



Bilanzierungsdialoge als Zugang zu familienmedizinischen Aspekten – Eine exemplarische Fallanalyse

Aus der Behandlungsroutine heraustreten und neue Einsichten in Lebenskontexte gewinnen

OTTOMAR BAHR¹, FELIX DEYMANN¹, KARL-HEINZ HENZE¹,
SUSANNE HEIM¹, FRANZISKA LÖWENSTEIN²

Die Langzeitversorgung chronisch kranker Menschen stellt eine große Herausforderung für die Arzt-Patient-Beziehung dar und bezieht sich zumindest implizit in der Regel auf alle relevanten Lebensbereiche des Patienten/der Patientin (und der jeweiligen Angehörigen). Dabei gibt es keinen „natürlichen“ Zeitpunkt, die verschiedenen Dimensionen zusammenzudenken und den Verlauf der Behandlung gemeinsam zu thematisieren. Das Instrument des Bilanzierungsdialogs (BD) bietet die Chance, aus der Behandlungsroutine herauszutreten, die Bedeutung bereits bekannter Fakten auch zur psychosozialen Situation neu zu bewerten, neue Einsichten in relevante Lebenskontexte zu gewinnen und so ein umfassendes Verständnis für die PatientInnen im Sinne einer Gesamtdiagnose (M. Balint) zu gewinnen. Wie damit ein Zugang zu einer familienmedizinischen Perspektive gewonnen werden kann, wird am Beispiel eines Fallverlaufs aufgezeigt, der auf vier konsekutiven videodokumentierten Bilanzierungsdialogen aus der BILANZ-Studie (BMBF 01GX1030A-C) gründet.

Abstract: The long-term care of chronically ill people is a major challenge for the doctor-patient relationship and refers, at least implicitly, to all relevant areas of life of the patient (and the respective members). There is no "natural" time to think together the different dimensions and jointly to address the course of treatment. The instrument of Review Dialogue (RD) offers the opportunity to step out of the handler, to assess the significance of already known facts and the psychosocial situation to gain new insights into relevant life contexts and to obtain a comprehensive

understanding of the patient in terms of an 'overall diagnosis' (M. Balint). In order to show in which way a family medical perspective can be gained, a case history is demonstrated which is based on four consecutive videotaped review dialogues from the BALANCE study (BMBF 01GX1030A-C).

Schlüsselwörter: Bilanzierungsdialog, Gesundheitsziele, Behandlungsplan, psychosoziale Aspekte, Gesamtdiagnose

Fragt man Menschen, was denn das Wichtigste in ihrem Leben sei, so wird man häufig hören: „Gesundheit.“ Bei genauerem Hinhören wird schnell klar, dass damit sehr Unterschiedliches gemeint ist. Die jeweilige Bedeutung von Gesundheit ist individuell. Peter Matthiesen, emeritierter Professor für unkonventionelle Heilverfahren und Theorie der Medizin an der Universität Witten, formulierte treffend: „Es gibt ebenso viele Gesundheit, wie es Menschen gibt“ [mündliche Mitteilung; siehe auch Matthiesen 2010].

Was jeweils als „Gesundheit“ bezeichnet und gewünscht wird, ist dabei keineswegs beliebig. Wir werden alle in einen bestimmten, historisch gewachsenen kulturellen und gesellschaftlichen Lebensraum hineingeboren, so dass viele unserer Wahrnehmungen und Empfindungen im Alltag sowie in unseren sozialen Beziehungen schon durch diesen Rahmen vorgeprägt sind. Vor diesem Hintergrund lernen wir, eigene körperlich vermittelte Erfahrungen zu deuten, Zeichen von Wohlbefinden und Unbehagen bei uns und bei anderen wahrzunehmen und Vorstellungen von erstrebenswerter „Gesundheit“ und (behandlungsbedürftiger) „Krankheit“ immer weiter zu differenzieren. Was wir für „gesund“ und „krank“ halten, ist damit auch Ausdruck und Ergebnis einer

1 Universitätsmedizin Göttingen, Institut für Medizinische Psychologie & Medizinische Soziologie
2 Gesellschaft zur Förderung Medizinischer Kommunikation

sozialen Lernerfahrung [Payer 1993; Faltermaier 2009; Helmich et al. 1991] und bezogen auf aktuelle und zukünftige Entwicklungsaufgaben, vor denen die Betroffenen stehen (oder sich zumindest gestellt sehen) [Buddeberg 2003].

In diesem Lernprozess gibt es immer wieder Situationen, in denen die Beteiligten unterschiedlicher Auffassung darüber sind, ob ein Verhalten oder ein Zustand als „krank“ oder „gesund“ zu bewerten ist oder nicht. „Gesundheit“ ist demnach keine dem einzelnen Menschen innewohnende feste Eigenschaft, sondern auch das Ergebnis von in zwischenmenschlichen Beziehungen stattfindenden Aushandlungen [Balint 1980]. Gesundheit liegt (auch) zwischen den Menschen, und so bedarf es, wie Viktor von Weizsäcker, einer der Begründer der deutschen Psychosomatischen Medizin, schon vor 80 Jahren feststellte, auch einer sozialen Behandlung, damit zu einer sozialen Gesundung beigetragen werden kann [Weizsäcker 1930]. Ansatzpunkte dafür, wie ein solcher Prozess sozialer Gesundung aussehen kann, möchten wir am Beispiel einer hausärztlichen Behandlung skizzieren. Wir möchten verdeutlichen, wie im Kontext von Bilanzierungsdialogen auch in seit Jahren etablierten Behandlungsbeziehungen neue Erkenntnisse aufscheinen und eine Synthetisierung im Sinne der Balint'schen Gesamtdiagnose [Balint 1980] möglich und handlungswirksam werden können [Bahrs u.a. 2015].

Routinen in der hausärztlichen Langzeitversorgung

Hausärzte sind häufig erste Ansprechpartner in Gesundheitsfragen und sie behandeln oft über einen langen Zeitraum hinweg eine Mehrzahl der Familienmitglieder und Menschen aus dem sozialen Umfeld. Vor diesem Hintergrund gehen die Patienten und Ärzte zumeist unausgesprochen davon aus, einander gut zu kennen und entsprechend aufeinander bezogen zu reagieren und entsprechend zu handeln. Dennoch können wichtige Aspekte – besonders psychosoziale Aspekte – unthematisiert bleiben. Patient und Arzt schreiben sich – oft von beiden unbemerkt – dabei wechselseitig zu, dass der Andere diese nicht besprechen will oder kann – quasi ein Einverständnis im Missverständnis [Brucks 1998]. So kommt nicht zur Sprache, was für den Patienten eigentlich Gesundheit bedeutet und wofür es sich für ihn konkret lohnt, gesund zu sein bzw. wieder gesund zu werden [Bahrs u. Matthiessen 2007]. Die Behandlung wird so zum Routineakt, der gleichsam wie ein Ritual vollzogen wird. Bestenfalls existiert bei dem einen oder beiden ein diffuses Unbehagen, und die einstmaligen weiterreichenden Hoffnungen und Ziele verblassen bzw. verschwinden [Balint 1975].

Bilanzierungsdialog	I (Juni 2012)	II (Oktober 2012)	III (Januar 2013)	IV (Juli 2013)
Symptome	Rückenschmerz, Sehstörungen	Beschwerden ohne organischen Befund	Gefühl für eigenen Körper verloren	Sehstörungen, Spannungen
Themen	Versorgung des Vaters, emotionale Unterstützung der Mutter	Diagnose eines unheilbaren Krebs beim Vater	Organisation von Palliativversorgung für Vater und emotionale Unterstützung für Mutter	Vater ist gestorben Unterstützung der Mutter, Trauer
Vereinbarte Gesundheitsziele	1, Weniger Bewegungsschmerz	„Gesamtpaket“ (sich im Körper wohler u. gelassener fühlen, weniger Schmerzen, eigene Kräfte und Grenzen achten)	1. Fitness verbessern	1. Fitness und Bewegung verbessern
	2, Visus erhalten und verbessern		2. Auf eigene Kräfte achten	2. Ruhiger werden
Erfolg bzgl. Zielerreichung		Weniger Schmerzen; Sehprobleme wenig beeinflussbar	Verbesserte Beweglichkeit, Hilfen organisiert	Tod des Vaters, Selbstsorge kaum möglich
Entwicklungsaufgabe	Autonomie beider – der Eltern und des Selbst – achten, Unterstützung sichern	Grenzen anerkennen, Hilfe annehmen	Sich auf Abschied vorbereiten, Hilfe sichern, auch für sich sorgen	Trauern, sich auf neue Projekte vorbereiten
Zentrale Deutung / Flash	„Sie haben ein ungemeines Pflichtgefühl, Sie hätten ja auch schon mal sagen können: ‚Mutti, weißt Du was, Du gehst in Betreutes Wohnen und jetzt guckst Du mal, wer Dich begleitet!‘ Das machen Sie ja nicht. Ne? Aber dieses (unausgesprochene Gefühl, OB), dass es Ihnen zu viel ist, also das ist ja auch wichtig. Bei diesen Rückenschmerzen denke ich immer: ‚Och da trägt auch jemand schwer.‘“	„Ein Gesundheitsziel kann sein darauf zu achten, dass Sie gut überstehen, was da jetzt gerade für Sie alles passiert, und dass Sie gute Entscheidungen treffen. Dass Sie eben sich nicht nur alles einfach aufpacken und sagen: ‚Okay, nächste Aufgabe, nächste Aufgabe, nächste Aufgabe.‘ Sondern aufpassen!“	„Sie sind eine Familie von Kümmerfrauen.“	„Immer dann, wenn Sie eigentlich vorwärts gehen und sich weiter entwickeln möchten, kommt was Körperliches und stoppt Sie. Und dann bleiben Sie doch bei Ihrer Mutter.“
Metapher	„Meine Mutter folgt mir wie ein Schatten“	„Ich habe Angst nicht zurückzukommen.“	„Ich fühle mich total allein gelassen.“	„Ich sah nur noch verschwommen und konnte damit eigentlich gar nicht mehr leben.“

Tabelle 1: Gesundheitsziele und deren Entwicklung im Verlauf

Bilanzierungsdialog – Chance für ein neues Aufbrechen

Um einen Neubeginn zu ermöglichen, braucht es einen Ausstieg aus der Routine. Dafür wurde in einem Modellprojekt der Bilanzierungsdialog (BD) entwickelt [Bahrs u. Matthiessen 2007, Bahrs 2011a]. In der Erprobungsphase luden Hausärzte einige Patienten mit chronischen Erkrankungen gezielt außerhalb der üblichen Sprechstundenzeit für ein ca. 20- bis 30-minütiges Gespräch ein, um gemeinsam ein Bild von der Gesamtsituation zu entwickeln. Weiterhin ging es darum, ein bis zwei für die Patienten maßgebliche Gesundheitsziele in Erfahrung zu bringen und gemeinsam einen darauf abgestimmten individuellen Behandlungsplan zu entwerfen. Der daraus folgende Entwicklungsprozess wurde in drei weiteren Gesprächen im folgenden Jahr regelmäßig gemeinsam betrachtet und überprüft, Erfolge gewürdigt und ggf. die Ziele modifiziert oder nach neuen Wegen zur Zielerreichung geschaut [Bahrs 2011b]. Zur Veranschaulichung ein Beispiel.

Die Gespräche (Tabelle 1) fanden 2012/2013 im Rahmen des Projektes „BILANZ“¹ statt. Die 50-jährige Frau Dr. Marx² ist beim ersten BD seit zwölf Jahren in einer Großstadt niedergelassen. Seitdem kennt sie auch ihre Patientin Pamela Schmidt, eine 58-jährige selbständig tätige Bogenschützen-Trainerin, die vor ihrer Heirat als Diplom-Ingenieurin tätig gewesen war. Pamela Schmidt sucht etwa monatlich ihre Ärztin auf; oft wegen Rücken-

schmerzen. Frau Dr. Marx behandelt auch

Frau Schmidts Eltern Marie und

Martin Philipp. Beide wohnen,

wenngleich in eigener Wohn-

nung, im selben Haus wie Frau

Schmidt. Der 87-jährige Martin

Philipp leidet seit vielen Jahren

an einem Typ-I-Diabetes, den er mit

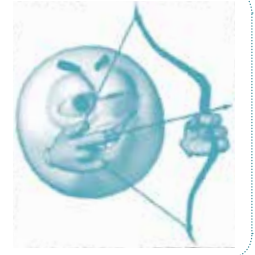
Unterstützung seiner Frau gut im Griff hat-

te. Mittlerweile ist eine Demenz hinzugekommen, der Pflegebedarf gewachsen, und auch die 82-jährige Marie Philipp benötigt nun die Hilfe ihrer Tochter. Die anderen Familienmitglieder – die beiden Söhne Gerald und Thomas, die bereits studieren, sowie den Ehemann Johann Schmidt – kennt Frau Dr. Marx nur von sporadischen Begegnungen.

Beim ersten BD klagt Pamela Schmidt über Rückenschmerzen und Sehstörungen, die ihre Beweglichkeit massiv einschränken und ihr Angst machen. Zur diagnostischen Abklärung werden Fachärzte eingeschaltet, die auch die entsprechende Therapie einleiten sollen. Allerdings scheint die Sorge um die Eltern die Patientin weit mehr als die körperlichen Einschränkungen umzutreiben und zu belasten. Dabei wird für Frau Dr. Marx erstmalig deutlich, dass Pamela Schmidt aufgrund von Panikattacken ihrer Mutter von Kind auf für sich und diese sorgen muss und sich

„Ich habe mein Ziel aus den Augen verloren.“

(Patientin, 58 Jahre)



Quelle: Das Bild entstammt einer Folie von Prof. Jürgen Kasper (Universität Tromsø) beim Workshop RLI 2013 in Göttingen.

dadurch sehr eingeengt fühlt. „Meine Mutter folgt mir wie ein Schatten. (...) Das geht soweit, wenn ich bei Aldi einkaufen gehe und alleine bin, dann sagt die Kassiererin: ‚Wie, ist Ihre Mutter krank? Konnte die nicht mitkommen?‘ Soweit geht das dann. Man sieht uns also wirklich fast nur im Doppelpack.“ (P49f) Die Ärztin registriert: „Als Ihre Mutter (neulich allein bei mir in der Praxis, OB) war, habe ich auch gedacht: ‚Wo ist denn die Tochter?‘“ (BD I, A50)

Therapeutische Konsequenzen hat diese Erkenntnis zunächst nicht. Die gemeinsam festgelegten prioritären Gesundheitsziele – weniger Bewegungsschmerz und Erhaltung/Verbesserung des Visus – folgen vielmehr den von Frau Schmidt zunächst geäußerten körperlichen Beschwerden.

Die in den drei folgenden Monaten durchgeführten fachärztlichen Untersuchungen erbringen keine organischen Befunde für Pamelas Beschwerden. Beim zweiten BD wird deutlich, dass die eingeleitete Physiotherapie Schmerzlinderung ermöglicht. Allerdings ergeben sich vor dem Hintergrund einer gerade diagnostizierten unheilbaren Krebserkrankung des Vaters neue Prioritäten. Frau Dr. Marx schlägt nun vor, ein Gesamtpaket für die Behandlung zu schnüren und Schmerzlinderung durch Stressabbau und Förderung des Wohlbefindens zu ergänzen. Sie unterstützt Pamela Schmidts Einsicht, dass es wichtig sei, ihre eigenen Grenzen wahrzunehmen und anzuerkennen sowie Hilfe zuzulassen. Wichtig ist der Ärztin, dass Pamela durch eine solche Zielorientierung nicht zusätzlich unter Druck gerät: „Auf die eigenen Kräfte achten, heißt aber gar nicht, dass Sie es unbedingt optimieren, sondern erst mal gucken, was passiert? (...) Und dann gebe ich Ihnen das als Hausaufgabe mit, sich noch mal durch den Kopf gehen zu lassen, was das für Sie heißen kann.“ (BD II, A22)

Die Neuorientierung scheint, wie sich beim dritten BD zeigt, Pamela Schmidt gut zu gelingen. Sie schaltet einen Palliativmediziner sowie ehrenamtliche Helfer ein und kann damit sowohl ihre Mutter wie auch sich selbst ein Stück weit entlasten. Sie erkennt die schmerzliche Wirklichkeit an und bereitet sich auf den bevorstehenden Abschied vom und Tod des Vaters vor. Angesichts der erfahrenen Hilfe kann sie sich sogar eine Weiterentwicklung der Mutter-Tochter-Beziehung vorstellen, die beide aus der wechselseitigen Abhängigkeit entlässt. Dennoch macht sich Pamela große Sorgen darüber, dass die Pflege und die Sterbebegleitung des Vaters ihre Mutter überfordern könne. Diese könne sich mit der Situation noch nicht abfinden und glaube – einem familiär vermittelten ethischen Imperativ folgend – alles selbst bewältigen

1 Gemeinschaftsprojekt der Institute für Allgemeinmedizin der Universität Düsseldorf, Allgemein- und Familienmedizin der Universität Witten/Herdecke und des Instituts für Medizinische Psychologie und Medizinische Soziologie der Universität Göttingen. Das Projekt wurde von 2011–2015 durchgeführt und vom Bundesministeriums für Bildung und Forschung finanziell gefördert.

2 Namen und biographische Daten wurden synonymisiert.

zu müssen. Frau Dr. Marx macht darauf aufmerksam, dass in dieser „Familie von Kümmerfrauen“ (BD III, A46) sich alle Frauen tendenziell selbst überfordern. „Sie sind da ganz nah dran, ne?“ (BD III, A48). Die Ärztin lenkt nun die Aufmerksamkeit auf Entspannungsmöglichkeiten und lässt Pamela selbst herausfinden, dass sie sich mit ihren künstlerischen Aktivitäten einerseits und auch mit Unpässlichkeiten andererseits legitime und notwendige Freiräume verschafft.

Doch die Hoffnung auf strukturelle Veränderung trägt. Beim vierten BD berichtet Pamela Schmidt, dass ihr Vater sie auf dem Sterbebett darauf verpflichtet habe, sich um die Mutter zu kümmern. Zudem büßt Marie Philipp nach dem Tod ihres Mannes

an Selbständigkeit ein. Erneut treten bei Pamela Schmidt Verspannungen, Herzrhythmusstörungen und Sehprobleme auf, für die sich keine organische „Ursachen“ finden lassen. Frau Dr. Marx wirft die Frage auf, „ob immer dann, wenn Sie eigentlich vorwärtsgen und sich weiter entwickeln möchten, eine körperliche Beschwerde Sie stoppt? Und dann bleiben Sie doch bei Ihrer Mutter?“ (A33)

Pamela Schmidt hält dies für möglich, „unbewusst vielleicht“, lehnt jedoch das Angebot zu einer unterstützenden Psychotherapie ab, obgleich sie von solchen Gesprächen nach eigenen Angaben früher schon sehr profitiert hat. Das seit mehr als 50 Jahren etablierte Muster der Mutter-Tochter-Beziehung kann offenbar nicht einfach verlassen werden. Bei allem Unmut über ihre häusliche Situation zieht Pamela Schmidt doch die Sicherheit des Ewiggleichen einer Veränderung und den damit einhergehenden Unsicherheiten vor.

Exkurs: Ressourcenorientierung in den Bilanzierungsdialogen

Pamela Schmidt hat, so wird in den BD zunehmend deutlich, bemerkenswerte Selbsthilfepotentiale entwickelt und schöpft diese Ressourcen auch aus. Sie nutzt mit Qi Gong und Tanz körperorientierte Angebote, die die Achtsamkeit fördern und soziale Unterstützung in Gruppen ermöglichen. Sie betätigt sich als Künstlerin und hat hierbei auch Erfolg. All diesen Unternehmungen ist gemeinsam, dass Pamela in einen Flow kommt und sich für einen begrenzten Zeitraum eine neue Realität schafft, in der sie die ihr im Alltag überdeutlichen Grenzen überschreiten kann. Allerdings muss sie in diesen Alltag doch immer wieder zurückkehren, und so wird sie voraussichtlich auch weiterhin auf die Hilfe von Frau Dr. Marx angewiesen bleiben.

Gesundheitsziele und lebensgeschichtliche Entwicklungsaufgaben

Ausgangspunkt der hier dokumentierten Entwicklung ist, wie in der herkömmlichen hausärztlichen Versorgung üblich, eine körperliche Symptomatik. Hintergründe für Pamela Schmidts grundlegendes Gefühl der Anspannung, das bei der Exploration im ersten BD deutlich wird, vermutet Frau Dr. Marx zunächst in der aktuellen Familiensituation, erfährt dann aber, dass Söhne und Ehemann ganz im Gegenteil als Ruhepole erlebt werden und Probleme eher mit Bezug auf die Herkunftsfamilie bestehen. Dass die Pflege naher Angehöriger auch die Pflegenden selbst an den Rand der Belastungsfähigkeit bringen kann, wird auch hier sichtbar. Die Versorgung der älteren Familienangehörigen ist als Entwicklungsaufgabe durchaus typisch für die Lebensphase, in der sich Pamela Schmidt befindet, und sie ist Frau Dr. Marx, die auch die Eltern behandelt, durchaus bekannt. Allerdings kommt hier – und dies offenbar für die Ärztin unerwartet – erschwerend hinzu, dass mit der Abhängigkeit der Eltern ein Thema aktualisiert wird, das Pamela Schmidts Leben von Kind auf begleitet und auf eine noch ausstehende Entwicklungsaufgabe der Ablösung von der Mutter verweist. Die Formulierung „uns gibt’s nur im Doppelpack“ verdeutlicht blitzartig [Balint u. Norell 1975], wie sehr Pamela in ihrer Selbständigkeit zugleich gefordert und gehindert ist. Jetzt wird zugleich offenbar, wie wenig sich Pamela Schmidt als Kind und Jugendliche auf eine sozial kompetente und eine expansive Entwicklung fördernde Mutter verlassen können, so dass in jeder Entwicklungsphase wichtige Ziele nur bedingt erreicht werden (z. B. Selbstvertrauen und -sicherheit, Autonomie, Ablösung aus frühen Bindungen).

Insbesondere Ängste prägen das ‚Zwischen‘ in dieser Familie. Die Panikattacken ihrer Mutter, Marie Philipp, gehen offenbar auf traumatisierende Kriegserfahrungen zurück. Darüber wird in der Familie nicht gesprochen, doch die Grundatmosphäre wirkt. „Das Schlimmste an der Sache war eigentlich immer, das war schon so, als ich Kind war, dass meine Mutter dazu nicht gestanden hat. Das durfte immer keiner wissen. Wir Kinder wussten das auch nicht, was los war.“ (BD I, P53)

Bei Pamela Schmidt treten Panikattacken unter den Belastungen des Studiums auf, und ihr Sohn entwickelt in der Schulzeit vorübergehend Symptome. Beides war gesprächstherapeutisch beeinflussbar. Pamela Schmidts vielfältige körperliche Beschwerden hingegen scheinen zu kommen und zu gehen. Auch sie sind mit Ängsten verknüpft. Die immer erneuten Untersuchungen bleiben ergebnislos und sind doch wirksam als Versicherung der Ärztin, dass mit Pamela Schmidt alles in Ordnung sei. Dies meint mehr als eine körperliche Ausschlussdiagnostik, es beruht auf personaler Anerkennung und einem Verstehen von Pamela Schmidt in ihrem So-und-nicht-Anders-Sein.

Pamela Schmidt wird Frau Dr. Marx voraussichtlich auch künftig immer wieder in Anspruch nehmen, um emotional aufzutanken [Helmich u.a. 1991]. Mit dem Wissen um die Hintergründe kann sich die Ärztin darauf besser einlassen. □

Literatur

Bahrs O: Fallverstehen in der hausärztlichen Langzeitversorgung; Familiendynamik, 2011a, 36 (2): 102–111

Bahrs O: Vorstellung des Designs des Projekts BILANZ; 3. Workshop des Förderschwerpunkts zur versorgungsnahen Forschung ‚Patientenorientierung und chronische Krankheiten‘ in Erkner, 12./13.05.2011b. <http://www.forschung-patientenorientierung.de/index.php/projekte/zweite-foerderphase/modul-drei-phase-2/bilanz-abholz.html> (Zugriff am 18.04.2012)

Bahrs O, Matthiessen PF (Hrsg.): Gesundheitsfördernde Praxen – Die Chancen einer salutogenetischen Orientierung in der hausärztlichen Praxis; Hans Huber, Bern 2007

Bahrs O, Henze KH, Löwenstein F, Abholz HH, Ilse K, Wilm S, Bureick G, Heim S: Review Dialogues as an Opportunity to Develop a Person-related Overall Diagnosis; International Journal on Person-centered Medicine, 2015, 5 (3), 112–119

Balint M: Das Wiederholungsrezept: Behandlung oder Diagnose? Klett, Stuttgart, 1975

Balint E, Norell JS: Fünf Minuten pro Patient, Suhrkamp, Frankfurt 1975

Balint M: Der Arzt, sein Patient und die Krankheit; 5. Auflage. Stuttgart: Klett-Cotta; 1980.

Brucks U: Arbeitspsychologie personenbezogener Dienstleistungen. Huber, Bern [u.a.], 1998

Buddeberg C (Hrsg.): Psychosoziale Medizin, Springer, Heidelberg 2003

Faltermaier T: Gesundheit: Körperliche, psychische und soziale Dimensionen; Bengel J, Jerusalem M (Hrsg.): Handbuch der Gesundheitspsychologie und Medizinischen Psychologie, Hogrefe, Göttingen Bern u.a.: 46–57

Helmich P, Hesse E, Köhle K, Mattern HJ, Pauli H, von Uexküll Th, Wesiack W: Psychosoziale Kompetenz in der ärztlichen Primärversorgung; Springer, Berlin Heidelberg u.a. 1991

Matthiessen PF: Paradigmenpluralität, Salutogenese und ärztliche Praxis; Der Mensch – Zeitschrift für Salutogenese und anthropologische Medizin, 41, 2010: 6–21

Payer L: Andere Länder, andere Leiden: Ärzte und Patienten in England, Frankreich, den USA und hierzulande; Campus, Frankfurt 1993

Weizsäcker Vv: Soziale Krankheit und soziale Gesundheit; Springer, Berlin 1930

Ottomar Bahrs

... geb. 1951, ist Medizinsoziologe und ist/war wissenschaftlicher Mitarbeiter an allgemeinmedizinischen, medizinsoziologischen und -psychologischen Abteilungen in Göttingen und Hannover. Schulungsleiter und Moderator von Qualitätszirkeln; Mitherausgeber der Zeitschrift Der Mensch – Zeitschrift für Salutogenese und anthropologische Medizin; Arbeitsschwerpunkte: Arzt-Patienten-Kommunikation; Salutogenese; Qualitätsentwicklung; Kooperationsförderung und Selbsthilfe.



Quelle: Autor

Felix Deymann

... geb. 1983, ist Sozialwissenschaftler und studiert Medizin in Göttingen. Er arbeitet als Doktorand mit qualitativen Methoden zur hausärztlichen Versorgung und Kommunikation im Format des Bilanzierungsdialogs. Interessen an systemischer Therapie und Beratung und der Nutzung verschiedener therapeutischer Ansätze in der medizinischen Kommunikation.



Quelle: Autor

Susanne Heim

... geb. 1961, ist Literaturwissenschaftlerin und Fachkraft für Gesundheitsförderung. Sie ist/war wissenschaftliche Mitarbeiterin an allgemeinmedizinischen und medizinsoziologischen Instituten in Hannover und Göttingen sowie Moderatorin von (interprofessionellen) Qualitätszirkeln. Arbeitsschwerpunkte: Arzt-Patienten-Kommunikation; Salutogenese; qualitative Methoden in der Versorgungsforschung; Patientenempowerment und Selbsthilfe.



Quelle: Autor

Karl-Heinz Henze

... geb. 1953, Dipl.-Psychologe und Psychotherapeut. Wissenschaftlicher Mitarbeiter im Institut für Medizinische Psychologie und Medizinische Soziologie der Georg-August-Universität Göttingen. Arbeitsschwerpunkte: Psychosoziale Aspekte von chronischer Krankheit, Sterben und Tod, Arzt-Patienten-Kommunikation. Außerdem in eigener psychotherapeutischer Praxis tätig.



Quelle: Autor

Franziska Löwenstein

... geb. 1970, MA Sozia Franziska Löwenstein, geb. 1970, ist Sozialwissenschaftlerin (M.A. Soziale Arbeit), Sozialpädagogin und Heilpraktikerin. Sie ist/war wissenschaftliche Mitarbeiterin des medizinsoziologischen und -psychologischen Instituts in Göttingen und der Gesellschaft zur Förderung Medizinischer Kommunikation. Sie arbeitet als Doktorandin mit qualitativen Methoden zur hausärztlichen Versorgung und Kommunikation im Format des Bilanzierungsdialogs. Arbeitsschwerpunkte: Arzt-Patienten-Kommunikation; Salutogenese; Biographie und chronische Krankheit.



Quelle: Autor

Korrespondenzadresse:

Dr. Ottomar Bahrs
 Institut für Medizinische Psychologie und Medizinische Soziologie
 Universitätsmedizin Göttingen
 Waldweg 37a
 37073 Göttingen
 eMail: obahrs@gwdg.de