



# Schweizerische Balint- Gesellschaft

Präsident:  
Dr. med. Heinrich Egli  
Etzelbüntstrasse 28, 9011 St. Gallen  
Tel. privat: 071 223 40 55, Praxis: 071 220 71 41  
Fax: 071 223 44 01, e-Mail: hch.egli@balint.ch

www.balint.ch

St. Gallen, Mai 2004

## "Wieso sind Ärzte mit geschulter Introspektionsfähigkeit die besseren Ärzte?"

Dr. med. Heinrich Egli

Ich bin als Präsident der Schweizerischen Balint-Gesellschaft angefragt worden, Argumente zur Beantwortung dieser Frage beizusteuern. Es war mir nicht möglich, eine umfassende Literatursuche zu unternehmen, ich kann nicht Literatur anführen, die belegt, was ein guter und was ein besserer Arzt ist. Ich beschränke mich auf Literatur über Balintgruppenarbeit, auf Arbeiten, die aufzeigen, was für Änderungen sich bei Schulung der Introspektionsfähigkeit durch Balintarbeit ergeben. Bei dieser Literatursuche bestand eine Schwierigkeit darin, Balintgruppen zu definieren, da eine Reihe von wissenschaftlichen Arbeiten gerade bei nicht ganz typischen Balintgruppen durchgeführt worden sind. Ich führe unten zum Beispiel Balintgruppen im Rahmen des deutschen "Curriculums" zum Erwerb des Zusatztitels "Psychotherapie" auf (Rosin 1989). Ich nehme auch Stationssupervisionen in die Aufstellung auf, die im Titel der Veröffentlichungen nicht als Balintgruppen bezeichnet werden. Deren Leiter hat aber eine Ausbildung zum Balintgruppen-Leiter, die Gruppen wurden intern zuerst als Balintgruppen bezeichnet, und die Untersuchung der Inhalte der Gruppen erweisen sie als Balintgruppen (Werner 1998). Ebenfalls als Balintgruppe berücksichtigt wird eine Gruppe, die ausdrücklich als Balintgruppe bezeichnet wird, auch nachgewiesenermassen das typische Hauptthema der Arzt-Patient-Beziehung hat, aber von Videoaufnahmen von Arzt-Patient-Gesprächen ausgeht (Obliers 1996).

Ich gliedere meine Aufstellung in

1. Theoretische Überlegungen und eine Beschreibung,
2. Empirische Untersuchungen zu veränderter Selbstwahrnehmung durch Balintarbeit,
3. Empirische Untersuchungen zu objektiven Veränderungen durch Balintarbeit,
4. Überlegungen zur Frage: "Bringt eine vorgeschriebene Weiterbildung in Introspektionsfähigkeit etwas?",
5. Zusammenfassung
6. Literatur

### **1. Theoretische Überlegungen und eine Beschreibung**

Michael Balint, Sohn eines Allgemeinpraktikers, war einer der grossen Psychoanalytiker, der wichtige Beiträge zur Psychoanalyse geleistet hat, vor allem auch über die Beziehung Analytiker/Patient. Mit Allgemeinpraktikern in London hat er um 1950 die nach ihm benannte Gruppenarbeit entwickelt. In der Balintgruppen-Arbeit stand von Anfang an die Arzt-Patient-Beziehung im Zentrum und ein Ziel war die Ablösung des krankheitszentrierten Denkens in der Medizin durch ein patientenzentriertes und die Subjektivität des Arztes berücksichtigendes

Vorgehen. Balint fasste diese Gruppenarbeit als "Training cum research" auf und entsprechend führte diese Gruppenarbeit zu einer Reihe von Veröffentlichungen, zuerst zum Buch: Der Arzt, sein Patient und die Krankheit (Balint 1957). Seither ist eine umfangreiche Literatur zur Balintarbeit entstanden, die entsprechend dem Charakter der Balintarbeit in der Regel nicht quantitativ-messend, sondern qualitativ-beschreibend und theoretisch-erklärend ist.

Um nur zwei Arbeiten anzuführen: Rosin (Rosin 1989) hat in seinem Werk über Balint-Gruppen auch ausführlich über theoretische Ansätze zur Balint-Gruppenarbeit geschrieben. Dantlgraber (Dantlgraber 1977) schreibt in seiner Einleitung zu einer empirischen Untersuchung von Balint-Gruppen ausführlich über das psychoanalytische Modell von Übertragung und Gegenübertragung zur Beschreibung des Prozesses in Balint-Gruppen. Diese Ausführungen können als theoretische Antwort auf die Frage dienen, weshalb die Introspektionsfähigkeit des Arztes wichtig ist, sodass ich mir erlaube, sie kurz zusammenzufassen:

Untersuchungsgegenstand von Balint-Gruppen ist die Arzt-Patient-Beziehung. Sie ist eine Objektbeziehung, in der der Patient ein bestimmtes Beziehungsverhalten auf den Arzt *überträgt*. Gerade die Erkenntnis, dass pathogene Objektbeziehungen in der Arzt-Patient-Beziehung wieder erlebt werden, liegt die Chance, dass Objektbeziehungen auch gesund machen können, indem die vom Patienten konstellierte pathogene Objektbeziehung durch ein Ansprechen aufgelöst wird, und zugleich (im Erleben der aktuellen Arzt-Patient-Beziehung) eine nichtpathogene Objektbeziehung internalisiert werden kann. Dieser Vorgang hat aber zur Voraussetzung, dass der Arzt fähig sein muss, pathogene Objektbeziehungen zu diagnostizieren, was ihm nur möglich ist, wenn er die Übertragungsangebote des Patienten versteht. Die eine Informationsquelle zu diesem Verstehen ist das Verhalten des Patienten, das vom Arzt wahrgenommen und begrifflich eingeordnet wird. Wichtiger ist die zweite Beobachtungsquelle: die Reaktion des Arztes auf den Patienten, der Arzt versteht "Fremdseelisches" durch Beobachtung des eigenen Verhaltens. Allerdings setzt dies die Fähigkeit des Arztes voraus, besagte emotionale Reaktionen auf den Patienten von eigenen affektiven Einstellungen unterscheiden zu können. Diese Fähigkeit zur Unterscheidung wird durch einen längerdauernden Prozess sukzessive erworben und kann in Balint-Gruppen trainiert werden. Wenn ein Arzt seinen Fall in die Balint-Gruppe bringt, so berichtet er eigentlich von seiner Beziehung zu seinem Patienten und lässt dergestalt die anderen Gruppenteilnehmer wie den Gruppenleiter diese Arzt-Patient-Beziehung miterleben. Übertragungsangebote des Patienten, die der Arzt bewusst wahrgenommen hatte, kann er verbal mitteilen. Ihm unbewusst gebliebene Übertragungsaspekte wird er durch eigene ihm unbewusst bleibende Verhaltensaspekte averbal andeuten und sie auf die Gruppe übertragen. Durch die Reaktionen der andern Gruppenteilnehmer kann dann die Arzt-Patient-Beziehung in ihre motivische Struktur zerlegt werden, sodass der Arzt vieles über Zusammenhänge und Reaktionsweisen erfahren kann, was er bisher bei seinem Patienten übersehen hat. Zudem kann es in der Gruppe zu einer Spiegelung der psychodynamischen Verhältnisse des Kranken kommen, sodass im Hier und Jetzt Aspekte der Arzt-Patient-Beziehung erlebbar werden.

In diesen Ausführungen zu Übertragung und Gegenübertragung ist schon deutlich, dass entscheidend wichtig ist, was "am Beobachter" geschieht. Das ist nicht nur eine psychoanalytische Haltung, das ist auch eine Grundeinsicht der modernen Physik und der modernen Neurowissenschaften. Dazu gehört die Einsicht, dass lineares Denken diesen Fragen nicht adäquat ist. Das Wesen der Balintarbeit kann deshalb auch verdeutlicht werden als Berücksichtigung von systemischem Denken, im Gegensatz zum "Communication Skills Training", wo in linearem Denken Forderungen nach Verhaltensweisen des Arztes aufgestellt werden, die z.B. das Äussern von Gefühlen durch den Patienten fördern, wie offene statt geschlossene Fragen oder Fragen mit einem psychologischen Fokus zu stellen, und gefordert wird, hemmende Verhaltensweisen wie vorzeitige Ratschläge zu unterlassen (Maguire 1996). Die Arzt-Patient-Beziehung ist aber auch in Situationen, in denen es nicht um psychologische Probleme geht, das Feld, auf dem Entscheidendes geschieht: der Informationsfluss zwischen Arzt und Patient, die Compliance oder Non-Compliance des Patienten, die Zufriedenheit von Arzt und Patient mit der Zusammenarbeit. Und immer erhält der Arzt Zugang zu den Mustern,

die sich im Feld der Arzt-Patient-Beziehung einstellen, in erster Linie durch ein Wahrnehmen seiner eigenen Verhaltensweisen, Gedanken und Emotionen. Zu Versuchen, die Balintarbeit durch Benutzen moderner neurowissenschaftlicher Erkenntnisse über die Funktionsweise des menschlichen Gehirns verständlich zu machen, möchte ich auf zwei eigene Arbeiten verweisen (Egli 1999, Egli 2002). Die Arbeiten sind recht umfangreich, sodass ich hier nur zum Thema "Introspektion" zwei Ausschnitte aus der Arbeit von 1999 zitieren kann:

Koukkou 1998: Es können drei Arten von informationsverarbeitenden Prozessen unterschieden werden, die alle biographie- und kontextgesteuert sind: *a. die prä-attentiven Prozesse, b. der kontrollierte Informationsverarbeitungsmodus, c. der automatische Informationsverarbeitungsmodus.*

*a. die prä-attentiven Prozesse:* Prozesse, die primär nichtbewusst ablaufen. Die Informationsaufnahme (pattern formation) von aussen oder hirntern und die Informationsbewertung (pattern recognition) können nicht bewusst verfolgt werden. Nur ihre Ergebnisse, das heisst die Selektion und/oder die Initiation einiger der vielen immer koexistierenden Dimensionen des Verhaltens (response oder action) können bewusst werden. Die unbewusste Informationsaufnahme führt zur Trennung derjenigen Aspekte der aufgenommenen Gesamtinformation, die momentan signifikant (wichtig, neu, unerwartet) sind, von den Aspekten, die bekannt und/oder momentan unwichtig sind. Unbewusst wird also entschieden, ob für die "Antwort" der kontrollierte oder der automatische Informationsverarbeitungsmodus initiiert wird. Das Umschalten vom automatischen in den kontrollierten Modus, die "Pass-auf-Antwort", ist ebenfalls ein nicht-bewusster Vorgang.

*b. der kontrollierte Informationsverarbeitungsmodus:* Prozesse, die während der Wachheit die bewusst kontrollierte Organisation des Verhaltens ermöglichen. Ein Beispiel ist das Lernen des Autofahrens. Dieser Modus funktioniert seriell, langsam und mit bewusster Kontrolle, er erfordert Aufmerksamkeit und ist deswegen eingeschränkt durch deren begrenzte Kapazität. Dieser Modus ist sehr anpassungsfähig und ermöglicht die flexible Benutzung, Kombination und Anpassung des Wissens für die Organisation des Verhaltens in neuen und individuell signifikanten Umgebungen und für das Verfolgen bewusster Ziele.

*c. der automatische Informationsverarbeitungsmodus:* Prozesse, die nach grosser individueller Erfahrung und Übung ohne bewusste Kontrolle sekundär ihre Effekte auf das Verhalten ausüben können. Ein Beispiel ist das Autofahren, wenn man es gut beherrscht. Dieser Modus funktioniert parallel, schnell und ohne bewusste Kontrolle, er erfordert keine Aufmerksamkeit. Wenn dieser automatische Informationsverarbeitungsmodus initiiert ist, läuft er bis zur Vollendung als starrer, schwer veränderlicher Ablauf. In vertrauter Umgebung können Auslöser, die präattentiv ebenfalls als vertraut (und nicht als wichtig, neu oder unerwartet) kategorisiert wurden, automatisiertes Verhalten (Gedanken, Emotionen, Handlungen) initiieren, das dann ohne bewusste Intention bis zur Vollendung abläuft. Dabei spielt mit, dass die informationsverarbeitenden Hirnprozesse in vertrauter Umgebung fehlende, aber eigentlich dazugehörige Teile eines vertrauten Ereignisses auf der Basis des früher erworbenen Wissens ergänzen und kleine Unterschiede in der Information oder im Kontext vernachlässigen, sodass die gewohnte Konstellation der Ereignisse identifiziert und mit dem automatisierten Verhaltensmuster beantwortet wird. Ein solch starrer Ablauf kann nur verändert werden, wenn die Zusammenhänge zwischen bestimmten Ereignissen und bestimmten Antworten durch die Bildung von neuen assoziativen Verbindungen, durch neues Lernen, verändert werden.

In der Balintarbeit kann die Introspektionsfähigkeit trainiert werden, indem solche gewohnheitsmässig ablaufenden Vorgänge bewusst werden und neue assoziative Verbindungen möglich werden. Hier ein Versuch, das zu beschreiben: Unsere in zwischenmenschlichen Beziehungen wichtigen Erinnerungen sind nicht als isolierte Elemente, sondern in geschichtenähnlicher Form organisiert. Alle Elemente der erzählten Geschichte können dann beim Hörer aus den in ihm bereitliegenden "Geschichten" die passendsten selektieren, aus denen heraus er dann seine Beiträge zur Diskussion leistet. In einer Wechselwirkung lösen die neu in die Diskussion gekommenen Elemente oft neue Erinnerungen

des Erzählers aus, die ihm oft nicht präsent gewesen waren, und diese aktivieren dann wieder neue "Geschichten" bei den Hörern.

Die in den Hörern aktivierten "Geschichten" tauchen dabei meist nicht als vollständige Geschichten auf, sondern vielleicht zuerst nur als ein Element einer Geschichte, ein Gefühl oder eine Körpersensation. Gerade bei Geschichten mit schwer traumatisierten Patienten sind solche körperlichen Wahrnehmungen oder andere Hinweise auf Sprachlosigkeit ein Weg zum tieferen Verständnis, da schwere Traumatisierungen ja durch Dissoziation einen veränderten Bewusstseinszustand herbeigeführt hatten und die Enkodierung des traumatischen Erlebnisses nicht auf einem symbolischen Niveau erfolgt war. Erlebnisse in der Gegenwart können deshalb bei traumatisierten Personen in einem körperlichen, psychomotorischen Bereich das traumatische Erlebnis wiederbeleben, ohne dass eine bewusste Erinnerung an das Trauma besteht.

In einer Prüfungssituation, in der es um "richtig" und "falsch" geht und Kritik droht, ist der Prüfling in höchster Aufmerksamkeit und damit sind ihm seine tieferen Erinnerungsspeicher nicht zugänglich. In einer Balintgruppensitzung kann hingegen mit dem gemeinsamen Interesse an der Geschichte und dem freien Assoziieren eine entspannte, eher einem Träumen als einer grossen intellektuellen Anspannung nahe Situation entstehen, in der ein viel weiteres Spektrum von Erinnerungen und Wissen zugänglich ist.

So entfaltet sich eine Geschichte in immer reicheren und deutlicheren Details und es entsteht ein Bild des Patienten/Klienten gerade auch in seiner Beziehung zum Erzähler. Dieses "dichte" Bild ermöglicht es dem Erzähler in der Regel, seinen Patienten/Klienten besser zu verstehen und sich, auch wenn wichtige Fragen noch unverständlich geblieben waren, wieder für den Patienten zu interessieren und neugierig zu sein auf eine eventuelle neue Begegnung. Meist werden in Balintgruppen Geschichten von Begegnungen erzählt, die in irgend einer Art unbefriedigend verlaufen waren, die also verbunden waren mit negativen Gefühlen wie Ärger, Angst, Scham oder Versagensgefühlen. Wenn sich der Erzähler in der Gruppendiskussion verstanden und akzeptiert fühlt, führt auch das zu einer Veränderung der ursprünglichen Geschichte, die nun in der Erinnerung verbunden ist nicht nur mit den negativen Gefühlen, sondern auch mit positiven Gefühlen von Verstanden-Werden und Teilen gemeinsamen Erlebens. Das alles sind günstige Voraussetzungen für eine eventuelle neue Begegnung mit einem Patienten oder für eine ähnlichen Situation mit einem neuen Patienten.

Eine Teilnehmerin hat zum Beispiel eine Geschichte erzählt, von der sie schon vorausgeschickt hat, dass sie sich dieser Geschichte schäme. Sie hat als Frauenärztin eine Patientin über einige Jahre in grösseren Abständen immer wieder gesehen und hat im Verlauf unter anderem erfahren, dass die Patientin als Kind sexuell missbraucht worden war. Sie erzählte die Geschichte wegen einem Vorkommnis bei der letzten Konsultation, in der sich die Ärztin plötzlich so schlecht gefühlt hatte, dass sie das Sprechzimmer hatte verlassen müssen. Als sie zurückkam, meinte die Patientin, sie könne das verstehen, seither hat sich die Patientin aber nie mehr gemeldet. Im Lauf der Gruppendiskussion, nachdem die Geschichte in verschiedenen Details reicher geworden war und Teilnehmer zum Teil ähnliche Erlebnisse berichtet hatten, fühlte sich die Erzählerin dann von ihrer Scham entlastet und getröstet.

Wirklich spannend wird Balintarbeit aber dadurch, dass sich in den Gruppensitzungen etwas ereignet (sozial hergestellt wird), das erlebbar die erzählte Geschichte verdeutlicht. Ich nehme als Beispiel nochmals die Geschichte der Ärztin, die das Sprechzimmer wegen einem unerträglichen Zustand hatte verlassen müssen. Es wird in Balintgruppen unterschiedlich gehandhabt, ob ein Leiter den Erzähler ausreden lässt oder vorher unterbricht. In dieser Sitzung unterbrach die Leiterin recht früh und bat, die Erzählerin möge doch rascher sagen, weshalb sie ihre Geschichte erzähle und was ihre Frage an die Gruppe sei. Ich als Teilnehmer erlebte das als unangenehme Unterbrechung, wie wenn ein Zuhörer im Grunde nicht interessiert ist, und dachte, dass das frühe Unterbrechen eine Parallele sei zum Verlassen des Sprechzimmers. Später machte ich in der Diskussion eine Bemerkung, die von meiner Vorrednerin erlebt wurde,

wie wenn sie jetzt von etwas sehr Persönlichem erzählt hätte und ich das nicht hätte hören wollen.

Das Gespräch über diese im Moment erlebten Ereignisse führte zu einem viel tieferen Verständnis: Die Patientin hatte vor dem Zwischenfall mit den für die Ärztin unerträglichen Gefühlen nicht nur nochmals vom sexuellen Missbrauch in der Kindheit erzählt, sondern präzisiert, dass schlimmer als der Missbrauch anschliessend das Erlebnis gewesen sei, dass ihre Mutter nichts habe davon hören wollen. Das sei für die Patientin so schlimm, dass das für sie noch jetzt mit dem Gefühl verbunden sei, nicht mehr leben zu wollen. In der Gruppe spiegelte sich diese Geschichte zwischen Mutter und Tochter gleich in mehrfacher Weise: Wohl wie die überforderte Mutter hatte die erzählende Ärztin ihre Geschichte damit eingeleitet, dass es ihr zum Zeitpunkt dieses Vorfalls nicht gut gegangen sei, dass sie überlastet gewesen sei. Und die Leiterin der Gruppe erklärte bei der Diskussion über den Verlauf der Sitzung ihr frühes Unterbrechen zum Teil mit den gleichen Worten: sie sei in dieser Abendsitzung vom Tag noch zu sehr beschäftigt gewesen und hätte eigentlich gar nicht eine Gruppensitzung leiten wollen. Und ich erlebte das Unterbrechen der Leiterin und meine Vorrednerin erlebte meine Intervention wohl wie das Kind, dessen Mutter nicht hören will. Meine Vorrednerin spürte auch, wie schlimm ein solches Erlebnis sein muss, sie erwähnte, dass sie sich gewundert habe, wie "tief hinab" sie dieses Erlebnis für einen Moment gezogen habe.

Wenn wir in der Gruppensitzung solche Erlebnisse haben, uns zum Beispiel ähnlich fühlen wie ein Kind, dessen Mutter das Wichtigste nicht hören will, was es zu sagen hat, dann erleben wir deutlich, dass unsere Wahrnehmung der "Mutter" intensiven "Qualia"-Charakter hat, dass wir eine Wahrnehmung machen, bei der wir keine Freiheit haben, das anders wahrzunehmen. Entsprechend wächst das Verständnis für Patienten, die so erleben, wie sie eben auf Grund ihrer ganzen Geschichte erleben müssen, und denen wohlmeinende Ratschläge, anders zu erleben, andere Gefühle zu haben, als sie sie haben, nicht helfen. Hingegen haben wir Freiheiten in der Reaktion auf eine solche Wahrnehmung, falls wir nicht gewohnheitsmässig und automatisch (wie hier zum Beispiel die Patientin und die Ärztin mit Rückzug) reagieren. Anders als die Patientin in der Kindheit und jetzt neu in der Interaktion mit der Ärztin können wir das Erleben in der Gruppe in Worte fassen und dabei sehen, wie sehr sich das schlimme Erlebnis dadurch verwandeln kann. Mich hat beeindruckt, wie mein schlechtes Gewissen gegenüber meiner Vorrednerin und offenbar ihr Gefühl, tief hinab gezogen worden zu sein, sich verändert haben zum Gefühl, ein intensives Erlebnis geteilt zu haben. Anders als nur der Trost für die vorstellende Kollegin in der ersten Phase der Sitzung kamen hier Möglichkeiten zum Vorschein, wie eine solche Begegnung mit einer Patientin bei einer nächsten Gelegenheit verlaufen könnte.

## **2. Empirische Untersuchungen zu veränderter Selbstwahrnehmung nach Balintarbeit**

**Zabarenko 1968:** Gruppenvergleich: Balintgruppenteilnehmer/Interessenten an Balintgruppen/Kontrollgruppe. Nach einem Jahr positive Veränderung der Selbstwahrnehmung bei den Balintgruppenteilnehmern. In der Fremdbeurteilung in der Praxis keine Unterschiede (allerdings sehr kleine Gruppen).

**Moreau 1984:** Fragebogenuntersuchung über 2871 Konsultationen. Gruppenvergleich zwischen 40 Ärzten mit 2-4 Jahren Balintgruppen-Erfahrung, 11 Ärzten mit starkem Interesse an medizinischer Psychologie und Absicht, an einer Balintgruppe teilzunehmen und 29 Ärzten ohne besonderes Interesse an medizinischer Psychologie. Alle 80 Ärzte gleiches Diplomjahr.

Häufigkeit in den dokumentierten Konsultationen	2-4 Jahre BG	Interesse an BG	kein Interesse
Diagnose einer psychiatrischen oder psychosomatischen Krankheit	15 %	14 %	09 %
Krankheit zu 75 % oder mehr psychisch bedingt	25 %	23 %	17 %
Anordnung einer technischen Untersuchung	15 %	17 %	20 %
Feststellung eines psychischen Problems	38 %	33 %	29 %
Ansprechen des bemerkten psychischen Problems	41 %	34 %	29 %
Verordnung von 3 oder mehr Medikamenten	24 %	34 %	29 %
Hauptmedikament länger als 2 Wochen	48 %	58 %	59 %

**Dämmig 1979:** Fragebogenuntersuchung an 60 Teilnehmern von Balintgruppen. Viele fehlende Angaben, keine statistische Auswertung möglich.

Veränderung seit Beginn der Balintgruppen-Arbeit	mehr	gleichviel	weniger
Arbeitszufriedenheit	30	5	1
Verordnung von Psychopharmaka	0	10	23
Zeit für einzelnen Patienten	22	6	9
Anzahl somatische Beschwerden ohne körperlichen Befund	27	6	9

Anwendung therapeutischer Verfahren in der Praxis: 24 seit der Balintarbeit, 21 schon vorher, 15 keine.

Freie Bemerkungen: Mehr Verständnis für Problempatienten, Erkennen psychischer Komponenten, mehr Sicherheit in der Interaktion mit Patienten (20 x). Reflexion der Gegenübertragung, mehr Selbstbeobachtung, mehr Sensibilität für Beziehungen (6 x). Erweiterung der eigenen Erlebensfähigkeit, Verbesserung eigener Beziehungen (3x).

**Rosin 1989:** Fragebogenuntersuchung nach umfangreichen Vorarbeiten mit Experten. Angeschrieben wurden Leiter und Teilnehmer von Balintgruppen im Rahmen des "Curriculums" zum Erwerb des Zusatztitels "Psychotherapie" (Teilnehmer waren also zu dieser Weiterbildung verpflichtet). 70 % üben allgemeinärztliche Tätigkeit aus. Fragebogen mit 91 Items für Leiter, beantwortet von 267 (Beantwortungsquote 76 %), 85 Items für Teilnehmer, beantwortet von 386 (etwa 60 %). Beantwortung der Fragen auf 6-stufiger Skala, unten in % die Anzahl Zustimmungen.

Fragen	Teilnehmer	Leiter
Wirkfaktoren der Balintarbeit sind:		
<ul style="list-style-type: none"> <li>Einsicht des Arztes, wie sein Verhalten auf Patienten wirken könnte</li> </ul>	95 %	94 %
<ul style="list-style-type: none"> <li>Überlegungen, was ein Patient bei verschiedenen Ärzten auslösen könnte</li> </ul>	93 %	92 %
Ergebnisse der Balintarbeit nach 35 Doppelstunden sind:		
<ul style="list-style-type: none"> <li>Fähiger geworden, den eigenen Anteil an der unbewussten Dynamik von Arzt-Patient-Beziehung zu erschliessen</li> </ul>	96 %	98 %
<ul style="list-style-type: none"> <li>Aufmerksamer für die Bedürfnisse des Patienten, die hinter seinem manifesten Verhalten liegen</li> </ul>	87 %	92 %
<ul style="list-style-type: none"> <li>Besser in der Lage, die Psychodynamik der Arzt-Patient-Beziehung aus der Widerspiegelung in der Gruppe zu erkennen</li> </ul>	74 %	61 %
<ul style="list-style-type: none"> <li>Differenzierter in den Diagnosen</li> </ul>	90 %	80 %
<ul style="list-style-type: none"> <li>Grössere Vielseitigkeit im Verhalten gegenüber Patienten</li> </ul>	96 %	90 %
<ul style="list-style-type: none"> <li>Einsichtiger für eine ergänzende Problembearbeitung, wenn sie als Person an Schwierigkeiten in der Beziehung zu einem Patienten beteiligt sind</li> </ul>	96 %	96 %
Fragen zu Balintarbeit im Rahmen des "Curriculums":		
<ul style="list-style-type: none"> <li>Balintarbeit ist im Rahmen des "Curriculums" ein wesentliches Element, auf das nicht verzichtet werden kann</li> </ul>	95 %	94 %
<ul style="list-style-type: none"> <li>Wie viele Doppelstunden Balintgruppe sollten für das Curriculum vorgeschrieben werden?</li> </ul>		
35	47 %	30 %
50	34 %	45 %
75	10 %	15 %
100 und mehr	6 %	6 %

**Haltenhof 1993:** 36-teiliger Fragebogen an Zufallsstichprobe von 1000 Ärzten in Unterfranken. 436 auswertbare Antworten, Rücklaufquote bei niedergelassenen Ärzten 64 %.

3.2 % der Ärzte sind zur Zeit in einer Balintgruppe, 5.3 % waren früher in einer Balintgruppe, insgesamt 37 Ärzte. Durchschnittliche Teilnahme 3.3 Jahre. Welche positiven Veränderungen führen die 37 Ärzte auf die Balintgruppenarbeit zurück?

- Bessere Arzt-Patient-Beziehung (77 %)
- Besseres Verständnis eigener Emotionen, Reaktionen oder Probleme (69 %)
- Besseres Verständnis von Interaktionen mit anderen Menschen (62 %)

Antworten der Ärzte ohne Balintgruppenerfahrung (in Klammer Prozentzahl bei BG-Teilnehmern): 58 % (77 %) haben eine zutreffende Vorstellung von der Balintarbeit. 11 % (24 %) beurteilen Balintarbeit positiv, 64 % (59 %) neutral, 8 % (12 %) negativ. 30 % sind ausdrücklich interessiert an einer Balintgruppe, 60 % können sich auch in Zukunft eine Teilnahme nicht vorstellen. 34 % haben kein Interesse, viele geben keine Gründe an. 20 % (54 %) sind dafür, dass Balintarbeit obligater Bestandteil der Aus- und Weiterbildung sein sollte, 27 % (15 %) sind eindeutig dagegen.

**Rabinovitz 1996:** Balintgruppe mit 13 Krankenschwestern: Signifikanter Anstieg von professioneller Selbsteffizienz, reduzierte emotionale Erschöpfung und gedankliche Ermüdung.

**Rabin 1996:** Balintgruppe mit immigrierten Ärzten in Israel, die in einem sozialpsychiatrischen Dienst Drogensüchtige behandeln. Im Verlauf der Balintgruppe signifikanter Anstieg der psychosozialen Selbsteffizienz

### **3. Empirische Untersuchungen zu objektiven Veränderungen durch Balintgruppen-Arbeit**

Die aufgeführten Untersuchungen zum veränderten Selbstbild nach Balintgruppen-Teilnahme bleiben in ihrer Wertigkeit unklar, solange nicht nachgewiesen ist, dass das veränderte Selbstbild auch mit entsprechend verändertem Verhalten verbunden ist. Das hier interessierende Verhalten, die Introspektionsfähigkeit und das dadurch verbesserte Verstehen der Patienten, ist aber schwierig zu messen.

**Kutter 1979:** Es wurde versucht, Beobachter zu schulen, die hinter einer Einwegscheibe Balintgruppen beobachteten und das Verhalten der Teilnehmer einschätzen sollten, zum Beispiel deren Stimmung, deren Fähigkeit, zuzuhören oder die Fähigkeit, Voten anderer aufzunehmen. Diese Studie konnte nicht wie geplant als Vergleich bei Beginn und am Ende einer Serie von Balintgruppen-Sitzungen durchgeführt werden, unter anderem da die Beobachter sehr involviert waren in die Fallgeschichten und oft subjektive Interpretationen gaben und nicht die geforderten Beobachtungen aufzeichneten. Das spricht für die im theoretischen Teil erwähnte emotionale Intensität der Balintarbeit, die ein Training der Introspektion und Empathie erst ermöglicht, und zeigt andererseits, wie schwierig ein quantitativer Nachweis ist.

Einige Untersuchungen der Balintarbeit haben den Giessen-Test verwendet (Beckmann 1972). Der Giessen-Test ist ein standardisiertes Persönlichkeitsinventar zur Messung von 6 Faktoren: Soziale Resonanz (zwischen Polen von Selbstsicherheit und Selbstunsicherheit), Dominanz (zwischen passiv-fügsam und aktiv-aggressiv), Kontrolle (zwischen zwanghaft und triebhaft), Grundstimmung (zwischen depressiv-ängstlich und expansiv-unabhängig), Durchlässigkeit (zwischen misstrauisch-zurückhaltend und offen kontaktfreudig), und Soziale Potenz (zwischen scheu-kontaktarm und aktiver Auseinandersetzung mit der Umwelt). Der Test kann als Selbstbeurteilung (Selbstbild) durchgeführt werden (wie eine Person sich selbst sieht), oder als Fremdbeurteilung (Fremdbild) (wie eine Person von einer andern Person gesehen wird). Es kann eine Differenz zwischen dem Selbstbild und dem Fremdbild errechnet werden.



**Dantlgraber 1977:** Alle Teilnehmer an einer Balintgruppe an der Universitäts-Nervenklinik in Tübingen erstellten mit dem Giessentest ihr Selbstbild, ihr ideales Selbstbild, ihr subjektives Bild eines idealen Patienten und ein Fremdbild jedes andern Teilnehmers und des Gruppenleiters. Anschliessend erstellten alle Teilnehmer nach jeder von sieben Balintgruppen-Sitzungen ein Fremdbild des vorgestellten Patienten. Diese Fremdbilder des Patienten, die die Teilnehmer erstellt hatten, wurden mit dem Fremdbild des Patienten, das der ausserordentlich fähige und erfahrene Leiter (offenbar Wolfgang Loch) erstellt hatte, verglichen. Die Auswertung ergab eine positive Korrelation zwischen zunehmender Trainingsdauer der Teilnehmer und verbesserter diagnostischer Fähigkeit.

Weitere Auswertungsschritte der verschiedenen Varianten des Giessen-Tests zeigten im Detail, dass diese Balint-Ärzte eine hohe "Differenzierung" aufwiesen, das heisst, eine niedrige Korrelation zwischen dem Selbsturteil und den Patientenbeurteilungen. Das bedeutet, dass es den Ärzten gelingt, sich bei der Beurteilung der Patienten von diesen abzugrenzen und dass bei der Diagnosestellung in geringem Mass subjektive Projektionen im Spiel sind. Ebenso ergaben sich schwache Korrelationen zwischen den einzelnen Patientenbeurteilungen, was heisst, dass die Balint-Ärzte die vorgestellten Patienten nicht stereotyp beurteilen. Kaum statistische Zusammenhänge ergaben sich zwischen dem diagnostischen Verhalten der Balint-Ärzte und ihrer eigenen Persönlichkeit, was ebenfalls impliziert, dass sie gelernt haben, relativ unabhängig von ihren persönlichen Eigenschaften zu diagnostizieren.

Diese Untersuchung bestätigte empirisch eine vorausgehende Untersuchung von Dantlgraber und Loch von 1976, dass Balintarbeit sich günstig auf die Diagnose und damit auf die Fähigkeit zur Therapie der Arzt-Patient-Beziehung auswirkt.

**Kutter 1990:** Untersuchung mit dem Giessen-Test, wieweit eine Balintgruppe mit Psychologiestudenten als Empathietraining wirksam ist. Kutter definiert Empathie als:

1. Die Fähigkeit, sich mit dem andern zu identifizieren;
2. die Fähigkeit, diese Identifizierung wieder zurückzunehmen, bzw. sich wieder distanzieren zu können, sowie
3. die Fähigkeit, zwischen beiden Teilfunktionen oszillieren zu können.

10 Teilnehmer nahmen an 30 Balintgruppen-Sitzungen teil. Jeder Teilnehmer hatte dreimal Gelegenheit, in der Gruppe einen von ihm psychologisch betreuten Klienten vorzustellen. Empathie wurde gemessen, indem eine Person den Giessen-Test so ausfüllt, wie er annimmt, dass die Person, in die er sich einfühlt, den Test ausfüllen würde, was dann verglichen mit dem Test, den diese Person tatsächlich ausfüllt. Empathie ist dann um so höher, je kleiner der Unterschied zwischen dem Fremd- und dem Selbstbild ist. Für jede Sitzung wurde die Einfühlungsfähigkeit der Teilnehmer in Richtung auf den Berichtstatter gemessen, der einen Klienten in der Gruppe vorgestellt hat, und es wurde die Einfühlungsfähigkeit des Berichtstatters in seinen Klienten gemessen (es wurden also auch Selbstbilder der Klienten verwendet). Die Daten wurden mit Varianzanalyse statistisch ausgewertet. Es zeigte sich, dass eine hochsignifikante Zunahme der Einfühlung über die 30 Sitzungen erfolgte.

Andere Untersuchungen benutzen das dem Giessen-Test ähnliche Methodeninventar SYMLOG (System for the multiple level observation of groups) (Bales 1982). Das Verhalten von Gruppenteilnehmern wird dargestellt anhand von 3 Dimensionen: Machtdimension (zwischen einflussnehmend, dominant und auf Einfluss verzichtend, passiv), Sympathiedimension (zwischen freundlich, beliebt und unfreundlich, unbeliebt) und Kompetenzdimension (zwischen dem Gruppenziel förderlich und das Gruppenziel verweigernd). Beziehungen in einer Gruppe

werden dargestellt durch die Erfassung von Selbstbildern, Fremdbildern und vermuteten Fremdbildern ("So, glaube ich, sehen mich die andern Gruppenteilnehmer").

**Anderson 1989:** Am Niedersächsischen Landeskrankenhaus Göttingen wurden drei Balintgruppen mit Psychiatriemitarbeitern untersucht. Auf dem SYMLOG-Ratingbogen erstellte jedes Gruppenmitglied nach jeder Sitzung das Selbstbild, das Fremdbild und das vermutete Fremdbild der andern Gruppenteilnehmer sowie das Fremdbild einer fiktiven Person, des "typischen Patienten". Es erfolgte eine deskriptive Auswertung, die im dritten Messzeitpunkt wesentliche positive Veränderungen der Gruppenstruktur und der Beziehung der Behandlungsteams zu den typischen Patienten zeigte. Es ergaben sich auch positive Veränderungen in der Beurteilung der eigenen Person und der Kollegen sowie eine kleinere Diskrepanz zwischen Fremd- und Selbstbildern. Der "typische Patient" war im ersten Messzeitpunkt extrem abgegrenzt und abgewertet worden als dominant, unkooperativ und unsympathisch. Zum dritten Messzeitpunkt wurde er deutlich selbstsicherer, beliebter und kooperativer wahrgenommen.

Auf den internistisch-psychosomatischen Stationen der medizinischen Klinik in Heidelberg waren seit 1976 Balintgruppen durchgeführt worden. Anfangs der 90er Jahre fiel auf, dass auf den balint-vidierten Stationen die Fluktuation unter den Schwestern und Pflegeern geringer war als im Rest der Klinik (Drinkmann 1998). In der Folge konnte Balintarbeit auf weiteren Stationen eingeführt und eine Reihe von wissenschaftlichen Untersuchungen durchgeführt werden, die ich hier anführe:

**Habicht 1999:** Kontrollierte Längsschnittuntersuchung über 1 ½ Jahre. Auswirkung von Balintgruppen-Arbeit mit Stationsteams auf das intra- und interprofessionelle Kommunikationsverhalten. 7 Stationen, 120 Mitarbeiter wurden untersucht bezüglich Interaktionsverhalten mit dem SYMLOG-Inventar und mit Fragebogen zur Mitarbeiterzufriedenheit. Es ergaben sich signifikante Unterschiede im intra- und interprofessionellen Kommunikationsverhalten, einen Zusammenhang zwischen Balintarbeit und Erhöhung der Kommunikationsfertigkeiten.

**Werner 1998:** Über ein Jahr Erfassung von 164 Balintgruppen-Sitzungen auf 5 Stationen. Auf der Ebene der Gruppenmitglieder Erfassung der Entlastungsfunktion von Balintarbeit durch eine Reihe von Fragebögen zur Messung von Burnout, von körperlichen Beschwerden, von Belastungen und von Arbeitszufriedenheit. Auf der Ebene der Gruppenarbeit Dokumentation von Inhalt und Verlauf der Gruppensitzungen sowie Erfassung des Interaktionsverhaltens der Teilnehmer und des Balintgruppen-Leiters mit dem SYMLOG-Inventar durch externe Beobachter. Erhebung objektiver Daten zu Fluktuation und Fehlzeiten. Vergleich von 2 Stationen mit langjähriger Balintgruppen-Erfahrung und 3 Stationen, die erstmals Balintgruppen-Arbeit durchführten.

Ergebnisse: Auf Stationen mit längerfristiger Balintgruppen-Erfahrung gewinnt das Pflegepersonal an Einfluss und spezifische Diskrepanzen im Interaktionsverhalten zwischen Ärzten und Pflegepersonal gleichen sich aus. Auf Stationen mit längerfristiger Balintgruppen-Erfahrung werden nicht isoliert team- oder patientenzentrierte Themen bearbeitet, sondern es erfolgt kontinuierlich eine integrierte Betrachtung beider Aspekte. Es entwickelt sich also die Fähigkeit, patientenbezogene Probleme und Teamkonflikte in ihrer gegenseitigen Wechselwirkung zu erkennen und integriert zu bearbeiten. Bei der Beurteilung der Arbeitszufriedenheit nach einem Jahr äusserten sich die Mitarbeiter, die mindestens 10 Monate

an der Balintgruppenarbeit teilgenommen hatten signifikant zufriedener in den Bereichen Kooperation, Transparenz, Gestaltungsfähigkeit, Berufsperspektive und Freizeit/Familie.

**Hennch 1999:** Prospektive Längsschnittstudie über 1 ½ Jahre. 3 Mal Einsatz der gleichen Messinstrumente wie oben bei Werner 1998. 7 Stationen konnten frei wählen zwischen Balintgruppenarbeit (BGA) und Qualitätszirkeln (QZ). 2 Stationen wählten ausschliesslich QZ, 2 ausschliesslich BGA, 3 BGA und QZ parallel. Während den 1 ½ Jahren der Untersuchung erfolgten unabhängig von der Studie Einsparungs- und Umstrukturierungsmassnahmen mit zum Teil drastischen Einschnitten in die Autonomie der Stationen.

Ergebnisse:

- Themenschwerpunkte: Deutliche Unterschiede: In den Balintgruppen Themenschwerpunkt psychosoziale Unterstützung der Patienten, in QZ Themenschwerpunkt Therapie- und Pflegeplanung sowie Organisation der Versorgung.
- Arbeitszufriedenheit: Signifikanter Unterschied: Stationen, die QZ durchführten, gaben zu Beginn eine grössere Gestaltungsfreiheit an, die im Verlauf abnahm. Mitarbeiter der Stationen, die ausschliesslich BGA durchführten, gaben zu Beginn die geringste Gestaltungsfreiheit an, die im Verlauf gleich hoch blieb.
- Kooperation: Hochsignifikanter Unterschied: Mitarbeiter der Stationen, die nur QZ durchführten, gaben zu Beginn die höchste Zufriedenheit bezüglich der Kooperation im Team an, die im Verlauf abnahm. Mitarbeiter der Stationen, die BGA durchführten, gaben zu Beginn eine geringere Zufriedenheit mit der Kooperation an. Auf Stationen, die BGA und QZ durchführten, verschlechterte sich die Zufriedenheit mit der Kooperation im Verlauf weiter, auf Stationen mit nur BGA verbesserte sich die Kooperation im Verlauf.

**Prexl 1999:** Kontinuierliche Patientenbefragung (411 Patienten) auf 4 internistische Stationen. 2 Stationen Balintgruppenarbeit (BGA) und Qualitätszirkel (QZ), 1 Station nur BGA, 1 Station nur QZ. Auf den Stationen mit BGA ist die Patientenzufriedenheit am höchsten. Auf den Stationen, die sowohl mit BGA und QZ arbeiten, wird die Information am besten beurteilt, auf der Station mit nur BGA wird der Behandlungserfolg am besten beurteilt. Auf der Station mit nur QZ wird die Kommunikation/psychosoziale Unterstützung und Information am schlechtesten beurteilt.

Soweit die Arbeiten aus Heidelberg.

**Obliers 1996:** Es wurden von jedem Arzt je zwei video-dokumentierte Arzt-Patienten-Erstgespräche vor und nach einem Jahr Balintarbeit verglichen. Die acht untersuchten Ärztinnen und Ärzte waren in der Primärversorgung tätig und schon seit durchschnittlich 12.5 Jahren niedergelassen, sodass ihr Verhalten bei den Erstgesprächen vor dem Jahr Balintarbeit langjährige Routinen widerspiegelt. Überprüft wird die Hypothese, dass der Arzt in der Balintarbeit die Fähigkeit erwirbt, sein persönliches Erleben im Kontakt und seine affektive Resonanz auf das Verhalten des Patienten bewusst wahrzunehmen und seine Beziehung zum Patienten stärker zu reflektieren. Durch eine stärkere Orientierung auf die Person wird auch eine Wandlung zu einer mehr patientenzentrierten Gesprächsführung erwartet, was sich in der Gesprächszufriedenheit der Patienten niederschlagen müsste. Untersucht wurde: 1. ob vor und nach einem Jahr Balintarbeit ärztliche Erstgespräche aus der Patientenperspektive anders erlebt werden, 2. ob sich im Arzt-Patient-Diskurs sprachliche und kommunikative Unterschiede

aufzeigen lassen und 3. ob sich die subjektiven Verständniskonzepte der Ärzte zu ihren eigenen Entwicklungen und Lernerfahrungen erfassen lassen.

**Patientenzufriedenheit:** Rating der Erstgespräche nicht durch die Patienten selbst, sondern durch Laien mit einem 15-Item-Erhebungsinstrument zur Einschätzung der emotionalen Qualität der Arzt-Patient-Beziehung aus der Sicht des Patienten. Die Rater und der Versuchsleiter waren doppelblind hinsichtlich der Prae-Post-Plazierung der präsentierten Erstgespräche. Signifikante Änderung bei 4 Items: Sich-wohl-Fühlen des Patienten, Vertrauen zum Arzt und Gesprächszufriedenheit steigen, Unsicherheit und Ängstlichkeit des Patienten sinken.

**Sprachliche Ebene des Arzt-Patient-Diskurses:** Die zeitliche Länge der Erstgespräche verändert sich nicht signifikant, sie steigt von 12.4 auf 14.8 Minuten. Die Anzahl Hörersignale der Ärzte steigt signifikant von 51 auf 84, als Anzeichen von "ich höre zu", "ich verstehe". Der Arztanteil an der Gesamtmenge aller gesprochenen Worte sinkt von 43 % vor Beginn der Balint-Gruppenarbeit auf 27 %, zugunsten des Anteils der Patienten, der von 57 % auf 73 % steigt. Die Balint-Ärzte lassen ihren Patienten vermehrt Raum sowohl im Beginn als auch im weiteren Verlauf des Gespräches, so dass diese ihre einzelnen Redebeiträge ausführlicher gestalten können. Der Patient kommt also "mehr zu Wort". Auch die inhaltlichen Gesprächskategorien wurden auf Veränderungen untersucht. Dabei zeigte sich, dass sich in der gleichen Balint-Gruppe neben Lerneffekten der Gesamtgruppe auch sehr individuelle Lernprofile ergaben. So stellte beispielsweise ein Arzt weniger Suggestivfragen und knüpfte mit seinen Interventionen weniger an nur ihm zugängliche Wissensbestände an, sondern vermehrt an Informationen von Seiten des Patienten, und er verfolgte stärker das Ziel, die Perspektive des Patienten auf sein Erleben zu zentrieren. Das somatische Interesse des Arztes tritt dabei nicht in den Hintergrund, aber seine Fragen nach dem Erleben des Kranken und nach dessen Lebensverhältnissen werden häufiger. Zudem legte er gesteigerten Wert auf eine Konsensetablierung, also auf Bemühungen um das wechselseitige und gemeinsame Verstehen von Arzt und Patient. Ein zweiter Arzt legte auch gesteigerten Wert auf eine Konsensetablierung, er versuchte aber in höherem Mass, disparate Information zueinander in Beziehung zu setzen, dazu eruierte er verstärkt zusätzliche Information, fokussierte stärker das psychosoziale Erleben und nahm vermehrt auf zeitlich weiter zurückliegende Äusserungen des Patienten Bezug.

**Die Ebene ärztlicher Verständnismodelle:** Mit den Balint-Ärzten wurden halbstandardisierte Interviews durchgeführt, die tonkonserviert, transkribiert und mithilfe der Heidelberger Struktur-lege-Technik (SLT) weiter ausgewertet wurden. Die SLT zielt auf die Erfassung der subjektiven Verständnissysteme der Befragten, die in einer spezifisch-kontrollierten Verfahrensweise und unter Miteinbezug der Befragten empirisch rekonstruiert wird. Dabei konnte gezeigt werden, wie die 'Vorsensibilisierung durch das eigene Leben' offenbar individual- und themenspezifische Sensibilitätsprofile schaffen kann, die sich wiederum als 'Antennen', die für den Empfang bestimmter thematischer Frequenzen besonders sensibel sind, auf der Gesprächsebene mit den Patienten aufzeigen lassen. Diese 'Antennen' verweisen auf einen besonders lernsensiblen Fokus, der durch die einjährige Balint-Gruppenteilnahme einerseits einen konstruktiven und reflexiven Schub erhalten, andererseits zur Ausbalancierung mit focusexternen Entwicklungsmöglichkeiten anregen kann.

#### **4. Bringt eine vorgeschriebene Weiterbildung in Introspektionsfähigkeit etwas?**

Mir sind keine Untersuchungen direkt zu dieser Frage bekannt. Ein Hinweis könnte die Arbeit von Rosin 1989 sein. Eine vorgeschriebene Weiterbildung in Balintarbeit wird offenbar von den allermeisten Teilnehmern als sehr positiv erlebt, wenn dieses Obligatorium zu einem "Curriculum" gehört, das bei Erreichen der Bedingungen zur Verrechnung von Leistungen berechtigt. In Deutschland ist das der Fall, da Balintarbeit Teil der Ausbildung in "Psychosomatischer Grundversorgung" sowie der Ausbildungen in den Bereichen

"Psychotherapie" und "Psychoanalyse" sowie im Gebiet "Psychotherapeutische Medizin" ist. (Rosin 1999).

## 5. Zusammenfassung

In einem ersten theoretischen Teil versuche ich plausibel zu machen, weshalb Introspektionsfähigkeit für Ärzte wichtig ist. Ich nehme dazu Rückgriff auf die psychoanalytischen Konzepte von Übertragung und Gegenübertragung, von denen eine Reihe von empirischen Untersuchungen ausgegangen ist. Ich nehme dann Bezug auf die Grundeinsicht der modernen Physik und der modernen Neurowissenschaften, dass systemisches Denken notwendig ist und dass wir Ereignisse nur "am" Beobachter wahrnehmen können - am experimentellen Apparat, dessen wichtigste Komponente der Beobachter ist. Die Introspektion ist entsprechend das wichtigste Werkzeug zur Wahrnehmung und zur Änderung von Mustern in der Arzt-Patient-Beziehung. Ich versuche das zu verdeutlichen einerseits durch Zitate aus Untersuchungen der informationsverarbeitenden Prozesse im menschlichen Gehirn, und andererseits durch Beschreibung der Vorgänge in einer Balintgruppe.

In einem zweiten Teil führe ich empirische Untersuchungen an, die vor allem auf Fragebogenerhebungen bei Balintgruppen-Teilnehmern beruhen: Balintgruppen-Teilnehmer geben an, eine Reihe von Veränderungen durch die Balintarbeit festgestellt zu haben: sie gewinnen mehr Verständnis für Problempatienten; sie sind aufmerksamer für Bedürfnisse der Patienten, die hinter deren manifestem Verhalten liegen; sie sehen, was Patienten bei andern Ärzten auslösen könnten; sie haben grössere Einsicht, wie eigenes Verhalten auf Patienten wirken könnte, was die eigenen Anteile an der Arzt-Patient-Beziehung sind; sie sind differenzierter in ihren Diagnosen und vielseitiger in ihrem Verhalten gegenüber Patienten. Sie erleben einen Anstieg der Arbeitszufriedenheit und der Selbst-Effizienz.

In einem dritten Teil führe ich empirische Untersuchungen zu objektiven Veränderungen durch Balintgruppenarbeit an. Diese belegen, dass die im zweiten Abschnitt erwähnten Veränderungen der Selbstwahrnehmung nicht auf Selbsttäuschung beruhen, sondern verbunden sind mit messbaren Veränderungen des Verhaltens. Das waren zum Teil ganz harte Daten wie videodokumentierte Veränderungen in Erstgesprächen in der Primärversorgung nach einem Jahr Balintarbeit: Die Ärzte gaben signifikant mehr Hörersignale, der Patienten-Anteil an der Gesamt-Redemenge stieg signifikant von 57 auf 73 %, die Redebeiträge der Patienten wurden signifikant länger, Patienten kamen also mehr zu Wort. Das führte zu einem Anstieg von Wohl-Fühlen des Patienten, von Vertrauen zum Arzt und von Gesprächszufriedenheit, sowie zu einer Verminderung von Unsicherheit und Ängstlichkeit des Patienten. In einer Reihe anderer Untersuchungen konnte mit psychometrischen Methoden nachgewiesen werden, dass durch Balintarbeit eine hochsignifikante Zunahme der Einfühlungsfähigkeit in Patienten erfolgte, eine verbesserte diagnostische Fähigkeit. Im Detail wurde gezeigt, dass es Balintärzten gelingt, sich bei der Beurteilung von Patienten von diesen abzugrenzen und bei der Diagnosestellung ein geringes Mass an subjektiven Projektionen im Spiel sind und die Patienten nicht stereotyp beurteilt werden. Es erfolgten durch Balintarbeit positive Veränderungen in der Beurteilung der eigenen Person, der Kollegen und positivere Beurteilungen des "typischen Patienten". In Balintarbeit mit Stationsteams ergaben sich signifikante Erhöhungen der intra- und interprofessionellen Kommunikationsfertigkeiten, es entwickelte sich die Fähigkeit, patientenbezogene Probleme und Teamkonflikte in ihrer gegenseitigen Wechselwirkung zu erkennen und integriert zu bearbeiten, es ergab sich eine erhöhte Arbeitszufriedenheit der Mitarbeiter und eine höhere Patientenzufriedenheit.

Abschliessend kann ich wenig beitragen zur Frage, ob eine vorgeschriebene Weiterbildung in Introspektionsfähigkeit etwas bringt. Anscheinend werden vorgeschriebene Weiterbildungen in Balintarbeit gut akzeptiert im Rahmen von Weiterbildungen, die zur Verrechnung von Leistungen berechtigen.

## 6. Literatur

Anderson S et al: SYMLOG zur Erforschung von Balint-Gruppenarbeit. Eine empirische Untersuchung von Balint-Gruppen in einem psychiatrischen Landeskrankenhaus. In: Körner J et al (Hrsg.): Die Balint-Gruppe in Klinik und Praxis Band 4. Springer-Verlag Berlin, 1989

Bales RF et al: SYMLOG-System für die mehrstufige Beobachtung von Gruppen. Klett-Cotta, Stuttgart, 1982

Balint M: Der Arzt, sein Patient und die Krankheit. Stuttgart, 1957

Beckmann D, Richter HE: Giessen-Test (GT)-Handbuch. Huber, Bern, 1972

Dämmig E., Rechenberger H.-G.: Regionale Balintarbeit aus der Sicht der Teilnehmer. Prax. Psychother. Psychosom. 24, 1979, 275-280

Dantlgraber J.: Über einen Ansatz zur Untersuchung von "Balint-Gruppen". Psychosom. Med. 7, 1977, 255-276

Drinkmann A: Methodologische Anregungen zur Supervisionsforschung in Balint-Gruppen. In: Luban-Plozza B et al (Hrsg.): Grundlagen der Balintarbeit. Bonz, Leinfelden-Echterdingen, 1998

Egli H: Geschichten. Eine Beschreibung der Balintarbeit mit Hilfe neuer Entwicklungen in den Sozialwissenschaften und neuer Erkenntnisse in den Neurowissenschaften. Publiziert auf [www.balint.ch](http://www.balint.ch), 1999

Egli H: Neurowissenschaftliche Ergebnisse und ihre Bedeutung für die Balintarbeit. Deutsches Balint-Journal, in Press, voraussichtlich 2002. (Vorläufige Fassung: Biologische Grundlagen des Erlebens. Publiziert auf [www.balint.ch](http://www.balint.ch), 2001)

Habicht, B. Hennch, C., Gerwing, Prexl, L., M. Sohn, S., Werner, A., & Herzog, W.. Evaluation von Stationsteam-Supervision - Der Einfluß von Stationsteam-Supervision auf das Kommunikationsverhalten von Krankenhauspersonal. Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie, 49, 1999, S. 469.

Haltenhof H, Bühler K.-E., Leupold-Theander E.: Die Bedeutung der Balintgruppenarbeit: Ein Literaturüberblick und eine empirische Studie in Unterfranken. Psychother. Psychosom. med. Psychol. 43, 1993, 200-206

Hennch, Ch., Werner, A., Linderkamp, O., Jansen, C., Verveur, D., Rusch, S., Herzog, W.: Vergleichende Evaluation von dezentraler stationsgebundener Qualitätssicherung und Stationsteam-Supervision. In: E R Petzold, F Kröger (Hrsg.): Selbstorganisation und Organisationswandel in der Psychosomatik. VAS, Frankfurt, 1999. S. 315-325.

Koukkou M, Lehmann D: Ein systemtheoretisch orientiertes Modell der Funktionen des menschlichen Gehirns und die Ontogenese des Verhaltens. Eine Synthese von Theorien und Daten. In: Koukkou M, Leuzinger-Bohleber M, Mertens W (Hrsg.): Erinnerung von Wirklichkeiten: Psychoanalyse und Neurowissenschaften im Dialog, Band 1. Verlag Internationale Psychoanalyse, Stuttgart, 1998a

Koukkou M, Lehmann D: Die Pathogenese der Neurose und der Wirkungsweg der psychoanalytischen Behandlung aus der Sicht des "Zustandswechsel-Modells" der Hirnfunktionen. In: Koukkou M, Leuzinger-Bohleber M, Mertens W (Hrsg.): Erinnerung von Wirklichkeiten: Psychoanalyse und Neurowissenschaften im Dialog, Band 2. Verlag Internationale Psychoanalyse, Stuttgart, 1998b