

# Persönliche PDF-Datei für

Mit den besten Grüßen vom Georg Thieme Verlag

[www.thieme.de](http://www.thieme.de)

Dieser elektronische Sonderdruck ist nur für die Nutzung zu nicht-kommerziellen, persönlichen Zwecken bestimmt (z. B. im Rahmen des fachlichen Austauschs mit einzelnen Kollegen und zur Verwendung auf der privaten Homepage des Autors). Diese PDF-Datei ist nicht für die Einstellung in Repositorien vorgesehen, dies gilt auch für soziale und wissenschaftliche Netzwerke und Plattformen.

**Verlag und Copyright:**

Georg Thieme Verlag KG  
Rüdigerstraße 14  
70469 Stuttgart  
ISSN

Nachdruck nur  
mit Genehmigung  
des Verlags



# Entstehung von Evidenzerleben in der Balintgruppenarbeit

## Development of Evidence Experience in Balint Group Work

Autor

R. Neumeier

Institut

Praxis Neumeier, Mannheim

### Schlüsselwörter

- vorbewusste Erinnerung
- Affektverständnis
- Evidenzerleben
- Fehlerkultur
- institutionelles Risikomanagement

### Key words

- preconscious memory
- understanding affects
- evidence experience
- error culture
- institutional risk management

### Zusammenfassung

Anhand mehrerer Kasuistiken wird erläutert, wie der Balintgruppenprozess vorbewusste Erinnerungen aus dem Fallgeschehen zwischen Arzt und Patient bewusst verfügbar machen kann und damit ein Erfassen von Sinnzusammenhängen und ein Erleben von Evidenz im Hinblick auf das Verständnis des Beziehungsgeschehens ermöglicht.

Dies wird auch im Hinblick auf subjektive Zweifel an der Richtigkeit des ärztlichen Handelns und mögliche Behandlungsfehler diskutiert. Abschließend wird die Relevanz solcher Prozesse für Institutionen und ihr Risikomanagement skizziert.

### Abstract

On the basis of several case examples this paper explains how the Balint Group Process can make preconscious memories consciously available from case consultations between doctors and patients. This consequently enables the recording of meaning contexts and evidence experience pertaining to an understanding of these relationships.

This is discussed with regard to subjective doubts as to the correctness of the doctors' actions and possible treatment errors.

In conclusion the relevance of such processes for institutions and their respective risk management are outlined.

### Einleitung

#### Verfügbarkeit und Bedeutungsgehalt einer vorbewussten Erinnerung

In vielen Balintgruppensitzungen habe ich als einen typischen Ablauf wahrgenommen, dass Erlebnisfragmente, die im Eingangsbericht nicht erwähnt werden, nach der Gruppenarbeit erinnert werden und eine besondere Bedeutung für das vertiefte Verständnis des Beziehungsgeschehens zwischen Arzt und Patient gewinnen. Es wird durch eine Erinnerung evident, was eben in der Gruppe als Verständnis herausgearbeitet wurde. Genauer gesagt, werden zunächst vorbewusste Wahrnehmungen, die zwar während des Geschehens registriert wurden, die aber in ihrer Bedeutung bisher nicht verfügbar waren, durch die assoziative Anreicherung im Verlauf der Balintsitzung nun mit ihrem Bedeutungsgehalt bewusst verfü- und verwendbar [1]. Sie erhöhen schlaglichtartig das Verständnis des Geschehenen, was zu einer großen affektiven Erleichte-

rung und einem eindrucksvollen Evidenzerleben führen kann.

In den nachfolgenden kasuistischen Beispielen, von denen ich eines ausführlich beschreiben werde, war der Anlass der vorgetragenen Fälle jeweils die Auseinandersetzung der berichtenden Kolleginnen und Kollegen mit einem Behandlungsverlauf, der Zweifel hinterließ – Zweifel an der Richtigkeit des eigenen ärztlichen Handelns, Zweifel, ob etwas versäumt wurde, Zweifel, ob bestimmte Aspekte, die wichtig gewesen wären, aus dem Blick gerieten. Gerade in der hier entstehenden Verunsicherung kann die Balintarbeit als besonders gelungen und entlastend erlebt werden, wenn anhand eines konkreten Erlebnisfragments, das vorher neutral oder irrelevant erschien, die vorher in der Gruppe entstandenen Überlegungen zur Dynamik des Falles nochmals verdichtet festgemacht und illustriert werden können und so überzeugend ein Evidenzerleben bezüglich des Fallverständnisses hervorgebracht wird.

### Bibliografie

DOI <http://dx.doi.org/10.1055/s-0042-121647>  
 Balint 2016; 17: 117–121  
 © Georg Thieme Verlag KG  
 Stuttgart · New York  
 ISSN 1439-5142

### Korrespondenzadresse

**Dr. med. Rainald Neumeier**  
 Maximilianstraße 6  
 68165 Mannheim  
 dr.r.neumeier@t-online.de

## Zwei Kurzbeispiele zur Erläuterung – Affektbedrängnis und Affektverständnis

Ein Anästhesist berichtet anlässlich der schwierigen, in diesem Fall vorher nicht explizit geklärten Entscheidung, ob während einer bereits laufenden Narkose nach Eintritt eines Herz-Kreislauf-Versagens eine Reanimation durchgeführt werden sollte oder nicht, am Ende der Sitzung, dass es der letzte Eindruck von der Patientin, eine bestimmte Wahrnehmung ihres Gesichtsausdrucks unmittelbar vor Einleitung der Narkose war, die ihn wohl letztlich veranlasst hatte, sich dann so zu entscheiden, wie er es tat. Ich gehe hier nicht weiter auf den Fall ein, mir geht es nur um diese Szene. Zwar entstehen bei einem solchen Fall natürlich auch Fragen an den Ablauf im Krankenhaus im Sinne möglicher Optimierungen zur künftigen Vermeidung solcher Konfliktsituationen; jeder erfahrene Arzt wird aber wissen, dass niemals alle Konflikte im Vorhinein vorausgesehen und die damit verbundenen Entscheidungen rundum abgesichert werden können. Der Impetus einer Balintgruppensitzung ist ja gerade das wertschätzende Verstehen des Geschehens einschließlich gerade auch der Aspekte, die die beteiligten Kollegen an eine Grenze, in eine unsichere und affektiv schwer zu handhabende Situation führen. Hier war der Kollege, ein sehr erfahrener Mann in gehobener Position im Krankenhaus, in seiner Schilderung sichtlich unter Druck, weil er letztlich sein eigenes Handeln nicht einordnen konnte, es als mehr oder weniger zufällig und auch als möglicherweise falsch empfand. Mit der Verfügbarkeit der Erinnerung an die eine Szene, in der er den Gesichtsausdruck der Patientin wahrgenommen hatte, wurde ihm plötzlich klar, dass dies quasi der handlungsbestimmende Vektor in der Situation war. Dies entthob ihn zwar nicht unbedingt von weiteren Fragen, z. B. wie schon erwähnt an mögliche Verbesserungen oder auch Fragen ethischer Natur (es ging hier nicht um einen objektiven Behandlungsfehler), er gewann aber eine Klarheit über den sinnhaften Zusammenhang des Geschehens, die vorher fehlte.

Fehlt eben ein solcher sinnhafter Zusammenhang, so ist die Folge eines diffusen Unwohlseins und unverarbeiteten Schuldgefühls wahrscheinlich. Dies wiederum kann sowohl zu emotionalen Belastungen führen als auch zu Überreaktionen im künftigen Handeln, die mehr schuld- als verständnisgeleitet sind, auch wenn sie gerade versuchen, auf rationaler Ebene, z. B. durch noch größere Absicherungen, Konflikte zu vermeiden.

**Hierzu eine kurze Vignette aus einem Psychosomatikkurs:** Die Assistenzärztin einer Allgemeinarztpraxis berichtet, dass ihr Chef bisher eine weitgehend ablehnende Haltung zu Patientenforderungen nach MRTs eingenommen hatte. Dies war begründet mit allgemeinen Aspekten bezüglich des fordernden Patiententypus, des Budgets usw. Nun wurde bei einer jungen Frau, die sich mit Schwindel an ihn gewandt hatte, ein Hirntumor diagnostiziert. Auch hier hatte er routinemäßig das MRT abgelehnt. Ab da, so berichtete seine Assistentin, bekam praktisch jeder ein MRT. Hier ist zu vermuten, dass eine Klärung der Affekte, die ihn zu den beiden konträren rigiden Haltungen veranlasst hatte, ein rationales Abwägen und Dazulernen ermöglicht hätte, statt nun das eine durch das gegenteilige Verhalten zu ersetzen. Zwar begeben sich jetzt auf das Feld der Spekulation, es ist aber durchaus anzunehmen, dass etwa dem ersten Verhalten ein nicht ganz unberechtigter, aber zu wenig reflektierter Ärger über Erlebnisse mit „unverschämten“ Forderungen zugrunde lag, dem zweiten dagegen letztlich Scham und Angst. Balintgruppenarbeit könnte eben durch die Aufklärung der Affekte einen wesentlichen Beitrag dazu leisten, das eigene Verhal-

ten zu verstehen, einzuordnen und ggf. auch neu zu bewerten und dazu zu lernen, nicht aber affektbedrängt entweder ärgergeleitet oder angstgeleitet zu handeln, letzteres, um verlorengegangene Sicherheit – vermeintlich – wieder herzustellen und auch um Schuldgefühle zu kompensieren.

## Ausführliche Kasuistik – das Selbstwertthema eines alternden Patienten als unbewusste Überschrift der Arzt-Patient-Interaktion

Ein erfahrener und sorgfältiger hausärztlich tätiger Internist schildert einen kurzen, dramatischen Verlauf mit einem älteren Patienten. Der Patient sucht ihn wegen Atemproblemen bei Infekt auf. Der Befund wirkt nicht alarmierend, es wird eine infektbezogene Behandlung verordnet und eine Wiedervorstellung vereinbart. Einige Tage später ist er nochmals da, ohne wesentliche Besserung oder Verschlechterung. Er schildert jetzt eine Situation aus einem kürzlichen Krankenhausaufenthalt, er sei dort sehr unzufrieden gewesen. Etwa 10 Tage später erfährt der berichtende Kollege zu seinem Schrecken, dass der Patient verstorben ist. Die Kinder des Patienten unterrichten den Arzt ohne Vorwurf. Sie berichten, dass es ihm zunehmend nach dem letzten Arztbesuch deutlich schlechter gegangen sei, er jedoch nicht auf ihren Rat gehört habe, nochmals zum Arzt zu gehen oder sich ins Krankenhaus zu begeben. Der Tod sei dann plötzlich eingetreten, die Ursache sei nicht durch Obduktion geklärt worden.

Dem Arzt bleibt ein schlechtes Gewissen, nicht genau genug hingeschaut zu haben, etwa eine Pneumonie oder andere ernstere Erkrankung übersehen zu haben. Er ist vor allem irritiert über sich selbst, dass er nämlich dem Patienten relativ viel Gesprächszeit – über seine Biografie und über den kürzlichen Krankenhausaufenthalt – eingeräumt hatte, und äußert sich fast verbittert dahingehend, wohin ihn nun sein psychosomatisches Interesse gebracht habe: er höre zwar gut zu, aber hier hätte er doch richtig ärztlich handeln müssen, es wäre ja um die richtige Diagnose gegangen, dann hätte man ihn vielleicht retten können. Es ist anzumerken, dass es sich um einen sehr differenzierten Kollegen handelt, der ein großes Interesse an Psychosomatik hat und ein sehr gutes Gespür dafür, aber zugleich auch auf dem Hintergrund einer großen klinischen Erfahrung medizinisch sehr sorgfältig vorgeht.

Die Gruppe entlastet ihn zunächst in dem Sinne, dass ein gravierender Fehler nicht gesehen werden könne; im zweiten Termin gab es keine Alarmzeichen und der Patient hätte jederzeit wieder kommen können; es fällt auf, dass die Kinder, die ja eine dann schon gravierende Verschlechterung bemerkt hatten, es nicht schafften, den Vater zum Arzt zu bringen. Die Kinder schienen auch nicht so überrascht von dessen Eigenwilligkeit und sahen keine Schuld beim Arzt.

Was war der Patient für eine Persönlichkeit? Sehr viel war dem Kollegen nicht bekannt, er wusste aber, dass er eine Führungsposition inne gehabt hatte und recht dominant wirkte. Er war nicht unsympathisch, strahlte aus, dass er recht gut wusste, was er wollte.

Nun richtete sich das Augenmerk zunehmend auf die Gestaltung der Arzt-Patient-Beziehung. Es schien, als sei der Auftrag des Patienten nicht ganz klar gewesen – wollte er nun Hilfe für sein Atemproblem, so wunderte, dass er nicht wiederkam oder ins Krankenhaus ging, als es ihm spürbar schlechter ging; warum sprach er so ausführlich mit dem Kollegen über seinen Ärger

im Krankenhaus, der jetzt ja medizinisch nicht mehr relevant war? Es schien, als habe er die Führung in der Arzt-Patient-Beziehung übernommen und der Kollege habe sich dem Wunsch nach Gespräch gefügt, dabei aber, das war ja auch der Selbstvorwurf, die ärztliche Diagnostik vernachlässigt.

Als Zwischenfazit wird in der Gruppe deutlich, dass es irgendwie um dieses Gespräch gegangen sein müsse, das schien für den Patienten eine hohe Bedeutung gehabt zu haben.

In der Endrunde, in der der Kollege sich wieder beteiligt, erinnert dieser nun genauer, worum es gegangen war. Der Patient hatte sich sehr aufgeregt darüber, dass der noch recht junge Oberarzt ihm sehr direktiv irgendwelche Anweisungen mitgegeben und die Fragen des Patienten in dessen Erleben abgebügelt habe. Und ihm fiel nun ein, dass der Patient erzählt hatte, er sei im Berufsleben Direktor gewesen, und dass er dazu den Satz gesagt hatte: Direktor ist mehr als Oberarzt.

Nun konnte deutlich werden, was geschehen war: der Patient hatte das Atemproblem zum Anlass genommen, um mit einem Arzt, von dem er sich ernst genommen fühlte, über seine Kränkung und vielleicht dabei auch über sein Lebensthema zu sprechen: Geltung und Bedeutung. Es ging dem Patienten eben gerade – wahrscheinlich auch angesichts der gespürten körperlichen Schwächung – darum, sich in seiner Stärke zu vergegenwärtigen und nochmals klarzustellen, dass er einen Rang im Leben hatte, er war eben „der Direktor“. Das passte auch zu dem letztlich doch resignativen Verhalten der Kinder, die sich nicht zutrauten, ihn, als es ihm sichtlich schlecht ging, gegen seine Überzeugung zum erneuten Arztbesuch zu bewegen. Er machte eben, was er wollte und nicht, was andere dachten. Er war der Chef.

Die Arzt-Patient-Beziehung gestaltete sich folgerichtig ebenfalls in der Übertragung danach, dass der Arzt unbewusst die Kränkung durch den jüngeren Oberarzt nicht wiederholte, also nicht erneut als ödipaler Rivale den Rang des Älteren zu beseitigen suchte. Er übernahm nicht die Führung, sondern die beachtende, respektierende Rolle, weil er den Auftrag des Patienten annahm, ihn im Angesicht seines Alters und nachlassender Kräfte als Person zu würdigen und zu hören, was wichtig war: jemand zu sein, nicht abgekanzelt zu werden, ein Direktor zu sein. Vielleicht hatte das tatsächlich zur Folge, dass er nicht so gut diagnostizierte, wie er es sonst getan hätte, da er unbewusst zu sehr davon geleitet war, den Patienten nicht in Frage zu stellen.

Der Kollege konnte nun wahrnehmen, dass er nicht aus dummer Geschwätzigkeit oder falschem psychosomatischem Interesse ärztlich schlecht gehandelt hatte, sondern dass hier ein um das Thema seiner Bedeutung im Leben kreisender altwerdender Mensch die Beziehung gestaltet und er sich unbewusst darauf eingelassen hatte. Der Auftrag war durchaus auch, das Atemproblem zu behandeln, aber auf der interaktionell-unbewussten Ebene zugleich und unabhängig davon, die durch den Oberarzt erfahrene Kränkung wieder gut zu machen.

Dass dies in der Konsequenz möglicherweise tatsächlich zu einer Verlagerung des Arzt-Patient-Kontakts auf die Beziehungsebene führte, ist wahrscheinlich, und auch hier kann die Klärung der Balintarbeit nicht beantworten, ob die ärztliche Sorgfalt höher hätte sein können. Verstehbar wird aber die Macht des Beziehungsthemas – bin ich etwas wert, denkst auch du, dass ich nun nicht mehr zähle, gerade, wo ich mich nun kränker und schwächer fühle?

Dies konnte dem Kollegen helfen, sein Versagensgefühl und damit auch seine Bitterkeit bezüglich des als falsch empfundenen psychosomatischen Interesses zu relativieren. Er war, wenn man es so ausdrücken will, der Macht des narzisstischen Themas des

Patienten erlegen, aber in gewissem Sinne war es zugespitzt formuliert diesem Mann vielleicht sogar wichtiger gewesen, in seiner Geltung gesehen zu werden, als medizinische Hilfe zu bekommen. Dies würde auch erklären, warum er seine Autonomie so schlecht aufgeben konnte und letztlich nicht wirklich adäquate Hilfe suchte und fand (sofern das möglich gewesen wäre, es bleibt ja Spekulation).

Der Satz „Direktor ist mehr als Oberarzt“ stellte das zunächst vorbewusste Erinnerungsstück dar, dass durch die Fallbearbeitung dann als Schlüssel zum Verständnis verfügbar wurde und eine sinnhafte Einordnung des Geschehens ermöglichte.

### Fallvignette – übersehene Operationskomplikation, szenische Erinnerung als Verdichtung einer misslingenden Interaktion

▼ Handelten die bisherigen Fallbeispiele von Problemen, die mit zwar belastenden, aber objektivierbar nicht als Behandlungsfehler einzuschätzenden Verläufen zu tun hatten, soll ein letztes Beispiel die Relevanz der Betrachtung auch für tatsächlich eintretende Behandlungsfehler oder mindestens Beinahe-Fehler verdeutlichen. Es handelt von einem chirurgischen Problem bei psychotischer Erkrankung. Der Kollege schilderte die Aufnahme eines Patienten wegen Rückenproblemen nach einer Operation. Unklare Übergaben unter den Kollegen und unklare Informationen über abgelaufene konsiliarische Untersuchungen aus anderen Fachgebieten trugen dazu bei, dass die Einschätzung des Falles für den Behandler auf Station schwierig war, im Nachhinein von dem Kollegen als unzureichend beurteilt und auch Anlass einer krankenhausinternen Fallbesprechung zur Fehleranalyse wurde. Unter Anderem spielte hier auch die sicher besondere Schwierigkeit eine Rolle, dass der Patient psychisch krank war, sich in Rede und Verhalten während des Klinikaufenthaltes auffällig zeigte und schlecht explorierbar war. Dadurch entstand ein Unbehagen und eine allgemein eher aversive Einstellung zu ihm, trotz glaubhafter Bemühung der Beteiligten, auch ihm medizinisch adäquat gerecht zu werden.

Die berichteten Beschwerden des Patienten (Schmerzen und Bewegungseinschränkungen) wurden zunächst in ihrer Relevanz nicht erkannt. Letztlich stellte sich aber heraus, dass den Schmerzschilderungen des Patienten eine tatsächlich erhebliche und potentiell sehr folgenreiche Operationskomplikation zugrunde lag, deren Diagnostik aus einer falschen Einschätzung der Lage heraus verschleppt worden war.

Eine für das Verhältnis zum Patienten illustrative Szene (das vorbewusste Erinnerungsfragment) erinnerte der Kollege am Ende der Besprechung, nämlich, dass der Patient zwar sehr viel und oft unverständlich, aber ausgesprochen leise sprach und dadurch den Kollegen zwang, sich körperlich sehr nah zu ihm zu beugen, während er zugleich eine starke Abwehr dagegen empfand. Diese kleine Szene verdichtete für den Kollegen quasi pars pro toto den nicht gelösten Konflikt zwischen starken, aber nicht bewusst gemachten eigenen Bedürfnissen nach Schutz und Distanz (auch vor der Verunsicherung durch die Psychose) und dem konträren ärztlichen Auftrag, dennoch objektiv zu untersuchen und zu behandeln. Unglücklicherweise reichte offenbar die Behandlungsdauer nicht, um den hier noch besonders erschwerenden Faktor zu berücksichtigen, dass der wahrscheinlich schizophrene Patient aufgrund seiner Denk- und Affektstörung nicht in der Lage war, durch eigene Affektssignale das Gegenüber in eine empathische Bindung zu bringen, vielmehr reagierte er

selbst gleichgültig auf seiner Erkrankung, konnte aber stark emotional bei eigentlich unwichtigen Kleinigkeiten werden. Natürlich ist hier das emotionale Element nur ein Puzzlestein in einer recht komplizierten Gemengelage von Einflussfaktoren. Aus meiner Sicht ist es aber mitnichten zu unterschätzen, welche Einflussfaktoren solche ungeklärten Affekte (eigene Verwirrung durch einen aus dem eigenen Wissen heraus schwer einzuordnenden psychisch kranken Menschen, körperliche Abneigung) und eben auch solche Szenen – hier: ich bin zu einer für mich eigentlich nicht erträglichen Nähe gezwungen – auf den eigenen Denkraum und Handlungsspielraum des Arztes haben. Ich bin überzeugt davon, dass die Balintarbeit hier einen sehr wertvollen, weil eben gerade nicht verurteilenden, sondern wertschätzenden, aber dadurch auch die Auflösung von Verdängung ermöglichenden Beitrag zum Selbstverständnis der nicht selten äußerst schwierig auszufüllenden Arztrolle leisten kann.

### Erweiterung der Betrachtungsebene – Angstverarbeitung in Institutionen

All diese Beispiele handeln natürlich, entsprechend der klassischen Bearbeitung einer individuellen Arzt-Patient-Beziehung, von der persönlichen Interaktion zwischen Arzt und Patient und von oft dabei deutlich werdenden individuellen Handlungsstrategien, wie mit Angst, Schuld, Ärger umgegangen wird. Ich habe häufig mit jungen Ärzten in Krankenhäusern zu tun, und damit wird gelegentlich auch die Ebene der Institution Thema der Besprechung. Im Fall von möglichen Fehlern geht es dann oft um die etablierten Systeme der Qualitätssicherung, aber auch des Beschwerdemanagements und des Umgangs der Führungsebene mit potentiell schwierigen Verläufen. In der psychodynamischen Organisationsberatung hat sich das Tavistockmodell als zentrales Konzept etabliert [2]. Nur skizzenhaft möchte ich hier zum Schluss auf diese erweiterte Ebene der Betrachtung eingehen. Wesentlich ist dabei, dass Institutionen als Systeme gesehen werden, die in Erfüllung ihrer Aufgaben immer Risiken managen und dazu Angst bewältigen müssen – ein klassisch psychoanalytischer Ansatz. Wie diese Angst bewältigt wird, entscheidet nach diesem Modell wesentlich darüber mit, wie gut die Institutionen funktionieren. Angst kann verleugnet und ferngehalten werden – dann sind z. B. die Kritiker Spinner oder wichtige Sicherheitsfunktionen werden nur pro forma eingerichtet-, Angst kann aber auch übermäßig stark handlungsleitend werden. Im individuellen Beispiel wäre das vielleicht der Fall in der obigen Kurzkasuistik mit der MRT-Verordnung. In Institutionen wirkt sich nach den Schilderungen der Kollegen oft die Angst vor Beschwerden und rechtlichen Folgen stark auf Handlungsreglements in den Kliniken aus, was ja auch verständlich ist. Problematisch kann das werden, wenn die berechnete und absolut notwendige Sorge über diese Dinge zu affektgeleitet wird. Ein Thema, das mich hierzu aktuell beschäftigt, ist der Umgang mit Patienten, die sich durch operative Eingriffe selbst schädigen und dabei introspektionsunfähig sind. Es ist sehr schwierig, den Umgang mit solchen Patienten so zu gestalten, dass die Ablehnung von operativen Eingriffen, die häufig zu aggressiven Reaktionen von Patienten führt, vereinbar erscheint mit der Sorge der Institution, dem Patienten Hilfe zu verweigern und deshalb möglicherweise verklagt zu werden. Es kann dann scheinbar sicherer sein, den Auftrag des Patienten, operiert zu werden, zu erfüllen, obwohl meist nach längerem Verlauf allen

klar ist, dass dies nicht wirklich sinnvoll ist. Es wäre nicht nur, aber auch ein Thema der Bearbeitung von Angst in der Institution, hier zu einer wirklich patientengerechten und zugleich die Interessen der Klinik ausreichend schützenden Verhaltensweise zu gelangen.

Dies kann hier nur Skizze bleiben, ich möchte aber damit meine Auffassung deutlich machen, dass der grundsätzliche Ansatz der Balintgruppenarbeit, Affekte zu verstehen und neu einzuordnen und damit Handlungszusammenhänge aus Bedrängnis in Verständnis überzuführen, auch für Fragestellungen relevant ist, die über das individuelle Arzt-Patient-Verhältnis hinausreichen.

### Diskussion

Die geschilderten Kasuistiken handelten von entstandenem Unbehagen, Gefühlen, dass etwas ungeklärt und ungesehen blieb oder sogar, dass der Blick verzerrt wurde und das eigene verantwortliche Handeln bezweifelt wurde. Natürlicherweise knüpfen solche Empfindungen nicht notwendig nur, aber eben häufig auch an Fragen nach möglichen oder durchaus auch einmal tatsächlich eingetretenen Fehlern in der Behandlung an. Hier soll klargestellt werden, dass die Balintgruppe nicht als Entschuldigungs- oder Rechtfertigungsritual (und schon gar nicht als objektive Fehleranalyse) verstanden werden soll, das wäre ein völliges Missverständnis. Aus meiner Sicht können durch die Balintarbeit, wie schon oben gesagt, nicht die Analyse von Handlungsabläufen, von Fehler-Risiken und möglichen Optimierungsprozessen ersetzt und auch nicht manchmal offen bleibende ethische Fragen aufgelöst werden. Der Arzt kann aber den Sinnzusammenhang, das Ganze des Geschehens, in einer neuen Weise verstehen und unverständene Fragmente integrieren und so aus einem beunruhigenden passiven, mit Kontrollverlust einhergehenden Modus – ich verstehe nicht, was da mit mir passiert ist – wieder zum Handelnden werden, der sich selbst im Sinnzusammenhang der Interaktionsgeschehens begreifen kann, was manchmal auch eine Voraussetzung dafür sein kann, bestimmte Abläufe nun erst betrauern zu können, die vorher nicht mit der notwendigen Offenheit angeschaut werden konnten; manchmal bedeutet es aber auch einfach eine große Erleichterung, wenn verstanden wurde, dass da nichts „schief lief“, „aus dem Ruder lief“, sondern das Geschehen zwischen Arzt und Patient sehr wohl seinen Sinn hatte. Diese Einsichten werden wie geschildert in einem eindrucksvollen Evidenzerleben möglich, wenn vorbereitete Erinnerungen – oder in moderner kognitionswissenschaftlicher Terminologie: bewusstseinsfähige Anteile des deklarativen Gedächtnisses [3] – durch den Gruppenprozess dem Bewusstsein verfügbar werden. Die Entlastung besteht also nicht darin, dass das Konfliktvolle des Geschehens vollständig aufgelöst wird, jedenfalls muss das nicht notwendig das Ergebnis sein. So kann etwa der Konflikt, ob die Entscheidung bezüglich Reanimation richtig war, durchaus bestehen bleiben. Es wird jedoch dem Kollegen verfügbar, was ihn als emotionaler Anteil beeinflusst hat, er kann darüber reflektieren und dies für künftige Entscheidungen verwenden. Die Enttabuisierung emotionaler Einflüsse auf komplexe und eine hohe Rationalität erfordernde Entscheidungen und Handlungen ist ein wichtiger Beitrag zur ärztlichen Fehlerkultur, den die Balintgruppe leisten kann. Ebenso wird den Kollegen durch diese Arbeit deutlicher, wie komplex die Einflüsse auf ihre Handlungen sind und dass emotionale Aspekte die bereits hohe Komplexität des rational-objektivierenden ärztlichen Handelns beglei-

ten. Emotionalität zu bedenken als Teil der ärztlichen Identität, nicht als Störfaktor zu eliminieren, ist ohnehin m. E. eine zentrale „Botschaft“ der Balintarbeit.

Ähnlich wie im Falle der Reanimationsfrage bleibt etwa auch das Phänomen bestehen, dass der Arzt in einem bestimmten Falle eine genauere Diagnostik hätte machen können oder den Patienten aus einem anderen Blickwinkel betrachten können. Nicht diese Frage selbst ist dann beseitigt und geklärt. Aber es wird im Sinne eines Integrationsprozesses verstehbar, warum er zu diesem Weg gekommen ist und nicht zu einem anderen. Ein Bedauern, ein Trauern mag auch das Ergebnis sein, durchaus auch ein Verändern auf der medizinischen Ebene künftiger Abwägungen und Prozeduren, es ist jedoch jetzt die Kontinuität eines seelischen und interaktionellen Prozesses greifbar geworden, was, wenn es etwa um Schuld geht, mögliche Schuld nicht auflösen muss, aber die Fixierung auf eine Schuld im Sinne eines unverständlichen und unverzeihlichen Fehlers auflöst.

Ganz unabhängig von Schuldfragen kann ja, wie das Beispiel des „Direktors“ zeigt, z. B. auch das Selbstkonzept – hier als verstehender, zuhörender Arzt – erschüttert sein und zu Zweifeln Anlass geben, auch wenn gar kein objektivierbarer Fehler zu finden ist und niemand einen Vorwurf erheben könnte.

Es erscheint mir wichtig, an diesen Beispielen klarzustellen, dass es nicht darum geht, möglicherweise tatsächlich vorhandene ethische und ärztliche Probleme der ausreichenden Diagnostik oder des richtigen Handelns weg zu psychologisieren. Nein, es geht vielmehr darum, dass solche Fälle wie viele schwierige Begegnungen und Verläufe bei den behandelnden Kolleginnen und Kollegen diffuse schlechte Gefühle veranlasst hatten, die zu Angst, Selbstzweifeln und Schuldgefühl, Scham oder auch Wut führen, ohne dass klar wird, was da eigentlich passiert ist. Die Balintarbeit kann hier die Ebene eines mächtig wirksamen Beziehungsgeschehens klären, dabei auch würdigen, wie sehr der unbewusst-interaktionelle Auftrag des Klienten manchmal ein ganz anderer ist als der explizit vorgetragene medizinische (das Atemproblem), und dass sich beide in die Quere kommen können. Das kann zum einen versöhnen damit, dass hier etwas nicht Zufälliges, sondern sehr wohl mit der Person des Klienten Verbundenes geschehen ist, es kann den Verlauf, und, wo man diesen als problematisch sieht, die möglichen Irrtümer dadurch

verstehbarer machen und für künftige Begegnungen den Blick auf entsprechende unbewusste Beziehungsprozesse schärfen, um mit ihnen klarer umgehen zu können.

Auf institutioneller Ebene betrachtet, führt eine unzureichende Bearbeitung von Angst zu teilweise irrationalen, nur scheinbar rational-sinnvollen Bewältigungsstrategien für die erkannten – durchaus realen – Gefahren. Auf dieser Ebene kann es auch Institutionen, ebenso wie Ärzten in individuellen Arzt-Patient-Beziehungen, besser oder schlechter gelingen, Prozeduren zu entwickeln, die den Problemlagen gemäß sind.

Zum Schluss möchte ich meine Dankbarkeit ausdrücken, dass ich Kolleginnen und Kollegen in meinen Gruppen habe, die so offen und vertrauensvoll ihre oft sehr schwierigen und belastenden Geschichten erzählen.

### Zur Person



Dr. med. Rainald Neumeier, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Facharzt für Psychosomatische Medizin, Psychoanalyse. Nach psychiatrischer und psychosomatischer Facharztweiterbildung in Göttingen und Mannheim und psychoanalytischer Weiterbildung in Mannheim seit 1999 in eigener Praxis, daneben Tätigkeiten in psychotherapeutischer Aus- und Weiterbildung, Fall- und Teamsupervision

**Ihre Meinung zu diesem Artikel können Sie gerne der Redaktion mitteilen (geschaeftsstelle@balintgesellschaft.de).**

### Literatur

- 1 *Laplanche L, Pontalis JB.* Das Vokabular der Psychoanalyse. Frankfurt a.M.: Suhrkamp-Verlag; 1973: 612–615
- 2 *Lohmer M.* Das Unbewusste im Unternehmen: Konzepte und Praxis psychodynamischer Organisationsberatung. In: Lohmer M, (Hrsg.). Psychodynamische Organisationsberatung: Konflikte und Potentiale in Veränderungsprozessen. Stuttgart: Klett-Cotta-Verlag; 2000: 22–38
- 3 *Schüßler G.* Aktuelle Konzeption des Unbewussten – Empirische Ergebnisse der Neurobiologie, Kognitionswissenschaften, Sozialpsychologie und Emotionsforschung. *Psychosom Med Psychother* 2002; 48: 194–195 209ff