

Der Teil und das Ganze in der Medizin

Prof. Dr.med. Klaus Hüllemann

Abstrakt

Sucht man ein Beispiel für kulturelle Entwicklung, dann ist es das Krankenhaus. Das Krankenhaus ist Kulturgut. Es ist ein Spiegel des sozialen Empfindens in unserer Gesellschaft, ein Spiegel der sozialen Grundeinstellung und ein Spiegel des Sozialverhaltens. Das Krankenhaus spiegelt den Grad an Humanität in unserer Gesellschaft wider. Keine andere Institution verfügt über so viele hoch ausgebildete Spezialisten für das Gebiet der Gesundheit. Das hat die Weltgesundheitsorganisation WHO zu einer mittlerweile weltweiten Initiative veranlasst mit dem Ziel, dieses Gesundheitswissen aus dem Krankenhaus in die Bevölkerung zu tragen und gleichzeitig die Einrichtung über ihren kurativen Auftrag hinaus zu einer umfassenden Gesundheitseinrichtung zu entwickeln.

Als Mitinitiator des WHO-Projektes und Gründer sowie Vorstand des Projektes in Deutschland sehe ich eine hilfreiche Gedankenverwandtschaft mit Gunther Schmidts hypno-systemischen Ansatz. Das findet seinen äußeren Niederschlag in der Berufung von Bernhard Trenkle (führender Repräsentant der Milton Erickson Gesellschaft M.E.G.) in den wissenschaftlichen Beirat des deutschen Projekts und meine Berufung in den wissenschaftlichen Beirat der Milton Erickson Gesellschaft. Diese Zusammenarbeit hat auch zu der Gründung einer Management- und Coaching-GmbH geführt. Im folgenden Beitrag wird jedoch nur auf den medizinischen Bereich eingegangen. Viele Beispiele lassen sich auf Coaching übertragen.

Aus dem Aufbau einer nationalen und internationalen Netzstruktur mit einer erweiterten Aufgabenstellung und Sinngebung für den Krankenhausbereich können Anregungen für andere Organisationen abgeleitet werden.

Einleitung

„Krankheiten als solche gibt es nicht. Es gibt nur kranke Menschen“ (von Krehl um 1900). Die Krankheit ist der Teil. Das Kranksein ist das Ganze, der kranke Mensch. „Um unsere Aufgabe zu entwickeln, treten wir an ein Krankenbett“ (Siebeck 1983). Immer steht der Mensch als Ganzes am Anfang der ärztlichen Aufgabe, letztlich unabhängig davon, ob eine Krankheit behandelt werden muss, ob die Gesundheit erhalten werden soll, oder ob bei nicht überwindbarer Krankheit so viel Gesundheit wie möglich erworben werden soll. So ist der Arzt das eine Mal Behandler und das andere Mal Berater, modern gesprochen: Therapeut und Coach, wobei diese Modernität durchaus ihr Vorbild in der Antike hat.

Die Ärzte-Philosophen im klassischen Griechenland waren nicht nur Behandler, sondern vor allem auch Berater für die gesunde Lebensführung der Könige und anderer einflussreicher Persönlichkeiten. Anleitungen wurden gegeben zum richtigen Rhythmus zwischen Anspannung und Entspannung, zu Hygiene, zu Sport und Ernährung. Diese kluge Kunst der Lebensführung nannte man *diata*, ein Begriff, von dem das Wort *Diät* abstammt. *Diät* ist heute allerdings in seiner Bedeutung auf die reduzierte bzw. schonende Zufuhr von Nahrungsmitteln zusammengeschrumpft. Die Vermittlung der Kunst der Lebensführung ist Ausgangspunkt und zugleich Zielsetzung allen kurativen, präventiven und gesundheitsförderlichen Handelns, dessen Therapie- und

Beratungsformen organmedizinische oder psychologische mehr oder weniger passende Schraubenschlüssel sind. Die Anwendung dieser Schraubenschlüssel erfordert höchste Präzision auf der Grundlage ausgefeilter Detailkenntnisse (Teilekenntnisse). Die Präzisionsarbeit kann aber nur dann umfassend gelingen, wenn professionell darauf geachtet wird, dass der jeweilige Teil dann auch mit dem Gesamtorganismus in dessen Umwelt funktioniert.

In den fachterminologischen Jargon übertragen, heißt dies: Biologische Faktoren und psychosoziale Faktoren beeinflussen sowohl das persönliche Kranksein des Menschen wie auch die wissenschaftlich definierte Krankheit und ihre Behandlung.

Am Anfang war der kranke (bzw. gesunde) Mensch. Krankheit ist ein späterer begrifflicher Erwerb. Die Medizin gibt mit der Diagnose den wissenschaftliche Namen der objektiven Krankheit, z.B. Divertikelperforation (s.u.), Mammakarzinom (s.u.), Tricuspidalstenose (s.u.).

Auf den Menschen bezogen, hat die Medizin die Pflicht, diese Zusammenhänge zu erkennen und daraus kurative, präventive und gesundheitsförderliche Schlüsse zu ziehen.

Das Haus der Medizin

Die Medizin ist die Wissenschaft mit den meisten selbstständigen Teilgebieten in einem gemeinsamen Haus, z.B. innere Medizin, Augenheilkunde, Psychiatrie und Psychotherapie, Frauenheilkunde.

Die Hausherrin dieses gemeinsamen Hauses ist die Seele. Sie ist wie Zucker, süß, energie-spendend, aber auch Karies und andere Krankheiten erzeugend. Wie eine Störung des Zuckerstoffwechsels Teile des Organismus und den ganzen Organismus beeinträchtigen kann, genauso kann die Seele Teile des Menschen und den ganzen Menschen bedrücken. Die morphologischen Teile des menschlichen Organismus lassen sich durch langes Studium begreifen. Die Seele lässt sich nicht anfassen. „Ich habe den ganzen Körper seziiert, eine Seele habe ich nicht gefunden,“ konstatierte ein alter Anatom. Als Kind habe ich mir die Seele vorgestellt als besenstieldünne Gestalt, gehüllt in ein blass weiß-grünes Nachthemd, mit einem Hahnkopf, die von Baum zu Baum flattert; Chagall könnte sie gemalt haben. In meiner heutigen Vorstellung flattert die Seele nicht mehr durch die Lüfte; sie ist bodenständig geworden. Die Seele bestimmt das Verhalten des Körpers. Sie beugt ihn im Kummer, sie richtet meinen Körper auf und weitet meine Brust, wenn sie mich er-greift. Die Seele macht Tränen bitter, zornig oder süß. Die Seele lässt sich nur indirekt über das Verhalten des Köpers erschließen.

Wenn wir also die Störungen unterschiedlichster Art be-greifen und damit möglichst beseitigen wollen, müssen wir die Seele mit einbeziehen. Wissenschaftlich ist die Seele ein Konstrukt, eine Art imaginäre Zahl, mit der sich rechnen lässt.

Das Medizinhaus mit den vielen Wohnungen für die Spezialgebiete der Lehre vom kranken Menschen hat in den letzten Jahren einen hellen kleinen Anbau bekommen. Dort wird, ausgehend vom Menschen als Ganzheit (Seele und Organismus), an einer Lehre vom gesunden Menschen geforscht, die dann umfasst: Medizin, Psychologie und auch Soziologie sowie Gebiete jenseits der etablierten akademischen Fächer wie das Gebiet des Geistigen und der Transzendenz (s.u. Zwiebel-schalenmodell).

Das Haus der Medizin mit der angrenzenden Psychologie und den ergänzenden Bereichen (Geist und Transzendenz) wird von einem gemeinsamen Dach überspannt. Das gemeinsame Dach ist die Ethik. Die Ethik verpflichtet die Bewohner und schützt die Besucher.

Die folgenden konkreten Beispiele sollen diese theoretische Sichtweise veranschaulichen.

Fallvignette

Das biologische Geschehen

Die 55-jährige Patientin wurde mit einem akuten Abdomen (das sind vitalbedrohliche Bauchbeschwerden) ins Krankenhaus eingeliefert. Ein Darmwanddivertikel (sackgassenförmige Ausstülpung der Dickdarmwand, eine erworbene Veränderung) war perforiert (geplatzt). Darminhalt gelangte in den Bauchraum. Das Bauchfell reagiert überaus empfindlich (Beispiele: Tritt in den Unterleib, Tiefschlag beim Boxen). Es wurde sofort eine Notoperation durchgeführt. Der postoperative Verlauf war vom Eingriff her komplikationslos. Doch die sonst organisch gesunde und robust wirkende Frau erholte sich schlecht, weinte, war traurig verstimmt. Der Chirurg bekannte: „Das ist nicht mein Metier. Sie brauchen einen Psychotherapeuten.“

Das psychosoziale Geschehen

Die Patientin hatte eine beschützte konservative Entwicklung. Sie heiratete ihre große Liebe, einen erzkonservativen Stammhalter eines angesehenen Traditionsunternehmens in einer Kleinstadt. Die Schwiegermutter war gegen die Heirat. Sie machte der Schwiegertochter Vorwürfe, dass ihr erstes Kind ein Mädchen war mit einer nicht zur Familie passenden Augen- und Haarfarbe. Die Patientin litt unter der Bevormundung, zumal ihr Ehemann zu seiner Mutter hielt. Die Patientin fand viel Rückhalt bei ihren Eltern. Sporttreiben gab ihr Sicherheit. Sie tobte sich im Sport aus mit Radtouren, Wanderungen und sehr sportlichem Skifahren. Sie organisierte mit starker Hand den Haushalt und die Erziehung der insgesamt drei Kinder. Krankheit und Leistungsschwäche waren für sie Fremdwörter. Der Darmwanddurchbruch warf die Patientin aus der Bahn, zumal während dieser Zeit ihre Eltern starben. Der Ehemann stand am Ende seiner Berufslaufbahn, wurde depressiv und bekam ernsthafte körperliche Beschwerden. Die Kinder waren aus dem Haus. Einer der verheirateten Söhne führte einen erbitterten Kampf gegen den Vater um die Übernahme des Unternehmens.

Hypnosystemische Therapieansätze

Bei der Patientin waren wesentliche Ressourcen weggebrochen, die Bestätigung der Haus- und Familienführung sowie der Sport. Der sichere Ort der Ursprungsfamilie war mit dem Tod der Eltern zerstört. Im zwischenmenschlichen Bezugssystem hatten die bedrückenden Beziehungen die Vorherrschaft übernommen, wie das Erbbegehren ihres Sohnes gegen seinen zunehmend leistungsschwachen Vater. Durch die Darmoperation erlebte die Patientin erstmals völlige Hilflosigkeit und Abhängigkeit. Die Grundstruktur, die sich in Jahrzehnten gefestigt hatte, hatte zwar festen Halt gegeben, ließ aber auch keinen Raum für Flexibilität, die in der jetzigen Situation notwendig gewesen wäre. Somit ist unter psychodynamischen Gesichtspunkten die depressive Entwicklung verstehbar.

Mein therapeutischer Ansatz war daher, zunächst die Stärken der Patientin hervorzuheben und meine Wertschätzung zum Ausdruck zu bringen. Hut ab, was die Frau unter den schwierigen Umständen geleistet und erreicht hat. Diese Aussagen stabilisierten sie wie ein tragfähiges Gerüst.

Das professionelle Eingehen auf den organmedizinischen Bereich, also auf den kranken Teil, die Bauchsymptomatik, vermittelt Sicherheit. Meine hypnotherapeutische Wortwahl (metaphorische Bedeutung nutzend wie *Aufwärtsbewegung* der

Darmperistaltik) und Stimmmodulation sowie Geschichten wie die vom Frosch, der ins Milchfass fiel und zu ertrinken drohte, aber nicht aufgab und strampelte, bis Butter unter ihm entstand und er herausspringen konnte, lassen Geborgenheit und Zuversicht erleben. Die enge Verbindung zur verstobenen Mutter wird nicht abgeschnitten in dem gefühlskalten Sinne einer Psychoanalytikerempfehlung, „jeden einzelnen Faden zu dem Verstorbenen abschneiden“ (zit.nach Hüllemann 2009, S.198), sondern als Ressource genutzt mit dem Ausdruck menschlicher Wärme wie bei Hartmann (2008): „You will always be in my heart: grief as a resource in ego-state-therapy.“ Als die Patientin einmal beim Verabschieden unter der Tür fragte, ob ich an ein Leben nach dem Tod glaube, fiel mir eine ganz hoffnungsvolle Antwort ein: „Ich weiß nicht. Das ist aber auch gut so, denn vielleicht ist es da so schön, dass es auf der Erde gar keinen Spaß mehr machen würde.“ Ein befreiendes Lachen tat uns beiden gut. Die Patientin wurde innerhalb eines knappen Jahres wieder fähig, ihren täglichen Verpflichtungen nachzukommen. Nach anfänglich wöchentlich einer Therapiestunde wurde die Betreuung zunehmend niederfrequenter.

Das zweite biologische Geschehen nach 15 Jahren

Brustkrebs hatte zu einer Teilresektion der Brustdrüse geführt mit Nachbestrahlung und Antihormontherapie. Der Ehemann war herzleidend geworden, apathisch-depressiv. Er muss von der Ehefrau weitgehend versorgt werden. Die Patientin hat ein mittelgradiges depressives Rezidiv. Allerdings ist sie widerstandsfähiger als vor 15 Jahren.

Therapieansatz

Mit der Besserung des organmedizinischen Beschwerdebildes spürt die Patientin verstärkt, wie sie einsamer wird und als Frau weniger begehrenswert. In der Gegenübertragung dagegen wirkt die geschmackvoll gekleidete nunmehr 70-jährige nicht unattraktiv. Zur positiven Unterstützung wird ihr rückgemeldet: „Schick wie immer.“

Aggressive Gedanken gegen widrige zwischenmenschliche Beziehungen, vor allem im familiären Bereich, werden therapeutisch als Ressource genutzt, sie dienen als Impuls für die Durchsetzung berechtigter Eigeninteressen. Gerade im Zusammenhang mit dem einschmeichelnden erbschleicherischen Begehren der nachrückenden Generation rate ich der Patientin, diese Gelüste zu unterbinden, indem sie verkündet, dass sie aus einer langlebigen Familie komme und gedenke, noch lange Jahre ihr Leben zu genießen. Das Wort „genießen“ hatte eine positive Triggerfunktion. Es rief die Erinnerung an den Aufenthalt in der Kur nach der Brustoperation wach. In der Kur habe sich ein feiner Herr für sie interessiert. Er rufe auch jetzt manchmal an, aber da komme überhaupt nichts infrage. Die Patientin ist äußerst konservativ und wohnt in einer Kleinstadt. Nachdem ich mit Nachdruck „bestätige,“ dass da nichts infrage kommt, schlage ich vor, den Erbinteressenten könne man verkünden, wenn der Vater früher sterben sollte, werde durchaus eine neue Partnerschaft möglich sein. Durch meine Deutungsverschiebung auf die Erbschleicher, die ausgetrickst werden sollen, wird aus den unerlaubten erotischen Fantasien die Luft gelassen. Die Patientin kann ihren Fantasien und ihrem (echten, starken) Gefühl freien Lauf lassen. Sie malt sich aus, mit dem neuen Partner große Reisen zu unternehmen wie früher, Kunstausstellungen zu besuchen und vieles mehr. Die Patientin verlässt die Stunde richtig beschwingt. „Wir brauchen uns jetzt nur noch in größeren Zeitabständen zu treffen“, sagt sie. Dies war ein eindeutiges Signal für den Gewinn an Lebensperspektive. Selbstvertrauen und Sicherheit haben vermehrt die Oberhand gewonnen gegenüber Vereinsamung und Unsicherheit sowie der Einengung

durch Ängste und Sorgen, die auch durch den Entlassungsbrief nach der Brustoperation hervorgerufen worden waren.

Am Anfang der Therapie war die Patientin beunruhigt, weil im Entlassungsbrief nach der Brustoperation empfohlen wurde, eine adjuvante Chemotherapie zu diskutieren. Da man die Patientin beim Abschlussgespräch im Krankenhaus aber nicht auf diese Therapieoption hingewiesen hatte, war sie verunsichert. Ich konnte das Problem vor dem internistisch-onkologischen Hintergrund klären und damit die Patientin beruhigen, was zeigt, dass Patienten in der Krankheitssituation außerordentlich sensibel sind für unklare Botschaften von Ärzten und anderen Fachkräften. Die Patienten befinden sich in einem Zustand, der von einem therapeutisch induzierten Trancezustand kaum zu unterscheiden ist. So können auch gut gemeinte Mitteilungen fehlgedeutet werden und schaden.

Wie sag ich´s?

Gut gemeint, schlecht gelaufen

Trance ist ein fokussierter Bewusstseinszustand, also ein veränderter Bewusstseinszustand. Negativ formuliert, würde man von einem eingeeengten Bewusstseinszustand sprechen. Krankheit, Schmerz und Verletzung können Angst, Hilflosigkeit und Unsicherheit auslösen. Ein solcher extremer emotionaler Stress engt das Bewusstsein ein, fokussiert es. Das nennen wir Spontantrance. Begünstigt wird diese Entwicklung durch motorische Restriktionen (ungewohnte Körperwahrnehmungen durch ungewohnte Körperhaltungen bei der Untersuchung oder z. T. im Krankenhausbett mit Infusionsschläuchen, Schienen, Flügelhemd), durch sensorische Deprivation (karge Räumlichkeit), durch die medizinische „Geheimsprache“ und die Hierarchierituale, durch die Erwartungshaltung und die Angst. Das Ergebnis ist eine erhöhte Achtsamkeit für die Worte des medizinischen Fachpersonals. In der therapeutischen Trance wird so eine erhöhte Achtsamkeit für die Worte des Hypnotherapeuten erreicht.

Nach Varga (2011) besitzen die Trancezustände, die in Begleitung einer Krankheit auftreten, spezielle Charakteristika:

- Denken läuft prozesshaft.
- Alles ist absolut, sprachliche Bedeutungen verschwinden, Ursache und Wirkung verwischen.
- Die Patienten können inkonsistente oder widersprüchliche Dinge tolerieren (ein Phänomen der sogenannten Translogik).
- Oft interpretieren sie Wörter bzw. Worte wortgetreu, kindlich konkret.
- Die Interpretation ist irgendwie paranoid, indem die Patienten alles auf sich persönlich beziehen (selbst wenn sich eine Bemerkung auf ein Instrument oder eine andere Person bezieht).

Alle diese Dinge bleiben als Charakteristika bestehen von Beginn einer Krankheit bis zu ihrer Überwindung. Diese Charakteristika sind nicht auf ein spezielles Ereignis bezogen, z. B. eine Operation.

Varga gibt einen weiteren entscheidenden Hinweis: Außer auf die besondere Trancecharakteristik bei Krankheit muss man auf etwas (zeitweise) Freischwebendes hinweisen. Die Patienten können in diesem speziellen (Trance-) Zustand nicht auf ihre kognitiven Coping-Strategien zurückgreifen, also nicht auf ihre gewohnten

Abwehrmöglichkeiten. Die Wucht negativer Suggestionen, die meist unbedacht im medizinischen Kontext passieren, kann so besonders folgenschwer sein. Hier einige Beispiele, die die negativen Folgen unüberlegter Redewendungen und Handlungen im Arztberuf aufzeigen. Auch wenn eine Mitteilung gut gemeint ist, bedeutet das nicht, dass sie als gut verstanden wird. Die gute Absicht allein ist zu wenig, spezifische Fachkenntnisse über die Spontantrance während einer Krankheit und darauf angepasste Verbalisierungen sind notwendig.

Fachsprache kann tödlich sein

„Der amerikanische Kardiologe und Friedensnobelpreisträger Bernhard Lown schildert eine Visite mit einem schlecht gelaunten Chefarzt. Dieser hatte zu seinen Ärzten gesagt, dass es sich bei der Patientin vor ihnen nur um einen Fall von TS handeln könne.“ (TS: Die Herzklappe namens Trikuspidalis – T- hat eine Verengung = Stenose – S. Meist nicht akut bedrohlich). Die Patientin sagte nach der Visite zu Lown, der damals noch Assistent war: „Das ist das Ende“ – TS müsse „terminale Situation“ heißen. Sie habe verstanden, was die Ärzte sich in ihrer Fachsprache zugeraunt hätten. Obwohl Lown der Dame sagte, dass sie sich keine Sorgen zu machen brauche und die Abkürzung erklärte, verschlechterte sich ihr Zustand. Als der Chefarzt eintraf und die Patientin aufklären und beruhigen wollte, war sie bereits gestorben.“ (Bartens 2010)

Selbst wenn die Grundkrankheit von sich aus zum Tode geführt hätte, wurde möglicherweise der Tod beschleunigt herbeigeführt, zumindest hatte die Patientin in ihrer letzten Lebensspanne jede Hoffnung verloren. Der Chefarzt hatte keinerlei Wissen darüber, dass er mit einer für Kollegen bestimmten Fachbegriffsabkürzung eine Todesbedrohung suggerierte.

Auch ohne unglückliche Formulierungen kann Hoffnungslosigkeit suggeriert werden durch Prosodik (z.B. durch traurigen Sprachduktus), durch traurige Mimik und Gestik wie im nächsten Beispiel, über das in demselben Beitrag der Süddeutschen Zeitung berichtet wurde.

Hoffnungslosigkeit ist ansteckend

Bartens schreibt, C. Meador von der Vanderbilt-Universität habe gesagt: „Schlechte Neuigkeiten fördern schlechte Physiologie.“ Es folgt der Bericht über einen Krebspatienten:

„Der Kranke, seine Familie und seine Ärzte glaubten, dass er nur noch kurze Zeit zu leben hatte. Der Kranke hielt sich an die Prognose und starb wenige Wochen später. Als der Leichnam untersucht wurde, war der Tumor klein geblieben und hatte keine Metastasen gebildet.“

Es wird dann wieder Meador zitiert: „Der Mann starb nicht an Krebs, sondern daran, dass er glaubte an Krebs zu sterben.“

Hoffnung ist auch ansteckend

Gunther Schmidt erzählte einmal in einem Seminar von einem anscheinend psychologisch geschulten Journalisten, der einen herannahenden Herzinfarkt spürte. Es schnürte ihm die Brust zusammen. Ach Gott, habe der Mann gedacht, wenn jetzt der Notarzt und die Sanitäter mit ernster Miene murmeln: „Schwerer Infarkt,“ dann wird mir noch enger. Was ich brauche, ist Weite. Macht ein fröhliches Gesicht; erzählt mir

einen Witz. Wenn wir im Krankenhaus ankommen, auf der Intensivstation, sagt denen, die sollen nicht so erst dreinblicken. Einen Witz bitte.

Gunther Schmidt kommentiert selbst, dass in einer vital bedrohlichen Situation eine solche Haltung nur schwer möglich sei. Aber die positive Richtung sei angekündigt. Nicht Hoffnungslosigkeit suggerieren, sondern Sicherheit und Hoffnung.

Tierexperimentelle Untersuchungen zur Schlaganfallbehandlung zeigen das überraschende Ergebnis, dass eine vierminütige Stimulierung der Barthaare dieser Nagetiere die Folgen eines akuten Gefäßverschlusses einer hirnversorgenden Arterie völlig unterdrücken kann (Layet al 2010). Beim Menschen werden durch Stimulation vergleichbarer Hautpartien die vergleichbaren Hirnareale gereizt. Das ermutigte die Forscher des Rattenexperimentes, zu ähnlichen Untersuchungen am Menschen aufzurufen. In diesem Zusammenhang entstanden Überlegungen, die Schlaganfallbehandlung zu überdenken. Bisher wurden die Betroffenen in ruhiger Umgebung (reizarm) im Krankbett medikamentös versorgt. In jüngster Zeit kommt allerdings schon bald die Krankengymnastin. Erinnern wir uns jetzt an den Bericht von Gunther Schmidt zum Herzinfarkt. Warum muss man den Schlaganfallpatienten abschirmen von Reizen, die im gesunden Alltagsleben aufregen bzw. anregen? Warum nicht Musik einspielen, singen, heitere Geschichten erzählen, Witze, taktvoll streicheln?

Panik bei Arztanruf

Die Patientin hatte sich im Abstand mehrerer Wochen je einer Augenoperation (Implantation einer künstlichen Augenlinse) unterzogen. Die erste Op. verlief ohne Beschwerden. Während des zweiten Eingriffs traten heftige Schmerzen auf. Die Operation selbst verlief regelhaft. Am Tag nach der Operation rief der Augenarzt bei der Patientin an und fragte nach ihrem Befinden. Doch die Patientin reagierte panisch. „Ach Gott, warum rufen Sie an, ist bei der OP doch etwas schief gegangen? Haben die Schmerzen bei der OP doch was zu bedeuten?“

Der Arzt hätte der Patientin den Schrecken durch den unerwarteten Anruf nicht nur ersparen können, er hätte sogar das heilsame Gefühl von Sicherheit und Geborgenheit vermitteln können, hätte er sofort nach dem Eingriff (die Schmerzen waren zurückgegangen) gesagt: „Es ist alles in Ordnung. Es tut mir leid, dass es diesmal für Sie doch schmerzhafter war, aber es ist alles in Ordnung. Ich gebe Ihnen rein zur Sicherheit meine Telefonnummer. Sie können mich jeder Zeit anrufen, wenn Sie eine Frage haben.“ Entscheiden bei diesem Anrufsangebot ist in diesem Zusammenhang das neutrale Wort „Frage.“ Würde das Anrufsangebot lauten, „wenn sie Beschwerden oder Schmerzen haben,“ können diese Wörter wie ein Trigger wirken, der beim Patienten bzw. der Patientin die Vorstellung und die Reaktion „Gefahr“ anschaltet.

Darüber hinaus hätte der Arzt seinen Anruf unbedingt ankündigen und begründen müssen. „Ich würde mich gerne erkundigen, ob die Schmerzen vollständig abgeklungen sind.“ Auch den Zeitpunkt seines Anrufs hätte er präzisieren sollen, um banges Warten zu vermeiden: „Wann kann ich Sie denn morgen erreichen? Ginge es zwischen halb zehn und zehn?“ Je nach Situation kann der Arzt den angekündigten Anruf, bezogen auf die mögliche Reaktion der Patientin, weiter „verdünnen“ mit der Bemerkung: „Das mache ich immer so.“ Oder persönlicher: „Das mache ich gern für Sie.“ Vielleicht auch mit einer positiven Suggestion: „Die Heilung hat dann schon begonnen.“

Wir wollen ja nicht, dass das wieder passiert

Bernhard Trenkle, Dipl.-Psych., Dipl. Wi.-Ing. ist Gründer und Leiter des Milton Erickson Instituts in Rottweil. Er war auch einmal Präsident der Milton Erickson Gesellschaft. Wir

sind befreundet. Ich bin ein bisschen so etwas geworden wie sein Leibarzt. So habe ich ihn internmedizinisch kardiologisch betreut im Zusammenhang mit einer Herzoperation, Rekonstruktion einer Herzklappe. Das operative Ergebnis ist hervorragend. In der Rehabilitationsphase wurde Bernhard von einem ihm wohlmeinenden Arzt angerufen, der auch eine psychotherapeutische Ausbildung hatte. Der Arzt bot sein Ferienhaus an, damit die allgemeine Erholung nach dem Krankenhausaufenthalt weiter gefestigt werden kann. Zu Unterstreichung seines gut gemeinten Angebotes fügte er hinzu: „Wir wollen ja nicht, dass das wieder passiert.“ Bernhard rief mich kurz darauf an. Er habe nach dem Telefonat mit dem wohlmeinenden Arzt schweißige Hände bekommen. „...nicht dass, das wieder passiert,“ hatte dieser gesagt. „Was soll das bedeuten? Müsse denn mit einer erneuten Operation gerechnet werden?“ Bernhard ließ sich durch klare Aussagen von mir schnell beruhigen. Vorschläge und Empfehlungen sollen klar sein. Die Verstärkung „wir wollen ja nicht,“ ist eine Selbstverständlichkeit und ein Gemeinplatz. Letztlich gibt das einen Hinweis auf die Unsicherheit des Anbieters. Der betroffene Patient nimmt nur das Bedrohliche wahr. Der befreundete Arzt hätte zur Betonung nur sagen müssen: „Das tut ihnen sicher gut.“

Wenn wir Glück haben

Aus einer Fernsehunterhaltungsserie über Chirurgen

Ein etwa 40jähriger Mann, der eine flüchtige Halbseitenlähmung ohne Restsymptome überstanden hatte, fragt mit sorgenvoller Miene den erfahrenen Professor, wie denn das alles jetzt weiter gehe. Der lächelt gütig und erklärt mit sonorer Stimme, die umfassendes Wissen ahnen lässt, man müsse noch einige Spezialuntersuchungen durchführen und dann sagt er den unglücklichen Satz: „Wenn sie Glück haben, kommen wir mit Tabletten aus.“ Was denn?! Alle anderen therapeutisch vielleicht sinnvolleren Maßnahmen oder Empfehlungen (z. B. Operation oder auch Änderung des Lebensstils, Aufgeben des Rauchens) bedeuten folgerichtig Unglück?

Wenn die vorgesehenen Spezialuntersuchungen ergeben sollten, dass eine Operation zur Eröffnung eines wesentlichen Blutgefäßes die eindeutig beste Therapie wäre, dann können die (vom Operateur häufig versprochenen) guten Zukunftschancen vom Patienten leicht angezweifelt werden, weil „wir“ das erhoffte Glück eben nicht haben.

Der Unsicherheit des Patienten hätte der Professor begegnen können mit der betonten Feststellung, dass alle Lähmungserscheinungen abgeklungen sind. Sicherheit zuerst! In dem (nicht zu äußernden) Wissen, dass eine solche transitorische Attacke der Vorbote eines großen Schlaganfalles sein kann, hätte der Professor dann sagen können.: „Wir machen noch einige Spezialuntersuchungen“ (möglichst mit genauen Zeitangaben, wann). „Ich werde anschließend in aller Ruhe mit ihnen alles besprechen (möglichst auch mit Zeitangabe, z. B.: übermorgen, Donnerstag, so gegen 11) und gezielte Therapievorschläge mit ihnen erörtern.“

Weitere Beispiele habe ich in einem kleinen Kitteltaschenbuch zusammengestellt. Hüllemann. K-D. : Wie sag´ ich´s? Nozebo – Plazebo. Heilende Verbalisierungen, in Vorbereitung.

Diese Beispiele können in vielen Situationen helfen, passende Formulierungen zu finden. Doch es gibt immer wieder unbekannte neue Situationen, in denen man eigene Interventionen spontan finden muss. Welche Einfälle einem kommen, wird vom eigenen

Menschenbild gesteuert, denn „Mein Menschenbild bestimmt mein Handeln,“ K.-D. Hüllemann 1999. Es gibt kein allgemein verbindliches objektives Menschenbild. Religionen verkünden ihre Menschenbilder. Der Staat legt die seinen der Gesetzgebung zu Grunde. Für die Medizin gibt die Weltgesundheitsorganisation WHO ein Modell vor: Der Mensch als biospsychoziale Einheit. Doch der Mensch lebt nicht von diesem „Brot allein“. Kunst, Wissenschaft, Philosophie, Glauben sind mindestens ebenso wichtige Faktoren, die das menschliche Leben gestalten. Ich habe deshalb das WHO-Modell ergänzt und in einem Zwiebschalenmodell zusammen gefasst, das Befindlichkeiten des kranken (wie des gesunden) Menschen aufzeigt.

Das Zwiebschalenmodell



Abb. 1: Das Zwiebschalenmodell vom Menschen ist nach üblicher medizinischer Vorgehensweise deskriptiv formuliert.

Biologie

Die Biologie ist seit Alters her die Grundlage der Medizin und die Grundlage des Lebens. Niemand kann ungestraft langfristig gegen biologische Gesetze verstoßen. Quantitative und qualitative Fehlernährung machen krank.

Durch eigenes Zutun unser genetisches Programm für bessere Lebensmöglichkeiten zu verändern, bewegt sich in engen Grenzen, die allerdings von den meisten Menschen nicht voll ausgeschöpft werden. Im übrigen gilt das nicht erfüllbare Gebot: Wer gesund alt werden will, muss sich die richtigen Eltern aussuchen.

Psychologie

Im Überschneidungsgebiet zwischen dem Biologischen und Psychologischen ist das somatopsychische Erleben angesiedelt, z.B. die Auswirkungen einer Krebserkrankung auf das seelische Erleben. Ein primär körperlich begonnenes vital bedrohliches Leiden hat auch Auswirkungen auf die Beziehungsebene, auf die Weltanschauung und die religiösen Überzeugungen: „Wie kann Gott das zulassen?“

Krebserkrankungen lösen häufig Angst aus, stärker als andere Krankheiten. Eine 70jährige Patientin, die wegen eines relativ günstigen Krebsbefundes Brust erhaltend operiert worden war und deren postoperativer Verlauf sowie die Prognose sehr gut waren, diese Patientin hatte panische Angst als sie nach einem halben Jahr zur Kontrolluntersuchung fuhr. Sie habe das der Ärztin gesagt. Diese habe geantwortet: „Alle haben Angst.“ Diese Feststellung stimmt, vielleicht relativiert sie ein wenig die Angst. Doch es gibt bessere, schnell wirksame und einfach durchzuführende Möglichkeiten die Angst abzumildern.

Die Angst, die meist einen diffusen Charakter hat, sich in Herzklopfen, Schwitzen, Schwindel, Unwohlsein usw. Ausdruck verschafft, versuche ich dingfest zu machen. Ich konzentriere mich auf das Gehirn; vermittele objektive Befunde:

„Wir haben durch die bildgebenden Verfahren gelernt, dass unter Stress große Gebiete des Gehirns ihre Signalaktivität deutliche einschränken. Die Gehirnaktivität ist nur noch mit dem Stressthema beschäftigt. Wir stolpern; verlegen die Schlüssel; vergessen; sind reizbar.“

„Ja,“ sagen die Patienten. Sie fühlen sich nicht nur verstanden, sondern sie fühlen sich auch sicher und sind neugierig, wenn ich sage:

„Aus dieser Erkenntnis der Hirnforschung lässt sich logisch ableiten: Wenn manche Hirngebiete abgeschaltet sind, muss man sie einfach wieder anschalten. Das geht wirklich und ist sogar recht einfach. In der Psychologie nennt man das Wahrnehmungserweiterung (als Gegenteil von Wahrnehmungseinschränkung im Stress).“ Meine Krebspatientin sagte mir an dieser Stelle, auf dem Weg zur Krebsnachsorgeuntersuchung sei sie auf einer kaum befahrenen breiten Landstraße gefahren, eine Straße, die sie im Schlaf kenne, Da sei sie ohne Not weit auf den Seitenstreifen geraten, dass es gescheppert hätte. Die Radkappe habe einige Kratzer erhalten. Alle diese Mitteilungen signalisieren mir, dass die Patientin dem Gedankengang über die Erkenntnisse der Hirnforschung genau folgt. Ich beobachte, dass sie auch gefühlsmäßig beim Thema ist. Jetzt ist sie bereit zur Aufnahme der Intervention. Ich weise zunächst darauf hin:

„Die Erweiterung der Wahrnehmung hat nichts zu tun mit Ablenkung. Wenn Sie sich ablenken, können Sie im Straßengraben landen. Konzentrieren Sie sich weiter auf die Fahrstrecke und versuchen Sie diese mit den (noch) abgeschalteten Sinnen wahrzunehmen. Spüren Sie, wie sich das Lenkrad anfasst, glatt, nachgebend. Spüren Sie mit den Händen und den Fingern. Die Hände und Finger haben ein großes Repräsentationsgebiet im Gehirn. Hören Sie den Fahrtwind, die Abrollgeräusche der

Reifen. Sehen Sie bewusst die Farben der Autos vor ihnen. Vielleicht gelingt ihnen auch eine Geruchswahrnehmung, bleiben Sie dabei immer konzentriert aufs Autofahren.“ Eine weitere Möglichkeit, für schnellen Angstabbau findet sich in der Klopftechnik der Prozess- und Embodimentfokussierten Psychologie PEP (nach Dr. Bohne 2010).

Außerdem klagte m eine Krebspatientin über Gedächtnisstörung. Sie vergesse viel mehr als früher. Sie hatte Angst, dass der Krebs oder die Narkose zur entsprechenden Gehirnschädigung geführt haben könnten. Daher stellen Krebspatienten häufig die Frage, ob Krebs das Gehirn beeinträchtigt oder gar schädigt.. Dies Fragen können eindeutig mit Nein beantwortet werden. Es gibt keine Gehirnschädigung durch die Krebserkrankung oder die Narkose (Hirnmetastasen oder ein weit vorgeschädigtes Gehirn können natürlich zu morphologisch begründbaren Funktionsstörungen führen). Es muss mit medizinischer Gewissheit klar ausgesprochen werden, dass das Gehirn unbeschädigt ist. Demnach erkläre ich:

„Das Gehirn verarbeitet alles Schlimme, das wegen der Krankheit durchgemacht wurde. Auch wenn Sie mit ihrem Empfinden schon einen gewissen Abstand zum Geschehen erreicht haben, konzentriert sich das Gehirn weiterhin mit einem Großteil seiner Kraft auf die Verarbeitung des bedrohlichen Lebenschnittes. Die Hauptarbeit wird in den ersten zwei bis drei Jahre geleistet. Wenn ihnen also wieder einmal ein Name nicht einfällt, dann soll das für Sie ein gutes Signal bedeuten, dass ihr Gehirn konzentriert an der Überwältigung arbeitet und vorankommt.“

Bio-psychoziale Einheit und das Geistige

Den großen Feldern der psychologischen und soziologischen Wissenschaften wird in der Medizinaus- und Weiterbildung Rechnung getragen durch die medizinische Psychologie, die Fachausbildung für Psychosomatik und Psychotherapeutische Medizin. Im Bereich der Soziologie sind Epidemiologie und die Zusatzbezeichnung Sozialmedizin zu nennen. Das Dreischalenmodell Biologie, Psychologie und Soziologie ist in der Medizin das am meisten verbreitete und anerkannteste Modell. Es ist Grundlage der sogenannten ganzheitlichen Betrachtungsweise.

Transzendenz

Ich habe eine weitere Zwiebelschale hinzugefügt, das Geistige, das für viele Menschen das Sinn stiftende ist, für das sich zu leben lohnt. Ich nenne diese Schale Transzendenz, also die Überscheidung rational erfassbarer Bereiche. Dort wäre u. a. der religiöse Glaube anzusiedeln. Ich habe diese Schale gepunktet dargestellt, um zum Ausdruck zu bringen, dass ich mit ärztlicher Autorität in hochsuggestibler Situation mich zurückhalten muss. Ich muss um diesen Bereich wissen und Patienten Möglichkeiten bereitstellen, mit Personen in Verbindung zu treten, die für den transzendentalen Bereich ausgewiesen sind.

Pathogenese und Salutogenese

In der konkreten medizinischen Situation wird häufig nur eine einzige Disziplin im Vordergrund stehen, in der Chirurgie wird es die Biologie sein, in der Psychotherapie die Psychologie.

Im Studium hatte ich gelernt: Vor die Therapie haben die Götter die Diagnose gesetzt. Damit wird der Blick auf die Krankheitsentstehung gerichtet, das ist die Pathogenese. Der Arzt Sigmund Freud ist ähnlich vorgegangen; in der Psychoanalyse werden die pathogenen Wurzeln aufgesucht. Die Psychoanalyse ist leider in diesem Aufdecken der bösen, krank machenden Dinge stecken geblieben. Das Böse soll besiegt werden. Freud hat es mit dieser Festlegung auf die Überwindung des Bösen versäumt, das Gute aufzusuchen und das Gute zu stärken. Bei Freud vermissen wir die Ressourcenorientierung.

Der Blick auf die pathologischen Ursachen hat auch in der Medizin seine Bedeutung, die genaue Kenntnis eines Herzklappenfehlers bestimmt ganz wesentlich die therapeutischen Maßnahmen. In der Medizin wurden aber schon immer auch die Heilungskräfte und kompensatorischen Kräfte des Patienten in den Therapieplan einbezogen. Im Bereich der modernen Psychotherapie spricht man von Einbeziehung der Ressourcen. Die Milton-Erickson-Gesellschaft für klinische Hypnose hat die Orientierung an Ressourcen des Patienten besonders unterstützt, allen voran Gunther Schmidt.

Die medizinische Sicht sollte mit beiden Augen ein ganzheitliches Bild ergeben; das eine Auge bildet die Pathogenese ab, das andere die Salutogenese.

War bis spät in die 70-er Jahre des vorigen Jahrhunderts pathogenetische Denken vorherrschend, so rief Antonovski (1984) zu einer Blickwendung auf, zu einer neuen Fragestellung: A call for a new question – salutogenesis – and a proposed answer – the sense of coherence. Der sense of coherence (SOC), den Antonovsky zu einem Test entwickelte, weist viele Überschneidungen mit erprobten Tests zur Depressionserfassung auf. Der SOC ist kein wissenschaftlich valides Instrument. Das tut dem Ruhm Antonovskys keinen Abbruch. Der Name des Forschers wird immer mit der Wortschöpfung „Salutogenese“ verbunden bleiben. Salutogenese ist ein Programm oder einer programmatische Entscheidung. Den gegenwärtigen wissenschaftlichen Erkenntnisstand und die darauf aufbauenden Überlegungen habe ich in Abb.1 als Kette dargestellt. Auf der linken Seite sind die krank machenden Faktoren aufgelistet, Pathogenese. Die rechte Seite zeigt die Salutogenese, die Bedingungen, die der Gesunderhaltung und dem Gesundwerden dienen. Erst die Verbindung des linken und des rechten Kettenarmes, der krank machenden Seite *und* der gesund machenden Seite, ermöglicht, die Ganzheit von Krankheit und Kranksein zu begreifen und umfassend zu helfen.

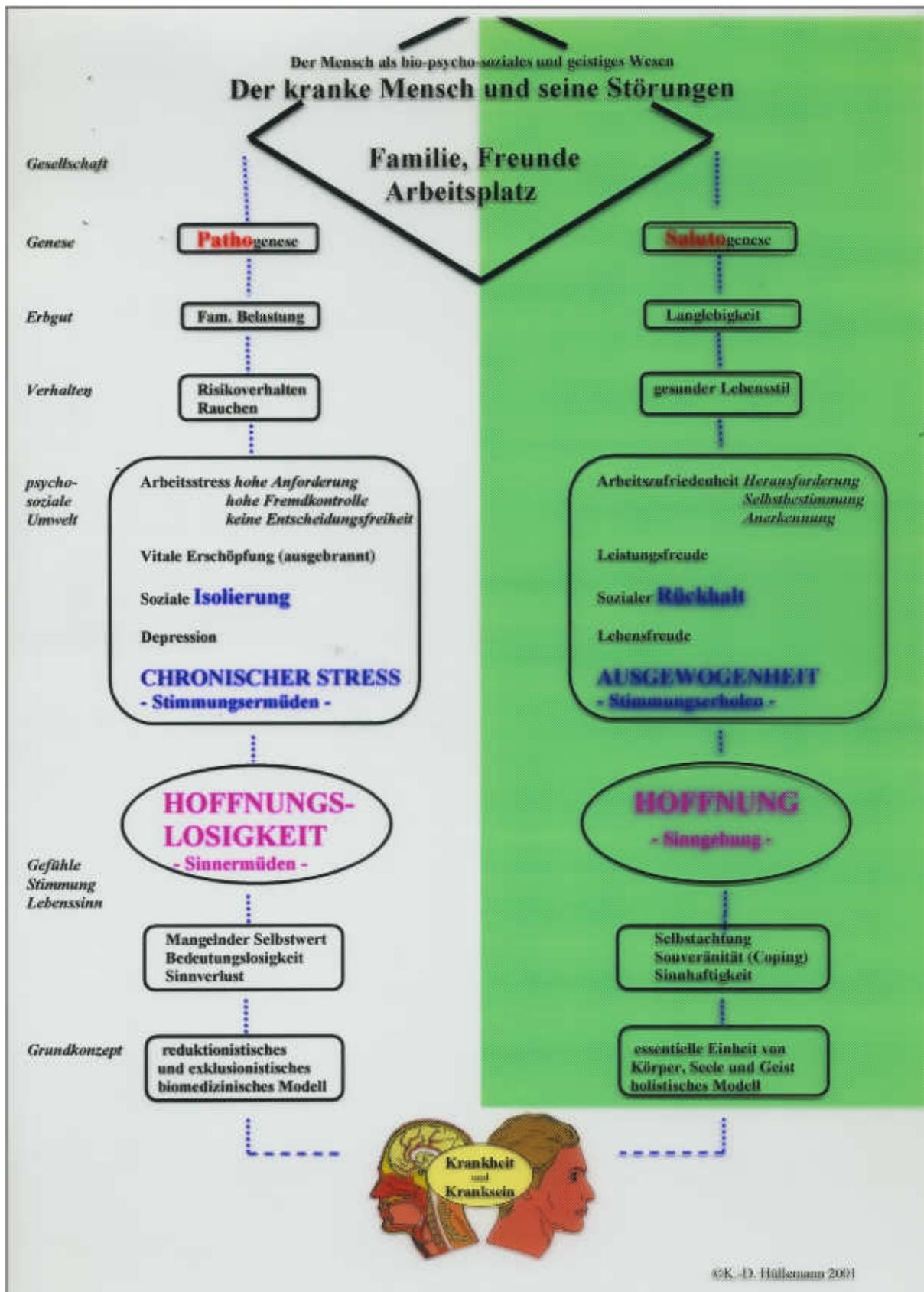


Abb.2: Pathogenesefaktoren (links) Salutogenesefaktoren (rechts)

Salutogenese hat in der Orientierung auf Ressourcen den besten therapeutischen Einfluss gewonnen. Im mehr oder weniger amateurhaften Coaching wird daraus positives Denken, also Dicountsalutogenese. Dagegen ist so wenig einzuwenden wie ab und an mal Fast Food zu verzehren.

Die vorgestellten ganzheitlichen Überlegungen von Pathogenese und Salutogenese sowie das Zwiebschalenmodell finde ich im hypnosystemischen Therapieansatz von Gunther Schmidt berücksichtigt. In der Medizin schlagen sich diese Ideen in der Initiative der Weltgesundheitsorganisation (WHO) zur Gesundheitsförderung nieder.

Gesundheitsförderung

Gesundheitsförderung braucht Leidenschaft. Begeisterung ist die Kraft des kreativen Potenzials, das auf die tatkräftige Sorge und Verantwortung für die Gesundheit anderer und die eigene Gesundheit gerichtet ist. Gibt es eine schönere Aufgabe?

Doch wie sieht der Alltag aus? Wir alle, die wir in Gesundheitseinrichtungen arbeiten, müssen nur zu oft die hemmende Last von ökonomischem Druck, von verfremdetem Formulkram, von Hetzarbeit und von Arbeitsverdichtung tragen. Körperliches Ermüden, Stimmungsermüden und Sinnermüden bis zum Ausgebranntsein sind häufige Folgen. Das trifft für jeden Bereich zu von der Geschäftsführung über Ärzte und Pflege bis zum Reinigungsdienst; und jeder Bereich ist nicht nur wichtig, sondern hat Anspruch auf Wertschätzung.

Wie ist das zu bewerkstelligen, in einem auf wirtschaftlichen Erfolg ausgelegten Unternehmen den Arbeitsstress durchzustehen und dennoch die Begeisterung für Gesundheitsförderung immer wieder neu zu entzünden? Als Einzelperson wird mir die Luft knapp. Ich muss mich mit anderen, Gleichgesinnten, zusammenschließen. In diesem Zusammenschluss werden nicht nur die Arbeitsaufgabe Gesundheit, sondern auch die zwischenmenschlichen Beziehungen gefördert. Es gibt nur eine einzige Organisation, die ich mit Überzeugung empfehle:

Das Deutsche Netz Gesundheitsfördernder Krankenhäuser gem.e.V. DNGfK

Das Deutsche Netz Gesundheitsfördernder Krankenhäuser gem.e.V. gehört zum internationalen Netz Health Promoting Hospitals (HPH) der WHO.

Das weltweite Netz gründet sich auf ethischen Dokumente wie die Ottawa-Charta (s.u.) und in Deutschland auf die Chiemseeerklärung (s.u.).

Mit den „Standards“ verfügt das *Netz* über ein Manual, wie in Gesundheitseinrichtungen medizinischer, gesundheitsförderlicher und auch wirtschaftlicher Erfolg zu erzielen ist.

Hoffnungsfähigkeit ist der hüpfende Puls der Gesundheit. Das gilt für kranke Menschen wie für gesunde und auch für das Deutsche Netz. Das Netz trug im Jahr 2010 in Chemnitz die 15. Nationale Konferenz aus. Das Klinikum Chemnitz gehört als Pilotkrankenhaus (1992) zu den späteren Gründungsmitgliedern des Netzes.

Health Promoting Hospitals

Das Projekt Health Promoting Hospitals (HPH) wurde von der WHO Europa ins Leben gerufen mit dem Ziel, Krankenhäuser in ihren Bemühungen zu unterstützen, Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention als ergänzende Schwerpunkte neben den traditionellen diagnostischen und kurativen Aufgaben einzurichten. 20

Krankenhäuser in elf europäischen Staaten führten 1993 – 1997 das europäische Pilotprojekt durch. Aus dem Pilotprojekt gingen nationale HPH-Netze hervor. Das Deutsche Netz gründete ich 1996. Das Internationale HPH-Netz expandiert ständig. Über 800 Mitgliedskrankenhäuser sind in über 25 Staaten vertreten, von Kanada bis Taiwan. Das Netz hat jetzt sein Mitgliederspektrum über die Krankenhäuser hinaus auch auf andere Gesundheitseinrichtungen wie Pflege- und Seniorenheime erweitert.

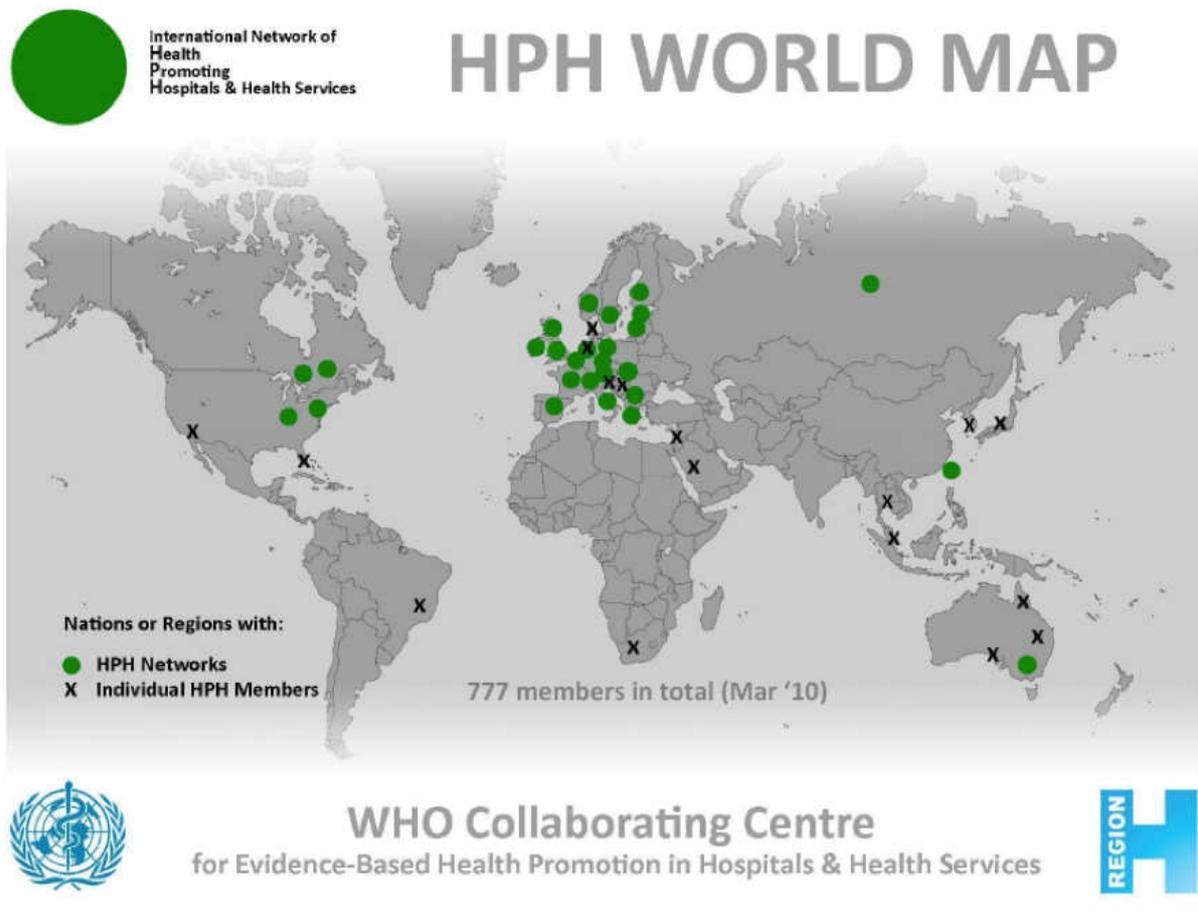


Abb. 3: Das Internationale Netz der Health Promoting Hospitals und anderer Gesundheitseinrichtungen mit 777 Mitgliedern (Stand: Mai 2010). Grüne Punkte: Netze der Mitgliedskrankenhäuser. X: Einzelmitgliedschaften

Die HPH-Strategie zielt auf die körperlichen und die psychosozialen Bedürfnisse einer steigenden Zahl chronisch kranker Menschen. Weiter zielt die Strategie Stressreduzierung für die Krankenhausmitarbeiter. Die Belastungen der Bevölkerung allgemein und der Umwelt werden in die Strategie einbezogen. Die ethische Grundlage dieser Bemühungen findet sich in der Ottawa Charta.

Ottawa Charter for Health Promotion

Die erste Internationale Konferenz zur Gesundheitsförderung hat am 21. November 1986 im kanadischen Ottawa das Grundsatzpapier verabschiedet. Die Charta, die im Original nur je zwei Seiten auf Englisch und auf Französisch umfasst, ist eine der am häufigsten gedruckten Schriften.

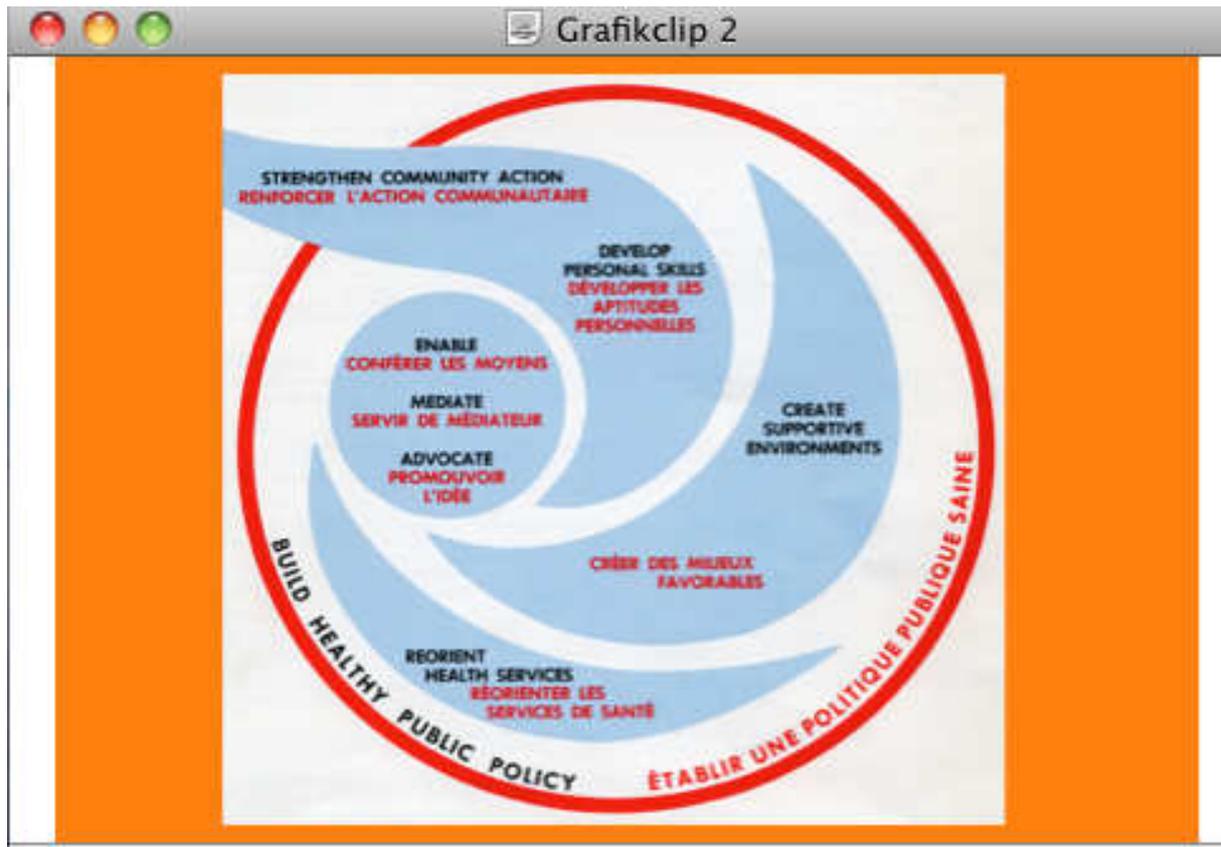


Abb.4: Ottawa Charter for Health Promotion, Titelseite, Ausschnitt:
 Gesundheitsförderndes Handeln erfordert: gesundheitsbezogene
 Gemeinschaftsaktionen unterstützen, vernetzen und dafür anwaltschaftlich eintreten;
 persönliche Kompetenzen entwickeln; Gesundheitsdienste neu orientieren;
 gesundheitsfördernde Gesamtpolitik betreiben.“

Die Chiemseeerklärung des Deutschen Netzes Gesundheitsfördernder Krankenhäuser gem. e. V.

Nach Abschluss der Pilotphase hatten wir für die Gründung des Deutschen Netzes
 Gesundheitsfördernder Krankenhäuser 1996 einen historischen Ort ausgewählt, nämlich
 das Kloster Frauenwörth auf der Fraueninsel im Chiemsee. Gegenüber auf der
 Herreninsel war unser Deutsches Grundgesetz erarbeitet worden.

Im Entwurf der Chiemsee Erklärung habe ich mich an der Ottawa-Charter orientiert und
 den schönen Satz übernommen, der im Deutschen lautet:

„Gesundheit wird von den Menschen in ihrer täglichen Umgebung geschaffen und gelebt,
 dort, wo sie spielen, lernen, arbeiten und lieben.“

(Persönlicher Einschub: Ein Mitglied der Gründungsgruppe, Vorstand eines großen
 konfessionellen Krankenhauses, eine Ordensfrau, meinte, lieben sei schon gut und
 schön, gehöre aber nicht in ein solches Papier. Schade. Mit der Liebe scheinen sich
 besonders Deutsche manchmal schwer zu tun. Ich habe den Eindruck, für sie gilt nur die
 ewige Liebe, in Erz gegossen. Unter solcher Last bricht jede Parkbank zusammen.)

Im Auftrag der WHO wurden in den Folgejahren weitere Dokumente entwickelt, die den
 Prozess der Gesundheitsförderung im Krankenhaus und in sonstigen

Gesundheitseinrichtungen begleiten sollen. Anlässlich der 15. Jahreskonferenz unseres Netzes in Chemnitz habe ich mich gefragt, wie die Wünsche, Forderungen und guten Absichten der Internationalen Dokumente in die Tat umgesetzt werden. Ich schrieb ins Trägungsprogramm:

Die kleine und die große Gesundheit

Der Glanz seiner griechisch schönen Gestalt war erloschen. Doch seine kräftige Stimme und seine hellwachen Augen verkündeten das nie geahnte Erwachen eines lebensstarken Geistes.

Der Bruch eines unteren Halswirbels hatte den einstigen Olympiamedailenanwärter im Turmspringen an den Rollstuhl gefesselt.

„Erst durch die Behinderung ist mein Leben so groß geworden“, bekannte er später seinen Studenten in der Vorlesung.

Manche Patienten im Krankenhaus zerbrechen an ihrer Krankheit, andere können ein sinnerfüllteres Leben gewinnen.

Das nun ist die Herausforderung im Krankenhaus, besonders im gesundheitsfördernden Krankenhaus, dass über die lege artis durchgeführte Therapie hinaus so viel Gesundheit wie möglich erworben werden kann. Die kleine und die große Gesundheit.

Anmutung Gesundheit, Zumutung Krankheit

Was Gesundheit für den einzelnen Menschen bedeutet, kann nicht allgemein verbindlich festgelegt werden. Gesundheit ist nichts Statisches. Gesundheit bewegt sich in den Phasen und Befindlichkeiten des dahinfließenden Lebens. Kommt Gesundheit in den unverstellten Blick, ist das wie bei der Betrachtung eines Bildes eine Bewegungsanmutung. Gesundheit ist Anmutung. Krankheit ist Zumutung.

Das gesundheitsfördernde Krankenhaus stützt sich auf die internationalen Dokumente der Gesundheitsförderung, an vorderster Stelle die Ottawa-Charta. Unsere deutsche Chiemseeerklärung hatte ich als „Tochter der Ottawa-Charta“ entworfen. Die Redaktionsgruppe der Pilotkrankenhäuser überarbeitete diesen Text zu der endgültigen zu veröffentlichenden Fassung. Die Krankenhauswirklichkeit in Deutschland war unser Erfahrungshintergrund bei der Ausarbeitung der Chiemseeerklärung.

Die großen internationalen Materialien zur Gesundheitsförderung beschreiben als Dokumente der *Weltgesundheitsorganisation* eine globale Vision. Jeder wohlmeinende Mensch muss diese Ziele wegen ihrer humanitären Inhalte unterstützen. Es ist Weltethik unter dem Kürzel Gesundheit.

Obwohl von der Geburtsstunde der gesundheitsfördernder Krankenhäuser an dabei und engagiert für die Vision dieser WHO-Initiative, bin ich Kliniker geblieben. Wie an eine unüberwindbare Schwelle stoße ich dabei immer wieder an die Frage: Wie kann ich Gesundheit im Sinne dieser selbstbestimmungs- lebensbejahenden Ethik in der Krankenhauswirklichkeit umsetzen?

Manche Umsetzung ist ja schon gelungen durch die teilweise Wandlung des Krankenhauses von der ausschließlichen Nachfrageorientierung zu einer Angebotsorientierung, die dann besonders gesundheitsförderliche Angebote aufweist. Doch als Kliniker geht es mir besonders um das Anliegen Gesundheit im Krankenhausalltag, also im täglichen Miteinander, im direkten Kontakt mit den Patienten und zu den Mitarbeitern.

Die im wohlverstandenen Sinn weltverbessernden Ideen müssen doch irgendwie konkret werden, damit wir nicht „andächtig schwärmen,“ sondern „gut handeln,“ wie Lessing sagt.

Die Wahrheit sei konkret!

Ich schlage vor, dass wir uns im gesundheitsfördernden Krankenhaus an gesichertes Wissen halten. Es gilt, das Wissen umzusetzen. So ist wissenschaftlich und erfahrungspraktisch gut belegt, wie gesundheitschädigende Lebensweisen körperlich und seelisch krank machen können. Im Gegensatz dazu wirken gesundheitsförderliche Lebensstile präventiv. Wir treffen auf diesem Gebiet auf das täglich erneuerte Erfahrungswissen der klinisch Tätigen und können uns mit ihnen ohne Sprachbarriere verständigen.

Zusammengefasst, soll uns die in den internationalen Dokumenten und in unserer Chiemseeerklärung niedergelegte große Idee Gesundheitsförderung bestärken, dass wir unterwegs sind eigentlich mit allen Menschen guten Willens. Die Idee soll uns beflügeln, die Alltagsarbeit in einem helleren farbenfroheren Licht auszuführen. Die Zumutung Krankheit überwinden, die Anmutung Gesundheit gewinnen.

Literatur

- Antonovski, A. (1984). A call for a new question – saltuogenesis – and the proposed answer – the sense of coherence. *J Prev Psychiatry* 1:1-13
- Bartens, W. (2010). Die Trauer und der Tod. *Süddeutsche Zeitung, Wissen* 20.08.
- Chiemseeerklärung (1996). DNGfK Berlin. www.dngfk.de
- Bohne, M. (2010). Klopfen mit PEP mit einem Vorwort von Prof. Dr. Hüllemann und Prof. Dr. Fürstenau. Carl-Auer Heidelberg
- Deutsches Netz Gesundheitsfördernder Krankenhäuser DNGfK gem.e.V. Berlin. www.dngfk.de
- Health Promoting Hospitals (2005). In Groene, O. Garcia-Barbero, M. Health promotion in hospitals: Evidence and quality management. WHO Regional Office for Europe Copenhagen. www.who-cc.dk/hph-member-toolbox
- Hüllemann, K.-D. (1995). Schuldfähigkeit als kreatives Potenzial in der Sorge um Gesundheit. In Ebert, W. Evolution, Kreativität und Bildung. 77-101. Verband Bildung und Erziehung. Erdl Trostberg
- Krehl, v. L. (um 1900). Archiv des Instituts für Geschichte der Medizin, Nachlass Krehl. Heidelberg
- Lay, Chr., C., Davis, M. F., Chen-Bee, C., H., Frostig, R., D., Kleinschmitz, Chr. (2010). Mild Sensory Stimulation Completely Protects the Adult Rodent Cortex from Ischemic Stroke. *PLoS One*, 5(6): e11270 DOI: 10.1371/journal.pone.0011270
- Ottawa Charter for Health Promotion (1986). Siehe Health Promoting Hospitals, ebenso Deutsches Netz Gesundheitsfördernder Krankenhäuser
- Siebeck, R. (1949). *Medizin in Bewegung*. Thieme Stuttgart

Autor

Univ.-Prof. Dr. med. Klaus-D. Hüllemann, Facharzt für Innere Medizin, Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Sportmedizin, Sozialmedizin, Rehabilitationswesen. Universität München. Geschäftsführender Gesellschafter Prof. Dr. med. Klaus-D. Hüllemann GmbH für systemische Forschung und Beratung, Bergen. Vorstandsvorsitzender Deutsches Netz Gesundheitsfördernder Krankenhäuser gem.e.V. Berlin, ein Netz der Weltgesundheitsorganisation. Wissenschaftlicher Beirat Milton Erickson Gesellschaft. Kurator University of Applied Sciences, Hamburg. Privatärztliche internistische und psychosomatisch/psychotherapeutische Praxis.