

Balint Journal



**Zeitschrift der Deutschen
Balint-Gesellschaft,
der Österreichischen
Balint-Gesellschaft
und der Schweizerischen
Balint-Gesellschaft**

Schriftleitung

Ernst R. Petzold, Kusterdingen
Günther Bergmann, Göttingen
(Schriftleiter)
Margarethe Stubbe, Salzgitter

Redaktion

Werner König, Berlin
Heide Otten, Wienhausen

Beirat / National

Hans-Christian Deter, Berlin
Alfred Drees, Krefeld
Dietrich von Engelhardt, Lübeck
Kurt Fritzsche, Freiburg
Jörg Frommer, Magdeburg
Uwe Gieler, Gießen
Steffen Häfner, Tübingen
Wolfgang Herzog, Heidelberg
Herbert Kappauf, Nürnberg
Rita-M. Kiehlhorn, Berlin
Karl Köhle, Köln
Volker Köllner, Blieskastel
Friedebert Kröger, Schwäbisch-Hall
Klaus Lieberz, Mannheim
Dankwart Mattke, München
Heinrich Rüddel, Bad Kreuznach
Christoph Schmeling-Kludas,
Bad Segeberg
Peter Schneider, Bodolz
Wolfram Schüffel, Marburg
Wolfgang Wesiack, Aalen

Beirat / International

Hans Brändli, Marsens
Michel Delbrouck, Ransart-Charleroi
Ante Gilic, Zadar
Anita Häggmark, Ekero Stockholm
Alan Johnson, Charleston / South Carolina
Michelle Lachowsky, Paris
Benjamin Maoz, Israel
Susan H. McDaniel, Ph.D.,
Rochester, New York
Philipp Portwich, Bern
Marie-Anne Puel, Paris
John Salinsky, London
Arthur Trenkel, Massagno
Albert Veress, Miercurea Ciuc
Vladimir Vinokur, St. Petersburg
Peter Stix, Graz

Abstracted / Indexed

PSYINDEX

9. Jahrgang 2008

Sonderdruck

© Georg Thieme Verlag KG
Stuttgart · New York

Nachdruck nur mit
Genehmigung des Verlages

Verlag

Georg Thieme Verlag KG
Rüdigerstraße 14
70469 Stuttgart
www.thieme.de
www.thieme.de/fz/balint

Zeitgemäße medizinische Patientenversorgung mit Balint – Wege zu einer personenzentrierten ärztlichen Berufspraxis in dem Kontext einer postmodernen Gesellschaftskultur

Contemporary Medical Care with Balint – Ways Towards a Person-Centered Medical Practice in a Context of Postmodern Society and Culture

Autor P. Portwich
Institut Bern

Schlüsselwörter

- ▷ Michael Balint
- ▷ Balintgruppen
- ▷ postmoderne Medizin
- ▷ patientenzentrierte Medizin
- ▷ Evidenz-basierte Medizin
- ▷ klinische Expertise
- ▷ personenzentrierte integrative Diagnose (PID)

Key words

- ▷ Michael Balint
- ▷ Balint groups
- ▷ postmodern medicine
- ▷ patient-centered medicine
- ▷ evidence-based medicine
- ▷ clinical expertise
- ▷ person-centered integrative diagnosis (PID)

Zusammenfassung

Die Medizin ist herausgefordert durch neue Aufgaben: In einem postmodernen gesellschaftlichen Kontext benötigen die Patienten eine individualisierte und ganzheitliche Behandlung mit einer angemessenen Kommunikation und einer entsprechenden ethischen und Werterhaltung des Arztes. Die epidemiologisch fassbare Zunahme psychischer und psychosomatischer Störungen erfordert umfangreiche, professionelle psychosoziale Handlungskompetenz der Ärzte. Diese Konstellation macht Veränderungen in dem Medizinsystem notwendig, für die sowohl die Lehren von Michael Balint wie auch die Balintgruppen unverzichtbare Bausteine sind. Sie tragen bei zur Anwendung der patientenzentrierten Methode in der Medizin und sie unterstützen den Arzt, der klinische Expertise erwirbt, um über die praktische Umsetzung evidenzbasierter Erkenntnisse für seinen individuellen Patienten zu entscheiden.

Balintmethode und Kontext

Jahre des langen Bestehens einer Idee, einer Bewegung oder einer Institution treten in der Regel in das allgemeine Bewusstsein, wenn ein Jubiläum ansteht und begangen wird, zumeist verbunden mit einem Rückblick auf die vergangene Entwicklung und eine Standortbestimmung. 2007 nun hat sich die Publikation von Michael Balints Buch „Der Arzt, sein Patient und die Krankheit“ zum 50. Mal gejhrt. Die heutige Präsenz der Balintgruppenarbeit, die Verbreitung von Balints Ideen und seiner ärztlichen Haltung sind Ausdruck einer bemerkenswerten Dynamik in der Rezeption des Verfahrens und einer besonderen Identifikation der Anhänger, die sich international organisiert haben und gleichsam eine Balintgemeinde bilden. Es sind professionelle Standards der Balintarbeit definiert und die Me-

Abstract

Medicine is challenged by new tasks: In a post-modern social context, patients need an individualistic and holistic treatment with an appropriate communication and adequate ethical and value oriented attitude of the doctor. The epidemiologically proven increase of psychic and psychosomatic disorders requires extensive professional psychosocial competence of the doctors. This constellation makes changes of the medical system necessary with the ideas of Michael Balint and with Balint groups as essential elements. They contribute to the application of the patient-centered method in medicine and they support the doctor to gain clinical expertise in order to decide on the practical implementation of evidence-based knowledge for the individual patient.

thode ist Gegenstand intensiver wissenschaftlicher Bearbeitung.

In den vergangenen 50 Jahren hat sich aber auch der Kontext von Balintarbeit gewandelt: Arzt und Patient sind keine isolierte Dyade, sondern ihre Begegnung ereignet sich innerhalb des Gesundheitsversorgungssystem mit seinen Strukturen und Paradigmen, das wiederum als Teil und Facette der sich kontinuierlich verändernden Gesellschaft verstanden werden muss. Dieses nicht zu beachten, bedeutet in der Balintgruppenarbeit anhand einer konkreten Arzt-Patient-Beziehung eine Realität auszublenden. Aber auch im Großen sind die Tendenzen prägend, die sich in der medizinischen Versorgungslandschaft in den vergangenen Jahren abgezeichnet haben, indem sie sowohl auf die Entwicklung der Balintmethode wirken wie auch den Bedarf nach ihr überhaupt bestimmen.

Bibliografie

DOI 10.1055/s-2008-1004694
Balint 2008; 9: 12–17
© Georg Thieme Verlag KG
Stuttgart · New York ·
ISSN 1439-5142

Korrespondenzadresse

Dr. med. Philipp Portwich
Schosshaldenstrasse 40
CH-3006 Bern
philippportwich@aol.com

Dass die allgemeinen soziokulturellen Veränderungen, innerhalb derer unsere Medizin stattfindet, in den ärztlichen Fachdiskussionen nur selten erwähnt werden, mag eine Folge der Orientierung der meisten medizinischen Fächer an den Biowissenschaften sein, die es erlaubt, naturwissenschaftliche Phänomene als von gesellschaftlichem und kulturellem Wandel unabhängig zu fantasieren. Aber freilich ist wohl auch ein Balintanhänger nicht gegen eine derartige Annahme gefeit: Wer als Balintgruppenleiter qualifiziert ist, in der Methode geübt ist, sie mit Idealismus, Freude und Begeisterung praktiziert und allenfalls weitervermittelt, wer sich mit den Ideen von Michael Balint identifiziert, möglicherweise unbewusst auch ein wenig mit dessen charismatischen Persönlichkeit, der mag schon einmal vergessen, dass er und Balint in dem großen Feld von Gesellschaft und Gesundheitssystem keine stabile, veränderungsresistente überdauernde Konstante sind.

Das kann zu Problemen führen: In einem System hat nur Bestand, was sich selbst legitimiert. Und in der aktuellen Gesellschaft wie auch im Gesundheitssystem wird ärztliches Handeln und Engagement im Wesentlichen (gelegentlich sicherlich zu einseitig, insgesamt aber auch mit einer gewissen Rechtfertigung) als eine professionelle Dienstleistung angesehen, deren Existenz und Gestalt sich nach dem vorhandenen Bedarf und ihrem nachgewiesenen Nutzen richtet.

Die Standortbestimmung von Balintgruppen anlässlich eines runden Datums soll deshalb Anlass dafür sein, den Blick auf die Situation der Balintmethode am Ende des Jahres 2007 durch ein Weitwinkelobjektiv zu richten, das insbesondere das sichtbar macht, was sich drumherum tut. Welche Werte und Tendenzen spielen in der sich permanent wandelnden Gesellschaft und Kultur aktuell eine Rolle und welche Bedürfnisse hat diese Gesellschaft an ihre medizinische Versorgung? Und eben: Ist Balintarbeit und ihre Idee auch im Alter von 50 Jahren in diesem Umfeld noch zeitgemäß, kann die Balintmethode den Bedürfnissen und Anforderungen der Menschen in unserer Zeit begegnen?

Postmoderne Medizin



Dass die Gesellschaft eine komplexe Größe ist, mit vielen Akteuren und Interessen, Strukturen und Ideen, mit vielen Theorien und Ideologien, aber auch diversen Zugangswegen und Perspektiven, macht bei ihrer umfassenden Betrachtung den Rückgriff auf einen abstrakt-theoretischen Begriff notwendig, auch, wenn dieser die Gefahr einer etikettenhaften Verkürzung in sich tragen mag.

In dem aktuellen gesellschafts- und kulturwissenschaftlichen Diskurs werden die bestehenden gesellschaftlichen Phänomene unter dem Begriff der Postmoderne zusammengefasst, was allerdings auch nur eine Annäherung erlaubt, da es keine umfassende, allgemein akzeptierte Definition dieses Terminus gibt und auch kein Manifest der Postmoderne existiert. Gleichwohl herrscht Konsens darüber, dass die postmoderne gesellschaftliche Atmosphäre eine Nähe zum Relativismus hat: Eine postmoderne Geisteshaltung lehnt die Idee einer einzigen, objektiven und überindividuell gültigen, externen Wahrheit und Realität in der Welt ab. Alle Phänomene bestehen in dieser Sicht nur in der Bedeutung, die der Kontext ihnen verleiht und die sie in der Betrachtung und Bewertung des Einzelnen erfahren. Insofern sind – im Sinne des postmodernen Denkens – Wahrheit und Realität vielgestaltig, nicht einheitlich definierbar, subjektiv und individuell. Jeder Mensch hat eine andere Wahrnehmung und

Erfahrung der Welt, des Lebens und von sich selbst, die nicht verhandelbar ist. Sie ist das Produkt der einmaligen Geschichte der Person, ihrer Bezüge, ihres Wertekataloges und Urteile [1]. Diese postmoderne Sichtweise muss Konsequenzen für alle Bereiche des gesellschaftlichen Lebens haben, Politik, Recht, Kultur, Wirtschaft, aber eben auch für die hier interessierende Wissenschaft. Schließlich werden insbesondere die für die Medizin noch maßgeblichen Naturwissenschaften in ihrem Kern von dem postmodernen Relativismus berührt, da sie sich als exakt und objektiv identifizieren und dieses auch für ihre Ergebnisse beanspruchen, mit denen die Menschen dann wie mit sicheren und zuverlässigen Größen umgehen und die in Planungen als Konstanten einbezogen werden. Unterschiedliche Autoren wie beispielsweise Ulrich Beck haben aber mittlerweile auch darauf hingewiesen, dass sich die westliche Welt im 20. Jahrhundert zwar zunehmend an Technik und Wissenschaft ausgerichtet hat, dass sich aber trotz aller Tendenz zu sicherheitsorientierten Kalkulationen, Messungen und errechneten Prognosen unvorhergesehene verheerende Katastrophen ereignet haben. Paradigmatisch für die medizinische Wissenschaft wird auf den Fall von Thalidomid hingewiesen.

Vor dem Hintergrund dieser Erfahrungen und Erkenntnisse wurde formuliert, welcher neuen Orientierung und Ausrichtung nun eine postmoderne Medizin zu folgen hätte, und zwar sowohl in der wissenschaftlichen Arbeit wie auch in der täglichen Versorgungspraxis der Patienten. Im Kern sind dieses drei Aspekte [1]:

- ▶ Neben der Evidenz müssen die Werte mehr Beachtung finden und in die Entscheidungsfindung einbezogen werden (value based medicine).
- ▶ Bei der Abwägung und Abschätzung von Wirkungen medizinischer Interventionen müssen die Risiken stärker einbezogen werden als bislang, nachdem (auch in der Forschung) stets zu sehr nur der erwartbare Nutzen fokussiert wurde.
- ▶ Ansprechpartner des Arztes ist der gut und umfassend informierte Patient.

Ergänzend wurden auf der Metaebene auch die etablierten ethischen Grundsätze infrage gestellt, die in der Medizin gelten, und es wurde vorgeschlagen, eine als postmodern bezeichnete Ethik als Maxime ärztlichen Handelns am und für den Patienten zu fordern [2]. Der Philosoph und Theologe John Caputo hat mit einem dekonstruktivistischen Ansatz die Unzulänglichkeit der bestehenden ethischen, deontologischen oder auch utilitaristischen Grundsätze herausgearbeitet und eine Ethik für den postmodern geprägten Kontext skizziert: Es ergibt sich für ihn eine einzige, als „poetics of obligation“ bezeichnete, ethische Maxime, nämlich die Verpflichtung: Dabei handelt es sich um ein nicht reduzierbares Faktum menschlicher Erfahrung, das als Gefühl zwischen zwei Menschen wahrnehmbar ist. Diese Verpflichtung für den anderen ist befreit von Regeln, Regulationen, ökonomischen Notwendigkeiten, Handlungszwängen oder Traditionen. Sie kommt ohne moralische Grundsätze aus, seien diese nun von der Theologie abgeleitet, der Philosophie oder von der Justiz oder seien sie gar in einem konventionellen Verhaltenshabitus verwurzelt. Das Faktum der Verpflichtung in der Begegnung mit einer anderen Person ist aber auf ein Gegenüber angewiesen, das als Individuum wahrgenommen wird, einzigartig, unverwechselbar, nicht austauschbar oder reproduzierbar. Ein Gefühl von zwischenmenschlicher Verpflichtung für den anderen kommt nämlich nicht bei einem namenlosen, seiner personalen Identität entkleideten, verdinglichten Gegenüber auf, sondern es braucht eine erkennbare Persönlichkeit, die mit ih-

rem Namen als Ausdruck ihrer Individualität angesprochen und wahrgenommen wird.

In der Übertragung dieses Prinzips einer postmodernen Ethik auf die Situation des Arztes ergibt sich: Der Arzt genügt seinem ethischen Anspruch, wenn er die Begegnung mit dem Patienten so gestaltet, dass das handlungsleitende Gefühl der Verpflichtung für den individuellen Patienten aufkommt und er sich diesem als Person entsprechend annimmt [2].

Die gegenwärtige Medizin

Wenn also zusammenfassend festzustellen ist, dass die medizinische Versorgung in einer postmodern geprägten gesellschaftlichen Kultur einen starken Focus auf Individualität, Kontextualität und Kommunikation zu richten hat, so stellt sich nun die Frage, ob die aktuell existierende medizinische Versorgungslandschaft in diesem Sinne zeitgemäß ist: Tatsächlich haben einerseits in den letzten Jahren Veränderungen im Gesundheitssystem stattgefunden, die einen neuen Weg weisen. Als solche werden die vielerorts durchgeführten Erhebungen von Patientenzufriedenheit und die dem Stichwort Qualitätsmanagement zugeordneten Maßnahmen genannt. Andererseits ist aber das Handeln und Entscheiden der Mediziner, die als Berufsgruppe nach wie vor – wenngleich nicht mehr unangefochten – die Patientenbehandlung maßgeblich und verantwortlich leiten, klar dem Primat biotechnisch-naturwissenschaftlicher Anschauungen verpflichtet. Damit dominiert noch eine Auffassung und Zugangsweise an den Patienten, die in ihren Wurzeln als prämodern bezeichnet wird [1].

Diese Situation wird mittlerweile zunehmend häufiger als insuffizient erkannt und als unbefriedigend wahrgenommen. Die Komplexität der Fälle ist, wenn man sich eines Patienten mit seinen vielen Bedürfnissen umfassend helfend annehmen möchte, derart hoch, dass die einfachen Kategorien biomedizinischer diagnostischer Instrumente nicht ausreichen, wie ein kritischer Erfahrungsbericht aus dem arbeitsmedizinischen Feld darstellt [3]. Auch die diagnostischen Manuale, derer sich die Psychiatrie bedient, wie DSM IV und ICD 10 sind reduktionistisch und der Wert einer damit gestellten Diagnose zweifelhaft oder zumindest sehr begrenzt, wenn die Person als ganzes aus dem Blickfeld gerät. In der Hinsicht wird an Jacques Derrida erinnert, demzufolge doch immer jeder Fall anders ist, jede Entscheidung unterschiedlich und eine ausschließlich für den Einzelfall gültige Interpretation voraussetzt, die aber eben durch keine codifizierte Anleitung ersetzt werden kann [2]. Es besteht aber auch die Sorge, dass infolge der derzeit insgesamt knappen Mittel im Gesundheitssystem die Kostenträger ihre Leistungspflicht zunehmend an derartige enge, vermeintlich prüfbare und beweisbare Krankheitsdefinitionen binden und damit die Ärzte implizit verpflichten, bei ihrer Exploration und Versorgung der Patienten eine operationalisierte Diagnose in den Vordergrund zu stellen vor den individuellen Belangen der Person [3].

Dabei ist in der Sozialmedizin und Gesundheitspolitik längst bekannt, dass den offensichtlichen Verbindungen zwischen einerseits der Krankheit und andererseits der individuellen psychosozialen Lebenssituation mit Faktoren wie der seelischen Verfassung, dem sozialem Netz, Armut, Arbeitslosigkeit etc. mehr Beachtung geschenkt werden muss, um den anstehenden Aufgaben und zukünftigen Herausforderungen des Gesundheitssystem gewachsen zu sein: Letztere werden besonders resultieren aus der epidemiologisch nachgewiesenen Tatsache

einer deutlichen Zunahme von lang und anhaltend (chronisch) kranken Menschen und von Betroffenen mit psychosomatischen und psychischen Störungsbildern sowie der demografisch bedingt erwarteten Zunahme geriatrischer Behandlungsfälle [4]. Um in derartigen Fällen, die nicht durch akute Behandlung einer zügigen Heilung zugeführt werden können, effektive Hilfe mit einer professionellen medizinischen Behandlung geben zu können, bedarf es eines biopsychosozialen Ansatzes und eines umfangreichen Repertoires psychosozialer Interventionen: Die vorwiegend biomedizinische Diagnostik und Behandlung sind hier stumpfe Waffen, und vielmehr braucht es eine umfassende, langfristige Versorgungs- und Betreuungsstrategie, die sich an Aspekten wie Lebensqualität und Teilhabe orientiert.

Patientenverhalten und -bedürfnisse

Und die Patienten unserer Tage selbst als die Kunden der medizinisch-ärztlichen Dienstleistungen, wie stehen sie zu dem, was ihnen im Gesundheitsbereich heute angeboten wird? Neben einer schwer fassbaren Stimmung, die immer wieder mit zum Teil auch unsachlicher Kritik an der sogenannten Schulmedizin laut wird, gibt es eine beobachtbare Tendenz der Patienten, in immer stärkerem Maße das Segment paramedizinischer Heilberufe aufzusuchen und das breite Spektrum alternativmedizinischer Maßnahmen in Anspruch zu nehmen [5, 6]. Dieses erfolgt gelegentlich durchaus noch in Verbindung mit einer konventionellen ärztlichen Behandlung, zum Teil aber auch nach deren Ende oder Abbruch. Begründet wird die Hinwendung zur Alternativmedizin unterschiedlich: Manche Patienten stellen deren überlegene Wirkung in den Vordergrund, andere schätzen die Art der Kontaktaufnahme und Beziehungsgestaltung durch den Therapeuten, und schließlich wurde in einem großen Kollektiv von 67% der Befragten das Argument genannt, dass eine alternativmedizinische Behandlung sehr viel besser dem persönlichen Lifestyle entspricht, also der ganz persönlichen Lebensgestaltung [7]. Die biologisch orientierten Psychiater scheinen dagegen ihre Patienten eher nicht zu erreichen, wenn ein Autor darauf hinweisen muss, dass nur weniger als die Hälfte der Patienten deren Haltung als hilfreich für sich betrachten [8].

Im Kontakt mit den Patienten ist das medizinische System konfrontiert mit dem, was derzeit für die Menschen in der Gesellschaft wichtig ist und ihrem individuellen Lebenskonzept zugrunde liegt. Und das sog. help seeking behaviour vieler Patienten ist heutzutage eben geprägt von einem Wertekatalog, der als postmodern bezeichnet wird [9]. Es konnte gezeigt werden, dass der Nachweis dieser postmodernen Werte sich bei vielen Patienten deckt mit der Entscheidung, keine konventionell-ärztliche (schulmedizinische) Behandlung aufzusuchen, sondern sich alternativmedizinisch versorgen zu lassen.

Zu diesen wichtigen postmodernen Patientenwerten zählt erstmal eine Präferenz für Naturheilmittel vor chemischen Substanzen. Diese Bevorzugung verbindet sich mit einer breiten antiwissenschaftlichen Einstellung in der Patientenschaft und Gesellschaft: Der Glaube daran, dass technischer Fortschritt die besten Lösungen für die bestehenden Probleme bringt, ist in eine klare Wissenschaftsskepsis umgeschlagen. Ärzte heutzutage müssen davon ausgehen, dass rein wissenschaftliche Erklärungen von den Patienten nicht mehr unwidersprochen anerkannt werden und nur wenig überzeugen. Stattdessen erwarten die Patienten eine ganzheitliche Betrachtung ihrer Probleme

und ihrer Person. Darüberhinaus ist es für Patienten unbefriedigend, wenn ihre Krankheiten und Beschwerden nur auf Organe oder Funktionen reduziert werden. Sie fragen vielmehr nach deren sinnhaftem Bezug zu den vielen Aspekten ihres Lebens, ihrer Erfahrungen und Aktivitäten, und sie wünschen sich eine ganzheitliche Betrachtung. Ärzte neigen dazu, derartige Ansätze als unwissenschaftlich und laienhaft abzulehnen und können darauf oft nicht eingehen, was die Arzt-Patient-Kommunikation belastet.

Ohnehin ist es für viele Ärzte noch eine neue Erfahrung, dass ihre Entscheidungen immer häufiger von Patienten hinterfragt und Empfehlungen abgelehnt werden. In der postmodernen Gesellschaft werden Autoritäten und ein autoritäres Verhalten nicht mehr toleriert und ärztliches Verhalten, das noch in einem paternalistischen Selbstverständnis begründet ist, wird insbesondere von jüngeren Patienten mit höherem Bildungs- und Informationsstand nicht akzeptiert, sondern als bevormundend abgelehnt. Stattdessen möchte diese nachwachsende Patientengruppe die für die eigene Gesundheit maßgeblichen Entscheidungen auch verantwortlich selbst treffen, während die Patientengeneration, die noch einem traditionellen Arztbild anhängt, in den nächsten Jahren kleiner werden wird.

Perspektiven für eine Veränderung der Medizin

Das Bild, das wir von der gegenwärtigen Medizin erhalten, weist darauf hin, dass sie derzeit manches nicht bieten kann, was zu den Wünschen und Bedürfnissen von Patienten zählt, die sich in ihrer Lebensführung, Identität und eben auch in ihrem Gesundheitsverhalten von den herrschenden postmodernen Werten leiten lassen. Zwar erscheint die Verhaftung der Medizin in dem naturwissenschaftlich-biotechnischen Denken fixiert, es gibt aber doch Ansätze und Beiträge aus den letzten Jahren, die Perspektiven für Veränderungen konkret aufzeigen. Dabei kann – und das mag manchen Kritiker der sogenannten Schulmedizin erstaunen – die Medizin auf eigene Schulen und Theorien zurückgreifen, die allerdings in den letzten Jahrzehnten neben der immer stärker Platz greifenden biologisch geprägten Medizin ausgeblendet oder wenigstens vernachlässigt wurden. Zu erinnern ist hier auch daran, dass im 20. Jahrhundert noch vor der breiten psychosomatischen Bewegung eine Schule der anthropologischen Medizin an eine im weitesten Sinne hermeneutisch geprägte Tradition der medizinischen Wissenschaft anknüpfte und in einer Zeit der Krise in der Medizin neue Wege für die Begegnung von Arzt und Patienten und dessen Wahrnehmung aufzeichnete [10]. Die Nutzbarkeit und der Wert dieser geisteswissenschaftlichen Wurzeln der Medizin auch für den aktuellen Kontext konnte ebenfalls herausgestellt und verdeutlicht werden [11].

Im Rahmen dieser Arbeit soll nun besonders angesprochen werden, welche neuen Wege die Medizin mit ihren aktuellen Notwendigkeiten und Bedingungen für sich und ihre Patienten gehen kann, auf denen sie einer Fährte folgt, die von Balint und seinen Ideen vorbereitet und gelegt worden ist.

Patientenzentrierte Medizin

Hier sei zuerst das Modell der patientenzentrierten Medizin zu nennen. Die Einleitung zu dem Buch über diese Methode [12] beginnt im ersten Satz mit der schlichten Feststellung, dass heu-

te die Patienten unzufrieden sind, die Ärzte verwirrt und an ihrer Arbeit keine Freude mehr haben, weil sie in der Ausbildung auf ihren Berufsalltag nicht angemessen vorbereitet wurden. So knapp und deutlich damit das Szenario der derzeitigen Gesundheitsversorgung beschrieben wird, so wenig Zweifel besteht für die Autoren auch daran, dass das zugrunde liegende Problem die Unvollständigkeit und die gedankliche Einengung des konventionellen biomedizinischen Ansatzes ist, der die Person des Patienten ignoriert. Es gelte, die Balance wieder herzustellen und dafür wird vorgeschlagen, das Modell der Medizin und der medizinischen Ausbildung zu revidieren: Neben den biomedizinischen Ansatz hat die Betrachtung des Patienten als Person zu treten. Die Autoren dieser patientenzentrierten Medizin bleiben nicht bei dieser abstrakten Forderung stehen, sondern formulieren sechs, innerlich miteinander verbundene konkrete Komponenten, die dem Arzt doch auch sehr klare Handhabe für seine praktische, patientenzentrierte Berufsausübung bieten.

Diese seien hier im Einzelnen kurz charakterisiert: Neben die Feststellung der Krankheit(-sdiagnose) der Medizin tritt das Leiden des Patienten. Der Arzt verschafft sich einen Zugang zu der „Welt des Patienten“, indem er dessen subjektive Erfahrung, Erleben und Bedeutungsbeimessung der Beschwerden oder Beeinträchtigung in Erfahrung bringt (erste Komponente). Daraus entsteht ein Verstehen des Patienten als ganzer Person, seines Lebens und seines Kontextes, das bei der ärztlichen Wahrnehmung in den Vordergrund treten kann (zweite Komponente). Es ist dann die gemeinsame Aufgabe von Arzt und Patient, auf dieser Basis das therapeutisch anzugehende Problem zu definieren, die Ziele der Behandlungsstrategie festzulegen und auch zu bestimmen, welcher Part jedem von ihnen dabei zukommt (dritte Komponente).

Inhaltlich ist bei jeder Konsultation oder bei jeder Visite ein klarer Akzent auch auf die Möglichkeiten von Prävention und gesundheitsunterstützenden Maßnahmen zu setzen (vierte Komponente), wobei jede Begegnung von Arzt und Patient auch bewusst genutzt werden sollte, um die Beziehung zwischen beiden im Hinblick auf Empathie, Vertrauen, Fürsorge weiterzuentwickeln (fünfte Komponente). Während des gesamten Behandlungsprozesses gilt für den Arzt, dass er sich realistisch verhält und entscheidet bezüglich der Zeitplanung, der verfügbaren Möglichkeiten und der Einschätzung der benötigten emotionalen und körperlichen Anstrengungen (sechste Komponente).

Dass die Autoren der patientenzentrierten Methode in der Medizin neben z.B. Rogers mit dem klientenzentrierten Therapieansatz als inhaltliche und theoretische Wurzel der patientenzentrierten Methode das Werk von Michael Balint und dessen personenzentrierten Ansatz erwähnen, erstaunt den Kenner von Balints Gedanken und Haltung nicht. In seiner Bestandsaufnahme der herrschenden Situation im Gesundheitswesen, mit der Balint in „Der Arzt, sein Patient und die Krankheit“ vor der Darstellung des ersten Fallberichtes den Leser einstimmt, konstatiert Balint, dass „die Beziehung zwischen dem Patienten und seinem Arzt nicht selten gespannt, unglücklich, sogar unerfreulich“ ist [13, S. 20], und er beschreibt damit im Kern genau das Problem, das die Entwicklung der patientenzentrierten Methode auch noch vier Jahrzehnte später motiviert hat. Und auch Balints Erkenntnis der Ursache dieses Umstandes konnten die Autoren übernehmen: Er war in seiner Forschung dazu gelangt, dass der an typischen Krankheitssymptomen orientierte diagnostische ärztliche Blick oft in eine Sackgasse führt, wenn die Beschwerden, über die der Patient klagt, z.B. nur sogenannte „Präsentiersymptome“ sind [13, S. 29 ff.]. Balint hatte gefunden,

dass Patienten mit dem Bedürfnis nach Hilfe und Unterstützung sich zwar an einen Arzt wenden, diesem dann aber eine beliebige Beschwerde präsentieren, die als ein körperliches Symptom in dem medizinischen Kontext quasi salonfähig ist, seien es Kopfschmerzen, Übelkeit, Schwäche oder Ähnliches. Das eigentliche gesundheitliche oder im weiteren Sinne psychosoziale Problem, das den Patienten tatsächlich belastet und der motivationale Kern seiner Suche nach Unterstützung ist, wird aber nicht erwähnt und bleibt unausgesprochen. Vielleicht besteht Sorge um ein krankes Kind, Angst vor Arbeitslosigkeit, Einsamkeit oder eine Beziehungsproblematik oder gar auch eine manifeste psychische Symptomatik. Das Präsentiersymptom erfüllt für den Patienten zwar im Moment den Zweck, sich an den Arzt als einen Menschen zu wenden, der Unterstützung und Hilfe gibt, und damit kurzfristig in die erleichternde Situation zu kommen, ärztliche Zuwendung und menschliche Aufmerksamkeit zu erfahren. Die an dem Präsentiersymptom ausgerichteten Behandlungsbemühungen des Arztes bewirken aber mit Hinblick auf die tieferliegenden Schwierigkeiten des Patienten natürlich überhaupt nichts. Im Verlauf kommt es dann auf beiden Seiten zu Frustration, Ärger oder Missverständnissen.

Für Balint ist die Lösung klar: Der Gegenstand der ärztlichen Diagnostik muss die „Pathologie der Gesamtperson“ sein [13, S.18]. Wenn der Arzt nur diejenigen Beschwerdeäußerungen des Patienten hört, die geeignet sind, in das Syndrom einer lehrbuchmäßig definierten Diagnose eingeordnet zu werden, so wird außer Acht gelassen, dass viele Patienten ihre tatsächlichen Nöte und Kümernisse, sei es aus Scham, Angst oder anderen Motiven nicht erwähnen oder diese allenfalls auch selbst gar nicht konkret benennen können. Die Komponenten der patientenzentrierten Medizin sind sicherlich geeignet, um diesen Fallstrick einer ärztlichen Paradiagnostik zu vermeiden und stattdessen zu einer Diagnostik zu gelangen, die ein ganzheitliches Erfassen der biopsychosozialen Aspekte erlaubt.

Evidenz-basierte Medizin mit klinischer Expertise des Arztes

Ungeachtet seiner Schlüssigkeit, seiner gründlichen Fundierung und seiner klaren Anwendungsmöglichkeit für die Praxis ist festzustellen, dass das Modell einer patientenzentrierten Medizin bis heute nicht breit in der Medizin rezipiert wurde und vor allem nicht Eingang in die medizinische Ausbildung gefunden hat. Die Medizin zu Beginn des 21. Jahrhunderts folgt hingegen einem anderen Modell, nämlich der sogenannten Evidenz-basierten Medizin (EBM). Dabei ist zu erwähnen, dass die Aufnahme und Einführung von EBM einer Lesart folgt, die deren ursprüngliche Intention nicht zwingend nahe legt. EBM wurde in den 70er-Jahren als ein Instrument entwickelt, anhand dessen Studierende problemorientiert lernen sollten, wie sie zu guten ärztlichen Entscheidungen gelangen. Dafür wurde ein Algorithmus beschrieben mit einzelnen Schritten, von denen als die wichtigsten hier zu nennen sind:

Am Anfang steht das Formulieren einer abstrakten Frage, die sich aus dem konkreten klinischen Problem bei einem Patienten ergibt. Der Arzt wendet sich dann gleichsam von dem Bett des Patienten ab und begibt sich auf die Suche nach denjenigen wissenschaftlichen Ergebnissen, die diese Frage mit der höchsten Aussagekraft beantworten (Evidenz). Im Anschluss geht der Arzt damit zu dem Patienten zurück und entscheidet darüber, ob diese allgemeine theoretisch-wissenschaftliche Evidenz in

dem Fall des speziellen Patienten auch tatsächlich praktisch nutzbringend umgesetzt werden kann. Diese Einzelfallentscheidung soll dann laut EBM mithilfe der „klinischen Expertise“, der persönlichen ärztlichen Erfahrung, getroffen werden [14].

Wenngleich die Autoren von EBM immer wieder darauf hingewiesen haben, dass es sich bei ihrem Modell nicht um eine vereinfachende Kochbuchmedizin handelt, so lässt aber die Form, in der EBM in das Gesundheitssystem eingeführt wurde, die ursprüngliche Differenziertheit des beschriebenen Algorithmus nicht mehr erkennen. Vielmehr wurden die wissenschaftsbezogenen, patientenfernen Schritte des ärztlichen Entscheidungsweges stark in den Vordergrund gestellt, wie die Formulierung von Leitlinien, deren verbindliche Anwendung und die Techniken zur optimalen Evidenzrecherche in computergestützten Datenbanken. Die Schritte dagegen, die sich patientennah am Krankenbett abspielen und bei denen es um einen konkreten und individuellen Patienten geht, wurden wenig beachtet und kaum bearbeitet. In der Tat wurde kritisiert, dass EBM als Instrument für die ärztliche Entscheidung im Einzelfall des Patienten auch nur den unscharfen Begriff der klinischen Expertise anbietet, der nicht näher definiert ist.

Klinische Expertise durch Balint

Nur wenige Autoren haben sich der Frage angenommen, wie der Arzt professionell und qualifiziert diese klinische Expertise für seine Handlungskompetenz im Einzelfall erwerben kann, und unter diesen ist Trisha Greenhalgh wohl die prominenteste. Selbst eine Protagonistin der EBM-Szene weiß sie, dass Evidenz allein nicht ausreicht, sondern dass eine gute ärztliche Praxis im Sinne von EBM mehr braucht. Als eine wichtige Größe in ärztlichen Entscheidungen bezeichnet sie die Intuition [15]. Im Gegensatz zu der landläufigen positivistischen, evidenzzentrierten Auslegung des EBM-Modell betrachtet sie diese ärztliche Intuition nicht als einen Störfaktor, sondern als ein wertvolles Instrument, das keineswegs im Widerspruch zu einer Wertschätzung von Evidenz steht. Intuition sei eine kreative Leistung und überhaupt unverzichtbar für das Generieren von neuen, auch wissenschaftlichen Ideen. Wichtig ist für Greenhalgh dabei aber ein geschulter und reflektierter Umgang mit den intuitiven Einfällen und sie weist in die Richtung einer „Wissenschaft der Intuition“. Als Erstes müsse die Bedeutung von Intuition überhaupt anerkannt werden und der Umstand, dass in jede Entscheidung intuitive Elemente hineinspielen. So wird es möglich, die zumeist unbewusste Intuition auch zu identifizieren, sie bewusst zu machen, und damit zu vermeiden, dass diese sich wie unbemerkt in eine vermeintlich ausschließlich rational begründete Entscheidung einschleicht. Ist dann einmal der Anteil, den die Intuition an einer Entscheidung hatte, geklärt und ihr Inhalt ins Bewusstsein getreten, so kann dieser Anteil auch retrospektiv evaluiert werden. Damit wird es möglich, die Intuition in Zukunft gezielt einzusetzen, mit ihr kritisch und bewusst umzugehen, und sie wertzuschöpfen: Denn die persönliche Intuition kann der Wahrheit durchaus näher sein als eine externe Evidenz und zu angemessenen Entscheidungen führen [15].

Der Gedanke von Greenhalgh, dass für diese „Wissenschaft der Intuition“ die Balintgruppenarbeit das geeignete Werkzeug ist, um den Arzt zu schulen, kann sicherlich von jedem, der Erfahrung mit der Balintgruppenarbeit hat, bestätigt werden: Mit der tiefenpsychologischen Methode werden in der Gruppenarbeit die Emotionen, seien sie schon bewusst oder noch un-

bewusst, herausgearbeitet und im Rahmen der sich entwickelnden Gruppendynamik verstehbar gemacht. Das, was Greenhalgh jenseits der tiefenpsychologischen Terminologie als unbewusste Intuition bezeichnet, kann leicht als unbewusste Impulse und Emotionen übersetzt werden und damit ist eben genau der in einer Balintgruppe bearbeitete Gegenstand benannt: Das diagnostisch und therapeutisch wertvolle Kapital zwischenmenschlicher Gefühle und Gedanken in der Begegnung von Arzt und Patient. Ihr klares Votum für einen breiten Einsatz von Balintgruppen, sowohl in der Ausbildung wie auch in der Fortbildung und Weiterbildung von Ärzten, ergänzt Greenhalgh durch ein Plädoyer für das Narrativ [16], das ja in der Gestalt des spontanen, assoziativen Berichtes des Referenten das Material jeder Balintgruppenarbeit ist. Balintgruppenleiter weisen die Gruppenteilnehmer immer wieder darauf hin, dass ihr Bericht von einer Patientenbeziehung nicht wie eine strukturierte Fallvorstellung gestaltet sein sollte, sondern frei, spontan, ungestört. Der Bericht folgt in seinem Ablauf den Assoziationen, Fantasien und Emotionen, die sich primärprozesshaft aneinander reihen, sodass eine Geschichte mit einer inneren Sinnhaftigkeit entsteht. Dieses Narrativ eröffnet dann neue, auch freche Zugangswege zu der Problematik des Patienten bzw. der Beziehung, die einem ärztlichen Ruminieren über diagnostische Kriterien, Lehrbuchsyndrome oder Ergebnisse randomisierter klinischer Studien verschlossen bleiben müssen. So können festgefahrene Situationen aufgelöst werden und eine neue Lebendigkeit kann in dem Verhältnis zu dem Patienten aufkommen, von der alle Seiten profitieren. Mit der Formel „narrative based medicine in an evidence based world“ fordert Greenhalgh den unverzichtbaren Platz für das Narrativ in der klinischen Arbeit [16]. Diesen Platz können Balintgruppen ausfüllen, die ihrer Methode nach systematisch mit dem Narrativ arbeiten und diese Technik für die Erkenntnisfindung wertschöpfen.

Resümee und Ausblick

Die Medizin ist als Wissenschaft und als Dienstleistung der Gesundheitsversorgung ständig im Fluss und entwickelt sich in gegenseitiger Wechselwirkung und Abhängigkeit von den Veränderungen in der Gesellschaftskultur. Letztere stellen in der gegenwärtigen Situation, die unter dem Begriff der Postmoderne begriffen werden kann, Herausforderungen und Erwartungen an die Medizin, denen diese nur mit einem Wandel in ihrer Praxis und Haltung begegnen können. Wenngleich der medizinische Mainstream derzeit diesen Wandel noch nicht erkennen lässt, so konzentrieren sich die medizintheoretischen und sozialmedizinischen Diskussionen aber zunehmend auf Wege, die zu einer patientenbezogenen und individualisierten professionellen ärztlichen Berufspraxis führen und psychosoziale Aspekte berücksichtigen. Wichtige Beispiele sind das Konzept der patientenzentrierten Medizin und die Ansätze zu einer differenzierten Anwendung des Programms der Evidenz-basierten Medizin, deren Betrachtung den klaren Bezug zu der Methode von Michael Balint bzw. der praktischen Balintgruppenarbeit erkennen lässt.

Erwähnenswert ist auch, dass in dem Fach Psychiatrie derzeit eine Tendenz deutlich wird, die möglicherweise zu einer relevanten Praxisänderung führen kann: In der Evaluation des diagnostischen Manuals DSM IV wird erkannt, dass dieses zu einer Vernachlässigung der sorgfältigen Anamneseerhebung geführt hat und damit zu einer Geringschätzung der Komplexität der per-

sönlichen Probleme des Patienten und seines sozialen Kontextes [17]. Als Konsequenz wird für die für 2012 projektierte Revision des DSM (dann DSM V) an dem Design einer „person-centered integrative diagnostic models“ (PID) gearbeitet [18], die eine „psychiatry of the person, by the person, for the person, and with the person“ bringen soll. Diese hat dann in einem ganzheitlichen Sinn die gesunden wie die kranken Aspekte des Menschen, seine Defizite und Ressourcen, einzubeziehen und sie wird sich dafür bei der Erhebung des Narrativs bedienen [19]. In dieser Perspektive wird die Balintmethode – mittlerweile gut fünfzig Jahre alt – als wertvolles, nicht austauschbares Instrument in der postmodernen medizinischen Versorgungslandschaft erkennbar, das wichtige und notwendige Entwicklungen praktisch zu unterstützen und theoretisch-wissenschaftlich zu untermauern vermag. Der Vorschlag, die Balintarbeit stärker in der Medizin, in Ausbildung, Fort- und Weiterbildung zu verankern, erhält damit erneut Unterstützung [20].

Literatur

- 1 Muir Gray JA. Postmodern medicine. *Lancet* 1999; 354: 1550–1553
- 2 Sinaikin P. Categorical diagnosis and a poetics of obligation: An ethical commentary on psychiatric diagnosis and treatment. *Eth Hum Sci Serv* 2003; 5: 141–148
- 3 Lax MB. Occupational medicine: toward a worker/patient empowerment approach to occupational illness. *Int J Health Serv* 2002; 32: 515–549
- 4 Prince M, Patel V, Saxena S et al. No health without mental health. *Lancet* 2007; 370: 859–877
- 5 Lonroth HL, Ekholm O. Alternative therapies in Denmark – use, users and motives for the use. *Ugeskr Laeger* 2006; 168: 682–686
- 6 McTaylor D, Walsham N, Taylor SE et al. Complementary and alternative medicines versus prescription drugs: perceptions of emergency department patients. *Emerg Med J* 2006; 23: 266–268
- 7 Carlson MJ, Krahn G. Use of complementary and alternative medicine practitioners by people with physical disabilities. *Disabil Rehabil* 2006; 28: 505–513
- 8 Bracken P, Thomas P. Postpsychiatry: a new direction for mental health. *BMJ* 2001; 322: 724–727; 323: 452–453
- 9 O'Callaghan FV, Jordan N. Postmodern values, attitudes and the use of complementary medicine. *Complement Ther Med* 2003; 11: 28–32
- 10 Weizsäcker V von. *Arzt und Kranker*. Leipzig, Koehler und Amelang 1941
- 11 Roelcke V. Zur Bedeutung der Kulturwissenschaften für die Medizin. *Universitas* 1998; 53: 881–893
- 12 Stewart M, Brown JB, Weston WW et al. *Patient-centered medicine – transforming the clinical method*. Thousand Oaks, London, New Delhi, Sage 1995
- 13 Balint M. *Der Arzt, sein Patient und die Krankheit*. Hamburg, Fischer 1970 (Neuaufgabe)
- 14 Sackett DL, Rosenberg WMC, Muir Gray JA et al. Evidence based medicine. What it is and what it isn't. *BMJ* 1996; 312: 71–72
- 15 Greenhalgh T. Intuition and evidence – uneasy bedfellows? *Br J Gen Pract* 2002; 52: 395–400
- 16 Greenhalgh T. Narrative based medicine in an evidence based world. *BMJ* 1999; 318: 323–325
- 17 Andreasen NC. DSM and the death of phenomenology in the US: What can be learned for DSM V. *Nervenarzt* 2007; 78 (Supplement 2): 457
- 18 Mezzich J. Psychiatry and the future of diagnostic systems. *Nervenarzt* 2007; 78 (Supplement 2): 452
- 19 Mezzich J. Towards a person-centered integrative diagnosis. *Nervenarzt* 2007; 78 (Supplement 2): 455
- 20 Holmes J. Good doctor, bad doctor – a psychodynamic approach. *BMJ* 2002; 325: 722

Vita

Dr. med. Philipp Portwich

Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Balintgruppenleiter (DBG, SBG), Vizepräsident der Schweizerischen Balintgesellschaft.