

# **„Menschenmedizin“**

## ***Einbezug von Psychotherapie in die stationäre medizinische Grundversorgung in einem schweizerischen Regionalspital***

Christian Hess , Annina Hess-Cabalzar

---

### **I. Inhaltsverzeichnis:**

1. Einleitung
2. Naturwissenschaftliches Menschenbild und seine Grenzen
  - 2.1. Grenzen dieses Menschenbildes
    - 2.1.1. Der Kausalitätsbegriff bei Aristoteles
    - 2.1.2. Das Polaritätsgesetz
    - 2.1.3. Zusammenfassung
3. Einbezug von Psychotherapie als Konsequenz eines erweiterten Menschenbildes
4. Patientenbewertung unmittelbar nach Spitalaustritt und zwei Jahre danach
5. Diskussion
6. Literatur

### **1. Einleitung**

Durch ihre einseitige, mit einem technischen Imperativ verbundene Entwicklung hat die Medizin – obwohl unzweifelhaft erfolgreich – zunehmend an Direktheit, an Zwischenmenschlichkeit und Unmittelbarkeit verloren. Sie hat damit den Patienten das wesentliche Gefühl des persönlichen „Gemeintseins“ genommen und sich zunehmend in eine kalte, gefühlsarme, berechenbare und ökonomisch bewertbare Wissenschaft gewandelt. Eine der Konsequenzen ist die vermehrte Zuwendung von Patienten zu sogenannten komplementär-medizinischen Anbietern, deren Therapien durchaus hilfreich sein mögen, aber in der Regel naturwissenschaftlich schlecht belegt beziehungsweise belegbar sind.

Es müsste ein Modell geschaffen werden innerhalb dessen, sowohl die heute mögliche schulmedizinische Versorgung sinnvoll praktiziert, als auch ausreichend Raum und Zeit geboten werden kann: Raum und Zeit für den einzelnen Menschen, sich den Fragen nach Endlichkeit, nach Sterben und dem gesellschaftlichen und individuellen Verhältnis dazu stellen zu können, aber auch Raum und Zeit um sich mit Fragen nach subjektivem Sinn von Kranksein und Leiden sowie seinem persönlichen Umgang auseinander zu setzen.

Voraussetzung dafür ist eine Reflexion über Grundbegriffe wie Kranksein, Leiden, Endlichkeit, Sterben und Tod sowie über unser Verhältnis zu diesen Gegebenheiten. Die Illusion,

---

dass die Gesellschaft um diese – für viele bedrohliche und entsprechend unangenehme Themen – herumkommt, zerbricht heute definitiv an den Grenzen der Finanzierbarkeit. Eine isoliert-ökonomisch, sprich: materialistisch ausgerichtete Gesellschaft, wird Krisen immer vorerst an finanziellen Problemen erleben. Das ist ihr Fokus. Krisen – und das wurde und wird immer verschärfter aus dem Versagen der eingeleiteten Massnahmen sowie der Hilflosigkeit der aktuellen politischen Diskussion klar – haben aber ihre Wurzeln nicht zwingend im Bereich der Finanzen. Sie sind demzufolge auch nicht immer durch Massnahmen auf dieser Ebene zu bewältigen. Vieles ist käuflich, vieles ist machbar, aber gerade das Leben besteht auch aus Aspekten, die sich dieser Logik entziehen. Schmerzlich wird das heute den einzelnen bewusst, die durchaus das Geld hätten, alles zu kaufen, wenn eine Krankheit – das Kranksein – den Weg unbeeinflusst von allen Massnahmen nimmt, wenn Vergänglichkeit sich auch im besttrainierten Körper zeigt und wenn der individuelle Tod dem materiellen Aspekt endgültig seine Grenze setzt.

Die Frage stellt sich also, wo anzusetzen ist, um einen neuen Umgang mit Gesundsein und Kranksein zu finden, wo anzusetzen ist, um Sinnfindung und Lebensbewältigung aktiv in ein Behandlungskonzept einzubeziehen.

Der Angelpunkt solcher Reflexionen liegt unserer Ansicht nach im zu Grunde liegenden Menschenbild, dem sich ein Gesundheitssystem verpflichtet. Als erstes steht deshalb eine Klärung dieses Menschenbildes an.

## **2. Naturwissenschaftliches Menschenbild und seine Grenzen**

Heilverfahren, medizinische Wissenschaften, Gesundheitssysteme, wie auch immer sie genannt werden, gehen explizit oder implizit von einem bestimmten Menschenbild aus, das letztlich die Art und Weise ihrer therapeutischen Aktivitäten determiniert. Es ist deshalb erstaunlich, dass sich die Medizin selten klärende Gedanken über das ihr zu Grunde liegende Menschenbild gemacht hat. Meist folgte das Menschenbild dem allgemein-gesellschaftlichen Trend, womit Medizin zu einem Spiegelbild der gesellschaftlichen Entwicklung und damit auch ihrer Probleme wurde. Gerade im Kranksein sind wir aber herausgeworfen aus unserem täglichen Selbstverständnis und damit oft auch aus dem gesellschaftlichen Selbstverständnis, so dass die dort gültigen Annahmen meist beträchtlich erschüttert werden.

Das in der heutigen Schulmedizin gültige Menschenbild ist von einer dualistischen Weltanschauung geprägt, die im Wesentlichen auf den französischen Philosophen René Descartes (1596 – 1650) zurückgeht. Ausserdem ist es der klassischen Physik, wie sie der englische Physiker und Astronom Isaac Newton (1643 – 1727) begründete, verpflichtet. Dahinter steht ein mechanistisches Denken, das im Grundsatz von einem Ursache-Wirkungs-Modell im messbaren Bereich auf einer linearen Zeitachse ausgeht. Dieses Modell postuliert, dass beobachtete Phänomene weitgehend durch bestimmbar und damit messbare Ursachen in

der Vergangenheit erklärbar sind. Ein solcher Ansatz wird als „materialistischer Reduktionismus“ bezeichnet.

Als Folge davon fand eine starre Trennung zwischen psychischen und somatischen Krankheiten statt, denen später als irritierende Ergänzung die psychosomatischen Krankheiten beigefügt wurden.

### **Grenzen dieses Menschenbildes**

Die Psychosomatik, das unscharf definierte Zwischenglied zwischen den zwei grossen polaren Gruppen Somatik und Psychiatrie, wurde von Beginn an zu einem Sammeltopf all jener Krankheiten, bei denen trotz fassbarer körperlicher Befunde zu offenkundig andere Einflüsse, Ausbruch, Verlauf und Prognose der Krankheit mitbestimmten. Aber auch jene Krankheiten, die zwar eindrückliche Beschwerden verursachen, jedoch keine definierbaren körperlichen Veränderungen zeigen, und deshalb als funktionelle Störungen etikettiert sind, werden dazu gezählt. Diese Psychosomatik gerät – genau so wie die Psychiatrie selbst – heute zunehmend in Bedrängnis: Neue Erkenntnisse im Bereich der Genetik, der Neurotransmitter, der Infektiologie sowie der strukturellen und metabolischen Feinanalyse, fordern eine Überprüfung dieser Erklärungsmodelle psychosomatischer Krankheiten, da sie das Postulat auf deren seelisch-geistige Eigenständigkeit in Frage stellen. Diese Entwicklung führte sowohl in der Psychosomatik wie auch in der Psychiatrie zu einer immer stärkeren biologistischen Ausrichtung, wie sie im Bereich der sogenannten Somatik schon längst als selbstverständlich hingenommen wird. Sprach Thure von Ueskuell noch pointiert von der „seelenlosen Medizin des Körpers“ und der „körperlosen Medizin der Seele“, so gehen wir heute einer seelenlosen Psychiatrie entgegen.

Erkenntnistheoretisch entspricht dies einer weiteren Zunahme des Reduktionismus. Diese Idee krankt daran, dass sie alltägliche Phänomene, wie zum Beispiel reparative Heilungsprozesse – die Selbstorganisation und Zielgerichtetheit voraussetzen –, nur begrenzt beschreiben kann und weist handfeste theoretische Lücken auf:

1. Die biologistische Forschung geht von einem linearen Denken aus, in dem die Ursache zeitlich immer vor der Wirkung liegt. Abgesehen davon, dass sich ein isoliert lineares Zeitmodell heute als überholt und in mancherlei Hinsicht als falsch erwiesen hat, zeigen bereits alltägliche Begebenheiten, dass die Ursache unseres Tuns in der Zukunft liegen kann. So gehen wir zur Bank, um Geld abzuheben, weil wir am nächsten Tag in Urlaub fahren, oder wir verlassen unser Haus, weil wir eine halbe Stunde später beim Zahnarzt sein müssen: In beiden Fällen liegt die Absicht, die „Ursache“, unseres gegenwärtigen Handelns nicht in der Vergangenheit, sondern in der Zukunft. Das biologistische Verständnis lässt kein analoges Erklärungsmodell für Krankheit

zu, auch wenn – um ein weiteres Beispiel zu nennen – ein Kind heute krank werden kann, weil es morgen eine Prüfung hat.

Eine Art Mischform stellt folgende Situation dar: Wir ziehen um zehn Uhr dreissig unsere Tenniskleider an, weil wir um elf spielen wollen. Auch hier liegt die „Ursache“ des Tuns in der Zukunft und ein rein lineares Modell könnte das Verhalten des Körpers (Tenniskleider anziehen) nicht erklären oder voraussagen. Spielen wir jedoch jeden Dienstag um elf und beobachtet uns dabei ein fiktiver Forscher über längere Zeit, würde er beschreibend festhalten, dass alle sieben Tage das gleiche Phänomen auftritt und er es daher mit einer gewissen Wahrscheinlichkeit voraussagen kann. Anders formuliert: Sobald die Zeit nicht rein linear, sondern zyklisch wahrgenommen wird, liessen sich auch solche Phänomene beschreiben. Die Forschung würde sich dann in ihrer Fragestellung nach der Organisation dieser Zyklizität ausrichten, wie sie das bei vielen biologischen Zyklen auch tut. Unverständlich bliebe ein Ausfallen der Tennisstunde, weil die Möglichkeit der freien Wahl nicht mit berücksichtigt werden kann.

2. Das lineare Prinzip hat eine endlose und damit letztlich unsinnige Fragekette zur Folge, da jede sogenannte Erklärung wiederum auf ihre eigene Ursache untersucht werden müsste. Man geht darum unausgesprochen davon aus, die Kette der Ursachenbefragung an einem bestimmten Punkt abzubrechen – in aller Regel auf dem Stand der aktuellsten naturwissenschaftlichen Erkenntnis. Heute also im Bereich der Genetik oder in makromolekularen Strukturen. In Zukunft wird dieser Punkt zweifellos noch weiter in den mikromolekularen und schliesslich in den atomaren oder gar subatomaren Bereich vorverschoben werden.

### **Der Kausalitätsbegriff bei Aristoteles**

Neben dieser herkömmlich linearen Kausalität gibt es jedoch weitere Formen der Kausalität, die vor über zweitausenddreihundert Jahren von Aristoteles formuliert und in der Scholastik *causa efficiens*, *causa finalis*, *causa formalis* und *causa materialis* genannt wurden. *Causa materialis* und *formalis* bezeichnete man auch als *innere* Ursache, *causa efficiens* und *causa finalis* als *äussere* Ursachen. Die wichtigste gegenpolare Form der *causa efficiens*, der Wirkursache, ist die *causa finalis*, die Finalität, von Aristoteles als Naturgesetz verstanden.

Um die vier Formen der Kausalität darzulegen, gebrauchte er das Beispiel eines Hauses: Um ein Haus zu bauen, bedarf es zuerst einer Idee und der Absicht, diese Idee zu verwirklichen (*causa finalis*); darauf folgt das Entwerfen und Zeichnen der Pläne (*causa formalis*); und schliesslich braucht es Materialien, wie Backsteine, Zement, Holz, Glas usw. (*causa materialis*), damit das konkrete Bauen und Erstellen des Hauses (*causa efficiens*)

---

möglich wird. Wohl lässt sich eine zeitliche, aber kein inhaltliche Hierarchie festlegen: Alle vier Ursachen sind unentbehrlich, in der richtigen Reihenfolge.

Alle vier Bedingungen gelten genau gleich für das Verständnis von Krankheit – bisher werden von der Naturwissenschaft jedoch nur die *causa materialis*, die *causa formalis* und die *causa efficiens* einbezogen, nicht aber die *causa finalis*. So wird die *causa formalis* in der Genetik, den „Plänen“ des jeweiligen Individuums berücksichtigt, die *causa materialis*, der organische Körper, ist als Gegenstand der Untersuchungen selbstverständlich vorhanden, die *causa efficiens* beschreibt den Ablauf, wie er sich im Gesundsein (Physiologie) oder Kranksein (Pathophysiologie) ereignet. Der naturwissenschaftliche Ansatz ist – das muss betont werden – also keineswegs grundsätzlich falsch. *Causa efficiens*, *causa materialis* und *causa formalis* entsprechen im mathematischen Sinn aber lediglich notwendigen, jedoch nicht hinreichenden Voraussetzungen. Im Gegensatz zur toten Materie hat Leben immer auch teleologische, also zielgerichtete und damit finale Aspekte. Und eben diese, in der *causa finalis* repräsentiert, sind im traditionellen Krankheitsverständnis nicht enthalten.

Es gilt also festzuhalten: Ein Menschenbild und damit auch ein Krankheitsverständnis ist ohne die Finalität – dem polaren Aspekt zur Wirkkausalität – unvollständig, was notgedrungen über kurz oder lang zu Schwierigkeiten führen muss.

Der Laplacesche Dämon – als Extremsituation des vorherrschenden naturwissenschaftlichen Verständnis – führt – zu Ende gedacht – zu einem absoluten Determinismus, in dem kein Platz für freien Willen, Verantwortung und Selbstbestimmung besteht. Eine interessante Gegenposition zur gängigen Auffassung der Moderne, die gerade diesen freien Willen, insbesondere auch im Umgang mit Krankheit, zum obersten Gut und Persönlichkeitsrecht erhoben hat. In einem solchen naturwissenschaftlichen Ansatz haben die Seele und das Geistige im Menschen nur zwei denkbare Formen der Existenz: Sie sind entweder gleichsam ein Experiment der Hirnaktivität mit seinen Neurotransmittern, elektrophysikalischen Vorgängen und seinem Stoffwechsel – womit uns, wie erwähnt, der freie Wille und die Autonomie schlechthin abgesprochen wären –, oder sie haben einen immateriellen Charakter, der in einem materialistischen Weltbild nicht akzeptiert ist.

Das reduktionistische, naturwissenschaftliche Menschenbild widerspricht auch unseren Alltagserfahrungen und unserem Selbstverständnis. Folgendes Beispiel mag zwar banal sein, illustriert aber die Thematik des freien Willens trefflich: Wenn Sie Ihre Hand auf den Tisch legen, so können Sie frei wählen, ob, wann und welchen Finger Sie anheben sollen. Sie können ganz nach Belieben die Intervalle variieren oder Impulse zurückhalten und erst zwei Sekunden später umsetzen. Und bereits dieser einfachste Ausdruck freien Willens ist mit dem naturwissenschaftlichen Ansatz, der unser ganzes schulmedizinisches Verständnis bestimmt, nicht erklärbar. Wohl kann abgeleitet werden, was passiert, wenn jemand den Finger tatsächlich anhebt; aber für die Wahlmöglichkeit, zu welchem Zeitpunkt und mit welchem

---

Finger das geschehen soll, bietet das Modell keine Erklärungen. Chemisch-physikalische Abläufe können nämlich dann, und nur dann erfolgen, wenn die entsprechenden Voraussetzungen und Aktivierungsenergie vorhanden sind. Sind diese gegeben, so laufen sie eigengesetzlich bis zu ihrem jeweiligen Energieminimum, um schliesslich stillzustehen. Dass der Finger gehoben werden kann, zeigt, dass alle Voraussetzungen gegeben sind; dass er willentlich jedoch *nicht* gehoben wird, ist eine Qualität, die den chemisch-physikalischen Gesetzen übergeordnet ist.

### 2.1.2. Das Polaritätsgesetz

Neben der Kausalitätsergänzung im aristotelischen Sinn gilt es noch einen zweiten Aspekt ins Zentrum zu rücken: Es geht dabei um den Begriff der Polarität, wie er sowohl im abendländischen philosophischen Denken als auch in der östlichen Philosophie seit Jahrtausenden verstanden wird. Polarität beschreibt vereinfacht formuliert, dass scheinbare Gegensätzlichkeiten im Grunde genommen sich gegenseitig bedingende Aspekte eines grösseren Ganzen sind. Ein physiologisches Beispiel dafür ist das Ein- und Ausatmen, das zusammen erst das Phänomen der Atmung und damit Lebensfähigkeit ergibt. Ein anderes Beispiel ist die Tür, die je nach Standort, sowohl Eingang wie Ausgang sein kann und nie als isolierte Funktion zu verstehen ist. In der Medizin gibt es fünf zentrale Polaritätspaare:

1. Geburt und Tod
2. Leben und Sterben
3. Gesundsein und Kranksein
4. Körper und Seele
5. Form und Inhalt

Unsere ganze Wahrnehmung ist an Polaritäten gebunden. So können wir im Bereich der Sinnesorgane leicht/schwer, gutriechend/übelriechend, hell/dunkel, süss/sauer, spitz/stumpf, laut/leise, jeweils nur unterscheiden, weil die Phänomene gegenpolar in Erscheinung treten. Gäbe es nur schwer, wäre es als solches nicht zu erkennen. Voraussetzung ist die Erfahrung von etwas Leichtem. Dasselbe gilt auch in unserem moralischen Empfinden (gut/böse) und insbesondere in unserem wissenschaftlichen Denken (Subjekt/Objekt; Erkennendes/Erkanntes; Wahres/Unwahres).

Unsere ganze Wahrnehmung und Erfahrung, unsere ganzen erkenntnistheoretischen Möglichkeiten sind also zentral mit dieser Polarität verbunden.

Bezogen auf die fünf eingangs Polaritätspaare in der Medizin kann folgendes festgehalten werden: Geburt impliziert Tod sowie Tod Geburt impliziert. Keines ist ohne das andere denkbar. Das energetische Phänomen des Lebens ist gleichsam zwischen den beiden Polen Geburt und Tod (1) aufgespannt. Sein gesetzmässig gegenpolarer Aspekt nennen wir Sterben. Sterben ist für das Leben genau so konstituierend wie der Tod für die Geburt (es existiert

---

kein Leben ohne parallele Sterbensprozesse, wir kennen nichts, das geboren wird, dass damit nicht den Tod geweiht ist). Als konstituierendes Gegenprinzip zu Leben findet Sterben (2) permanent und nicht erst am Ende des Lebens statt. Im gleichen Sinne müssen wir Gesundsein und Kranksein (3) als sich gegenseitig bedingende Pole definieren. Kranksein ist letztlich ein konstituierender Faktor von Gesundsein. Es sind polare Existenziale, die zum menschlichen Leben zwingend gehören. Die Idee Kranksein zu eliminieren und dabei reine Gesundheit zu ernten, ist so hilflos, wie die Idee den Tod zu eliminieren und dabei ewiges Leben zu erhoffen. Wir können aus dieser Gesetzmässigkeit nicht entfliehen. Körper und Seele (4) sind entsprechend ebenso polare Gegebenheiten, die sich gegenseitig bedingen. Der isolierte Körper ist kein lebendes System, sondern ein Leichnam. Eine isolierte Seele ist für uns nicht erfahrbar. Körper und Seele sind damit zwingend und für uns erkenntnistheoretisch untrennbar ineinander verwoben. Eine Medizin, die eine isolierte Somatik und eine isolierte Psychiatrie betreibt, ist erkenntnistheoretisch unhaltbar. Die allgemeinste Formulierung ist die Polarität von Form und Inhalt (5). Manifestation, in der für uns wahrnehmbaren Form, ist immer nur im Schnittpunkt von Form und Inhalt möglich. Isolierter Inhalt ist ebenso wenig denkbar, wie reine Form. Das Denken von Inhalt ist nur über Form (elektrophysiologische und biochemische Abläufe im Gehirn) möglich.

### **2.1.3. Zusammenfassung**

Das rein materielle, lineare Wirkursachenmodell muss durch den Begriff der Finalität, der Zielorientierung, ergänzt werden. Diese Finalität (Teleologie) ist etwas, das gleichsam aus der Zukunft auf die Gegenwart zurückwirkt und genau so bestimmend für lebende Systeme ist wie die Wirkkausalität. Als Zweites geht es um die konsequente Berücksichtigung der Polarität. Die oft nur als relativ einfaches Konzept verstandene Lehre der sich ergänzenden Gegensätze hat weitreichende Konsequenzen für unser medizinisches Verständnis. In einem revidierten Menschenbild gilt es diese zwei Elemente: Finalität und Polarität als Ergänzung zu den uns vertrauten naturwissenschaftlichen Aspekten miteinzubeziehen.

### **3. Einbezug von Psychotherapie als Konsequenz eines erweiterten Menschenbildes**

Ein neues Menschenbild muss somit diese beiden vernachlässigten Aspekte, die Polarität einerseits und die Finalität andererseits, einbeziehen. Dies bedeutet für die medizinische Versorgung die zwingende, gleichzeitige integrale Angebotsstruktur einer geisteswissenschaftlichen Inhalt- und Deutungsorientierten Therapie, die wir in unserer Klinik durch die **Kunst- und ausdrucksorientierte Psychotherapie** repräsentiert haben. Kranksein und Gesundsein kann nicht anders als immer und in jeder Situation psychosomatisch verstanden werden. Auseinandersetzung mit Kranksein und Gesundsein, mit Veränderung im Sinne von Wandlung, was durch jedes Kranksein provoziert wird, muss deshalb immer beiden Aspek-

---

ten gerecht werden. Weil sich die Naturwissenschaft ausschliesslich um die Formaspekte bemüht, braucht es ergänzend eine **geisteswissenschaftlich-hermeneutische Methode der Psychotherapie**, die sich dem leidenden Menschen vom Inhaltaspekt her nähert. Naturwissenschaft und Geisteswissenschaft sind genau so polare Begriffe, wie Gesundsein und Kranksein, Geburt und Tod oder Leben und Sterben. Um dem Anspruch eines integralen Menschenbildes in der Behandlung gerechter zu werden, muss ein Gesundheitssystem beide Zugänge innerhalb ein- und derselben Angebotsstruktur zur Verfügung stellen. Die bei uns seit 17 Jahren eingeführte Psychotherapie basiert auf einer phänomenologisch, hermeneutischen-geisteswissenschaftlichen Ausrichtung, die zusätzlich zur üblichen Gesprächs-therapie mit verschiedenen künstlerischen Medien arbeitet. Sie grenzt sich damit bewusst von einem verhaltenstherapeutischen Ansatz ab. Verhaltenstherapie läuft Gefahr, erneut einem messbaren, reproduzierbaren, naturwissenschaftlichen Bild gerecht zu werden, das die Einseitigkeit lediglich verstärkt und den gegenpolaren Aspekt nicht abdecken kann. Die Kunstorientierung des psychotherapeutischen Ansatzes nimmt die älteste Form geisteswissenschaftlicher Auseinandersetzung mit der menschlichen Situation und seiner Widersprüchlichkeit, insbesondere im Leiden und Sterben, auf.

Ergänzend zu diesem integral verfügbaren Psychotherapieangebot organisieren wir seit acht Jahren Philosophie-Wochen mit Prof. Wilhelm Schmid, Berlin, welcher aus dem Blickwinkel einer „Philosophie der Lebenskunst“ die unterschiedlichsten Themen wie „Lebenskunst und Krankheit“ 1998; „Einsicht statt Aufsicht“ 1999; „Von der Kunst des Berührens und des Berührtwerdens“ 2000; „Schattenseiten des Lebens“ 2001; „Macht und Ohnmacht“ 2002; „Sinn und Sinnlosigkeit“ 2003; „Lebenskunst im Umgang mit sich selbst und anderen“ 2004; „Liebe und Lieblosigkeit“ 2005 für das für das gesamte Personal im Sinne einer Horizonterweiterung und verstärkten Interdisziplinarität bearbeitet.

Mit diesem Einbezug von Psychotherapie und der Auseinandersetzung mit praktisch philosophischer Lebensweisheit, wird ein altes Dictum Nietzsche's ansatzweise im Gesundheitswesen umgesetzt: *„Und wie ferne sind wir noch davon, dass zum wissenschaftlichen Denken sich auch die künstlerischen Kräfte und die praktische Weisheit des Lebens hinzufinden“* (Friedrich Nietzsche, Werke Seite 120).

#### **4. Patientenbewertung unmittelbar nach Spitalaufenthalt (A = akut) und zwei Jahre später (L = Latenz)**

- a) Der Fragebogen
- b) Resultate

---

## 5. Diskussion

Unseres Wissens handelt es sich beim vorgestellten Modell um das erste Konzept, das den konsequenten Einbezug einer geisteswissenschaftlich orientierten Psychotherapie in den stationären medizinischen Alltag einer Versorgungsregion umgesetzt und evaluiert hat. Ansatz ist ein erkenntnistheoretisch begründetes, integrales Menschenbild, das eine entsprechende Versorgungsstruktur fordert. Weitere Konsequenzen sind ein verändertes Verständnis von Gesundheit, Leben und Tod. Aufgrund des Polaritätsgesetzes kann Gesundheit und Krankheit nur als polare Gegebenheit einer einzigen Wirklichkeit wahrgenommen werden. Tod andererseits ist nicht das Gegenteil von Leben, sondern der polare Gegenaspekt von Geburt. Leben wird zum energetischen Prinzip, dessen gegenpolare Bewegung das Sterben ist, welches während der ganzen Lebensdauer stattfindet und seinerseits Voraussetzung von Lebensprozessen darstellt. Diesen Faktizitäten soll Rechenschaft getragen werden. Sie sollen aktiv in das Betreuungsverständnis einbezogen sein. Damit bleibt Medizin nicht in einer hilflosen Bekämpfungstrategie stecken, welche notwendigerweise in eine nie endende Leistungs- und Anspruchseskalation mündet. Forschung andererseits konzentriert sich in einem solchen Ansatz vermehrt auf die Beurteilung des behandelten Menschen, auf seine erlernte Kompetenz mit Krankheit als existenzielle Dimension umgehen zu können, sowie auf Lebensqualität.

In unserer Befragung können wir die Auswertung von mehreren hundert Fragebogen über einen Zeitraum von fünf Jahren vorstellen. Besonders zu betonen ist, dass es Daten aus einem unselektionierten Patientengut sind. Alle befragten Patientinnen und Patienten wurden am Bezirksspital Affoltern, einem öffentlichen Spital des Kantons Zürich mit einem Einzugsgebiet von knapp 50'000 Einwohnern behandelt. Für alle Patienten bestand und besteht weiterhin sowohl eine freie Arztwahl, als auch eine freie Spitalwahl. Wie die demographischen Angaben zeigen, sind dennoch alle Altersgruppen, weiteste Berufsfelder, sowie Männer und Frauen in der Untersuchung enthalten. Fragebogen wurden an alle Patientinnen und Patienten beim Spitalaustritt (akut) abgegeben, sofern sie über 60 Minuten Therapiezeit hatten. Des Weiteren mussten sie sprachlich fähig sein, die Fragen zu verstehen. In Sondersituationen wie bei sterbenden Menschen oder teilweise dementen Patienten wurde keinen Fragebogen abgegeben. Nach zwei Jahren erhielten alle Patientinnen und Patienten (Latenz) denselben Fragebogen erneut, um die Nachhaltigkeit der Bewertung und des Nutzens zu evaluieren. Neben der offensichtlichen Akzeptanz eines solchen Ansatzes zeigen sich sechs wichtige Haupttendenzen:

1. Die Copingfähigkeit der meisten Patienten, und damit ihre Autonomie, nehmen in der Selbstbewertung zu (vergleiche Fragen: 9 / 27 / 29 / Z2).

2. Das Kostenbewusstsein der Patientinnen und Patienten nimmt in einem solchen Konzept zu oder anders formuliert: die Anspruchshaltung der Betroffenen geht zurück (vergleiche Fragen 27 / 28 / 29 / 30 / Z2).
3. Der Effekt bleibt über zwei Jahre unverändert bestehen, was einer hohen Nachhaltigkeit entspricht. Diese ist in andern psychotherapeutischen Ansätzen oft schlecht untersucht (vergleiche insgesamt Befragung L = Latenz, welche zwei Jahre nach Spitalaustritt stattfand).
4. Die Tabuisierung von seelischem Kranksein beziehungsweise Mit-kranksein nimmt deutlich ab (vergleiche Fragen 2 / 7 / 8 / 15 / 24 / 25).
5. Integrale, interdisziplinäre Angebotsstrukturen werden von den Patientinnen und Patienten stark favorisiert (vergleiche Fragen 11 / 12 / 14 / 16 / 17 / Z1).
6. Die Lebensqualität und die Krankheitsbewältigung nehmen in der Selbsteinschätzung deutlich zu (vergleiche Fragen 3 / 5 / 6 / 9).

Kranksein ist in einem solchen Verständnis, genau wie Gesundsein immer und überall psychosomatisch. Menschliches Leben ist nur in dieser psychosomatischen Einheit erfahr- und erkennbar. Diese umfassende Psychosomatik fordert, wie in unserem Konzept gelebt, andere Angebotsstrukturen. Psychotherapie, in einer geisteswissenschaftlichen Orientierung, vorzugsweise unter Miteinbezug von Kunst und künstlerischem Ausdruck, muss zum integralen Angebot jeder medizinischen Versorgungseinheit werden. Wie die Befragung vermuten lässt, und punktuell durch andere Untersuchungen längst auch bestätigt ist, wird dadurch die Kostenspirale im Gesundheitswesen wirksamer und nachhaltiger gebremst, als dies durch die technokratischen Eingriffe ökonomischen Zuschnittes heute der Fall ist.

Psychotherapie erhält durch diesen Ansatz eine gleichwertige Aufgabe wie der Arzt- und der Pflegedienst, was weitreichende Konsequenzen für die Zusammenarbeit, die Ausbildung sowie die öffentliche Finanzierungssysteme hat.

Interdisziplinarität wird als direkte Folge eines integralen Menschenbildes, aber insbesondere auch in der unmittelbaren Arbeit zu einer zentralen Aufgabe. Sie prägt wesentlich eine neue Arbeitskultur in den Spitälern. Es kommt zu einer eigentlichen Transdisziplinarität, indem durch den geisteswissenschaftlichen Ansatz andere, aber genauso bedeutsame Deutungsansätze menschlicher Existenz, integral einbezogen werden. Medizin verliert damit ihre Einseitigkeit und findet, ohne ihre erfolgreiche Seite der materiellen Intervention zu verlieren, einen geistigen Orientierungshorizont innerhalb welchem sie zur Anwendung kommt. Dieser Horizont kann bei jedem Patienten und in jeder Krankheitssituation individuell, unserem modernen und postmodernen Selbstverständnis entsprechend, neu erarbeitet werden.