



**BERND ALT-EPPING
LAURA BICKEL
THOMAS FUCHS**

WAS BEWEGT DIE MEDIZIN?

Gedankenanstöße für eine werte-
basierte Medizin durch Karl Jaspers
und die ‚Philosophie der Palliativmedizin‘
– Eine Standortbestimmung

Marsilius Essay



[https://doi.org/10.11588/
fmk.2024.24.103637](https://doi.org/10.11588/fmk.2024.24.103637)

**MARSILIUS-
KOLLEG**

2022 / 2023



WAS BEWEGT DIE MEDIZIN?

Gedankenanstöße für eine wertebasierte Medizin durch Karl Jaspers und die 'Philosophie der Palliativmedizin' – Eine Standortbestimmung

WERTE UND BEGRÜNDUNGSKONZEPTE DER MEDIZIN

Von außen betrachtet mag „die Medizin“ vielen Menschen als ein zwar komplexes, aber doch irgendwie in sich stimmiges Gefüge vorkommen. In wesentlichen Dingen – so der äußerliche Eindruck – scheint Einigkeit bzw. Einheitlichkeit zu bestehen: Therapeutisches Handeln wird naturwissenschaftlich fundiert begründet; gehandelt wird auf Basis eines gemeinsamen (möglichst intrinsischen und altruistischen) Wertekonsens bzw. „Ethos“; und Konzepte des Nichtschadens, der Fürsorge und der Begleitung für diejenigen Patient:innen, für die eine kausale Therapie nicht mehr besteht oder bei denen diese nunmehr als unangemessen bewertet werden muss, werden flächendeckend geteilt.

Eine Vielzahl von Beispielen der vergangenen Jahre zeugt jedoch von einem innermedizinischen Dissens über handlungsleitende Werte und Begründungen. Deutlich wurde dies etwa im Zuge der COVID-19-Pandemie. Bei der Allokation der zum Jahreswechsel 2020/2021 zunächst noch restringierten Impffolgen oder bei der Triage-Diskussion um Intensivkapazitäten prallten gleich ganze ethische **Begründungssysteme** aufeinander: Während einerseits „deontologisch“, also prinzipiell, argumentiert wurde (Beispiel: Situationsunabhängig sind immer diejenigen am meisten und ehesten zu schützen, die das höchste Mortalitätsrisiko haben), bezogen sich andere Gruppierungen in ihrem Handeln auf utilitaristische oder andere

„teleologische“ Begründungskonzepte (Beispiel: Eine priorisierte Vergabe von Intensivbetten an schwererkrankte Menschen jüngeren Alters und mit geringerer Komorbidität ist vorzuziehen, weil damit insgesamt mehr menschliche Lebensjahre gerettet werden). Im medizinischen Alltag führte es zu Irritationen, dass vielerorts sterbenah erkrankte Patient:innen in Palliativeinrichtungen bzw. Gäste von Hospizen frühzeitiger geimpft wurden als das Rettungsdienstpersonal oder die Mitarbeiter:innen von Notaufnahmen oder Hausarztpraxen.

Auch in den Debatten zur Sterbehilfe bzw. zur ärztlichen Rolle beim assistierten Suizid wird deutlich, dass die Haltung von Ärzt:innen zu lebensbeendenden Maßnahmen und das Verständnis der eigenen Rolle dabei ebenfalls nicht auf einem tragfähigen, einheitlichen **Wertegefüge** beruht. 2011 wurde der Begriff des „ärztlichen Ethos“ aus den Grundsätzen der Bundesärztekammer gestrichen, um den divergierenden moralischen Wertvorstellungen von Ärzt:innen in einer pluralistischen Gesellschaft (nicht nur im Kontext der Beihilfe zum Suizid) Rechnung zu tragen. Stattdessen trat die Formulierung: „Die Mitwirkung des Arztes bei der Selbsttötung ist keine ärztliche Aufgabe.“ In den Grundsätzen der Bundesärztekammer wurde damit Abstand genommen von einer wertebasierten Aussage – zugunsten einer neutraleren, wertefreien Beschreibung des ärztlichen Berufsbildes und seiner Aufgaben: „Aufgabe des Arztes ist es, unter Achtung des Selbstbestimmungsrechtes des Patienten Leben zu erhalten, Gesundheit zu schützen und wiederherzustellen sowie Leiden zu lindern und Sterbenden bis zum Tod beizustehen.“ Und: „Unabhängig von anderen Zielen der medizinischen Behandlung hat der Arzt in jedem Fall für eine Basisbetreuung zu sorgen. Dazu gehören u. a. menschenwürdige Unterbringung, Zuwendung, Körperpflege, Lindern von Schmerzen, Atemnot und Übelkeit sowie Stillen von Hunger und Durst.“

Die Frage nach der moralischen und standesrechtlichen Zulässigkeit bestimmter Tätigkeiten, die zwar nicht zu den „ärztlichen Aufgaben“ zählen und damit nicht zum Arztberuf zugehörig definiert werden, aber dennoch vor allem oder ausschließlich mit ärztlicher Expertise durchzuführen sind, bleibt damit letztlich unbeantwortet. Dabei ist diese Frage ärztlicher Zuständigkeit jenseits der zentralen Aufgaben des Arztberufes keineswegs begrenzt auf die etwaige ärztliche Rolle in der Suizidbeihilfe, sondern betrifft auch andere Tätigkeiten und Dienstleistungen, die in der Regel von Ärzt:innen durchgeführt werden. Beispiele hierfür finden sich z.B. in einzelnen medizinischen Randbereichen der ästhetischen Chirurgie, in der

Unternehmensberatung, in Behörden, in der Industrie, oder – ein Extrembeispiel – im Strafvollzug von Staaten mit intaktem Rechtssystem wie den USA, in denen die Todesstrafe praktiziert wird.

MINIMALER WERTEKONSENS

Was bleibt dann, mit Blick auf die pluralistisch begründete Zurückhaltung gegenüber einer Festlegung von gemeinsamen Grundwerten in der Medizin, als normativer Minimalkonsens, über die schiere Aufgabenbeschreibung des Arztberufes hinaus? Das Gute tun und Helfen wollen („**beneficience**“, nach Beauchamp and Childress 1977), das **Nichtschadensgebot** („non-maleficience“), der **Respekt vor der Autonomie** des Patienten, und die (soziale) **Gerechtigkeit** (im Sinne sozialer Gerechtigkeit) werden immer wieder als die vier handlungsleitenden Prinzipien der Bioethik genannt. Dabei bleiben jedoch auch hier einige Aspekte unklar: Wie umfassend wird der Begriff des „Helfens“ verstanden? Wie weitreichend ist das Verständnis eines therapieassoziierten „Schadens“? Stellt z.B. die Behandlung im Setting einer Intensivstation oder die therapiebedingte Inanspruchnahme von Lebenszeit („time toxicity“) gerade bei limitierter Lebenszeitprognose womöglich bereits einen Schaden dar? Wie viel Gewicht soll der aktiv einfordernde Wille von



Patient:innen zukommen? Wie strikt soll das Prinzip der sozialen Gerechtigkeit eingehalten werden? Gibt es um der sozialen Gerechtigkeit willen einen Höchstpreis, den ein lebensqualitätsadjustiertes Lebensjahr das Solidarsystem kosten darf? Zudem könnten neben den vier immer wieder genannten Prinzipien womöglich mit gleicher Wertigkeit auch andere ethische Prinzipien wie „Würde“, „Fürsorglichkeit“ oder „Streben nach Angemessenheit“ in den Vordergrund gerückt werden.

Gerade auch die Haltung in Medizin, Recht und Gesellschaft gegenüber dem Verständnis einer erforderlichen „Zustimmung“ von Patient:innen zu therapeutischen Eingriffen hat in den vergangenen Jahren eine gewisse Verlagerung hin zu einer absolut verstandenen „Autonomie“ und eines selbstbestimmten „Willens“ von Patient:innen, quasi im Sinne eines Einforderungsrechts therapeutischer Maßnahmen (vergl. auch die Änderung im Betreuungsrecht 01.01.2023, §1821 BGB). Diese Entwicklung im Autonomie-Verständnis ist auch insofern bemerkenswert, weil sie im vollständigen Gegensatz zur hippokratischen Zeit steht, die nicht selten als Referenzpunkt medizinischer Grundwerte herangezogen wird. So wurde bei Hippokrates von Kos (460-370 v.Chr) ein paternalistisch verstandenes, ärztlich definiertes Patientenwohl deutlich gegenüber jeglicher Form von Patientenautonomie priorisiert („Salus aegroti suprema lex“).



DIE BETREUUNG SCHWERKRANKER UND STERBENDER ALS KRISTALLISATIONSPUNKT EINER WERTEBASIERTEN MEDIZIN

Auf der weiter gehenden Suche nach denjenigen Werten, die einer wertebasierten Medizin zugrunde liegen können, ist der Kontext des Lebensendes immer wieder brennglasartig Anlass für konkrete, wertebezogene Diskussionen. Die Frage nach den gemeinsamen Grundwerten der Medizin könnte also dort, in der Palliativmedizin und Hospizarbeit, in paradigmatischer Weise erkundet werden.

Die moderne Palliativmedizin, die seit der Gründung des St. Christopher´s Hospice durch die Krankenschwester, Sozialarbeiterin und Ärztin Cicely Saunders im Jahr 1968 eine enorme strukturelle Entwicklung erfuhr, kann in Bezug gesehen werden zu den Entwicklungen in der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts. Die so erfolgreichen Entwicklungen von Antibiotika, Chemotherapeutika, die Innovationen der Narkoseführung, die Implementierung von Intensiv- und Rettungsmedizin, die Definition des Hirntodkriteriums als Grundlage der Transplantationsmedizin, und die technischen Entwicklungen des Organersatzes (Beatmung, Dialyse, Leberersatz, Kunstherzsysteme / LVADs, ...) hatten eine Haltung von technischer Machbarkeit erzeugt, die anderer Aspekte medizinische Aufgaben (psychosoziale Unterstützung, Kommunikation, Begleitung Sterbender...) in den Hintergrund treten ließ. Die zugrunde liegende Erkrankung wurde als „Feind“ verstanden, gegen den „Krieg“ geführt werden musste („war on cancer“; Richard Nixon 1971): *„Viele Palliativmediziner der ersten Generation – auch in Deutschland – haben zu Beginn ihrer Tätigkeit als Arzt noch erlebt, dass sterbende Patienten in ihrem Bett ins Stationsbadezimmer geschoben wurden, um andere mit ihrem Sterben nicht zu belästigen. Dort durchlitten sie allein gelassen und ohne Beistand oder Symptomkontrolle ihre letzten Stunden. Die Frage danach, was im Umgang mit dem schwer kranken und sterbenden Menschen an sich geboten ist, war ins Vergessen geraten.“* (Nauck und Jaspers, BGesBl 2012).

Ärzt:innen und Psychotherapeut:innen wie Saunders, Balfour Mount, Viktor Frankl, Elisabeth Kübler-Ross, Carl Rogers oder Paul Watzlawick reagierten auf das Machbarkeitsdenken ihrer Zeit, indem sie eine Haltung der Fürsorge und der Aufmerksamkeit gegenüber der biografischen und existenziellen Dimension von Krankheit anmahnten. Die Texte von Cicely Saunders durchzieht eine Grundhaltung, die gekennzeichnet ist vom Streben nach der Bewahrung von Würde und Persönlichkeit auch in den schwierigen Stunden des Sterbens, bis in den Tod hinein. Zum anderen

offenbaren sie eine professionelle Grundhaltung, die gekennzeichnet ist von Demut und dem Anerkennen des Schicksals sowie der Biografie der betreuten Patient:innen. Hauptdiagnostikum und Haupttherapeutikum war in Saunders Medizinverständnis das Zuhören, und ihr Konzept von patientenseitiger „Autonomie“ war geprägt von der Vulnerabilität der Situation und dem entstehenden Vertrauen in der Arzt-Patientenbeziehung – im Sinne eines „relationalen“ Autonomieverständnisses, wie es auch von Hall (2001), Hallowell (2008) und Luhmann (2009) aufgegriffen wurde. Insofern kann diskutiert werden, ob das Menschenbild der Palliativmedizin nicht nur als Reaktion auf die Technisierung der Medizin, sondern auch als Reaktion auf den oben geschilderten, zunehmend absolut gesetzten Anspruch nach Autonomie zu verstehen ist.

THERAPEUTISCHE HALTUNG UND MENSCHENBILD KARL JASPERS ALS HILFESTELLUNG

Ein erster Versuch, anthropologische und normative Grundüberzeugungen zu identifizieren, die für palliativmedizinisches Handeln gegenwärtig leitend sind, fand am 10. Januar 2023 im Marsilius-Kolleg statt. Im Rahmen eines Tagesworkshops der Heidelberger Klinik für Palliativmedizin und der Heidelberger Karl-Jaspers-Professur wurde hier in einem ersten interprofessionellen Austausch der Frage nachgegangen, ob und inwieweit sich das Krankheits- und Medizinverständnis des Psychiaters und Philosophen Karl Jaspers auf die palliativmedizinische Behandlungssituation übertragen lassen, und dadurch Aussagen über die Grundwerte ermöglichen, die dem Handeln in der Palliativsituation zugrunde liegen.

So spricht Jaspers im medizinischen Kontext über „**Grenzsituationen**“ in der Auseinandersetzung mit existenziellen Situationen wie Tod, Leid, Schuld oder Kampf, *„in denen den Betroffenen eine sonst verborgene existenzielle Wahrheit mit einem Mal bewusst wird – etwa die Grundsituation des unvermeidlichen Schuldigwerdens, die Unausweichlichkeit der Freiheit und Entscheidung, die Verletzlichkeit und Anfälligkeit des eigenen Leibes oder schließlich die unerbittliche Endlichkeit des Daseins. Gerade in solchen Grenzsituationen aber kann der Mensch zu einer selbst gewählten und selbst verantworteten Existenz finden.“* (Fuchs 2017). „**Existenzielle Kommunikation**“ (Jaspers) und eine **Haltung des absoluten Mitseins** spielen dabei die zentrale Rolle, die in Grenzsituationen existenziellen Halt geben kann. Diese konzeptuellen Aussagen, die hier genutzten Begriffe und Erläuterungen können auch in der Palliativmedizin,

die ja unweigerlich mit Patient:innen und Angehörigen in Grenzsituationen und damit im Zustand „**existenzieller Vulnerabilität**“ (Fuchs 2013) zu tun hat, eine große Hilfe sein.

Für die Formulierung einer „Philosophie der Palliativmedizin“ (so der Arbeitstitel des Tagesworkshops) könnte auch das von Jaspers beschriebene „**Pluralistische Menschenbild**“ äußerst hilfreich sein, mit dem eine Vielzahl von Ansätzen und eine offene Systematik gemeint ist, um sich dem Menschen als Ganzem zu widmen. Die von Jaspers in die Psychiatrie eingeführte „**phänomenologische Betrachtungsweise**“ meint zudem eine durch die Phänomenologie bestimmte, empathische Wahrnehmung und Beschreibung von seelischen Zuständen, die weitgehend frei von Vorurteilen das Erleben der Patient:innen deskriptiv zu erfassen sucht. Maßgeblich ist nicht, was über den Menschen angenommen wird, sondern was dieser als sein Erleben mitteilt. Auch hier lassen sich unmittelbare und sehr konkrete Analogien zur palliativmedizinischen Handlungsweise ziehen, die physische Symptome und psychosoziale Belastungen auch dann zu erfassen und zu behandeln versucht, wenn deren Ursache bzw. Diagnose nicht bekannt oder nicht kausal behandelbar ist. Das vorrangige Ziel besteht dann vor allem darin, die Erfahrungen und Ausprägungen von Krankheit für den oder die Patient:in und für alle weiteren Betroffenen aushaltbarer zu machen.

Auch der wiederkehrende Verweis von Karl Jaspers, dass es nicht ausreicht, sich auf rein naturwissenschaftliche Erkenntnisse zu beziehen, wenn es darum geht, das



Seelenleben, die Existenz und Personalität des Patienten zu verstehen, sondern es einer umfassenden **Auseinandersetzung mit seiner Biografie und Geschichtlichkeit** bedarf, kann in direkte Beziehung gesetzt werden zum palliativmedizinischen Kontext und den dort etablierten Beziehungsmustern. So findet sich selbst das Jaspers'sche Verständnis von **Schicksal**, „**Existenzerhellung**“ und **Suche nach Transzendenz im „Umgreifenden“** im Palliativkontext wieder: *„The last stages of life should not be seen as defeat, but rather as life's fulfilment.... Agnostics, atheists, or non-thinkers, as well as those with a strong Christian faith, are helped to accept death in the way most suitable to them.“* (Saunders 1965)

Eine weitere hilfreiche Verbindung zwischen Jaspers' Philosophie und den handlungsleitenden Werten, die der (Palliativ-)Medizin zugrunde liegen, besteht in der Idee von Arzt/Ärztin und Patient/Patientin als „**Schicksalsgefährten**“. Jaspers verwendete diesen Begriff, um zu begründen, wann *„der Arzt das Recht hat, wahr zu sprechen“*. Trotz der asymmetrischen Arzt-Patienten-Beziehung, in der die oder der Erkrankte auf die Hilfe und die Kompetenz eines Arztes oder einer Ärztin angewiesen ist, sah der auch als Patient leiderfahrene Karl Jaspers eine Möglichkeit, diese Hierarchie zu brechen – vorausgesetzt, dass der Arzt fähig sei, seine Autorität zu relativieren. Nur der Arzt, der sich als „Schicksalsgefährte des Patienten“ und nicht als Autorität fühle, habe das Recht, mit dem Patienten auf Augenhöhe „wahr zu sprechen“. In etwas anderer Intention wurde dieser Begriff zuletzt auch im Kontext der Schicksalsgemeinschaft von Long-COVID-Leidenden und im Gesundheitssektor tätigen, selbst erkrankten Menschen von M. Gadebusch Bondio und A. Baumer im Deutschen Ärzteblatt 2022 aufgegriffen.

Nicht zuletzt betonte Jaspers wiederholt die gesellschaftspolitische Rolle und Wirkung von Philosophie. Einen **gesellschaftspolitischen und gesellschaftsethischen Impuls** strebt in analoger Weise auch die Palliativmedizin und Hospizarbeit an, wenn es darum geht, Raum zu schaffen für die eigene oder die gesellschaftliche ethische Positionsbildung zu den Fragen des Lebensendes und zu konkreten Themen wie zum Beispiel die Diskussion um lebensverkürzende Maßnahmen.

AUF EINEM SUCHENDEN WEG

Der Tagesworkshop „Philosophie der Palliativmedizin – was kann die Palliativmedizin von Karl Jaspers lernen?“ war ein erster Schritt auf der Suche nach Grundwerten,

die einer wertebasierten Medizin zugrunde liegen. Ihm sollen weitere folgen. Die Erkenntnis, dass in der Medizin kein einheitliches Begründungskonzept angewendet wird, kein einheitliches ärztliches/medizinisches Wertgefüge existiert, und auch der konzeptuelle „Umweg“ über das Abstecken ärztlicher Aufgaben nur bedingt hilfreich ist, wirkt zunächst ernüchternd. Doch können Prinzipien, die sowohl in der Palliativmedizin als auch in der Philosophie Karl Jaspers gleichermaßen adressiert werden, wie zum Beispiel die Bewahrung der Würde in Grenzsituationen und existenzieller Vulnerabilität, das Anerkennen von Biografie und Persönlichkeit, die Gleichzeitigkeit von Professionalität, Demut und Schicksalsgemeinschaft in der Arzt-Patienten-Beziehung, erste Spuren sein auf einem weiteren, suchenden Weg nach einer philosophischen Untermauerung der Palliativmedizin als auch der Medizin insgesamt. Diese ersten Spuren weiterzuverfolgen ist das Anliegen, mit dem sich unsere Arbeitsgruppe auf den Weg gemacht hat – Marsilius sei Dank.