tempo abgefordert mit vielen schnellen Wechseln und Veränderungen: In der Konsequenz bedeutet dies zum Beispiel, dass Menschen nicht mehr ein Leben lang einen Arbeitgeber und damit soziale Heimat haben, sie häufige Umorganisationen in Firmen erleben mit ständig neuen Kollegen, Vorgesetzten und anderen Strukturen. Damit einher geht wachsende Unsicherheit und Anonymität in sozialen Bezügen. Der Kollege kennt mich kaum noch und er hat auch oft weder Zeit noch Kraft sich weiter zu interessieren. Wir erleben vielfach hohe räumliche Mobilität von Menschen mit steigender Instabilität von Partnerschaften und Freundschaften. In der Konsequenz ist jeder Einzelne viel mehr auf sich selbst gestellt. Dies führt spätestens in Belastungssituation, die das Leben unweigerlich mit sich bringt, potenziell zu Überforderung und Dekompensation. Individualisierung, zerrissene zwischenmenschliche Kontinuitäten bedeuten wachsende soziale Isolation, Abnahme von Vertrauen in zwischenmenschliche Bezüge und soziale Strukturen.
- Wir erleben an vielen Stellen ubiquitären Lärm, fehlende Stille und Besinnung. Damit häufig einhergehend ist die schnelle reißerische Nachricht, die binnen kürzester Zeit wieder bedeutungslos ist.
- Bestimmt wird unsere Welt weiter durch das Primat der monetären kurzfristigen betriebswirtschaftlichen Ökonomisierung. Häufig werden Entscheidungen getroffen ohne Rücksicht auf langfristige Folgen im eigenen Bereich und ohne rationale Abwägung auf die unmittelbaren Auswirkungen auf andere Bereiche im näheren oder weiteren Umfeld wo dann oft letztendlich in Folge deutlich höhere Kosten entstehen.
- Schließlich finden wird eine hohe Pluralität an Weltanschauungen, soziologisch divergenten Milieus und Subgruppen, an religiösen und pseudoreligiösen Surrogaten
- Leid und Schmerz soll möglichst nicht sein, bzw. schnell beseitigt werden

- Abnehmende Bindung und Loyalitäten müssen durch wachsende Kontrolle mit wachsenden Kosten kompensiert werden

Was passiert dadurch mit den einzelnen Menschen ?

- Wir sehen eine Abnahme von Frustrations-/Spannungstoleranz, der Fähigkeit Affekte wahrzunehmen, zu differenzieren und zu steuern
- Es fällt den Menschen schwerer sich an andere zu binden, Vertrauen zu entwickeln und Beziehung auch bei Mühen, Schwierigkeiten und Enttäuschungen durchzuhalten.
- Implizites Handlungs- und Erfahrungswissen nimmt ab. Wo die Großmutter noch wusste, was bei Kopfschmerzen erst einmal hilfreich zu tun ist, wird heute eher ein Arzt aufgesucht. Die Ratgeberliteratur für Erziehung, Umgang mit Streit oder Liebeskummer boomt ebenso wie Seminare zum erfolgreich werden oder mit Tod und Trauer umzugehen. Und viele Menschen sind nicht mehr in der Lage selbst ein Essen aus frischen Zutaten zu kochen.

Was sehen wir im Bereich der Medizin ?

- Es kommt zu einer Zunahme der chronischen Erkrankungen, bei einem relativen Rückgang akuter Erkrankungen wie z.B. Infektionen. Wesentlich mit Lebensstil bedingte Erkrankungen wie Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Diabetes, Übergewicht mit seinen orthopädischen und anderen Folgen spielen eine immer größere Rolle.
- Außerdem erleben wir eine wachsende Bedeutung psychischer und somatoformer Erkrankungen für Arbeitsunfähigkeit und vorzeitige Berentung (in D ist diese seit 1994 mehr als verdoppelt, es scheiden wegen dieser Erkrankungen mehr Menschen vorzeitig aus dem Erwerbsleben aus als zusammengenommen durch Malignome, Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Erkrankungen der Bewegungsorgane)
- Wir erleben eine Medikalisierung von individuellen und gesellschaftlichen Problemen. Das bedeutet der Arzt, das Gesundheitssystem soll Probleme lösen, die gar nicht in erster Linie medizinische Probleme sind, sondern eher bedingt durch gesellschaftliche Strukturen, persönliche Einstellungen und Lebensstile, Belastungen und Konflikte am Arbeitsplatz und vieles andere. Dies bringt eine völlige Überlastung der Ressourcen des Systems und derer, die darin arbeiten mit zunehmender Dekompensation mit sich.
- Meistens hat der Patient nicht einen Arzt als Gegenüber sondern viele, fraktionierte, kurze und häufig wechselnde Kontakte im Medizinsystem. Die Verweildauern im Krankenhaus sind extrem kurz geworden und die Behandlung geschieht unter ständigem ökonomischem Optimierungsdruck. Viele Fachärzte haben jeweils spezialisierte „Zielaufträge“ auszuführen. Damit geraten sowohl unmittelbar organmedizinische als auch psychosoziale Zusammenhänge, Verläufe von Symptomatiken und Krankheiten häufig aus dem Blick. In der Konsequenz wird die medizinische Behandlung für Patient und Arzt unbefriedigend, außerdem nicht selten ineffektiv und potentiell teuer. Letztendlich kommt es im Medizinsystem zu dem, was in Deutschland als „Nebeneinander von Unter-/Über- und Fehlversorgung“ kritisiert wird.

Dabei ist das Konzept der **evidence based medicine** weiter reichend als das, was im öffentlichen Diskurs davon erscheint und vordergründig handlungsleitend wird.

Der Begriff **evidence based medicine** stammt von David Sackett und meint ursprünglich

Die Rationalität klinischer Entscheidungen soll sich orientieren an:

- Fallübergreifend wissenschaftlich gesicherte Evidenz der Wirksamkeit einer Behandlungsform
- Individuelle klinische Expertise des Behandlers
- Erfahrungen und Werte des Behandelten sollen berücksichtigt werden (partizipative Entscheidungsfindung)

Partizipative Entscheidungsfindung (shared decision making) wird jedoch meist verkürzt nur als reines Informationsproblem behandelt. „Damit der Patient „Partner“ sein kann, muss er jedoch in Beziehung kommen können. Was Untersuchungen in verschiedenen europäischen Ländern zeigen: in der Arzt-Patient Kommunikation bestehen systematische Schwierigkeiten über das zu behandelnde Problem (hidden agenda).

„Der Auftrag war zwischen Patient und Arzt selten geklärt. Ärzte machen aus der Not eine Tugend und handeln im Hinblick auf von ihnen vermutete Aufträge, unterlassen aber häufig ein Nachfragen, das der Verständnissicherung dienen könnte. Gerade bei Patienten mit chronischen Erkrankungen wirkt eine vorbestehende Diagnose mit Sinne des ‚et cetera‘ Prinzips oft vorstrukturierend.“ (Balint Journal 3/2011 S. 78)

Neben Arzt und Patient sind unsichtbare Dritte anwesend (zuweisender Kollege, Angehörige des Patienten, Arbeitgeber, Krankenkassen).

Zu fragen wäre: Wie definieren wir Qualität in der Medizin ?

Und wie definieren wir, was ein Erfolg ist ?

Da ist z.B. der schwer eingeschränkte multimorbide Patient mit einer Pneumonie in häuslicher Umgebung. Diesem geht es schlechter, die Angehörigen ertragen dies nicht und rufen den Notarzt, dieser weist den Patienten ins Krankenhaus ein. Dort erfolgt eine Maximaltherapie und die Pneumonie bildet sich wieder zurück. Auf noch niedrigerem Niveau als zuvor ist der Patient wieder stabilisiert. Dabei verbleibt er jedoch in so einer Verfassung, dass nun die Versorgung zu Hause gar nicht mehr geleistet werden kann. Also muss der alte, schwer kranke Mann in ein Pflegeheim.

Was mir dabei als Frage bleibt: ist es denn tatsächlich ein wünschenswerter Erfolg, wenn er nach der Antibiose noch einige Monate weiter im Heim dahin siecht, anstatt etwas früher zu Hause - idealerweise in der vertrauten Umgebung und mit vertrauten Menschen um sich herum an der Pneumonie zu sterben?

Weiter wäre zu fragen: Stellt sich „Erfolg“ quasi von selbst ein, wenn der Arzt sich an sog. Qualitätsvorgaben bzw. Leitlinien hält ?

Besserung oder gar Heilung einer Erkrankung kann zwar angestrebt, aber nicht garantiert werden und hängt in der Regel von vielen auch externen Faktoren ab.

Der Erfolg einer Behandlung ist meistens sehr wesentlich davon abhängig, ob es gelungen ist den Patienten zur Mitarbeit zu motivieren.

Qualität in der Medizin ist nicht nur Qualität des Machens sondern auch die Qualität des Miteinanders, Qualität der Zusammenarbeit der Ärzte untereinander mit anderen Berufsgruppen, Zusammenarbeit zwischen Arzt und Patient.

Giovianni Maio, ein Medizinethiker an der Universität Freiburg befasst sich viel mit Fragen der Qualität, des Erfolges und der Ökonomie in der Medizin:

„Qualität in der Medizin ist eine Qualität des Entscheidens, weniger eine Qualität des Machens. Dieses Entscheiden kann nicht restlos formalisiert werden, weil es immer um komplexe und singuläre Probleme geht, die man nicht durch bloße Anwendungen einer Regel löst , sondern nur, indem man formalisiertes Fachwissen mit nicht formalisierbarem Erfahrungswissen kombiniert und wenn man es schafft, statistische Evidenz mit der konkreten Situationslage des Patienten zusammen zu bringen.“ (G.Maio, DNP 2015,3)

Klinische Beispiele:

- Bei einer fünfunddreißigjährigen Frau mit chronischer Müdigkeit wird eine „Borreliose“ als Begründung für eine Krankschreibung über viele Monate diagnostiziert, ohne dass hierfür tatsächlich eine passende klinische Symptomatik und Laborparameter vorlägen. Die Krankschreibung verstärkt in der Patientin die Überzeugung chronisch körperlich krank zu sein. Der ausschließlich privatärztlich tätige Arzt definiert sich als Spezialist für Borreliosen und verdient damit sehr viel Geld. Ohne wirkliche Indikation kommt es immer wieder zur Verordnung von Antibiotika und im Laufe der Monate wachsender sozialer Desintegration der Patientin.

- Rückenschmerzen ziehen Bandscheibenoperationen nach sich, die nicht wirklich indiziert sind und keine Verbesserung der Symptomatik bringen. Die Patientin mit den Rückenschmerzen ist gegenüber dem Arzt anspruchsvoll fordernd, dieser fühlt sich unter Handlungsdruck ohne dies selbst so richtig zu realisieren.
- Eine Mitte sechzigjährige Patientin erhielt wegen Ängsten, depressiver Adynamie und „Ohnmachtsanfällen“ erfolglos jahrelang verschiedene Antidepressiva und Psychotherapie. Die Angehörigen drängen die ärztliche Psychotherapeutin die Patientin in Therapie zu nehmen weil es ihr doch so schlecht gehe. Die sich sehr bedrängt fühlende Ärztin erlebt sich ärgerlich und hilflos, schiebt die Patientin um sich zu entlasten in die Klinik ab. Die dort endlich nach Jahren erfolgte sorgfältige körperlich neurologische Untersuchung ergibt ein bereits erheblich verdrängend gewachsenes Meningeom
- Die dreißigjährige Migrantin mit deutschem Pass ist beruflich sehr gut integriert und leistungsfähig. Dann entwickelt sie eine Vielfalt körperlicher Beschwerden mit Schmerzen, Schwächegefühl, außerdem eine schließlich Angstsymptomatik. Umfangreiche somatische Untersuchungen ergeben keinen pathologischen Befund, die antibiotische Behandlung fraglicher Infekte hilft ebenso wenig wie die Psychotherapie. Über Diskrepanzen in den Adressangaben der Patientin hatte die Ärztin zwar gestutzt, dies aber für sich als irrelevant im vollen Alltag immer wieder ignoriert. Eine Bewegung mit Besserung der Symptomatik stellt sich ein, als endlich die Migrationsgeschichte detaillierter erfragt wird und dabei zu Tage kommt, dass die Patientin aktuell dabei ist ihre Scheinehe mit einem Deutschen aufzulösen, die ihr den Zuzug nach Deutschland überhaupt möglich gemacht hat. Außerdem muss sie hierfür noch sehr viel Geld aufbringen.

M. Balint: „Die Gesamtdiagnose sollte einen Überblick über die körperlichen und emotionalen Zustände des Patienten und über seine Beziehungen zu sich selbst und anderen Menschen einschließlich des Arztes geben.“

Wo wir diese Grundregel nicht beachten wird Medizin oft wirkungslos, immer wieder sehr teuer und nicht selten schädlich für den Patienten.

2. Ein paar eher assoziative Gedanken zum Begriff der Kreativität

Kreativität bedeutet: Aus dem Vorgefundenen, aus dem was da ist, etwas machen, dieses neu oder anders in Beziehung setzen oder gestalten, aus anderen Blickwinkeln betrachten.

Kreativität bedeutet Entwicklung möglich machen, nicht stecken bleiben, Aktivität statt Passivität und damit auch Hoffnung wecken. Kreativität ist jedoch auch mit erheblicher Mühe und auch mit Durststrecken verbunden. Maler wie Rembrandt oder Dürer haben für ihre großen Werke oft jahrelang Detailskizzen angefertigt, Vorentwürfe erarbeitet. Immer wieder als kreative Leistung begeistert hat mich wie afrikanische Jungen aus Getränkedosen, Draht und sonstigen Abfällen komplizierte Spielzeugautos bauen.

Kreativität, schöpferisch sein heißt also neue Wege gangbar machen, andere manchmal überraschende Zu- und Ausgänge, Lösungen finden. Kreativität benötigt jedoch auch „Raum“ – Angstfreiheit, einen Platz für Absichtslosigkeit anstelle schnellen kurzfristigen Effektivitäts- und Maximierungsdruckes. Kreativität und Spielen gehören in meinen Augen zusammen. Wo es uns gelingt spielen zu dürfen, entspannen wir uns, wir treten in eine produktive Distanz zu Zwängen, Gesetzmäßigkeiten und Begrenzungen. Kurz : es wird möglich kreativ zu werden.

So können wir im Kontext dieser Tagung ein wenig sichten und sorgfältig reflektieren, was wir in unserer Welt, im derzeitigen Medizinbetrieb in der Interaktion mit unseren Patienten vorfinden und wie wir damit vielleicht etwas besser für alle zu Recht kommen könnten.

3. Balintarbeit

Die Balintgruppe stellt potentiell einen ausreichend sicheren Raum bereit, der etwas mehr Kreativität in unserer Arbeit als Ärzte auch unter den vorgefundenen oben beschriebenen Bedingungen ermöglichen könnte. Und zwar weil die Gruppe ein Ort der Entschleunigung sein kann, der in der Interaktion mit Kollegen Möglichkeiten eröffnet, in dem sonst im ärztlichen Alltag

nicht Wahrgenommenes realisiert, allenfalls diffus Erahntes besser gespürt und Abgewehrtes näher untersucht und integriert werden könnte.

Einen großen Mangel, den wir in der Betrachtung der Gegenwart identifiziert haben, ist der ständige Mangel an Zeit, an Zusammenhänge herstellen können und an tieferer Bindung und Beziehung.

Oder um es mit Martin Buber zu sagen nach der Beziehung zwischen einem „Ich“ und einem „Du“ zu fragen.

Bei Michael Balint taucht in diesem Themenzusammenhang dann der Begriff der „Objektbeziehungstheorie“ auf.

Der Grundgedanke der Balintarbeit besteht darin, dass professionelles ärztliches Arbeiten notwendigerweise auch stets ein Beziehungshandeln ist. Und dass wir diese Beziehung zum Patienten, die Beziehung, die er zu sich selbst hat und unsere Beziehung zu uns selbst reflektieren sollten um möglichst gut und für alle Seiten befriedigender arbeiten zu können und dabei auch noch als Arzt im Kontext unserer Arbeit möglichst selbst seelisch und körperlich gesund zu bleiben.

Angemerkt sei in diesem Zusammenhang, dass „burn out“ ein brennendes Thema für Ärzte ist und große Untersuchungen immer wieder zeigen, dass bei Ärzten, vor allem aber bei Ärztinnen die Rate an Depressionen erheblicher höher ist als im Durchschnitt der Bevölkerung.

Zitat (Hess. Ärzteblatt 2/2013): Resiliente Ärzte kennen sich in ihren Zielen, Grenzen und biologischen Vulnerabilitäten. Ein bewusster Umgang mit den eigenen Ressourcen setzt voraus die eigenen Motive zu kennen. Was treibt mich? In welcher Situation bin ich leicht verführbar, eigene Grenzen zu überschreiten? Was erlaube ich mir nicht – obwohl es mir und meiner Arbeit mittel- und langfristig dienlich wäre?“

Nachgewiesen ist: Der Arzt in Interaktion, im kollegialen Gespräch bleibt selbst gesünder und arbeitsfähiger

Balintgruppen stellen eine seit Jahrzehnten erprobte Arbeitsmethode dar um besser und tiefer erfassen zu können, was in der Interaktion zwischen Arzt und Patient auf unterschiedlichen Ebenen vor sich geht. Gleichzeitig gelingt es damit oft deutlich besser den Patienten in seiner Gesamtheit in den Blick zu bekommen, bisher nicht wahrgenommenes zu realisieren.

Denken wir noch einmal zurück an die skizzierten Fallgeschichten. Vielleicht könnten wir dann dem Patienten manchmal mit weniger technischem und ökonomischen Aufwand sogar besser und effektiver nützen, ihn anregen, eigene Zusammenhänge bei sich wahrzunehmen, eine produktive Form finden mit eigenen Grenzen und Belastungen umzugehen.

Die Arbeit in der Balintgruppe stellt auch oft für den Arzt eine Möglichkeit dar mehr über sich selbst verstehen zu können. Z.B. warum reagiere ich bei diesem Patienten gerade so? Welche eigene Thematik, welche Erfahrung oder Erinnerung spricht der Patient bei mir an? Warum verstehe ich gerade diese Patientin so gut? Verwechsle, bzw. vermische ich damit möglicherweise ihre und meine Thematik, verliere notwendige professionelle Distanz? Was ärgert mich gerade bei diesem Patienten so, dass ich mich verwickle? Letztendlich stellt die Gruppe eine Möglichkeit dar zum vertieften reflektierenden professionellen Gespräch mit Kollegen, zur Erweiterung von Blickwinkeln, manchmal zu deren Relativierung und insgesamt zur Entlastung von Selbstansprüchen und überzogenen Ansprüchen von Patienten.

Die Balintgruppe ermöglicht das Gespräch über „schwierige Fälle“. Damit geht einher, dass ich die Begrenzungen meiner beruflichen Fähigkeiten akzeptieren, eigene Schwächen oder sogar mein Scheitern eingestehen kann. In der Gruppe dürfen peinliche, schmerzliche, ängstigende und tabuierte Themen in der Beziehung zwischen Helfer und Hilfesuchendem zur Sprache kommen. In der Gruppe geht es darum, ein Gespür für die psychische Dynamik einer Beziehung zu entwickeln. Neben dem inhaltlich konkreten Geschehen in einer Beziehung gibt es auch noch einen indirekten Austausch von Botschaften und Gefühlen, der unausgesprochen bleibt und ein Wechselspiel von Verhaltensweisen, deren Absichten nicht erkannt werden, aber wirksam bleiben.

Lernziel der Gruppe ist also : Aufarbeiten persönlicher alltäglicher beruflicher Erfahrung in der Interaktion mit Patienten. Eigene Wahrnehmungs- und Einfühlungsfähigkeit in das Erleben anderer soll ebenso geübt werden wie die Fähigkeit sich ausreichend abgrenzen zu können und üben in Dimensionen von Beziehung zu denken.

Wie arbeitet so eine Gruppe ?

Sieben bis ca. zwölf teilnehmende Ärzte treffen sich gemeinsam mit einem ausgebildeten Gruppenleiter. Themen der Gruppe sind von den Teilnehmern in der Beziehung zwischen Helfer und Hilfesuchendem gemachte Erfahrungen.

Ein Teilnehmer berichtet über eine Interaktionsepisode mit einem Patienten, das Erleben des Erzählers ist dabei das wesentliche. Zugrunde liegt die Annahme: diese bietet einen Zugang zum Verständnis des Interaktionsmusters (Bewältigungsstil), das der Pat. im Umgang mit sich selbst und mit seinen Interaktionspartnern in seinem Umfeld hat.

Dabei gilt für die Gruppe die unbedingte Regel der Vertraulichkeit, außerdem ist keiner Experte und weiss es besser, alle Einfälle und Assoziationen der Gruppenteilnehmer zum vorgestellten Fall sind erlaubt und gewünscht. Die Gruppenteilnehmer assoziieren ihrerseits was bei ihnen als Echo auf den Bericht des Kollegen an Phantasien, Gedanken und Überlegungen einstellt.

Es entsteht Raum für Phantasie, Ungeordnetes und Verstörendes, bisher tabuisiertes, nicht „dazu gehöriges“. Die Gruppe hält die auftauchenden Affekte aus, spiegelt sie und verdaut sie. Letztendlich stellt sich ein tieferes Verstehen des Patienten ein. Und für den Arzt entstehen oft neue Sichtweisen und produktivere Lösungsansätze einer Patientenproblematik.

Als junge Ärztin habe ich einmal den Satz gehört „nach der Balintgruppe ist der Patient anders“. Und im Arbeitsalltag habe ich öfter erfahren, dass da viel dran ist.

Die Aufgabe des Leiters ist dabei die Strukturierung des Gespräches, Hilfe zu bieten Inhalte heraus zu arbeiten und gleichzeitig der Schutz der Gruppe und des Einzelnen die Grenzen der Professionalität halten zu können und nicht mehr von sich preis zu geben als in der Situation tatsächlich zuträglich.

So ist die Balintgruppe eine am besten interdisziplinäre Arbeitsgruppe z.B. unter Ärzten als ein Instrument der Professionalisierung und Psychohygiene.

4. Fazit

„ Wer in Beziehungsfähigkeit investiert, investiert in seine seelische Widerstandsfähigkeit“, sagt die Resilienzforschung, das gilt für uns Ärzte ebenso wie für unsere Patienten.

Sicherlich können wir viele brennende strukturelle Fragen des Gesundheitswesens mit dem Angedachten nicht beantworten. Aber dies war hier auch nicht unsere Aufgabe.

Und wir werden die Welt wie sie aktuell ist mit unseren Einsichten und unserem verantwortlichen Handeln auch nicht grundsätzlich anders machen.

Allerdings könnten sich Ansätze ergeben einiges dazu weiter zu bedenken

Und es könnte gelingen einen kleinen produktiven Beitrag zu leisten für unsere Patienten, für die Menschen, die unser privates Umfeld ausmachen und für uns selbst, wenn wir immer wieder die Einsicht Martin Bubers und auch Michael Balints in den Blick nehmen:

- Alles wesentliche im Leben ist Beziehung –
- Und der Mensch erkennt und entwickelt sich am Du, am Gegenüber –

Dies bedeutet auch, dass uns als Menschen Grenzen aufgegeben sind: der Zeit, des Raumes, der ökonomischen Möglichkeiten, des Leibes, der Psyche, der Machbarkeit und des Erlaubten, die zu halten Leben überhaupt ermöglicht.