

Bilanzierungsdialog

Eine Chance zur Förderung von Ressourcenorientierung in der Langzeitversorgung von Patienten mit chronischen Krankheiten

von Ottomar Bahrs¹

ABSTRACT

Chronische Erkrankungen haben akute Erkrankungen im medizinischen Versorgungsalltag schon lange überholt. Mit steigender Lebenserwartung erhöht sich auch die Wahrscheinlichkeit, selbst betroffen oder als Familienangehöriger mitbetroffen zu sein. Weil gerade bei chronischen Erkrankungen medizinische, psychische und soziale Aspekte langfristig eine Rolle spielen, ist die enge Abstimmung aller an der Versorgung Beteiligten zentrale Voraussetzung für eine erfolgreiche Behandlung. Zahlreiche Studien zur Versorgungssituation haben Kommunikationsprobleme und einen systematischen Mangel an Aufklärung zutage gefördert. Abhilfe könnten Bilanzierungsdialoge schaffen, bei denen mit (ausgewählten) chronisch Kranken außerhalb der Routineversorgung Krankheits- und Behandlungsverlauf gemeinsam besprochen, Ziele gegebenenfalls neu justiert, der individuelle Behandlungsbedarf an den Zukunftswünschen ausgerichtet und die Ressourcen realistisch berücksichtigt werden.

Schlüsselwörter: Chronische Krankheit, ambulante Versorgung, Arzt-Patienten-Beziehung, Bilanzierungsdialog, Salutogenese, Qualitätszirkel

Chronic conditions have long since overtaken acute illnesses in everyday medical care. With increasing life expectancy, the probability of experiencing a chronic condition or be affected as a family member is also rising. Since especially in long-term chronic diseases medical, psychological and social aspects play a role in the long run, a close co-ordination of all key stakeholders is an important condition for successful treatment. Numerous studies on the health care situation have revealed communication problems and a systematic lack of patient education. The situation could be improved by so-called balancing dialogues where the physician discusses the course of the disease and its treatment with (selected) chronically ill patients outside routine care, common goals are – if necessary – re-adjusted, individual treatment needs are aligned with wishes for the future and resources are realistically considered.

Keywords: chronic diseases, outpatient care, doctor-patient relationship, balancing dialogue, salutogenesis, quality circles

1 Einleitung

Die Versorgung von Patienten mit chronischen Erkrankungen ist eine Herausforderung für das Gesundheitssystem und stellt besondere Anforderungen an Behandler, Patienten und deren Umfeld. Chronische Erkrankung erfordert insbesondere von den Betroffenen und ihren Angehörigen körperliche, psychische und soziale Adaptionsleistungen, die durch ein gezieltes Behandlungs- und Beratungsangebot über einen längeren Zeitraum hinweg unterstützt werden müssen, um das Risiko der Chronifizierung zusätzlicher Problemlagen auf jeder dieser Ebenen zu senken. Darüber hinaus muss

bei jeder chronischen Krankheit mit einer Entwicklung hin zu Multimorbidität gerechnet werden. Mit zunehmender Behandlungsdauer verlieren medizinische Diagnosen allerdings gegenüber komplexem Krank-Sein an strukturierender Kraft. Der Patient erlebt im Zeitverlauf weniger eine Pluralität von Krankheiten (diseases) als vielmehr ein sich individuell ausformendes Kranksein (illness), auf das der Behandler adäquat reagieren muss. Dies kann dem behandelnden Arzt aber nur gelingen, wenn er das Kranksein seines Gegenübers und seine Krankheitskonzepte aus dessen Perspektive versteht und in seine eigenen Handlungen systematisch einbezieht. Dies gelingt bislang selten, weil:

¹Dr. disc. pol. Ottomar Bahrs, Abteilung Medizinische Psychologie und Medizinische Soziologie, Universität Göttingen · Waldweg 37a · 37073 Göttingen
Telefon: 0551 39-8195 · Telefax: 0551 39-13558 · E-Mail: obahrs@gwdg.de

- ärztliche Aus-, Weiter- und Fortbildung wenig auf ein solches Denken in Zusammenhängen und Einbeziehung des Patienten vorbereiten;
- insbesondere die patienteneigenen Ressourcen systematisch nicht eruiert und daher unterschätzt werden (*Bahrs und Matthiessen 2007; Malterud und Hollnagel 2004*);
- (präventions-)relevante Informationen im Praxisalltag verloren gehen (*Brucks 1998*);
- die Analyse von Versorgungsroutinen in der Begleitung von chronisch kranken Patienten typische Muster problematischer Konstellationen erkennen lässt (*Barry et al. 2001; Heisler et al. 2003; Wens et al. 2005*).

Für den primären Behandler – ob Haus- oder Facharzt – kommt es in der Langzeitversorgung von Patienten mit chronischen Krankheiten entscheidend darauf an, den individuellen Behandlungsbedarf unter Berücksichtigung der Dynamik des Gesundungs- und Krankheitsverlaufs im Dialog mit dem Patienten in einer stabilen und vertrauensvollen Arzt-Patient-Beziehung festzulegen (*Weizsäcker 1956; Corbin und Strauss 2003*).

Das Ausmaß chronischer Erkrankungen und die damit einhergehenden Folgekosten (Gesundheitsversorgung, Arbeitsunfähigkeit, psychosoziale Einschränkung und Minderung der Lebensqualität) sind schon jetzt enorm. Je nach Definition leiden bis zu 40 Prozent der deutschen Bevölkerung an mindestens einer chronischen Erkrankung. Diese Patienten gehen durchschnittlich häufiger zum Arzt und nehmen auch andere Gesundheitsfachkräfte häufiger in Anspruch. Rund 80 Prozent der Konsultationen in Hausarztpraxen betreffen die vielgestaltigen Anliegen von Patienten mit (zumeist multiplen) chronischen Krankheiten. Für diese Versorgungssituation besteht bislang wenig evidenzbasiertes Wissen (Überblick bei *Beyer et al. 2007*). Eine gemeinsame Entscheidungsfindung zwischen Arzt und Patient beginnt erst nach etwa 80 Prozent der Konsultationszeit (*Elwyn et al. 2005*). Viele Behandlungsepisoden im Rahmen der im Prinzip nicht befristeten primärärztlichen Versorgung enden ohne förmlichen Abschluss: Eine gemeinsame Beurteilung bleibt aus und Patient und Arzt können im Fall einer erneuten Erkrankung nur begrenzt auf geteiltes Wissen zurückgreifen.

Ein zentrales Problem ist darin zu sehen, dass der professionelle Blick auf chronisch Kranke die Defizite in den Vordergrund stellt und dabei sowohl das individuelle Kranksein verfehlt wie das jeweils „bedingte Gesund-Sein“ unterschätzt (*Hildenbrand 1993; Malterud und Hollnagel 2004*). Im Vergleich zu anderen Settings (Psychotherapie, Rehabilitation, Suchttherapie etc.), in denen evaluierende Gespräche bereits Bestandteil der Versorgungsroutine sind, erscheint die primärärztliche Langzeitversorgung von Patienten mit chronischen Krankheiten unterstrukturiert. Notwendig sind daher Verfahren, die konkret an der derzeitigen Versorgungsrealität ansetzend insbesondere eine explizite Klärung des Behand-

lungsauftrags ermöglichen. Wie dies möglich sein könnte, war Gegenstand des Projekts „Gesundheitsfördernde Praxen“.

2 Der „chronisch“ ungeklärte Behandlungsauftrag

In der hausärztlichen Sprechstunde ist immer erneut die Frage zu klären, welche gemeinsame Wirklichkeit Behandler und Patienten erzeugen und welche gemeinsamen Ziele dem zugrunde liegen. Um die Kluft zwischen lebensweltlichen Werten und medizinischen „Werten“ zu überbrücken, genügt eine Verständigung allein auf kognitiver Ebene nicht. Beschreibungen wie Aushandlung (*Balint 1980*), Kampf (*Frank und Stollberg o.J.*) oder Tanz (*BMJ 1999*) verweisen auf eine hohe emotionale Beteiligung beider Akteure und auf die Prozesshaftigkeit des Geschehens (*Balint 1980; Ripke 1994*). Eine explizite Thematisierung fehlt aber häufig in der Routineversorgung, obgleich der „Behandlungsauftrag“ – aus unterschiedlichen Gründen – oft unklar ist:

- Patientenäußerungen sind mehrdeutig, wenn zum Beispiel neben den vorgetragenen manifesten Problemen („Präsen-tiersymptom“, „Beratungsanlass“ [*Hesse 1992*]) – oft unbewusste – Wünsche („hidden agenda“ [*Peltenburg et al. 2004*], „Beratungsursache“ [*Braun et al. 1990*]) eine Rolle spielen, die latent bleiben und doch steuernd wirken. Explizite Aufträge können geradezu im Widerspruch zu den latenten Wünschen stehen.
- Der Arzt versucht neben seinem offenkundigen medizinischen Auftrag eine unausgesprochen bleibende, persönliche „Mission“ zu erfüllen („apostolische Funktion“ [*Balint 1980*]).
- Es sind Dritte (Familienangehörige oder Arbeitgeber) als explizite oder implizite Auftraggeber in den Behandlungsprozess involviert. Sie verknüpfen die Einleitung einer Behandlung ihres Schützlings mit Zielvorstellungen, die nicht mit denen von Patient und Behandler übereinstimmen müssen. Dies gilt analog für Krankenkassen und Kassenärztliche Vereinigungen (KV), zum Beispiel vermittelt über Disease-Management-Programme (DMP).
- Bei bereits bestehender Diagnose einer chronischen Erkrankung wird vom Behandler typischerweise die Fortsetzung eines Auftrags anteilhaft, was dazu führen kann, dass die Bedeutung aktuell vorgetragener Patientenprobleme unterschätzt wird.

Im Gegensatz zu anderen Settings (Psychotherapie, Rehabilitation, Suchttherapie etc.) sind bilanzierende Gespräche in der ambulanten Versorgung kein regulärer Bestandteil der therapeutischen Begegnung. So geht die Langzeitversorgung mit der Gefahr einher, dass sich Routinen einschleifen, Erstarrungen im (vermeintlich) Bewährten stattfinden (zum Beispiel dem Wiederholungsrezept [*Balint et al. 1975*]) oder (vermeintlich falsche) Hoffnungen der Beteiligten suspendiert werden („Einverständnis im Missverständnis“ [*Brucks 1998*]). Gerade weil

- die erlebte Anamnese häufig keinen Niederschlag in der Aktenführung findet und das dem Behandler zur Verfügung stehende Kontextwissen oft nicht aktualisiert wird,
- präventionsrelevante Befunde häufig Nebenbefunde sind, die von Patient und Arzt erst im Nachhinein als Vorboten erkannt werden (*Brucks 1998*),
- an der Langzeitversorgung häufig parallel verschiedene Behandler beteiligt sind und die „Verzettelung von Verantwortlichkeit“ [*Balint 1980*] strukturell droht, und
- Chancen und Risiken von Selbstregulation systematisch kaum zum Thema in der hausärztlichen Sprechstunde gemacht werden (*Petzold 2005*),

erscheinen explizite Bilanzierungsdialoge in der medizinischen Langzeitversorgung notwendig (*Bahrs und Matthiessen 2007*).

3 Gesundheitsfördernde Praxen

Das Konzept des Bilanzierungsdialogs wurde im Rahmen des vom AOK-Bundesverband von 2002 bis 2005 geförderten

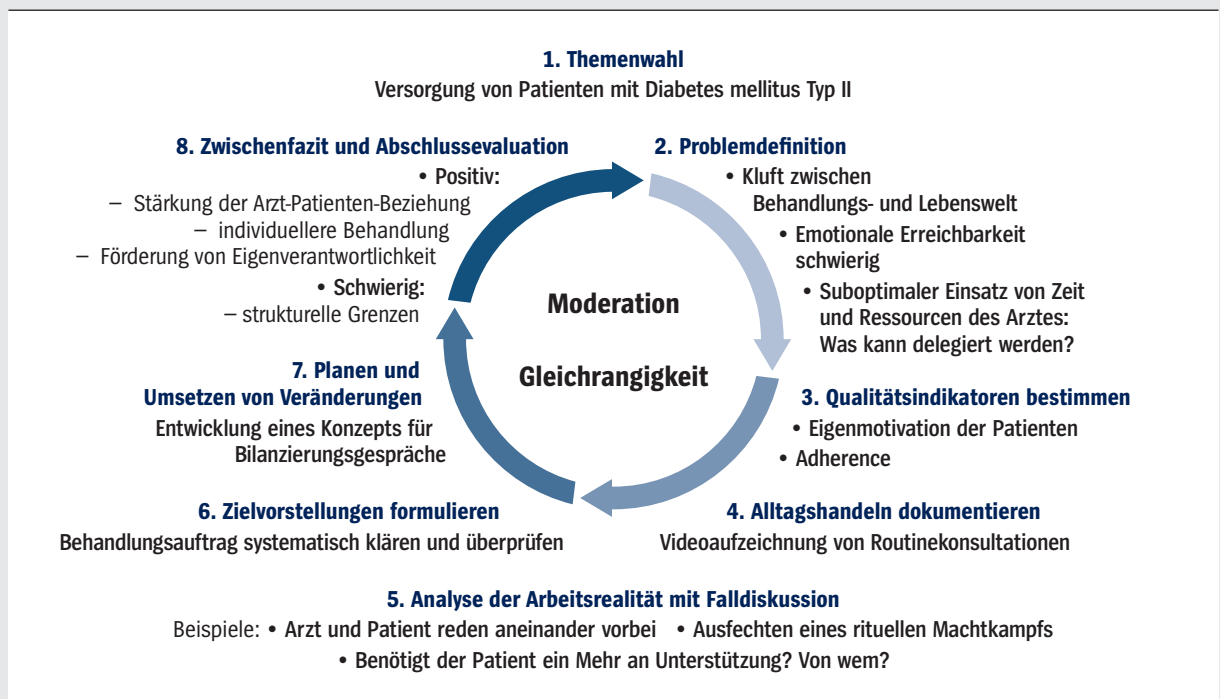
Modellprojekts „Gesundheitsfördernde Praxen“ entwickelt (*Bahrs und Matthiessen 2007*). Um Wirklichkeit und Möglichkeit einer ressourcenorientierten hausärztlichen Versorgung auszuloten, wurden mehr als 300 Konsultationen zwischen chronisch erkrankten Patienten und ihren Behandlern (Hausärzte sowie nichtärztliche Behandler) videodokumentiert, 35 ausgewählte Gespräche in zwei projektbegleitenden Qualitätszirkeln (Göttingen beziehungsweise Witten-Herdecke) diskutiert sowie ergänzend narrative Interviews mit je 15 Patienten und Behandlern geführt. Die Ergebnisse wurden fallbezogen aufbereitet sowie fallübergreifend am Beispiel von Diabetes mellitus und chronischen Atemwegserkrankungen dargestellt (ausführlich bei *Bahrs und Matthiessen 2007*).

Die Qualitätszirkel, an denen insgesamt 20 (Haus-)Ärzte sowie sieben Vertreter nichtärztlicher Berufsgruppen und sechs Patientenvertreter kontinuierlich teilnahmen, kamen zu je etwa 25 Treffen zusammen. Jeder Behandelnde stellte mindestens einen eigenen videodokumentierten Behandlungsfall zur Diskussion. Die Qualitätszirkelarbeit erfolgte strukturiert entlang dem Modell des Qualitätskreislaufs (Abbildung 1), der in

ABBILDUNG 1

Qualitätskreislauf im Qualitätszirkel

Rahmenthema: „Salutogenetische Orientierung in der hausärztlichen Praxis“



Quelle: Bahrs und Matthiessen 2007, 79; Grafik: G+G Wissenschaft 2011

der Regel mehrfach durchlaufen wurde: im Gesamtverlauf mit Bezug auf das gewählte Rahmenthema und im engeren Sinne bei jeder einzelnen Fallvorstellung. Die Evaluation der Zirkelarbeit erfolgte im Hinblick darauf, inwieweit die Ausgangsfragen beantwortet werden konnten und führte zur kontinuierlichen Weiterentwicklung von Fragestellungen und Themen.

Im Göttinger Qualitätszirkel wählten die Projektbeteiligten im ersten Arbeitsjahr in Absprache mit den Vorstellenden aus dem Pool von 270 videodokumentierten Gesprächen 12 für die Diskussion im Qualitätszirkel aus. Handlungsleitend war, dass sich die anhand der Fälle zu diskutierenden Themen nicht wiederholen, sondern aneinander anknüpfen und gegenseitig vertiefen konnten. Mit Bezug auf das Auswahlkriterium „Versorgungssituation von Patienten mit Diabetes mellitus Typ II“ wurde das gesamte Altersspektrum berücksichtigt und Männer und Frauen annähernd gleichmäßig ausgewählt. In zwei Fällen handelte es sich um Behandlungssituationen mit nichtärztlichen Behandlerinnen (Atempädagogin, Physiotherapeutin). Die erste Arbeitsphase führte zur Entwicklung des Bilanzierungsdialogs, der im zweiten Projektjahr erprobt wurde. Die bereits im Zirkel bekannten Patienten wurden gezielt zu Bilanzierungsdialogen eingeladen, die wiederum im Qualitätszirkel besprochen wurden (Tabelle 1).

In den Qualitätszirkeldiskussionen wurde die steuernde Kraft der Krankheitskonzepte der Behandler selbst erkennbar (vgl. auch Wollny et al. 2007) und im Hinblick auf ihre Wirksamkeit thematisierbar. Bei den derzeit diskutierten Modellen rationaler Entscheidungsfindung wird stillschweigend von der Annahme ausgegangen, dass der Arzt das im Medizinstudium und in der Berufspraxis erworbene Wissen – und ausschließlich dieses – über die verschiedenen Krankheiten in die Arzt-Patienten-Interaktion und in die Therapievorschläge einbringt, er also den Stand des Wissens handlungsleitend vorbringt. In den videogestützten Zirkeldiskussionen wurde hingegen deutlich, dass in der Arzt-Patienten-Kommunikation sowohl auf Arzt- als auch auf Patientenseite neben den medizinischen auch die nichtmedizinischen Vorstellungen von Krankheit und vom Kranksein eine wesentliche Rolle spielen (Bahrs 2005). Der Arzt ist damit nicht nur Repräsentant des „State of the Professional Art“, sondern auch der eigenen Geschichte (Lebensgeschichte als Ganzes und Berufsbiografie im Besonderen), die den Aushandlungs- und Entscheidungsprozess beeinflusst (Maos et al. 2006; Witte 2010; Bahrs 2011; May et al. 2004). Beide Verhandlungspartner bringen nicht nur verschiedenes Wissen, sondern jeweils individuelle Vorstellungen zum Behandlungsgeschehen, zur Krankheit und zum chronischen Kranksein ein. Diese Krankheitskonzepte als langfristig stabile und zugleich situativ veränderliche haben neben den kognitiven auch emotionale und handlungsbezogene Momente. Daraus können sich Erklärungen für die von verschiedenen Behandlern immer wieder festgestellten großen Varianzen in den individuellen Behandlungspraktiken und -verläufen ergeben.

4 Der Bilanzierungsdialog

Der im Projektverlauf entwickelte Bilanzierungsdialog fußt auf folgenden Annahmen:

- Patient und Arzt begegnen sich als Experten – jedoch gilt ihre Expertenschaft auf unterschiedlicher Ebene. Damit die sich auf das eigene Krank- und Gesund-Sein beziehende Expertise des Patienten zur Geltung kommen kann, muss der Professionelle das Gespräch als „Fallverstehen in der Begegnung“ organisieren (Welter-Enderlin und Hildenbrand 2004).
- Die Ausbildung von Gesundheit und Krankheit sind als Gesamtprozess zu verstehen. Seine Verlaufsgestalt und die Interaktionsdynamik zwischen Patient und Arzt sind prognostisch bedeutsam (Antonovsky 1997; Balint 1980; Brucks 1998).
- Die Behandler bilden je individuell Strategien zur Bewältigung dieser Situation aus, die sich in der Form eines impliziten Wissens in den Routinen niederschlagen (Bahrs und Matthiessen 2007; Wollny et al. 2007), die in gemeinsamer Praxisforschung aufgegriffen und systematisiert werden können.

Mit dem Bilanzierungsdialog wird eine Antwort auf die von Patienten und Ärzten gleichermaßen beklagte Situation eines ritualisierten Aneinander-Vorbeiredens gegeben, in der sich beide Interakteure emotional nicht erreichen. Anknüpfend an das von Malterud und Hollnagel entwickelte Health Resource/Risk Balance Model soll die salutogenetische Orientierung in der hausärztlichen Versorgung gestärkt werden (Malterud und Hollnagel 1998). Während in der „klassischen“ Konsultation eine pathogenetische Perspektive vorherrscht, in die ärztlicherseits eine Orientierung an Krankheitsbildern und Risiken und patientenseitig Krankheitserfahrungen eingebracht werden, exploriert der Arzt in salutogenetischer Orientierung zusätzlich Erfahrungen des Patienten bei der Bewältigung von Krisen, die sich als „generalisierte Widerstandsressourcen“ (Antonovsky 1997) sedimentiert haben, und ermöglicht so den Patienten, sich eigener Gesundheitsressourcen Gewähr zu werden (Abbildung 2).

Bilanzierungsdialoge benötigen einen eigenen Rahmen, das heißt, die Routinesituation wird gezielt verlassen, um analog zum Erstgespräch Chancen zur Neuorientierung zu suchen. Dabei geht es um die folgenden Ziele:

- **Evaluation der bisherigen (gemeinsamen) Behandlung:** Dies knüpft an die bisherige Beziehung und das traditionelle Vorgehen an und soll eruieren, inwieweit die erreichten Wirkungen dem gewünschten und realisierbaren Nutzen entsprechen. In der Rückschau gilt es, ursprüngliche – möglicherweise auch unausgesprochene – Ziele der Behandlung (des Patienten, des Behandlers sowie gemeinsame Ziele) bewusst zu machen und Gründe für mögliche Diskrepanzen zwischen Zielsetzung und Realisierung herauszufinden. Die Frage nach beobachteten Wirkungen

TABELLE 1

Merkmale der im Qualitätszirkel diskutierten videodokumentierten ärztlichen Gespräche

Arzt	Patient	Erst-dokumentation	Dauer Gespräch 1	Bilanzierungsgespräch Themen	(1 Jahr später) Dauer	Neue Prioritäten	Veränderung d. Gesprächsdauer	
01 Hausarzt, Psychotherapeut, Alter: 65 Jahre	66-jähriger Mann	Diabetes	10:30 min	Diabetes, Bluthochdruck, Hofübergabe	13:30 min	Teilhabe ist primäres Ziel	+ 30 % (+ 3 min)	
02 Chirurg, Alter: 60 Jahre	79-jährige Frau	Diabetes	14:45 min	Diabetes, KHK	17:10 min	Wunsch nach Umsorgt- werden ist zentral	+ 18 % (+ 2:25 min)	
03 Hausarzt, Homöopath, Alter: 55 Jahre	58-jährige Frau	Asthma	11:40 min	Asthma, Familienprobleme	26:20 min	Sorgen um andere sind zentral	+ 120 % (+ 14:40 min)	
04 Hausärztin, Homöopathin, Manuelle Therapie, Alter: 45 Jahre	60-jährige Frau	Asthma, Nahrungsmittel- unverträglichkeit	~ 60 min (~ je 30 min für Ehemann und Patientin)	Asthma, Nahrungsmittel- unverträglichkeit, Trauerbegleitung	57:00 min (nur Patientin)	Einzelgespräch; Bedarf an psychosozialer Unterstützung	+ 100 %	
05 Hausarzt, Psychotherapeut, Naturheilverfahren, Alter: 55 Jahre	38-jähriger Mann	Tinnitus	21:00 min	Tinnitus, Ängste, Partnerproblematik	54:00 min	Verunsicherung und grundlegende Neuorien- tierung; Bilanzierung als Krisenintervention	+ 150 % (+ 33 min)	
06 Hausarzt, Diabetologe, Alter: 40 Jahre	65-jähriger Mann	Diabetes	12:10 min	Diabetes, KHK, Berentung	20:40 min	Wunsch nach Anerkennung eigener Aufopferung; Angst bzgl. körperl. Unversehrtheit	+ 70 % (+ 8:30 min)	
08	51-jähriger Mann	Diabetes	16:20 min	es hat kein Bilanzierungsgespräch stattgefunden				
10	34-jährige Frau	Diabetes	19:30 min	Diabetes, Atem- probleme, Ängste	15:00 min	Berücksichtigung der patien- teneigenen Belastungen (Vor- geschichte) und Ressourcen	- 25 % (- 4:30 min)	
11	83-jährige Frau	Diabetes	11:00 min	Diabetes, Depression, Familienproblematik	18:40 min	Kranksein statt Krankheit; grundlegende Unterstützung erforderlich	+ 65 % (+ 7:40 min)	
12	40-jährige Frau	Diabetes, Sucht	13:10 min	Diabetes, HWS, Selbst- wertprobleme, Sucht	26:50 min	Selbstwert fördern, den Schmerz zulassen und erfahrbar machen, Außenorientierung unterstützen	+ 100 % (+ 13:40 min)	
			10 – 60 min, Ø: 16 min		13 – 57 min, Ø: 27 min	Patienteneigene Ressourcen erkennen u. nutzen; Arzt-Patient- Beziehung als Ressource nutzen	Durchschnittlich 11 min länger – 67 Prozent	

Quelle: nach Bahrs und Mathiesen 2007, 314; Grafik: G+G Wissenschaft 2011

zielt auf Rückmeldung bezüglich der fallspezifischen Angemessenheit des therapeutischen Vorgehens, öffnet den Raum für die Thematisierung erlebter oder befürchteter Nebenwirkungen und kann Einsichten in Krankheitsverhalten und Selbstwahrnehmung des Patienten erlauben.

- Erhalten eines tieferen Verständnisses für den lebensweltlichen Kontext (Familie, Beruf, Tagesgestaltung usw.). Dies kann zum Beispiel damit eingeleitet werden, dass nach der Umsetzbarkeit des Therapiekonzepts oder nach den Reaktionen signifikanter anderer (zum Beispiel Familienangehörige) gefragt wird.
- Die Bedeutung der Krankheit(en) für den Patienten nachvollziehbar werden lassen und eine individuelle Gesamtdiagnose ermöglichen. Mittel hierfür sind Kontextuierung und Verlaufsbeobachtung, wodurch die Art, in der der Patient seine Beziehungen zu sich und seiner Umwelt gestaltet, deutlich werden, sowie die Futur-II-Frage, die den Fokus darauf richtet, wofür die Krise/Krankheit möglicherweise einmal gut gewesen sein kann (Blankenburg 1989).
- Entwicklung eines Gesamtbildes von Risiken und Ressourcen: Die Frage danach, wie Krisen – körperliche, psychische, soziale – erlebt und bewältigt wurden und auf welche

Potenziale der Patient zurückgreifen kann, verweist auf bislang noch ungenutzte Möglichkeiten und fördert Selbsthilfepotenziale.

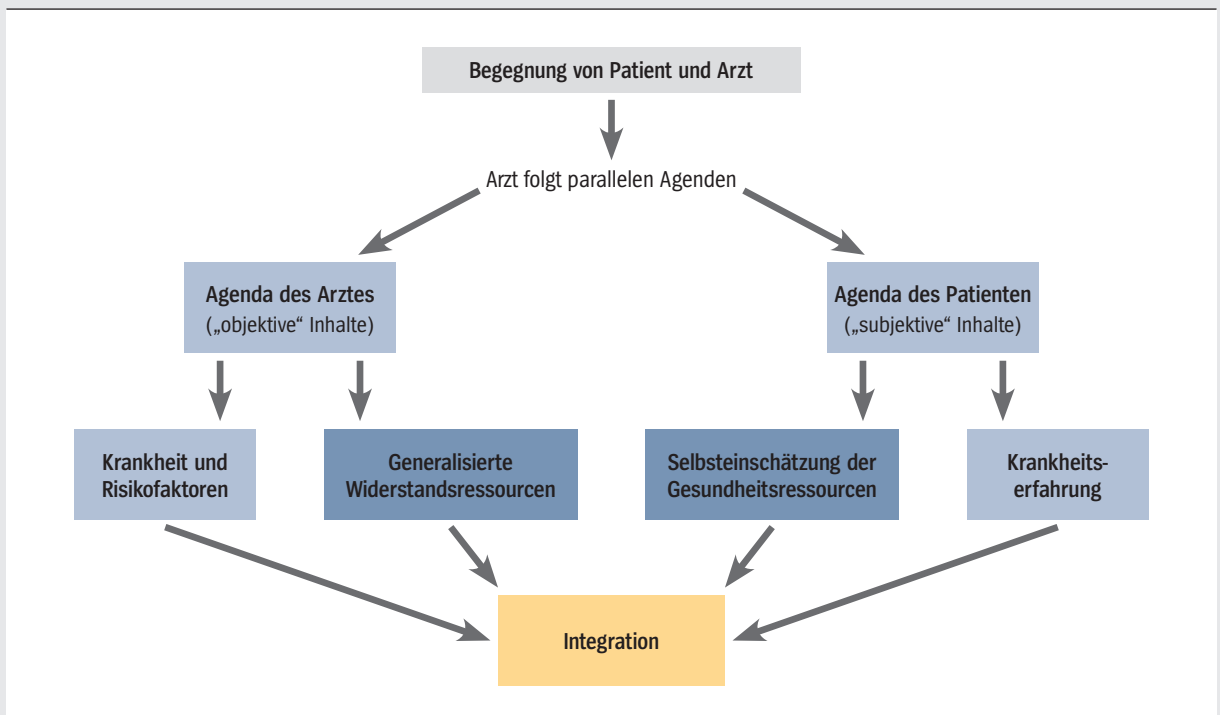
- Weitere Festigung der Arzt-Patienten-Beziehung als übergreifendes Ziel.
- Explikation der wechselseitigen Erwartungen und (Re-) Formulierung des Behandlungsauftrags (auf Widerruf).
- Konkrete Absprachen bezüglich der Verantwortlichkeiten, Vereinbarungen über die Behandlungsziele und über die zur Zielerreichung erforderlichen Schritte münden in einem gemeinsamen ([Be-]Handlungsplan).

5 Überlegungen zur Umsetzung

Mit der Bilanzierung werden explizit Veränderungsperspektiven und -wünsche einbezogen und Grundlagen für die Zielvereinbarung gelegt. Damit wird systematisch die Notwendigkeit von Kontinuität in Frage gestellt. Dies ist eine Chance zur Revision bei Fehldiagnosen, somatischen Fixierungen (Hildenbrand 1993; Simon 1993) oder verharschten Struktu-

ABBILDUNG 2

Health Resource / Risk Balance Model (Salutogenetische Orientierung in der Konsultation)



Quelle: modifiziert nach Hollnagel und Mallerud 1998; Grafik: G+G Wissenschaft 2011

ABLAUFSTRUKTUR DES BILANZIERUNGSDIALOGS – BEISPIEL

Wie jede andere Interaktion auch wird der Bilanzierungsdialog durch Eröffnung und Beendigung gerahmt. Die konkrete Ausgestaltung erfolgt fallspezifisch. Das folgende Beispiel – Namen und biografische Angaben sind anonymisiert – wurde im Rahmen des Projekts „Gesundheitsfördernde Praxen“ dokumentiert (Bahrs und Matthiessen 2007):

Frau Merz, 40, verheiratet, Verwaltungsangestellte und seit vielen Jahren Patientin in der Landarztpraxis, ist übergewichtig und wird wegen erhöhten Blutdrucks und Diabetes behandelt. Die etwa gleichaltrige Hausärztin Frau Dr. Stöver ist besorgt, weil Frau Merz die Krankheit nicht ernst nimmt und „mit dem Lasso eingefangen werden muss“. Sie hat die Patientin zum Bilanzierungsdialog einbestellt.

ERÖFFNUNG UND AKTUELLER BEZUG: Mit dem Bilanzierungsdialog ist eine neue Situation geschaffen. Frau Dr. Stöver macht die veränderten Rahmenbedingungen zum Thema explizit und erkundigt sich dann nach dem derzeitigen Befinden ihrer Patientin. Dies leitet über zur aktuellen Situation, wobei die Frage vor dem Hintergrund eines akuten Krankheitsereignisses (Bandscheibenvorfall) nahe liegt.

RÜCKBLICK: In der Folge leitet Frau Dr. Stöver den Rückblick auf das vergangene Jahr ein. Dabei geht es um den Krankheitsverlauf, um Wissen bezüglich der Behandlung, um Informiertheit bezüglich Risiken und den bewussten Umgang damit sowie um die emotionale Verarbeitung dieser Situation.

Der krisenhafte Verlauf bei Frau Merz betrifft zugleich die Arzt-Patienten-Beziehung und damit Dr. Stöver mit. Nicht nur hat sich der Behandlungsstatus bezüglich des Diabetes wieder verschlechtert (Blutwerte, Gewicht), überdies steht für die Patientin die Therapie des Rückenschmerzes im Vordergrund, wegen der sie ihre Hausärztin nur beiläufig kontaktiert hatte.

BEWERTUNG: Frau Merz benennt die Schwerpunktverlagerung in ihrer Darstellung explizit – der Zucker habe sie zeitweilig überhaupt nicht interessiert – und leitet damit veränderte Prioritätensetzungen auch in der gemeinsamen Behandlung ein (erst der Rücken, dann der Zucker, dann das Rauchen). Frau Dr. Stöver bleibt zunächst nur, dies

nachzuvollziehen und zuzulassen – doch wird der Patientin damit genau die Öffnung möglich, die auch eine Thematisierung der mit der Diabetesbehandlung verbundenen Ängste erlaubt und Frau Merz aktiv nach Informationen fragen lässt („... wie spürt man das eigentlich, wenn der [Zuckerspiegel] zu hoch ist?“), die die Ärztin ihr längst angeboten (und auch gegeben) hatte. Vor diesem Hintergrund kann Frau Dr. Stöver konkrete Zielvorstellungen eruieren (Gewichtsabnahme), die – zumindest in der Situation selbst – für die Patientin selbstverpflichtend wirken. Die Chance zur expliziten Einigung auf einen gemeinsamen Behandlungsplan wird allerdings verpasst.

ALLTAGSBEZUG: Frau Merz signalisiert eine deutliche Grenze, als Frau Dr. Stöver die familiäre Situation anspricht. Sie „funktioniere wieder normal“. Diese Formulierung indiziert eine fragile Situation, in der sich die Patientin die Selbst-Gewissheit zu allererst selbst schaffen muss. Folgerichtig stellt Frau Dr. Stöver daraufhin die Frage nach den eigenen Zielen der Patientin („Wenn wir uns im nächsten Jahr unterhalten, was möchten Sie mir dann sagen?“) und überschreitet damit den gegenwärtigen Alltag hin auf eine gewünschte Zukunft.

ZUKUNFTSBEZUG: Auf ihre im Praxisalltag sehr ungewöhnliche Frage („Wenn Sie sich jetzt vorstellen, wir würden uns in einem Jahr hier wieder treffen?“) erhält die Ärztin eine prompte und Sehnsüchte transportierende Antwort („Dann bin ich schlank!“). Schlank zu sein und sich normal bewegen zu können –, dies ist mehr als der Wunsch nach einer Restitution, sondern verweist auf ein Bedürfnis nach Anerkennung, das zugleich die emotionale Basis der Erkrankung wie auch der Behandlung – und der Gesundheit – sein könnte. Damit wird ein deutlicher Akzent in die Richtung der Ressourcen gesetzt.

GESPRÄCHSBEENDIGUNG UND EVALUATION: Frau Dr. Stöver bricht das Gespräch nach knapp 28 Minuten etwas unvermittelt ab, kommt mit Rezeptierung beziehungsweise Überweisung aber auf die Eingangssituation zurück und endet mit einer Terminvereinbarung, die zugleich die Kontinuität der Beziehung sichert.

ren, kann aber auch ein Risiko dafür darstellen, dass die in der Chronifizierung geronnene Abwehr durchbrochen wird und Krisen ausgelöst werden (Grol 1985; Sturm et al. 2006). Hervorzuheben ist, dass es sich beim Bilanzierungsdialog nicht um Psychotherapie, sondern um eine Ausdifferenzierung der psychosomatischen Grundversorgung handelt. Sein Reiz liegt gerade darin, in der Primärversorgung Patienten niederschwellig zu erreichen, die zwar psychosoziale Probleme haben, aber eine spezifische professionelle Unterstützung nicht in Anspruch nehmen würden.

Für den Bilanzierungsdialog sollten etwa 30 Minuten eingeplant werden. Dies ist unter den jetzigen Versorgungsbedingungen nur im Einzelfall zu leisten. Malterud und Hollnagel folgend ist allerdings davon auszugehen, dass gesundheitsorientierte Gespräche eine Investition darstellen und der zeitliche Mehrbedarf langfristig mit wachsender Autonomie der Patienten und geringerem Aufwand für die Behandler einhergeht (Malterud und Hollnagel 1998; Hollnagel et al. 2000). Auch sollen Bilanzierungsdialoge keineswegs zur Regel werden, sondern bestimmten Patienten in regelmäßigen

Abständen angeboten werden. Dabei könnte in einer Implementierungsphase an Strukturen angeknüpft werden, die mit den DMP bereits vorliegen. Letztere könnten unter dem Aspekt der Zielvereinbarung um das Element des einmal jährlich durchzuführenden Bilanzierungsdialogs ergänzt werden. Indem der spezifische Behandlungsbedarf systematisch eruiert und überprüft würde, könnten Leitlinienbasierung und individuelle Angemessenheit zu nachhaltigem Ausgleich gebracht werden. Disease Management würde dann weniger als bürokratisches Monster empfunden werden, die Ärzte sich rückbesinnen auf ihren originären Versorgungsauftrag – mit erwartbar höherer Berufszufriedenheit und zum Wohle der Salutogenese auch der Behandler (Bahrs und Matthiessen 2007).

Bilanzierungsdialoge erfordern – und fördern – eine innere Umstimmung, auf die viele Ärzte auf ihrem Berufsweg bislang wenig vorbereitet werden. Notwendig sind daher spezifische Qualifizierungen, die im Medizinstudium beginnen (Bahrs 2010), in der Facharzt-Weiterbildung verankert werden und berufspraxisbegleitend beispielsweise in Form von Qualitätszirkeln oder Workshops in Anspruch genommen werden können. Hierfür stehen Module und unterstützende Materialien zur Verfügung, die die Theorievermittlung, die strukturierte Gruppendiskussion videodokumentierter Konsultationen und die Auseinandersetzung mit der eigenen Biografie erleichtern sollen. Umfang der Qualifizierung und Gewichtung der einzelnen Elemente variieren in Abhängigkeit von Vorerfahrungen und Möglichkeiten der Teilnehmer.

6 Grenzen der Studie

Unsere qualitative Studie war explorativ angelegt, Repräsentativität wird nicht beansprucht. Bei den Projektteilnehmern handelt es sich um eine hoch motivierte Gruppe, die freiwillig einen hohen Zeitaufwand auf sich nahm und in außerordentlicher Offenheit Videoanalysen, persönliche Interviews und Zirkeldiskussionen ermöglichte. Zudem war das projektleitende Salutogenesekonzept wenig bekannt. Doch selbst bei diesen für die Arzt-Patienten-Kommunikation sehr aufgeschlossenen Behandlern wurden die beschriebenen Probleme der Interaktionsgestaltung deutlich, die vermutlich bei vielen anderen noch massiver sind.

Bei den Patienten haben wir – abgesehen davon, dass sie natürlich bei ausgewählten Ärzten in Behandlung sind – keine Hinweise auf studienbedingte Selektionseffekte. 50 Prozent der Patienten stimmten der Videoaufzeichnung zu. Dies entspricht Literaturberichten (Coleman 2000) und eigenen Vorerfahrungen. Zu den Bilanzierungsgesprächen waren alle befragten Patienten bereit, das narrative Interview wurde lediglich von einer Patientin verweigert.

Das Konzept des Bilanzierungsdialogs erwies sich als umsetzbar und hilfreich, wobei die Behandler einschränkend die Frage aufwarfen, inwieweit sie dies außerhalb des geschützten Projektrahmens hätten realisieren können (Bahrs und Matthiessen 2007). So ist die Wirksamkeit von Bilanzierungsdialogen zwar plausibel („promising intervention“), eine explizite Evaluationsstudie gleichwohl erforderlich, um evidenzbasiert die strukturellen Voraussetzungen für eine Breitenimplementierung in der Langzeitversorgung von Patienten mit chronischen Krankheiten schaffen zu können. Das im Juli 2011 begonnene Projekt BILANZ („Bilanzierungsdialoge als Mittel zur Förderung von Patientenorientierung und zur Verbesserung hausärztlicher Behandlungsqualität bei Menschen mit chronischer Krankheit“) hat in einer Kooperation der Universitäten Düsseldorf, Witten und Göttingen diese Aufgabe begonnen.

Danksagung: Am Schluss möchte ich ein herzliches Dankeschön sagen: den beteiligten Patienten und Behandlern, deren Offenheit und Engagement die Ergebnisse erst ermöglicht haben; Prof. Peter Matthiessen, Dr. Hermann Müller und Peter Meister aus Herdecke sowie meinen Kolleginnen Susanne Heim, M.A., und Dr. Vera Kalitzkus, mit denen mich eine persönlich und sachlich bereichernde konstruktive Zusammenarbeit verbindet; Prof. Wolfram Fischer, Dr. Martina Goblirsch und Prof. Bruno Hildenbrand, die uns mit hoher Kompetenz methodisch unterstützt haben; Prof. Norbert Schmacke, der das Projekt im Auftrag des AOK-Bundesverbandes hilfreich begleitet hat; und dem AOK-Bundesverband, dessen finanzielle Förderung die Rahmenbedingungen für die Studie geschaffen hat.

Literatur

- Antonovsky A (1997): Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit. Dt. erweiterte Herausgabe von A. Franke. Tübingen, DGVT
- Bahrs O (2005): Die Re-Inszenierung des Sprechstundenalltags – Videoaufzeichnungen aus der hausärztlichen Praxis. Zeitschrift für Allgemeinmedizin, Jg. 81, 237–242
- Bahrs O (2010): Kommunikationsförderung in der Vor-Klinik – Kursus der Medizinischen Psychologie und Medizinischen Soziologie; Zeitschrift für Medizinische Psychologie, Jg. 19, 97–101
- Bahrs O (2011): Der Arzt als Partner – Biographie und ärztliches Handeln. Balint, Jg. 12, 77–84
- Bahrs O, Matthiessen PF (Hrsg.) (2007): Gesundheitsfördernde Praxen – Die Chancen einer salutogenetischen Orientierung in der hausärztlichen Praxis. Bern: Huber
- Balint M, Hunt J, Joyce D et al. (1975): Das Wiederholungsrezept – Behandlung oder Diagnose? Stuttgart: Ernst Klett
- Balint M (1980): Der Arzt, sein Patient und die Krankheit. 5. Auflage. Stuttgart: Klett-Cotta
- Barry CA, Stevenson FA, Britten N et al. (2001): Giving voice to the lifeworld. More humane, more effective medical care? A qualitative study of doctor-patient communication in general practice. Social Science & Medicine, Band 53, 487–505

- Beyer M, Otterbach I, Eler A et al. (2007):** Multimorbidität in der Allgemeinpraxis, Teil I: Pragmatische Definition, Epidemiologie und Versorgungsprämissen. *Zeitschrift für Allgemeinmedizin*, Jg. 83, 310–315
- Blankenburg W (1989):** Die Futur-II-Perspektive in ihrer Bedeutung für die Erschließung der Lebensgeschichte des Patienten. In: Blankenburg W (Hrsg.). *Biographie und Krankheit*. Stuttgart: Thieme, 76–84
- BMJ (1999):** Editor's choice: Take your partners for the dance. *British Medical Journal*, Band 319
- Braun RN, Mader FH, Danninger H (1990):** Programmierte Diagnostik in der Allgemeinmedizin. Berlin: Springer-Verlag
- Brucks U (1998):** Arbeitspsychologie personenbezogener Dienstleistungen. Bern: Hans Huber
- Coleman T (2000):** Using video-recorded consultations for research in primary care: advantages and limitations. *Family Practice*, Band 17, 422–427
- Corbin JC, Strauss AL (2003):** Weiterleben lernen. Verlauf und Bewältigung chronischer Krankheit. Bern: Hans Huber
- Elwyn G, Edwards A, Rhydderch M (2005):** Shared Decision Making: das Konzept und seine Anwendung in der klinischen Praxis. In: Härter M, Loh A, Spies (Hrsg.). *Gemeinsam entscheiden, erfolgreich handeln – Neue Wege für Ärzte und Patienten im Gesundheitswesen*. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag, 3–12
- Frank F, Stollberg G (o.J.):** Doctor-patient interaction in complementary medicine: homeopathy, acupuncture and Ayurveda in Germany; www.uni-bielefeld.de/soz/iw/pdf/stollberg_frank_docpat.pdf
- Grol RPTM (1985):** Die Prävention somatischer Fixierung. Heidelberg: Springer
- Heisler M, Vijan S, Anderson RM et al. (2003):** When do patients and their physicians agree on diabetes treatment goals and strategies and what difference does it make? *Journal of General Internal Medicine*, Band 18, 892–902
- Hesse E (1992):** Umgang des Hausarztes mit Sucht. In: Kochen M M (Hrsg.). *Allgemeinmedizin*. Stuttgart: Thieme, 350–358
- Hildenbrand B (1993):** Eingefrorene Geschichten und auftauende Beschreibungen – begriffliche Überlegungen. *System Familie*, Jg. 6, Heft 3, 130–138
- Hollnagel H, Malterud K, Witt K (2000):** Men's self-assessed personal health resources: approaching patients' strong points in general practice. *Family Practice*, Band 17, Heft 6, 529–534
- Malterud K, Hollnagel H (1998):** Talking with women about personal health resources in general practice – Key questions about salutogenesis. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, Band 16, 66–71
- Malterud K, Hollnagel H (2004):** Positive self-assessed general health in patients with medical problems – A qualitative study from general practice. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, Band 22, 11–15
- Maos B, Rabin S, Katz H, Matalon A (2006):** Der zwischenmenschliche Ansatz in der Medizin: Die Arzt-Patienten-Beziehung. Berlin: Logos-Verlag
- May C, Allison G, Chapple A et al. (2004):** Framing the doctor-patient relationship in chronic illness: a comparative study of general practitioners' accounts. *Sociology of Health & Illness*, Band 20, Heft 2, 135–158
- Peltenburg M, Fischer JE, Bahrs O et al. (2004):** The Unexpected in Primary Care – A Multicenter Study on the Emergence of Unvoiced Patient Agenda. *Annals of Family Medicine*, Band 2, 534–540
- Petzold TD (2005):** Die ärztliche Gesprächsführung im Sinne einer salutogenen Kommunikation. *Erfahrungsheilkunde*, Jg. 54, 230–241
- Ripke T (1994):** Patient und Arzt im Dialog, Praxis der ärztlichen Gesprächsführung. Stuttgart: Thieme
- Simon FB (1993):** Die Kunst der Chronifizierung. *System Familie*, Jg. 6, 139–150
- Sturm E, Bahrs O, Kalitzkus V et al. (2006):** Komplexe Ursachen chronischer Krankheiten erkennen und gesundheitsfördernde Leistungen erbringen. In: Sturm E, Bahrs O, Dieckhoff D et al. (Hrsg.). *Hausärztliche Patientenversorgung – Konzepte – Methoden – Fertigkeiten*. Stuttgart: Thieme, 178–220
- Weißsäcker Vv (1956):** Pathosophie. Göttingen: Vandenhoeck & Rupprecht
- Welter-Enderlin R, Hildenbrand B (2004):** Systematische Therapie als Begegnung. 4. Auflage. Stuttgart: Klett-Cotta
- Wens J, Vermeire E, van Royen P et al. (2005):** GPs' perspectives of type 2 diabetes patients' adherence to treatment: A qualitative analysis of barriers and solutions. *BMC Family Practice*, Band 6, 20 (doi: 10.1186/1471-2296-6-20)
- Witte N (2010):** Ärztliches Handeln im Praxisalltag – Eine interaktions- und biographische analytische Studie. Frankfurt am Main: Campus Verlag
- Wollny A, Kreher S, Sielk M et al. (2007):** Hausärzte in der „Beziehungsfalle“? Ergebnisse einer qualitativen Studie zu ärztlichen Krankheitskonzepten und Behandlungsstrategien bei *Ulcerus cruris venosum*. *Forum Qualitative Sozialforschung / Forum: Qualitative Social Research*, Band 9, Heft 1, Art. 42; www.qualitative-research.net/fqs-texte/1-08/08-1-42-d.htm (letzter Zugriff: 08.09.11)

DER AUTOR



Dr. Ottomar Bahrs, Jahrgang 1951, Medizinsoziologe, Studium der Sozialwissenschaften an der Universität Göttingen. 1982–1990 und seit 1997 wissenschaftlicher Mitarbeiter an der Universität Göttingen, 1992–1996 wissenschaftlicher Mitarbeiter an der Medizinischen Hochschule Hannover. Seit 1990 Moderator

von Qualitätszirkeln, seit 1994 Schulungsleiter von Qualitätszirkeln. Seit 1990 Vorstand der Gesellschaft zur Förderung Medizinischer Kommunikation e.V. Arbeitsschwerpunkte: Arzt-Patienten-Kommunikation, Salutogenese, Qualitätsentwicklung, Kooperationsförderung und Selbsthilfe.