

[Homepage](#)

[Balintgruppen](#)

[Balinttagungen](#)

[Literatur](#)

[SBG](#)

[Links](#)

Balint-Gruppen-Arbeit

Dr. med. Arthur Trenkel, Spezialarzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, Via Madonna della Salute 30, CH - 6900 Massagno

Vortrag am Fortbildungskurs der Schweiz. Gesellschaft für Pädiatrie vom 24. bis 29. Oktober 1983 in Basel.

Einleitung

Im vergangenen Juli fand in Wien ein Weltkongress der Psychiatrie statt, wobei erstmals eine halbtägige Plenarsitzung der Kinderpsychiatrie gewidmet war. Obwohl ich nicht Kinderpsychiater bin - vielleicht gerade deshalb -, empfand ich persönlich diesen Vormittag als etwas vom Besten, was ich auf dem gigantischen Kongress erlebt habe. In diesen Referaten und Diskussionen kamen auch Ebenen zum Klingen, die sonst eher gefehlt haben: Es war von Zeit und Raum die Rede, von individueller menschlicher Entwicklung, von schicksalshaften Ereignissen im persönlichen Lebensfluss, von der Förderung und Hemmung künftiger Daseinsmöglichkeiten, kurz, es wurde nicht nur von allgemeinverbindlichen Daten und Fakten gesprochen, sondern auch von lebensgeschichtlichen Dimensionen des einzelnen. Ich gewann in Wien den Eindruck, dass die Kinderpsychiater, deren Spezialität noch gar nicht lange als eigenständige Disziplin etabliert ist, so etwas wie die Avantgarde einer Psychiatrie der Zukunft verkörpern, einer Psychiatrie nämlich, die wieder den Mut hat, beim Menschsein zu beginnen und dieses nicht ausschliesslich auf Molekularbiologie zu reduzieren. Einer der Referenten hat meinen Eindruck auch selbstgewiss in Worte gefasst und gesagt, die Kinderpsychiatrie sei viel zu wichtig, als dass man sie allein den Kinderpsychiatern überlassen dürfte.

Diesen Satz habe ich mir gut gemerkt, und ich möchte ihn gerne als Einstieg zu meinem Referat benutzen. Der Satz gefällt mir deshalb ausgezeichnet, weil er nicht mit der Feststellung schliesst, es brauche angesichts der Wichtigkeit eines medizinischen Fachgebietes noch mehr entsprechende Spezialisten, sondern weil er aussagt, dass das Wesentliche der betreffenden Wichtigkeit gerade nicht allein Sache von Spezialisten sei. So habe ich jedenfalls diese Aussage verstanden, und ich denke, dass die Pädiater die ersten und nächsten sein müssten, welche der Satz

angeht, auch die ersten und nächsten, welche seine Wahrheit bestätigen könnten.

Ich darf sicher voraussetzen und annehmen, dass auch im Bereich der Kinderheilkunde weitaus der grösste Teil aller psychischen Störungen und Beeinträchtigungen nicht beim Fachspezialisten behandelt werden, sondern beim sogenannten Somatiker, dem Leibarzt. In der Erwachsenenmedizin glaubt man heute zu wissen, dass gut neun Zehntel der behandlungsbedürftigen psychischen Beeinträchtigungen nicht vom psychiatrischen Facharzt therapiert werden und dass andererseits mindestens ein Drittel der Arbeitszeit eines Allgemeinarztes für psychologische Fragen und Probleme aufgewendet werde. Der Vergleich der beiden Angaben, die ich einem veröffentlichten Interview mit E. Heim entnehme, lässt überdies vermuten, dass die zahlreichen Somatisierungen primär psychischer Störungen nicht voll berücksichtigt wurden bzw. grösstenteils der rein körpermedizinischen Tätigkeit zugeordnet blieben.

Ich muss bekennen, dass ich persönlich derartigen Zahlen nicht allzu grossen Wert beimesse, weil ich überzeugt bin, dass die Feststellungen, die man hier macht und dann zählt, unter sehr unterschiedlichen Voraussetzungen zustande kommen und dass sie in besonderer Weise vom Beobachter, hier also vom Blick und der gewohnten Betrachtungsweise des Praktikers, abhängig sind. Freilich bin ich nur skeptisch in bezug auf die Messbarkeit dieser prozentualen Verteilung. Dass der Anteil des Psychischen in der heutigen Allgemeinmedizin beträchtlich ist, scheint mir ausser Zweifel, und ich bin so kühn, diesen Anteil in der Kinderheilkunde für noch beträchtlicher zu halten als in der Medizin für Erwachsene.

Wenn diese Vermutung zutrifft, braucht es nur noch einen kleinen Schritt, aber vielleicht wieder eine gewisse Kühnheit des Denkens, um sich ernsthaft die Frage zu stellen, ob die gängige Unterscheidung von Psyche und Soma, von psychogener und somatogener Störung, in der kinderärztlichen Praxis überhaupt sehr sinnvoll und letztlich sachgerecht sei. Wäre nicht die Kinderheilkunde - als praktischer Erfahrungsraum, nicht als abstraktes Wissensgebiet - die Fachdisziplin der Heilkunde, welche die Fragwürdigkeit unserer traditionellen und institutionellen Psyche/Soma-Spaltung als erste durchschauen müsste und ihre Einblicke auch der übrigen Medizin vermitteln könnte? Ich möchte vermuten, dass die relative Einheit von Psyche und Leib gerade bei Kindern derart deutlich ist, dass es für die gesamte praktische Medizin ein Gewinn wäre, wenn die Kinderärzte entsprechende Erfahrungen ernst nehmen und beschreiben würden, auch dann und gerade dann, wenn ihre Einsichten die abgesteckten Grenzen des Fachwissens und der Lehrbücher überschreiten.

Wenn ich mit solchen Annahmen und Vermutungen recht habe, darf ich gewiss auch hoffen, dass es nicht allzu schwerfallen müsste, Ihnen das Wesentliche dessen nahezubringen, was ich im folgenden «Balint-Arbeit» nenne. An sich ist diese Arbeit in höchstem Masse ungeeignet, sich in Form einer Vorlesung und ex

cathedra darstellen zu lassen, denn es geht dabei nicht um ein zusätzliches Wissen und seine praktische Anwendung, sondern vorab um ein Training, eine Ausbildung in jenen Aspekten des Berufes, die man meist unbesonnen dem sogenannten gesunden Menschenverstand überlässt und dort gut aufgehoben glaubt. Nicht ein psychiatrisches oder psychotherapeutisches Zusatzinstrumentarium im Sinne eines allgemeinen Wissens und Könnens will die Balint-Arbeit vermitteln, sondern die Fähigkeit, das eigene Sehen und Hören, das persönliche Empfinden, Fühlen und Wahrnehmen auch im beruflichen Umgang mit Patienten einzubringen und zu nutzen. Diese Fähigkeit des einzelnen ist bedeutend differenzierter, als wir gemeinhin glauben, auch entschieden differenzierter als der erwähnte gesunde Menschenverstand, der ja oft nichts anderes als platter Allerweltskonformismus ist.

Balint-Arbeit ist konkrete Praxisforschung, aber nicht im üblichen wissenschaftlichen Blick der objektivierenden Verallgemeinerung, sondern im jeweilig spezifischen Medium der zwischenmenschlichen Wahrnehmung und Kommunikation, wobei die verbale Verständigung nicht der alleinige Modus ist. Insgesamt wird hier zunehmend deutlich, dass es noch andere Arbeitsperspektiven als die der somatischen Medizin einerseits und der nach demselben Modell reduzierten Psychiatrie andererseits gibt und dass diese andersartigen Zugänge für beide Bereiche auch neue Erkenntnishorizonte öffnen. Ich will mich aber nicht sogleich mit wissenschaftstheoretischen Aspekten dieser Arbeit befassen, sondern möchte zunächst einen historischen Überblick geben, selbst auf die Gefahr hin, Dinge zu wiederholen, die schon oft formuliert wurden.

Die Anfänge der Balint-Arbeit: Forschung und Ausbildung in einem

Michael Balint war ein ungarischer Psychoanalytiker, der nach England ausgewandert ist, wo er 1950 begann, mit einer Gruppe von Praktikern zusammenzuarbeiten, um mit diesen gemeinsam «die psychologischen Probleme innerhalb der medizinischen Allgemeinpraxis zu studieren». Balint selber war nicht nur ein origineller, vielseitig interessierter Psychoanalytiker mit eigenen Ideen und einem hervorragenden Sinn für nuancierte sprachliche Formulierung, er war zunächst auch der Sohn eines Allgemeinpraktikers. Zweifellos hatte er grossen Respekt vor der Tätigkeit der Allgemeinärzte, und ich glaube, dass sein ehrliches und unvoreingenommenes Interesse für deren Alltagswerk eine entscheidende Triebfeder zur kollegialen Zusammenarbeit war. Nach seinem eigenen Bericht ging er dabei von der einfachen Vorstellung aus, «dass sich in der allgemeinärztlichen Praxis zwischen Arzt und Patient viel mehr abspielt, als allgemein diskutiert wird», und er versuchte deshalb, interessierte Kollegen in einer Gruppe von etwa zehn Teilnehmern dazu zu bewegen, in freier Atmosphäre viele «persönliche Einzelheiten ihrer täglichen Arbeit » preiszugeben und in Form eines gegenseitigen Austausches zu diskutieren.

Eine der ersten Übereinstimmungen, die dabei gefunden wurden, war die Einsicht, dass der Arzt selber das am meisten verwendete Heilmittel in der Praxis sei, was zum inzwischen etwas abgegriffenen Schlagwort von der «Droge Arzt» geführt hat. Viel wesentlicher als diese Formel war indessen die Konsequenz, welche die erste Balint-Gruppe aus dieser Feststellung gezogen hat, nämlich ihre Arbeitsweise ganz auf das Studium von konkreten Falldarstellungen auszurichten und dabei die jeweilige Arzt-Patient-Beziehung sorgfältig unter die Lupe zu nehmen. Es ging dabei nicht so sehr um die Frage, ob die Beziehung zwischen Arzt und Patient in einem allgemeinen Sinn gut oder schlecht sei oder ob der Arzt eine bestimmte Situation richtig oder falsch erfasst habe, sondern das Interesse der Gruppenarbeit richtete sich von Anfang an auf die jeweils besonderen Vorgänge und Geschehnisse, die sich zwischen diesem Arzt und jenem Patienten in ihrer gegenseitigen Beziehung abgespielt haben oder - etwas vorsichtiger ausgedrückt - abgespielt haben könnten. Diese Einstellung auf das Individuelle, Einmalige und Besondere, dieses Ernstnehmen des Persönlichen und Aussergewöhnlichen, das sich speziell im Medium des Zwischenmenschlichen aufschliesst, war von vornherein die Quintessenz dieser Praxisforschung, und sie ist auch heute das unabdingbare Spezifikum der Balint-Arbeit.

Wenn ich in diesem Zusammenhang von Forschung rede, so deshalb, weil dieser Aspekt in der englischen Pioniergruppe eine wichtige Rolle spielte, wobei sich alle Beteiligten darüber im klaren waren, dass es hier um eine besondere Art von Forschung ging, nämlich um eine Forschung, die nur von den Ärzten «in vivo» durchgeführt werden konnte, weil die entsprechenden Vorgänge nur in der jeweiligen Praxis zu beobachten waren. Weil zudem der Beobachter selbst an den interessierenden Befunden beteiligt war, was seit den Erkenntnissen heutiger Physik keineswegs mehr anrühlich zu sein braucht, setzt diese Forschung freilich auch eine besondere Ausbildung voraus, und diese geschah durch ein regelmässiges Training im Wahrnehmen und Verstehen von Beziehungsphänomenen, vorab natürlich jener, in die man selber merklich involviert oder verstrickt war.

Dies ist es, was die Arbeit in sogenannten Balint-Gruppen auch heute vermitteln möchte, nämlich eine Ausbildung durch konkrete Beziehungsforschung, ein wachsendes Sensorium für die reziproken Vorgänge im Bereich der Affekte, Stimmungen und Empfindungen, das heisst ein allmähliches Vertrautwerden mit einer Erfahrungsdimension, die üblicherweise im Umgang zwischen Arzt und Patient unbeachtet bleibt. Balint nannte diesen Kommunikations- und Erkenntnisbereich die «andere Ebene», und er versuchte, mit seinen Kollegen aus der Allgemeinmedizin deren diagnostische und therapeutische Bedeutung aufzuzeigen.

Die ersten Ergebnisse dieser Arbeit, die von Balint als eine «Mischung von Forschung und Ausbildung» verstanden wurde, bilden den Inhalt seines Buches «Der Arzt, sein Patient und die Krankheit», das erstaunlicherweise eine Art Bestseller wurde und 1957 auch auf deutsch erschien. In der Folge dieses recht konkret

und anregend dargestellten Berichtes über das erste Balint-Seminar in London wurden in den meisten europäischen Ländern ebenfalls entsprechende Gruppen gebildet, wobei der Leitgedanke dieser Arbeit aufgenommen und mehr oder weniger im Sinne der Pioniere weitergeführt wurde.

Bei diesen Nachfolgegruppen stand die Ausbildung bei weitem im Vordergrund; von Forschung war leider kaum mehr die Rede. Viele Praktiker waren offensichtlich angesprochen von der Möglichkeit einer Ausbildung in Form eines gegenseitigen Austausches, der sich nicht allein auf objektivierte Befunde bezog, sondern auch emotionelle, subjektive und vor allem intersubjektive Erfahrungen einschloss. Es handelte sich um eine Ausbildung, die andere Wege ging als die gewohnten Unterrichtskurse; vor allem war die Spielregel, dass der Arzt, wenn er von einem Patienten berichtete, gleichzeitig auch seine eigenen Gefühlsreaktionen, seine Affekte und Empfindungen mitteilen sollte, etwas sehr Neuartiges. Eine Ausbildung wurde angeboten, welche die Person des Arztes einbezog, ohne sie direkt ins Zentrum zu stellen, und das Ganze schien überdies ein verheissungsvoller Weg zu einer Psychotherapie in der ärztlichen Allgemeinpraxis zu werden.

Suche nach spezifischer Psychotherapie in der Allgemeinpraxis

Dies war bald das deklarierte Ziel der englischen Pioniergruppe mit Balint, nämlich geeignete «psychotherapeutische Techniken» zu entwickeln, welche sich harmonisch und möglichst nahtfrei in den beruflichen Alltag des Praktikers integrieren liessen. Der Weg begann bei der sogenannten «langen Aussprache», die man einzelnen Patienten aufgrund gewisser Äusserungen oder Feststellungen einräumte, wobei sich diese Methode bald als zu schwerfällig und auch zu selektiv herausstellte, weil diese «langen Aussprachen» gewöhnlich nicht innerhalb der üblichen Sprechstundenzeit angeboten werden konnten und weil nur ausgewählte Patienten dazu bestellt wurden. Das wichtigste Element, das mit dieser Methode entwickelt, eingeübt und später auch beibehalten wurde, war das, was Balint ganz schlicht «das Zuhören» nannte, nämlich eine Haltung des Arztes, die nicht auf ein aktives Ausfragen im Sinne der üblichen Anamnese-Erhebung ausging, sondern dem Patienten die Gelegenheit geben sollte, von sich zu sprechen und dabei seine eigene Welt zu entfalten und im Rahmen des Möglichen mitzuteilen. Freilich war diese Methode, gemessen an der herkömmlichen Praxisrealität, nicht nur schwerfällig und hinsichtlich der Patienten selektiv; sie hatte auch den Nachteil, sehr aufwendig und zeitraubend zu sein.

Diesem Umstand versuchte man in der Folge dadurch abzuwehren, dass man mit sogenannter «selektiver Aufmerksamkeit und selektiver Nichtbeachtung» Gespräche führte, das heisst, diese nur auf einzelne angeschnittene Themen konzentrierte, wobei es wichtig war, dass diese Auswahl nicht allein vom Arzt, sondern auch vom Patienten vorgenommen wurde. Praktisch und konkret bedeutete dies, dass der Arzt dem Patienten vorschlug, diesen

oder jenen Aspekt seiner derzeitigen Lebenssituation künftig mit besonderer Aufmerksamkeit zu verfolgen, sofern ein solches Vorgehen auch dem Patienten sinnvoll erschien. Man nannte diese Technik «Fokalthherapie»; sie eignete sich bedeutend besser für die Allgemeinpraxis, war aber immer noch eine Art Fremdkörper im täglichen Praxisgeschehen, weil auch diese Methode nicht völlig in den Ablauf des übrigen Tuns integriert werden konnte. Ferner sah sich der Arzt auch hier genötigt, eine gewisse Auswahl unter den Patienten vorzunehmen.

Es wurde deshalb erneut nach Beziehungs- und Kommunikationsmöglichkeiten gesucht, welche es dem Praktiker erlauben sollten, allen Patienten auf der «anderen Ebene» zu begegnen, sobald diese eine Bereitschaft dazu signalisierten, und andererseits sollten sich diese Möglichkeiten so in die gegebene Realität einer Praxis einfügen lassen, dass sie den gewohnten Arbeitsablauf nicht wesentlich beeinträchtigten. Die gesuchte «Technik» sollte sich demnach auf ein erweitertes Verständnis des Patienten in seiner Beziehung zum Arzt ausrichten, aber nicht mehr Zeit in Anspruch nehmen, als in einer üblichen Konsultation angeboten wird.

Man konzentrierte sich auf gewöhnliche Patientenkontakte im Sprechzimmer, die nicht länger als 10 bis 15 Minuten dauerten, und fragte sich, ob nicht auch in diesem Rahmen, das heisst unter den alltäglichsten Bedingungen, bemerkenswerte Verständigungen «auf der anderen Ebene» möglich seien. Man fand, dass dies recht häufig der Fall war und dass es sich meist unbeabsichtigt ergab, vorausgesetzt, dass man weitgehend auf die traditionelle Art, ein ärztliches Gespräch zu führen, verzichten konnte. Es ging einfach darum, sich ganz auf das einzustellen und einzustimmen, was der Patient dem Arzt wirklich mitteilte, sei es in Worten oder anderswie, sei es willentlich geäußert oder mehr zufällig deponiert, oder sei es überhaupt nur als atmosphärische Empfindung wahrnehmbar. Diese Haltung des Sich-Einstimmens wurde nun geübt, wobei vollends deutlich wurde, wie sehr sie sich von der herkömmlichen, rollenbedingten Haltung des vor allem krankheitszentrierten Arztes unterscheidet. Es war ein «Zuhören» im offenen zwischenmenschlichen Raum, nicht allein im Bereich eines technisch reduzierten Informationsaustausches, eine Art von Kommunikation, in welcher auch der «innere» Patient zum Sprechen angeregt werden sollte.

Die Umorientierung auf diese erweiterte, mehr rezeptive als tätig-unternehmende Haltung war natürlich mehr als eine kognitive Leistung. Sie betraf auch den Arzt als Person, denn wenn er begann, dem Patienten in bezug auf Lebensbereiche zuzuhören, welche für sein bisheriges Denken uninteressant oder gar unwirklich waren, so musste er auch bei sich selbst die Bereitschaft entwickeln, entsprechende Bereiche zuzulassen und so seinen eigenen Erlebnisraum zu erweitern. Dabei wurde die offene Erfahrung des Menschlichen und des Zwischenmenschlichen auch zu einem Erkenntnisraum, der die herkömmliche Perspektive ergänzte.

Der «Flash» und die Umkehr der ärztlichen Einstellung

Balint und seine letzte Forschungsgruppe gingen bei ihren konkreten Untersuchungen in diesem Bereich von einem Beziehungsphänomen aus, das sie «Flash» nannten, weil es durch eine blitzartig sich einstellende Einsicht, Erleuchtung, Begegnung oder einfach Veränderung innerhalb des Arzt-Patient-Verhältnisses gekennzeichnet ist. Solche Flash-Ereignisse sind nicht leicht in Worte zu fassen oder gar verbindlich zu definieren. Sie sind einerseits soviel wie nichts, ein kurzes Loslassen des Gewohnten, ein gemeinsames Auflachen, ein Staunen oder Gerührtsein, und andererseits sind sie von solcher Erlebnisqualität, dass sie eine Beziehung und auch anderes nachhaltig verändern können. Man kann diese blitzartigen Begegnungen nicht willentlich herbeiführen oder machen, sie ereignen sich in unvorhergesehener Weise, und das Wichtigste am Ganzen ist das Ernstnehmen dessen, was das «geöffnete Fenster» für einen kurzen Augenblick erkennen lässt.

Die Gruppe mit Balint hat die Auswirkungen eines solchen Flash-Kontaktes auf die weitere Arzt-Patient-Beziehung und auch auf die «Krankheiten» der betreffenden Patienten untersucht. Es wurde dabei als erstes eine Abnahme der Konsultationsfrequenz bzw. eine Lockerung der ärztlichen Inanspruchnahme festgestellt sowie eine damit einhergehende Beruhigung des sogenannten «Krankheitsangebotes». Dieser Ausdruck bezeichnet die Gesamtheit der Klagen und Beschwerden, welche ein Patient bei den Konsultationen oder Besuchen vorbringt: nach einem festgestellten Flash zwischen Arzt und Patient gingen diese «Angebote» meist zurück, weil sich offenbar etwas Bedeutsames verändert oder beruhigt hatte. Dieser Befund, nämlich dass sich selbst nach einem sehr kurzen gegenseitigen Verständnis neue Konstellationen mit veränderten Erwartungen und auch anderen Möglichkeiten ergeben können, zeigt meines Erachtens exemplarisch, dass im offenen zwischenmenschlichen Begegnungs- und Beziehungsraum mächtige Kräfte am Werk sind, die in der praktischen Medizin ihre Bedeutung haben.

Während diesen Untersuchungen über den sogenannten Flash ist Michael Balint 1970 gestorben. Die Ergebnisse dieser letzten Forschung unter seiner Leitung sind in einem Buch mit dem Titel «Fünf Minuten pro Patient» zusammengestellt, das von seinen Mitarbeitern und Enid Balint herausgegeben wurde.

Wie schon angedeutet, ist in meiner Sicht das wichtigste Ergebnis dieser Untersuchungen nicht so sehr die Erfassung und Beschreibung des Flash-Phänomens selbst sowie seiner Bedeutung für die Praxis, sondern vielmehr das damit verbundene Verständnis für die andersartige Einstellung des Arztes, welche als Voraussetzung für solche blitzartigen Begegnungen erkannt wurde. Diese andere Einstellung war die nun deutlich in Erscheinung tretende Konsequenz einer allmählich vollzogenen Umkehrbewegung im ärztlichen Verhalten, welche für mich noch heute im Zentrum der Balint-Arbeit steht. Ich rede von der Veränderung der ärztlichen Einstellung, die damit ihren Anfang

nimmt, dass sich der Akzent des Interesses vermehrt auf das «Zuhören» konzentriert anstelle des üblichen Explorierens nach dem «Modell des Meisterdetektivs», der durch aktives Befragen hinter die Geheimnisse zu kommen sucht. Diese betont aktive Haltung lässt den Arzt im Blick des Patienten und vielleicht auch in seinem eigenen ziemlich mächtig erscheinen, und sie kommt dem so Ausgefragten bzw. Explorierten nicht selten als bedrohliches und persekutorisches Eindringen vor, was freilich einem Dialog nicht gerade förderlich ist. Diese rollentypische Aktivität gilt es, mehr und mehr abzubauen und durch ein Verhalten zu ersetzen, welches dem Patienten erlaubt, seine ebenfalls rollentypische Passivität aufzugeben und statt dessen mehr Eigenbewegung zu entfalten. Der Arzt sollte sich vom Patienten mehr «gebrauchen» und «benützen» lassen, freilich nur im Sinne eines interessierten und antwortenden menschlichen Gegenübers, als lebendiger Spiegel, in welchem sich der Patient selbst in seiner eigenen Wirklichkeit wahrnehmen und erkennen kann.

Solches Umlernen ist keine Kleinigkeit, weil es sich nicht allein im Bereich des Denkens und Wissens abspielt, sondern diese Ebene durch eine andere, im Grunde viel ursprünglichere Erfahrungsdimension ergänzt. Die «andere Ebene» liegt auch im Arzt auf einer anderen Ebene, das heisst, sie fordert ihn dort heraus, wo er sich als Fachmann mit entsprechenden Kompetenzen kaum mehr aufhält, nämlich in seinem eigenen Menschsein mit individuellem Gesicht, Gehör und Gespür. Das Umlernen, von dem ich rede, beginnt also mit einer Neubewertung von ungebräuchlich gewordenen Möglichkeiten auf der Ebene der zwischenmenschlichen Erfahrung, das heisst mit einem Ernstnehmen von Fähigkeiten, die wir gelernt haben geringzuschätzen, weil sie nur individuell und interpersonell fasslich sind, nicht aber allgemeinverbindlich und experimentell. Praktisch heisst dies, dass die Umwertung im Verlaufe des beschriebenen Umlernens vor allen Dingen eine Sache der Blickeinstellung und der Akzentsetzung des Arztes ist, indem er sich zunehmend auch für Dinge interessiert, die er in der traditionellen, einseitigen Einstellung als irrelevant oder «nur subjektiv» unbeachtet liess. Es handelt sich somit vor allem um eine Erweiterung des Blickes und damit um eine Relativierung jener Perspektive, die in unserem medizinischen Denken, Suchen und Forschen eine Monopolstellung erlangt hat. Es geht um die Korrektur dieser Einäugigkeit, und dies im Raume der Praxis des einzelnen Arztes.

Diese veränderte Optik ist das zentrale Thema der Balint-Arbeit. Das Umlernen ist wohl deshalb keine Kleinigkeit, weil es in einer sehr ungewohnten Richtung vor sich geht; es ist auch keine Kleinigkeit, diesen Prozess angemessen zu beschreiben, vermutlich aus analogen Gründen. Man kann ihn sowenig abschliessend definieren, wie man ihn abschliessend durchlaufen kann. Die neugewonnene Sicht soll aber auch nicht abgeschlossen, eingegrenzt und definiert werden, denn es handelt sich in erster Linie um ein Öffnen, und dies aus der zunehmenden Einsicht heraus, dass wesentliche Dimensionen unserer Existenz

und damit auch des menschlichen Gesund- und Krankseins nur in diesem Öffnen und nur bei erweiterter Blickeinstellung zugänglich sind.

Die englischen Ärzte um Balint sind von ganz alltäglichen Phänomenen in ihrer Praxis ausgegangen, und je mehr sie sich in deren komplexe Wirklichkeit vertieften, um so evidenter wurde es, dass es kaum etwas Ernsteres gibt als den praktischen Alltag. Sie wurden auch inne, dass es Bereiche gibt innerhalb der Heilkunde, wo die Praxis der Theorie voraus ist und nicht lediglich deren Anwendung, wie wir oft kleinmütig glauben.

Entwicklungen nach Balints Tod

Wenn wir Schweizer nicht so sehr von nationaler Bescheidenheit imprägniert wären, hätten wir Grund zu einigem Stolz im Hinblick auf die Rolle, die wir als Förderer, Mittler und Katalysatoren bei diesen Entwicklungen gespielt haben und vielleicht noch immer spielen. Dies ging aus der Tatsache hervor, dass Michael Balint und seine Frau, Enid Balint, seinerzeit bereit waren, einer Anregung der Schweizerischen Gesellschaft für psychosomatische Medizin zu folgen und in Sils Maria, wo diese Gesellschaft alljährlich ihre Silser Woche durchführte, den dortigen Teilnehmern zu zeigen, wie sie mit praktizierenden Ärzten arbeiten. Bis zum Tode von Balint, das heisst Ende 1970, stand in der Folge die Silser Woche ganz im Zeichen dieser Arbeit, wobei der Charakter des Zeigens vor interessierten Zuschauern recht bald in den Hintergrund trat und dem aktiven Mitmachen und Lernen der Teilnehmer wie auch der Veranstalter den Vorrang liess.

Die Silser Woche wurde so unter Mitwirkung des Ehepaares Balint etwas ganz Neuartiges, und dies auch für die Balints selbst, nämlich eine Veranstaltung, wo etwa 100 Ärzte eine Woche lang anhand von konkreten Fallberichten die beziehungskonzentrierte Arbeitsweise und die entsprechende Erfahrungsdimension kennenlernten, und zwar durch ganz persönliches Erleben und Mitgehen bei vielen Falldarstellungen. Die Fallbesprechungen erfolgten teils in der sogenannten Grossgruppe, wo alle Teilnehmer zusammen die Arbeit einer kleineren Innengruppe unter der Leitung von Balint verfolgten, dann aber auch in Kleingruppen von 10 bis 12 Teilnehmern, welche formal den üblichen Balint-Gruppen entsprachen.

Die Gelegenheit, auf solche Weise die Arbeit «in vivo» und mit Balint selber kennenzulernen, hat natürlich viele Kollegen interessiert und nach Sils gezogen, freilich auch zahlreiche Ärzte aus dem Ausland. So ist es gekommen, dass nach dem Tode Balints diese Arbeitsweise nach dem Modell der Silser Woche nicht nur in Sils selbst alljährlich weitergeführt und entwickelt wurde, sondern dass sich auch im Ausland entsprechende Ableger entfalteten. Als erstes wurde 1972 das Seminaire franco-suisse in Divonne aus der Taufe gehoben, wobei auch hier die Schweizerische Gesellschaft für psychosomatische Medizin zusammen mit der entsprechenden französischen Gesellschaft zu

Gevatter stand. Im Jahre 1975 wurden H.-K. Knoepfel und ich gebeten, auch in Deutschland ein analoges Seminar von mehreren Tagen ins Leben zu rufen. Dies geschah in Hahnenklee in der Nähe von Göttingen, wo seither ebenfalls, wie in Sils und Divonne, jährliche Ausbildungsseminare nach dem gleichen Grundmuster stattfinden.

Es würde dem Geist dieser Arbeit wenig gerecht, wenn diese «Filialen» der Silser Woche unter sich und mit der Mutterveranstaltung völlig identisch wären. Es gibt überall einen spezifischen Genius loci, und auch die Seminare am jeweiligen Ort haben von Jahr zu Jahr ein anderes Gepräge, was meines Erachtens sehr für die grundlegende Lebendigkeit dieser Arbeit spricht. Sowohl in Frankreich wie in Deutschland, neuerdings auch in Belgien, haben sich in den vergangenen Jahren noch weitere Ableger entwickelt, gleichsam schon Grosskinder der Silser Woche.

Nicht vergessen will ich an dieser Stelle eine andere Schweizer Veranstaltung, die zwar nicht ganz denselben Charakter hat wie die beschriebene Grossfamilie der Silser Woche, die aber doch auch recht wichtig wurde für die Entwicklung der Ideen und vor allem für den kontinuierlichen Erfahrungsaustausch über die Grenzen. Ich meine das «Balint-Treffen» in Ascona, das auch schon seit elf Jahren durchgeführt wird und jeden Frühling viele Kollegen im Tessin versammelt. Diese Veranstaltung verdanken wir ganz der Initiative von B. Luban, und meines Erachtens liegt ihre Bedeutung, abgesehen vom schon erwähnten Erfahrungsaustausch auf grosser Breite, speziell auch in der Tatsache, dass sich eine wachsende Beteiligung interessierter Studenten ergeben hat und dass diese Studenten an der Arbeit der Praktiker, Spezialisten und Dozenten aktiv teilnehmen. Im übrigen unterscheidet sich die alljährliche Asconeser Tagung von den zuvor erwähnten Seminarien nach dem Silser Modell dadurch, dass der Akzent hier mehr auf Information liegt und weniger auf Formation bzw. Ausbildung. In Sils und auch in Divonne finden beispielsweise keine Vorträge statt, während sie bei den Treffen von Ascona einen wichtigen Teil des Programms ausmachen.

Heutige Standortbestimmung und Ausblicke

Dem historischen Überblick, den ich Ihnen hier zu skizzieren versuchte, möchte ich nun eine Art von Standortbestimmung folgen lassen, wobei ich gleichzeitig auch die möglichen Perspektiven einer künftigen Entwicklung zu beleuchten trachte. Ich habe bereits erwähnt, dass es zum Wesen der Balint-Arbeit gehört, dass es nicht um eine allgemeinverbindliche Betrachtungsweise im Sinne einer Doktrin oder gar einer Orthodoxie geht, sondern dass die individuelle Vielfalt und damit auch die Stilunterschiede ein Kernstück der Sache selbst sind. So war es von Anfang an unvermeidlich, dass sich die Interessen und ihre Akzentuierungen nicht überall in gleicher Weise entwickelt und herausgeschält haben, wenn auch die Hauptsache, nämlich die Zentrierung des Blickes auf die zwischenmenschlichen Aspekte der Arzt-Patient-

Beziehung, selbstverständlich für alle Variationen das Grundthema blieb. Ich möchte im folgenden speziell einen Unterschied der Akzentsetzung verdeutlichen, der sich in den vergangenen Jahren abzuzeichnen beginnt und der mir im Blick auf die Zukunft besonders wichtig ist.

Wie ich Ihnen bereits in meinem Überblick über die Anfänge und die ersten Schritte auf dem Weg, den Balint selber mit seiner Pioniergruppe gegangen ist, dargelegt habe, war das anvisierte Ziel unter anderem die Erforschung von psychotherapeutischen Möglichkeiten im Bereich und im Setting der Allgemeinpraxis. Man versuchte verschiedene Techniken, um psychotherapeutische Aspekte so in die gewohnte Praxis einzufügen, dass die Spaltung zwischen der herkömmlichen Tätigkeit und den psychologischen Horizonten möglichst verschwinden sollte. Ich habe berichtet, wie diese Aussicht im Zusammenhang mit dem sogenannten Flash-Konzept schliesslich verheissungsvoll wurde, dass aber die entsprechenden Forschungsergebnisse beim Tode Balints erst fragmentarisch vorlagen. In der Folge geriet diese aussichtsreiche Perspektive leider bald etwas in Vergessenheit bzw. in den Schatten der früheren Gruppenarbeit, wie sie im klassischen Buch «Der Arzt, sein Patient und die Krankheit» ihren Niederschlag gefunden hatte.

So gab es gewissermassen zwei Entwicklungslinien nach dem Tode Balints: Die eine war die Fortsetzung der Gruppenarbeit nach dem Muster des ersten Buches, wobei der Akzent weiterhin auf den psychotherapeutischen Möglichkeiten des somatisch tätigen Arztes lag, die andere war der Versuch, die letzten Forschungsperspektiven weiterzuentwickeln und dabei die Spaltung zwischen der psychischen und der somatischen Dimension des Arztes für die Praxis möglichst abzubauen.

Die erste Entwicklung breitete sich vor allem in Deutschland aus. wo heute die Balint-Methode unter anderem als Vehikel benützt wird, interessierten Ärzten eine psychotherapeutische und psychosoziale Zusatzausbildung zu vermitteln, wobei man wissen muss, dass es in Deutschland keinen Spezialarzt für Psychiatrie und Psychotherapie gibt wie bei uns, statt dessen einen sogenannten Zusatztitel für Psychotherapie, den jeder Arzt durch eine Sonderausbildung erwerben kann, auch der Psychiater.

Die andere Entwicklungslinie wurde mehr in Frankreich durch Michel Sapir und bei uns in der Schweiz fortgesetzt. Bei diesem Ansatz geht es nicht so sehr darum, psychotherapeutische Fertigkeiten im Sinne einer psychologischen Einsicht zu fördern, sondern mit Ärzten der verschiedensten Fachrichtungen immer neu bei jedem berichteten Fall zu prüfen, welche Einblicke auf der Beziehungsebene zu gewinnen sind und welche Schlüsse sich für den behandelnden Arzt ergeben. Dieses Vorgehen will möglichst vermeiden, das Lernen auf bereits standardisierte Konzepte im Sinne einer psychotherapeutischen Lehre auszurichten, sondern will den Blick des einzelnen Arztes für das zwischenmenschliche Geschehen in seinem je eigenen Arbeitsbereich schärfen. Es soll

also nichts Zusätzliches in dieses Arbeitsfeld hineingetragen, sondern für das ohnehin Geschehene ein erweitertes Verständnis gefunden werden, so dass sich auch andere Entwicklungen ergeben können.

Praktisch-konkret geht dies so vor sich, dass ein Kollege über einen Fall berichtet, der ihm in irgendeiner Weise Mühe macht oder besonders nahegeht, bei welchem er sich blockiert fühlt, verstrickt ist oder die Empfindung hat, es bewege sich nichts und er komme nicht vom Fleck usw. Wichtig ist in unserem Zusammenhang, dass es nicht um Fälle geht, die schon von der Diagnose her als psychosomatische oder gar psychiatrische Krankheiten etikettiert sind. Es gibt auch keine «Balint-Fälle» im Sinne einer allgemeinen Übereinkunft. Ein Fall wird dann zum «Balint-Fall», wenn ein Arzt das Bedürfnis verspürt, in der Gruppe über ihn zu berichten.

Ebensowenig wie es um Psychiatrie geht, geht es bei dieser Arbeit um Psychosomatik, wenn man mit diesem Begriff die Vorstellung verbindet, es gäbe bestimmte Krankheiten, eben die psychosomatischen, bei welchen auch anderes als das rein Somatische von Bedeutung sei, während dies bei allen übrigen Krankheiten nicht zutreffe. In der Perspektive der Balint-Arbeit kennen wir keine psychosomatischen Krankheiten in Abgrenzung zu rein körperlichen und rein psychischen Gesundheitsstörungen. In diesem Blick sind alle Krankheiten «psychosomatisch» bzw. man übt einen psychosomatischen Zugang bei jedem Patienten, der den Arzt im eigenen Erleben dazu anstösst, und dies auch dann, wenn unbestreitbare somatische Befunde vorliegen.

Die relationelle Perspektive und die Psyche/Soma-Spaltung

Wir nennen das Arbeiten in dieser Einstellung heute die relationelle Perspektive und setzen sie ab von der gewohnten objektivistischen Optik, wo es um allgemeingültige, sogenannte harte Daten und Fakten im Sinne der klassischen Naturwissenschaft geht. Es ist von entscheidender Bedeutung, dass wir diese beiden Betrachtungsweisen, die sich in der Praxis komplementär ergänzen können und sollen, nicht gleichsetzen mit der herkömmlichen institutionalisierten Dualität von Psyche und Soma. Die Psyche/Soma-Spaltung gehört als solche und in ihren beiden Anteilen zur objektivistischen Wirklichkeitsbetrachtung, ja sie ist in ihrer heutigen Ausformung geradezu eine direkte Konsequenz dieses Denkens und Forschens, das heisst einer Einstellung, die von vornherein wenig Sinn für komplexe Wechselwirkungen hat.

In der objektivistischen Optik, die wir alle gut kennen, weil wir fast ausschliesslich in ihr geschult und ausgebildet wurden, ist die Klage eines Patienten entweder das Zeichen einer organischen Veränderung, einer Verletzung oder Funktionsbehinderung, auf die sie als deren Symptom verweist, oder aber sie ist Ausdruck einer reaktiven Entwicklung oder gar einer Psychose. Der Arzt fühlt sich verpflichtet, alle Klagen und Beschwerden des Patienten als Hinweis auf eine Krankheit zu verstehen und den betreffenden Morbus anhand einer kodifizierten Nosologie und aufgrund von

objektivierbaren Daten festzustellen. Wenn es gelingt, das geklagte Beschwerdebild in einen kohärenten Bezug zu einem vorgegebenen Wissen zu bringen, dann sind die Klagen «abgeklärt»; gelingt diese Zuordnung aber trotz allen aufwendigen Bemühungen nicht, dann werden in einem zweiten Ansatz, jedoch in der gleichen Einstellung, auch die Konflikte und Lebensprobleme angegangen, die sogenannten «hinter dem Symptom» stehen und wirken. Es gilt bei diesem klassischen Vorgehen geradezu als Regel, das geklagte Symptom möglichst beiseite zu lassen, sobald man sich um die Hintergründe kümmert, ja es gibt Ärzte, welche dieses andere Leiden in einem anderen Praxisraum angehen.

Die relationelle Einstellung, wie sie in unserer Balint-Arbeit geübt wird, erschliesst indessen eine andere Möglichkeit, nämlich einen Zugang jenseits oder besser diesseits der theoretischen Psyche/Soma-Spaltung, indem der Arzt das angebotene Symptom als solches ernst nimmt, bei ihm bleibt und von daher einen spezifischen, von Fall zu Fall besonderen Weg einschlägt, um die verschiedenen Dimensionen des Leidens auszuleuchten. In dieser Einstellung ist zunächst alles Wechselwirkung, Gespräch im weitesten Sinn, was heisst, dass die Bedeutung eines Befundes nicht erst durch seine allgemeingültige Objektivierbarkeit bestimmt ist, sondern auch schon durch Eindrücke und Wahrnehmungen im Zwischenmenschlichen. Die Wahrheit des Wirklichen, wenn ich mich so ausdrücken darf, wird also nicht nur im Objektivierbaren gesucht, sondern auch im Erleben, wobei ich erneut betonen muss, dass sich die beiden Perspektiven keineswegs im Sinne eines «Richtig» oder «Falsch» ausschliessen, auch nicht als ein «Entweder-Oder». In der Praxis kann es durchaus ein «Sowohl-Als-auch» geben, was heisst, dass auch objektivierbare Fakten nicht *ausschliesslich* objektivierbare Fakten zu sein brauchen. Sie können in einem anderen Blick auch spezifische Aussagen mit Kommunikationswert sein, was neue Horizonte öffnet.

Ein Beispiel, das mir kürzlich begegnet ist: Ein junger Mann fühlt sich elend und krank. Er bestürmt seinen Hausarzt, einen Internisten, mit allerlei Verdachtsdiagnosen, die er selber stellt und die er so verängstigt und verzweifelt an den Mann bringt, dass der Kollege keine andere Wahl hat, als immer wieder entsprechende Untersuchungen vorzunehmen. Diese erlauben dem Arzt, die schlimmsten Befürchtungen auszuschliessen, womit er aber nur sich selbst beruhigen kann, keineswegs den Patienten, der weiterhin seine Lymphknoten vergrössert spürt und nach der Leukämie eine chronische Vergiftung ins Feld führt, die er mit seiner Berufstätigkeit in Zusammenhang bringt. Als auch dieser Verdacht durch immer differenziertere Untersuchungen, zuletzt in einer Universitätsklinik, entkräftet wird, behauptet der Patient, es sei ihm jetzt klar, dass er an AIDS leide, dieser neuen Krankheit, die durch den unaufhaltsamen Zusammenbruch des Immunsystems charakterisiert ist.

Im Zusammenhang mit *dieser* Diagnose gibt er allmählich dem Hausarzt *seine* Vorstellung preis, wie er sich «die Krankheit zugezogen» hat. Er berichtet von einem enthemmten

Sexualverkehr im Ausland und erzählt, dass er bald darauf die ersten Krankheitsanzeichen wahrgenommen habe. Er wisse, dass er bei diesem Ereignis «eine Seuche» aufgelesen habe und dass diese seither seinen Körper zersetze.

Ich verweise auf dieses Beispiel, um die Frage in den Raum zu stellen, ob die dargestellte «Erkrankung» nun somatisch oder psychisch sei. Für den gewohnten medizinischen Blick ist sie psychisch, weil somatisch keine Krankheit nachzuweisen ist, und psychiatrisch könnte man mit Recht von einer depressiv-hypochondrischen Reaktion bei einem vermutlich kontaktgestörten Jüngling sprechen. Aber benennt eine solche Etikette wirklich die Krankheit des *Patienten*? Für ihn steht es doch ausser Zweifel, dass er körperlich verseucht ist, weil er sich «die Seuche» bei einem ausgesprochen körperlichen Vorgang geholt hat. Er wird schwerlich zu überzeugen sein, dass sein Leib unversehrt geblieben ist, wenn er doch alle Folgen seiner sexuellen Entgrenzung im Leibe spürt. Für etwas Psychisches, das nichts mit seinem Körper zu tun haben soll, wird er bestimmt wenig Verständnis aufbringen, das heisst, er muss sich sehr unverstanden fühlen, wenn man ihm sagen sollte, seine Erkrankung sei *nur* psychisch und nichts Körperliches. Daran dürfte auch wenig ändern, wenn wir zusätzlich noch zur Überzeugung gelangen sollten, seine Reaktion sei primitiv und gehöre zu einem magisch-animistischen Weltverständnis, oder wenn wir zum Schluss kämen, er sei offensichtlich unintelligent, weil er sich seine Befürchtungen nicht von uns, den Experten, wegerklären lasse.

Im relationellen Blick kann sich hier ein anderer Zugang erschliessen, nämlich dann, wenn wir das Leibliche auch unter dem Aspekt einer «Aussage» oder «Mitteilung» zu lesen verstehen, analog zu Mitteilungen verbaler oder emotionaler Art. Mit Hilfe des Patienten, das heisst in einem Dialog, der sich auch um seine subjektive «Krankheit» kümmert, können wir beim skizzierten Beispiel verstehen lernen, wie das Erlebte und das Leibliche zusammengehören und dass auch die Leiblichkeit als Ganzes ein «Sprach-Organ» im weitesten Sinn des Wortes sein kann. Dies ist gewiss nicht so abwegig, wie es für unser heutiges Wissenschaftsverständnis klingt; wir brauchen nur zu bedenken, dass unser Leib doch *auch* ein Medium der Beziehung mit unserer Umwelt ist, nicht lediglich ein Gesundheits- oder Krankheitsträger und auch nicht vorwiegend ein Objekt für physikalisch-chemische Forschungen.

«Körpersprache»

Als Kinderärzte sind Sie nach meiner Vorstellung in ganz besonderem Ausmass Adressat von Mitteilungen auf der Körperebene, und es kann für mich kein Zweifel bestehen, dass Ihnen die entsprechende Kommunikationsmöglichkeit weitgehend vertraut ist. Hingegen habe ich grosse Zweifel, ob Sie die klinisch-praktische Bedeutung dieser Befunde in Ihrem professionellen

Urteilen und Handeln auch ernst zu nehmen wagen, denn wir alle wurden in einem Denken geschult, für welches die beschriebene Erfahrungsdimension irrelevant oder gar inexistent ist, so dass die entsprechenden Aussagen meist unverstanden und unbeantwortet bleiben. Dies führt aber zu argen Missverständnissen zwischen Patient und Arzt, wenn der Kranke seine Not nicht anders als leiblich, das heisst in Form von körperlichen Klagen, Beschwerden und auch Symptomen, zum Ausdruck oder eben «zur Sprache» bringen kann. Mir scheint, dass dies bei Kindern nicht nur häufig, sondern insofern die Regel ist, als bei Ihnen das psychische und das leibliche Erleben doch sehr eng aufeinander bezogen bleiben und speziell die Verbindung zwischen Gefühlen und Körperempfindungen die allernatürlichste Selbstverständlichkeit ist. *Ihre* Patienten drücken deshalb sehr viel mit dem Körper aus, oft sprechen sie sogar nur mit dem Körper.

In unserer heutigen wissenschaftlichen Einstellung wird aber auf diese Sprache nur in biomedizinischen Kategorien geantwortet, das heisst, die Aussage des Patienten wird allein in der Sprache erwidert, die der Arzt gelernt hat, was nicht unbedingt die Voraussetzung zu einem ergiebigen dialogischen Verständnis schafft. Speziell im Umgang mit Kindern ist diese Hochsprache des Arztes kaum von vornherein die angemessenste, und ich würde meinen, dass sie auch nicht die einzig mögliche ist.

In der Perspektive der Balint-Arbeit gibt es auch andere Verständigungsmöglichkeiten, unter der Voraussetzung, dass der Arzt beweglich genug ist, sein Tun nicht allein unter dem Aspekt des Schulwissens zu werten, sondern auch seine eigenen primären Erfahrungsmöglichkeiten mit ins Spiel zu bringen. Für Kinderärzte heisst dies meines Erachtens, dass man auch «sein eigenes Kind» in seine Arbeit einbezieht, das heisst das Kind, das man einst gewesen ist und immer wieder ist, wenn man nicht die Zugänge zu ihm völlig verschütten liess. Das «eigene Kind» im Arzt selbst ist vermutlich der qualifizierteste Dolmetscher zwischen dem Doktor, der Latein gelernt hat, und einem kranken oder einfach leidenden Kind, dem vielleicht überhaupt nur die Körpersprache zur Verfügung steht. Dieses «eigene Kind» zu einem guten Dolmetscher zu machen, wäre der Sinn der Balint-Arbeit mit Pädiatern, aber weil auch Erwachsene, wenn sie den Arzt brauchen, nicht allzu weit von «ihrem Kind» entfernt sind, ist das Gesagte auch für den Umgang mit erwachsenen Patienten gültig.

Es ist nicht nur ein Spiel mit Worten, wenn gesagt wird, diese Erfahrungswelten seien viel zu wichtig, als dass man sie in üblicher Manier einem einzigen Spezialfach überlassen dürfte. Die Balint-Arbeit öffnet eine Perspektive, die nicht die Domäne von Spezialisten sein darf, sondern zu allen ärztlichen Disziplinen gehört. In meiner Ausdrucksweise von vorhin könnte man auch sagen: Bei allen Patienten ist ihr verborgenes Kind mitbeteiligt, und weil auch alle Ärzte einmal Kinder waren, können sie mit diesem Kind zu arbeiten lernen, unabhängig von der Fachdisziplin, in welcher sie ihre sonstigen Kenntnisse erworben haben.

Abschliessend wage ich auch zu hoffen, dass der hiesigen Fortbildungsveranstaltung ein wenig Modellcharakter abgewonnen wird, indem sie vielleicht zeigen könnte, dass die Offenheit für verschiedene Perspektiven und Betrachtungsweisen fruchtbarer ist als scholastische Lehrveranstaltungen unter der Fahne einer «*unité de doctrine*».

Die hiesige Veranstaltung wäre so ein Muster für das, was *auch* ärztliche Fortbildung und nicht zuletzt ein ärztlicher Fortbildungskurs sein könnte, denn nach dem gängigen Schema wird Fortbildung doch immer nur in einer einzigen Perspektive angeboten, was zur Folge hat, dass man einzelne Bäume zwar immer besser und genauer kennt, dabei aber ziemlich ausser acht lässt, dass sich sowohl die Bäume wie der Beobachter in einem Wald befinden. Ich möchte danken für den Versuch, ärztliche Fortbildung in diesen weiteren Rahmen zu stellen.

[Nach oben](#)