

HOCHSCHULE FÜR PHILOSOPHIE – PHILOSOPHISCHE FAKULTÄT S.J. MÜNCHEN

Grundlagenmodul des weiterbildenden Masters: Ethik Ib

GM01

Dr. med. Tobias Skuban-Eiseler

Essay:

Wir kommen, wohin wir schauen: Überleben – Gesundheit – Leben

Dr. med. Christoph Jung

Nussbaumerstr. 45

83278 Traunstein

+49 172 10 17 622

christophpeter.jung@t-online.de

Sommersemester 2024

Wohin schauen wir?

Es gibt, unausgesprochen, verschiedene Vorstellungen, Erwartungen, Angebote dessen, was medizinische Behandlungen erreichen sollen. Darüber wird wenig und nicht bedürfnisorientiert gesprochen. Ein guter Verkäufer wird den Bedarf des Kunden abfragen: „Sie kommen in mein Autohaus. Womit kann ich Ihnen helfen?“ - „Nun, ich suche eine fünftürige Limousine, stärker motorisiert, in einer dezenten, eher dunklen Farbe.“ - „Schön! Wir haben ein Aktionsangebot: dreitürig, schwächer motorisiert und rot! Das wäre genau das richtige für Sie!“ – „Sehr freundlich von Ihnen, aber Sie wissen doch: fünftürig, stärker motorisiert und dunkle Farbe.“ - „Natürlich, ja! Aber das Angebot ist doch fantastisch: dreitürig, schwächer motorisiert und rot! Das passt genau zu ihnen!“ Auch das Behandlungsteam einer Krebsbehandlung weiß oft besser, was Patienten guttut. Aufgrund Arzt - Patient Asymmetrie ist das fatal: „Wir können etwas tun!“, verspricht der Profi. „Ich muss nur gut genug mitmachen, dann werde ich gesund!“, hört ein Patient.

Reflexion und Veränderungsbemühung gehen unter in Zeitdruck, Zwängen des Alltags, der Frustration eigener Machtlosigkeit, (vorausseilender) Pflichterfüllung, der Ignoranz der Beteiligten. Ob tatsächliche oder vermeintliche Gründe, ob änderbar, wir aber Veränderung und einen zu zahlenden Preis dafür nicht in Kauf nehmen möchten, variiert von Mal zu Mal.

So haben Behandler und Behandelte unterschiedliche Erwartungen dessen, was Behandlungen erreichen sollen und können. Therapieangebote orientieren sich an diesen Vorstellungen und Erwartungen. Im Verlauf erstellen Akteure, wie Nutzer des Gesundheitswesens die Bilanz. Ist nicht erreicht, was erwartet wurde, bleibt Enttäuschung beider Seiten.

Dieses Essay fokussiert drei Blickweisen, wie Krebsheilkunde Ziele ins Auge fasst. Blickweisen haben Bedeutung. Nicht ohne Grund schreibt Spaemann: „Was wir im Auge haben, das prägt uns, dahinein werden wir verwandelt. Und wir kommen, wohin wir schauen.“ (Spaemann, 1967. 29) Es sei nicht gleichgültig, welche Werte wir verfolgen, was unser Herz und Denken prägt, worauf wir unseren Blick richten. Wie prägen Betrachtungsweisen von Gesundheit das medizinische Handeln? Der Kabarettist Michael

Altinger beobachtet, dass sich Menschen zwar um das Überleben kümmern, aber nicht ums Leben. Darum geht es: Überleben – Gesundheit – Leben.

Überleben

Patienten, die in der Krebsheilkunde vorstellig werden, möchten überleben. Wenn Sinnmöglichkeiten zu haben eine Auszeichnung menschlichen Lebens wäre, wünschten sie es zu Recht. Nur wer Gegenwart hat, kann Sinn finden. Fortschritte der Krebsheilkunde sind einer pathophysiologischen, in Studien überprüfbar Betrachtungsweise (Evidenz) geschuldet. Krankheiten können besser verstanden werden, wenn Ursache und Wirkung bis in molekulare Ebenen disseziert werden. Akademische und industrielle Forschung leisten Hervorragendes, auch Dank marktwirtschaftlicher Motivation.

Medizinischer Standard fokussiert auf messbare, in Form von Standardabweichung abbildbare Fakten, „Evidence based Medicine“ genannt. Sackett prägte diesen Begriff, aber anders verstanden, als heute benutzt: „Zu gleichen Teilen gehören dazu: das klinische Urteilsvermögen des Behandlers, der derzeit gültige, wissenschaftliche Standard und die Prioritäten des Patienten“. (Sackett. 1996). Wissenschaftliche und ökonomische Leitentscheidungen stehen neben Patientenbedürfnis, Erfahrung des Arztes und deren dialogischer Vermittlung.

Definiert Medizin mittlere Überlebenszuwachs als Ziel, würde ein kurzer Zeitgewinn in nicht heilbaren Situationen, oder eine geringe Zunahme der Überlebenswahrscheinlichkeit in kurativen Situationen, akzeptierte Begründung für die Durchführung der Therapie sein. Überleben wäre das oberste Ziel, dem zu genügen wäre, ungeachtet der roten Linien des Patienten: ab wann wäre Sterben besser als Weiterleben. Wäre die Lebensverlängerung erreicht, klopfen sich Behandler auf die Schulter. Wie anders würde Überleben empfunden, wenn nicht mit den Zielen der Patienten übereinstimmend, wenn ein Mensch müde und satt dieses Lebens wäre, wenn leidvolle Einschränkungen aus Krankheit und Therapie resultierten. Und schlimmer, wenn der Mensch mit eingeschränkten Möglichkeiten sich selbst überlassen bliebe, ohne familiäre, freundschaftliche Unterstützung, ohne finanziell ausreichende Mittel, ohne Zuspruch, gerade noch ausgestattet mit einem Heimplatz, der

die basalen Verrichtungen erfüllt. Sicher nur wenige wären, ohne Zuspruch und Zuversicht, in der Lage dem einen Sinn abzurufen. So beschreibt Böschmeyer eine existenzielle Krise: als Angst, am Ende nicht gehalten zu sein. (Böschmeyer, 2017)

Prägnant bringt Jürgen Leinemann dies als Patient ins Wort. Er war Historiker, Germanist, Philosoph, Reporter und litt an Zungengrundkrebs, an dessen Folgen, nicht der Erkrankung, er auch verstarb: „ In Wahrheit erlebe ich nicht Schmerzen als größte Herausforderung - die kann die moderne Medizin zumindest weitgehend eindämmen -, sondern die Kränkung des Nicht-mehr-mitspielen-Könnens, die Fülle von Miseren wie Halsentzündung und Brechreiz, Verschleimung und Mundtrockenheit, Geschmacksunfähigkeit und Schluckbeschwerden, nicht heilende Wunden und Schlaflosigkeit - sowie Ohnmacht, Ohnmacht, Ohnmacht.“ (Leinemann, 2009. 17) „Gewiss, der Tumor blieb noch immer verschwunden, aber Heilung hatte ich mir anders vorgestellt.“ (Leinemann, 2009. 173)

Die Ausrichtung an Maßzahlen des Überlebens prägt medizinisches Handeln durch Garantie einer Lebensverlängerung, lässt aber Wünsche und Möglichkeiten der Patienten außer Acht. Daraus folgt vielen die bange Frage, ob Leben unter diesen Umständen verpflichtend sein soll. Selbstbestimmung schließt die Freiheit zur Krankheit, sowie einer Therapie- und Lebensbegrenzung ein.

Gesundheit

Vielleicht hatte die WHO ähnliches im Blick, als sie 1948 die WHO-Gesundheits-Definition formulierte, als einen Zustand vollständigen körperlichen, seelischen und sozialen Wohlbefindens und nicht nur das Freisein von Krankheit oder Gebrechen. Ob Gesundheit diesem ambitionierten und visionären Anspruch realistisch genügen kann? Wer wäre dann noch gesund?

Anders eine WHO Definition von 2015: „Unter Gesundheit wird ein dynamischer Prozess verstanden, im Laufe dessen eine Person in Wechselwirkung mit der Umwelt und in Abhängigkeit von biologisch physiologischen Bedingungen und Beeinträchtigungen

Fähigkeiten und Fertigkeiten entwickelt und unterhält, die es während ihres Lebens erlauben, zu tun und zu sein, was für sie mit gutem Grund bedeutsam ist.“ (Schmitz 2022. 102) Diese Gesundheitsbetrachtung ist dynamischer. An der Verwirklichung tragen beide Seiten Verantwortung, im Sinn eines bestmöglichen Antwortens auf eine Frage des Lebens oder des Schicksals. Nicht absolute Werte und Ansprüche sind in die Zielvereinbarung genommen, anstelle des Schwarz-Weiß tritt ein in jedem Menschen bestehendes Kontinuum, eine Gleichzeitigkeit von gesund und krank, die auch der Soziologe Aaron Antonovsky (Salutogenese) vermutet. Ziele sind bezogen auf die Bedürfnisse der Person und die Erkrankungsrealität, um lösungsorientiert Wege zu finden. Es geht um ‚tun‘ können, also (Selbst-)Wirksamkeit und Mensch-, ‚sein‘, also Autonomie (nicht Autarkie!). Adäquate medizinische Versorgung wäre also die, deren Ziel es ist, Tun und Sein des erkrankten Individuums zu ermöglichen und zu fördern mit Blick auf gelingendes Leben mit und trotz Krankheit: ein ‚Kranker‘ ist mehr als seine Erkrankung und trägt trotz Krankheit auch viel Gesundes in sich, das gepflegt werden möchte.

Leben

Was ist ‚Leben‘? Auch wenn so viele Deutungen wie Menschen bestehen, dürfte es doch häufigere, gemeinsame Antworten geben.

Erste Näherung wäre Altingers Überzeugung, es solle nicht nur um Überleben, sondern um Leben gehen. Der Satz gewinnt angesichts nicht heilbarer, zeitkritischer Erkrankung oder nebenwirkungsreicher Therapie hohe Bedeutung. Will ich die begrenzte Zeit in schlechter Verfassung verbringen? Was bekomme ich, was muss ich aushalten? Zeitgewinn ist nur *ein* intendiertes Ziel, häufiger die Lebensqualität oder das Vermeiden residualer, therapie- oder krankheitsassoziierter Defektsituationen. Und was jedes einzelne erkrankte Individuum für sich präferiert, muss erfragt und besprochen sein und zu den Zielen der Person und Situation passen. Sackett und WHO betonen beide, wie wichtig es sei, zu tun und zu sein, was für eine Person mit gutem Grund bedeutsam ist. Denn was wirklich zählt, ist das gelebte Leben. (Kast, 2020)

Wie also sollte Leben sein? Leben soll lebendig sein. (Kast. 2022. 7) Dazu gehören nach Kast Attribute wie berührt und beseelt, in Begegnung, Beziehung und Resonanz, auch Verantwortung sein zu können. ‚Ein sinnhaftes Dasein wäre ein bereicherndes – das Leben findet dann wirklich da statt, wo wir sind, und nicht dort, wo wir nicht sind‘. Dabei scheint Kasts ‚Sinn(en)-haftigkeit‘ sowohl jegliche Sinne (Wahrnehmung), als auch den Lebenssinn einzufangen.

Frankl bietet die „Interpretation des Menschen [...] als eines Wesens, das letztlich und eigentlich auf der Suche nach Sinn ist.“ (Frankl. 2018. 9) Er deutet den Willen zum Sinn als Motivator des Menschen, als philosophisches Lebensziel. „Wenn nach alledem der Sinn des Lebens darin liegt, dass der Mensch je sein Wesen zum Sein bringt, dann versteht sich von selbst, dass der Sinn des Daseins immer nur ein konkreter sein kann; er gilt jeweils nur ad personam – und ad situationem (denn nicht nur jeder einzelnen Person, sondern auch jeder persönlichen Situation entspricht je ihre Sinnerfüllung). Die Frage nach dem Lebenssinn lässt sich also nur konkret stellen – und nur aktiv beantworten: auf die ‚Lebensfrage‘ antworten, heißt allemal, sie ver-antworten – die Antwort tätigen.“ (Frankl. 2018. 200) Dabei verwirklicht der Mensch schöpferische, Erlebnis- und Einstellungswerte. (Frankl. 2018. 202f) Wir vermögen Einschränkungen Sinn abzuringen, der unser Leben beleben kann. Unzureichende Sinnfindung könnte (vermeintlich) ungelebtes Leben bedeuten. Das beeinflusst die Haltung zur Krankheit. So fragt Iwan Iljitsch: „Wie, wenn in der Tat mein ganzes Leben, mein ganzes bewusstes Leben nicht das wahre gewesen ist?“ (Tolstoi. 1989. 87)

Der Sinn des Lebens sei das Leben selbst, ein gelebtes, lebendiges, berührendes, beseeltes, sinn(en)-haftes Leben in Begegnung, Beziehung, Resonanz. An Krebs erkranken macht Angst: vor Überfordert-sein in einer neuen Situation und davor, am Ende nicht gehalten zu sein. „Es ist die Angst vor der psychischen Vernichtung, vor Desintegration und Enthumanisierung, vor dem Verlust der Kohärenz des Selbst. Es geht um Angst vor Autonomieverlust, Abhängigkeit und Schmerz, Angst vor Verstümmelung und Verlassenwerden.“ (Wirtz. 2000. 32) Oft gehen sinnstiftende Werte verloren. Demgegenüber begegnen wir Menschen in ausweglosen Situationen, mit dem festen Willen sie zu trösten, und letztlich zeigen **sie** eine Resilienz, Reife und Erfülltheit, die **uns**

Trost spendet. Trotz Gebrechlichkeit und Verletzlichkeit scheinen sie ‚heil‘ zu sein, aus unverständlichen Ressourcen Kraft zu schöpfen und zu leben.

Wir kommen, wohin wir schauen

Drei Weisen, wie Krebsheilkunde Ziele ins Auge fasst: Gesundheit als Überleben, als Gesundheit an sich, als lebendiges Leben und Heil werden. Nun können Akteure des Gesundheitswesens nicht Lebendigkeit ermöglichen, die sie selbst oder Patienten nicht empfinden. Wie sollten Behandler besser können, was die Gesellschaft nicht gut kann, aus der sie sich rekrutieren. Keiner vermag in wenigen Wochen nachzuholen, was lange versäumt wurde. Die Intention könnte sein: angesichts und zum Trotz einer lebensbegrenzenden Erkrankung Heil-werden zu ermöglichen und Geländer zu bieten, an dem, selber gehend, Patienten ihren Weg zu meistern lernen: **Beim Werden helfen!** Offenheit des einen trifft auf sich verschenken des anderen und es entsteht Lebendigkeit, Begegnung, Resonanz, berührt und beseelt sein.

Blickweisen haben Bedeutung. Sie beruhen auf Haltungen, auf Werten. Was ich im Auge behalte, das wirkt. Schau ich auf Überleben, auf Gesundheit, auf Lebendigkeit und Heilwerden, öffnen sich je andere Ansätze des Handelns für Behandler, wie für Behandelte. Was uns Blickwinkel und Haltungen wert sind, wird unser Handeln beeinflussen: aus Haltung wird Handlung, vice versa. Verschiedenen Leitentscheidungen liegen verschiedene Menschenbilder zugrunde.

Die Effizienz der rationalen Medizin alleine macht Heilungsprozesse seelenlos. Reduziert sich Medizin und professionelle Sorgearbeit auf Verkauf von Gesundheitsleistungen, werden Anbieter wie Kunde unzufrieden. Nimmt man dem Kümmerer das Kümmeren, verkümmert er. Wissen ohne Zuwendung bleibt kalt. Mit Zuwendung ohne Wissen bleibt man unter seinen Möglichkeiten. Ökonomisches Handeln ist Teil einer Behandlung, ermöglicht Handlungspotenzial. Darf es auch Leitentscheidung in der Heilkunst sein? Ist Heilkunst noch gefragt? Der Konflikt mag sich lösen, wenn jedes seinen Platz bekommt und, sich sorgend und kümmernd, das Heil-werden als Leitentscheidung je höhere Priorität hat.

Es gibt Handwerk und Kunst der Onkologie, eine Heilkunst. Zu letzterem gehören Vertrauen und Vertrauenswürdigkeit, Ehrlichkeit, Zutrauen, Zuversicht, Beziehung, Begegnung, Empathie: „Resonanz beruht auf Empathie, und Empathie beruht auf Resonanz. Bewusst zu fühlen, was ein anderer Mensch fühlt, nennen wir Empathie. Es gibt allerdings einen erweiterten Empathiebegriff [...]: Empathie meint dann, nicht nur zu fühlen, was ein anderer fühlt, sondern beinhaltet auch Mitgefühl und daraus die Intention, das Leid des anderen zu verringern.“ (Kast. 2022. 29)

Der ‚Weg durch den Krebs‘ ist kein Warten auf den Tod, sondern ein weiteres Stück lebendigen Lebens. Für Patienten geht es um die Hoffnung und das Vertrauen, dass ein Weg gehbar bleibt, egal wie er verläuft. Für Akteure des professionellen Sorgens besteht die Hoffnung auf Vertrauenswürdigkeit, dass Patienten den Weg mit uns gehen wollen, egal wie er verläuft. Und schließlich mag es um den Anspruch gehen, eine berufliche Rolle so gut als möglich auszufüllen und damit einer sinnzentrierten Berufs- oder Lebensaufgabe nachzugehen.

Wir kommen, wohin wir schauen.

Literatur:

Böschemeyer, Uwe. Krisen und ihre Bewältigung. Seminar. Salzburg. 2017

Frankl, Viktor. Der leidende Mensch. Anthropologische Grundlagen der Psychotherapie. Hogrefe. 2018.

Kast, Verena. Was wirklich zählt, ist das gelebte Leben. Herder. 2020.

Kast, Verena. Mehr Zeit für die Seele. Patmos. 2022.

Leinemann, Jürgen. Das Leben ist der Ernstfall. Hoffmann & Campe. 2009.

Sackett, David. Evidence based medicine: what it is and what it isn't. BMJ 1996; 312: 71-72.

Schmitz, Barbara. Was ist ein lebenswertes Leben? Reclam. 2022.

Spaemann, Heinrich. Orientierung am Kinde. Patmos Verlag. 2. Auflage 1970.

Tolstoi, Leo. Der Tod des Iwan Iljitsch. 1989. Reclam, Band 8980.

Wirtz, Ursula. Hunger nach Sinn. Schriftenreihe des Instituts Simon Weil. 2000.