

dividuellen und kollektiven Vorgänge des Verstehens, des Bewerrens, des Interpretierens werden entscheidend den Langzeiterfolg mitbestimmen.

Bei der Deutung von Ergebnissen eventueller Effektivitätskontrollen darf der Gesundheitserziehung während des Heilverfahrens nicht angelastet werden, was derzeit in der Gesundheitserziehung vor und nach dem Heilverfahren versäumt wird.

Literatur beim Verfasser

Anschrift des Verfassers:
Dr. med. Bert Saurbier
Ärztlicher Direktor
der Kurklinik
Bad Oeynhausen
Am Brinkkamp 16
4970 Bad Oeynhausen

ZITAT

Glückliche Zeit

„Die Griechen waren deshalb ein glückliches und heiteres Volk, weil sie keine Juristen kannten. Ärzte kannte man schon damals, und sie waren auch damals anerkannt und hoch geachtet, und ich würde sagen, es war eine glückliche Zeit . . . Was uns fehlt, ist in Zukunft mehr medizinische Sicht und mehr medizinisch-ärztliche Argumentation und weniger juristische.“

Dr. med. Eckart Fiedler,
Hauptgeschäftsführer der
Kassenärztlichen Bundes-
vereinigung (KBV), Köln, bei
einem Expertensymposium
„100 Jahre Krankenversiche-
rung“, veranstaltet vom For-
schungsinstitut für die zahn-
ärztliche Versorgung (FZV),
Bonn

**„Ich habe den
Mut zur Angst
in der Balint-
Arbeit gelernt“**

Hans H. Dickhaut

Eine Patientin (59) war von mir bereits mehrfach wegen sogenannter endogen-depressiver Phasen stationär mit Infusionen (Antidepressiva) behandelt worden. Eines Tages halfen die Infusionen zur Verwunderung aller nicht mehr. In einem Supervisionsgespräch wurde mir blitzartig bewußt, daß ich inzwischen durch meine Selbstanalyse verstehenden Zugang zur Psychodynamik und Problematik der Patientin gefunden hatte; ich stand nicht mehr hinter dem Begriff „endogen“ und dem rein medikamentösen Therapiekonzept, sondern verstand den Grundkonflikt der Depression und konnte durch einführende und klärende Gespräche helfen: „Arzt als Droge“ (M. Balint).

In der Arzt-Patient-Beziehung haben Michael und Enid Balint und Mitarbeiter eine neue Betrachtungsweise zur besseren Gestaltung der Beziehungsdia­gnose und Beziehungstherapie erarbeitet. Mit dieser praxisbezogenen Methode können Ärzte ohne psychotherapeutische Vorbildung lernen, ihre Patienten besser zu verstehen und diesen eine vertrauensvollere Einstellung zum Arzt zu ermöglichen. Die Balint-Methode ist kein Dogma, kein Ritus, keine Lehre, sondern eine neue Vorgehensweise.

Viele Patienten – besonders Depressive, Suizidanten, Suchtkranke, Alkoholiker u. a. – fordern den Arzt oft bis zur Belastungsgrenze. Selbst erfahrene Ärzte werden nicht selten affektiv überfordert. Die Vorstellung eines entsprechenden Falles in der Balint-Gruppe kann dem Arzt Entlastung schaffen, indem Schwierigkeiten im Umgang mit diesen Kranken und den damit verbundenen Emotionen des Arztes auf die Gruppe verteilt sowie durch deren Einfälle

und vergleichende Bearbeitung abgebaut werden. So vermag der Arzt seine Ängste und seine Verunsicherung im Umgang mit diesen Patienten zu bewältigen.

Beim 11. Internationalen Balint-Treffen 1983 in Ascona unter dem Thema „Angst des Patienten – Angst des Arztes“ erlebte ich neuerlich die emotionale Aufrichtigkeit als wichtigen Faktor. Es gilt, die Ängste in der Arzt-Patient- und auch in der Arzt-Arzt-Beziehung wahrzunehmen. Sehr hilfreich ist, in der Gruppe die gleichen Ängste auch bei anderen Gruppenmitgliedern zu erfahren. Es ist immer wieder eine Bereicherung, in einer lebendigen Gruppeninteraktion die Möglichkeit zur Aufrichtigkeit zu haben. In der Balintarbeit habe ich die elitäre Position als Facharzt verlassen können, um mich im Sinne eines neuen Selbstverständnisses in erster Linie als Arzt mit allen menschlichen Unzulänglichkeiten verstehen zu können. So bekannte ich mich jetzt voll zur Änderung des „Facharzt für . . .“ in „Arzt für . . .“.

Ich kenne alle Ängste; vor dem Kranken: Begleitung beim Sterben, Wahrheit beim Tumorkranken, Suizidalität, Alkoholismus und andere Suchtkrankheiten; Angst in der Rivalitäts- und Konkurrenz-Situation in Ärztegruppen; Angst vor den eigenen Gefühlen und vor der Aufrichtigkeit in den Beziehungen; meine Ängste in Krisen mit Suizidimpulsen und vor einer Herzoperation mit sieben Bypässen. Ich habe letztlich den Mut zur Angst in der Balint-Arbeit und dem hier ausgelösten therapeutischen Prozeß gelernt.

Meine Sensibilisierung für den Standortwechsel in der Arzt-Patient-Beziehung erfuhr ich 1973 beim 1. Balint-Treffen in Ascona auf dem Monte Verità: „veritas“ ist Aufrichtigkeit im Umgang mit meinen Gefühlen. In der Balint-Grup-

Prof. B. Luban-Plozza zum 60. Geburtstag gewidmet – Der Verfasser

KURZBERICHTE

penarbeit lernte ich, daß die in der Arzt-Patient-Beziehung erlebten Gefühle des Arztes gewöhnlich den Gefühlen entsprechen, die der Patient in seinem Beziehungssystem (Partner, Familie, sonstiges Umfeld) auslöst. So kann der Arzt mit Hilfe der Einfälle, der „frechen Phantasien“ (B. Luban-Plozza) der Gruppenmitglieder zu einer Arbeitshypothese über die Beziehungsdiagnostik und -therapie kommen, die er dann dem Patienten „in den Schoß legt“, zum Annehmen oder zum Verwerfen.

Der Arzt macht in der Balint-Arbeit einen emotionalen Entwicklungsprozeß durch, bei welchem er eine gewisse Persönlichkeitswandlung erfährt, die ihn zu neuen Einsichten und besserem Verstehen befähigt. So ging es mir in Ascona und andernorts. Mit dem Erlernen der Balint-Methode erschließt sich eine neue Dimension im „Hören mit dem dritten Ohr“ sowie mit der „Blickwendung nach innen“. Die Beziehung zwischen dem mehr handelnden, anweisenden und vorschlagenden Arzt sowie dem folgsamen, „guten“ Patienten war und ist in den meisten Fällen das Schulmodell in Klinik und Praxis: Compliance. Die Gefahr der Selbstüberschätzung (Omnipotenz) des Arztes, die Weigerung des sich als unmündig erlebenden Patienten bedingen oft Mißerfolge in der Therapie. Besonders bei den immer häufiger auftretenden psychosomatischen und emotionalen Krankheiten kann nur ein gleichberechtigtes, partnerschaftliches Arbeitsbündnis zu einer tragfähigen Arzt-Patient-Beziehung führen.

Am 11. Balint-Treffen 1983 beteiligten sich 550 Teilnehmer, zwei Drittel Ärzte (Klinik, Praxis, Dozenten), ein Drittel Studenten: dieses „Asconeser Modell“ ist weltweit bekannt. In den Großgruppen und 28 Kleingruppen arbeiten 58 Moderatoren.

Das nächste (12.) Internationale Balint-Treffen findet vom 29. März bis zum 1. April 1984 in Ascona

statt. Thema: „Zwischen Leiden und Hoffen“, gemeint: Psychosomatischer Zugang – therapeutischer Prozeß, Leiden und Hoffnung bei Patient und Arzt.

Anschrift des Verfassers:
Dr. med. Hans H. Dickhaut
Arzt für Neuropsychiatrie
– Psychotherapie –
Lutherstraße 10
6350 Bad Nauheim 1

Erste Berufserfahrung bei der Truppe

D. Rosenboom

Der kurze Erfahrungsbericht eines Grundwehrdienst leistenden jungen Arztes. „Mein Bericht soll zeigen“, schrieb er an die Redaktion, „daß gerade in unserer Generation das Engagement und der Leistungswille besonders hoch sind.“ Er hoffte, „daß dem durch stereotyp wiederholtes Lamento schon arg ramponierten Ansehen der jungen Arztgeneration auch mal ein positiver Eindruck entgegengehalten werden kann.“

Ein gutes Jahr ist es her, daß ich als frisch und glücklich examinierter Arzt (25) mein Studium der Medizin an der Universität Würzburg erfolgreich abschließen konnte. Da lag sie also hinter mir, die schöne Zeit des Studierens, und vor mir?

Wie so vielen meiner männlichen Mitstudenten nahm auch mir die Bundeswehr die Sorge um eine erste, feste Anstellung. Daß diese er-

ste Anstellung nun Grundwehrdienst hieß, lag an der – bei oberflächlicher Betrachtung vielleicht als Privileg anzusehenden – Möglichkeit, als Medizinstudent erst das Studium zu beenden, und anschließend den 15monatigen Wehrdienst als Truppenarzt abzuleisten.

So wurde ich also im November 1982 „einberufen“. In einem vierwöchigen Grundlehrgang an der Sanitätsakademie der Bundeswehr in München wurde uns neu einberufenen Ärzten – etwa hundert, darunter auch ältere, zum Teil in Weiterbildung befindliche Kollegen – eine „Grundausbildung im Schnellverfahren“ mitgegeben, über die „echte“ Soldaten nur müde lächeln würden. So wurden wir nur sehr begrenzt militärisch, dafür mehr fachlich-organisatorisch an unsere neue Aufgabe herangeführt. Hierin kommt schon zum Ausdruck, in welchem Dilemma wir Truppenärzte uns vom Status her befinden.

Denn der Status, mit dem wir nach der Versetzung in unsere Standorte – meist viele hundert Kilometer vom Heimatort entfernt (ein Schicksal, das so viele Wehrpflichtige teilen müssen) – die medizinische bzw. sanitätsdienstliche Versorgung der Kompanien oder besser: eines Bataillons übernehmen, ist dreigeteilt:

- ① Aus der Sicht der vom Truppenarzt zu versorgenden Soldaten – in der Mehrzahl Wehrpflichtige – sind wir ebenfalls Wehrpflichtige, was das Vertrauen zu diesen Patienten fördert, der Integration im Offizierkorps aber oft eher hinderlich ist.
- ② Wir sind auch Offiziere, zudem im Range eines Hauptmanns, und darum mit vielen Rechten, aber auch mit nicht immer angenehmen Pflichten ausgestattet.
- ③ Von unserem eigenen Berufsempfinden her sind wir aber nun zuerst Ärzte und fühlen uns darum immer – d. h. auch außerhalb mili-