

Mohannad Abou Shoak

JASPERS' KRANKHEIT UND DIE ARZT-PATIENTEN- BEZIEHUNG

SCHWABE VERLAG



Mohannad Abou Shoak

**Jaspers' Krankheit
und die
Arzt-Patienten-
Beziehung**

Schwabe Verlag

Publiziert mit Unterstützung des Schweizerischen Nationalfonds zur Förderung der wissenschaftlichen Forschung.

Erschienen 2022 im Schwabe Verlag, Schwabe Verlagsgruppe AG, Basel, Schweiz

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.dnb.de> abrufbar.



Dieses Werk ist lizenziert unter einer Creative Commons Attribution-NonCommercial-NoDerivatives 4.0 International (CC BY-NC-ND 4.0)

Abbildung Umschlag: Röntgen Thorax p.a. vom 25.11.1952. Mit freundlicher Genehmigung des deutschen Literaturarchivs sowie der Karl Jaspers-Stiftung in Basel.

Umschlaggestaltung: icona basel gmbh, Basel

Korrektorat: Anja Borkam, Jena

Layout: icona basel gmbh, Basel

Satz: 3w+p, Rimpf

Druck: CPI books GmbH, Leck

Printed in Germany

ISBN Printausgabe 978-3-7965-4504-7

ISBN eBook (PDF) 978-3-7965-4505-4

DOI 10.24894/978-3-7965-4505-4

Das eBook ist seitenidentisch mit der gedruckten Ausgabe und erlaubt Volltextsuche. Zudem sind Inhaltsverzeichnis und Überschriften verlinkt.

rights@schwabe.ch

www.schwabe.ch

Inhalt

Geleitwort	7
1 Einleitung	11
1.1 Zur Motivation des vorliegenden Werkes	13
1.2 Primärquellen und Sekundärliteratur	14
1.3 Vorgehen und Probleme bei der Recherche	17
1.4 Methodik und Stil	19
1.5 Ziel der vorliegenden Arbeit	20
1.6 Kapitelübersicht	21
2 Lebensgeschichte	25
2.1 Chronologie: vom kränkenden Jungen zum akademischen Lehrer und politischen Intellektuellen	25
2.2 Die Beziehung zu Albert Fraenkel	36
2.3 Philosophie	39
2.3.1 Existenzphilosophie	39
2.3.2 Die Grenzsituation	42
2.3.3 Die Kommunikation	51
3 Krankheitsgeschichte	57
3.1 Eine historische Anamnese	57
3.2 Zeitgenössische Diagnose und Therapie	60
3.3 Die Krankheit aus heutiger Perspektive	63

3.3.1	Cystische Fibrose	64
3.3.2	Primäre Ziliäre Dyskinesie	65
3.3.3	Immundefekte	66
3.3.4	Allergische Bronchopulmonale Aspergillose	67
3.4	Die Diagnose aus heutiger Perspektive	68
4	Leben mit der Krankheit	71
4.1	Das Erleben der Krankheit	71
4.2	Die Integration der Krankheit in den Lebensentwurf	78
4.3	Der Alltag mit der Krankheit	81
5	Überlegungen zur Arzt-Patienten-Beziehung	85
5.1	Verschiedene Perspektiven der Arzt-Patienten-Beziehung	85
5.1.1	Die Grenzen der Medizin – die Perspektive des Philosophen	86
5.1.2	Die gesunden Aspekte – die Perspektive des Patienten ...	88
5.1.3	Erklären und verstehen – die Perspektive des Arztes	91
5.2	Konkrete Forderungen an den Arzt und den Patienten	96
5.2.1	Die Idee des Arztes	97
5.2.2	Die Idee des Patienten	100
5.3	Schlussüberlegungen mit Blick auf die heutige Medizin	103
6	Anhang	111
6.1	Medizinische Befunde	112
6.2	Transkripte aus den Familienbriefen	128
7	Literaturverzeichnis	137
8	Abbildungsverzeichnis	143
9	Danksagung	145

Geleitwort

Vor einigen Jahren fragte Mohannad Abou Shoak an, ob er für eine Zeit als Fellow ins Oldenburger Karl Jaspers-Haus kommen könne. Er promoviere über die Krankheit des Psychiaters und Philosophen und wolle in dessen Bibliothek nach weiteren Quellen suchen, auch um dessen Verständnis der Arzt-Patienten-Beziehung genauer zu erkunden. In der Folge kam der junge Mediziner aus Zürich zweifach für einige Wochen in den deutschen Nordwesten, wo Jaspers aufgewachsen war und wohin seine Bücher aus der Obhut Hans Saners in Basel zurückgekehrt waren. In unserer kleinen wissenschaftlichen Hausgemeinschaft staunten wir nicht schlecht, mit welcher unbefangenen Freiheit und Lust der werdende Internist sich unter Ideengeschichtlern und jungen Philosophen bewegte. Bald erzählte Mohannad Abou Shoak, wie ihn als Student die kleine Aufsatz-Sammlung *Der Arzt im technischen Zeitalter* begeistert habe, so dass er sich entschloss, über Jaspers, seine Krankheit, sein Selbstverständnis als Patient und die therapeutische Beziehung zu forschen.

Nun liegt das Ergebnis seiner Forschungen vor, die an der Universität Zürich mit Unterstützung des Psychiaters Paul Hoff als Dissertation angenommen wurde. Durch die fachliche Freundschaft mit diesem exzellenten Jaspers-Kenner, der lange im berühmten Burghölzli leitend tätig war, konnte sich unser Gespräch sogar in Zürich fortsetzen. Klug nahm die Untersuchung ihren Ausgang bei der «Grenzsituation» der körperlichen Krankheit, die schon den Studenten der Medizin um 1900 fast in vollkommene Verzweiflung geführt hätte. Wir erfuhren schon in Oldenburger Kolloquien viel über den neuesten Stand der medizinischen Forschung, der half, die alten Befunde und Gutachten neu zu lesen und Differentialdiagnosen über die schwere Lungenkrankheit anzustellen. Erstmals konnte mit einiger Wahrscheinlichkeit bestimmt werden, dass Jaspers entweder an einer «Primären Ziliären Dyskinesie» gelitten hatte oder eine «Atypische Form einer Cystischen Fibrose» der Grund seiner Lungenbeschwerden gewesen war. In je-

dem Fall brachten die anatomisch-physiologischen Veränderungen eine lebenslange Gefährdung mit sich, durch Sekretstau rasch an Lungenentzündungen verschiedenster Art zu erkranken, so dass Jaspers eine tägliche, anstrengende Hygiene leisten musste, welche aber nicht die immense Schwächung seines Gesundheitszustandes verhindern konnte.

Obwohl Jaspers aus diesen Gründen nur einen äußerst geringen Lebensradius besaß, schuf sich der Gelehrte in Heidelberg ein schützendes Gehäuse, das ihm ermöglichte, nach den psychiatrischen Anfängen an der Heidelberger Universitätsklinik dort und ab 1948 in Basel als Philosoph auf dem Katheder und am Schreibtisch seine enorme Wirkung zu entfalten. Auch die schwierigen Jahre im Nationalsozialismus, als aufgrund der jüdischen Herkunft seiner Frau dem Ehepaar zuletzt keine Haushaltshilfe mehr bewilligt wurde und die Deportation drohte, bewältigten die beiden Jaspers. Seine Disziplin, körperliche Schwierigkeiten zu überwinden, und sein Enthusiasmus, mit Menschen vertrauensvoll in Kommunikation zu kommen, beeindruckten den jungen Internisten und werdenden Allgemeinarzt. Mohannad Abou Shoak verknüpfte die klinischen, lebensgeschichtlichen und philosophischen Einsichten zu Jaspers in seiner Forschung so klug, dass seine Doktorarbeit aus der Perspektive eines Mediziners ein anschauliches Porträt des Existenzphilosophen bietet, der sein eigenes Kranksein zum Medium der Erkenntnis zu machen versteht: «Jaspers wurde schon früh bewusst, dass er trotz Krankheit seine gesunden Aspekte erkennen musste, dass er sich nicht mit der Krankheit identifizieren durfte und dass auch in einer schweren Krankheit Möglichkeiten zu einem reichen, produktiven Leben bestanden.»

In dem pragmatischen Zugang erinnert das Buch an das Gespräch, das Karl Jaspers mit seinem Internisten Albert Fraenkel führte. Dieser war ihm seit den frühen Freiburger Studienjahren, als die Diagnose der chronischen Lungenkrankheit festere Umriss erhielt, Arzt und Ansprechpartner geworden. Als der Internist 1934 seiner jüdischen Herkunft wegen des Amtes enthoben wurde, erinnerte Jaspers an die Einsichten, die er in ihrem Arzt-Patienten-Verhältnis gewonnen hatte: «Neulich in Badenweiler [...] war mir wieder ganz gegenwärtig, wie sehr Sie mich gelehrt haben, gesund zu sein, wenn man krank ist. Damals gaben Sie mir das Zutrauen wieder und rechtfertigten für immer den Mut, trotz allem den Weg möglicher Leistung zu gehen. [...] Sie machten mir klar, wie ich mich vor den Ärzten zu schützen habe [...], was ich durch Beständigkeit der hygienischen Maßnahmen errei-

chen könne, wie ich in schlechten körperlichen Zuständen nicht dem Augenblick glauben dürfe, wie ich mich nicht durch die Gesellschaft und ihre Forderungen einschüchtern lassen solle, wie ich die Wertmaßstäbe aus meiner eigenen Arbeit nehmen müsse, in der ich schließlich dahin kommen werde, auch für Andere etwas Brauchbares zu leisten. [...] Dieser in meinem Innern fortgesetzte lebendige Umgang mit dem Arzte, dem ich grenzenloses Vertrauen schenkte, und dessen so kluge Worte, Beobachtungen, Hinweise in mir zum bewegenden Ausgangspunkt medizinischer Selbsterziehung wurden – das war mir so nur mit Ihnen möglich.»

Das vorliegende Buch ist in diesem Geist geschrieben. Sein Verfasser zeigt klug und zugewandt, wie Jaspers auch heute noch Mediziner anregen kann, Grundgedanken seiner Philosophie, «von Freiheit zu Freiheit», in ihr klinisches Denken zu übernehmen und jenseits der Theorie gerade auch für die tägliche Praxis nutzbar zu machen. Unvergesslich wird mir der Abend sein, als wir gemeinsam im Herbst 2019 in der Medizinischen Gesellschaft in Mainz vortrugen, und Mohannad Abou Shoak mit Roland Buhl, einer Koryphäe der Pulmonologie, die gerade in Wien mit einem Preis geehrt worden war, sich über die klinische Differentialdiagnostik bei Jaspers austauschte. Jaspers hätte diesem Gespräch ebenso gespannt gelauscht, als Philosoph überzeugt, dass geisteswissenschaftliches Denken sich nur frei bewegen kann, wenn es getragen ist vom Geist naturwissenschaftlicher Sachlichkeit.

Als Jaspers Ende Februar 1969 starb, beschrieb Hannah Arendt in wenigen Worten dessen enorme Anziehungskraft. Diese brachte auch ein halbes Jahrhundert später einen jungen Arzt dazu, auf ungewohnten Wegen zu gehen und Natur- und Geisteswissenschaft im Geist des Psychiaters und Philosophen auf anregende Weise neu im Blick auf das Arzt-Patienten-Verhältnis zu verknüpfen: «Jaspers hat auf eine einmalige Weise die Verbindung von Freiheit, Vernunft und Kommunikation gewissermaßen an sich selbst exemplifiziert, in seinem Leben exemplarisch dargestellt, um es dann in der Reflexion wieder zu beschreiben, so daß wir fortan diese drei, Vernunft, Freiheit, Kommunikation nicht mehr gesondert sondern als eine Dreieinigkeit denken müssen.»

*Matthias Bormuth,
Oldenburg, im November 2021*

1 Einleitung

Karl Jaspers' (1883-1969) Bedeutung kommt in verschiedenen wissenschaftlichen Disziplinen zum Tragen. Als wissenschaftlicher Volontärassistent an der Psychiatrischen Klinik der Universität Heidelberg publizierte er nur fünf Jahre nach Ende seines Medizinstudiums sein bahnbrechendes Werk *Allgemeine Psychopathologie* (1913),¹ das sich durch eine strenge Systematik auszeichnet – laut Paul Hoff der «eigentliche Beginn einer methodisch reflektierten psychopathologischen Forschung».^{2,3} Mit diesem Werk leistete Jaspers einen wichtigen Beitrag zur Etablierung der Psychiatrie als seriöse medizinische Fachrichtung, die sich zwischen den Natur- und den Geisteswissenschaften ansiedelte.⁴ Mit seinem philosophischen Hauptwerk *Philosophie* (1932) etablierte er sich als Existenzphilosoph⁵ und mit seinem kulturkritischen Essay *Die geistige Situation der Zeit* (1931) begann sein politisches Engagement, das nach dem Zweiten Weltkrieg seinen Höhepunkt erreichte. Von da an wurde er auch als politischer Schriftsteller wahrgenommen.⁶ Da er

1 Kursiv sind im Folgenden Titel von Publikationen. Diese werden unverändert übernommen. Dahinter nicht kursiv in Klammern notiere ich das Erscheinungsjahr. Eine kursive Jahreszahl – ob in Klammern oder nicht – gehört zum Titel, wie beispielsweise *Krankheitsgeschichte* (1938). Die vollständigen Titel werden im Literaturverzeichnis aufgeführt.

2 Direkte Zitate werden im Folgenden wie hier in den Fussnoten mit Autor, Titel und Seitenzahl belegt. Indirekte Zitate beinhalten das Präfix «Vgl.». Weitere Details sind im Literaturverzeichnis vermerkt.

3 Hoff, *Geschichte der Psychiatrie*, S. 17.

4 Vgl. Gäbler, *Karl Jaspers als Initiator des geisteswissenschaftlichen Denkens in der Psychiatrie*, S. 25.

5 Vgl. Saner, *Karl Jaspers*, S. 43.

6 Vgl. ebd., S. 53.

zudem zu religiösen Fragen publizierte, erlangte er auch als Religionsphilosoph Anerkennung.⁷

Jaspers' beeindruckendes Werk konnte entstehen, gleichwohl er unter einer chronischen Krankheit litt. Die Krankheit, mit der ich mich in der vorliegenden Arbeit näher beschäftigen werde, bildete die «Grundtatsache»⁸ seines Daseins und begleitete ihn durch alle Phasen seines Lebens. Schon während der Schulzeit erkannte er, dass seine Leistungsfähigkeit geringer war als die seiner Altersgenossen,⁹⁻¹⁰ so dass er von vielen Aktivitäten automatisch ausgeschlossen war.¹¹ Die Diagnose «Bronchiektasie mit sekundärer Herzinsuffizienz»¹² stellte einen Wendepunkt dar.¹³ Im Alter von 18 Jahren wurde ihm mit einem Schlag die Fragilität des Lebens bewusst. Die Ärzte gaben ihm fünf Jahre.¹⁴ Jaspers begann sich «hygienische Lebensbedingungen»¹⁵ einzurichten, um den Tod hinauszuzögern, und dachte darüber nach, wie er in der ihm verbleibenden Zeit etwas Sinnvolles schaffen könnte.¹⁶ In der folgenden Studienzeit quälte ihn seine zunehmende soziale Isolation und er wurde anfällig für depressive Verstimmungen.¹⁷ Erst 1907, gegen Ende seines Studiums, besserte sich sein Gemütszustand und es begann eine Phase des «Aufschwungs»,¹⁸ wie er sie nannte. Die Krankheit stabilisierte sich, er entwickelte eine gewisse Routine im Umgang mit ihr. Doch in der Zeit der nationalsozialistischen Herrschaft nahm ihre Bedeutung wieder zu. Auszüge aus seinem *Tagebuch 1939–1942*¹⁹ zeigen, wie gefährdet er aufgrund seiner Krankheit war, trotz seiner «hygienischen Lebensbedingungen».²⁰ Viele

7 Vgl. ebd., S. 147–148.

8 Jaspers, *Philosophische Autobiographie*, S. 12.

9 Vgl. ebd., S. 113.

10 Vgl. ders., *Krankheitsgeschichte* (1938), S. 128.

11 Vgl. ebd., S. 139.

12 Vgl. Saner, *Karl Jaspers*, S. 17.

13 Vgl. Jaspers, *Krankheitsgeschichte* (1938), S. 113.

14 Vgl. ebd., S. 140.

15 Vgl. ebd., S. 125.

16 Vgl. ebd., S. 112.

17 Vgl. ebd., S. 139.

18 Jaspers, *Studium 1901–1907*. Teil 2, S. 48.

19 Veröffentlicht in *Schicksal und Wille* (1967).

20 Vgl. Jaspers, *Tagebuch 1939–1942*, S. 149.

Aspekte in Jaspers' Leben waren von ihr geprägt. Für seine Reflexionen über «Grenzsituationen» – ein Schlüsselbegriff seiner Philosophie – bildete sie die «Urerfahrung».²¹ Die Krankheit beeinflusste auch seine Überlegungen zur Arzt-Patienten-Beziehung²². Gerade die Überzeugung, dass bei Kranken immer auch gesunde Aspekte vorhanden seien, dass diese gefördert werden sollten und aus ihnen heraus Produktivität entstehen könne, spielte eine wichtige Rolle. So sind die Forderungen an den Arzt und den Patienten ebenfalls unmittelbar an seine persönlichen Krankheitserfahrungen geknüpft.

1.1 Zur Motivation des vorliegenden Werkes

Aufgrund meiner philosophisch-geisteswissenschaftlichen Interessen wählte ich im Anschluss an mein Medizinstudium die Psychiatrie für eine selbständige wissenschaftliche Arbeit. In Paul Hoff,²³ Chefarzt der Psychiatrischen Universitätsklinik Zürich, fand ich einen Betreuer, der sowohl Arzt²⁴ als auch

21 Vgl. Saner, Karl Jaspers, S. 68.

22 Ich verwende in dieser Arbeit das generische Maskulinum. Gemeint sind somit auch immer Ärztinnen, Patientinnen, Medizinerinnen, Leserinnen etc. Aus folgenden Gründen musste in dieser Arbeit auf eine geschlechtergerechte Sprache verzichtet werden: Erstens schrieb Jaspers nicht geschlechtergerecht. Durch das Rezitieren von Jaspers – ein Schwerpunkt dieser Arbeit – wäre ein verwirrendes Hin und Her zwischen einer geschlechtergerechten und einer herkömmlichen Sprache entstanden. Zweitens wäre der zentrale Begriff «Die Arzt-Patienten-Beziehung» kaum in einer leserlichen Form geschlechtergerecht formulierbar gewesen (*Arzt/Ärztin-Patient_in-Beziehung*). Ich hätte auf den Begriff der «therapeutischen Beziehung» wechseln müssen. Allerdings wäre damit eine Fokusverschiebung miteinander gegangen, denn unter «therapeutische Beziehung» versteht man eher eine «psychotherapeutische Beziehung». Für mich als Allgemeinmediziner und Internist hätte dies eine Einengung bedeutet. Die Bedeutung von Sprache und ihren offensichtlichen und versteckten Implikationen sollte uns bewusst sein, deshalb bin ich in einem anderen Kontext durchaus für die Verwendung einer geschlechtergerechten Sprache, auch wenn damit ein sprachlicher Mehraufwand verbunden ist.

23 Habilitation über *Emil Kraepelin und die Psychiatrie als klinische Wissenschaft* (1994).

24 Dissertation über *Der Einfluss des Mesmerismus auf die Entwicklung der Suggestionstheorie in Deutschland* (1980).

Philosoph²⁵ war. Karl Jaspers war mir zum ersten Mal im vierten Jahr meines Studiums begegnet. *Der Arzt im technischen Zeitalter* (1986), Geburtstagsgeschenk einer Freundin, stellte meine erste Jaspers-Lektüre dar. Schon damals ahnte ich, welche Bedeutung dieses Buch für mich haben würde. Es erweckte in mir ein früheres Interesse an Philosophie aus dem Dornröschenschlaf. Dadurch angeregt, setzte ich mich aus einer neuen Perspektive mit der Medizin auseinander. Kritische Vorbehalte, die in der Beobachtung von gestressten Ärzten im durchökonomisierten Klinikalltag und in der Begegnung mit frustrierten Patienten, die sich als Ware degradiert fühlten, ihre Grundlage hatten, erhielten ein tieferes Fundament.²⁶ Die «Idee des Arztes» bestärkte mich in der Notwendigkeit eines ärztlichen Ethos.²⁷ Nie betrachtete ich den Arztberuf als einen blossen «Job», sondern immer auch als eine Berufung.

Die Thematik, die im Folgenden entwickelt werden soll, hat somit wesentlich mit meinen Erfahrungen als junger Arzt, aber auch als Mensch zu tun. Meine Gedanken sind auf der einen Seite die Frucht des Studiums ausgewählter Werke von Karl Jaspers, die in den letzten Jahren mein Denken entscheidend geprägt haben, und auf der anderen Seite ein Reflex langer Gespräche mit Lehrern und Freunden.²⁸

1.2 Primärquellen und Sekundärliteratur

In der vorliegenden Arbeit werden diverse Aspekte beleuchtet, die es erlauben, die einzigartige Interaktion zwischen Jaspers' Krankheit und seinem Fühlen, Denken und Erleben nachzuvollziehen und davon ausgehend seine Überlegungen zur Arzt-Patienten-Beziehung zu verstehen. Für die Literaturarbeit bedeutet dieses breit angelegte Vorhaben eine Einschränkung. Gerade die Betrachtung von Sekundärliteratur muss zu Gunsten von Originalschriften Jaspers' hintangestellt werden. Und auch hierbei kann trotz des Bemü-

²⁵ Dissertation über *Der Begriff der psychischen Krankheit in transzendental-philosophischer Sicht* (1988).

²⁶ Vgl. Jaspers, *Der Arzt im technischen Zeitalter*.

²⁷ Vgl. ebd., S. 44.

²⁸ Die Einführung ist bewusst auch mit einer persönlichen Note versehen, daher der streckenweise narrative Stil. In den folgenden Kapiteln bewahre ich die notwendige wissenschaftliche Distanz.

hens um die Berücksichtigung aller wesentlichen Schriften kein Anspruch auf Vollständigkeit bestehen.

Für die Kapitel 2, 3 und 4 spielen autobiographische Schriften eine wichtige Rolle. Im Sammelband *Schicksal und Wille* (1967) stellt die *Krankheitsgeschichte* (1938) die zentrale Schrift dar, da darin die relevantesten Daten zu seiner Krankheit zu finden sind. Ausserdem sind aus demselben Band *Karl Jaspers – Ein Selbstporträt* sowie *Elternhaus und Kindheit* (1938) für die Kapitel 2 und 3 von Belang. Die *Philosophische Autobiographie* (1977) bildet eine weitere Quelle. Die historische Bedeutung Karl Jaspers' für die Psychiatrie beleuchtet Burkhard Gäbler im Aufsatz *Karl Jaspers als Initiator des geisteswissenschaftlichen Denkens in der Psychiatrie* (1990/1991). Für den Abschnitt 2.3 dienen Jaspers' *Einführung in die Philosophie* (1950) und sein existenzphilosophisches Hauptwerk *Philosophie* (1932) als Grundlage. Erläuterungen aus der Biographie *Karl Jaspers* (1970) von Hans Saner wurden ebenfalls hinzugezogen.

Eine systematische Analyse der Krankheit Jaspers' hat bislang nicht stattgefunden. Wichtige Einsichten lieferten die Biographie *Karl Jaspers* (1970),²⁹ aber auch der Aufsatz *Sterben können* (1973).³⁰ Die Wechselwirkung zwischen Krankheit und Philosophie ist in dem Artikel *Krankheit als Symptom und Chiffre* (2011) des französischen Philosophen Jean-Claude Gens diskutiert worden. Er vertritt die Auffassung, die Krankheit könne wegen der ihr inhärenten Grenzsituation des Leidens als Signum verstanden werden, um zur Existenz vorzudringen, aber wegen der Möglichkeit ihrer Verdrängung gleichzeitig auch als Mittel zur Verschleierung dienen (zum Verständnis von Signa und Grenzsituationen siehe Abschnitt 2.3).³¹ Zu einem anderen Urteil kommt der Neurochirurg Arnaldo Benini in seinem mit vielen Zitaten belegten NZZ-Artikel *Krankheit als Grenzsituation* (2011):

Dass Jaspers die Kraft fand, mit höchster Intensität zu leben und zu arbeiten, verleitete ihn weder zu Trostpredigten noch zu verlogenen Lobgesängen auf ein brutales und ödes Leben. Vielmehr respektierte und verstand er jemanden, der in einer Situation, wie er sie selber erlitt, den Sinn des Lebens bis zur äussersten Konsequenz in Frage stellte. Der Suizid war ihm im Extremfall die Ermöglichung der Freiheit. Er

29 Vgl. Saner, *Karl Jaspers*, S. 12, 17, 18, 23, 64–68.

30 Veröffentlicht in *Erinnerungen an Karl Jaspers* (1973).

31 Vgl. Gens, *Krankheit als Symptom und Chiffre*.

hat ihn für sich selbst verworfen und stattdessen das Leben als unheilbare Krankheit gewählt.³²

Im Abschnitt 3.3 zur Betrachtung der «Krankheit aus heutiger Perspektive» greife ich auf aktuelle empirische Literatur zurück, in denen die wahrscheinlichsten Differentialdiagnosen von Jaspers' Krankheit – die Primäre Ziliäre Dyskinesie, die Cystische Fibrose, Immundefekte und die Allergische Bronchopulmonale Aspergillose – diskutiert werden.³³ Sein Tagebuch von 1901 bis 1907, das im *Jahrbuch der Österreichischen Karl Jaspers Gesellschaft* (1996/1997) unter dem Titel *Studium 1901–1907. Teil 1 und 2* veröffentlicht wurde, gibt uns vor allem Einblicke in das Erleben der Krankheit (siehe Abschnitt 4.1).

Bei der Betrachtung der Arzt-Patienten-Beziehung im letzten Kapitel dieser Arbeit beziehe ich mich hauptsächlich auf das letzte Kapitel *Das Ganze des Menschseins* der *Allgemeine Psychopathologie* (4. Auflage, 1946) und auf das Sammelband *Der Arzt im technischen Zeitalter* (1986). Für das Verständnis der «Grenzen der Medizin» (siehe Abschnitt 5.1.1) ist Jaspers' Kritik der Psychoanalyse entscheidend. Im obengenannten Sammelwerk findet sich dazu der Aufsatz *Zur Kritik der Psychoanalyse* (1950). Eine ausführliche Untersuchung zu Jaspers' zunehmender Abneigung gegen die Psychoanalyse findet sich im Werk *Lebensführung in der Moderne* (2002) vom deutschen Medizinethiker und Leiter des Karl Jaspers-Hauses in Oldenburg, Matthias Bormuth. Für die Erklärung des Verstehensbegriffes (siehe Abschnitt 5.1.3) werden erneut die *Allgemeine Psychopathologie* (4. Auflage, 1946) sowie der Aufsatz *Zur Typologie des Verstehens bei Karl Jaspers in ihrer Bedeutung für Medizin und Psychiatrie* von Dietrich von Engelhardt herangezogen. Der Arzt-Patienten-Beziehung bei Karl Jaspers ist ansonsten wenig Beachtung geschenkt worden, obwohl das Thema seit den 1990er Jahren ein verstärktes Interesse findet, gerade in der psychotherapeutischen Forschung, wie im Folgenden darzulegen ist.

³² Benini, Krankheit als Grenzsituation.

³³ Die entsprechenden Papers sind im Abschnitt 3.3 sowie im Literaturverzeichnis aufgeführt.

1.3 Vorgehen und Probleme bei der Recherche

Meine Recherchen begannen mit der Aufarbeitung der Arzt-Patienten-Beziehung bei Jaspers. Da mir ein Bezug auf die heutige Praxis stets wichtig war, las ich bald auch die aktuelle empirische Literatur zur Thematik.³⁴ Dabei fiel mir auf, dass dieses Gebiet sehr breit und die Literatur beinahe unerschöpflich ist: Untersucht worden sind neben der Persönlichkeit des Therapeuten³⁵ die therapeutische Beziehung und auch andere Faktoren für die Therapie,³⁶ soziologische Aspekte³⁷ oder die Medizinethik³⁸. Die Thematik mit Einbezug der aktuellen Literatur schien mir uferlos zu sein. Der Spagat zwischen der aktuellen Literatur und meinem Anspruch, tiefgründig auf Jaspers einzugehen, war zu gross. Da Jaspers' Philosophie und seine Überlegungen zur Arzt-Patienten-Beziehung mich am meisten interessierten, konzentrierte ich mich demnach auf diese Lektüre.³⁹ In Bezug auf das Verständnis des Menschen und den Aufbau einer Arzt-Patienten-Beziehung lehrt er uns, dass quantifizierende, naturwissenschaftliche, empirische Methoden nicht ausreichen, sondern vielmehr ein qualitatives, geisteswissenschaftliches Vorgehen notwendig sei.⁴⁰

Als mir auffiel, dass Jaspers krank war und dass seine Krankheit in der Literatur noch nicht genauer erforscht worden ist, machte ich mir zur Aufgabe, diese näher zu untersuchen. Ich reiste nach Marbach ins Literaturarchiv, wo ich mit Hilfe von Georg Hartmann, der für die Erschliessung des Manuskriptnachlasses von Karl Jaspers zuständig ist, auf bisher unveröffentlichte medizinische Berichte, Elektrokardiographien und Röntgenbilder stieß (siehe Anhang). Ausserdem lagen etliche Briefe vor, die im Zusammenhang mit seiner Krankheit von Interesse hätten sein können (vor allem die zwischen

34 Vgl. z. B. Norcross/Lambert, Relationship science and practice in psychotherapy: closing commentary.

35 Vgl. z. B. Aveline, The person of the therapist.

36 Vgl. z. B. Lambert/Barley, Research summary on the therapeutic relationship and psychotherapy outcome.

37 Vgl. z. B. Begenau u. a., Die Arzt-Patient-Beziehung.

38 Vgl. z. B. Wiesing, Ethik in der Medizin.

39 Für eine nächste Arbeit wäre der Bezug zwischen den Überlegungen bei Jaspers zur Arzt-Patienten-Beziehung und der heutigen Literatur wünschenswert.

40 Vgl. Jaspers, Der Arzt im technischen Zeitalter, S. 56.

Jaspers und seinem Schwager Ernst Mayer)⁴¹ – doch nach mehrtägiger mühevoller Transkriptionsarbeit für nur einen einzigen Brief wurde mir klar, dass die Berücksichtigung dieser Korrespondenz den Rahmen meiner Arbeit sprengen würde.

Als angehender und aktuell praktizierender Arzt fielen mir anhand der veröffentlichten Literatur und der oben erwähnten unveröffentlichten Unterlagen, auch ohne den Briefwechsel mit Ernst Mayer zu erschliessen, verschiedene Differentialdiagnosen zu seinem Krankheitsbild ein. Ich begann, mich vertieft mit den Symptomen auseinanderzusetzen, die vor allem die Atemwege betrafen. Dank dem Austausch mit Andreas Jung, Kinderpneumologe im Kinderspital Zürich, wage ich im Abschnitt 3.3 eine wissenschaftlich fundierte Diagnose. Von Jaspers' Krankheit ausgehend, stellte ich allmählich Verbindungen zu seiner Existenzphilosophie und zu seinen Überlegungen über die Arzt-Patienten-Beziehung her.

Gegenwärtig wird Jaspers' Werk in einer aufwändigen Gesamtausgabe neu erschlossen.⁴² In Heidelberg kam ich in Kontakt mit den Editoren der Karl Jaspers-Gesamtausgabe (KJG) Dominic Kaegi, Dirk Fonfara und Thomas Fuchs, die mich in meinem Vorhaben bestärkten und dessen wissenschaftliche Relevanz hervorhoben. Zwei Einladungen nach Oldenburg folgten, wo ich im Karl Jaspers-Haus als Fellow untergebracht war, um in der dortigen Bibliothek forschen zu können. Während dieser Zeit hatte ich Gelegenheit, einen regen Austausch zu pflegen mit Matthias Bormuth, Vorsitzender der deutschen Karl Jaspers-Gesellschaft, Reinhard Schulz, Mitherausgeber der KJG, Oliver Immel, einem weiteren Editor, und mit Jörg Zimmermann, Psychiater und Vorstandsmitglied der Karl Jaspers-Gesellschaft. Diese Gespräche waren förderlich für die Ausreifung meines Vorhabens und den genannten Personen bin ich darum zu grossem Dank verpflichtet.

41 Dieser Dissertation folgend, sollte eine spätere Arbeit den unveröffentlichten Briefwechsel zwischen Jaspers und Mayer transkribieren und uns unbekannte Aspekte in der Krankheit Jaspers' erschliessen.

42 Vgl. Karl Jaspers-Gesamtausgabe (KJG): Heidelberger Akademie der Wissenschaften. Vgl. Karl Jaspers-Gesamtausgabe (KJG): Akademie der Wissenschaften zu Göttingen (AdW).

1.4 Methodik und Stil

Die Methodik, die dieser Arbeit zugrunde liegt, ähnelt der Vorgehensweise Jaspers'. In seiner *Philosophischen Autobiographie* (1977) schreibt er:

Meine Arbeiten sind durchweg entstanden aus einer Menge einzelner Notizen, die gesammelt wurden. Sie wurden eines Tages unter einen ordnenden Gesichtspunkt gebracht. [...] Wenn die Idee sich in einem Ordnungsschema objektiviert, wurde doch nichts deduziert, sondern ein vorhandenes Notizmaterial herangezogen.⁴³

Auf ebendiese Weise erschlossen sich mir die einzelnen Kapitel. Ich ging nicht von einer einzelnen Grundfrage aus, anhand derer sich die Arbeit von A bis Z aufrollte, vielmehr stellte die Grundthematik der Arzt-Patienten-Beziehung bei Karl Jaspers den Ausgangspunkt meiner Untersuchung dar. Später erst zeigte sich mir der Zusammenhang zu seiner eigenen Krankheit. Daneben tauchten im Rahmen der Auseinandersetzung verwandte Aspekte auf, die in die mir am sinnvollsten erscheinende Reihenfolge gebracht wurden. Einzelne Kapitel und Abschnitte werden in sich geschlossen verständlich sein. Am Anfang eines jeden Kapitels finden sich Hinweise zur Bibliographie. Mit der vorliegenden Arbeit möchte ich den Lesern ein möglichst umfassendes und zusammenhängendes Bild des Denkens Karl Jaspers' über die Arzt-Patienten-Beziehung vor dem Hintergrund seiner Krankheit vermitteln. Die zentralen Fragestellungen lauten: An welcher Krankheit litt Karl Jaspers? Wie ging er mit dieser Krankheit um? Wie dachte er über die Arzt-Patienten-Beziehung? Zu diesem Zweck berücksichtige ich seine Lebensgeschichte, seine Philosophie, die Beziehung zu seinem Arzt Albert Fraenkel, die somatischen Aspekte der Krankheit, sein Leben mit der Krankheit sowie seine theoretischen Überlegungen zum Verhältnis von Arzt und Patient.

Mehrere Darstellungsformen kommen im Rahmen der vorliegenden Arbeit zur Anwendung. In Kapitel 2 gehe ich vorwiegend systematisch vor. In Abschnitt 2.1 durchlaufe ich das Leben Jaspers', wie das in biographischen Betrachtungen üblich ist, zeitlich geordnet nach den wichtigsten Lebensabschnitten. In Abschnitt 2.3 versuche ich den Begriff der Existenzphilosophie zu ergründen, der zu den Überlegungen der Grenzsituation und der existentiellen Kommunikation führt.

43 Jaspers, *Philosophische Autobiographie*, S. 134.

Kapitel 3, und insbesondere Abschnitt 3.3, ist gekennzeichnet durch einen nüchternen Stil, wie er bei aktuellen fachwissenschaftlichen Artikeln zu finden ist. Für vorwiegend somatisch interessierte Mediziner ist es der zugänglichste Teil der vorliegenden Arbeit.

Mit einem essayistischen Stil versuche ich Jaspers' Leben mit der Krankheit zu verstehen, dementsprechend kommen besonders in Abschnitt 4.1 unter dem Titel «Das Erleben der Krankheit» viele Zitate aus Tagebucheinträgen zum Einsatz. In Kapitel 5 wird dieser Stil fortgesetzt, allerdings spielen Bezüge zu den vorangegangenen Kapiteln – und in Abschnitt 5.3 auch zur heutigen Medizin – eine wichtigere Rolle, so dass Zusammenhänge hergestellt werden können.

1.5 Ziel der vorliegenden Arbeit

Die Arbeit bewegt sich im Grenzbereich zwischen Medizin und Philosophie. Ich habe sie vor allem mit Blick auf philosophisch interessierte Ärzte geschrieben. Den Lesern werde ich die Person Karl Jaspers, der unter den heutigen MedizinerInnen trotz seiner grossen Bedeutung als Psychiater kaum mehr bekannt ist, vorstellen. Da Jaspers chronisch krank war und die Krankheit in der Literatur noch nicht systematisch erforscht worden ist, soll seine Krankheitsgeschichte genauer betrachtet und analysiert werden. Am Ende der Lektüre werden die somatischen Aspekte von Jaspers' Krankheit besser bekannt und darüber hinaus wird deren Einfluss auf sein Leben besser verstanden werden. Ein weiteres Ziel besteht darin, Jaspers' allgemeine Überlegungen zur Medizin zu erschliessen: Diese haben mit ihm als Philosophen, als Patienten sowie als Arzt zu tun. Im Anschluss an die Lektüre sollten aus den verschiedenen Betrachtungen ein zusammenhängendes Bild entstehen. Jaspers' Biographie, seine philosophischen Ideen, seine Erfahrungen als Patient, seine Überlegungen über die Arzt-Patienten-Beziehung sowie seine Vorstellungen vom idealen Arzt stehen miteinander im Einklang. Weiter möchte ich zu einer kritischen Reflexion unserer medizinischen Praxis anregen. Mein Beitrag soll praktizierende Ärzte dazu ermutigen, eine philosophische Haltung einzunehmen, eine Offenheit gegenüber der menschlichen Existenz und ihren Möglichkeiten zu wahren. Diese sollen inspiriert werden, aus Idealen

heraus, wie sie in der *Idee des Arztes* (1986) formuliert sind, ihrem schönen Beruf nachzugehen.

1.6 Kapitelübersicht

Um sich der vielschichtigen Persönlichkeit Jaspers' und seinem Werk anzunähern, befasse ich mich zuerst mit seiner Lebensgeschichte. In chronologischer Form stelle ich, die wichtigsten biographischen Daten berücksichtigend, seinen Weg vom kränkelnden Jungen zum akademischen Lehrer und politischen Intellektuellen dar. Die Beziehung zu Albert Fraenkel, sein wichtigster Arzt, wird als Nächstes erörtert. Fraenkel, der berühmte Pneumologe und Begründer der Strophantintherapie,⁴⁴ der Jaspers die Diagnose übermittelte,⁴⁵ ihn dazu ermunterte, die Krankheit anzunehmen⁴⁶ und ihn lehrte, trotz der Krankheit so zu leben, als ob er gesund sei, spielte für Jaspers eine wichtige Rolle.⁴⁷ Unter dem Einfluss seiner beeindruckenden Persönlichkeit entwickelte Jaspers die «Idee des Arztes».⁴⁸ Im weiteren Verlauf der Arbeit folgt ein Versuch, die Existenzphilosophie Jaspers' zu ergründen. Ich werde zeigen, dass Existenz das Sein des Menschen bedeutet⁴⁹ und dass sie nicht nach wissenschaftlichen Kriterien erforscht werden kann, sondern philosophisch erhellt werden muss.⁵⁰ Zugang zur Existenz stellen beispielsweise «Grenzsituationen» dar, aber auch die «existentielle Kommunikation» ermöglicht sie.⁵¹ Eine Grenzsituation ist für Jaspers in vielerlei Hinsicht seine Krankheit: als persönliches Schicksal, als lauernde Todesgefahr und als leidvolle Erfahrung. Der Abschnitt 2.3 soll dem Nichtphilosophen einen tiefergründigeren Zugang zu Jaspers' Denken geben.

44 Vgl. Heubner, Albert Fraenkel, S. 11; vgl. Bormuth/Engelhardt, Karl Jaspers Korrespondenzen, S. 655.

45 Vgl. Jaspers, Krankheitsgeschichte (1938), S. 113.

46 Vgl. ebd., S. 131.

47 Vgl. ebd., S. 128.

48 Vgl. ebd., S. 128–130.

49 Vgl. Jaspers, Philosophie, S. 295.

50 Vgl. ders., Die geistige Situation der Zeit (1931), S. 161.

51 Vgl. ders., Philosophie, S. 469.

Das folgende Kapitel 3 rückt die somatische Krankheitsgeschichte ins Zentrum der Betrachtung. Der Abschnitt 3.1 zur historischen Anamnese widmet sich den Symptomen, an denen Jaspers litt. Im nächsten Abschnitt 3.2 sollen die zeitgenössische Diagnose, die Fraenkel stellte, sowie die damaligen therapeutischen Möglichkeiten erläutert werden. Darauf folgt eine Betrachtung der Krankheit aus heutiger Perspektive. Welche Schlüsse kann man mit den Erkenntnissen der zeitgenössischen Medizin aus der Analyse aller vorliegenden Informationen über Jaspers' Krankheit ziehen? Meine These lautet, dass am ehesten von einer Primären Ziliären Dyskinesie oder einer atypischen Cystischen Fibrose bei Jaspers ausgegangen werden muss.

In Kapitel 4 beleuchte ich, wie Jaspers mit der Krankheit lebte. Sie wirkte auf ihn in vielschichtiger Weise. Auf der Gefühlsebene war sie Ausgangspunkt einer gesellschaftlichen Isolation.⁵² Vor allem während der Studienzeit litt er darunter, depressive Verstimmungen wiederholten sich, wie Tagebucheinträge zeigen. Im Abschnitt 4.2 wird ersichtlich, wie er die Forderung Fraenkels, die Krankheit anzunehmen, allmählich umsetzte. Im Alltag bedeutete dies, für «hygienische Lebensbedingungen»⁵³ zu sorgen. Diese einzigartige Antwort auf seine Krankheit veranschauliche ich im Abschnitt 4.3.

Der Schluss widmet sich der Arzt-Patienten-Beziehung bei Karl Jaspers. In Abschnitt 5.1.1 gehe ich darauf ein, wie er aus der Perspektive des Philosophen die Idee – vor allem in der Psychoanalyse – kritisierte, dem Patienten durch die Therapie das Seelenheil bringen zu wollen. Abschnitt 5.1.2 zeigt, dass laut Jaspers stets nur Aspekte des Menschen krank sein könnten,⁵⁴ eine Restgesundheit sei immer vorhanden – eine elementarere Einsicht. Durch die Fokussierung auf eine Restgesundheit konnte sich Jaspers' schöpferisches Wirken entfalten.⁵⁵ In Abschnitt 5.1.3 wird das Konzept des «Verstehens» – ein qualitativer Zugang zum Menschen – vermittelt, das der junge Jaspers als Arzt und Autor der *Allgemeinen Psychopathologie* (1913) ausführt.⁵⁶ Aus diesen Überlegungen ergeben sich konkrete Forderungen an den Arzt sowie an den Patienten. Die Idee des Arztes erläutert Jaspers mit

52 Vgl. ders., *Krankheitsgeschichte* (1938), S. 139.

53 Vgl. ders., *Krankheitsgeschichte* (1938), S. 125.

54 Vgl. ders., *Allgemeine Psychopathologie*, S. 633.

55 Vgl. ders., *Krankheitsgeschichte* (1938), S. 128.

56 Vgl. ders., *Allgemeine Psychopathologie*, S. 250–257.

Blick auf seinen Arzt Fraenkel.⁵⁷ Die Idee des Patienten entspricht in weiten Teilen seinem eigenen Selbstverständnis als Patienten. In meinen Schlussbetrachtungen stelle ich Bezüge zwischen Jaspers' Überlegungen zur Arzt-Patienten-Beziehung und meinen Erfahrungen als praktizierender Arzt her.

57 Vgl. Saner, Karl Jaspers, S. 18; vgl. Jaspers, Krankheitsgeschichte (1938), S. 129.

2 Lebensgeschichte

Die folgende biographische Chronologie stellt die wichtigsten Abschnitte im Leben Jaspers' zusammen, um zum einen dem Leser diese grosse Persönlichkeit näherzubringen und zum anderen die späteren Ausführungen in einen grösseren Zusammenhang einzuordnen. Die Daten und Werke wurden exemplarisch ausgewählt und erheben keinen Anspruch auf Vollständigkeit. Wer mehr wissen will, der lese die autobiographischen Schriften in *Schicksal und Wille* (1967), die *Philosophische Autobiographie* (1977), Briefe und Tagebucheinträge von 1901 bis 1907, die im *Jahrbuch der Österreichischen Karl Jaspers Gesellschaft* (1996/1997) unter dem Titel *Studium 1901–1907. Teil 1 und 2* veröffentlicht wurden, und schliesslich die Biographie *Karl Jaspers* (1970), geschrieben von seinem langjährigen Mitarbeiter und Vertrauten Hans Saner.

2.1 Chronologie: vom kränkelnden Jungen zum akademischen Lehrer und politischen Intellektuellen

Die Vorfahren von Jaspers lebten seit «urdenklichen Zeiten»⁵⁸ nahe der deutschen Nordsee. Der Vater war Bankdirektor und besaß einen grossen Freiheitsdrang.⁵⁹ Die Mutter kümmerte sich um die Kinder und war das Herz der Familie.⁶⁰ «Erst mit ihrer Gegenwart schien auch die Familie eigentlich da zu sein.»⁶¹ Beide Elternteile wurden vom Sohn in gleichem Masse

58 Saner, Karl Jaspers, S. 7.

59 Vgl. ebd., S. 11.

60 Vgl. ebd., S. 9–10.

61 Jaspers, Elternhaus und Kindheit (1938), S. 75.

verehrt.⁶² Das Elternhaus war für ihn ein Rückzugsort. Er wuchs behütet auf, wusste sich geborgen und geliebt.⁶³

Meine Eltern haben den Mut nicht aufgegeben, auch wenn es mit meinem Dasein noch so bedenklich zu stehen schien. Sie liessen mich fühlen, wie gut das Leben, und dass ich ihnen nicht zur Last, sondern eine Freude sei.⁶⁴

Karl Jaspers wurde 1883 in Oldenburg als ältestes von drei Kindern geboren. Gesund im herkömmlichen Sinne war er nie gewesen. Schon seit seiner frühesten Kindheit litt er unter Atemwegsproblemen.⁶⁵ Jedes Jahr begab sich die Familie deshalb in den Sommerferien zu einer vierwöchigen Erholungskur auf die Friesischen Inseln. Karl erfuhr von der tieferen Bedeutung dieser Kuren nichts, sondern wurde von den Eltern behandelt wie ein gesundes Kind.⁶⁶ Das Meer war ihm eine Freude. Seine frühesten Erinnerungen beziehen sich auf Ferienerlebnisse:

An einem Abend ging mein Vater, mit dem kleinen Jungen an der Hand, den weiten Strand hinunter. Es war tiefe Ebbe, der Weg über den frischen reinen Sand war sehr lang bis an das Wasser. Da lagen die Quallen, die Seesterne, Zeichen des Geheimnisses der Meerestiefe. Ich war wie verzaubert, habe nicht darüber nachgedacht. Die Unendlichkeit habe ich damals unreflektiert erfahren. Seitdem ist mir das Meer wie der selbstverständliche Hintergrund des Lebens überhaupt. Das Meer ist die anschauliche Gegenwart des Unendlichen. Unendliche Wellen. Immer ist alles in Bewegung, nirgends das Feste und das Ganze in der doch fühlbaren unendlichen Ordnung. Das Meer zu sehen, wurde für mich das Herrlichste, das es in der Natur gibt. [...] Wir vertrauen uns dem unendlichen Geheimnis an, dem Unabsehbaren, Chaos und Ordnung.⁶⁷

Das Meer stand als Gleichnis von Freiheit und Transzendenz, zwei Schlüsselbegriffe seiner späteren Philosophie.⁶⁸

62 Vgl. Saner, Karl Jaspers, S. 9–12.

63 Vgl. Jaspers, Karl Jaspers – Ein Selbstporträt (1966/67), S. 16–17.

64 Ders., Elternhaus und Kindheit (1938), S. 47.

65 Vgl. ders., Krankheitsgeschichte (1938), S. 112–113.

66 Vgl. ebd., S. 113; vgl. Jaspers, Karl Jaspers – Ein Selbstporträt (1966/67), S. 15.

67 Jaspers, Karl Jaspers – Ein Selbstporträt (1966/67), S. 15.

68 Vgl. ebd., S. 16.

Die gesamte Schulzeit verbrachte er in seinem Geburtsort Oldenburg. Als Kind war er ängstlich und wollte nicht zur Schule gehen. Anfänglich musste er regelmässig begleitet werden, da er sich vor Hunden und Polizisten fürchtete.⁶⁹ Jaspers war kein besonders guter Schüler.⁷⁰ Stets besorgt sitzen-zubleiben, war er fleissig und gab sein Bestes. Mathematik war, im Gegensatz zu Sprachen, seine Stärke, und insbesondere Aufsätze im Fach Deutsch zu schreiben, empfand er als eine grosse Herausforderung.⁷¹ In der Jugend begann er, sich seiner schwachen Physis bewusst zu werden.

1897 hatte ich zum ersten Mal wegen Schmerzen und Stechen in der Brust und im Rücken und wegen Schwäche im Vergleich zu Altersgenossen Sorgen wegen meiner Gesundheit.⁷²

Er hatte nicht viele Freunde und war oft isoliert, fühlte sich ausgeschlossen und einsam. So kam es, dass sein Vater für den 16-jährigen Karl ein Jagdrevier pachtete. Statt mit seinen Altersgenossen die Zeit zu verbringen, hielt sich Karl nun immer häufiger in der Natur auf.⁷³ Doch schon bald wurde ihm die Jagd zu anstrengend und er gab sie auf.⁷⁴ In der Folge zog er sich noch mehr zurück, er begann zu lesen und kam mit der Philosophie Spinozas in Kontakt.⁷⁵ In seiner Einsamkeit war er kein angepasster Junge. «Immer wenn Differenzen waren, war ich der Störenfried, der eigensinnige Mensch, der ausserhalb stand.»⁷⁶ In der Schule verweigerte er blinden Gehorsam und kritisierte seine Lehrer, wenn sie schulische mit militärischer Disziplin verwechselten.⁷⁷ Der Schuldirektor attestierte Karl einen «Geist der Opposition»,⁷⁸ was beinahe seine Entfernung aus der Schule zur Folge hatte.⁷⁹ Das Ende der Schulzeit war dementsprechend eine Erleichterung. 1902 bezeichnete er in seinem Ta-

69 Vgl. Jaspers, Elternhaus und Kindheit (1938), S. 48, 57.

70 Vgl. Saner, Karl Jaspers, S. 15.

71 Vgl. Jaspers, Elternhaus und Kindheit (1938), S. 62–63.

72 Ders., Krankheitsgeschichte (1938), S. 113.

73 Vgl. ders., Elternhaus und Kindheit (1938), S. 71.

74 Vgl. ebd., S. 73.

75 Vgl. Saner, Karl Jaspers, S. 17–19, 31.

76 Jaspers, Karl Jaspers – Ein Selbstporträt (1966/67), S. 20.

77 Vgl. ders., Elternhaus und Kindheit (1938), S. 65.

78 Ders., Karl Jaspers – Ein Selbstporträt (1966/67), S. 20.

79 Vgl. ebd., S. 18.

gebuch die Erinnerungen an die Schule als die «unangenehmsten»⁸⁰ seines Lebens überhaupt. Der Direktor verabschiedete Karl 1901 mit den Worten: «Sie sind offenbar an den Lungen krank, und zwar organisch, da kann aus Ihnen nicht viel werden.»⁸¹ Im selben Jahr erhielt seine kränkliche Konstitution durch den Familienfreund und Arzt Albert Fraenkel eine Diagnose: Bronchiektasen mit sekundärer Herzinsuffizienz.⁸² «Als ich von Fraenkel das unwiderrufliche Faktum meines Krankseins hörte, weinte ich bitterlich», so schrieb Jaspers später.⁸³ Bei diesem Krankheitsbild ging man damals von einer stark eingeschränkten Lebenserwartung aus. Karl rechnete fest damit, noch vor seinem 23. Geburtstag sterben zu müssen.⁸⁴ Mit diesem Bewusstsein begann für ihn ein neuer Lebensabschnitt. Die Krankheit wurde zur «Urerfahrung, von der die Reflexion auslief zu den Grenzsituationen».⁸⁵ Er musste lernen, sein Leben der Krankheit anzupassen und sie anzunehmen. Mit einer beeindruckenden Selbstdisziplin verwirklichte er die «hygienischen Lebensbedingungen».⁸⁶ Dadurch fand er seinen ersehnten Platz im «Raum der Gesunden als noch Gesunder mit seinen gesunden Möglichkeiten».⁸⁷

Über die Bedeutung seiner Krankheit schrieb Jaspers in seiner *Philosophischen Autobiographie*: «Alle Entschlüsse meines Lebens waren mitbedingt durch eine Grundtatsache meines Daseins. Von Kindheit an war ich organisch krank.»⁸⁸ So prägte die Krankheit wahrscheinlich auch seinen Entschluss, nach drei Semestern des Studiums der Rechtswissenschaft an den Universitäten Freiburg, Heidelberg und München⁸⁹, zur Medizin zu wechseln, welche er zwischen 1902 und 1907 in Berlin, Göttingen und Heidelberg studierte.⁹⁰ In dieser Zeit lebte er von dem «Enthusiasmus des Wissenwol-

80 Jaspers, Studium 1901–1907. Teil 1, S. 25.

81 Ders., Elternhaus und Kindheit (1938), S. 69.

82 Vgl. Saner, Karl Jaspers, S. 17.

83 Jaspers, Studium 1901–1907. Teil 1, S. 13.

84 Vgl. ders., Krankheitsgeschichte (1938), S. 140.

85 Saner, Karl Jaspers, S. 68.

86 Vgl. Jaspers, Krankheitsgeschichte (1938), S. 125.

87 Ebd., S. 112.

88 Jaspers, Philosophische Autobiographie, S. 12.

89 Vgl. ders., Studium 1901–1907. Teil 1, S. 11–26.

90 Vgl. Jaspers, Studium 1901–1907. Teil 2, S. 7, 10, 30, 43.

lens»,⁹¹ konzentrierte sich dabei jedoch aufs Wesentliche: Besonders wichtig war es ihm, die «Idee des Studierens» wertzuschätzen. Dazu schrieb er 1938 rückblickend:

Die Mengen, die lernen und bloss fleissig sind, haben Überlegenheit und Erfolg. Sie leben aus einem radikal anderen Prinzip. Es ist die ungeistige Arbeit des blossen Verstandes und der Geschicklichkeiten, im Gegensatz zum Leben aus dem Funken der Idee. [...] Nur wo der geistige Funke sich eint mit der grossen Arbeitskapazität, da anerkannte ich den Rang und liebte die Grösse.⁹²

Trotz seiner Begeisterung für die Medizin sah er sich auch im universitären Betrieb als Aussenseiter. Die Mediziner waren für ihn «Banausen»:

Ich fühlte mich etwas abseits, da ich durch die drei Semester, die hinter mir lagen, und durch die Erfahrungen der geistigen Welt jetzt aus einem anderen Horizont studierte als bisher. Ich lebte zugleich ausserhalb und fühlte den Unterschied. Es war eine Grundhaltung, als ob ich anderswo zu Hause sei, und zugleich, als ob ich asketisch etwas auf mich nehme, was in allem Jubel des Erkennens doch auch schwer war, nämlich geistig für eine Weile ein Banause zu werden und unter Banausen zu gehen. [...] Es war mir, als ob die Professoren, bei denen ich lernte und die ihre Sache vorzüglich verstanden, im eigentlichen Sinn ahnungslos seien und von der Welt nichts wüssten, die mir schon aufgegangen war.⁹³

Wie schon während seiner Schulzeit beschäftigte sich Jaspers neben der Medizin mit der Philosophie, insbesondere mit Kant, Schopenhauer, Fechner und Lukrez,⁹⁴ die seine Zuflucht in Momenten der Einsamkeit waren. 1903 schrieb er begeistert in seinem Tagebuch:

Und wahrlich, ich fühle mich nicht nur nicht einsam, sondern im gewähltesten Umgang begriffen [...] Herrliches Gut des Menschen, dass er grosse Männer besitzt, zu denen er sich aus seiner inadäquaten Umgebung flüchten kann.⁹⁵

91 Ders., Studium 1901–1907. Teil 1, S. 31.

92 Ders., Studium 1901–1907. Teil 2, S. 45–46.

93 Ebd., S. 8.

94 Vgl. ebd., S. 21–22.

95 Ebd., S. 23.

Dennoch blieb ihm wenig Zeit zum Philosophieren. Schmerzlich empfand er, wie durch die Intensität des Medizinstudiums sein geistiges Niveau abnahm und er sich von sich entfremdete. 1907, als er das Staatsexamen ablegte, befand er sich deswegen in einer persönlichen Krise oder mit seinen Worten: auf einem neuen «Tiefpunkt».⁹⁶

Noch im selben Jahr lernte er die vier Jahre ältere Gertrud Mayer kennen. Es folgten Freundschaft, Verlobung und schliesslich 1910 die Eheschliessung. Mayer entstammte einer jüdischen Kaufmannsfamilie und arbeitete – durch das Erlebnis der Geisteskrankheit ihrer Schwester motiviert – als Krankenpflegerin.⁹⁷ Nachdem Jaspers seine Schwierigkeiten, in Kontakt zu Mitmenschen zu treten, immer bewusster geworden waren und er sich beinahe mit dem Fremd- und Einsamsein in der Welt abgefunden hatte,⁹⁸ fühlte er zum ersten Mal eine anhaltende tiefe Verbindung, eine Seelenverwandtschaft zu einer neuen Person. Mit Gertrud Mayer erfuhr er die «existentielle Kommunikation» – ein weiterer zentraler Begriff seiner Existenzphilosophie. Die Verbindung mit Gertrud war ihm heilig, und später, in der Zeit des Nationalsozialismus, war er bereit, mit ihr bis in den Tod zu gehen. Er schrieb in seiner *Philosophischen Autobiographie* (1977): «Die einzige grosse Wende in meinem Leben war der Bund, den meine Frau und ich miteinander schlossen.»⁹⁹ Die langjährige soziale Isoliertheit war beendet. Getragen von diesem Bund, «erfolgte ein Aufschwung, wie ich ihn noch nicht gekannt hatte».¹⁰⁰

1908 absolvierte er das Medizinpraktikum in der Nervenabteilung der Heidelberger Inneren Klinik und schrieb gleichzeitig seine Dissertation mit dem Titel *Heimweh und Verbrechen*, die mit «summa cum laude» ausgezeichnet wurde.¹⁰¹ Von 1909 bis 1915 war er Volontärassistent an der Psychiatrischen Klinik in Heidelberg und bewegte sich im geistig anregenden Umfeld von Max Weber, Franz Nissl, Hans-Walter Gruhle, Alfred Weber und weiteren namhaften Persönlichkeiten. Der «Geist des Hauses» Max Webers

⁹⁶ Vgl. ebd., S. 48.

⁹⁷ Vgl. Saner, Karl Jaspers, S. 24–26.

⁹⁸ Vgl. Jaspers, Studium 1901–1907. Teil 2, S. 37–43.

⁹⁹ Ders., Philosophische Autobiographie, S. 122–123.

¹⁰⁰ Ders., Studium 1901–1907. Teil 2, S. 48.

¹⁰¹ Vgl. Saner, Karl Jaspers, S. 24. Vgl. Jaspers, Krankheitsgeschichte (1938), S. 139.

blieb Jaspers ein Leben lang als Beispiel für einen inspirierenden geistigen Austausch unter Wissenschaftlern in Erinnerung.¹⁰² Der Status als Volontär-assistent war eine Folge seiner Krankheit. Jaspers bezog keinen Lohn und lebte weiter vom Geld seiner Eltern.¹⁰³ Dafür hatte er keine Verpflichtungen, sondern eine gewisse Narrenfreiheit, die ihm auch Spott einbrachte.¹⁰⁴ Doch Jaspers war es recht. Er konnte seine gesamte Energie in seinem Sinne produktiv nutzen. Er hatte Zeit für ein systematisches, autodidaktisches Studium der Philosophie.¹⁰⁵ In der Klinik wohnte er interessanten Fällen bei, betreute persönlich aber nur ausgewählte Patienten, zu denen er auch eigene Studien betrieb. Er übte sich im methodischen Vorgehen, durchforschte die gesamte psychiatrische Literatur und ordnete sie neu.¹⁰⁶ Daraus entstand die *Allgemeine Psychopathologie* (1913),¹⁰⁷ die seine Karriere begründete. Dieses Werk hatte solch einen Erfolg, dass er im Fach Psychologie habilitieren konnte, 1916 erhielt er an der Universität Heidelberg eine ausserordentliche Professur in Psychologie.¹⁰⁸ In der Fachwelt hatte er sich wegen seines methodischen und phänomenologischen Vorgehens einen Namen gemacht.¹⁰⁹ Auch heute wird Jaspers in der Psychiatrie geschätzt. Paul Hoff schreibt, dass die Psychopathologie seit der Allgemeinen Psychopathologie «auf einer soliden methodischen Grundlage»¹¹⁰ gestanden habe. 1920 wurde er allein aufgrund seiner *Psychologie der Weltanschauungen* (1919) zum Extraordinarius für Philosophie gewählt – sehr zum Unmut vieler Schulphilosophen, da er nie Philosophie studiert hatte.¹¹¹ Die Geringschätzung war wechselseitig: Jaspers sprach seinerseits von der «Professorenphilosophie», die «keine eigentliche Philosophie» sei, sondern auftrete «mit dem Anspruch, Wissenschaft zu sein, durchweg ein Erörtern von Dingen, die für die Grundfragen

102 Vgl. Saner, Karl Jaspers, S. 26–28; vgl. Jaspers/Gruhle, Karl Jaspers – Hans Walther Gruhle 1910–1958, S. 167–168.

103 Vgl. Saner, Karl Jaspers, S. 26.

104 Vgl. ebd., S. 30.

105 Vgl. Jaspers, Studium 1901–1907. Teil 2, S. 21–22.

106 Vgl. Saner, Karl Jaspers, S. 29.

107 Vgl. ebd., S. 30.

108 Vgl. Saner, Karl Jaspers, S. 35.

109 Vgl. ebd., S. 35, 71.

110 Hoff, Geschichte der Psychiatrie, S. 17.

111 Vgl. ebd., S. 37.

unseres Daseins nicht wesentlich sind».¹¹² 1922 wurde er trotzdem Ordinarius für Philosophie.¹¹³ Seine durchaus unkonventionelle Karriere war nicht bloss eine Fügung vieler Zufälle, sondern die erstaunliche Umsetzung eines Traums, den er schon 1902 in einem Brief an die Eltern, präsentierte:

Ich würde [...], wenn ich ein eminent begabter Kopf wäre, zunächst Naturwissenschaften und Philosophie studiert haben, um direkt die akademische Laufbahn zu ergreifen. Ich würde meinen Doktor in der Philosophie machen, natürlich auch eingehend Medizin studieren als die Grundlage, auf der allein sich Psychologie und Philosophie aufbauen können [...].¹¹⁴

Nun folgten die «Jahre der Reife»,¹¹⁵ in denen Jaspers als Professor für Philosophie arbeitete und sich in der Welt der Schulphilosophen einen Platz erkämpfen musste. Unterstützung bot ihm sein damaliger Freund Martin Heidegger.¹¹⁶ 1931 erschien die kulturkritische Schrift *Die geistige Situation der Zeit*. Unter anderem analysierte er darin die drei markanten Bewegungen seiner Zeit: in der Soziologie den Marxismus, in der Psychologie die Psychoanalyse und in der Anthropologie die Rassentheorie. Alle drei waren seiner Ansicht nach dogmatisch, weshalb er sich entschieden gegen sie positionierte.¹¹⁷ Ein Jahr später folgte sein dreibändiges existenzphilosophisches Hauptwerk unter dem Titel *Philosophie* (1932). Im deutschen Sprachraum blieb es jahrelang das «einzige umfassende Werk der Existenzphilosophie»¹¹⁸ – abgesehen von Heideggers *Sein und Zeit* (1927). Jaspers war nun definitiv anerkannt in der akademischen Philosophie.

Die Machtübergabe an die Nationalsozialisten bedeutete einen Einschnitt. Man versetzte ihn 1937 wegen seiner jüdischen Frau in den Ruhestand,¹¹⁹ was für ihn noch schmerzlicher wog als die darauffolgende innere Emigration bis zum Ende des Krieges. Auch wenn kein eigentliches Publikationsverbot bestand – bürokratische Hürden und Schikanen verhinderten

¹¹² Jaspers, Philosophische Autobiographie, S. 40.

¹¹³ Vgl. ebd.

¹¹⁴ Jaspers, Studium 1901–1907. Teil 1, S. 32–38.

¹¹⁵ Saner, Karl Jaspers, S. 37.

¹¹⁶ Vgl. ders., Karl Jaspers, S. 38.

¹¹⁷ Vgl. Jaspers, *Die geistige Situation der Zeit* (1931), S. 150–160.

¹¹⁸ Vgl. Saner, Karl Jaspers, S. 43.

¹¹⁹ Vgl. ebd., S. 44.

Veröffentlichungen im grossen Stil.¹²⁰ Jaspers musste sich mit dem Gedanken der Emigration auseinandersetzen. Eine Einladung nach Paris und die Möglichkeit, ohne Verpflichtungen seine Arbeiten fortführen zu können, lehnte er aufgrund seiner prekären gesundheitlichen Situation, die keine Experimente erlaubte, ab.¹²¹ Stattdessen verharrten er und seine Frau im Bewusstsein der lauernden Gefahr – die Judenverfolgung war spätestens seit der Pogromnacht im November 1938 fassbare Realität – in der gemeinsamen Wohnung in Heidelberg. Eine kleine Sicherheit für seine Frau bedeutete das Zeugnis des befreundeten Arztes Wilhelm Waltz, dass der berühmte Philosoph ohne die Pflege seiner Frau «schnell zu Grunde» gehe.¹²² Dieses Risiko wollten selbst die Nationalsozialisten lange nicht eingehen. Für den Fall einer Deportation, was nie ganz auszuschliessen war, planten Karl und Gertrud Jaspers den gemeinsamen Suizid.¹²³ Zyankaliampullen, die Waltz besorgt hatte, lagen vorsorglich in der Schublade bereit.¹²⁴ Im März 1945 erfuhren sie von ihrer für den 14. April geplanten Deportation, zu der es jedoch nicht kommen sollte. Am 30. März 1945 marschierten die Amerikaner in Heidelberg ein.¹²⁵

Zwischen 1937 und 1945 hatte Jaspers Zeit, sein Leben zu reflektieren. Viele Texte aus der autobiographischen Sammlung *Schicksal und Wille* (1967) fallen in diese Zeit: *Elternhaus und Kindheit* (1938), *Krankheitsgeschichte* (1938) oder *Tagebuch 1939–1942*. 1942 fand Jaspers Musse für eine philosophische Überarbeitung der *Allgemeinen Psychopathologie* (4. Auflage, veröffentlicht 1946), in der er erste Überlegungen zur Arzt-Patienten-Beziehung formulierte. Bald darauf erschien unter dem Titel *Von der Wahrheit* (1947) ein weiteres philosophisches Schlüsselwerk nach der *Philosophie* (1932).

Nach dem Krieg engagierte sich Jaspers auch beim Wiederaufbau der Universität Heidelberg und äusserte sich zunehmend politisch. Er wurde

120 Vgl. Jaspers, *Ausgewählte Verlags- und Übersetzerkorrespondenzen*, S. LXXI–LXXXV.

121 Vgl. Saner, Karl Jaspers, S. 46–47. Vgl. Jaspers, *Tagebuch 1939–1942*, S. 149.

122 Siehe Anhang, *Medizinische Befunde, Ärztliches Zeugnis vom 01. 12. 1940*.

123 Vgl. Jaspers, *Tagebuch 1939–1942*, S. 156.

124 Vgl. Saner, Karl Jaspers, S. 47.

125 Vgl. ebd., S. 48.

zum «Repräsentant[en] des neuen geistigen Deutschlands».¹²⁶ 1945 war er Mitbegründer der Zeitschrift *Die Wandlung*. Ein Jahr später schrieb er seine «vielleicht beste politische Schrift»,¹²⁷ *Die Schuldfrage* (1946). Jaspers sah sich jedoch immer mehr in die Rolle des öffentlichen politischen Intellektuellen gedrängt, die er so nicht übernehmen wollte. 1948 verliess er auch aus diesem Grund Deutschland und folgte einem Ruf der Universität Basel. Viele sahen darin einen Akt des Verrats.¹²⁸ In einer kurzen Stellungnahme in der *Rhein-Neckar-Zeitung* vom 24. März 1948 begründete Jaspers seinen Entschluss wie folgt:

Die Entscheidung habe ich getroffen im Blick auf die Sache, für die ich ein Leben hindurch tätig war. Meine Aufgabe ist die Philosophie. Ich möchte meine Pflicht dort, wo ich bin, erfüllen im Dienst einer schlechthin übernationalen Aufgabe.¹²⁹

Das Leben in Basel gab ihm Ruhe und die geliebte Freiheit wieder.¹³⁰ Diese nutzte er und publizierte neben zahlreichen Aufsätzen «durchschnittlich Jahr für Jahr ein Buch».¹³¹

Auch in Basel äusserte er sich weiterhin politisch, nun mehr verbunden mit seiner Philosophie. Dieses neue Denken hat Hans Saner als «Weltphilosophie» bezeichnet.¹³² Es kam bei Jaspers zu einer Akzentverschiebung von der subjektiven Existenzphilosophie hin zu einer Philosophie, die auf die Solidarität zwischen den Menschen setzte. Jaspers selbst nannte sie «Philosophie der Vernunft».¹³³ Die Gemeinschaft der zur Vernunft befähigten Menschen sei die «Universalität des Aufgeschlossenenseins und die Solidarität des Menschseins als solchen».¹³⁴ Aufgrund der Erfahrung des Zweiten Weltkriegs

126 Ebd., S. 54.

127 Ebd., S. 53.

128 Vgl. ebd., S. 56.

129 Jaspers/Mitscherlich, Karl Jaspers – Alexander Mitscherlich 1942–1952, S. 340.

130 Vgl. Saner, Karl Jaspers, S. 56. Ein weiterer wichtiger Grund für das Verlassen Deutschlands waren die immer mehr ans Licht kommenden Gräueltaten des nationalsozialistischen Regimes. Jaspers wollte seiner jüdischen Frau ein Leben in Deutschland nicht länger zumuten.

131 Ebd., S. 58.

132 Ebd., S. 104.

133 Ebd., S. 113.

134 Jaspers, Von der Wahrheit, S. 379.

ges und angesichts der lauenden Gefahr eines fatalen Atomkrieges wurde das Übernationale, Menschenverbindende für Jaspers ein immer wichtigeres Anliegen. So schrieb er noch später in seiner philosophischen Autobiographie:

Schliesslich konnten alle Gedanken unter die prüfende Frage gestellt werden, ob sie Kommunikation fördern oder hemmen; die Wahrheit selbst konnte unter den Massstab gebracht werden: Wahrheit ist, was uns verbindet.¹³⁵

Ein Ausdruck dieses Welt Denkens war sein Buch *Vom Ursprung und Ziel der Geschichte* (1949). Zentral darin ist der Begriff der Achsenzeit. Gemeint ist damit das Erscheinen von aufklärerischen Figuren, die in verschiedenen Regionen der Welt zwischen 800 und 200 vor Christus hervortraten, die die Menschen bis heute entscheidend beeinflusst haben: Konfuzius in China, Buddha in Indien, Zarathustra im Iran, die Propheten in Palästina und die klassischen Philosophen in Griechenland.¹³⁶ Bemerkenswert dabei ist die Relativierung der bis heute gängigen Auffassung, die Philosophie – und somit unsere moderne Zivilisation – habe allein bei den Griechen ihren Ursprung; meines Erachtens ein beachtenswerter Beitrag gegen einen damals wie heute vorherrschenden Eurozentrismus. In den nächsten Jahren folgten mehrere Schriften zur Arzt-Patienten-Beziehung: *Zur Kritik der Psychoanalyse* (1950), *Arzt und Patient* (1953), *Die Idee des Arztes* (1953) und *Der Arzt im technischen Zeitalter* (1958). Alle diese Texte wurden später vom Piper Verlag unter dem Titel *Der Arzt im technischen Zeitalter* (1986) gemeinsam publiziert. In der Zeit schrieb Jaspers auch seine *Philosophische Autobiographie* (1977), die allerdings erst acht Jahre nach seinem Tod – um das Kapitel über Martin Heidegger ergänzt – von Hans Saner als eigenständige Schrift herausgegeben wurde. Seine nächsten politischen Auseinandersetzungen führten zu *Die Atombombe und die Zukunft des Menschen* (1958) und *Freiheit und Wiedervereinigung* (1960). 1961 hielt er seine Abschiedsvorlesung an der Universität Basel, kehrte jedoch nicht mehr nach Deutschland zurück. Aus der Distanz beobachtete er sein Vaterland weiter mit kritischen Augen. 1965 vertrat er in einem Gespräch mit dem *Spiegel* dezidiert die Ansicht, dass es für Völkermord keine Verjährung gebe. Das Interview wurde ein Jahr später

135 Ders., *Philosophische Autobiographie*, S. 123–124.

136 Vgl. ders., *Vom Ursprung und Ziel der Geschichte*, S. 19–20.

in die polemische Schrift *Wohin treibt die Bundesrepublik?* (1966) integriert, in der sich Jaspers zum letzten Mal als politischer Intellektueller exponierte. Zur Verbindung zwischen Philosophie und Politik schrieb Jaspers in der *Philosophischen Autobiographie* (1977): «Philosophie ist nicht ohne politische Konsequenzen. [...] Was eine Philosophie ist, zeigt sie in ihrer politischen Erscheinung.»¹³⁷ Mit seinem Alterswerk *Der philosophische Glaube angesichts der Offenbarung* (1962) erlangte er in der Zwischenzeit auch Bedeutung als Religionsphilosoph.

1967 nahm Jaspers die Schweizer Staatsbürgerschaft an, was einem Verzicht auf die deutsche gleichkam.¹³⁸ Gesundheitlich litt er in seinen letzten Lebensjahren neben den chronischen Bronchiektasien zusätzlich an Magen- und Darmblutungen sowie an rheumatoider Arthritis. Letztere begann, ihn am Schreiben zu hindern. Ende 1968 erlitt er einen ersten Schlaganfall und bemerkte eine Schwächung des Kurzzeitgedächtnisses. Es folgten weitere Schlaganfälle und die Pflegebedürftigkeit in seinen letzten Lebensmonaten. Am 26. Februar 1969, dem 90. Geburtstag seiner Frau, verstarb er 86-jährig in Basel.¹³⁹

2.2 Die Beziehung zu Albert Fraenkel

Albert Fraenkel (1864–1938)¹⁴⁰ war Arzt und Freund der Familie Jaspers.¹⁴¹ Bei einem Besuch 1901 fiel ihm der schlechte Allgemeinzustand Karl Jaspers' auf. Er untersuchte ihn und stellte die Diagnose «Bronchiektasen mit sekundärer Herzinsuffizienz», eine lebensgefährliche, chronische Krankheit.¹⁴² Von da an wurde Fraenkel Jaspers' «wesentlicher Arzt»,¹⁴³ mit dem er über die Diagnose, Prognose und Therapie in aller Klarheit sprach. «Er lehrte mich, gesund zu sein, wenn man krank ist.»¹⁴⁴ Über die Therapie wurde auf Au-

137 Ders., *Philosophische Autobiographie*, S. 84–85.

138 Vgl. Saner, *Karl Jaspers*, S. 64.

139 Vgl. ebd., S. 64–68; vgl. Saner, *Sterben können* (1973), S. 318–319.

140 Vgl. Heubner, *Albert Fraenkel*, S. 6. Vgl. ders., *Albert Fraenkel*, S. 15.

141 Vgl. Jaspers, *Krankheitsgeschichte* (1938), S. 118.

142 Ebd.

143 Ebd.

144 Vgl. ebd.

genhöhe diskutiert, vieles nahm Jaspers an (z. B. den Grundsatz, für sekretfreie Bronchien zu sorgen),¹⁴⁵ anderes verwarf er (z. B. wiederholte Kuraufenthalte zur Regeneration).¹⁴⁶ Zwischen den beiden entwickelte sich eine aussergewöhnliche Arzt-Patienten-Beziehung. Von Beginn weg war diese geprägt von der Freundschaft Fraenkels mit der Familie Jaspers. Im Kontakt vermischten sich medizinische Sachfragen mit freundschaftlichem Austausch.¹⁴⁷ Keiner sah ein Problem in dieser doch sehr speziellen Beziehung. Im Gegenteil, für Jaspers wurde die Fürsorge Albert Fraenkels «zur Grunderfahrung des Arztseins überhaupt in seiner höchsten Idee».¹⁴⁸ Fraenkel verkörperte alle Eigenschaften des idealen Arztes und lebte das entsprechende Ethos vor. Eine strenge Wissenschaftlichkeit war die Grundlage seiner Tätigkeit. Ab 1906 entwickelte er die intravenöse Strophantintherapie, die in der Herzinsuffizienzbehandlung eingesetzt wurde, und erlangte damit Berühmtheit.¹⁴⁹ Doch die Wissenschaft war nicht alles. Jaspers hob hervor, dass

er [Fraenkel] auch jede Diskussion mit mir aufnahm, mich nicht nur naturwissenschaftlich behandelte, sondern mein Leben im Ganzen, in seiner Besonderheit ins Auge fasste und anerkannte. [...] Seine ärztliche Aufgabe fasste er weit. Der ganze Mensch ging ihn an, da alles im Leben eines chronisch Kranken positiv oder negativ auf das Kranksein einen Bezug hat. [...] Dieser so zarte, vielbeschäftigte, immer an der Grenze seiner Kräfte arbeitende, berühmte Arzt [...]. Es scheint mir, als ob er bei seinem Eingehen auf den einzelnen Patienten eine unerhörte Verwandlungsfähigkeit besass. Mit seiner Seele, sich selbst fast zum Opfer bringend, lebte er im andern als ob er es selbst sei, jedoch mit dem Plus eines klaren, realistischen Verstandes, der weiter blickte als der Kranke, dem er helfen wollte. Er vermochte in der dem jeweiligen Patienten eigentümlichen Welt mit deren Bedürfnissen, Wertschätzungen und Zielen zu leben, als ob er einen Augenblick ganz damit identisch würde. [...] Jedem einzelnen konnte er sich geben, wie gerade dieser es brauchte. Es hat einen grossen Stil, wie er, abweichend von der äusserlichen psychiatrischen Einfühlung und der entlarvenden psychologischen Reflexion, eintauchte in die Mannigfaltigkeit der Welt, überall mit seiner lebendigen Teilnahme folgte und sich die Weite

¹⁴⁵ Vgl. ebd., S. 121.

¹⁴⁶ Vgl. ebd., S. 132–133.

¹⁴⁷ Vgl. Jaspers/Fraenkel, Karl Jaspers – Albert Fraenkel 1901–1938.

¹⁴⁸ Jaspers, Krankheitsgeschichte (1938), S. 129.

¹⁴⁹ Vgl. ders., Albert Fraenkel, S. 11. Vgl. Bormuth/Engelhardt, Karl Jaspers Korrespondenzen, S. 655.

unbefangener Wertungsmöglichkeiten offenhielt. Seine Klugheit wurde getragen von einer genialen Naivität. Seine Verwandlungsfähigkeit hatte ihren Antrieb in einer verschwendenden Güte des Herzens.¹⁵⁰

Diese Worte aus der *Krankheitsgeschichte* (1938) finden sich beinahe komplett unverändert in einem vier Jahre früher verfassten Brief, den Karl Jaspers an Albert Fraenkels anlässlich seines 70. Geburtstages 1934 geschrieben hatte.¹⁵¹

Zu Fraenkels Patienten gehörten zahlreiche berühmte Persönlichkeiten. Im Sanatorium Badenweiler liess sich Hermann Hesse 1909 und 1910 von ihm behandeln.¹⁵² Auch für den Schriftsteller verkörperte Fraenkel den idealen Arzt, der sich über die Wissenschaftlichkeit hinaus mit grosser Humanität und aussergewöhnlicher Empathie um den Menschen in dessen Ganzheit kümmerte. Hermann Hesse charakterisierte die ärztliche Kunst Albert Fraenkels folgendermassen:

Unser Professor sucht und sieht und behandelt nicht Krankheiten, sondern Menschen. Es liegt ihm nicht so sehr daran, die abnormen Herzgeräusche eines Herzkranken, das Loch in der Lunge eines Schwindsüchtigen zu bekämpfen und wegzuschaffen, als vielmehr diesen Kranken das Leben zu erleichtern, ihnen innerhalb der Bedingungen ihrer beschränkten oder geschädigten Natur eine möglichst günstige und erträgliche Lebensweise zu bieten oder anzuerziehen. Er scheut nicht vor Unheilbaren zurück, er gibt Schwerbedrohte nicht auf, er sucht nicht minder die Minuten des Sterbenden wie die Jahre des Leichtkranken erträglich und womöglich freundlich zu machen. Er will die Naturen nicht zwingen und vergewaltigen, er will nicht zarte Leute robust und hagere fett machen, sondern er will nur einem jeden das Verharren in seiner Haut und Person, auch wenn sie noch so krank ist, ermöglichen und erleichtern. Dazu gehört nun vor allem, dass er jedem Leidenden die Einsicht in sein eigenes Wesen und Leiden eröffne und erhelle, dass er jedem lehre, sein eigenes Leben innerlich zu verstehen, ernst zu nehmen und zu achten. Er beschleicht und erlegt die Zerstörer der Lust und des Lebens, indem er in der Vernunft und dem Gemüt des Kranken selber dem Leiden Feinde und Gegenkräfte erzieht. Hierin sehe ich den Angelpunkt seiner Kunst, die er mit allen Listen, Vorteilen und Werkzeugen der Wissenschaft und medizinischen Technik emsig unterstützt. Eine vorurteilslose, edle Achtung vor allen Erscheinungen der lebendigen Natur, eine na-

150 Jaspers, *Krankheitsgeschichte* (1938), S. 128–130.

151 Vgl. Jaspers/Fraenkel, Karl Jaspers – Albert Fraenkel 1901–1938, S. 70–74.

152 Vgl. Brath, Hermann Hesse (1877–1962), S. 1551–1552.

hezu moralfreie Beurteilung jedes menschlichen Zustandes, aller Lebenslagen, Leidenschaften, Verirrungen – das ist sein Fundament. Und sein Ideal so möchte ich glauben, ist ein Zustand der Menschheit, in welchem jeder Geringste auf diesem Boden stünde und wo leidenschaftslose Vernunft die Gedanken, Urteile und Taten der Menschen und Völker leiten würde.¹⁵³

Es waren nicht die technischen Fertigkeiten oder das faktische Wissen, welche Hermann Hesse bei Albert Fraenkel beeindruckten, obwohl diese zweifelsohne hoch waren. Primär zählten für ihn die menschlichen Fähigkeiten. Wie auch für Jaspers repräsentiert Fraenkel auch für Hesse den Idealtypus eines Arztes. Er stand allen Menschen bei und anerkannte jedes Leid. Er konnte sich in die Patientenperspektive hineinversetzen und aus dieser die Therapie einleiten. Er förderte die gesunden Elemente im Patienten und regte zur Selbstheilung an. Er ist von einem Ethos getrieben, welches nicht nur dem einzelnen Patienten helfen, sondern den Zustand der ganzen Welt verbessern möchte.

2.3 Philosophie

In der idealen Arzt-Patienten-Beziehung spielten Jaspers' existenzphilosophische Vorstellungen eine wichtige Rolle. Was bedeutet Existenzphilosophie und inwiefern beeinflusste sie sein Denken? Wagen wir eine kurze Skizzierung.¹⁵⁴

2.3.1 Existenzphilosophie

Jaspers' Grundgedanke, der erst «den Sinn eigentlich philosophischen Denkens begründet»,¹⁵⁵ handelt vom «Sein», oder wie er es auch bildhaft nennt,

¹⁵³ Hesse, *Haus zum Frieden*, S. 47–48.

¹⁵⁴ Als Existenzphilosoph knüpft Jaspers vor allem an Kierkegaard an, aber auch an Nietzsche. Vgl. Jaspers, *Psychologie der Weltanschauungen*, S. 13. Für weitere Einblicke in die Philosophie Jaspers' siehe auch seine *Einführung in die Philosophie* (1950) und *Philosophie* (1932) sowie die Biographie *Karl Jaspers* (1970) von Hans Saner.

¹⁵⁵ Jaspers, *Einführung in die Philosophie*, S. 28.

vom «Umgreifenden».¹⁵⁶ Er ist das auf das Sein gerichtete Denken. Das Sein ist der Ursprung, das, «was alles zusammenhält, allem zugrunde liegt, aus dem alles, was ist, hervorgeht».¹⁵⁷ Das Sein ist etwas Letztes und Unbedingtes. Es kann nicht gedacht oder erkannt werden, denn es entzieht sich jeglicher Objektivität und Gegenständlichkeit. Damit zielt Jaspers denkend auf das Nichtdenkbare.¹⁵⁸ Dieses Paradox versucht Saner wie folgt verständlich zu machen: «Wenn man das Umgreifende auch nicht erkennen kann, so kann man es doch erhellen. Erhellen ist ein Klären ohne zu erklären, ein Hindenken, ohne das Bedachte bestimmend zu erreichen, ein Vergewissern, ohne zu wissen.»¹⁵⁹ Das Sein des Menschen nennt Jaspers «Existenz». Sie ist mein Sein, «sofern ich mir nicht selbst Objekt werde».¹⁶⁰ Existenzphilosophie ist somit

das alle Sachkunde nutzende, aber überschreitende Denken, durch das der Mensch er selbst werden möchte. Dieses Denken erkennt nicht Gegenstände, sondern erhellt und erwirkt in einem das Sein dessen, der so denkt. In die *Schwebe gebracht* durch Überschreiten aller das Sein fixierenden Welterkenntnis (als philosophische Weltorientierung), *appelliert* es an seine Freiheit (als Existenzerhellung) und schafft den Raum seines unbedingten Tuns im *Beschwören* der Transzendenz (als Metaphysik). [...] Statt meine Existenz zu erkennen, kann ich nur den Prozess des Klarwerdens einleiten.¹⁶¹

Ein Mensch ist «mögliche» Existenz, nicht per se Existenz. Nur in der Verwirklichung dieser Möglichkeit kommt er zu sich.¹⁶² «Was er eigentlich ist, erfährt er [...] nicht im Erdenken seiner selbst, sondern in der Erfahrung seines Selbstseins.»¹⁶³ Die Existenz wird und verliert sich wieder. Sie ist immer einzeln, unersetzbar, geschichtlich und individuell.¹⁶⁴ Die Existenzphilosophie stellt die menschliche Existenz ins Zentrum der Betrachtung. Kenn-

156 Vgl. ebd., S. 30.

157 Ebd., S. 28.

158 Vgl. ebd., S. 31.

159 Saner, Karl Jaspers, S. 86.

160 Jaspers, Philosophie, S. 295.

161 Ders., Die geistige Situation der Zeit (1931), S. 160–163.

162 Vgl. ders., Philosophie, S. 295.

163 Saner, Karl Jaspers, S. 95.

164 Vgl. ebd., S. 97.

zeichnend für sie ist eine gänzlich offen zugewandte Haltung. Sie geht über eine gegenständliche Erfassbarkeit hinaus und lehnt absolute, fixierende Anschauungen ab. Auch wissenschaftliche Erkenntnisse höchster Evidenz reduziert ein mögliches Ganzes. *Die Erkenntnis gibt es nicht, «sondern nur eine Systematik der Wissenschaften. [...] Was immer wir sehen, das sind Aspekte der Erscheinungen, ist nicht der Grund der Dinge, nicht die Welt im Ganzen.»*¹⁶⁵ Erst das Bewusstsein der Grenzen jeglicher Erkenntnis lässt vom Ganzen, und somit von der Existenz, ahnen.¹⁶⁶

Ein Gefühl des Unendlichen und Ewigen wird für Jaspers über die Transzendenz vermittelt. Diese zu berücksichtigen, ist keine wissenschaftliche oder logische Schlussfolgerung, es ist ein Glaube, den Jaspers den philosophischen Glauben nennt.¹⁶⁷ Der philosophische Glaube an Transzendenz ist der Glaube an das Andere, an das Nichtobjektivierbare. Er ist ein Glaube ohne Kirche, Partei oder Dogma. Dieser freie Glaube hat zwei Feinde: die Glaubenslosigkeit und den Glauben an objektivierte Transzendenz.¹⁶⁸ Die Glaubenslosigkeit ist ein negativer Glaube. Sie ist eine Verschleierung der Grenzen des Wissens. Der Glaube an objektivierte Transzendenz führt zu Dogma.

Die Existenz ist wie gesagt nicht objektivierbar. Man kann nicht von ihr sprechen, als wäre sie ein Gegenstand. Um trotzdem eine Aussage über die Existenz, die uns Menschen im Tiefsten etwas angeht, machen zu können, führt Jaspers den Begriff der «Existenzerhellung» ein, die den eigentlichen Kern der Existenzphilosophie bilde.¹⁶⁹ Die Existenz erhellt Jaspers über «Signa der Existenz».¹⁷⁰ Folgend möchte ich zwei elementare Signa erläutern: die Grenzsituation und die existentielle Kommunikation.¹⁷¹

¹⁶⁵ Jaspers, Einführung in die Philosophie, S. 73.

¹⁶⁶ Vgl. Saner, Karl Jaspers, S. 96.

¹⁶⁷ Vgl. ebd., S. 102.

¹⁶⁸ Vgl. ebd., S. 103.

¹⁶⁹ Vgl. Jaspers, Philosophie, S. 293–672.

¹⁷⁰ Vgl. ebd., S. 40. Saner, Karl Jaspers, S. 97

¹⁷¹ Das dritte Signum der Existenz bei Jaspers ist die Freiheit. Diese wird in der vorliegenden Arbeit nicht erläutert, da sie für die Überlegungen zur Arzt-Patienten-Beziehung eine untergeordnete Rolle spielt im Vergleich zur Grenzsituation und zur existentiellen Kommunikation.

2.3.2 Die Grenzsituation

Jaspers führt den Begriff der Grenzsituation in seiner *Psychologie der Weltanschauung* (1919) ein. In seinen späteren philosophischen Hauptwerken *Philosophie* (1932) und *Von der Wahrheit* (1947) erfolgt dessen Einbettung in eine existenzphilosophische Systematik. Zur Erläuterung des Begriffes werde ich zuerst auf die «Situation» eingehen.

Situationen sind konkret, zeitlich und örtlich gebunden. Es gibt unendlich viele mögliche Situationen. Jede menschliche Tätigkeit findet in einer bestimmten Situation statt, die sogleich in die nächste übergeht. Situationen entstehen durch das Zusammenspiel von Mensch und Umwelt. Sie sind unsere «konkrete Wirklichkeit».¹⁷² Grenzsituationen hingegen sind nicht konkret und ihrem Wesen nach unveränderlich. Sie sind uns gegeben durch unsere Existenz und elementarer Bestandteil des Menschseins. Jaspers unterscheidet in der *Philosophie* (1932) konkret folgende Grundtatsachen, die uns zur Grenzsituation werden können: unsere Geschichtlichkeit, der Tod, das Leiden, der Kampf und die Schuld.¹⁷³ Es sind Situationen, die uns an Grenzen führen. Sie erschüttern unseren Alltag, unsere Routine. Nehmen wir sie an, verlieren wir unsere Wohlfühlzone. Es ist dann, als würde uns der Boden unter den Füßen weggezogen. Die Herausforderungen der Grenzsituationen erfordern individuelle Lösungen. Allgemein gültige Antworten oder Verhaltensanweisungen gibt es dafür keine. Entscheidend ist, ob man die Grenzsituationen verschleiert und verdrängt und sich im Leben treiben lässt oder ob man die Möglichkeit wählt, sie zu erleben, um damit zur Existenz, zum Selbstsein hinzuschreiten. In der Grenzsituation besteht die Möglichkeit, das Menschsein in seiner vollen Grösse zu erfahren. «Grenzsituationen erfahren und Existieren ist dasselbe»,¹⁷⁴ schreibt Jaspers.

Die Geschichtlichkeit

Eine erste Grenzsituation stellt die Geschichtlichkeit dar. Damit sind meine Umstände gemeint, und zwar meine Geschichte, meine Herkunft, mein Umfeld, meine Zeit und mein Ort. Diese prägen mich wesentlich und bestimm-

¹⁷² Jaspers, *Philosophie*, S. 468.

¹⁷³ Vgl. ebd., S. 474.

¹⁷⁴ Ebd., S. 469.

men, wer ich bin. Aus dem Bewusstsein meiner Geschichtlichkeit heraustreten kann ich nicht, wenn ich existieren will.

Ich bin so sehr in dieser bestimmten Situation zugleich durch sie, dass ich eher aus ihr ein allgemeines Weltbild in den Perspektiven von Weltbildern gewinne, als dass ich aus dem allgemeinen Weltbild meine Situation zureichend für mein geschichtliches Bewusstsein ableiten könnte.¹⁷⁵

Meine geschichtliche Bestimmtheit bildet den Rahmen, in dem sich mein Denken und Handeln abspielt, und dieser ist insgesamt gesehen relativ eng. Meine Herkunft und Vergangenheit sind nicht zu ändern und nicht zu leugnen. Ein Bewusstsein dessen ist unbedingt notwendig, wenn ich es ernst meine mit meinem Selbstsein und meiner Existenz.

Mein Anfang ist nicht mein Anfang. [...] Ich verhalte mich zu meiner Herkunft ihrer bewusst.¹⁷⁶

Solidarität, ehrfurchtgebietendes Gedenken und Annahme meiner Ahnen gehören dazu, wenn ich mich nicht selbst verleugnen möchte. Diese Auseinandersetzung verläuft nicht nur harmonisch, sondern kann und soll konfliktbeladen und zuweilen schmerzhaft sein. Ohne Konflikte mit meinen Vorfahren betreibe ich Augenwischerei. Meine Bewusstwerdung geht einher mit der Bewusstwerdung meiner Herkunft. Ich bin durch sie bestimmt, wenn auch nicht absolut. Meine Geschichtlichkeit verändert sich mit meinem Wirken. Ich habe eine gewisse Freiheit, meinen Zustand mitzugestalten, wenn diese auch limitiert ist. In sozialen und beruflichen Konstellationen spielt nicht zuletzt der Zufall eine Rolle, den ich nicht beeinflussen kann. Er geschieht ohne mein Wollen. Dessen Bewertung hingegen unterliegt mir.¹⁷⁷

Stelle ich mich selbst dem Zufall gegenüber, als ob er sei, wofür ich nichts könne, so wird mir deutlich, dass eine unermessliche Menge von Zufällen an mir vorbeigeht, und dass ich es bin, der sie sieht oder nicht merkt, sie ergreift oder fahren lässt; mein Weg in der Wirklichkeit scheint wesentlich an mir zu liegen. Aber es liegt

¹⁷⁵ Ebd., S. 475.

¹⁷⁶ Ebd., S. 476.

¹⁷⁷ Der Zufall war in der *Psychologie der Weltanschauung* (1919) eine eigene Grenzsituation. Vgl. Jaspers, *Psychologie der Weltanschauungen*, S. 270–273.

doch keineswegs an mir allein, was wird; vielmehr kann ich mich als Spielball dieser Zufälle fühlen.¹⁷⁸

Es gibt unzählige Zufälle, die unser Leben bestimmen, obwohl wir den Wunsch haben, unser Leben zu kontrollieren – viele Entscheidungen und auch Begegnungen kommen bei näherem Überlegen doch nur durch Zufall zustande. Man könnte denken, das Leben bestehe ausschließlich aus Zufällen. Unsere Handlungsfreiheit erscheint nichtig angesichts dieser Tatsache. Dieses Gefühl ist eine Grenzsituation. Wo bleibt dann mein freier Wille? Bin ich selbstbestimmt? Mein Selbstverständnis zerbröckelt. In diesem Erleben des Zufalls falle ich ins Bodenlose. Den Zufall aber als Vorbestimmung zu deuten, verschleiert die Grenzsituation. Dadurch umgehe ich eine tiefere Auseinandersetzung mit meiner Situation. Mein klarer Blick wird durch eine deterministische Haltung getrübt. Ich glaube, einen Sinn zu erkennen. Ein unsichtbarer Lenker habe das so gewollt, es habe so kommen sollen. Die Konsequenz einer solchen Haltung besteht nicht in meinem Wachstum, meiner Selbstwerdung, sondern es sind vielmehr einfache Erklärungen, die mich beruhigen sollen.¹⁷⁹ Der Weg in die Existenz besteht für Jaspers darin, mit unserer Geschichtlichkeit, ob in Form von Zufall oder Herkunft, eins zu werden.

Als Handelnder bleibe ich mir nicht einfach ein Anderer *gegen* die Situation. [...] Ich und die Umstände gehören zusammen. Das geschichtliche Bewusstsein weiss sich so sehr identisch mit der Besonderheit seines Daseins, dass das Glück und das Unglück nicht mehr als nur Fremdes, Hinzukommendes, sondern als ein zu mir Gehörendes in dem tieferen Gedanken des Schicksals erfasst wird.¹⁸⁰

Die existentielle Haltung zur Geschichtlichkeit ist ja sagen. Ich nehme diese und mit ihr auch mein Schicksal, meine Zufälle, meine Herkunft, meine Zeit und meinen Ort grundsätzlich an, integriere sie in mein Wesen und verstehe sie als zu mir gehörig. Ich ergreife

das Schicksal nicht als bloss äusserliches, sondern als meines im amor fati. Ich liebe es, wie ich mich liebe, da ich nur in ihm meiner existentiell gewiss werde. [...] Das

178 Ders., Philosophie, S. 480.

179 Vgl. ebd.

180 Ebd., S. 481–482.

geschichtliche Bewusstsein als Schicksalsbewusstsein ist das Ernstnehmen des konkreten Daseins. [...] Der amor fati hat in sich als überwundenes Moment und stehen Gegner, der eine harmonische Ruhe in ihm nicht aufkommen lässt, das Neinsagen zu einzelnen Daseinsbedingungen, schliesslich zu meinem ganzen Schicksal, die Möglichkeit des Selbstmords, dann des Haderns und des Trotzes.¹⁸¹

Die Haltung des «amor fati» ist lebensbejahend. Ich akzeptiere die unveränderbaren Tatsachen und handle von hier aus, aus meiner konkreten Situation und nicht aus abstrakten Vorstellungen heraus.

Der Tod

In unseren heutigen westlichen Gesellschaften ist der Tod im Alltag nicht präsent. Er wird verdrängt und der Umgang mit ihm fällt vielen Menschen schwer. Das Kümmern um Leichen übernehmen Institutionen wie Heime, Spitäler und Bestattungsfirmen. Wir leben oft so, als wäre das Leben unendlich. Da nun über Grenzsituationen der Weg in die Existenz und zum Selbstsein führen kann, bringt mich das Vermeiden des Todes um diese Möglichkeit. «Solange der Tod für ihn keine andere Rolle spielt als nur durch die Sorge, ihn zu meiden, solange ist auch für den Menschen der Tod nicht Grenzsituation. »¹⁸²

Der Tod und die Vergänglichkeit aller Dinge sind uns unbegreiflich. Das Bewusstsein, dass alles ein Ende hat, jede Freundschaft, jede Beziehung, jedes Glück, das Leben meiner Liebsten und meiner selbst, dass keine absolute Verlässlichkeit in der Natur zu finden ist, kann uns zutiefst betrüben. Wir hinterfragen den Sinn unseres Lebens angesichts dieser dunklen Aussicht. Wir fallen ins Bodenlose. Der Tod wird zur Grenzsituation.

Jaspers differenziert in Bezug auf den Umgang mit dem Tod zwischen dem Tod des Nächsten und dem eigenen Tod. Stirbt der Nächste, erfahre ich den tiefsten Einschnitt. Ein Trost kann darin gefunden werden, dass nach dem Tod einer geliebten Person eine Verbindung bestehen bleibt, falls mit ihr existentielle Kommunikation erfahren wurde. Diese weckt in mir ein ewig dauerndes Geborgenheitsgefühl. Jaspers schreibt dazu:

181 Ebd., S. 482–483.

182 Ebd., S. 483.

Was zerstört wird durch den Tod, ist Erscheinung, nicht das Sein selbst. Es ist die tiefere Heiterkeit möglich, die auf dem Grund unauslöschlichen Schmerzes ruht.¹⁸³

Der Tod trennt mein physisches Dasein von dem des Geliebten. In der existentiellen Kommunikation mit dem Verstorbenen wurde jedoch eine ewige Verbindung erfahren. Die Kommunikation kann so tief gewesen sein, dass dadurch das Sein als ewige Wirklichkeit vergewissert wurde. Diese Verbindung gibt Anlass für eine «tiefe Heiterkeit». Die Grenzsituation des Todes meines Nächsten wird mir zur existentiellen Erfahrung.

Der Tod ist in das Leben aufgenommen. Das Leben erweist die Wahrheit der Kommunikation, die den Tod überdauert.¹⁸⁴

Mein Tod ist mir gänzlich unbegreiflich. Er ist, obwohl er nicht objektivierbar ist, meine einzige Gewissheit im Dasein. Ich weiss nicht, wann er kommt und was danach folgt. Ich habe in keinerlei Weise Ahnung vom Tod selbst. «Sterbend erleide ich mein *absolutes Nichtwissen* im Fortfall jeder Rückkehr.»¹⁸⁵ Die Vorstellung, als lebloser Körper unter der Erde zu liegen oder als Asche in einer Urne aufbewahrt zu werden, ohne Möglichkeit einer Rückkehr, verstört. Sie ist mit nichts aus meiner lebendigen Erfahrung vergleichbar. Vielleicht ist nur das Nachdenken über meinen Zustand vor meiner Zeugung vergleichbar mit der Unvorstellbarkeit meines Nichts nach dem Tod. Die Vorstellung, dass es mich heute, morgen oder erst in achtzig Jahren, aber mit hundertprozentiger Sicherheit nicht mehr geben wird, lässt mich eine grundsätzliche Unverlässlichkeit in meinem Dasein spüren. Es gelingt uns trotzdem meistens gut, das Denken an den Tod zu verdrängen. Ich flüchte vor ihm in die Verstrickungen des konkreten Daseins und erhebe dieses zum Absoluten, als ob ich ewig leben würde.

Ich verliere mich in der blossen Erscheinung, [...] wenn ich durch Angst und Sorge in Bezug auf endliche Zwecke beherrscht werde, statt dass sie nur das notwendige Daseinsmedium sind, in dem ich mich aufschwinde; wenn ich [...] mich im Dasein gefangen nehmen lasse.¹⁸⁶

183 Ebd., S. 485.

184 Jaspers, Philosophie, S. 484.

185 Ebd., S. 485.

186 Ebd., S. 486.

Das Erheben des Daseins zum Absoluten sowie das Zelebrieren des Todes zeugen von Ignoranz und Mangel an Demut. «Tod kann Tiefe nur haben, wenn keine Flucht zu ihm strebt; er kann nicht aus Unmittelbarkeit und nicht äusserlich gewollt werden.»¹⁸⁷

Statt den Tod zu verdrängen oder zu ihm zu flüchten, sollten wir ihn uns aneignen, sofern wir zu uns kommen wollen. «Dem in der Grenzsituation Existierenden ist der Tod nicht das Nahe und nicht das Fremde, nicht Feind und nicht Freund.»¹⁸⁸ Erst wenn er uns als Grenzsituation in seiner Nichtobjektivierbarkeit Anlass wird, das Leben in seinem Angesicht zu führen und zu hinterfragen, beginnen wir existentiell, für unser Sein, zu leben. Der Tod beginnt, unserer Existenz Tiefe zu geben. Die Haltung zum Tode sind die «Tapferkeit» und die «Gefasstheit» gegenüber dem kommenden absoluten Nichtwissen. Sie bedeuten «wahrhaft zu sterben ohne Selbsttäuschung».¹⁸⁹

Durch die existentielle Aneignung des Todes empfangen wir Geborgenheit, denn der Tod stellt die «Vollendung» der Existenz dar, da nichts Vollendetes leben kann. Dies hat nichts mit einer Todessehnsucht des Lebensmüden zu tun, sondern vielmehr mit dem existenz erfüllten Leben des Lebenssatten.

Der wirkliche Tod ist gewaltsam, er unterbricht; er ist nicht Vollendung, sondern Ende. Aber zum Tode steht Existenz trotzdem als zu der notwendigen Grenze ihrer möglichen Vollendung.¹⁹⁰

Der Tod ist nur als ein Faktum, eine immer gleiche Tatsache, in der Grenzsituation hört er nicht auf zu sein, aber er ist in seiner Gestalt wandelbar, ist so, wie ich jeweils als Existenz bin.¹⁹¹

187 Ebd., S. 491.

188 Jaspers, Philosophie, S. 486.

189 Ebd., S. 488.

190 Ebd., S. 491.

191 Ebd.

Das Leiden

Das Leiden als solches ist auch unabhängig vom Tod ein konstitutives Merkmal unserer Existenz.¹⁹² Wir können nicht sein, ohne zu leiden. Wir leben und leiden an körperlichem oder seelischem Schmerz, an unserer Einsamkeit, an Sinnkrisen, an unserer Ohnmacht, an unserem Scheitern. Wie alle Grenzsituationen verdrängen wir auch das Leiden. Wir flüchten auch hier in die Verheissungen des Daseins, betäuben uns durch Konsum oder Umtriebigkeit und weichen dadurch der Grenzsituation aus. Statt zu leiden, suchen wir für unseren Schmerz einen Schuldigen. Statt zu leiden, fühlen wir Wut. Andererseits können wir das Leiden auch ohnmächtig mitansehen. Wir werden passiv und nihilistisch. In beiden Fällen weichen wir ihm als Grenzsituation aus.

Erst in seiner Aneignung bietet das Leiden als Grenzsituation die Möglichkeit zur Existenz und Selbstwerdung. In der Grenzsituation

ergreife ich mein Leiden als das mir gewordene Teil, klage, leide wahrhaftig, verstecke es nicht vor mir selber, lebe in der Spannung des Jasagenwollens und des nie endgültig Jasagenkönnens, [...] gewinne weder die Ruhe der Harmonie im passiven Dulden noch verfallende ich der Wut im dunklen Nichtverstehen. Jeder hat zu tragen und zu erfüllen, was ihn trifft. Niemand kann es ihm abnehmen.¹⁹³

Das Leiden ist unumgänglich, wenn wir existieren wollen. In der Existenz erst wird es überwunden. Existierend gewinnt das Leid «einen nichtbegriffenen Sinn, da es eingesenkt ist in das Absolute. Mein Leid ist nicht mehr zufällig das Verhängnis meiner Verlassenheit, sondern Daseinserscheinung der Existenz.»¹⁹⁴

¹⁹² Als Jaspers 1919 in der *Psychologie der Weltanschauungen* zum ersten Mal die Grenzsituationen beschrieb, war Leiden noch keine eigene Grenzsituation, sondern Grundsituation des Menschen überhaupt. 13 Jahre später, in der *Philosophie* (1932), war sie eine von mehreren Grenzsituationen. Diese «Zurückstufung des Leidens» ist gemäss Herth und Weidmann assoziiert mit dem verbesserten Gesundheitszustand Jaspers'. Vgl. Herth/Weidmann, *Mit der Krankheit leben – Karl Jaspers im Porträt*, S. 446 (vgl. auch Abschnitt 4.1).

¹⁹³ Jaspers, *Philosophie*, S. 493.

¹⁹⁴ Ebd., S. 494.

Wenn Existenz den Grund erreicht hat, der erfordert ist, um im Glück sie selbst zu bleiben, wird dieses zur Erscheinung des Seins, vor der das erweckende Leiden zurücktritt, um in seinem Schatten das Glück als die transzendent erfüllte eigentliche Positivität des Daseins hervorgehen zu lassen.¹⁹⁵

Der Kampf

Insoweit ich existiere, bin ich verschiedenen Formen des Kampfes ausgesetzt. Der «Kampf im Dasein» sichert mir mein materielles Überleben. Wir können ihn selber führen, uns verteidigen gegen eine konkrete Benachteiligung oder wir können ihn abtreten, z. B. an den Staat, der unsere Interessen sichert. Dabei spielt Gewalt immer eine Rolle. «Will ich leben, so muss ich Nutzniesser einer Gewaltanwendung sein; so muss ich selbst irgendwann Gewalt leiden.»¹⁹⁶

Der «geistige Kampf» findet in der Auseinandersetzung mit anderen Menschen statt und bringt Ideen hervor. Er kann fruchtbar sein und mich durch neue Ideen geistig anregen. Dieser Kampf kann aber auch geführt werden, um Macht zu demonstrieren.¹⁹⁷

Ein weiterer entscheidender Kampf ist der, den jeder Mensch «mit sich» führt.

Ich knicke in mir Möglichkeiten, vergewaltige meine Antriebe, ich forme meine gegebenen Anlagen, stelle in Frage, was ich geworden bin, und bin mir bewusst, nur zu sein, wenn ich mein Sein nicht als Besitz anerkenne.¹⁹⁸

Durch meine Auseinandersetzung mit mir selbst und meinem Leben, durch das Ringen mit meinen Ambivalenzen, nehme ich den Kampf als Grenzsituation an.

Aus der Kampflosigkeit [...] würde die Leere der Existenz entstehen bei vielleicht grosser Fülle der Beziehungen des Daseins zu anderem Dasein. Der Kontrast der

195 Ebd., S. 493.

196 Ebd., S. 501.

197 Vgl. ebd., S. 495. Auch der «liebende Kampf» gehört zur Grenzsituation Kampf. Da der liebende Kampf in der «existentiellen Kommunikation» eine zentrale Bedeutung erhält, wird er in Abschnitt 2.3.3 diskutiert.

198 Ebd., S. 496.

reichen Objektivität dieses Daseins zu seinem Nichtsein im Sinne von Existenz würde ungewusst gefühlt.¹⁹⁹

Die Schuld

Eine weitere Grenzsituation für Jaspers ist die Schuld. Ich kann nicht leben, ohne mich schuldig zu machen. Denn wenn ich lebe, handle ich. Und durch mein Handeln mache ich mich schuldig. Wenn ich gewinne, bin ich schuld am Verlust des Anderen, mein Reichtum ist die Armut eines Anderen, meine Macht ist die Unterwerfung eines Anderen, mein Glück ist das Unglück des Anderen.

Jede Handlung hat Folgen in der Welt, von denen der Handelnde nicht wusste. Er erschrickt vor den Folgen seiner Tat, weil er, obgleich er nicht an sie dachte, sich doch als ihren Urheber weiss.²⁰⁰

Ich kann mich der Schuld nicht entziehen. Sie ist mir gegeben, sofern ich leben will. Ich kann die Schuld aber vergessen oder sie mit dem Glauben an eine ausgleichende Gerechtigkeit verdecken. Beides zeugt von Ignoranz. Ignoranz und Arroganz bestehen in der nihilistischen Auffassung, die jegliche Schuld in meinem Handeln wegdiskutiert: Die Welt ist eben ungerecht. Bin ich mir der Schuld in meinem Handeln hingegen bewusst, erlebe ich die Schuld als Grenzsituation. Ich handle trotzdem, da ich es nicht vermeiden kann, bedenke aber alle Konsequenzen und werde «verantwortungsbewusst».²⁰¹

Zusammengefasst lässt sich festhalten: Es gibt die Grenzsituationen der Geschichtlichkeit, des Todes und des Leidens, die ohne unser Zutun gegeben sind, sowie die Grenzsituationen Kampf und Schuld, die erst durch unser Handeln in der Welt auftreten. Sie stellen etwas Letztes, nicht Überwindbares im Leben dar. Der Mensch geht mit diesen Grenzsituationen in der Weise um, dass er sie lieber verdrängt, vergisst, verschleiert, indem er sich ins Dasein flüchtet und seinen Blick eng hält. Trotzdem drängen sich uns die Grenzsituationen immer wieder auf, denn sie sind unausweichlich. Wenn wir

199 Ebd., S. 505.

200 Ebd., S. 506.

201 Vgl. ebd., S. 507.

mit ihnen konfrontiert werden, ist es, als würde uns der Boden unter den Füßen weggezogen werden. In ihnen ist etwas nicht Lösbares, etwas Endgültiges, das fundamental zu uns gehört. Nehmen wir die Grenzsituation an, so geben wir uns die Möglichkeit, durch eine tiefere Auseinandersetzung zu uns zu kommen, das Selbstsein zu erfahren, zu existieren.

2.3.3 Die Kommunikation

Kommunikation ist ein Schlüsselbegriff, vielleicht *das* «Grundwort von Jaspers' Philosophie». ²⁰² Jaspers war einer der Ersten, der den Begriff der Kommunikation philosophisch behandelte. ²⁰³ Schon früh, bevor er sich als Philosoph bezeichnete, veröffentlichte er eine erste systematische Abhandlung (*Einsamkeit*, 1915/1916), ²⁰⁴ mit dem Fokus auf der Kommunikation als Überwindung der Einsamkeit, unter der Jaspers selbst in seinen jungen Jahren stark litt (siehe Abschnitt 4.1). In seinem Werk *Philosophie* (1932) spricht Jaspers von «existentieller Kommunikation», ein Signum der Existenz. In *Von der Wahrheit* (1947) systematisiert Jaspers den Begriff der Kommunikation weiter. Dort werden neben der «existentiellen Kommunikation» – Jaspers spricht hier von «Kommunikation der Existenz» – auch «immanente», ²⁰⁵ also zweckgebundene Kommunikationsformen sowie die «Kommunikation der Vernunft» behandelt. Letztere ist im Kontext der gesamten philosophischen Entwicklung Jaspers' in der Nachkriegszeit zu betrachten, bei der es ihm um einen neuen Schwerpunkt in seiner Philosophie ging, nämlich um das Verbindende zwischen den Menschen: der Vernunft.

Immanente Kommunikationsformen

Bei den gegenständlichen, immanenten Kommunikationsformen unterscheidet Jaspers die «Kommunikation des Daseins», die «Kommunikation des Bewusstseins überhaupt» und die «Kommunikation des Geistes». Bei der «Kommunikation des Daseins» geht es um meine persönlichen Interessen in

²⁰² Saner, Karl Jaspers, S. 101.

²⁰³ Vgl. Kommunikation, S. 894.

²⁰⁴ Vgl. Bonanni, Zur Genese von Jaspers' Kommunikationsbegriff, S. 57.

²⁰⁵ Saner, Karl Jaspers, S. 100.

einer Zweckgemeinschaft nach dem Motto «Die Not bindet zusammen.»²⁰⁶ Sobald die Gemeinschaft jedoch das Eigeninteresse gefährdet, den egoistischen Zweck nicht mehr erfüllt, wird sie wieder aufgelöst. In der Folge wird eine neue Gemeinschaft gesucht. Bei der «Kommunikation des Bewusstseins überhaupt» geschieht die Mitteilung «in der persönlich uninteressierten Richtung auf eine Sache».²⁰⁷ Das Subjekt und das Eigeninteresse spielen keine Rolle, da das Erkenntnisinteresse das vorherrschende Interesse darstellt. Der Vollzug dieser Kommunikation ist die Argumentation, die zwischen Wissenschaftlern stattfindet und «alle Menschen als Verstandeswesen» verbindet.²⁰⁸ In der «Kommunikation des Geistes» tauscht man sich mit Blick auf grössere Ideen – wie politische Überzeugungen oder religiöse Vorstellungen – aus. An dieser Stelle kann gesagt werden, dass für Jaspers grundsätzlich jegliche Form der immanenten Kommunikation ungenügend ist, da sie die Menschen nur in ihrer Zufälligkeit und ihren partikularen Zielen, nicht aber aus der Tiefe ihrer Existenz heraus verbindet.²⁰⁹

Die existentielle Kommunikation

Die existentielle Kommunikation unterscheidet sich grundsätzlich von den anderen Kommunikationsformen dadurch, dass sie frei, nicht zweckorientiert und nicht planbar ist und die Menschen aus ihrem tiefsten Selbstsein heraus verbindet. Sie ist «nicht vorzumachen und nicht nachzumachen, [...] objektiv unbegreiflich».²¹⁰ Das Erleben der existentiellen Kommunikation ist «durch die Ergriffenheit des Menschen durch ihre Nachwirkung, durch ihre prägende Wirkung für den Menschen als etwas gekennzeichnet, hinter dem tiefliegende Kräfte der Seele wirksam sind».²¹¹ Wir erleben sie als eine Fügung des Schicksals. Sie ist nur möglich, wenn «ein Selbst sich in seiner Freiheit wählt und das andere Selbst in seiner Freiheit will».²¹² Die existentielle Kommunikation kann also nicht geplant werden, und sie hat auch kein in-

²⁰⁶ Jaspers, *Von der Wahrheit*, S. 375.

²⁰⁷ Ebd., S. 376.

²⁰⁸ Ebd., S. 379.

²⁰⁹ Vgl. Saner, *Karl Jaspers*, S. 100.

²¹⁰ Jaspers, *Philosophie*, S. 345.

²¹¹ Ders., *Einsamkeit*, S. 13.

²¹² Saner, *Karl Jaspers*, S. 101.

haltliches Kriterium. Drei Voraussetzungen zur Ermöglichung der existentiellen Kommunikation sollen im Folgenden näher beleuchtet werden:

Erstens: Die Einsamkeit, die wir alle früher oder später auf irgendeine Weise erleben, halten wir schlecht aus und es besteht der Drang, aus ihr zu entfliehen. Diese Flucht kann auf zweierlei Arten geschehen. Der Mensch kann sich unter Aufgabe der Individualität «festen Organisationen, Kirchen und solcherart Gemeinschaften, bedingungslos»²¹³ anschliessen oder aber in der existentiellen Kommunikation die Individualität erhalten. Er kann «nicht in [existentielle] Kommunikation treten, ohne einsam zu sein»²¹⁴ – einsam nicht im Sinne von «soziologischem Isoliertsein»,²¹⁵ sondern als eine Einsamkeit, die entsteht, wenn er «sich seinem gesellschaftlichen Dasein als selbstbewusstes Individuum gegenüberstellt».²¹⁶ Somit ist sie für ein solches Individuum gewollt. Die existentielle Kommunikation überwindet für einen Augenblick dieses Gefühl, aktualisiert es aber gleich wieder, da der Mensch durch sie Existenz erfährt und sich somit noch mehr als selbstbewusstes Individuum erlebt.

Zweitens: Zum «Sich-Offenbarwerden» oder zum «Wirklichwerden des Ich als Selbst»²¹⁷ gehört das Bemühen um Selbsterkenntnis, um «unerbittliche Klarheit»,²¹⁸ es ist «eine vollständige Offenheit sich selbst und dem andern gegenüber, [...] Offenheit der Gefühle und Gefühlsnuancen, als Offenheit dem Unbewussten gegenüber».²¹⁹ Das Offenbarwerden selbst ist Bedingung für die existentielle Kommunikation. Umgekehrt aber werde ich mir offenbar durch sie.²²⁰ Negativ formuliert: Offenbarwerden ist nicht Verschlussenheit, kein Aufstülpen von Masken, kein Errichten von Sicherungen, es ist nicht die Fixierung auf mein «Sosein», auf ein So-bin-ich-eben.²²¹ Offenbarwerden ist aber auch kein profanes Sichmitteilen und auch kein «prostituierendes Sich-Ausschütten aus undiszipliniertem Drang, der nur aus der

²¹³ Jaspers, *Einsamkeit*, S. 12.

²¹⁴ Ders., *Philosophie*, S. 348.

²¹⁵ Ebd., S. 347.

²¹⁶ Jaspers, *Einsamkeit*, S. 11.

²¹⁷ Ders., *Philosophie*, S. 350.

²¹⁸ Ebd., S. 350.

²¹⁹ Ders., *Einsamkeit*, S. 25.

²²⁰ Vgl. ders., *Philosophie*, S. 350.

²²¹ Vgl. ebd., S. 350.

Einsamkeit, um jeden Preis [...] hinaus will».²²² Gegenüber solcher triebartigen und gefälschter Befriedigung ist die Einsamkeit vorzuziehen – eine Einsamkeit allerdings, die ständig Fühler ausstreckt für Situationen, «wo Menschenseelen vielleicht sich treffen möchten».²²³ Das Offenbarwerden ist bei Jaspers ein Risiko und erfordert Mut. Er schreibt dazu:

Durch den möglichen Missverständnis *wage* ich im Offenbaren würdelose Situationen: Ich teile mich mit und bleibe ohne Wiederhall, werde mit dem Gesagten und Getanen verachtet, verlacht. [...] Keine Seelennähe entsteht ohne einen Augenblick dieses Risikos einer würdelosen Situation. Denn wer sich nicht verschwendet und einmal erfährt, dass er sich schamvoll zurückziehen muss, dem wird kaum einmal existentielle Kommunikation gelingen.²²⁴

Drittens: Der «liebende Kampf» bildet den Kern der existentiellen Kommunikation. So bezeichnet Jaspers die Liebe als den «substanzielle[n] Ursprung des Selbstseins in der Kommunikation».²²⁵ Für den «liebenden Kampf» formuliert er ein paar Regeln:

Es wird nie Überlegenheit oder Sieg gewollt. [...] Es werden alle Karten aufgedeckt. [...] Gar keine berechnende Zurückhaltung wird geübt. [...] Jeder dringt in sich selbst mit dem Anderen. [...] Dieses Kämpfen kann nur auf völlig gleichem Niveau stattfinden. [...] Grenzenlos Rede und Antwort zu stehen gehört zur echten Kommunikation. Wenn die Antwort nicht im Augenblick sogleich vollzogen ist, bleibt sie Aufgabe, die nicht vergessen wird.²²⁶

Es ist ein Kampf um Wahrheit, um gegenseitige Durchsichtigkeit in gegenseitigem Vertrauen. Besondere Betonung liegt auf der Symmetrie zwischen den kommunizierenden Parteien. Symmetrische Kommunikation erst steht im Lichte der Liebe. Bei der asymmetrischen Kommunikation spielen Machtansprüche mit. Jaspers schreibt: Das «Bedürfnis nach dem anderen auf dem gleichen Niveau ist ein konstituierendes Merkmal der Liebe. [...] Aus ihrem Wesen ist es zu verstehen, dass der Liebende keine Anbetung, keinerlei Hö-

222 Ders, Einsamkeit, S. 20.

223 Ebd., S. 19.

224 Ders., Philosophie, S. 362.

225 Ebd., S. 358.

226 Ebd., S. 351–352.

herstellung, Verehrung verträgt.»²²⁷ Demgegenüber steht die Macht, die die Menschen in Kommunikation auf ungleichem Niveau überführt. Sie kann zwar Einsamkeit aufheben, jedoch keine existentielle Kommunikation bewirken. Der Machtmensch

entrinnt der Einsamkeit, indem er alle andern assimiliert, sie als Teile von sich unterwirft, aber auch gelten lässt. Er entrinnt der Einsamkeit, indem er sein Ich zu einem Riesenorganismus, in dem alle anderen Teile von ihm selbst sind, erweitert, indem er seine Einsamkeit zur Welteinsamkeit steigert.²²⁸

Ebenso wenig existentiell ist der Masochist, der «sich einem Führer, einem Meister, einer katholischen Kirche, einem Gewaltherrscher unterwirft. Er will letztthin nicht mehr Individuum, sondern Teil sein».²²⁹ Asymmetrische Beziehungen können auch als Liebe verkannt werden. Jaspers hat dabei vor allem die christliche Caritas im Kopf. «Leicht schlägt [...] dann die Liebe um in Güte und Ritterlichkeit, aber damit sind Machtinstinkte [...] zur Geltung gekommen und die Liebe damit aufgehoben oder beiseite gedrängt.»²³⁰ In dem Aufsatz *Einsamkeit* (1915/1916) wird ausdrücklich auf die Liebe bei Jesus Bezug genommen, die Individualität auflöst:

Jesus nimmt sich als Vorbild, als Autorität für die anderen. [...] Die Liebe bei Jesus [...] ist die Sphäre der Macht, und zwar in den alleräußersten extremsten Polen: als alles assimilierende Macht des Vorbilds und Propheten, als alles wegwerfende Demut (des umgekehrten Machtinstinktes) in sich opfernder Liebe.²³¹

Dem stellt Jaspers die Liebe Sokrates' gegenüber, eine Liebe, die Individualität bewahrt und fördert. «Sokrates weist es von sich, Prophet zu sein, er hat auch nicht Schüler als Anhänger und Nachbeter» und will «nur die Keime und Kräfte beim andern wachrufen. [...] Mitteilen, fragen, prüfen kann Sokrates, aber Über- und Unterordnung will er nicht. Er erzieht zur vollen

227 Ders., *Einsamkeit*, S. 17–18.

228 Ebd., S. 16.

229 Ebd.

230 Ebd., S. 18.

231 Ebd., S. 23.

Verantwortung der Individualität.»²³² Man kann sagen, dass Jaspers im sokratischen Dialog das Vorbild seines «liebenden Kampfes» sieht.

Die Kommunikation, vor allem die Möglichkeit der existentiellen Kommunikation, ist ein zentrales Anliegen Jaspers'. Er versteht den Menschen nicht nur als Individuum, sondern auch als gemeinschaftliches Wesen. Die Existenz gelingt deshalb nicht in der Vereinzelung, sondern nur im Austausch mit anderen. Jaspers schreibt: «Ich kann nicht ich selbst werden, ohne in [existentielle] Kommunikation zu treten.»²³³

232 Jaspers, *Einsamkeit*, S. 23–24. Diese Position Jaspers' ist auch schon kritisiert worden. Für Saner ist diese Liebe «ein Prozess ohne Mitleid, ohne Barmherzigkeit und ohne Selbstlosigkeit, ein gnadenloses ›Schwermachen‹, das aus der Einsicht lebt, dass ich ›dem Existierenden [...] nicht helfen‹ kann. Ein aristokratischer Stolz und eine oft etwas fassadenhafte Würde passen eigentlich nicht zur Grundeinsicht, dass wir endliche und damit bedürftige Wesen sind. Eine gewisse norddeutsche, protestantische Distanz des Herzens scheint hier die Mitmenschlichkeit aller Wärme zu berauben und das Dasein aller Menschenliebe»; Saner, *Zur Dialektik von Einsamkeit und Kommunikation bei Karl Jaspers*, S. 66.

233 Jaspers, *Philosophie*, S. 348.

3 Krankheitsgeschichte

Im Folgenden soll Jaspers' Krankheit behandelt werden. Zunächst soll auf die Symptome eingegangen, daraufhin die damaligen Befunde, die Diagnose und Therapie erläutert und zum Schluss eine in der Literatur erstmalige Interpretation vom Standpunkt der heutigen Medizin gewagt werden.

3.1 Eine historische Anamnese

Da keine umfassenden medizinischen Berichte von Jaspers' Ärzten erhalten sind, bildet die wichtigste Quelle für die Aufarbeitung seiner Krankheit die umfangreiche autobiographische *Krankheitsgeschichte* (1938). Ausserdem werde ich auf weitere Ego-Dokumente aus dem Sammelwerk *Schicksal und Wille* (1967) zurückgreifen. Da Jaspers selbst Arzt war, sind diese Aufzeichnungen besonders aussagekräftig. Ergänzend verwende ich noch nicht veröffentlichtes Material aus dem Deutschen Literaturarchiv – insbesondere Atteste, Zeugnisse, EKG- und Röntgenbefunde – sowie die Biographie *Karl Jaspers* (1970) von Hans Saner. Für die Beleuchtung seiner Krankheit aus heutiger Perspektive habe ich die aktuelle Literatur herangezogen.

In seiner *Philosophischen Autobiographie* (1977) schreibt Jaspers:

Alle Entschlüsse meines Lebens waren mitbedingt durch eine Grundtatsache meines Daseins. Von Kindheit an war ich organisch krank.²³⁴

Seit dem Säuglingsalter litt er unter katarrhalischen Infektionen der Atemwege.²³⁵ Bereits als Kind hustete er oft. Influenza-Infektionen, von denen er sich

²³⁴ Ders., *Philosophische Autobiographie*, S. 12.

²³⁵ Vgl. Saner, *Karl Jaspers*, S. 12. Vgl. Jaspers, *Krankengeschichte* (1938), 112, 115.

nur langsam erholte, sind ab der frühen Jugend dokumentiert.²³⁶ Im Alter von 15 Jahren begann er erhöhte Mengen an Sputum (bis 50 Milliliter) auszuspuken;²³⁷ sein Kardinalsymptom, wie er selbst feststellte:

Hauptsymptom ist die eitrig-muzinöse Sekretion der Bronchien. Diese Sekretion ergibt täglich eine Menge von 30 bis 50 ccm. [...] Das Sekret sammelt sich an, ohne Hustenreiz zu bewirken. Dann entleert es sich bei einer Bewegung, bei zufälligem Bücken, beim Lachen plötzlich in grosser Menge; es ist dann flüssig, kann mit Bücken wie ein Strahl aus dem Munde laufen.²³⁸

Eindrücklich beschrieb er auch das Sekret in Konsistenz, Farbe und Geruch:

Die Art des Sekrets wechselt. Je mehr sich ansammelt, desto flüssiger und formloser wird es. Bei häufiger Entleerung bleibt es geballt und zäh. Normalerweise ist es muzinös, im Verlauf einer Infektion wird es eitrig, bis zu rahmig-eitrig. Die Farbe wechselt. Sie ist gelb mit einem Stich ins Grüne und sehr hell. Zuweilen fluoreszierend. Oder die Farbe ist dunkel, grünlich, schmutzfarbig. Bei der Ansammlung nimmt das Sekret putriden Geruch an. Es ist in normalen Zeiten sorgfältiger Expektorator zu erreichen, dass es fast geruchlos ist.²³⁹

Manchmal war das Sputum auch blutig tingiert, was Jaspers verängstigte. 1918 kam es sogar zu einer einmaligen schweren Bronchialblutung.²⁴⁰

Das mehrmalige bewusste Expektorieren, das heisst das Lösen und Auswerfen des sich in den Bronchien ansammelnden Schleims durch gezieltes Husten, wurde alltägliche Routine.²⁴¹ Der Verlauf des Hustens war über die Jahre stabil, Exazerbationen traten dank der Umsetzung seiner «hygienischen Lebensbedingungen» immer seltener auf.²⁴² Beim produktiven Husten blieb es jedoch nicht, wie aus der *Krankheitsgeschichte* (1938) zu erfahren ist:

²³⁶ Vgl. Jaspers, *Krankheitsgeschichte* (1938), S. 112; vgl. Jaspers, *Studium 1901–1907*. Teil 2, S. 42.

²³⁷ Vgl. Jaspers, *Krankheitsgeschichte* (1938), S. 114.

²³⁸ Ebd., S. 114.

²³⁹ Ebd.

²⁴⁰ Vgl. ebd., S. 124.

²⁴¹ Vgl. ebd., S. 121.

²⁴² Vgl. ebd., 113, 125.

Nicht nur die Bronchialschleimhaut, sondern alle Schleimhäute sind empfindlich. Chronischer Schnupfen besteht seit der Jugend, ebenfalls chronische Eiterung der Siebbeinzellen und seit spätestens 1916 auch der Stirnhöhlen.²⁴³

Die chronischen Rhinosinuitiden führten zu Nasenpolypen, weshalb er mindestens viermal operiert werden musste. Wegen Otitis media waren zwei Parazentesen nötig.²⁴⁴ Auch kardiale Beschwerden machten sich bereits in der Jugend bemerkbar. Jaspers erinnerte sich später: «Herzschmerzen und Extrasystolen erinnern mich jederzeit an das Herz.»²⁴⁵ Seine reduzierte körperliche Leistungsfähigkeit, seit dem 15. Lebensjahr auffällig,²⁴⁶ sprach er ebenfalls der Herzschwäche zu.

Kurzatmigkeit nach geringem Treppensteigen, länger anhaltend, zuweilen schon nach blossem Gehen; schnelle Ermüdung, schon nach einem halben Kilometer Weg; Bedürfnis, jeden Gang durch Sitzen zu unterbrechen; in der Ermüdung entstehendes Missbehagen, eingefallene Augen und ein gespanntes Gefühl in der Gesichtshaut.²⁴⁷

Im Vergleich zu den Atemwegs- und Herzproblemen waren Symptome des Magen-Darm-Trakts vergleichsweise unbedeutend. Jaspers vertrug nur «leichte Kost»,²⁴⁸ hatte einen unregelmässigen Stuhlgang, gelegentlich mit Schleimabgang, litt auf Reisen oft unter plötzlich eintretender Diarrhoe und hatte wiederholt Unterbauchschmerzen, die allerdings nach dem Stuhlgang sistierten; all diese Beschwerden waren aber nie von Dauer. Das Integument zeigte sich seit der Jugend leicht zyanotisch verfärbt. Eine Verdickung der Endphalangen fiel im Alter von 18 Jahren auf. Aus der frühesten Kindheit sind Ekzeme an Kopf und Kniekehlen beschrieben. Im späten Alter litt er unter wiederholten Magenblutungen,²⁴⁹ unter rezidivierender Divertikuli-

²⁴³ Ebd., S. 115.

²⁴⁴ Vgl. ebd., S. 113.

²⁴⁵ Ebd., S. 116.

²⁴⁶ Vgl. ebd., S. 113.

²⁴⁷ Ebd., S. 116.

²⁴⁸ Ebd., S. 117.

²⁴⁹ Vgl. Saner, *Sterben können* (1973), S. 318–319.

tis²⁵⁰ sowie unter rheumatischen Beschwerden mit Schmerzen in den Schultern, Armen, Beinen und in den Händen, die ihn beim Schreiben behinderten.²⁵¹ In den letzten Monaten seines Lebens erlitt er mehrere Hirnschläge, die zur kompletten Pflegebedürftigkeit und schliesslich im Alter von 86 Jahren zum Tod führten.²⁵²

3.2 Zeitgenössische Diagnose und Therapie

Schon früh suchte die Familie wegen des aussergewöhnlichen Hustens den Kinderarzt Scheer auf. Dieser ging davon aus, dass das Sputum aus dem Magen komme, und beruhigte seinen Patienten.²⁵³ 1901 untersuchte der Freund der Familie, Lungenarzt und Begründer der Glykosidtherapie Albert Fraenkel den auffälligen Husten des damals 18-Jährigen und diagnostizierte «Bronchiektasien mit sekundärer Herzinsuffizienz».²⁵⁴ Nach Durchsicht der oben erwähnten Quellen muss davon ausgegangen werden, dass die Diagnose der Bronchiektasien anamnestisch aufgrund des massenhaften Sputums gestellt wurde. Die sekundäre Herzinsuffizienz beruhte wahrscheinlich auf folgendem pathophysiologischen Zusammenhang: Bei schweren Lungenerkrankungen kann es zu einer Zunahme des pulmonal-arteriellen Widerstandes kommen, was zu einer Belastung und später zu einer Insuffizienz der rechten Herzkammer führt. Anamnestisch bestanden bei Jaspers Palpitationen, gelegentlich Herzschmerzen sowie eine Leistungsintoleranz,²⁵⁵ was allgemein einer Herzpathologie zugesprochen werden kann. Bei der körperlichen Untersuchung zeigte sich nur ein diskreter Befund: zyanotisches Integument, Trommelschlägerfinger und ein Emphysem (wahrscheinlich perkutatorisch). Rasselgeräusche, die für Lungenpathologien oder Herzinsuffizienz gesprochen hätten, traten nur selten, nämlich nach Erkältungen,

250 Vgl. ders., Karl Jaspers, S. 64–67. Vgl. Anhang, Medizinische Befunde, Abbildungen 7-6 bis 7-8.

251 Vgl. ders., *Sterben können* (1973), S. 319. Vgl. ders., Karl Jaspers, S. 64.

252 Vgl. Saner, *Sterben können* (1973).

253 Vgl. Jaspers, *Krankheitsgeschichte* (1938), S. 128–131.

254 Vgl. Saner, Karl Jaspers, S. 17; vgl. Jaspers, *Krankheitsgeschichte* (1938), S. 113.

255 Vgl. Jaspers, *Krankheitsgeschichte* (1938), S. 116.

auf.²⁵⁶ Ödeme, ein typisches Zeichen bei Herzinsuffizienz, zeigten sich bis 1938 nicht.²⁵⁷

Ein erstes Röntgenbild der Lunge wurde 1906 erstellt. Dabei fiel lediglich eine «kirschgrosse, scharf begrenzte verkalkte Stelle [...] rechts unterhalb des Schlüsselbeins»²⁵⁸ auf; diese könnte für eine abgelaufene Tuberkulose sprechen, war jedoch auf späteren Röntgenbildern nicht mehr zu sehen. Das Herz sei trotz der vermeintlichen Herzinsuffizienz zu klein gewesen. Ein späteres Röntgenbild unbekanntes Datums zeigt, passend zu Bronchiektasien, «langgestreckte dünne zylindrische Erweiterungen der Bronchien (über die ganzen Lungen verbreitet)».²⁵⁹ Fokale Pathologien fehlten, weshalb Jaspers die Ursache seiner Bronchiektasien als konstitutionell bedingt interpretierte:

Die Bronchiektasen sind auf allen Lappen verbreitet, als solche kaum erkennbar und daher durchaus verschieden von den Bronchiektasen, die man lokalisieren und gar operieren kann. Es muss sich bei mir um eine konstitutionelle Anlage der gesamten Lungen handeln.²⁶⁰

Operieren und heilen konnte man also nicht. Aber behandeln musste man diese Krankheit trotzdem, denn schon damals ging man von einer infausten Prognose aus. Bei Virchow hatte Jaspers gelesen: «Spätestens in den dreissiger Jahren ihres Lebens gehen diese Kranken an allgemeiner Vereiterung zu Grunde.»²⁶¹ Der Ernst seiner Erkrankung wurde ihm allmählich klar. Fortan suchte er nach einer optimalen Therapie. Fraenkel erklärte ihm, worauf es ankam: «[f]ür Entleerung der Bronchien sorgen».²⁶² Darüber hinaus erkannte Jaspers die Bedeutung einer wirkungsvollen Infektprophylaxe. Wegen des kranken Herzens schien ihm das Vermeiden von körperlichen Anstrengungen notwendig. Es musste insgesamt für «hygienische Lebensbedingun-

²⁵⁶ Vgl. ebd., S. 118.

²⁵⁷ Vgl. ebd., S. 117.

²⁵⁸ Vgl. ebd., S. 118.

²⁵⁹ Vgl. ebd.

²⁶⁰ Ebd., S. 114.

²⁶¹ Ebd., S. 123.

²⁶² Ebd., S. 121.

gen»²⁶³ gesorgt werden (siehe Abschnitt 4.3). Wirkungsvolle medikamentöse Therapien waren zu jener Zeit nicht vorhanden. Lediglich Codein wurde bei nächtlichen Hustenanfällen angewandt.²⁶⁴ Eine stärkere Bronchialblutung 1918 erforderte die Injektion von Morphin.²⁶⁵ Bronchitiden wurden zu Beginn mit Terpentinölinhalationen behandelt, jedoch erfolglos. Aufgrund seiner eigenen Erfahrung entwickelte Jaspers die Auffassung, dass diese sogar kontraproduktiv seien und zu mehr Erkältungen führten. Sie wurden von da an ganz vermieden.²⁶⁶ Auch Kuren im Badenweiler, die Fraenkel ihm verordnete, empfand er als nicht zielführend, weshalb einem ersten Aufenthalt dort keine weiteren folgten.²⁶⁷

Möglicherweise bestand bei Jaspers eine Infertilität. Er und seine Frau Gertrud hatten keine Kinder, obwohl sie zum Zeitpunkt ihrer Heirat beide erst 27 respektive 31 Jahre alt waren.²⁶⁸ In der Literatur findet sich kein Hinweis zu diesem Thema. Bisher unveröffentlichte Briefe, die dem Deutschen Literaturarchiv vorliegen, zeigen jedoch den eindeutigen Kinderwunsch bei den Jaspers'.²⁶⁹ Besonders Gertrud Jaspers litt darunter, dass dieser nicht in Erfüllung ging.²⁷⁰ Das Nachwuchsthema erschien in den Briefen immer im Zusammenhang mit den Gebärmuttermyomen von Gertrud Jaspers, auch wenn keine eindeutigen Worte fallen, die sie als Problem identifizierten. Die Myome konnten 1914 erfolgreich entfernt werden, und die Gebärmutter blieb dabei erhalten.²⁷¹ Trotzdem kam es nie zu einer Schwangerschaft. Es muss also zumindest in Betracht gezogen werden, dass die Ursache der Infertilität bei Karl Jaspers' Grunderkrankung lag.

263 Vgl. ebd., S. 125.

264 Vgl. ebd., S. 133.

265 Vgl. ebd., S. 124.

266 Vgl. ebd., S. 133.

267 Vgl. Jaspers, Studium 1901–1907. Teil 1, S. 13; vgl. Heubner, Albert Fraenkel, S. 8.

268 Vgl. Saner, Karl Jaspers, S. 24–26.

269 Vgl. Anhang, Transkripte aus den Familienbriefen, Brief vom 17. 11. 1913.

270 Vgl. Anhang, Transkripte aus den Familienbriefen, Brief vom 12. 12. 1914.

271 Vgl. Anhang, Transkripte aus den Familienbriefen, Postkarte vom 12. 05. 1914.

3.3 Die Krankheit aus heutiger Perspektive

Der wesentliche Symptomenkomplex bei Jaspers besteht aus Problemen der oberen und unteren Atemwege. Das Leitsymptom war die lebenslängliche massive Sputumproduktion:²⁷² ein Phänomen, das als Folge der Bronchiektasien betrachtet werden kann. Dazu passend wurden radiologisch die typischen «Doppelkonturen» der Bronchien beschrieben.²⁷³ Grundsätzlich kann bei Bronchiektasien zwischen angeborenen (meistens diffus in der Lunge) und erworbenen (meistens fokal) Formen unterschieden werden. Die erworbenen Formen entstehen in der Regel nach schweren bakteriellen oder viralen Pneumonien in der Kindheit. Die 1906 festgestellte kirschgrosse Verkalkung im rechten Oberlappen könnte aus einer abgelaufenen Tuberkulose stammen. Sie erklärt Jaspers' Husten jedoch nicht hinreichend, da sie für seine Symptomatik zu klein und in späteren Röntgenbildern, trotz Persistenz der Symptomatik, nicht mehr vorhanden war.²⁷⁴ Hinweise für ein fokales Geschehen, das die Symptomatik erklärt, lassen sich auch aus der Einsicht in noch vorhandene Röntgenbilder aus den Jahren 1948, 1952 und 1953 nicht finden.²⁷⁵ Vielmehr waren die Erweiterung der Bronchien diffus, wenn auch basal betont, erkennbar. Weitere entscheidende Symptome waren die ständige Produktion von Nasensekret und die wiederholte Bildung von Nasenpolypen als Folge einer chronischen Rhinosinusitis.

Im Folgenden sollen auf der Basis der heutigen Erkenntnisse die wichtigsten Differentialdiagnosen, die sowohl die oberen als auch die unteren Atemwege betreffen und typischerweise zu diffus angelegten Bronchiektasien führen, diskutiert werden.

²⁷² Vgl. Jaspers, Krankheitsgeschichte (1938), S. 114.

²⁷³ Vgl. ebd., S. 118. In den vorliegenden Röntgenbildern sind Ektasien der Bronchien ersichtlich. Vgl. Anhang, Medizinische Befunde, Röntgen Thorax von 19.03.1948, 25.11.1952 und 23.07.1962.

²⁷⁴ Vgl. ebd.

²⁷⁵ Vgl. Anhang, Medizinische Befunde, Röntgen Thorax von 19.03.1948, 25.11.1952 und 23.07.1962.

3.3.1 Cystische Fibrose

Die häufigste angeborene Ursache von Bronchiektasien ist die Cystische Fibrose (CF).²⁷⁶ Ihre Inzidenz variiert stark und ist bei Kaukasiern am höchsten.²⁷⁷ In der Schweiz liegt sie bei ca. 1:3500 Neugeborenen.²⁷⁸ Es handelt sich um eine autosomal-rezessive Erkrankung, die mit einer Mutation im CFTR-Gen einhergeht und in einer Veränderung im zellulären Chloridkanal resultiert. Dieser kommt ubiquitär vor und hat zur Folge, dass Chlorid vermindert sezerniert wird, somit der osmotische Gradient für Wasser fehlt und in der Folge die Viskosität von Schleim (Mucus), der in diversen Organen produziert wird, zunimmt (daher auch der andere Name für CF: «Mukoviszidose»). Im Vordergrund stehen hierbei pulmonale Symptome. Der zähflüssige Schleim in den Bronchien kann nur beschwerlich eliminiert werden, bleibt darum oft in den Lungen liegen und bildet einen optimalen Nährboden für rezidivierende bakterielle Infektionen, die zunehmend das Lungengewebe zerstören. Die typische Folge sind Bronchiektasien. In den oberen Atemwegen besteht ebenfalls eine Störung der Schleim-Clearance, was zu chronischen Rhinosinuitiden und Nasenpolypen führt. Weitere häufige Symptome sind Gedeihstörungen, bedingt durch eine exokrine Pankreasinsuffizienz, Obstipation und Cholestase (aufgrund von eingedicktem Sekret) sowie Infertilität: bei Frauen aufgrund von verändertem Cervixmucus, bei Männern wegen einer obstruktiven Azoospermie, teilweise auch wegen einer bilateralen Aplasie des Ductus deferens. Seltener Probleme sind Diabetes mellitus, eine CF-assoziierte Arthritis, Osteoporose, sekundäre Amyloidose und Leberfibrose.

In der Schweiz werden alle Neugeborenen seit 2011 mittels des Trypsinogentests auf CF gescreent.²⁷⁹ Bei positivem Befund erfolgen Schweiß- und Gentests. Zur Mobilisierung des Sekrets in den Bronchien werden Physiotherapie sowie Inhalationen mit Beta-Mimetika, hochprozentigem Natriumchlorid, Mannitol sowie Dornase alfa angewandt. Bei Infektionen wird früh-

²⁷⁶ Vgl. Amalakuhan u. a., Update in Bronchiectasis 2014, S. 1155.

²⁷⁷ Vgl. Mirtajani u. a., Geographical distribution of cystic fibrosis; The past 70 years of data analysis, S. 105–112; vgl. Stephenson u. a., The changing epidemiology and demography of cystic fibrosis, e93.

²⁷⁸ Vgl. Jong/Kuehni, Evaluationsbericht 2017. CF Neugeborenen Screening, S. 24.

²⁷⁹ Vgl. Ruegg u. a., CF Neugeborenen Screening Evaluation, S. 24–28.

zeitig eine resistenzgerechte antibiotische Therapie verordnet. Steroide kommen nur bei gleichzeitig bestehendem Asthma bronchiale oder Allergischer Bronchopulmonaler Aspergillose zum Einsatz. Bei der G551D-Mutation verbessert Ivacaftor die Funktion des CFTR-Kanals.²⁸⁰ Als letzte Option gilt die Lungentransplantation. An weiteren genbasierten Therapien wird intensiv geforscht. Die Behandlung von oberen Atemwegsinfekten erfolgt entsprechend der Symptomatik: Nasenspülungen, Glukokortikoidnasensprays, operative Sanierung von Polypen, antibiotisch gemäss Richtlinien bei Sinusitis und Otitis media. Bei gastrointestinalen Beschwerden muss auf eine ausreichende Flüssigkeitszufuhr sowie genügend Ballaststoffe geachtet werden. Bei exokriner Pankreasinsuffizienz und Gedeihstörungen sollte eine Ernährungsberatung eine kaloriendeckende Ernährung sicherstellen. Pankreasenzyme sowie fetthaltige Vitamine und die Spurenelemente Selen und Zink werden substituiert. Bei Kinderwunsch muss oft eine In-vitro-Fertilisation erfolgen. Die Lebenserwartung bei CF hat sich kontinuierlich verbessert. In den 1960er Jahren lag das mittlere Überleben bei unter fünf Jahren.²⁸¹ Heute können Neugeborene damit rechnen, über fünfzig Jahre alt zu werden.²⁸²

3.3.2 Primäre Ziliäre Dyskinesie

Die wichtigste Differentialdiagnose nach der CF bei primären Bronchiektasien mit Beteiligung der oberen Atemwege ist die Primäre Ziliäre Dyskinesie (PCD). Es handelt sich dabei um eine genetische Erkrankung, die ebenfalls meist autosomal-rezessiv vererbt wird. Ihre Prävalenz liegt bei 1:15'000–30'000.²⁸³ Ihr können über dreissig verschiedene Mutationen zugrunde liegen, die zu Veränderungen der Zilien führen. Da diese in den Bronchien normalerweise für den Abtransport des Schleims zuständig sind, bleibt dieser bei der PCD in den Bronchien liegen. Er kann aber bei Husten aufgrund seiner normalen Konsistenz gut ausgeschieden werden – im Gegensatz zur CF, bei der das Sekret meist sehr zäh ist. Im Hals-Nasen-Ohren-Bereich sind eben-

280 Vgl. Boeck/Amaral, Progress in therapies for cystic fibrosis, S. 662–671.

281 Vgl. Stephenson u. a., The changing epidemiology and demography of cystic fibrosis, e88.

282 Vgl. ebd., e91.

283 Vgl. Bush u. a., Primary ciliary dyskinesia: current state of the art, S. 1136.

falls Zilien für den Abtransport des Schleims verantwortlich, weshalb chronische Rhinosinuitiden und Nasenpolypen auch bei Menschen mit PCD typisch sind. Die Zilienstruktur findet man ausserdem im Spermenschwanz als Geissel, wo sie für die Fortbewegung verantwortlich ist. Aus diesem Grund besteht eine Einschränkung der Spermienbeweglichkeit, was bei Männern in vielen Fällen zu Infertilität führt. Bei Frauen sind gestörte Zilien in den Eileitern vorhanden, was zu ektopen Schwangerschaften führen kann. Ferner kann bei der PCD in 50 Prozent der Fälle ein Situs inversus vorliegen.²⁸⁴ Dieser beruht auf embryologischen Prozessen, die mit den Zilienproteinen korrelieren. Zusammen mit Nasenpolypen und Bronchiektasien ist diese Trias unter dem Begriff Kartagener-Syndrom bekannt. Bei klinischem Verdacht eignet sich zur Diagnostik eine nasale Stickstoffmonoxidmessung. Fällt diese positiv aus, werden den Bronchien oder der Nase Biopsate entnommen und elektronenmikroskopisch nach Strukturfehlern untersucht. Da nicht alle Mutationen bekannt sind, gehören Gentests nicht zum Standard. Die Atemphysiotherapie, die sekretolytische Inhalationstherapie sowie Nasenspülungen sind die wichtigsten Langzeittherapien. Bei bakteriellen respiratorischen Infekten kommen antibiotische Therapien zum Einsatz. Die Therapie der oberen Atemwege und bei Kinderwunsch unterscheidet sich nicht von der CF. Der Verlauf der PCD ist meistens gutartig, die Lungenfunktion kann oft über Jahre stabil bleiben.²⁸⁵

3.3.3 Immundefekte

Des Weiteren muss man bei der Untersuchung von Jaspers' Erkrankung auch Immundefekte in Betracht ziehen. Am besten beschrieben sind Bronchiektasien in Kombination mit Erkrankungen der oberen Atemwege beim variablen Immundefektsyndrom (englisch: Common Variable Immundeficiency, CVID).²⁸⁶ Das CVID ist ein heterogener primärer Immundefekt. Verschiedene, meist erworbene, genetische Veränderungen können ihm zugrun-

²⁸⁴ Vgl. Bush u. a., Primary ciliary dyskinesia: diagnosis and standards of care, S. 982.

²⁸⁵ Vgl. Ellerman/Bisgaard, Longitudinal study of lung function in a cohort of primary ciliary dyskinesia, S. 2376–2379.

²⁸⁶ Vgl. Panigrahi, Common variable immunodeficiency disorder – An uncommon cause for bronchiectasis, S. 394–396.

de liegen. Die Prävalenz beträgt ca. 1:25'000. Kennzeichnend ist ein Mangel an verschiedenen Immunglobulinen. Typische Symptome sind Pneumonien und Sinusitiden. Bronchiektasien treten im Verlauf aufgrund von wiederholten Pneumonien bei bis zu drei Viertel aller Patienten auf. Oft kommt es ausserdem zu gastrointestinalen Problemen wie Diarrhoe. Es besteht eine starke Assoziation zu Autoimmunerkrankungen wie beispielsweise Rheumatoider Arthritis. Non-Hodgkin-Lymphome und Magenkarzinome treten ebenfalls gehäuft auf. Die Immunantwort auf Impfungen ist vermindert. Therapiert wird heutzutage mit monatlichen intravenösen Injektionen von Immunglobulinen. Bei Hinweisen auf bakterielle Infektionen sollte frühzeitig mit einer antibiotischen Therapie begonnen werden. Die Prognose richtet sich nach den Komplikationen und ist bei adäquater Therapie unabhängig vom Ausgangswert der Immunglobuline.

3.3.4 Allergische Bronchopulmonale Aspergillose

Auch die Allergische Bronchopulmonale Aspergillose (ABPA) könnte zum Krankheitsbild Jaspers' passen.²⁸⁷ Durch die pulmonale Besiedlung von Aspergillus-Pilzen kommt es dabei zu einer allergischen Hypersensitivitätsreaktion. Typischerweise besteht bei Patienten mit ABPA ein Asthma bronchiale. Bei CF-Patienten beträgt die Prävalenz 7,8 Prozent.²⁸⁸ Die Patienten präsentieren sich mit Fieber, Malaise, zunehmender Obstruktion der oberen und unteren Atemwege sowie Husten mit typischen braunen Mukuspuffen. In den Lungen führt die allergische Entzündungsreaktion oft zu Bronchiektasien. Neben einer Eosinophilie und erhöhtem IgE dienen zur Diagnostik ein Aspergillus-Hauttest sowie Antikörper auf Aspergillen im Serum. Mikroskopisch findet man in den Mukuspuffen septierte Hyphen. Neben der üblichen Asthmainhalationstherapie werden bei der ABPA auch systemische Glukokortikoide und Fungizide eingesetzt.

²⁸⁷ Vgl. Kanj u. a., The spectrum of pulmonary aspergillosis, S. 121–131.

²⁸⁸ Vgl. Mastella u. a., Allergic bronchopulmonary aspergillosis in cystic fibrosis. A European epidemiological study, S. 464–471.

Wie bei allen chronischen Lungenerkrankungen besitzt der Verzicht aufs Rauchen höchste Priorität. Ausserdem sind neben den Grundimpfungen Pneumokokken- und Influenzaimpfungen indiziert.²⁸⁹

3.4 Die Diagnose aus heutiger Perspektive

Meine erste Differentialdiagnose bei Jaspers' Krankheit ist die Primäre Ziliäre Dyskinesie,²⁹⁰ die erst seit 1933 bekannt ist. Bei dieser treten typischerweise schon frühzeitig Bronchiektasien wie auch chronische Rhinosinitiden mit Nasenpolypen auf. Ebenso ist die eingeschränkte Fertilität üblich, die bei Jaspers, wie oben erwähnt, denkbar ist. Ein Kartagener-Syndrom (Trias Nasenpolypen, Bronchiektasien, Situs inversus) im Rahmen einer möglichen PCD bestand bei Jaspers nicht: Weder zeigte sich in den Röntgenbildern ein Situs inversus noch fanden sich in den EKG-Aufzeichnungen dazu passende überdrehte Rechtstypageanomalien.²⁹¹

Bronchiektasien, Rhinosinitiden mit Nasenpolypen und Infertilität sind bei der CF ebenfalls klassisch und seit 1936 bekannt. Typische Befunde wie beispielsweise eine Cholestase oder eine Gedeihstörung sind bei Jaspers – der zwar sehr schlank, aber über 1,90 Meter gross war²⁹² – nicht überliefert. Bei der CF erwartet man ausserdem eine schlechtere Prognose als bei Jaspers' Krankheit, die sich im Verlauf stabilisiert zeigte. Aus all diesen Gründen litt er sicherlich nicht an einer klassischen Form einer CF. Untersuchungen zeigen jedoch, dass Mutationen mit milder Verlaufsform und guter Prognose, sogenannte CFTR-related Diseases oder Atypische CF, möglich sind.²⁹³ Diese

²⁸⁹ Vgl. O'Grady u. a., Paediatric and adult bronchiectasis: Vaccination in prevention and management, S. 2–4.

²⁹⁰ Herth und Weidmann publizierten 2020, ein Jahr nach Annahme meiner Dissertation durch die Universität Zürich, einen Artikel, in dem sie ebenfalls die Krankheit Karl Jaspers' untersuchten. Darin kommen sie zu demselben Ergebnis: die Primäre Ziliäre Dyskinesie als erste Differentialdiagnose. Vgl. Herth/Weidmann, Mit der Krankheit leben – Karl Jaspers im Porträt, S. 445.

²⁹¹ Vgl. Anhang, Medizinische Befunde, Röntgen Thorax von 19.03.1948, 25.11.1952 und 23.07.1962 sowie EKG von 28.09.1941 und 23.07.1962.

²⁹² Vgl. Saner, Karl Jaspers, S. 17.

²⁹³ Vgl. Paranjape/Zeitlin, Atypical cystic fibrosis and CFTR-related diseases.

Formen sind oft pankreassuffizient und zeigen nicht das Vollbild der CF. Jaspers' Symptome könnten also durchaus auch zu einer Atypischen CF passen.

Immundefekte als Ursache von Jaspers' Symptomatik gehören zu den nächsten Differentialdiagnosen. Autoimmunkrankheiten wie die bei Jaspers spät aufgetretenen rheumatoiden Beschwerden kommen bei diesen häufig vor. Bei der klassischen Form eines variablen Immundefektsyndroms CVID würde man jedoch nicht die starke Konzentration auf die für ihn charakteristischen respiratorischen Beschwerden erwarten. Auch ist der Verlauf beim CVID in der Regel nicht so benigne, wie er es bei Jaspers war. Milde Formen sind aber auch hier denkbar.

Bei Patienten mit Allergischer Bronchopulmonaler Aspergillose bestehen häufig auch Bronchiektasien und Symptome der oberen Atemwege. Diese Erkrankung kommt typischerweise bei Patienten mit bekanntem Asthma bronchiale vor. Zwar lag bei Jaspers möglicherweise eine Atopie vor, da als Kind Symptome einer atopischen Dermatitis beobachtet wurden; Hinweise für ein Asthma bronchiale, das Ärzte schon lange vor 1900 kannten, finden sich jedoch in der überlieferten Literatur nicht. Ausserdem wäre ohne entsprechende Therapie ein Fortschreiten der ABPA zu erwarten, im Gegensatz zum chronisch stabilen Verlauf bei Jaspers.²⁹⁴

Die bei ihm im Alter von 18 Jahren diagnostizierte sekundäre Herzinsuffizienz scheint aus heutiger Perspektive eine Fehleinschätzung zu sein.²⁹⁵ Worauf diese Diagnose beruhte, ist nicht klar ersichtlich. Jaspers selbst führte seine Leistungsminderung, die gelegentlich bemerkten Extrasystolen, tachy-

²⁹⁴ Neben diesen vier wahrscheinlichsten Krankheitsbildern betreffen auch Vaskulitiden wie die (eosinophile) Granulomatose mit Polyangitis die oberen und unteren Atemwege. Der benigne Verlauf bei Jaspers und fehlende andere Hinweise auf Vaskulitis wie Haut- oder Nierenbeteiligung passen nicht dazu.

Zur erweiterten Differentialdiagnose bei Bronchiektasien: Alpha-1-Antitrypsin-Mangel, Lungenmanifestation von Erkrankungen aus dem rheumatologischen Formenkreis, schwere Infekte (wie weiter oben erwähnt) sowie seltene angeborene Formen, bei denen in der Embryogenese die Anlage der Bronchialknorpel gestört ist. Vgl. Jones u. a., Familial congenital bronchiectasis: Williams-Campbell syndrome. Ebenfalls selten sind das Yellow-Nail-Syndrom und das Young-Syndrom. Vgl. Herth/Weidmann, Mit der Krankheit Leben – Karl Jaspers im Porträt, S. 444–445.

²⁹⁵ Vgl. Saner, Karl Jaspers, S. 17.

karden Episoden sowie Thoraxschmerzen auf eine Erkrankung des Herzens zurück. Bibasale Rasselgeräusche wurden teilweise beschrieben.²⁹⁶ Bei einer schweren chronischen Lungenerkrankung kann es – wie weiter oben erklärt – zu sekundärer Rechtsherzinsuffizienz kommen: Typische klinische Zeichen wären beidseitige Unterschenkelödeme, Nykturie und gestaute Halsvenen. Im EKG würde man Zeichen einer Rechtsherzbelastung finden: Rechtslagetyp und Blockbilder können auftreten. Das Röntgenbild würde eine Vergrößerung des Herzens, vor allem des rechten Ventrikels aufweisen. Bibasale Rasselgeräusche als Folge einer Herzinsuffizienz sind primär bei einer Linksherz- und nicht einer Rechtsherzbeteiligung zu erwarten. Gelegentliche Extrasystolen haben per se noch keinen Krankheitswert. Thoraxschmerzen würde man bei koronarer Herzkrankheit oder bei Klappenvitien erwarten; diesen liegt ein anderer, nämlich ein degenerativer, pathophysiologischer Mechanismus zugrunde, der äusserst selten bei 18-Jährigen – Jaspers' Alter bei der Diagnose – vorkommt. Die Leistungsminderung, tachykarde Episoden mit Extrasystolen und Thoraxschmerzen passen auch zur Lungenerkrankung. Eine Dekonditionierung aufgrund mangelnder Aktivität spielt wahrscheinlich auch eine Rolle. Keine der typischen Zeichen einer Rechtsherzinsuffizienz sind überliefert: Die Existenz von Ödemen bestritt Jaspers sogar explizit,²⁹⁷ Nykturie oder Halsvenenstauungen wurden nirgends dargelegt. Keines der beschriebenen oder einsehbaren Röntgenbilder zeigt eine Vergrößerung des Herzens.²⁹⁸ Im Kommentar zum Röntgenbild von 1906, das fünf Jahre nach Diagnosestellung der Herzinsuffizienz erstellt wurde, wird das Herz sogar als «zu klein» bezeichnet.²⁹⁹ Insbesondere wird ausdrücklich erwähnt, dass der rechte Ventrikel nicht vergrößert erscheine.³⁰⁰ In den einsehbaren EKGs von 1941 und 1962 finden sich keine Hinweise auf eine Rechtsherzbelastung.³⁰¹

²⁹⁶ Vgl. Jaspers, Krankheitsgeschichte (1938), S. 118.

²⁹⁷ Vgl. ebd., S. 117.

²⁹⁸ Vgl. Anhang, Medizinische Befunde, Röntgen Thorax von 19.03.1948, 25.11.1952 und 23.07.1962.

²⁹⁹ Vgl. Jaspers, Krankheitsgeschichte (1938), S. 118.

³⁰⁰ Vgl. ebd., S. 131.

³⁰¹ Vgl. Anhang, Medizinische Befunde, EKG von 28.09.1941 und 23.07.1962.

4 Leben mit der Krankheit

Es kann als sicher gelten, dass Jaspers an einer chronischen Lungenerkrankung litt: Aus heutiger Perspektive könnte man von einer Primären Ziliären Dyskinesie oder von einer atypischen Form einer Cystischen Fibrose sprechen. Ich möchte im Folgenden darauf eingehen, was diese Krankheit für sein Leben bedeutete. Zunächst soll sein Erleben der Krankheit dargestellt werden, sodann zeige ich, wie er über die Krankheit reflektierte und dass die Integration der Krankheit in den Lebensentwurf keine selbstverständliche, aber notwendige Antwort auf ihre Herausforderungen bedeutete. Schliesslich soll es um die Veranschaulichung seines aussergewöhnlichen Krankheitsalltags mit den anvisierten «hygienischen Lebensbedingungen» gehen.

4.1 Das Erleben der Krankheit

Diese Leere im Gefühle
Eintönige Wüste! nicht einmal das:
Sinnlos ist alles und selbstverständlich
Unbedeutend und einerlei.
kein Sehnen, kein Wünschen.
Beinahe Schlaf und doch kein Schlaf,
Man sieht, man hört, man fühlt,
Nur kann man sich nicht
mit sich selbst vereinen.
In Stücke zerfällt der Geist.
Schaudrige Enge, schlimmer als Tod.
Man stemmt sich dagegen,
es nützt nichts, man möchte,
Man kann nicht etwas ergreifen³⁰²

302 Jaspers, Studium 1901–1907. Teil 2, S. 24. Tagebuch vom 21. Juni 1903.

Dieses Gedicht schrieb Jaspers 1903, zwei Jahre nachdem «Bronchiektasien mit sekundärer Herzinsuffizienz» diagnostiziert worden waren. Damals war er Student und litt regelmässig an depressiven Verstimmungen. Wir werden sehen, dass die Lungenkrankheit für gewisse seelische Grundverfassungen eine entscheidende Rolle spielte. Sie wirkte sich schon lange vor der Diagnose auf sein psychisches Erleben aus. Als Jugendlicher fühlte er sich seinen Schulkameraden physisch unterlegen.³⁰³ Diese Schwäche verunmöglichte ihm eine soziale Integration, und er hatte auf allerlei «Vergnügungen der Jugend»,³⁰⁴ wie er sagte, zu verzichten: kein Wandern mit den Schulkameraden, kein Reiten, kein Tanzen. Er wurde bemitleidet und immer mehr ausgeschlossen. Der Vater erkannte seine Einsamkeit und nahm ihn in seiner Freizeit mit auf die Jagd; die Natur betrachtend, entfremdete sich Karl Jaspers zunehmend den Menschen. In seiner autobiographischen Schrift *Elternhaus und Kindheit* (1938) schrieb er:

Stundenlang verweilend, nichts als Moor und Sand vor Augen, fühlte ich, von aller Menschenwelt fern, etwas wie Einsamkeit von Urzeiten, in der man den Tieren verwandter wurde und noch mehr den Bäumen.³⁰⁵

Bald merkte er, dass seine physischen Kräfte auch für die Jagd nicht ausreichten: «Aber zum Jäger taugte ich nicht, vor allem wegen meiner schwachen Gesundheit.»³⁰⁶ Die körperlichen Grenzen wurden also nicht nur bei gesellschaftlichen, sondern auch bei individuellen Aktivitäten im Freien schnell erreicht. Geistige Tätigkeit musste diese ersetzen. Jaspers begann zu lesen, zuerst Spinoza (siehe Abschnitt 2.1).³⁰⁷

1901, als Student im ersten Semester, erhielt er die Diagnose. Später erinnerte er sich: «Als ich von Fraenkel das unwiderrufliche Faktum meines Krankseins und die Notwendigkeit der Studienunterbrechung hörte, weinte ich bitterlich.»³⁰⁸ Trotz der davor schon nicht zu verleugnenden kränklichen Konstitution bedeutete sie einen tiefen Einschnitt. «Während ich mich bis

³⁰³ Vgl. ders., *Krankheitsgeschichte* (1938), S. 113.

³⁰⁴ Saner, *Karl Jaspers*, S. 17–19, 31.

³⁰⁵ Jaspers, *Elternhaus und Kindheit* (1938), S. 71.

³⁰⁶ Ebd., S. 73.

³⁰⁷ Vgl. Saner, *Karl Jaspers*, S. 17–19, 31.

³⁰⁸ Jaspers, *Studium 1901–1907. Teil 1*, S. 13.

dahin für im Grunde gesund hielt, wurde jetzt und für immer mein Körperbewusstsein verwandelt.»³⁰⁹ Die folgenden Jahre, beinahe die gesamte Studienzeit war geprägt von einer depressiven Grundstimmung. Die Tagebucheinträge zwischen 1901 und 1907 zeugen von immer wiederkehrenden Gefühlen der Trauer, der Verzweiflung, der Hoffnungslosigkeit und der Angst, in ein passives Leben zu verfallen.

Die Zukunft steht wie ein Berg vor mir, über den ich nicht hinüber kann. Ich habe geringe Hoffnung, je etwas zu Stande zu bringen. [...] Die Zukunft ist darum für mich misslich, ich treibe dem Nichtstun unaufhaltsam zu.³¹⁰

Während des Medizinstudiums wurde ihm immer mehr bewusst, dass er für eine klinische Tätigkeit körperlich ungeeignet war. Gleichwohl konnte er auch nicht mit einer akademischen Karriere rechnen. Die Zukunft schien hoffnungslos und das «Nichtstun» sein Schicksal. Doch nur ein aktives, produktives Leben, in dem eine Leistung vollbracht werden konnte, war für ihn ein erstrebenswertes, ein würdiges Leben. Auf keinen Fall wollte er der Passivität, zu der er eine Neigung verspürte, verfallen.³¹¹ Deswegen wehrte er sich schon früh gegen Fraenkels Verordnungen von Kuren, da man dort zum Faulenzen verdammt war, den lieben langen Tag träume und Anregungen fehlten.³¹² Er befürchtete auch, dass die Erkrankung wegen der chronischen Entzündungsreaktion die Hirnleistung minderte: «Obgleich ich mir keine Verantwortung dafür zumessen kann, werde ich mich doch verachten müssen.»³¹³ Aus seinen Äusserungen wird klar, dass er hohe, leistungsorientierte Ansprüche an sich stellte. Konsequenterweise war angesichts der Aussichtslosigkeit, diesen Ansprüchen gerecht werden zu können, ein Suizid kein Tabu. Auch Jahrzehnte später kam er zu dem Schluss: «Der Mensch darf ein Ende machen, wenn er keiner Wirkung mehr fähig ist.»³¹⁴

Die Einsamkeit belastete ihn weiter. Als Student, weit weg von zuhause, erlebte er diese besonders intensiv und schmerzlich.

309 Saner, Karl Jaspers, S. 113; Jaspers, Krankheitsgeschichte (1938), S. 113.

310 Jaspers, Krankheitsgeschichte (1938), S. 138–139. Tagebuch vom 15. Februar 1907.

311 Vgl. ebd., S. 132–133.

312 Vgl. ebd.

313 Ebd., S. 141. Tagebuch vom 12. Februar 1907.

314 Jaspers, Tagebuch 1939–1942, S. 157–158.

Weh mir, ich kann nicht allein sein, ich bin auch ein Mensch. Was ist die Einsamkeit für mich! Nur Tod. Es treibt mich in die Einsamkeit: ins sichere Verderben. Das Band zu den Menschen bin ich nahe daran zu verlieren.³¹⁵

Die körperliche Schwäche war eine objektivierbare Ursache für seine fehlende soziale Integration. Über chronisch Kranke schrieb er: «Ihre Isolierung erfolgt fast zwangsläufig.»³¹⁶ Das gesellschaftliche Leben musste den Bedingungen, die von der Krankheit diktiert wurden, untergeordnet werden.

Mit meiner Situation hing es zusammen, dass ich stets Sorgen hatte, die der Gesunde nicht kennt und die er, wenn er von ihnen hört, für verwunderlich oder verächtlich hält. [...] Ein Grundzug zur Mutlosigkeit geht durch mein Leben für alle Unternehmungen in der Welt, die eine physische Seite haben, seien es Reisen, Vorträge, Besuche. [...] Das Unverlässliche meines Zustandes bewirkte in mir eine Abneigung gegen alle Termine.³¹⁷

Diese musste er regelmässig, manchmal im letzten Moment, aufgrund einer plötzlichen Verschlechterung seines Gesundheitszustands absagen. Sein Umfeld musste spontan sein, oft begegnete man ihm mit wenig Verständnis. Ein erfüllendes soziales Leben wurde unter diesen Umständen immer schwieriger. Jaspers urteilte, dass Gesunde Kranke nicht verstehen könnten.³¹⁸

Es ist eine schreckliche Einsicht, nirgends Wohlwollen, nirgends Interesse zu finden, sich mit niemandem aussprechen zu können.³¹⁹

Die Distanz zwischen ihm und seinen Mitmenschen vergrösserte sich, die Hürden, gesellschaftliche Kontakte zu knüpfen, wurden immer höher:

Keine Fähigkeit, fremden Menschen näher zu treten, keine Fähigkeit, spontan Fröhlichkeit zu erzeugen und Herr der Freude zu sein, erkältende Wirkung auf die Freude anderer. Gefühl der Nichtzugehörigkeit, der Unterlegenheit im Leben.³²⁰

315 Ders., Studium 1901–1907. Teil 2, S. 39. Tagebuch von August 1905.

316 Ders., Allgemeine Psychopathologie, S. 349.

317 Ders., Krankheitsgeschichte (1938), S. 136.

318 Vgl. ebd., S. 137, 140.

319 Ebd., S. 139.

320 Jaspers, Studium 1901–1907. Teil 2, S. 38. Tagebuch vom 31. Dezember 1904.

In der Abgeschiedenheit nahm sein Leid noch stärkere depressive Züge an. Wiederholt dachte er an Suizid:

Nicht selten neige ich zu einer Stimmung, in der ich gern träumen ... möchte, um in allmählich abnehmender Leidenschaftlichkeit in die Natur zu verfließen und zu sterben.³²¹

Ich bin ein toter Mensch. Unerträglich für die meisten Menschen. Keine seelische Einstimmigkeit mehr mit irgendeinem Freunde, keine Liebe zu einer Frau, keine Produktivität – hat es noch Zweck für mich zu leben.³²²

Nicht mehr zu leben, scheint für mich gut, ohne dass ich im Ernst daran denke, mein Leben zu enden.³²³

Jaspers interpretierte seine Krankheit für sich selbst aber nie ausschließlich negativ. Die aus ihr folgende Einsamkeit barg auch Vorteile und Chancen. Er begann zu lesen und nachzudenken. In der Einsamkeit sah er das, was er «Überlegenheit in der Freiheit»³²⁴ nannte. Sein Leben und seine Freiheit hingen wesentlich mit dieser leidvollen Erfahrung zusammen. «Was ich bin, bin ich als einsamer. Bin ich nicht einsam, bin ich nichts.»³²⁵ Noch eindrücklicher schrieb er:

Meiner Krankheit ganz allein verdanke ich es, dass ich wenigstens etwas zum Nachdenken gebracht wurde; ohne dieselbe wäre ich ein dummer Esel. [...] Ich kann wohl sagen, dass ich über schadlos halten und vergnügte Tage machen hinaus bin.³²⁶

Die Möglichkeiten, die die Einsamkeit barg, erkannte Jaspers schon früh – fast 15 Jahre bevor er seinen Aufsatz *Einsamkeit* (1915/1916) verfasste –, und er begann, einen Zusammenhang zwischen der Einsamkeit und der existentiellen Kommunikation herzustellen (siehe Abschnitt 2.3.3).

1907, sechs Jahre nach der Diagnose, enden die oftmals melancholischen Tagebucheinträge. Es war der Moment, in dem Gertrud Mayer, seine spätere Ehefrau, in sein Leben trat. Es folgten die Jahre des «Auf-

³²¹ Ders., Krankheitsgeschichte (1938), S. 134. Tagebuch vom 9. Juni 1903.

³²² Ebd., S. 135. Tagebuch vom 31. Dezember 1904.

³²³ Ebd., S. 138–139. Tagebuch vom 15. Februar 1907.

³²⁴ Jaspers, Studium 1901–1907. Teil 2, S. 38.

³²⁵ Ebd., S. 39.

³²⁶ Ders., Krankheitsgeschichte (1938), S. 141. Brief vom 18. November 1901.

schwungs»,³²⁷ in denen er sich auf seine Tätigkeit zuerst als Assistent in der Psychiatrischen Klinik und später als Psychologie- und Philosophieprofessor konzentrierte (siehe Abschnitt 2.1). Mit Gertrud löste sich seine Einsamkeit auf, mit ihr konnte er in «existentielle Kommunikation» treten.³²⁸ Die Liebe, die er mit seiner Frau erfuhr, hob das Leiden wesentlich auf:

Ich vergesse nicht, dass alles Leid mir doch eigentlich aufgehoben wurde. Alle die klagenden und verzweifelnden Wendungen, die ich berichtet habe, müssen auf dem Hintergrund der Grundstimmung verstanden sein: der Gewissheit des Geliebtwerdens und der Liebe.³²⁹

Später hatte, wie Felix Herth und Bernd Weidmann herausgestellt haben,³³⁰ ein weiterer Faktor einen entscheidenden positiven Einfluss auf Jaspers' Gesundheit: Im Jahre 1924 konnte das Ehepaar eine Wohnung an der Plöck 66 in Heidelberg beziehen, wo es bis zum Umzug nach Basel lebte. Die neue Wohnung hatte zwei Vorzüge: die kürzere Entfernung zur Universität und die Möglichkeit, zwei Mansardenzimmer nutzen zu können. Dank der Nähe zur Universität konnte Jaspers seine Vorlesungen direkt nach dem Expektieren mit sekretfreier Lunge (siehe Abschnitt 4.3) abhalten. Ausserdem konnte er zu Fuß zur Arbeit gehen. Dies senkte die Ansteckungsgefahr erheblich. Jaspers schrieb dazu: «Ich bin *sehr* befriedigt in dem Gefühl, nun die Universität um die Ecke zu haben. Es ist, als ob ich gesünder und leistungsfähiger geworden sei.»³³¹ Die zwei Mansardenzimmer schufen zudem Distanz zur Hausangestellten Maria und zu den Gästen, was wiederum die Infektionsgefahr minderte.

Sorgen bereitete Jaspers sein Zustand vor allem auch in der Zeit seit der Machtübergabe an die Nationalsozialisten. Wie in Abschnitt 2.1 erwähnt, lehnte er eine Emigration nach Paris ab. Die physische Erkrankung hatte er zu diesem Zeitpunkt im Griff.³³² Sein Alltag stand im Zeichen der «hygieni-

327 Ders., Studium 1901–1907. Teil 2, S. 48.

328 Vgl. ders., Philosophische Autobiographie, S. 124.

329 Ders., Krankheitsgeschichte (1938), S. 142.

330 Herth/Weidmann, Mit der Krankheit leben – Karl Jaspers im Porträt, S. 445.

331 Jaspers, Familienarchiv, aus dem Nachlass, zitiert in: Herth/Weidmann, Mit der Krankheit leben – Karl Jaspers im Porträt S. 446.

332 Vgl. Jaspers, Krankheitsgeschichte (1938), S. 113.

schen Lebensbedingungen» (siehe Abschnitt 4.3). Er befürchtete, diese in der Fremde nicht mehr einhalten zu können, aber auch dort seine Autonomie zu verlieren und «zu fremden Zwecken missbraucht, [...] um dann vielleicht umso trostloser als Fremder preisgegeben»³³³ zu werden.

Es kann eine Zeit und Weltlage sein, wo der Untergang in jedem Falle eintritt. Dann kommt es darauf an, seinem Wesen treu, nicht durch sinnlose Fluchtversuche das Ende vorwegzunehmen und selbst mit zu bewirken, statt es rein und unschuldig zu erleiden.³³⁴

Nach langem Abwägen der beiden Risiken – demjenigen der Verschlechterung seines gesundheitlichen Zustands im Falle der Emigration und demjenigen einer drohenden Deportation im Falle des Bleibens – entschied er sich für Letzteres. Er zog sein gewohntes Umfeld vor, da nur hier die «hygienischen Lebensbedingungen» gewährleistet waren. Ohne unnötigen Aktivismus und mit würdevoller Zuversicht sollte das Leben in Heidelberg unter dem Naziregime weitergehen.³³⁵ Auf seine Entscheidung, nicht zu emigrieren, reagierten Bekannte mit Unverständnis und moralischen Vorwürfen.³³⁶ Das Leben mit der Krankheit trennte ihn erneut von seinen Mitmenschen. Erneut war er an einen Punkt gelangt, an dem er sich bewusst wurde: Gesunde könnten Kranke nicht verstehen.³³⁷ Jaspers empfand tiefe Enttäuschung über das Verhalten von Freunden, Bekannten, Nachbarn, er fühlte sich von ihnen verraten. In seinen Tagebucheinträgen zeigt sich eine ähnlich depressive Stimmungslage wie während der Studienzeit:

Nun es aber ernst wird, an Leib und Leben zu gehen droht, zieht man sich still zurück, spricht nicht, streckt keine helfende Hand aus. [...] Es ist ein Grundtatbestand unseres menschlichen Daseins.³³⁸

Der Mensch *darf* ein Ende machen, wenn [...] niemand seiner bedarf, wenn er preisgegeben, verraten, gemieden ist. [...] Da bleibt nichts, wenn man auf der

333 Ders., Tagebuch 1939–1942, S. 154.

334 Ebd., S. 147.

335 Vgl. ders., Tagebuch 1939–1942, S. 147, 152.

336 Vgl. ebd., S. 152–155.

337 Vgl. ders., Krankheitsgeschichte (1938), S. 137, 140.

338 Ders., Tagebuch 1939–1942, S. 146.

Seite der absoluten Ohnmacht steht, als bereit zu sein zum Sterben durch eigene Hand.³³⁹

Zusammengefasst lässt sich sagen, dass Jaspers seine Krankheit verknüpft mit einem psychischen Leiden erlebte. Sie hatte ihn schon in der Jugend von seinen Mitmenschen isoliert. Ihretwegen konnte er nicht am gesellschaftlichen Leben teilhaben, war oft allein und fühlte sich einsam. Mit der Zeit wurden die Menschen ihm immer fremder. Es entstand eine nicht bloss physische Distanz zwischen ihm und den anderen: Jaspers empfand sich auch seelisch immer weiter von der Gesellschaft getrennt. Allzu oft fühlte er sich unverstanden. Er zog sich zurück. Nur die Lektüre von philosophischen Werken schenkten ihm Trost gaben ihm ein Gefühl von Verbundenheit. In seiner Abgeschlossenheit erkannte er denn auch Vorteile: Sie verschaffte ihm Freiheiten und veranlasste ihn zum Nachdenken. Auch wenn bei Jaspers Leben und Werk nicht voneinander zu trennen sind: Der Einfluss der somatischen Erkrankung auf sein psychisches Erleben muss mit Vorsicht bewertet werden. Die Lungenkrankheit als Ursache für seine depressive Stimmung zu halten, wäre zu einfach. Genauso wenig sollte von einer direkten Kausalität zwischen der Lungenkrankheit und dem Denken Jaspers' ausgegangen werden. Sein Fühlen, sein Denken und sein Erleben waren auch wesentlich durch andere Faktoren bedingt, wie beispielsweise von seiner autonomen, freiheitsbezogenen, eigenwilligen Persönlichkeitsstruktur, ähnlich der, die sein Vater besaß.³⁴⁰

4.2 Die Integration der Krankheit in den Lebensentwurf

Jaspers wollte sich in Bezug auf seine Krankheit nichts vormachen. Die Reflexion zur Erlangung eines Bewusstseins über sie und ihre Prognose war für ihn ein ethisches Gebot, dem gerecht zu werden er sich seit der Diagnose bemühte. Nur durch dieses Bewusstsein oder, wie er es nannte, durch die «Krankheitseinsicht» war Selbstbestimmung möglich. Nur dadurch konnte eine relevante, individuelle Reaktion auf die Krankheit stattfinden.

³³⁹ Ebd., S. 157–158.

³⁴⁰ Vgl. Saner, Karl Jaspers, S. 11.

Durch die Selbstreflexion vermag der Mensch sich selbst zu sehen, sich selbst zu beurteilen, auf sich gestaltend Einfluss zu haben. [...] Der Mensch will sich selbst durchsichtig werden oder er will sich verstecken, sich selbst täuschen und die Wirklichkeit verschleiern.³⁴¹

Die Reflexion über die Krankheit war seines Erachtens abhängig von verschiedenen Faktoren wie sozialem Status und Intelligenz.³⁴² Eine Art Selbstreflexion war seine autobiographische *Krankheitsgeschichte* (1938), wo er allgemeine Überlegungen zu seiner Krankheit formulierte, über seine Symptome und Zustände sprach, die Befunde, die Diagnose und ihre Prognose analysierte und sich mit den Konsequenzen für sein Leben beschäftigte.

Um eine Stellungnahme im eigentlichen Sinne handelt es sich erst, wenn die Persönlichkeit ihrem Erleben beobachtend und beurteilend gegenübertritt. Im psychologischen Urteil macht der Kranke sich bewusst, was und wie er erlebt. Das Ideal der «richtigen» Stellungnahme zu seinem Erleben erreicht der Kranke in der «Krankheitseinsicht».³⁴³

Jaspers unterschied zwei Stufen der Reflexion über die Krankheit. In der «Stellungnahme» beobachtet das Individuum zunächst die Symptome. Die «Krankheitseinsicht» erlaubt die individuelle Aneignung der Krankheit. Durch sie, so schrieb Jaspers in der *Allgemeinen Psychopathologie* (1913), würden «alle einzelnen Krankheitssymptome, die Krankheit als Ganzes ihrer Art und Schwere nach richtig beurteilt».³⁴⁴ Die Krankheit hat einen be-

341 Jaspers, *Allgemeine Psychopathologie*, S. 353.

342 Vgl. ebd., S. 349–350.

343 Ebd., S. 349.

344 Ebd. Mit der vorliegenden Arbeit versuche ich genau dies: eine möglichst richtige Beurteilung von Jaspers' Krankheit als Ganzes. Biologische Aspekte und das psychische Erleben wurden weiter oben diskutiert. Jetzt versuche ich, die Reflexion über die Krankheit – die Voraussetzung zur Integration der Krankheit in den Lebensentwurf – zu beleuchten und werde im nächsten Abschnitt die praktischen Konsequenzen des Umgangs mit der Krankheit in Jaspers' Alltag darlegen. Ich kann mich mit der vorliegenden Arbeit natürlich nur auf die Theorie beschränken. Das Wesentliche, worauf es Jaspers in der Reflexion über die Krankheit ankam, kann nur in der persönlichen Auseinandersetzung mit der eigenen Krankheit erfolgen.

stimmten Zweck. Es geht um die Frage, wie ich als Individuum auf sie reagiere und mein Leben als Antwort auf sie führe.

So musste sich Jaspers entscheiden, wie er weiterleben wollte. Ein «normales» Leben stand einem Leben als Kranker gegenüber. Sollte er sein Leben normal gestalten, sich in die Gesellschaft integrieren, die Krankheit möglichst ignorieren? Oder sollte er ein Leben für die Krankheit als Invaliden, als Aussenseiter fristen? Normal zu leben bedeutete ein Risiko für seine Gesundheit. Der gewohnte Alltag mit einer geregelten Anstellung und einem aktiven Sozialleben hätte ihn in Lebensgefahr gebracht, das wurde Jaspers schnell klar. Einem Leben als Invaliden, in dem die Krankheit alles bestimmt hätte, er auf einen Beruf hätte verzichten müssen und in Abhängigkeit von seinen Angehörigen geraten wäre, fehlte seines Erachtens die Würde.³⁴⁵ Die Krankheit wurde zur Grenzsituation (siehe Abschnitt 2.3.2). Jaspers entschied sich nach intensivem inneren Kampf, nach ausführlicher Reflexion und nach langer Suche nach einer adäquaten «Krankheitseinsicht» für einen dritten Weg: für den Einbezug der Krankheit ins Leben. Er hatte Ansprüche an sein Leben. Er wollte sich einen Platz in der Gesellschaft erkämpfen, produktiv sein, seine «gesunden Möglichkeiten» in sie einbringen. Das Leben durfte seiner Überzeugung nach der Krankheit nicht geopfert werden. Ihm schwebte kein Leben *für* die Krankheit, sondern ein Leben *mit* ihr vor. Ein Leben für die Krankheit lohnte sich nicht, meinte er, denn die im Leben verwirklichten objektiven Gehalte gehörten zu den wesentlichen Kriterien eines erfüllten Lebens.³⁴⁶ Und genau hierfür musste der Kranke kämpfen:

Er muss im Raum der Gesunden als noch Gesunder mit seinen gesunden Möglichkeiten sich einen Platz erwerben können. [...] Die Zulassung aber jedes beliebigen vegetativen Daseins ohne Gehalt, bloss als vermeintliches Glück in Bequemlichkeit und Freude ist verderblich für den Kranken selbst und verstösst gegen die Menschenwürde. An den Kranken bestehen Ansprüche.³⁴⁷

Für Jaspers war es nicht einfach, seinen Platz als «Gesunder unter Gesunden» zu finden. Hilfreich waren die finanzielle Unterstützung der Eltern und

³⁴⁵ Vgl. Jaspers, Krankheitsgeschichte (1938), S. 112.

³⁴⁶ Vgl. ebd., S. 111.

³⁴⁷ Ebd., S. 112.

andere Hilfeleistungen,³⁴⁸ aber vor allem war die persönliche, nicht selten äusserst leidvolle Auseinandersetzung mit der Krankheit notwendig. Und wenn er seinen Platz vorübergehend gefunden hatte, so war dieser nicht garantiert auf alle Zeiten, denn was die Krankheit noch auszurichten vermochte, das konnte nicht vorhergesehen werden. Die Reflexion durfte nie aufhören. Die Krankheitseinsicht musste also beständig hinterfragt und die Stellungnahme entsprechend aktualisiert werden. Im Rückblick kann gesagt werden, dass Jaspers nur dank seiner geistigen Fähigkeiten dieses Leben als «Gesunder unter Gesunden» führen konnte. Schon 1901 hatte ihm Fraenkel klargemacht: Die Krankheit musste ins Leben einbezogen,³⁴⁹ das Kranksein «angenommen» werden.³⁵⁰

Der Patient muss, um der Krankheit Herr zu werden, die Krankheit in sein Leben einbeziehen. Er muss sie als Tatbestand annehmen, in seine Pläne und Berechnungen eingliedern. [...] Es bleibt ein lebenswährendes Suchen des Weges. Preisgebensein an unvorausgesehenes Kranksein, Versinken im Kranksein, Unschärfwerden der Unterscheidung von gesund und krank, übermütiges Vergessen des Krankseins sind die Gefahren, denen man erliegt.³⁵¹

4.3 Der Alltag mit der Krankheit

Jaspers begann sich so einzurichten, dass er zwar auf seine Gesundheit achtete, aber gleichzeitig möglichst «normal» arbeiten konnte. Im Wesentlichen musste er erstens darauf achten, dass die Bronchien jederzeit sekretfrei waren, wie es ihm Fraenkel nahegelegt hatte, zweitens sich vor Infektionen schützen und drittens körperliche Anstrengungen vermeiden («hygienische Lebensbedingungen»)³⁵² Im Mittelpunkt stand das Expektorieren, die Entleerung der Bronchien von Sekret. Diese mussten sauber gehalten werden, damit sich dort keine Infektionen bilden konnten. In einer Abhandlung von Rudolf Virchow las er, dass «die ständige Resorption von eitrigem Sekret

³⁴⁸ Vgl. ebd., S. 136.

³⁴⁹ Vgl. ebd., S. 131.

³⁵⁰ Vgl. ebd., S. 141.

³⁵¹ Jaspers, Krankheitsgeschichte (1938), S. 131.

³⁵² Ebd., S. 125.

eine amyloide Entartung der Nieren und anderer Organe bewirkt».³⁵³ Für Jaspers war somit klar: «Es ist lebensgefährlich, wenn ich nicht jede Resorption des Sekrets verhindere, und zwar dadurch, dass ich es ständig entleere.»³⁵⁴ Das Expektorieren wurde ihm über die Zeit zum Ritual, das fünfmal täglich durchgeführt werden musste sowie zusätzlich nach jeder ausserordentlichen körperlichen Anstrengung.

Über den Tag verteilt sich die planmässige Expektoration durchschnittlich auf folgende Weise: Stärkere Sekretionen bald nach dem Frühstück, dann einmal im Laufe des Vormittags, dann die grösste während der Bettruhe nach dem Mittagessen, dann einmal im Laufe des späten Nachmittags. Kurze, schnelle Expektorationen, besonders abends nach dem Essen.³⁵⁵

Das Ritual selbst war anstrengend und erforderte Training, wechselnde Körperlagen, Konzentration und Ruhe. «Man muss langsam tief einatmen, dann mit kräftigem nachschiebendem Druck der Brustmuskeln stossweise ausatmen. Es sind Bewegungen zu vollziehen, als ob der Brustkorb zusammengepresst würde.»³⁵⁶ Erst 1924, 23 Jahre nach Diagnosestellung, gelang ihm eine «methodisch richtige Expektoration».³⁵⁷ Nach der Prozedur war er stets gezwungen, sich auszuruhen.³⁵⁸

Eine weitere wichtige Massnahme war das Vermeiden von Erkältungen. «Jede Erkältung – schon der kleinste Schnupfen – verschlimmert den Zustand für Wochen.»³⁵⁹ Jaspers erkannte die permanente Gefahr einer Infektion der Atemwege und tat alles Mögliche, sie nicht aufkommen zu lassen. Erkälteten Menschen ging er aus dem Weg. Das Vermeiden von Windzug stuft er ebenfalls als elementar ein: Der Arbeitsplatz wurde deshalb entfernt vom Doppelfenster eingerichtet, und er mied aus demselben Grund kleine Räume. Ausserdem sprach er im Freien möglichst wenig und klappte, sofern

³⁵³ Ebd., S. 123.

³⁵⁴ Ebd. Das Expektorieren war durchaus eine sehr wichtige Massnahme (siehe Kapitel 3), aber nicht in erster Linie, um eine Amyloidose, wie es Jaspers hier vermutete, sondern um Infektionen und somit die Destruktion der Lunge zu verhindern.

³⁵⁵ Ebd.

³⁵⁶ Ebd., S. 122.

³⁵⁷ Ebd., S. 113.

³⁵⁸ Vgl. ebd., S. 123.

³⁵⁹ Ebd., S. 124.

es windig war, seinen Mantelkragen hoch. Bei Nebel ging er gar nicht nach draussen. Die Mundhöhle spülte er mehrmals täglich mit Wasserstoffsuperoxyd.³⁶⁰ Eine entscheidende Massnahme zur Vermeidung von viralen Infektionen wird jedoch in den Quellen nicht erwähnt: die Händehygiene.

Zudem vermied er körperliche Anstrengung, denn diese führten einerseits zu erhöhter Schleimproduktion in den Bronchien und erforderten im Anschluss die Prozedur der Expektoration. Andererseits glaubte er, körperliche Anstrengung würde seine vermeintliche Herzinsuffizienz verschlechtern.³⁶¹ Er limitierte öffentliche Auftritte wie das Dozieren auf eine Stunde.³⁶² Genauso lange konnte er Bekannte treffen, ohne dass er ermüdete.³⁶³ Er arbeitete täglich höchstens sieben Stunden.³⁶⁴ Draussen setzte er sich nach 300 Metern auf eine Bank. Treppensteigen unterbrach er durch Sitzen. Er achtete auf einen langsamen Gang. Zuhause blieb er nicht lange am Schreibtisch sitzen, sondern arbeitete zwischendurch immer wieder liegend auf der Couch. Reisen vermied er. Waren diese absolut notwendig, mussten sie detailliert geplant werden.³⁶⁵

Man kann sich fragen, ob die Hygienisierung des Lebens tatsächlich in dieser Art und Weise notwendig war oder ob nicht eher Jaspers' zu Pedantismus, Zwang und Hypochondrie neigender Charakter den Katalog aufstellte. Fest steht, dass er an einer handfesten Lungenerkrankung mit ungewissem Verlauf litt. Die Verschlechterung seines Zustands bei Infektionen erlebte er buchstäblich hautnah. Zu Beginn des 20. Jahrhunderts hatte Fleming das Penicillin noch nicht erfunden. Eine bakterielle Lungenentzündung war also lebensbedrohlich und musste auf alle Fälle vermieden werden. Die Prognose war ernst, und seine Einschätzung der Lage war aus damaliger Perspektive durchaus realistisch: «1901 in Heidelberg glaubte ich, längstens bis 1906 leben zu können.»³⁶⁶ Auch heute sterben rund 20 Prozent aller Patienten mit

³⁶⁰ Vgl. ebd., S. 125.

³⁶¹ Vgl. Saner, Karl Jaspers, S. 17.

³⁶² Vgl. Jaspers, Krankheitsgeschichte (1938), S. 136.

³⁶³ Vgl. ders., Studium 1901–1907. Teil 2, S. 37.

³⁶⁴ Vgl. Saner, Karl Jaspers, S. 23.

³⁶⁵ Vgl. Jaspers, Krankheitsgeschichte (1938), S. 126.

³⁶⁶ Ders., Krankheitsgeschichte (1938), S. 140.

Bronchiektasien innert fünf Jahren.³⁶⁷ So muss es als Verdienst der «hygienischen Lebensbedingungen» gewertet werden, dass Jaspers 86 Jahre alt wurde. Er selbst stellte fest:

Erst seit ich die hygienischen Lebensbedingungen verwirklichen konnte und vorsichtig wurde, habe ich die Erkältungen seltener. Seitdem ich die Vorsicht für jede Minute in meine Gewohnheit aufnahm, ist eine beträchtliche Besserung meiner Gesamtleistungsfähigkeit erzielt.³⁶⁸

Aus heutiger Sicht kann man höchstens die strenge Vermeidung von körperlicher Anstrengung hinterfragen. Diese Vorsichtsmassnahme war wahrscheinlich unnötig, wenn nicht sogar kontraproduktiv. Es ist weitgehend bekannt, dass sowohl bei Lungenkrankheiten wie auch im Falle einer Herzinsuffizienz, die bei Jaspers wahrscheinlich gar nicht vorhanden war (siehe Abschnitt 3.4), moderate körperliche Aktivität wünschenswert ist. Es muss davon ausgegangen werden, dass seine körperliche Leistungsunfähigkeit auch von einer Dekonditionierung stammte.

Jaspers lebte also ein Leben unter Ausnahmebedingungen und organisierte sich von morgens bis abends. Die Verwirklichung der «hygienischen Lebensbedingungen» mit all ihren Chancen, die sie erlaubten, aber auch mit ihren Opfern, war seine persönliche Antwort auf die Krankheit, die grossen Respekt verdient.

³⁶⁷ Vgl. Goeminne u. a., Mortality in non-cystic fibrosis bronchiectasis: a prospective cohort analysis.

³⁶⁸ Jaspers, Krankheitsgeschichte (1938), S. 125.

5 Überlegungen zur Arzt-Patienten-Beziehung

Dieses Kapitel widmet sich verschiedenen Aspekten der Arzt-Patienten-Beziehung in den Schriften Jaspers'. Zunächst in der *Allgemeinen Psychopathologie* (1913), sodann in der kompletten Überarbeitung der *Allgemeinen Psychopathologie* (4. Auflage 1946), besonders im Kapitel *Das Ganze des Menschseins*, befasste er sich mit diesem Thema. In den 1950er Jahren reflektierte er wiederholt in Form von diversen Aufsätzen, die im Band *Der Arzt im technischen Zeitalter* (1986) zusammengeführt sind, über die Arzt-Patienten-Beziehung.

Zuerst werde ich aufzeigen, wie Jaspers aus verschiedenen Perspektiven die Arzt-Patienten-Beziehung in den Blick nahm. In einem weiteren Schritt werde ich die Idee des Arztes und die des Patienten in Jaspers' Schriften umreißen; Ideale, nach denen Ärzte und Patienten handeln und wirken sollten. In meinen Schlussüberlegungen werde ich die Gültigkeit der Arzt-Patienten-Beziehung bei Jaspers einer kritischen Prüfung unterziehen und Bezüge zur heutigen Medizin herstellen.

5.1 Verschiedene Perspektiven der Arzt-Patienten-Beziehung

Jaspers ist aus mindestens drei Gründen berechtigt, etwas Wesentliches über die Arzt-Patienten-Beziehung sagen zu können. Erstens erkannte er eine neue Tendenz der Grenzüberschreitung in der ärztlichen Praxis, die er aus dem Blickwinkel der Existenzphilosophie kritisierte. Zweitens erfuhr er aufgrund seiner eigenen Krankheit die Situation des Patienten am eigenen Leibe. Ihm war bewusst geworden, wie wichtig es war, trotz Krankheit ein Gefühl für Gesundheit zu entwickeln. Drittens eröffneten ihm das Medizinstudium und die darauffolgende Tätigkeit in der Psychiatrischen Kli-

nik die Perspektive des Arztes. Insbesondere die Etablierung der Heuristik des Verstehens bietet spannende Einsichten in die Arzt-Patienten-Beziehung.

5.1.1 Die Grenzen der Medizin – die Perspektive des Philosophen

Ein zentrales Anliegen Jaspers' und Ausgangspunkt vieler seiner philosophischen und medizinischen Überlegungen ist, dass der Mensch nie in seiner Ganzheit, also mitsamt seiner existentiellen Nöte, erklärt oder behandelt werden kann (siehe Abschnitt 2.3).

Würde es eine empirische Abschliessung des Menschseins, eine vollständige Einteilung seines Seins als erforschbaren Seins geben, so wäre keine Freiheit. [...] Das Ungeschlossene ist die Grundwahrheit der Erkenntnis des Menschen im Ganzen. Der Versuch, den Menschen im Ganzen abschliessend und überblickend zu fassen, muss scheitern. Jede Fasslichkeit ist eine endliche, herausgegriffene, ist nicht der Mensch selbst.³⁶⁹

Daraus resultierte eine radikale Kritik an der Psychoanalyse, die er zuerst in seinem Werk *Die geistige Situation der Zeit* (1931) formulierte.³⁷⁰ Der Psychoanalyse liegt nach Jaspers eine «Totalanschauung»³⁷¹ zugrunde. Seriöse wissenschaftliche Beschäftigung mit dem Menschen muss ihre Grenzen kennen. Insbesondere der Arzt ist ihm ein Dorn im Auge, der die «Glaubens- und Ziellosigkeit vieler moderner Menschen»³⁷² zu seiner Hauptaufgabe macht. Aufgabe des Arztes ist die Therapie einer klar definierten Krankheit. Eine solche betrifft immer nur einen Teilaspekt des Menschen und nie den gesamten Menschen und schon gar nicht sein persönliches existentielles Leid. Eine fundierte Ausbildung in somatischer Medizin und Psychopathologie ist die Grundlage der Tätigkeit des Arztes, ebenso forderte er Klarheit über die Begriffe Krankheit und Gesundheit. Die WHO-Definition von Gesundheit hielt Jaspers 1958 für falsch: «Health is a state of complete physical,

³⁶⁹ Vgl. ders., *Allgemeine Psychopathologie*, S. 633.

³⁷⁰ Vgl. ders., *Die geistige Situation der Zeit* (1931), S. 153–155. Zur Entwicklung der Psychoanalysekritik siehe Bormuth, *Lebensführung in der Moderne*.

³⁷¹ Jaspers, *Zur Kritik der Psychoanalyse*, S. 64.

³⁷² Ders., *Der Arzt im technischen Zeitalter*, S. 41.

mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity.»³⁷³ Solch eine Gesundheit gibt es nach Jaspers nicht:

Nach diesem Begriff sind in der Tat alle Menschen und jederzeit irgendwie krank. Wenn aber der Krankheitsbegriff keine Grenzen mehr hat, jeder sich als Dasein schon krank fühlen und zum Arzt gehen darf, wenn der Arzt für alle Leiden dasein soll, dann tritt die existentielle Verwirrung ein.³⁷⁴

Bei den Problemen hinter der Grenze der wissenschaftlich erfassbaren Krankheit hört das Leiden des Menschen nicht auf. Dieses Leiden ist jedoch nicht mehr medizinischer Art, sondern hat oft eine philosophisch-existentielle Dimension. Der Arzt muss zwischen diesen beiden Dimensionen unterscheiden können. Im technischen Zeitalter, so Jaspers, ist durch den Wegfall des Priesters eine Lücke entstanden.³⁷⁵ Diese darf nicht vom Arzt ausgefüllt werden. Der Arzt ist kein Seelsorger. «Ärztliche Heilung ist nicht das Bringen des Seelenheils. Die Vermengung von Arzt und Seelsorger muss die Aufgabe beider verwirren.»³⁷⁶ Bei den philosophisch-existentialen Problemen kann der Arzt höchstens zum «Schicksalsgefährten»³⁷⁷ des Patienten werden.

An der Grenze der Krankheit beginnt nicht eine Wohlfühlase, wie sie die WHO-Definition von Gesundheit nahelegt. Vielmehr geht das Leiden in einer anderen Art und Weise weiter. Der moderne Mensch leidet an der Glaubenslosigkeit des technischen Zeitalters, denn dieses

hat den irdischen Glückswillen gesteigert zum Absoluten. Alle Schwierigkeiten sollen durch technisches Machen auf Grund von Wissenschaft behoben werden. Diese geglaubte Realität aber hat sich aufgelöst in Betrieb, Hast, Genuss und Wechsel, führt daher zu endlosen Enttäuschungen. Ein Bewusstsein der Verlassenheit, der Überflüssigkeit hat eine so radikale Glücklosigkeit erzeugt, dass immer mehr Menschen den Heilbringer suchen.³⁷⁸

373 World Health Organization, Constitution of WHO: principles.

374 Jaspers, *Der Arzt im technischen Zeitalter*, S. 53.

375 Vgl. ders., *Arzt und Patient*, S. 32–33.

376 Ders., *Die Idee des Arztes*, S. 13.

377 Ebd., S. 18.

378 Ders., *Der Arzt im technischen Zeitalter*, S. 52.

Die Befreiung von dieser Leere und Glücklosigkeit kann nicht die Aufgabe eines «Techniker[s] der Seele»³⁷⁹ sein, sondern benötigt existentielle Arbeit, die eine höchstindividuelle Angelegenheit darstellt. Sie ist nicht wissenschaftlich lehrbar und daher kann keine Institution und auch kein Arzt sich diese zur Aufgabe machen. Der Mensch muss «eine andere Wurzel seines Seins haben als nur die Wurzel seiner Endlichkeit [...]. Er sucht das Sein selbst, das Unendliche, das Andere. Dass es ist, vermag allein ihm Befriedigung zu geben.»³⁸⁰ Hier benötigt der Mensch die philosophisch-existentielle Auseinandersetzung. Der Glaube und die Transzendenz geben dem endlichen Dasein Ruhe. Das Erfahren der Grenzsituation, die oft verdrängt wird, bietet eine Möglichkeit, zu sich zu kommen. Auch die existentielle Kommunikation mit Mitmenschen stellt einen möglichen Ausweg aus der Leere hin zur Existenz. Doch all dies kann nicht geplant werden. Kein Arzt oder Therapeut darf sich hierfür honorieren lassen. Wenn er es tut, überschreitet er seine Grenzen und betreibt Scharlatanerie.³⁸¹ Die Grenze zwischen ärztlicher und philosophisch-existentialer Aufgabe muss scharf gezogen werden, auch wenn bei beiden ein Leid gelindert werden soll.

5.1.2 Die gesunden Aspekte – die Perspektive des Patienten

Weil der Mensch nicht als solcher, sondern nur partiell krank sein kann, ist es möglich und notwendig, immer auch seine gesunden Aspekte anzusprechen. Durch seine somatischen und psychopathologischen Kenntnisse wird der gute Arzt Krankheiten erkennen und behandeln, aber den Patienten als Person nicht damit identifizieren. Jaspers entstigmatisiert somit die Krankheit und befreit sie darüber hinaus von jeglicher moralischen Belastung. Eine Krankheit zu haben, insbesondere eine psychische Krankheit, ist keineswegs Ausdruck einer Charakterschwäche, im Gegensatz zum Mangel an existentieller Aktivität. Existentielle Schwierigkeiten können zwar einen Einfluss auf psychische Erkrankungen haben, doch

³⁷⁹ Ebd., S. 52.

³⁸⁰ Ders., Allgemeine Psychopathologie, S. 638.

³⁸¹ Vgl. ebd., S. 683.

durch Versagen in Lebensnot, durch Mangel an Selbstdurchleuchtung, durch Unehrlichkeit und Selbstverrat, durch verwerfliche Handlungen entstehen keineswegs Neurosen, sondern charakterlich minderwertige Menschen; es ist ein Unterschied zwischen den zahllosen existentiell verderbenden Menschen, die doch gesund sind, und den Neurotikern, oder zwischen Niedertracht und Krankheit.³⁸²

Der moralische Massstab bei Jaspers hängt unmittelbar mit seiner Existenzphilosophie zusammen. Moralisch gut ist der existentiell bewusst lebende Mensch, der er selbst sein will und die Chancen, die sich ihm dafür bieten, ergreift. Die Mehrheit der «existentiell verderbenden Menschen», um Jaspers' Worte zu gebrauchen, entwickelt keine psychische Krankheit. Andererseits kommen psychische Krankheiten auch bei existentiell bewusst lebenden Menschen vor. Die Aufgabe des Psychiaters ist es, die Vulnerabilität des psychisch Kranken und die psychopathologischen Mechanismen im Einzelnen, die zu Krankheit führen, zu verstehen und bei Bedarf zu therapieren.³⁸³ Seiner Ansicht nach sind psychische Phänomene, die wir als Krankheit bezeichnen, nicht nur ein Übel oder Mangel, sondern oft auch eine Quelle für tiefere Einsichten, und sie können zu schöpferischem Wirken anregen:

Wahnsinn und Psychopathie [...] sind eine Wirklichkeit, in der sich [...] Möglichkeiten zeigen, die der Gesunde sich verdeckt, denen er ausweicht, vor denen er bewahrt bleibt. [...] Nur wer über ein tiefes Gemüt verfüge, könne überhaupt in Gemütskrankheit verfallen.³⁸⁴

Als Gesunde können wir uns in der Auseinandersetzung mit psychischen Krankheiten einen fruchtbaren Zugang zum seelischen Vermögen eröffnen.

Die pathographische Analyse hervorragender Persönlichkeiten zeigt, wie Krankheit nicht nur unterbricht und zerstört, wie nicht nur trotz einer Krankheit etwas geleis-

382 Ebd., S. 682. Gemäss Duden bedeutet Neurose: «Hauptsächlich durch unverarbeitete Erlebnisse entstandene psychische Störung, die sich auch in körperlichen Funktionsstörungen äussern kann.» In den heutigen Diagnosemanualen wird dieser Begriff jedoch weitgehend vermieden, da er historisch auf eine neurologische Ursache der Störung hindeutet. Er wurde traditionell für psychische Erkrankungen in Abgrenzung zu Psychosen verwendet. Vgl. Peters, Lexikon Psychiatrie, Psychotherapie, medizinische Psychologie, S. 403. Jaspers' Begriff der Neurose kann in diesem Sinne verstanden werden.

383 Vgl. Jaspers, Der Arzt im technischen Zeitalter, S. 49.

384 Ders., Allgemeine Psychopathologie, S. 658.

tet wird, sondern wie Krankheit Bedingung gewisser Leistungen sein, im Kranksein eine Tiefe und Abgründigkeit des Menschseins überhaupt sich zeigen kann.³⁸⁵

Jaspers selbst machte 1922 pathographische Aufzeichnungen über den schwedischen Schriftsteller August Strindberg und den niederländischen Maler Vincent van Gogh,³⁸⁶ die beide unter psychischen Krankheiten litten und trotzdem oder vielleicht gerade deshalb produktive Kräfte für ihre eindruckliche Kunst entwickeln konnten.

Jaspers wurde schon früh bewusst, dass er trotz Krankheit seine gesunden Aspekte erkennen musste, dass er sich nicht mit der Krankheit identifizieren durfte und dass auch in einer schweren Krankheit Möglichkeiten zu einem reichen, produktiven Leben bestanden:

Was nun aber das Wesentliche ist, das ist die Unterscheidung von gesund und krank. Ich habe dies Unterscheidungsvermögen langsam, aber früh erworben und gelernt, die gesunden Tage zu erkennen und den Eintritt abnormaler Zustände wahrzunehmen, auch wenn die gesunden fast unmerklich in die ungesunden überzugehen scheinen. [...] Das Gefühl der Frische, die Aktivität des Morgens, die normale, nicht belästigende und aktiv dirigierte Sekretion, das Freiheitsgefühl des Körpers, wenn er als solcher nicht mehr bemerkt wird, gaben mir immer wieder den Mut, an Gesundheit zu glauben, die mir für die geistige Arbeit bleibt. Es kommt auf die Unterscheidung an. Sonst versinkt man, nicht gesund und nicht krank, in eine Passivität. Dass die guten Tage und guten Zeiten wiederkehrten, beflügelte meine Arbeit. Aber es gab nicht nur Tage und Wochen, sondern Jahre, die schlecht waren. Ich musste warten lernen und vertrauen, dass es wieder anders wird.³⁸⁷

Die philosophischen Überlegungen und die eigenen Erfahrungen gingen bei Jaspers Hand in Hand. Ihm war klar geworden, dass trotz der chronischen Erkrankung, die weite Aspekte seines Lebens beeinflusste, auch ein gesunder Teil existierte, der zur Geltung kommen wollte. Die Krankheit kann in den Vordergrund rücken und die Gesundheit der Person gänzlich verdecken, doch richtete Jaspers seine Alltagsbedingungen hygienisch ein, pflegte seine Gesundheit, um aus ihr produktiv arbeiten und leben zu können. Sein Fokus lag auf die Salutogenese.

³⁸⁵ Ebd., S. 656.

³⁸⁶ Ders., Strindberg und van Gogh.

³⁸⁷ Ders., Krankheitsgeschichte (1938), S. 119–120.

5.1.3 Erklären und verstehen – die Perspektive des Arztes

In seiner Funktion als Arzt formulierte Jaspers bereits in der ersten Auflage der *Allgemeinen Psychopathologie* (1913) erste Gedanken zur Arzt-Patienten-Beziehung. Im Rahmen seiner methodischen Reflexion der psychopathologischen Phänomene unterscheidet er, sich an Wilhelm Dilthey (1833–1911) anlehnd,³⁸⁸ zwischen «erklärbaren» und «verstehbaren» Phänomenen. Das Erklären ist traditionell die Vorgehensweise der Naturwissenschaften, das Verstehen die der Geisteswissenschaften. Jaspers' Verdienst ist es, die Psychiatrie durch die Integration beider Methoden als Natur *und* Geisteswissenschaft etabliert zu haben, und kann aus dem Grunde als «Initiator des geisteswissenschaftlichen Denkens in der Psychiatrie»³⁸⁹ bezeichnet werden. Darüber hinaus muss auch die Differenzierung der Verstehentypen als eine seiner grössten Leistungen als Psychiater betrachtet werden.³⁹⁰ Diese Typologie des Verstehens bietet dem Arzt einen methodisch fundierten Zugang zum Patienten und kann, wenn es um die Überlegungen zur Arzt-Patienten-Beziehung geht, nicht ausser Acht gelassen werden.

Dem Erklären widmet Jaspers in der *Allgemeinen Psychopathologie* (1913) ein Kapitel unter dem Titel «Die kausalen Zusammenhänge des Seelenlebens». Durch das Erklären werden in der Psychopathologie Kausalverhältnisse behandelt.³⁹¹ Beispielsweise können Illusionen und Halluzination durch Augenerkrankungen «erklärt» werden.³⁹² Die Fixierung jedoch auf Kausalzusammenhänge als einzige Heuristik der Psychopathologie wird dem menschlichen Seelenerleben nicht gerecht. Jaspers schreibt dazu:

Dies würde eine völlige Quantifizierung der untersuchten Vorgänge voraussetzen, die beim Seelischen, das seinem Wesen nach immer qualitativ bleibt, prinzipiell nie möglich ist, ohne den eigentlichen, nämlich den seelischen Untersuchungsgegenstand zu verlieren.³⁹³

³⁸⁸ Vgl. ders., *Allgemeine Psychopathologie*, S. 250–251.

³⁸⁹ Gäbler, Karl Jaspers als Initiator des geisteswissenschaftlichen Denkens in der Psychiatrie, S. 18.

³⁹⁰ Vgl. ebd., S. 25.

³⁹¹ Vgl. Jaspers, *Allgemeine Psychopathologie*, S. 375.

³⁹² Vgl. ebd., S. 251.

³⁹³ Ebd.

Das Verstehen, diskutiert im Kapitel «Die verständlichen Zusammenhänge» in der *Allgemeinen Psychopathologie* (1913), legitimiert sich durch eine andere Form von Evidenz: Die wissenschaftliche Evidenz des Verstehens wird «*nicht durch* Erfahrung, die sich wiederholt, induktiv bewiesen. Sie hat ihre Überzeugungskraft in sich selbst.»³⁹⁴ Sie ist auf nichts zurückzuführen, sondern unmittelbar und wird aus «der Erfahrung gegenüber menschlichen Persönlichkeiten gewonnen.»³⁹⁵ Zugänge bilden greifbare Anhaltspunkte wie sprachliche Inhalte, geistige Schöpfung, Handlungen, Lebensführung, Ausdrucksbewegungen. Je weniger Anhaltspunkte vorliegen, desto weniger «versteht» und umso mehr «deutet» man.³⁹⁶ Der Übergang zwischen Verstehen und Deuten ist also fließend. «Deuten gehört zum Verstehen, nicht aber zum Erklären, ist legitim für Geisteswissenschaften, nicht aber für Naturwissenschaften.»³⁹⁷ Als Erster erweiterte Jaspers die Psychiatrie um die geisteswissenschaftliche Dimension mit einer fundierten Methode: dem Verstehen. Als Phänomenologe ging es ihm dabei um eine klare Begrifflichkeit sowie um die Unterscheidung von Verstehensweisen. Beispielsweise vergegenwärtigen wir durch «statisches Verstehen» einzelne psychische Zustände oder wir versuchen, komplexe Zusammenhänge nachzuvollziehen durch «genetisches Verstehen». Seelisches zeigt sich jeweils mittelbar, durch Sprache, Mimik, Kultur. Jaspers' Verstehensweisen lassen sich folgendermassen typisieren:

1. «Phänomenologisches Verstehen»: Hier spielen Zusammenhänge noch keine Rolle. Es handelt sich um eine «innere Vergegenwärtigung des Erlebens mit Hilfe der Selbstschilderung der Kranken».³⁹⁸
2. Das «Ausdrucksverstehen» ist eine spezifische Form des phänomenologischen Verstehens. Es ist das «unmittelbare Wahrnehmen des seelischen Sinnes in Bewegung, Gebärden (Mimik) und Formen (Physiognomik)».³⁹⁹

³⁹⁴ Ebd., S. 252.

³⁹⁵ Ebd.

³⁹⁶ Vgl. ebd.

³⁹⁷ Engelhardt, Zur Typologie des Verstehens bei Karl Jaspers in ihrer Bedeutung für Medizin und Psychiatrie, S. 25.

³⁹⁸ Jaspers, *Allgemeine Psychopathologie*, S. 255.

³⁹⁹ Ebd., S. 255.

3. «Statisches Verstehen»: Dies ist auch eine Form des phänomenologischen Verstehens, Zusammenhänge sind ebenso irrelevant. Es erfasst die «einzelnen seelischen Qualitäten und Zustände»⁴⁰⁰ für sich selbst.
4. «Genetisches Verstehen»: Hier geht es um die inneren seelischen Zusammenhänge. Dabei leitet sich «Seelisches aus Seelischem»⁴⁰¹ ab, es entsteht durch «Hineinversetzen in Seelisches».⁴⁰² Es ist das Verstehen, das uns komplexe Gefühle wie Zorn, Eifersucht oder Wut in ihrem seelischen Zusammenhang verstehen lässt. Mit dem genetischen Verstehen werden nicht bloss «ruhend angesehene Zustände» wie bei den ersten drei Verstehenstypen, sondern es wird nun «die Unruhe des Seelischen»⁴⁰³ erfasst.
5. «Rationales Verstehen»: Hierdurch werden uns «die Inhalte der Gedanken nach Regeln der Logik einsichtig».⁴⁰⁴ Diese Inhalte können auch innerhalb eines nicht verständlichen Prozesses, z. B. bei einer Psychose, vorkommen. Exemplarisch erwähnt Jaspers «ein logisch zusammenhängendes Wahnsystem».⁴⁰⁵ Das Auftreten eines Wahns ist etwas uns grundsätzlich Unverständliches, jedoch ist uns der Inhalt eines Wahns durch «rationales Verstehen» zugänglich. Rationales Verstehen ist ein «Verstehen des Gesprochenen».⁴⁰⁶
6. Unter «einfühelndem Verstehen» ist Empathie gemeint. Im Gegensatz zum genetischen Verstehen spielt das Verständnis eines inhaltlichen seelischen Zusammenhangs keine Rolle. Zorn, Eifersucht oder Wut werden nicht in ihrem Kontext verstanden, sondern als uns bekanntes Gefühl nachempfunden und miterlebt.⁴⁰⁷
7. Das «geistige Verstehen» berücksichtigt den kulturellen Kontext des Menschen. «Gestalten, Bilder und Symbole, die Forderungen und

⁴⁰⁰ Ebd., S. 255.

⁴⁰¹ Ebd., S. 251.

⁴⁰² Ebd., S. 250.

⁴⁰³ Ebd., S. 24.

⁴⁰⁴ Ebd., S. 253.

⁴⁰⁵ Ebd., S. 255.

⁴⁰⁶ Engelhardt, Zur Typologie des Verstehens bei Karl Jaspers in ihrer Bedeutung für Medizin und Psychiatrie, S. 29.

⁴⁰⁷ Vgl. Jaspers, Allgemeine Psychopathologie, S. 253.

Ideale»⁴⁰⁸ sind Gegenstände dieses Verstehenstypus. Erst kulturelle Bildung ermöglicht uns tiefere psychologische Einsichten. «Die Seele ist nur zugänglich in dem Masse, als verstanden wird, in welchen Gehalten sie lebt.»⁴⁰⁹

8. Das «existentielle Verstehen» ist «mehr als verstehbar, ist das sich-erhellende, verstehbar werdende».⁴¹⁰ Es verlässt den Bereich der Wissenschaft, weshalb es in der ärztlichen Tätigkeit auch nicht zu fordern ist, sondern im besten Fall spontan zwischen dem freien Arzt und dem freien Patienten entstehen kann. «Existenzerhellung berührt durch verstehende Psychologie dieses mehr-als-Verstehbare.»⁴¹¹ Beim Begriff des existentiellen Verstehens handelt es sich somit um den Versuch, das Verstehen auf die Dimension seiner Existenzphilosophie auszudehnen. Eng daran geknüpft ist darum die weiter oben diskutierte «existentielle Kommunikation» (siehe Abschnitt 2.3.3).
9. Das «metaphysische Verstehen» beschreibt das Verständnis eines «umfassenderen Sinnzusammenhangs».⁴¹² Das psychische Erleben soll dabei zum «Gleichnis allen Menschseins»⁴¹³ werden. Es sucht das allgemein Vernünftige im Erleben des Kranken. «Die äussersten menschlichen Möglichkeiten werden hier im Durchbruch durch alle Grenzen des sich bergenden, beruhigenden, gestaltenden und abschliessenden Daseins wirklich. Es kann nicht anders sein, als dass der Philosoph in uns ein Leben lang von dieser Wirklichkeit wie gebannt bleibt.»⁴¹⁴ Auch das metaphysische Verstehen gehört nicht zu den wissenschaftlich erlernbaren und in der Therapie planbaren Verstehenstypen, sondern stellt ein philosophisches Ideal dar. Eng verwandt mit dem Begriff des metaphysischen Verstehens ist der der «Philosophie der Vernunft». Dabei handelt es sich um den Versuch, etwas zu denken, das die Menschheit verbindet. Diese Auffassung er-

⁴⁰⁸ Ebd., S. 256.

⁴⁰⁹ Ebd.

⁴¹⁰ Ebd. Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

⁴¹¹ Ebd.

⁴¹² Ebd., S. 257.

⁴¹³ Ebd.

⁴¹⁴ Ebd.

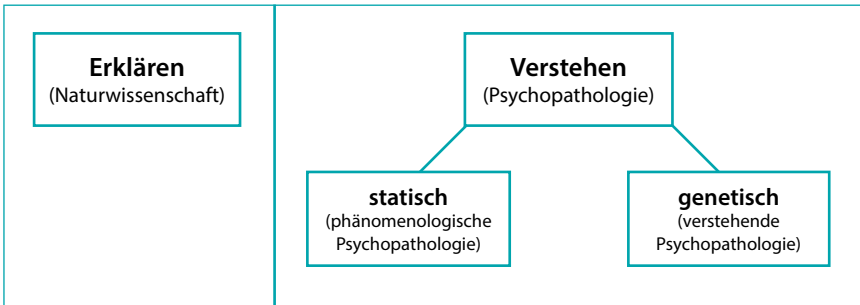


Abbildung 5-1: Methodik in der psychiatrischen Hermeneutik (vereinfacht). Quelle: Sass/Hoff, Deskriptiv-psychopathologische Befunderhebung, S. 441.

hielt stärkeres Gewicht nach dem Zweiten Weltkrieg aufgrund der Einsicht seiner politischen Notwendigkeit (siehe Abschnitt 2.3.3).

Jaspers begründete somit für die psychiatrische Tätigkeit eine neue wissenschaftlich fundierte Hermeneutik. Auf der einen Seite «erklärt» der Psychiater seelische Phänomene als in Kausalitäten denkender Naturwissenschaftler, auf der anderen Seite «versteht» er sie und ist Geisteswissenschaftler. Das Verstehen kann weiter unterteilt werden; vereinfacht in ein «statisches», das einzelne Ausdrücke und Zustände beschreibt, und in ein «genetisches», das Zusammenhänge erkennt (siehe Abbildung 5-1).

Zusammenfassend lässt sich sagen: Jaspers warnte vor der verhängnisvollen Überschreitung der Grenzen der Medizin, vor allem davor, den *gesamten* Menschen als krank zu betrachten. Gerade die existentiellen seelischen Nöte sollten nicht als Krankheit kategorisiert und vom Arzt nicht als behandelbares Objekt angesehen werden. Im ärztlichen Fokus sollte die Krankheit stehen, die objektiviert werden kann und somit immer nur Teilaspekte des Menschen betrifft. Darüber hinaus kann ein anderes, umfassenderes, existentielles Leid existieren. Dieses Leid erfordert nicht seine Diagnostik und Therapie, sondern die philosophisch-existentielle Erhellung des leidenden Individuums durch die Aneignung des Leidens als Grenzsituation und durch das Erleben der existentiellen Kommunikation (siehe Abschnitt 2.3.3). Da nur Teilaspekte des Menschen als krank definiert werden können, der Mensch aber nie in seiner Gesamtheit krank ist, besteht stets ein Zugang zu seinen gesunden Aspekten. Diese Erkenntnis hatte für Jaspers als

Patienten eine besondere Bedeutung. Das Erkennen der Gesundheit und deren Pflege erlaubten es ihm, seine gesunden geistigen Kräfte zu mobilisieren. Und: Krankheit war für ihn nicht etwas rein Negatives oder Hinderliches, denn sie konnte kreative Kräfte freisetzen und tiefe Einsichten in die menschlichen Möglichkeiten gewähren. Diese zu «verstehen», war für Jaspers als Arzt und Autor der *Allgemeinen Psychopathologie* (1913) wichtig. Mit dem «Verstehen» führte Jaspers eine geisteswissenschaftliche Methode ein, die die Medizin bereichert hat. Der Mensch kann so nicht nur quantitativ wie eine Maschine, sondern auch qualitativ in Aspekten seines seelischen Erlebens erfasst werden.

5.2 Konkrete Forderungen an den Arzt und den Patienten

Aus den vorangegangenen Überlegungen ergeben sich Forderungen an den Arzt sowie an den Patienten. In Bezug auf den Arzt hat sie Jaspers in den Schriften, die zu Beginn dieses Kapitels aufgeführten wurden, konkret dargestellt. Die Forderungen an den Patienten ergeben sich hingegen nur implizit. Jaspers spricht von der «Idee des Arztes», aber nicht von einer «Idee des Patienten». Der ideale Arzt ist nicht bei jedem Patienten erwünscht und umgekehrt wird der ideale Patient nicht jedem Arzt genehm sein. Im Idealfall jedoch begegnen einander zwei vernünftige Menschen:

Das Verhältnis von Arzt und Patient ist in der Idee der Umgang zweier vernünftiger Menschen, in dem der wissenschaftliche Sachkundige dem Kranken hilft. Das bedeutet: Der vernünftige Mensch will und kann begreifen und dementsprechend sich verhalten, wenn der Sachverständige ihn informiert. Es bedeutet ferner: Der vernünftige Kranke will Therapie nur, sofern eine wissenschaftlich begründete, also echte Therapie möglich ist. In den anderen, zahlreichen Fällen will er nur Diagnose und Beobachtung, damit im gegebenen Falle ein wirksamer therapeutischer Eingriff nicht versäumt werde. Für den vernünftigen Kranken und Arzt gilt der Grundsatz: So wenig wie möglich eingreifen, Beschränkungen auf rationell begründete Mittel. Das Ideal setzt voraus, dass Arzt und Kranker beide in der Reife der Vernunft und Menschlichkeit leben.⁴¹⁵

415 Jaspers, Die Idee des Arztes, S. 9.

5.2.1 Die Idee des Arztes

Eine elementare Forderung an den Arzt besteht darin, die Grenzen der Medizin zu respektieren. Besonderen Wert legt Jaspers, wie gezeigt wurde, darauf, dass der Arzt nie den Anspruch auf totale Erkenntnis stellen darf. Der Patient ist immer nur in Teilaspekten erfassbar. Die Krankheit betrifft immer, ob sie somatischer oder psychischer Natur ist, nur einen solchen Teilaspekt des gesamten Menschen.

Der Arzt sieht die Grenzen seines Könnens. Er kann den Tod nicht abschaffen, wenn er heute auch das Leben in einer noch nie dagewesenen Weise verlängern vermag. Er kann die Geisteskrankheiten nicht abschaffen, wenn er auch in bestimmten Fällen zu helfen vermag. Er kann das Leiden nicht abschaffen, wenn er es heute auch über alle früheren Masse hinaus zu lindern vermag. Trotz aller Erfolge ist dem Arzt fühlbarer, was er nicht kann, als das, was er kann.⁴¹⁶

Für den Arzt galt es, die Humanität zu wahren dadurch, dass er das Bewusstsein von der Unendlichkeit jedes einzelnen Menschen nicht verlor. Dadurch allein bleibt jene für den humanen Arzt notwendige Scheu vor jedem Menschen erhalten. [...] Jeder kranke Mensch ist wie jeder Mensch unerschöpflich.⁴¹⁷

Der Arzt sollte in aller Demut den Respekt vor dieser Unendlichkeit nicht verlieren. Falls beim Patienten existentielle Probleme auftauchen, muss er diese als solche erkennen und wissen, dass diese medizinisch nicht zu therapieren sind. Der Arzt soll den Patienten in all dessen erfassbaren Aspekten im Blick haben, im ständigen Bewusstsein der Grenzen seiner Funktion. Diese Grenzen erkennt der Arzt am besten, wenn er auch Philosoph ist.

In der Vereinigung der Aufgaben von Wissenschaft und Philosophie liegt die wesentliche Bedingung, die heute zwar nicht die Forschung, aber die Bewahrung der Idee des Arztes ermöglicht. Die Praxis des Arztes ist konkrete Philosophie.⁴¹⁸

Der offene, interessierte Arzt wird durch seine Praxis zum Philosophen. Verlangt wird in dem Zusammenhang nicht ein Philosophiestudium, sondern

⁴¹⁶ Ebd., S. 16.

⁴¹⁷ Ders., Philosophische Autobiographie, S. 26.

⁴¹⁸ Ders., Der Arzt im technischen Zeitalter, S. 56–57.

eine ständige Selbsterhellung,⁴¹⁹ aus der ein Ethos erwächst, das für die Unendlichkeit des menschlichen Seins sensibilisiert.

Durch die Intimität mit seinen Kranken, dieser Zuflucht persönlicher Hilfe, die sich gegen fremde Mächte und den Staat und die Gesellschaft behaupten kann, gelangt der Arzt in seiner Nüchternheit zu der menschlichsten Erfahrung. Angesichts der Not kommt er in der Praxis zu der philosophischen Einsicht, in das Ewige.⁴²⁰

Das ärztliche Ethos ist kein Ersatz für wissenschaftliche Erkenntnis, sondern geht mit dieser einher. Durch die philosophische Auseinandersetzung erhält der Arzt eine Grundüberzeugung, ein Wissen des Wissens und ein Bewusstsein seiner Grenzen. Daraus erwächst ein Ernst im Handeln, der dem typischen Arzt des technischen Zeitalters, der sich vor allem in der positivistischen, materialistischen Welt bewegt, fehlt.⁴²¹

Eine wichtige Aufgabe erhält der ideale Arzt durch die Förderung der gesunden Aspekte im Menschen. Der Arzt soll nicht fixiert sein auf die Krankheiten, sondern auf die Möglichkeiten des Patienten, die diesem trotz allem zur Verfügung stehen und Hoffnung geben sollen. Wenn der Arzt mit alleinigem Fokus auf die Krankheit des Patienten handelt, wenn er vergisst, dass beim Patienten trotz seiner Krankheit ein Rest von Gesundheit existiert, könnte der Arzt selbst zur Krankheitsursache werden.⁴²² Die Förderung der Gesundheit sollte im Vordergrund sein. Jaspers hat also in gewisser Weise das Konzept der Salutogenese vorweggenommen.

Ein weiteres wesentliches Element in Bezug auf die Idee des Arztes ist dessen grundsätzliche Hilfsbereitschaft und Empathie. Es sollte sein tiefer Wunsch sein, helfen zu wollen. Am besten gelingt dies, wenn er ein vorurteilsloses Verständnis für den Patienten entwickelt.

⁴¹⁹ Vgl. ders., Die Idee des Arztes, S. 17.

⁴²⁰ Ders., Der Arzt im technischen Zeitalter, S. 58.

⁴²¹ Ders., Allgemeine Psychopathologie, S. 675–676.

⁴²² Vgl. ders., Krankheitsgeschichte (1938), S. 134. Die Erkenntnis, dass durch das Verhalten des Umfeldes Krankheit entstehen kann, nahm Gertrud Jaspers vorweg. Über die allzu grosse Sorge ihres Mannes Karl schrieb sie: «Wenn es so weiter ginge, wäre ich nicht mehr als gesund zu betrachten.» Dem Patienten soll nicht mit einer Überbesorgtheit begegnet werden. Ihm muss vielmehr Spielraum für eigene Entscheidungen und Luft zum Atmen in Freiheit gelassen werden. Vgl. Anhang, Transkripte aus den Familienbriefen, Brief vom 01.04.1914.

Wo Symptome mit verstehbaren Sinnzusammenhängen zu tun haben scheinen, wird der Weg des Verstehens beschritten, um durch möglichst tiefes Verstehen menschlich zu helfen.⁴²³

Für ein solches Verstehen benötigt der Arzt eine gewisse Distanz, die es ihm erlaubt, objektiv zu sein. Der Arzt befindet sich nach Jaspers also in einem Spannungsfeld zwischen objektiver Wissenschaftlichkeit und tiefem Verstehen, zwischen Distanz und Nähe. Im richtigen Moment zwischen diesen Polen zu wechseln, gehört zur ärztlichen Kunst, ist ihm zu einem gewissen Masse in die Wiege gelegt, kann aber auch geübt werden.

Mit der Idee des Arztes sind weitere Tugenden verbunden, und zwar Humanität⁴²⁴ sowie eine Herzengüte.⁴²⁵ Zudem soll er auch angesichts der Begegnung mit unvernünftigen Patienten nicht zum Skeptiker, Zyniker, Naturalisten oder Menschenverächter werden und widerstehen:⁴²⁶

Überlegene Weisheit, unbeirrbar Güte, unutilgbare Hoffnung sollen sich zusammenfinden. Nur lebenswährende Selbstdurchleuchtung bei ursprünglich gehaltvollem Wesen kann auf den Weg zu diesem Ideal führen, auf dem das Wissen um die Grenzen des Menschseins und die eigenen Grenzen bescheiden hält. [...] Vor der Menschenverachtung rettet den Psychotherapeuten allein seine Grundhaltung des Helfenwollens gegenüber dem Menschen als Menschen; hilft ihm das Bewusstsein der eigenen Schwäche und der eigenen Entgleisungen und des eigenen Versagens, die ihm in lebenswährender Erinnerung gegenwärtig bleiben, aber darin auch das Wissen um die Möglichkeiten des Gelingens.⁴²⁷

Jaspers hatte hohe Ideale: Der Arzt kann nicht den Anspruch erheben, eine «überlegene Weisheit» zu besitzen. Er sollte eine gewisse Bescheidenheit haben. Diese entsteht, wenn er sich klar macht, dass Ärzte «auch nur Menschen» und unzulänglich sind. So kann er sich mit dem Patienten auch in dessen schwachen Momenten solidarisieren. Auch hier ist ein enger Bezug zu Jaspers' eigenen Erfahrungen unverkennbar: In seinem Arzt Fraenkel sah er

423 Jaspers., *Arzt und Patient*, S. 30–31.

424 Vgl. ebd., S. 24.

425 Vgl. ders., *Krankheitsgeschichte* (1938), S. 130.

426 Vgl. ders., *Die Idee des Arztes*, S. 16–17.

427 Ders., *Allgemeine Psychopathologie*, S. 684–685.

den idealen Arzt verkörpert.⁴²⁸ Die Beziehung zu ihm war die Grunderfahrung für Jaspers' Idee des Arztes (siehe Abschnitt 2.2).⁴²⁹

5.2.2 Die Idee des Patienten

Jaspers' Ansprüche an den idealen Patienten sind hoch. Gemeint ist hier nicht der Patient, der lediglich an einem leichten Defekt oder an einer vorübergehenden mechanischen Behinderung leidet, sondern einer, der chronisch erkrankt ist und bei dem die Krankheit dessen gesamtes Leben beeinflusst.⁴³⁰ Was eine solche Krankheit «aus einem Menschen macht, wird letzten Endes davon bestimmt, was für einen Charakter er hat».⁴³¹

Jaspers erkannte, dass viele Menschen nicht aufgrund medizinischer Probleme, sondern wegen Existenzproblemen zum Arzt gingen. Viele litten an einem Gefühl der Sinnlosigkeit und wünschten sich einen «Coach», wie man heute sagen würde. Für ihn war dies Ausdruck der Dekadenz seiner Zeit.

Sich dem Arzt für seine Lebensführung anvertrauen zu wollen, das ist die Flucht mancher modernen Menschen aus dem Ernst in die Bequemlichkeit. Den Arzt und den Seelsorger zu verwechseln, ist Ergebnis der Glaubenslosigkeit.⁴³²

Eine Modernität leer gewordener Menschen läuft vergeblich Heilserwartungen nach.⁴³³

Wie der ideale Arzt ist auch der ideale Patient ein sich selbst bewusstes Individuum, das sich in einer existentiellen Auseinandersetzung mit sich selbst erhellt. Der Patient, der nach Erlösung sucht, stellt für den Arzt eine Herausforderung dar, mehr noch: eine Verführung. Der ideale Patient kennt die Grenzen dessen, was er vom Arzt erwarten darf. Er ahnt, dass das Leben eine philosophisch-existentielle Dimension besitzt und dass die wahre Existenz in deren Erfahrung liegt. Der ideale Patient hat ein Gespür für die Grenzsitua-

⁴²⁸ Vgl. ders., Karl Jaspers, S. 18.

⁴²⁹ Ders., Krankheitsgeschichte (1938), S. 129.

⁴³⁰ Vgl. ders., Krankheitsgeschichte (1938), S. 131.

⁴³¹ Ders., Allgemeine Psychopathologie, S. 349.

⁴³² Ders., Arzt und Patient, S. 38.

⁴³³ Ders., Die Idee des Arztes, S. 13.

tionen des Lebens, für die Möglichkeiten, die die Kommunikation mit Mitmenschen eröffnen, und vor allem dafür, dass nicht jedes Leid durch eine Autorität aufgehoben werden kann. Er möchte sich in erster Linie selber helfen. Nach Jaspers ist darum eine Abneigung gegenüber Ärzten ein gesunder Reflex.

Im Menschen ist trotz seines Hilfsbedürfnisses eine Abneigung nicht nur gegen Psychotherapie, sondern gegen jede ärztliche Behandlung. Es ist in ihm etwas, das sich selber helfen möchte. Die Widerstände in ihm sind Widerstände, deren er allein Herr werden möchte.⁴³⁴

Jaspers' idealer Patient muss sich selbst erziehen, sich reflektieren und der Behandlung gegenüber stets kritisch bleiben. Wenn der Arzt beansprucht, den gesamten Menschen behandeln zu können, und versucht, seine Grenzen zu überschreiten, muss der Patient es wagen, einen Rollentausch vorzunehmen und seinen Arzt «behandeln».⁴³⁵

Der denkende Kranke muss dem Arzt entgegenkommen. Er darf nicht nur und nicht einfach gehorchen. Wenn der Patient mitdenkt, muss er die Grenzen allen wissenschaftlichen Könnens begreifen und anerkennen (und nicht Unmögliches verlangen, bei dessen Ausbleiben er gar die Medizin und die Ärzte anklagt). Er darf Kritik an der Begründung von therapeutischen Massnahmen der wissenschaftlichen Medizin versuchen. Das Handeln der Ärzte ist in beträchtlichem Umfang unvermeidlich unter Schemata des Zeitalters und gar der Mode gebracht. Getan wird etwas, ut aliquid fiat⁴³⁶; geredet wird, um zu beruhigen, zu verschleiern, abzulenken, zu ermahnen. Daher hat der Patient gegen überflüssige Verordnungen zu kämpfen, bis der kluge Arzt ihm glaubt, dass er nicht unter allen Umständen irgendwie behandelt, sondern nur beobachtet sein will, um in den Augenblicken, wo eine rationell wirksame Behandlung in der Tat möglich ist, diese zu erhalten.⁴³⁷

Der Patient – und diesen Anspruch stellte Jaspers insbesondere auch an sich selbst – muss erkennen, dass «kein Leben sich lohne, das ein Leben für die Krankheit sei. Auch das Leben des Kranken steht wie das jedes Menschen unter dem Mass, wie weit in ihm objektive Gehalte sich verwirklichen und

⁴³⁴ Ders., Allgemeine Psychopathologie, S. 669.

⁴³⁵ Vgl. ders., Krankheitsgeschichte (1938), S. 127.

⁴³⁶ Übersetzung: «Damit etwas getan werde».

⁴³⁷ Jaspers, Krankheitsgeschichte (1938), S. 127.

welchen Aufschwung die Seele nimmt.»⁴³⁸ Der Ausgangspunkt für die Idee des Patienten war Jaspers' eigene Krankheitserfahrung.

Der ideale Patient wird weiterhin charakterisiert durch dessen Mündigkeit und durch dessen Vernunft. Einem solchen Patienten schuldet der Arzt immer die ganze Wahrheit, denn als vernünftigem Menschen ist sie ihm zumutbar. So kann er auch mit der schwierigsten Wahrheit umgehen, er kann sie ordnen und fällt durch sie nicht in Ohnmacht. In der Realität fehlt diese Vernunft jedoch oft. Jaspers spricht dem Patienten dann den kompletten Wissensanspruch ab, um ihm nicht weiter zu schaden.

Der Kranke ist ein Mensch und als solcher berechtigt, in rückhaltloser Kommunikation zu wissen, was mit ihm geschieht. Aber er versagt als Mensch in seiner Angst, durch die alles Wissen seinen Sinn verkehrt und durch das es in seiner Wirkung verhängnisvoll ruinös wird. Damit verliert der Kranke den Anspruch auf Wissen.⁴³⁹

Geprägt durch die heutige Medizinethik, wo die Autonomie eines der höchsten Prinzipien darstellt, mag uns Jaspers an dieser Stelle befremden und patriarchalisch erscheinen. Es stellt sich auch die Frage, wie der Arzt seine Berechtigung legitimieren kann, über die Reife des Patienten selbst zu entscheiden. Jaspers würde mit dem Prinzip «*primum non nocere*» antworten, dessen korrekte Anwendung Teil der ärztlichen Kunst ist.

Es ist ein idealer Grenzfall, dass ein Mensch trotz aller ihm zukommenden Mitteilungen und Denkmöglichkeiten seinen Leib vital nur günstig beeinflusst. Die Folge ist, dass der Arzt keineswegs dem Kranken ohne weiteres sagen kann, was er weiss und denkt, sondern dass er seine Mitteilungen unter die Bedingung stellen muss, dass der Kranke nicht wehrlos durch sie geschädigt wird. [...] [Der Kranke] muss die Kraft haben, das objektive Wissen kritisch in der Schwebelage zu halten und nicht absolut werden zu lassen, d.h. im vermeintlich Unabwendbaren muss er noch den Rest von Fraglichkeit und Möglichkeit sehen, die allem nur Empirischen eigen ist. [...] Er muss im Wissen um die ständige Bedrohung planvoll für die Zukunft tun können, was sinnvoll begründet ist, und angesichts des Untergangs gegenwärtig doch leben. Die Angst als Furcht darf nicht Herr sein, wenn der Mensch als Kranker wissen darf, was wissbar ist. Da dies, wenn es überhaupt vorkommt, die Ausnahme ist, erwachsen für das Handeln des Arztes neue Aufgaben: statt mit dem Kranken in

⁴³⁸ Ebd., S. 111.

⁴³⁹ Ders., *Allgemeine Psychopathologie*, S. 666.

restloser Kommunikation der Wissensmitteilung zu stehen, muss er ihn als Ganzes seiner Leib-Seele-Einheit im Auge behalten.⁴⁴⁰

Die richtige Einschätzung des Patienten ist eine ungeheure Aufgabe, der nur der ideale Arzt gewachsen ist. Dieser muss verschiedene ethische Forderungen gegeneinander abwägen: Er steht unter der Spannung des Respekts gegenüber dem Autonomieanspruch des Patienten und dem verantwortungsvollen und sensiblen Umgang mit seinem Wissen. Für den Arzt sind klare Anweisungen einfacher zu handhaben, gerade in unserer Zeit, in der er stets in der Lage sein muss, sich auch juristisch zu rechtfertigen. Schnell neigt er dazu, dem Patienten alle Informationen, die er hat, preiszugeben und vergisst dabei seine Fürsorgepflicht. Nicht jeder Patient möchte oder kann mit der Mitteilung einer schlechten Prognose umgehen. Der ideale Patient jedoch kann den Tatsachen ins Auge blicken. Für den Arzt ist entscheidend – und das war auch Jaspers klar –, dass der Patienten nicht nach dieser Idealvorstellung bewertet werden darf. Der ideale Patient ist, genauso wie der ideale Arzt, ein Glücksfall.⁴⁴¹ Aber auch gegenüber dem verzweifeltsten, unvernünftigsten, ärgerlichsten und wunderlichsten Patienten muss der Arzt Geduld und therapeutische Milde zeigen.⁴⁴²

5.3 Schlussüberlegungen mit Blick auf die heutige Medizin

Jaspers' medizinethische Schriften sind in vielerlei Hinsicht heute noch aktuell. Sie enthalten aber auch Warnungen an die Adresse von Ärzten, die ihre Dringlichkeit verloren haben. So ist zum Beispiel die Überschreitung der «Grenzen der Medizin» meiner Meinung nach heute in der Schulmedizin kaum mehr ein relevantes Thema. Ebenso erscheint mir die Gefahr der quatsireligiösen Selbstüberschätzung der Ärzte mittlerweile gebannt zu sein. Die Schulmedizin hat nicht den Anspruch, Heilbringerin zu sein. Es kann auch keine Rede davon sein, dass sie sich in Sinnfragen den Patienten gegenüber systematisch überlegen fühlt. Vielmehr leiden gerade junge Ärzte an ähnli-

⁴⁴⁰ Ebd.

⁴⁴¹ Vgl. ders., Die Idee des Arztes, S. 18.

⁴⁴² Vgl. ders., Allgemeine Psychopathologie, S. 671.

chen Problemen wie alle anderen Menschen ihrer Generation. Sie suchen Erfüllung in einem faszinierenden Beruf und streben ein ausgeglichenes und vielfältiges Leben an. Die Work-Life-Balance beschäftigt sie ebenso wie andere auch. Ärzte sind keine Halbgötter in Weiss mehr und die Gurus sind der Schulmedizin grösstenteils entwichen.

Instruktiv für die Schulmedizin sind hingegen Jaspers' Bemerkungen über die Berücksichtigung der gesunden Aspekte des Kranken. Wie er Krankheiten, insbesondere auch psychische, entstigmatisiert, ist für jeden Arzt, auch heute, eine Bereicherung. Er sollte sich stets, auch angesichts von somatisch oder psychisch schwer kranken Patienten, vor Augen halten, dass in jedem Menschen, solange er lebt, gesunde Aspekte vorhanden sind. Den «totalen Kranken» gibt es nicht. Die Krankheit selbst kann Ausgangspunkt für eine konstruktive Auseinandersetzung mit den gesunden Facetten des Patienten sein, und zwar auf körperlicher, seelischer und geistiger Ebene. Diese sollte der Arzt ansprechen und fördern, denn erstens ist dies ein Ausdruck tiefen Respekts gegenüber dem Patienten und zweitens für sie selbst Grundlage der Entdeckung eines gesunden Kerns hinter dem Schleier der Krankheit. Meine Darstellung von Jaspers' eigener Krankheit (siehe Kapitel 4) zeigt in eindrucksvoller Weise auf, wie diesem trotz einer schweren Lungenkrankung durch die Einhaltung von «hygienischen Lebensbedingungen» ein langes, fruchtbares und reiches Leben gelang.

Auch die Auseinandersetzung mit Jaspers' Idee des Arztes lohnt sich für den heutigen Mediziner. Wie das folgende Zitat belegt, kommt in seinen Augen der «praktisch tätige Arzt», der heutige Hausarzt, dieser Idee am nächsten, da dieser sich direkt und umfassend mit dem Patienten auseinandersetzt.

Vielleicht hat die mögliche Erneuerung der Idee des Arztes ihren bevorzugten Ort heute beim praktischen Arzt, der ohne Autorität von Klinik und Amt mit dem Kranken in dessen wirklichem Leben zu tun hat. Hier kann für den Blick des Arztes, der den Menschen sieht, all das, was Spezialisten vermögen und was ohne die Einrichtungen des Krankenhauses sich nicht verwirklichen lässt, zu den einzelnen Massnahmen werden, die er, wenn er zu ihnen rät, durch die Führung des Ganzen in der Hand behält. Dieser ärztliche Blick hat den Sinn für die Situationen. Er hat die Sorge für die Natürlichkeit des Menschen in seiner Umwelt. Er lässt die Untersuchung des Kranken sich nicht auflösen in ein Aggregat der Untersuchungsergebnisse von Laboratorien, sondern er vermag dies alles abzuschätzen, zu nutzen und unterzuordnen. Er lässt diese diagnostischen Methoden in ihren Grenzen zur Geltung

kommen, aber verliert sein Urteil nicht an sie. Er kennt die imponierenden modernen therapeutischen Massnahmen, aber er weiss sie im Range ihrer Wirksamkeit zu unterscheiden. Ihm ist wieder etwas von der hippokratischen Haltung eigen, die den Lebenslauf ins Auge fasst, die den Umgang des Kranken mit seiner Krankheit zu gestalten vermag. Er kennt die bleibende Bedeutung der hygienischen und diätetischen Ordnungen. Er gewinnt durch die Dauer der Zeit jenes persönliche Verhältnis zum Kranken, in dessen Klarheit das Sterben leichter wird.⁴⁴³

Diese Idealvorstellung kann als mögliche Wegleitung verstanden werden. Das Ziel des Arztes ist die umfassende Kenntnis des Patienten, seiner Krankheiten sowie seiner psychosozialen Situation. Er sollte ins Leben des Patienten involviert sein – immer jedoch mit dem Bewusstsein, dass er nie den gesamten Menschen erfassen kann und dass es zu seiner Aufgabe gehört, dem Patienten einen lebensfördernden Freiheitsspielraum einzuräumen. Der Patient sollte sich im Kontakt mit seinem Hausarzt als einzigartig erfahren. Jaspers erwartete einen selbstlosen Einsatz für den Patienten und forderte somit einen Typus Arzt, den wohl heute nur noch ältere Landärzte repräsentieren, die z. B. jederzeit für ihre Patienten erreichbar sind. Der neue Typus Arzt, der vor allem unter den jungen Ärzten verbreitet ist, will sich jedoch abgrenzen können und nur noch selten ein Leben ausschliesslich für die Medizin und die Betreuung von Patienten führen. Immer mehr wird in Gruppenpraxen praktiziert, die mehr Flexibilität erlauben. Der Patient wird dann nicht mehr nur von ein und derselben Person behandelt. Die hausärztliche Tätigkeit verteilt sich heute auf den Hausarzt, seine Praxiskollegen, Not- oder Spitalärzte. Hausbesuche werden immer seltener. Dies führt automatisch zu einer Verwässerung des Wissens über den Patienten beim einzelnen Arzt, zu einer Verteilung der Betreuung; der neue Hausarzt weiss im Vergleich zum alten Landarzt weniger über seine Patienten, was sicherlich Einfluss auf die Arzt-Patienten-Beziehung hat.

Bedrohliche Tendenzen hinsichtlich der Arzt-Patienten-Beziehung beschrieb Jaspers seinerzeit wie folgt:

Kliniken, Krankenkassen, Untersuchungslaboratorien treten zwischen Arzt und Kranken. [...] Ärzte werden zu Funktionen. [...] Zwischen Arzt und Kranken tre-

443 Ders., Die Idee des Arztes, S. 14.

ten Mächte, nach denen sie sich richten müssen. Das Vertrauen von Mensch zu Mensch geht verloren.⁴⁴⁴

Ob Jaspers mit den störenden «Zwischenmächten» ganz ins Schwarze trifft, bleibt fraglich. Kliniken ermöglichen die Behandlung von Schwerkranken, Krankenkassen erlauben – zumindest theoretisch⁴⁴⁵ – eine menschenwürdige Gesundheitsversorgung aller Bevölkerungsschichten. Die Untersuchungslaboratorien verbessern die Diagnostik und sind Teil des naturwissenschaftlichen Fortschritts, für den Jaspers durchaus eintrat. Er glaubte aber, all diese Institutionen würden die Arzt-Patienten-Beziehung untergraben. Er sah sie darum allzu sehr nur als intermediäre Störfaktoren und verkannte ihre positiven Aspekte.

Die heutige Medizin sieht sich vor neue Herausforderungen gestellt, die die ideale Arzt-Patienten-Beziehung gefährden: Aufgrund der zunehmenden Ökonomisierung und Bürokratisierung besteht in den Spitälern ein Druck zur Effizienzsteigerung. Die Spitäler müssen wirtschaftlich konkurrenzfähig bleiben und darüber hinaus einen möglichst grossen Profit herauschlagen. Die Chance zur Profitmaximierung im Gesundheitswesen haben viele Akteure erkannt: Private Unternehmungen kaufen Kliniken und Spitäler auf, Pharmaunternehmen gehören zu den rentabelsten Aktiengesellschaften, Krankenkassen stellen zahlreiche Personen ein und werfen dank privat versicherten Patienten ebenfalls nicht zu knappe Profite ab. Der Arzt befindet sich immer im Fokus dieser Akteure. An Medikamenten, die er in der Praxis verkauft, verdient er mit, an Operationen, die er durchführt, ebenso. Für die Fallpauschalen muss die lukrativste Diagnose gefunden und am Schreibtisch gerechtfertigt werden. Mit solchen bürokratischen Tätigkeiten verschwenden Ärzte heute viel Zeit. Ausserdem gibt es zahlreiche Anreize, zu viel Medizin zu betreiben. Wirtschaftliches Denken gehört bis zu einem ge-

⁴⁴⁴ Ders., *Der Arzt im technischen Zeitalter*, S. 43.

⁴⁴⁵ Ca. 30'000 meistens ohnehin schon verschuldete Personen können in der Schweiz ihre obligatorischen Krankenkassenprämien nicht bezahlen. Sie werden betrieben und landen dann in gewissen Kantonen auf «Schwarzen Listen». Sie erhalten dann nur noch Zugang zu Notbehandlungen. Vgl. GDK – Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren: Unbezahlte Prämien. Immerhin begannen nun erste Kantone diese Praktik zu überdenken. Vgl. Aschwanden, *Krankenkassen: Schwarze Listen werden abgeschafft*.

wissen Mass zum Arztberuf, dieses sollte jedoch zur Vermeidung unnötiger oder unethischer Behandlungen führen, nicht zur persönlichen oder institutionellen Bereicherung. Wenn Ärzte wirtschaftliche Anreize erhalten, erhöht sich das Angebot, und dies, ohne dass ihnen eine Böswilligkeit unterstellt werden muss. Auch wenn sie sich an die Evidenz halten, gibt es in ihrem Alltag oftmals weder ein Richtig noch ein Falsch; der Graubereich ist weit. Wenn mit «Gesundheit» argumentiert wird, werden Ängste geweckt. Oft wird dann – auch unbewusst – zu Entscheidungen geraten, die den eigenen, den Interessen des Arztes entgegenkommen. Das Gesundheitswesen wird so immer teurer und mit der Zeit droht eine Zwei-Klassen-Medizin – wenn sie nicht schon Realität ist. Die Konzentration auf Wirtschaftlichkeit und Papierkram geht auf Kosten der Zeit, die für den Patienten zur Verfügung steht und somit auch auf Kosten der Arzt-Patienten-Beziehung. Diese verkommt oft zu einer Beziehung zwischen Geschäftspartnern und wird weder von einem Verantwortungsbewusstsein noch von Ethos getragen.

Auch scheinbar innovative Entwicklungen stellen eine Gefahr für die Arzt-Patienten-Beziehung dar. Im *Swiss Medical Forum*, der Ärztezeitschrift mit der grössten Leserschaft in der Schweiz, erschien im Januar 2019 ein Artikel zur Cyberpsychiatrie, der schildert, wie digitale Programme die Arzt-Patienten-Beziehung zumindest teilweise ersetzen sollen. Die Cyberintervention soll unter anderem «als Ersatz für einen Teil der traditionellen Interaktion zwischen Arzt und Patient (Zeitgewinn für die Ärztinnen und Ärzte)»⁴⁴⁶ dienen. Technische Innovationen brachten medizinische Fortschritte und retteten abertausenden Menschen das Leben. Wir dürfen aber in ihnen keinen Ersatz für die Arzt-Patienten-Beziehung sehen. Solche Entwicklungen zeugen von einem Menschenbild, welches die Seele und zwischenmenschliche Bedürfnisse vernachlässigt. Zeitgewinn könnte vielmehr durch die Reduktion der Bürokratie angestrebt werden.

Die Humanität in der Medizin wird auch durch die – in der Psychiatrie und der Somatik – eingespielte Praxis, seelische Empfindlichkeiten effizient über Fragebögen zu erfassen und zu quantifizieren, in Frage gestellt. Die Seele wird so zu einer messbaren Grösse degradiert. Ein sensibler Patient reagiert frustriert und verliert wegen des Mangels an Verständnis für seine individuelle Lage das Vertrauen in die Schulmedizin. Wenn es den

446 Zullino u. a., Psychiatrie und Psychotherapie: Auf dem Weg zur Cyberpsychiatrie.

Schulmedizinern Ernst ist mit der Behandlung von Menschen, kommen sie nicht umhin, sich zu bemühen, den Patienten in seiner je eigenen Situation zu verstehen, damit er sich nicht abgefertigt fühlt. Der Patient möchte sich als Menschen begriffen und respektiert fühlen. Das ist die Voraussetzung, um bei ihm einen Prozess der Heilung einzuleiten. Hierfür braucht es jedoch Raum und Zeit. Als Beziehungswesen bedarf der Mensch, gerade im Falle von psychischen Notsituationen, des Kontakts zu anderen Menschen. Ihn zu behandeln wird nicht gelingen, wenn keine Wärme und kein Vertrauen entstehen. Wirtschaftliche und technische Effizienz kann hier nicht der Maßstab sein. Die Arzt-Patienten-Beziehung steckt somit in einer Krise, die sich immer weiter zuspitzt. Patienten wenden sich von der Schulmedizin ab und suchen Rat bei der Alternativmedizin, die der Arzt-Patienten-Beziehung besser gerecht werden kann. Viele Patienten schöpfen hier mehr Vertrauen und im Extremfall meiden sie auch bei gesundheitlicher Notwendigkeit die Schulmedizin. Unter Betonung der Arzt-Patienten-Beziehung trete ich mit der vorliegenden Arbeit für diesen Aspekt innerhalb der Schulmedizin ein. Dem Kontakt zwischen den Menschen spreche ich eine herausragende Bedeutung zu.

Man darf wohl behaupten, dass sich der typische Mediziner von heute als Naturwissenschaftler versteht, die Empirie ist ihm bestens bekannt. Seine Wissensquellen sind evidenzbasiert und stammen meist aus Papers. Im Idealfall handelt es sich dabei um randomisierte, kontrollierte Doppelblindstudien. Die Ärzte von heute beherrschen die Methodik des «Erklärens». Das «Verstehen», die Methodik der Geisteswissenschaften, ist ihnen jedoch in der Regel fremd. Und hier bietet Jaspers Anknüpfungspunkte (siehe Abschnitt 5.1.3). Ich möchte festhalten, dass in der Medizin nicht nur die naturwissenschaftliche Dimension, die in schwindelerregendem Tempo Fortschritte erzielt, essentiell ist, sondern auch die entschleunigende geisteswissenschaftliche Dimension, deren Erkenntnisse nicht statistisch messbar, aber trotzdem von höchster Relevanz sind. Jeder Arzt, der Patienten behandelt, sollte Wert darauf legen. Ein philosophisches Grundverständnis für existentielle Fragen und eine Vorstellung von der Idee des Arztes sollten allen Ärzten während ihrer Ausbildung vermittelt werden, damit ihnen später ein Handeln im Sinne eines verantwortungsvollen ärztlichen Ethos gelingen kann. Will die Medizin dieses ärztliche Ethos ernst nehmen, muss sie die geisteswissenschaftliche Aktivität berücksichtigen, sich auf die reiche Ge-

schichte sowohl der Medizin wie auch der Philosophie rückbesinnen und gegen die problematischen Tendenzen unseres nicht nur technischen, sondern zugleich – und in zunehmenden Masse – digitalen Zeitalters angehen.

6 Anhang

Die folgenden Abbildungen werden mit freundlicher Genehmigung des deutschen Literaturarchives in Marbach sowie der Karl Jaspers-Stiftung in Basel veröffentlicht.

6.1 Medizinische Befunde



Abbildung 6-1: Röntgen Thorax p. a. vom 19.03.1948⁴⁴⁸
 Neue Befundung: Primär unterpenetriertes Bild (möglicherweise aufgrund der Nachbearbeitung). Abgeflachte Zwerchfellkuppen und erweiterte Inter-costalräume beidseits als Hinweis auf eine Hyperinflation. Normal grosse Herzsilhouette, kardiopulmonal kompensiert. Schlankes Mediastinum, vaskulär konfigurierte Hili. Kein Infiltrat, kein grösserer Pleuraerguss. Basal betonte Bronchialwände, aspektmässig Ektasie der Bronchien. Im rechten Unterfeld mikronoduläre, gruppierte, polymorphe Struktur, am ehesten Artefakt bei der Nachbearbeitung.

⁴⁴⁸ Nicht mehr vorliegende Röntgenbilder aus dem Jahr 1906 und eines ohne Datum werden in der 1938 geschriebenen *Krankengeschichte 1938* von Jaspers selbst erwähnt. «Die Röntgenaufnahme zeigte (zuerst 1906) eine kirschgrosse, scharf begrenzte verkalkte Stelle (ausgeheilte Tb) rechts unterhalb des Schlüsselbeins. Die Verkalkung ist im Laufe der Jahre verschwunden. Später wurden längs der kaum sichtbaren langgestreckten dünnen zylindrischen Erweiterungen der Bronchien (über die ganzen Lungen verbreitet) massenhafte kleine punktförmige Verdichtungen gesehen, als Residuen von Entzündungen. Das Herz erscheint zu klein. Nirgends sind grössere Hohlräume in den Lungen sichtbar, keine Stelle als bevorzugt verändert erkennbar.» ders., *Krankheitsgeschichte* (1938), S. 118.



Abbildung 6-2: Röntgen Thorax p. a. vom 25.11.1952

Neue Befundung: Die ehemals mikronoduläre Struktur im rechten Unterfeld lässt sich nicht mehr abgrenzen. Allenfalls leicht progrediente Mehrzeichnung am rechten kardiophrenischen Winkel. Ansonsten weitgehend unverändertes Röntgenbild im Vergleich zum 19.03.1948: Primär unterpenetriertes Bild (möglicherweise aufgrund der Nachbearbeitung). Abgeflachte Zwerchfellkuppen und erweiterte Intercostalräume beidseits als Hinweis auf eine Hyperinflation. Normal grosse Herzsilhouette, kardiopulmonal kompensiert. Schlankes Mediastinum, vaskulär konfigurierte Hili. Kein Infiltrat, kein grösserer Pleuraerguss. Basal betonte Bronchialwände, aspektmässig Ektasie der Bronchien.

Röntgeninstitut
des
Krankenhauses Bethesda

Telephon 5 08 55

Basel, den 25.11.52
Neusatzweg 1

Herrn Dr. med. S. Krupp Missionsstr. 12 B a s e l

Name Prof. J a s p e r s Karl geb. 1883

Röntgenuntersuchung vom 25.11.52 Thorax-Durchleuchtung und Aufnahme:

Die Zwerchfelle stehen tief, sind aber respiratorisch ordentlich verschieblich. An der linken Zwerchfellkuppe hinten, sowie an der rechten medial finden sich zeltförmige Ausziehungen. Der linke phreniko-kostale Winkel ist stumpf. Basal beidseits, parakardial, vollum auf der rechten Seite zieht von den untern Hiluspolen basalwärts eine grobströmige Zeichnung. Der rechte phreniko-kardiale Winkel ist ausgefüllt. Die Lichtdurchlässigkeit beider Obergesonosse ist erhöht, abgesehen von der infraklavikulären Gegend rechts lateral, wo einzelne kleine Fleckschatten, sowie einzelne Streifenschatten sich darstellen. Die Hili sind verdichtet, eher schlecht begrenzt, aber nicht vergrößert. Der Herzschatten liegt median. Die linke Herzkontur ist auffallend geradlinig gezeichnet. Im II. schrägen Durchmesser erkennt man am Schirm einen betonten linken Ventrikel. Leicht vorspringender Aortenknopf.

Befund: Im Vergleich zur Aufnahme vom 9.3.48 hat sich der Thoraxbefund praktisch nicht verändert und spricht für Lungem hysem, Bronchiektasen basal beidseits vor allem rechts. Pleuraperikardiale Adhaesion links basal, sowie pleuritische Residuen an der rechten Zwerchfellkuppe und im rechten phreniko-kardialen Winkel.

b.w.

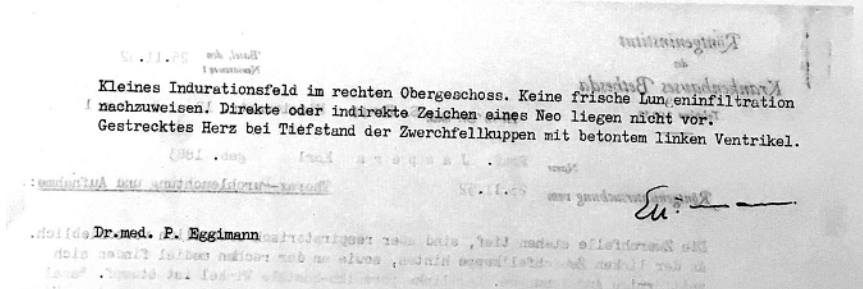


Abbildung 6-3: Befund, Röntgen Thorax vom 25.11.1952

Röntgeninstitut
des
Krankenhauses Bethesda

Telephon 5 08 55

Basel, den
Neustadt

21. April 1953.

Herrn Dr. med. S. Kruop, Missionsstr., Basel

Name Prof. J a s p e r s Karl, 1885

Röntgenuntersuchung vom 21.4.1953. Thorax-Durchleuchtung.

Der Nilus- und Lungenbefund hat sich seit der Aufnahme vom 25.11.52. praktisch nicht verändert. Auch lässt sich am Herz und an der Aorta nichts neues feststellen. Median gestelltes, etwas gestrecktes Herz (bei Zwerchfelltiefstand). Herzmaasse im Bereich der Norm. Gute Herzstätigkeit. Der Aortenknopf springt leicht vor, und lässt nicht besonders starke Pulsation erkennen: Leichte Elongation der Aorta. Keine Erweiterung und Sklerose der Aorta festzustellen.

Eu: — — .

Dr. med. P. Eggmann.

Abbildung 6-4: Befund, Röntgen Thorax von 21.04.1953

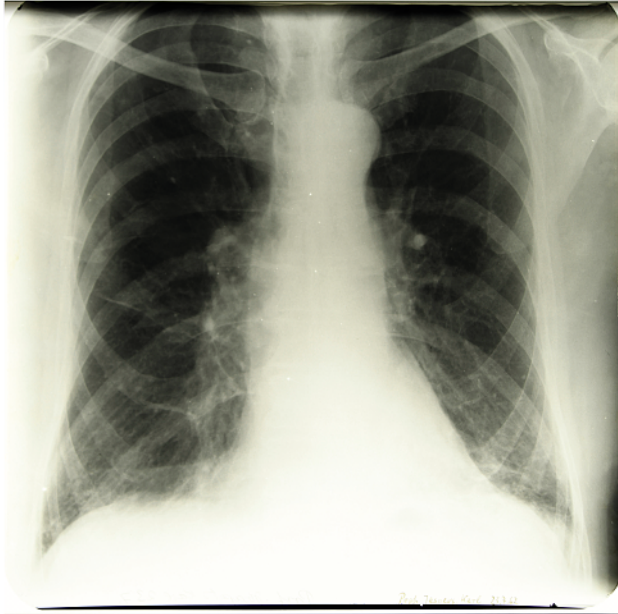


Abbildung 6-5: Röntgen Thorax p. a. vom 23.07.1962

Neue Befundung: Primär unterpenetriertes Bild (möglicherweise aufgrund der Nachbearbeitung). Abgeflachte Zwerchfellkuppen und erweiterte Intercostalräume beidseits als Hinweis auf eine Hyperinflation. Normal grosse Herzsilhouette, kardiopulmonal kompensiert. Im Vergleich zum 25.11.1952 vergrößerte und polyzyklisch veränderte Hili mit negativem Hilumkonvergenzzeichen (DD: i. R. Lymphknotenvergrößerung). Neu: flauere ovaläre Transparenzminderung apikolateral rechts, retikuläre Mehrzeichnung basal beidseits sowie Akzentuierung des rechten Interlobiums. Stationär basal betonte Bronchialwände, aspektmässig Ektasie der Bronchien. Die Befunde sind insgesamt vereinbar mit einem pulmonalen Infektstatus. Möglicherweise handelt es sich bei den basalen Retikulationen auch um beginnende basale Fibrosen.



Abbildung 6-6: Abdomen Aufnahme a. p. nach rektalem Kontrastmitteleinlauf vom 20. 11. 1959

Neue Befundung: Bis ins Zökum kontrastiertes Kolon mit ausgeprägter, sigmabetonter Pandivertikulose. Relativ kollabierte Darmschlingen. Kein Hinweis auf eine Neoplasie. Kein Hinweis auf frei auslaufendes Kontrastmittel. Unauffällige ossäre Strukturen.

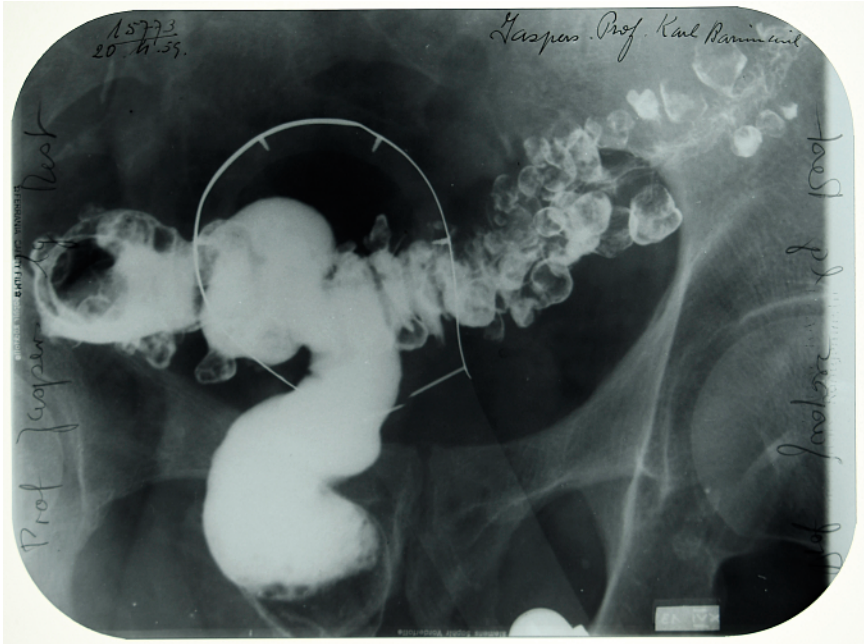


Abbildung 6-7: Gezielte Aufnahme kleines Becken a. p. nach rektalem Kontrastmitteleinlauf vom 20. 11. 1959

Neue Befundung: ausgeprägte Sigmadivertikulose. Kein Hinweis auf eine Neoplasie. Kein Hinweis auf frei auslaufendes Kontrastmittel. Unauffällige ossäre Strukturen.

BÜRGERSPITAL BASEL
 Universitäts-Institut
 für Röntgendiagnostik
 und Strahlentherapie
 Telefon 236600

28574
 Herr Prof. KARL

Befund Nr.

15773-59

RÖNTGENBERICHT

Herrn
 an Frau
 Etl. Dr. KEMMEL, MICHELBAUMSTR. 10

20.11.59.

Zd/ro

Klin. Diagnose: Darmblutung.
Dickdarminlauf:

Die Kontrastflüssigkeit fließt ohne Hindernis bis ins Coecum.

Das Sigma ist im ganzen mangelhaft entfaltbar und enthält zahllose, bis kleinkirschgrosse Divertikel, die sich oralwärts bis in die Descendensmitte erstrecken.

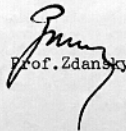
Im Descendens und Sigma treten gehäufte spastische Kontraktionen auf.

Die übrigen Dickdarmteile zeigen regelmässige Begrenzung, gute Entfaltbarkeit und normales Schleimhautrelief.

Die Untersuchung ergibt also die Zeichen einer Diverticulitis des Sigma und verstreute Divertikel in den oral angrenzenden Teilen des Descendens.

Für Tumor ist kein Anhaltspunkt.

Mit bestem Dank und kollegialen Grüßen


 Prof. Zdaneky

viertelt:

Form. 378

Abbildung 6-8: Befund, Abdomen Aufnahme a. p. nach rektalem Kontrastmitteleinlauf vom 20.11.1959

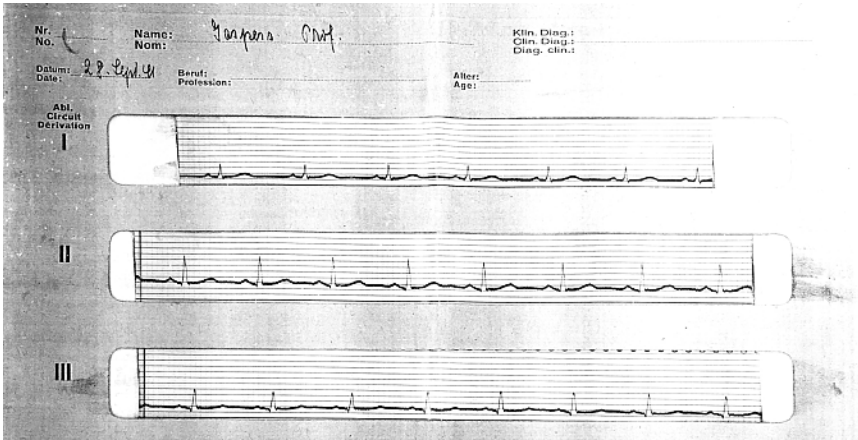


Abbildung 6-9: EKG vom 28.09.1941

Neue Befundung: Schreibgeschwindigkeit 25 mm/s. EKG beinhaltet lediglich die Ableitungen Eindhoven I, II und III. Tachykarder Sinusrhythmus (Hf 100/min), Indifferenzlagentyp, keine Blockbildungen, regelrechte De- und Repolarisation

Dr. Wilhelm Waltz
 Facharzt für innere Krankheiten
 Sprechstunden:
 vorm. 10^h - 10 Uhr, nachm. 2 - 5 Uhr
 außer Mittwochvormittag und Samstag-
 nachmittag

Heidelberg, den 29.6.53
 Goldbergstraße 7
 Fernruf 2230

Das EKG vom 28. Sept. 41 zeigt regelmäßige Schlagfolge. Rechtstyp. Überleitungszeit 0,14. QRS 0,06. Die ST-Strecke ist in Ableitung II angedeutet gesenkt. T ist in I und II positiv mittelhoch, in III flach positiv. Zusammenfassung: Kein Anhalt für Myocardschaden oder Coronarinsuffizienz.

Der demelige Befund unterscheidet sich mithin nicht wesentlich von dem jetzigen.

Abbildung 6-10: Befund, EKG vom 28.09.1941

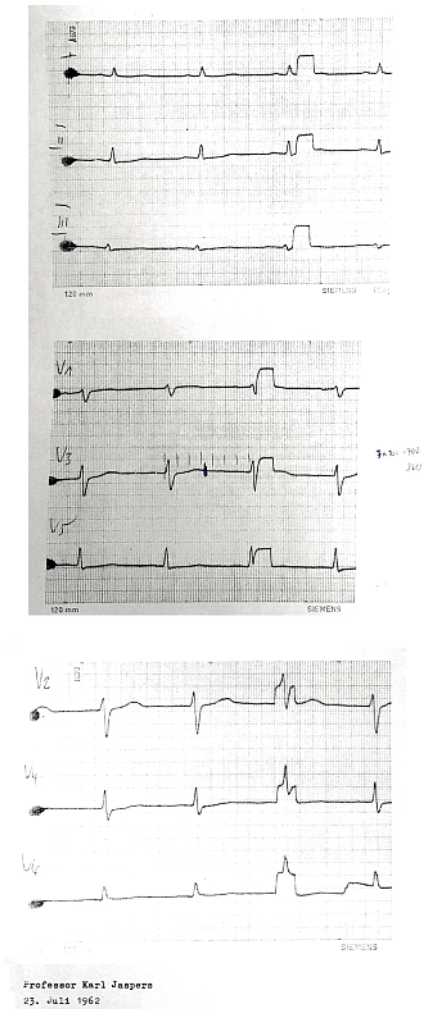


Abbildung 6-11: EKG vom 23.07.1962

Neue Befundung: Schreibgeschwindigkeit 50 mm/s. Low-voltage-Aspekt. Normokarder Sinusrhythmus (Hf 85/min), Indifferenzlagetyp, keine Blockbildungen, regelrechte De- und Repolarisation, regelrechte R-Progression mit R/S Umschlag über V3/4.

LABORATORIUM
KRANKENHAUS BETHESDA
BASEL
Neusatzweg 1

Name: Herr Prof. Jaspers Zr. Datum: 25. 11. 52
Ausk. 126

Senkungsreaktion

Senkung nach 1 Std. 8
 " " 2 " 22
 " " 24 "

Leukozytenschicht: _____
 Serumfarbe: _____

LABORATORIUM KRANKENHAUS BETHESDA BASEL
Neusatzweg 1

Name: Herr Prof. Carl Jaspers, Auesstr. 126
 Blutbild vom 25. 11. 19. 12. Basel

Rotes Blutbild:

Haemoglobin: 94 %	Anisozytose: _____
Erythrozyten: 4.500.000	Poikilozytose: _____
Index: 1.04	Polychromasie: _____
Bemerkungen: _____	Bas. Punktierung: _____
	Normoblasten: _____

Weisses Blutbild:

Leukozyten: 5000	Neutrophile: _____
Neutr. Segmentkernige: 52.7 %	Kerne: _____
Stabkernige: 1.3 %	Protoplasma: _____
Myelozyten: -	Granula: fein
Eosinophile: 11.0 %	
Basophile: 0.7 %	
Lymphozyten: 26.7 %	
Monozyten: 7.0 %	
Plasmazellen: 0.7 %	
Bemerkungen: _____	

Thrombozyten: einige grosse Thrombozyten.

Abbildung 6-12: Labor vom 25. 11. 1952

INSTITUT Dr. VIOLLIER
 Medizinisch-chem. Laboratorium
 SPALENRING 147 TELEPHON 24 20 00
BASEL

Garantie:
 Herr Prof Jaspers
 Austr. 126
Basel

PATIENT:

Jaspers Prof

Blut vom: 17.11.59

AUFTRAG:

rotes Blutbild
 Senkung
 Hgb
 Harnstoff

Herrn Dr. Krupp
 Missionstr. 12
Basel

MORPHOL. BLUT-STATUS

	BEFUND	NORM
Rotes Blutbild:		
Hämoglobin:		
Spektrophotometrisch:	15,0 g %	13,8-17,2 g %
Hgb-Gehalt in % vom Standardwert:	94 %	90-120 %
Standard = 14,5 g % ♀; 16,0 g % ♂		
Hämatokrit: (5 Min./10000 rpm) %	37-54 %
Norm = 37-47 % ♀; 40-54 % ♂		
Erythrozytenzahl:	5,20 Mio/mm ³	4,2-6,0 Mio/mm ³
Index Hgb-Gehalt pro Ery.:	28 μμg	27-31 μμg
Weisses Blutbild:		
Leukozytenzahl: /mm ³	5000-9000/mm ³
Granulozyten:		
Segmentkernige: %	54-62 %
Stabkernige: %	3-5 %
Eosinophile: %	1-3 %
Basophile: %	0-1 %
Lymphozyten: %	25-33 %
Monozyten: %	3-7 %

Senkung: mm 16/36 mm 6/12 mm

Bemerkungen: Harnstoff: 29 mg %

μμg = Mikromikrogramm = 10⁻¹² g

BASEL, 18. Nov. 1959

G. Viollier

Abbildung 6-13: Labor vom 17.11.1959

PROFESSOR
Dr. ALBERT FRAENKEL
BADENWEILER

Badenweiler, den 30. Juli 1914.

A t t e s t .

Herr C a r l J a s p e r s, Privatdozent für Psychologie steht mit Unterbrechung seit etwa 12 Jahren in meiner ärztlichen Beobachtung und Behandlung. Er leidet von Kindheit her an Bronchiektasen der Lunge, die zeitweise mit starker Sekretion und Temperatursteigerung einhergingen; sie sind, wie diese Prozesse immer, röntgenologisch leichter als physikalisch nachweisbar. Mehrere Jahre lang war auch Beteiligung der Nieren vorhanden. Durch eine absolut ruhige, ausschliesslich Gelehrtentätigkeit sind die komplizierten Erscheinungen der Erkrankung zurückgegangen. Die Lungenerkrankung selbst aber besteht fort, und durch zunehmendes Emphysem ist auch die Leistungsfähigkeit des Herzens eine beschränkte. Der Patient war auch nicht der leichtesten körperlichen Anstrengung gewachsen, und schon eine Verschiebung seiner Tageseinteilung führt zur Stauung des 30 - 40 ccm betragenden Tagessekrets und zu Fieber.

Ich würde auf Grund der Erkenntnis des Krankheitsfalles und meiner Beobachtung des Kranken jede körperliche Arbeit für denselben für lebensbedrohend ansehen.

Prof. Dr. Fraenkel

Universität Heidelberg
Nervenabteilung
der Ludolf Krehl-Klinik
Voßstraße 2

Heidelberg, den 5. 1. 1939.
Fernsprecher Nr. 4851 u. 4941

Ärztlicher Bericht

Professor i.R. Karl J a s p e r s, den ich gestern eingehend untersucht habe, leidet seit vielen Jahren an Erweiterungen und chronischem Katarrh der Bronchien. Die tägliche Entleerung des Auswurfes beträgt etwa 40 ccm und erfolgt in kleineren Mengen stündlich, in grösseren 2-3 mal täglich unter Einnahme einer besonderen liegenden Körperstellung. Unterlässt er diese geregelte Entleerung so entstehen erfahrungsgemäss Retentionen mit mehrtägigem Fieber, zuweilen Schüttelfrost, Blutsputten und der Gefahr eitrigter Lungenerkrankung. Dasselbe gilt für die Folgen einer Erkältung oder eines leichten Infektes.

Im Zusammenhang damit sind Herz und Kreislauf erheblich beeinträchtigt. Der Kranke kann nicht weiter als 500 m in langsamen Schritt gehen ohne auszuruhen. Es bestehen Extrasystolen und Neigung zu Pulsbeschleunigung. Bergsteigen, körperliche Leistungen sind ausgeschlossen. Es ist danach erforderlich, dass Herr Jaspers eine strenge Lebensordnung einhält, die ihm die bezeichneten Schonungen sowie die geregelte Entleerung des Auswurfes auferlegt und ermöglicht. Jede Veränderung derselben würde meines Erachtens auch eine schwere Erkrankung und Lebensgefahr mit sich bringen.

Weizsäcker

Professor v. Weizsäcker.
Leiter der Nervenabteilung

Dr. Wilhelm Walz
 Sprechst. für innere Krankheiten

Seibelberg, den 1. Dez. 40
 Seibelbergstraße 2
 Telefon 2336

Ärztliches Zeugnis.

Professor i. R. Karl J a s p e r s leidet an Erweiterung der Bronchien und chronischem Katarrh mit täglicher Eiterabsonderung von 30 - 40 ccm. Sein Herz ist so schwach, dass er nur wenige hundert Meter langsamen Schrittes ohne Unterbrechung gehen kann. Die Eiterabsonderung muss stündlich unter besonderen Bedingungen (Körperstellung, Wärme, Ruhe) befördert werden. Andernfalls sammelt sich das Sekret, entstehen Schüttelfröste, Fieber, Blutungen. Jede Überschreitung seiner Kräfte, die Veränderung seiner Sekretbedingungen, das Auftreten von Erkältungen, vor denen er sich sorgfältig hüten muss, hat unmittelbare Lebensgefahr zur Folge. Längere Reisen würde er nicht überstehen.

Nur bei sorgsamster Pflege ist sein Leben und seine wissenschaftliche Arbeit zu erhalten. Diese Pflege hat ihm seine Frau geleistet, auf die er angewiesen ist. Nur ihre in langen Jahren erworbene Kenntnis aller Einzelheiten und ihre ständige sorgsame Bereitschaft ermöglichen ihm sein Leben. Obgleich sie 62 Jahre alt und selber leidend ist, vermag sie gerade diese Aufgabe zu erfüllen, für die sie unersetzlich ist.

Will man nicht bewirken, dass Professor Jaspers schnell zu Grunde geht, so darf man seine Lebensbedingungen nicht ändern, und wenn er nicht in sehr ernstliche Gefahr geraten soll, so darf seine Frau nicht gezwungen werden, ihn zu verlassen.

W. Walz.

Abbildung 6-16: Ärztliches Zeugnis vom 01. 12. 1940

DR. HANS WALTZ JR.
FACHARZT FÜR INNERE KRANKHEITEN

HEIDELBERG, DEN
GAISBERGSTR. 2
TEL.: 23850

24.7.1962

SPRICHSTUNDEN:
MO, DI, DO UND FR. 9-10.30 UND 15-17 UHR
DI AUCH 17-19 UHR UND NACH VEREINBARUNG

Die am 23.7.62 durchgeführte Untersuchung bei Herrn Professor Karl J a s -
p e r s, ergab folgende Befunde:

Herztöne rein und regelmäßig. Blutdruck 120/70. Leber nicht tastbar ver-
größert, keine Dekompensationszeichen. Auskultatorisch über den Lungen beider-
seits basal vereinzelt mittelblasige feuchte RG's.

Im Urin Eiweiß negativ. Zucker negativ. Urobilinogen etwas vermehrt. Bilirubin
negativ. BKS 11 in der 1. Stunde.

Die Thoraxaufnahme zeigt die Zwerchfelle tiefstehend (11. ICR) gut ge-
rundet und weitgehend scharf abgrenzbar. Die Sinus frei. In beiden Unter-
feldern erheblich vermehrte Streifenzeichnung mit zahlreichen bis in die
Lungenperipherie hineinreichenden Doppelkonturen. Die Mittel- und Oberge-
schosse sind frei. Hier ist die Zeichnung vermindert, die Hilii sind beider-
seits nach unten verzogen, sind jedoch nicht wesentlich verdichtet. Die Ge-
fäßquerschnitte nicht erweitert. Das Herz mit einem Herzlungenquotienten von
12,5/31 nicht vergrößert (SS 2 m), normal konfiguriert, lediglich die
Aorta ist etwas vermehrt aufgebogen und vermehrt schattendicht.
Beurteilung: ausgedehnte Bronchiektasenbildung beiderseitsbasal mit Schrumpfung
der Unterlappen und vikariierendem Emphysem im Bereich der Obergeschosse.
Diese Veränderungen haben gegenüber den Voraufnahmen von 1948 und 1952 zu-
genommen. Der Herzbefund ist etwa altersentsprechend und zeigt gegenüber den
erwähnten Voraufnahmen keine eindeutige Befundänderung.

IM EKG Sinusrhythmus, Normaltyp, T I etwas flach, ST II beginnt etwas unter-
halb der Nulllinie und steigt nur zögernd zur selben an, auch hier die T-
Zacke abgeflacht, flach positives T auch in Ableitung III. In den Brustwand-
ableitungen ist der Kurvenverlauf bis V3 normal, in V4 und V5 verlaufen die
Strecken wiederum etwas unterhalb der Nulllinie mit abgeflachten T-Zacken,
auch die T-Zacke in V6 ist abgeflacht. Gegenüber dem EKG 1941 (nur Extremitäten)
sind die Veränderungen erst aufgetreten, ebenso waren sie in den EKG's
von 1953 und 1956 (nur Extremitäten und V4) nicht oder doch zumindest nur
wesentlich weniger ausgeprägt vorhanden.

Beurteilung: des EKG's: Myocardschaden (Myodegeneratio bei Coronarinsuffizienz;
Infektiös toxischer Myocardschaden bei erheblichen Bronchiektasen ?)

H. Waltz

Abbildung 6-17: Ärztlicher Bericht vom 24.07.1962

6.2 Transkripte aus den Familienbriefen

Auszüge der Familienbriefe zur Erschliessung des Kinderwunsches bei Gertrud und Karl Jaspers

Aus dem Jaspers-Nachlass im Literaturarchiv in Marbach

Heidelberg, 29. 11. 1912

*Karl Jaspers an Henriette und Karl Wilhelm Jaspers*⁴⁴⁹

[...] Gertrud geht es gut. Sie hat aber etwas starkes Unwohlsein. Der Arzt stellte Myom an der Gebärmutter (ein gutartiges Geschwulst) fest. Hoffentlich wächst es nicht zu arg, dass man operieren muss. Das ist eine etwas gefährliche Operation. [...]

[O. O.] 03. 12. 1912

*Gertrud Jaspers*⁴⁵⁰ *an Henriette und Karl Wilhelm Jaspers*

Mir tut es leid, dass Kally ohne mein Wissen von dem Myom schrieb, ich hätte es ja Mutter erzählen können. In d. Büchern sieht es schlimm aus, da von d. kleinen, wenig Beschwerden machenden, harmlos verlaufenden nichts geschrieben wird. Ich habe keinen Grund mit d. Wachsen des Myoms zu rechnen u. bin sonst ganz gesund u. besonders wohl. Wächst es aber im Laufe des Jahres, muss ich eben eine Operation machen lassen.

Diese Woche war ich einen Nachm. bei Fränkel, traf ihn allein u. unterhielt mich sehr gut mit ihm. Man merkte, dass die Ungewissheit des Schicksals, ihn von sonstiger Eitelkeit u. Phrasenhaftigkeit entfernte. Hoffentlich ängstigt er sich umsonst. Es sieht recht elend aus. Nachher erzählte mir d. Frau, wieviel Aufregungen er gehabt habe. Erst in Badenweiler mit dem einen Hause, dann wegen der väterlichen Erbschaft, die durch Speculationen der Verwandten vielleicht ganz futsch ist. Natürlich ist alles geheim. [...]

⁴⁴⁹ Henriette Jaspers, geboren Tantzen, ist die Mutter von Karl Jaspers. Karl Wilhelm Jaspers ist sein Vater.

⁴⁵⁰ Ehefrau von Karl Jaspers.

[O. O.] 03.06.1913

Gertrud Jaspers an Henriette Jaspers

Liebe Mutter,

ich muss Dir doch erzählen, was der Professor⁴⁵¹ sagte. Es⁴⁵² war leider so flüchtig und gehetzt, dass ich nicht mal dazu kam, ihm die Symptome zu sagen. Für ihn genügte wohl die Tatsache des Myoms, dem er vorläufig keine Bedeutung beilegte. Ich soll garnichts dagegen tun, erst noch ein Jahr abwarten. Gerade jetzt hatte ich wieder solch kleine Blutung wie voriges Jahr in Oldenburg. Mein Bruder ist für eine Auskratzung, doch ist das nicht eilig und noch unsicher, ob wir es wollen. Das Urteil der Freiburger «Grösse» war mir garnichts wert; die Behandlung war empörend und verletzend. Kally ist meiner Meinung. [...]

[O. O.] 17.11.1913

Gertrud Jaspers an Henriette Jaspers

Vertraulich nur für Dich.

[...]

Ich muss immer das physische Wohlbefinden vom psychischen trennen. Körperlich geht es mir so gut nicht, ich habe zu oft mit d. Myom zu tun. Seit 8 Tagen hatte erst d. Blutung von der Periode aufgehört, u. ich musste mein Herz noch schonen, da kam seit 2 Tagen wieder Bluten. Es ist nicht so stark, aber doch so, dass ich mit Ringen unter d. Augen schlecht aussehe, und dass ich mich etwas herabgemindert fühle. Es ist eine Geduldprobe. Und die Aussichten auf ein Kind sinken. Vorläufig lässt sich nichts tun.* So wie damals in Oldenburg war es nicht wieder, aber es bleibt ungewiss, was es damals war. – Unser Leben ist reich auch so, aber mir ist es doch sehr, sehr schmerzlich. – [...]

*Kally will mir Arsenikeinspritzungen machen auf Ernst Gottschalks⁴⁵³ Rat.

⁴⁵¹ Unbekannter Professor.

⁴⁵² Auch andere Leseart möglich: «Er».

⁴⁵³ Ein Arzt aus der Verwandtschaft von Gertrud Jaspers.

Höplich geht es mir so gut nicht, ich
 habe es oft mit d. Ulyone an tun. Seit
 8 Tagen hatte~~x~~ erst d. Blutung von der
 Periode aufgehört, so ich musste mein
 Fleck noch sehen, da kam seit 2 Tagen
 wieder Bluten. Es ist nicht so stark,
 aber doch so, dass ich mit Ringen
 unter d. Tugen schlecht aussieht, und
 dass ich mich etwas herabgemindert fühle.
 Es ist eine Geduldprobe. Und die
 Aussichten auf ein Kind sinken. Vorläufig
 kann ich nichts tun. So wie damals in Oldenburg
 x Molly will mir Insektenspitzen machen auf
 G. mit G. H. H. Rat.

Abbildung 6-18: Briefauszug, Gertrud Jaspers am 17.11.1913

Poststempel Florenz, 02.03.1914

Karl Jaspers an Henriette und Karl Wilhelm Jaspers [Postkarte]

[...] Gertrud liegt – die dumme alte Sache – sie ist matt. Wir hoffen, in einigen Tagen ist es wieder besser. Im Laufe der Zeit wird Menge⁴⁵⁴ und die Klinik an uns herantreten. Das Ding scheint zu wachsen. Doch erst nehmen wir in uns auf, was wir hier in Italien begreifen können. [...]

454 Carl Menge: Frauenarzt in Heidelberg.

[O. O.] 01.04.1914

Gertrud Jaspers an Henriette Jaspers und Karl Wilhelm Jaspers

[...] Ich war wieder recht elend, und Kally behütet mein etwas angegriffenes Herz mit mehr Sorge als mir recht ist. Wenn es so weiter ginge, wäre ich nicht mehr als gesund zu betrachten. Ich hoffe, dass Menge mir helfen kann.
[...]

[Heidelberg] 05.05.1914

Karl Jaspers u. a. an Henriette und Karl Wilhelm Jaspers

[...]

Liebe Eltern! Zunächst wird Gertruds übriger Körper noch genau untersucht. Wenn sich keine besonderen Operationshindernisse einstellen, ist Menge für Operation. Es gibt nur zweierlei: bestrahlen (mit Folge, dass die Wechseljahre eintreten mit den Nebenerscheinungen) oder Operation. Von selbst kann es nicht besser werden, es wird vielmehr sicher schlimmer. Ich kann mich natürlich gar nicht recht entschliessen. Gertrud ist für Operation. Es wird natürlich noch einige Zeit dauern. Wir sind bei Menge in besten Händen.

Herzliche Grüsse, Euer Kally.

Menge ist gegen Bestrahlen. Er will es nicht machen, Gertrud sei zu jung.

Poststempel Heidelberg, 12.05.1914 [1. Karte]

Karl Jaspers an Henriette Jaspers und Karl Wilhelm Jaspers [Postkarte]

Liebe Eltern: Die Operation ist, wie Euch das Telegramm meldete, gut überstanden und Gertruds Zustand in jeder Beziehung befriedigend. Wir können auch für das Weitere gute Hoffnungen haben. 4 Myome sind entfernt, die Gebärmutter erhalten. Eins war hühnereigross, eins wahnussgross und zwei kleinere. Dauer der Operation $\frac{3}{4}$ Stunden. Das Herz machte sich bisher tadellos. Da es durch die vielen Blutungen auch objektiv erheblich geschwächt war, hatte man es so gut nicht erwartet. Zur Sicherheit bekam G. [Gertrud] die letzten Tage Digitalis. Man ist hier sehr vorsichtig und sorgfältig.

Viele herzliche Grüsse

Euer Kally

G. [Gertrud] ist in ruhigem Schlaf.

Liebe Eltern: Die Quoten ist, wie auch
 der Telegramm mehr ist, gut zu beenden
 und jedes Viertel in der Richtung bespie-
 ligen. Wir können auch für das
 letzten Jahr Hoffnung haben. 4
 Monate sind notwendig die sehr meisten
 erhalten. Ein was für kurze sein,
 ein vollkommen sein und ganz kleiner.
 Ganz die Quoten - 3/4 Stunden. Das
 King macht sich nicht festhalten. Da
 es sind die viele Platzungen und obli-

erhalten die geschickt aus,
 haben man es so gut
 nicht erwartet. In
 die besten Tage die
 sein. Man ist hier
 sehr wichtig und
 wichtig.
 Liebe herzliche
 grüße
 von Karl
 J. ist in ruhigen
 Ruhe.

Postkarte  5
 12.5.1914
 DEUTSCHES REICH
 Herrn Karl Jaspers
 Oldenburg i. Holst
 Gartenstr. 28

Abbildung 6-19: Postkarte, Karl Jaspers am 12.05.1914

Poststempel Heidelberg, 12.05.1914 [2. Karte]*Karl Jaspers an Henriette und Karl Wilhelm Jaspers [Postkarte]*

Liebe Eltern! Gertrud ist nun wieder ganz wach und lässt Euch einen herzlichen Gruss bestellen. Ihr Zustand ist vorzüglich. Wir können mit einem normalen weiteren Verlauf wohl rechnen. – Es waren sogar 5 Myome, allerdings 3 ganz kleine. – Einige Beschwerden stehen G. [Gertrud] noch bevor. Doch wird sie die hoffentlich gut überstehen. Ich bin sehr glücklich über das gute Resultat.

Viele herzliche Grüsse,

Euer Kally

Dienstag Abend.

Heidelberg, 24.06.1914*Karl Jaspers an Henriette und Karl Wilhelm Jaspers*

[...] Gertrud schreibt immer befriedigt von ihrer Kur. Natürlich langweilt sie sich so ganz allein in der Einsamkeit, zumal bei dem fortdauernden Regen, sehr. Vielleicht kommt sie Ende nächster Woche zurück. Sie muss dann noch mal bei Menge in Behandlung, der noch einen kleinen Eingriff (Pinse- lung) machen will. Hat sie sich davon erholt, reist sie zu ihrem Vater, der ich glaube am 19. Juli 80. Geburtstag feiert. [...]

Bad Dürkheim, 02.07.1914*Gertrud Jaspers an Henriette und Karl Wilhelm Jaspers und Erna Dugend⁴⁵⁵*
[...]

Schon für Montag bin ich bei Menge bestellt. Ich erkundigte mich bei Bruder Ernst⁴⁵⁶, was mir da noch bevorsteht und hörte zu meiner Freude, dass es weder schmerzhaft sei, noch dass ich danach liegen müsste. Ich habe mich glänzend erholt, trotz der Bäder habe ich zugenommen. Dabei habe ich ge- turnt und bin gegangen, so dass die Pfunde ein Gewinn für die Dauer sein sollen! – [...]

⁴⁵⁵ Geborene Jaspers, Schwester von Karl Jaspers.

⁴⁵⁶ Ernst Mayer: Bruder von Gertrud Jaspers, Arzt. Über ihn lernte Karl Jaspers Gertrud Jaspers, geborene Mayer, kennen.

Heidelberg, 07.07.1914

Gertrud Jaspers an Henriette und Karl Wilhelm Jaspers und Erna Dugend

[...] Ich bin glücklich, hier zu sein und so gesund! Menge hat mich entlassen, ohne noch etwas zu machen. Er sagte, ich sollte möglichst oft nachmittags in d. Höhe spazieren gehen. Also auf d. Molkenkur oder Königstuhl fahren und dort ebene Wege gehen. Für Travemünde war er sehr, ich soll kalt baden u. Sonnenbäder nehmen. Er will erwirken, dass ich weiter zunehme und den Appetit dauernd habe, wie er jetzt ist. Das sind ja alles leicht und gern zu befolgende Ratschläge. [...]

Poststempel Heidelberg, 17.11.1914

Gertrud Jaspers an Henriette und Karl Wilhelm Jaspers [Postkarte]

[...] Ich schreibe aus dem Bett, weil ich heute ambulant von Menge behandelt wurde, es war eine Kleinigkeit noch zu machen, die in 6 Wochen nochmals wiederholt wird. Morgen stehe ich wieder auf. [...]

Heidelberg, 12.12.1914

Karl Jaspers an Erna und Eugen Dugend⁴⁵⁷

Liebe Erna, lieber Eugen!

Ich wünsche Euch von Herzen Glück und kann mir denken, wie glücklich Erna in der Aussicht auf die grosse Erweiterung ihres Lebenskreises ist. Es wird eine schöne Zeit werden. Wegen der Geburt mache ich mir keine Sorgen, wie das erste Mal. Erna wird ja sicher in einem Institut sein, einen Frauenarzt haben und zudem ist im allgemeinen die zweite Geburt leichter als die erste, ganz besonders aber ist die allgemeine körperliche Kräftigung, die Erna mit zunehmendem Alter gewonnen hat, wichtig.

Dass Menge einen wesentlichen Rat zu geben hätte, halte ich für sehr unwahrscheinlich. Seine gewöhnlichen Vorschriften wird Gertrud durch Frau Wilmanns⁴⁵⁸ und Frau Busch⁴⁵⁹ erfahren. Dass Erna eine Senkung habe, hat Menge damals entschieden bestritten: ihre Organe seien ganz gesund. Er erklärte mir mal, für Erna würde es das Beste sein, wenn sie noch ein Kind

⁴⁵⁷ Ehemann von Erna Dugend.

⁴⁵⁸ Ehefrau des Psychiaterkollegen von Karl Jaspers in Heidelberg, Karl Wilmanns.

⁴⁵⁹ Dora Busch, geborene Jellinek, Tochter des Staatsrechtlers Georg Jellinek, am 21.3.1911 Heirat mit dem Heidelberger Psychiater Fritz Busch.

bekäme. Jetzt kann es aber ja garnicht schaden, wenn Erna mal an Menge schreibt – ich möchte nicht gern fragen, weil das Honorar schinden ist – dass sie in anderen Umständen sei, dass sie ihn 1911 wegen vermeintlicher Senkungsbeschwerden consultiert habe, er sie aber für gesund erklärte, dass sie jetzt von einem Frauenarzt untersucht sei, der alles in Ordnung fand, dass bei ihrer ersten Geburt eine grosse Wehenschwäche bestanden habe und ob da irgend ein besonderer Rat für das Verhalten zu geben sei.

Was zu überlegen wäre, – für später – ist, ob Erna in Oldenburg bei Willens [?] oder etwa hier bei Menge ihr Kind bekommen will. Bei augenblicklichem Nachdenken scheint mir beides ziemlich gleichwertig, zumal Menge selbst Anfang August zu verreisen pflegt. Aber das hat ja noch lange Zeit und kann noch bedacht werden.

Menge ist «Geheimrath» Adresse: Univ. Frauenklinik.

Viele herzliche Grüsse und alles Gute!

Euer Kally

Gertrud war heute natürlich einerseits auch recht traurig, weil es bei ihr immer noch nicht so weit ist [Schwangerschaft]. Andererseits machte es ihr auch Mut, dass es bei Dir so lange gedauert hat und der Eingriff von Menge, der vor wenigen Wochen geschah, ihr nun doch noch das Resultat all der Leiden, die sie dafür schon auf sich genommen hat, bringt. Übrigens malt sie sich aus, wie sie Dir entweder in Oldenburg oder hier während des Wochenbetts helfen kann.

[O. O.] 14.01.1915

Gertrud Jaspers an Henriette Jaspers und Karl Wilhelm Jaspers

[...] Leider muss ich morgen wieder zur Behandlung zu Menge, ich hoffe aber das ist das letzte Mal, von der vorigen Behandlung merke ich die günstige Wirkung schon, so dass er mich vielleicht so entlässt. [...]

[O. O.] 02.06.1915

Gertrud Jaspers an Erna Dugend

Liebe Erna,

ich freue mich, dass Eugen wieder wohl ist und Erwin⁴⁶⁰ auch wieder gesund. Da darfst Du die neue kommende Zeit mehr an Dich denken. Bald ist doch

⁴⁶⁰ Erstes Kind von Erna und Ernst Dugend, beging 1926 Suizid.

auch der Termin für die Diätkur? Frau Wilmanns sagte mir, dass das Aussehen durchaus keinen Schluss auf die Grösse des Kindes zulasse. Nach den vielen Erzählungen der Mütter ist ja die 2. Geburt ein Kinderspiel gegen die erste, das freut mich, indem ich an Dich denke.

Wenn ich ruhig mein Leben hier lebe, so wird mir das Entsagen [dass sie kein Kind hat] nicht so schwer wie auf Reisen, wo ich überall empfinde an d. Vergleich mit d. Verwandten, wie anders mein Leben verläuft. Gewiss auch andererseits voller, aber mein Leben mit Kally ist an unseren Wohnort gebunden, u. ich bin entwurzelt, trennt man mich von meiner Arbeit u. Lebensweise. Trotzdem werde ich daraus keine Folgerungen ziehen, so lange ich d. Glück habe, meinen Vater zu haben.

Ich schreibe heute im Bett. Heute machte mir Menge nochmals eine Pinse- lung energischer als das erste Mal. Es war schmerzhaft. Nun will u. kann ich nichts mehr tun, um der Natur nachzuhelfen. –

Ich bin mit dem Namen sehr einverstanden für Euer Kind. Enno hätten wir unseren Sohn auch genannt. Gertrud finde ich hübsch u. freue mich, dass es nicht stört, dass ich auch so heisse. –

Mit den Nachrichten über Enno sind wir sehr glücklich! Der Krieg ist unabsehbar und die Zeit nicht auszudenken, wo wir alle mit Enno froh wieder bei d. Eltern sein können.

Könntest Du so gut sein und uns Fiske Bollers bestellen? Mutter [...]

7 Literaturverzeichnis

- Amalakuhan, Bravein/Diego J. Maselli/Miguel A. Martinez-Garcia: Update in Bronchiectasis 2014, in: American journal of respiratory and critical care medicine, 2015, S. 1155–1161.
- Aschwanden, Erich: Krankenkassen: Schwarze Listen werden abgeschafft, in: Neue Zürcher Zeitung. <<https://www.nzz.ch/schweiz/krankenkassen-schwarze-listen-werden-abgeschafft-ld.1402008>> [Stand: 06.03.2019].
- Aveline, Mark: The person of the therapist, in: Psychotherapy research journal of the Society for Psychotherapy Research 15, 2005, S. 155–164.
- Begenau, Jutta/Cornelius Schubert/Werner Vogd (Hg.): Die Arzt-Patient-Beziehung, Stuttgart 2010¹.
- Benini, Arnaldo: Krankheit als Grenzsituation, in: Neue Zürcher Zeitung. <https://www.nzz.ch/krankheit_als_grenzsituation-1.12630756> [Stand: 05.12.2018].
- Boeck, Kris de/Margarida D. Amaral: Progress in therapies for cystic fibrosis, in: The Lancet Respiratory Medicine 4, 2016, S. 662–674.
- Bonanni, Giandomenico: Zur Genese von Jaspers' Kommunikationsbegriff, in: Elisabeth Salamun-Hybašek/Kurt Salamun (Hg.): Jahrbuch der Österreichischen Karl Jaspers-Gesellschaft, 2008.
- Bormuth, Matthias: Lebensführung in der Moderne. Karl Jaspers und die Psychoanalyse, Stuttgart 2018² (Medizin und Philosophie Band 7).
- Bormuth, Matthias/Dietrich von Engelhardt (Hg.): Karl Jaspers Korrespondenzen. Psychiatrie, Medizin, Naturwissenschaften, Göttingen 2016.
- Braath, Klaus: Hermann Hesse (1877–1962). Alles andere als ein robustes Naturell, in: Deutsches Ärzteblatt 31–32/2012, S. 1551–1553.
- Bush, A./P. Cole/M. Hariri/I. MacKay/G. Phillip/C. O'Callaghan/R. Wilson/J. O. Warner: Primary ciliary dyskinesia: diagnosis and standards of care, in: European Respiratory Journal 12, 1998, S. 982–988.
- Bush, Andrew/Rahul Chodhari/Nicola Collins/Fiona Copeland/Pippa Hall/Jonny Harcourt/Mohamed Hariri/Claire Hogg/Jane Lucas/Hannah M. Mitchison/Christopher O'Callaghan/Gill Phillips: Primary ciliary dyskinesia: current state of the art, in: Archives of disease in childhood 92, 2007, S. 1136–1140.
- Ellerman, A./H. Bisgaard: Longitudinal study of lung function in a cohort of primary ciliary dyskinesia, in: European Respiratory Journal 10, 1997, S. 2376–2379.

- Engelhardt, Dietrich von: Zur Typologie des Verstehens bei Karl Jaspers in ihrer Bedeutung für Medizin und Psychiatrie, in: Kurt Salamun/Lukas H. Meyer/Elisabeth Salamun-Hybašek u. a. (Hg.): Jahrbuch der Österreichischen Karl Jaspers-Gesellschaft 29, Innsbruck 2016, S. 11–46.
- Gäbler, Burkhard: Karl Jaspers als Initiator des geisteswissenschaftlichen Denkens in der Psychiatrie, in: Elisabeth Salamun-Hybašek/Kurt Salamun (Hg.): Jahrbuch der Österreichischen Karl Jaspers-Gesellschaft 3/4, Wien 1990/91, S. 18–33.
- GDK – Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren: Unbezahlte Prämien. <<https://www.gdk-cds.ch/index.php?id=1051>> [Stand: 06.03.2019].
- Gens, Jean-Claude: Krankheit als Symptom und Chiffre, in: Elisabeth Salamun-Hybašek/Kurt Salamun/Stelzer Harald (Hg.): Jahrbuch der Österreichischen Karl Jaspers-Gesellschaft, Innsbruck 2011, S. 41–55.
- Goeminne, Pieter/Tim Steve Nawrot/David Ruttens/Stefaan Seys/Lieven Dupont: Mortality in non-cystic fibrosis bronchiectasis: a prospective cohort analysis, in: Respiratory medicine, 2014, S. 287–296.
- Hesse, Hermann: Haus zum Frieden. Aufzeichnungen eines Herrn im Sanatorium, in: Georg Weiss (Hg.): Albert Fraenkel. Arzt und Forscher, Mannheim 1963, S. 45–62.
- Heubner, Wolfgang: Albert Fraenkel, in: Georg Weiss (Hg.): Albert Fraenkel. Arzt und Forscher, Mannheim 1963, S. 5–16.
- Herth, Felix/Bernd Weidmann: Mit der Krankheit leben – Karl Jaspers im Porträt, in: Zeitschrift Pneumologie 07.04.2020; 74:443–449; eFirst, DOI: 10.1055/a-1164–2670.
- Hoff, Paul: Geschichte der Psychiatrie, in: Hans-Jürgen Möller/Gerd Laux/Hans-Peter Kapfhammer (Hg.): Psychiatrie und Psychotherapie. Band 1: Allgemeine Psychiatrie, Heidelberg 2008³, S. 4–27.
- Jaspers, Karl: Philosophie, Berlin, Göttingen, Heidelberg 1948.
- Jaspers, Karl: Einführung in die Philosophie, Zürich 1950.
- Jaspers, Karl: Die geistige Situation der Zeit (1931), Berlin 1955⁵.
- Jaspers, Karl: Von der Wahrheit, München 1958.
- Jaspers, Karl: Vom Ursprung und Ziel der Geschichte, München 1963.
- Jaspers, Karl: Allgemeine Psychopathologie, Berlin, Heidelberg, New York 1965.
- Jaspers, Karl: Elternhaus und Kindheit (1938), in: Hans Saner (Hg.): Schicksal und Wille. Autobiographische Schriften, München 1968, S. 39–83.
- Jaspers, Karl: Karl Jaspers – Ein Selbstporträt (1966/67) (Frei gesprochener Text), in: Hans Saner (Hg.): Schicksal und Wille. Autobiographische Schriften, München 1968, S. 15–38.
- Jaspers, Karl: Krankheitsgeschichte (1938), in: Hans Saner (Hg.): Schicksal und Wille. Autobiographische Schriften, München 1968, S. 109–142.

- Jaspers, Karl: Tagebuch 1939–1942, in: Hans Saner (Hg.): Schicksal und Wille. Autobiographische Schriften, München 1968, S. 143–163.
- Jaspers, Karl: Philosophische Autobiographie, München, Zürich 1984.
- Jaspers, Karl: Psychologie der Weltanschauungen, München 1994².
- Jaspers, Karl: Einsamkeit, in: Hans Saner (Hg.): Das Wagnis der Freiheit. Gesammelte Aufsätze zur Philosophie, München, Zürich 1996, S. 11–30.
- Jaspers, Karl: Studium 1901–1907. Teil 1. Autobiographische Schrift. Erstveröffentlichung aus dem Nachlass, in: Elisabeth Salamun-Hybašek/Kurt Salamun (Hg.): Jahrbuch der Österreichischen Karl Jaspers-Gesellschaft, Innsbruck, Wien 1996, S. 9–45.
- Jaspers, Karl: Studium 1901–1907. Teil 2. Autobiographische Schrift. Erstveröffentlichung aus dem Nachlass, in: Elisabeth Salamun-Hybašek/Kurt Salamun (Hg.): Jahrbuch der Österreichischen Karl Jaspers-Gesellschaft, Innsbruck, Wien 1997, S. 7–53.
- Jaspers, Karl: Strindberg und van Gogh. Versuch einer vergleichenden pathographischen Analyse. Mit einem Essay von Maurice Blanchot, Berlin 1998.
- Jaspers, Karl: Arzt und Patient, in: Der Arzt im technischen Zeitalter. Technik und Medizin, Arzt und Patient, Kritik der Psychotherapie, München 1999², S. 19–38.
- Jaspers, Karl: Der Arzt im technischen Zeitalter, in: Der Arzt im technischen Zeitalter. Technik und Medizin, Arzt und Patient, Kritik der Psychotherapie, München 1999², S. 39–58.
- Jaspers, Karl: Die Idee des Arztes, in: Der Arzt im technischen Zeitalter. Technik und Medizin, Arzt und Patient, Kritik der Psychotherapie, München 1999², S. 7–18.
- Jaspers, Karl: Zur Kritik der Psychoanalyse, in: Der Arzt im technischen Zeitalter. Technik und Medizin, Arzt und Patient, Kritik der Psychotherapie, München 1999², S. 59–67.
- Jaspers, Karl: Ausgewählte Verlags- und Übersetzerkorrespondenzen, hg. von Dirk Fonfara, Basel 2018 (Karl Jaspers Gesamtausgabe Band III/8.1).
- Jaspers, Karl/Albert Fraenkel: Karl Jaspers – Albert Fraenkel 1901–1938, in: Matthias Bormuth/Dietrich von Engelhardt (Hg.): Karl Jaspers Korrespondenzen. Psychiatrie, Medizin, Naturwissenschaften, Göttingen 2016, S. 59–76.
- Jaspers, Karl/Hans Walther Gruhle: Karl Jaspers – Hans Walther Gruhle 1910–1958, in: Matthias Bormuth/Dietrich von Engelhardt (Hg.): Karl Jaspers Korrespondenzen. Psychiatrie, Medizin, Naturwissenschaften, Göttingen 2016, S. 95–178.
- Jaspers, Karl/Alexander Mitscherlich: Karl Jaspers – Alexander Mitscherlich 1942–1952, in: Matthias Bormuth/Dietrich von Engelhardt (Hg.): Karl Jaspers Korrespondenzen. Psychiatrie, Medizin, Naturwissenschaften, Göttingen 2016, S. 310–359.
- Jones, V. Faye/Nemr S. Eid/Sofia M. Franco/J. Thomas Badgett/John J. Buchino: Familial congenital bronchiectasis: Williams-Campbell syndrome, in: Pediatric Pulmonology 16, 1993, S. 263–267.
- Jong, Carmen de/Claudia Kuehni: Evaluationsbericht 2017. CF Neugeborenen Screening, in: Universität Bern, Institut für Sozial- und Präventivmedizin, 2018, S. 1–25.

- Kanj, Amjad/Nadine Abdallah/Ayman O. Soubani: The spectrum of pulmonary aspergillosis, in: *Respiratory medicine* 141, 2018, S. 121–131.
- Karl Jaspers-Gesamtausgabe (KJG): Akademie der Wissenschaften zu Göttingen (AdW). <<https://adw-goe.de/forschung/forschungsprojekte-akademienprogramm/karl-jaspers-gesamtausgabe/>> [Stand: 16.02.2019].
- Karl Jaspers-Gesamtausgabe (KJG): Heidelberger Akademie der Wissenschaften. <<https://www.hadw-bw.de/forschung/forschungsstelle/karl-jaspers-gesamtausgabe-kjg>> [Stand: 14.01.2019].
- Kommunikation, in: Joachim Ritter/Karlfried Gründer (Hg.): *Historisches Wörterbuch der Philosophie*. Band 4: I–K, Basel/Stuttgart 1976, S. 893–895.
- Lambert, Michael J./Dean E. Barley: Research summary on the therapeutic relationship and psychotherapy outcome, in: *Psychotherapy: Theory, Research & Practice* 38, 2001, S. 357–361.
- Mastella, Gianni/Maurizio Rainisio/H. K. Harms/Margaret Hodson/Christian Koch/Jean Navarro/Birgitta Strandvik/S. G. McKenzie: On behalf of the investigators of the Epidemiologic Registry of Cystic Fibrosis: Allergic bronchopulmonary aspergillosis in cystic fibrosis. A European epidemiological study, in: *European Respiratory Journal* 16, 2000, S. 464–471.
- Mirtajani, Seyed Bashir/Poopak Farnia/Maryam Hassanzad/Jalaledin Ghanavi/Parissa Farnia/Ali Akbar Velayati: Geographical distribution of cystic fibrosis: The past 70 years of data analysis, in: *Biomedical and Biotechnology Research Journal (BBRJ)* 1, 2017, S. 105–112.
- Norcross, John C./Michael J. Lambert: Relationship science and practice in psychotherapy: closing commentary, in: *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training* 51, 2014, S. 398–403.
- O’Grady, Kerry-Ann F./Allan W. Cripps/Keith Grimwood: Paediatric and adult bronchiectasis: Vaccination in prevention and management, in: *Respirology*, 2018, S. 1–8.
- Panigrahi, Manoj Kumar: Common variable immunodeficiency disorder – An uncommon cause for bronchiectasis, in: *Lung India official organ of Indian Chest Society* 31, 2014, S. 394–396.
- Paranjape, Shruti M./Pamela L. Zeitlin: Atypical cystic fibrosis and CFTR-related diseases, in: *Clinical reviews in allergy & immunology* 35, 2008, S. 116–123.
- Peters, Uwe H.: *Lexikon Psychiatrie, Psychotherapie, medizinische Psychologie*, München 2017⁷.
- Ruegg, Corina S./Kuehni, Claudia E., Gallati, Sabina/Matthias Baumgartner/Toni Torresani/Jürg Barben: CF Neugeborenen Screening Evaluation, in: *Paediatrica*, 2013, S. 24–28.
- Saner, Hans: *Karl Jaspers. Mit Selbstzeugnissen und Bilddokumenten*, Reinbek bei Hamburg 1970.
- Saner, Hans: *Sterben können* (1973), in: Klaus Piper/Hans Saner (Hg.): *Erinnerungen an Karl Jaspers*, München 1974, S. 317–326.

- Saner, Hans: Zur Dialektik von Einsamkeit und Kommunikation bei Karl Jaspers, in: Elisabeth Hybašek/Kurt Salamun (Hg.): Jahrbuch der Österreichischen Karl Jaspers-Gesellschaft, Wien 1988, S. 53–67.
- Sass, Henning/Paul Hoff: Deskriptiv-psychopathologische Befunderhebung, in: Hans-Jürgen Möller/Gerd Laux/Hans-Peter Kapfhammer (Hg.): Psychiatrie und Psychotherapie. Band 1: Allgemeine Psychiatrie, Heidelberg 2008³.
- Stephenson, Anne L./Sanja Stanojevic/Jenna Sykes/Pierre-Regis Burgel: The changing epidemiology and demography of cystic fibrosis, in: Presse medicale 46, 2017, e87–e95.
- Wiesing, Urban (Hg.): Ethik in der Medizin. Ein Studienbuch, Stuttgart 2012⁴.
- World Health Organization: Constitution of WHO: Principles. <<https://www.who.int/about/mission/en/>> [Stand: 16.01.2019].
- Zullino, Daniele/Gabriel Thorens/Michael Kammer-Spohn: Psychiatrie und Psychotherapie: Auf dem Weg zur Cyberpsychiatrie, in: Swiss Medical Forum – Schweizerisches Medizin-Forum, 2019.

8 Abbildungsverzeichnis

- Abbildung 5-1: Methodik in der psychiatrischen Hermeneutik (vereinfacht). Quelle: Sass, Henning/Paul Hoff: Deskriptiv-psychopathologische Befunderhebung, in: Hans-Jürgen Möller/Gerd Laux/Hans-Peter Kapfhammer (Hg.): Psychiatrie und Psychotherapie. Band 1: Allgemeine Psychiatrie, Heidelberg 2008, S. 441.
- Abbildung 6-1: Röntgen Thorax p.a. vom 19.03.1948
- Abbildung 6-2: Röntgen Thorax p.a. vom 25.11.1952
- Abbildung 6-3: Befund, Röntgen Thorax vom 25.11.1952
- Abbildung 6-4: Befund, Röntgen Thorax vom 21.04.1953
- Abbildung 6-5: Röntgen Thorax p.a. vom 23.07.1962
- Abbildung 6-6: Abdomen Aufnahme a.p. nach rektalem Kontrastmittel-einlauf vom 20.11.1959
- Abbildung 6-7: Gezielte Aufnahme kleines Becken a.p. nach rektalem Kontrastmitteleinlauf vom 20.11.1959
- Abbildung 6-8: Befund, Abdomen Aufnahme a.p. nach rektalem Kontrastmitteleinlauf vom 20.11.1959
- Abbildung 6-9: EKG vom 28.09.1941
- Abbildung 6-10: Befund, EKG vom 28.09.1941
- Abbildung 6-11: EKG vom 23.07.1962
- Abbildung 6-12: Labor vom 25.11.1952

Abbildung 6-13: Labor vom 17.11.1959

Abbildung 6-14: Attest vom 30.07.1914

Abbildung 6-15: Ärztlicher Bericht vom 05.01.1939

Abbildung 6-16: Ärztliches Zeugnis vom 01.12.1940

Abbildung 6-17: Ärztlicher Bericht vom 24.07.1962

Abbildung 6-18: Briefauszug, Gertrud Jaspers am 17.11.1913

Abbildung 6-19: Postkarte, Karl Jaspers am 12.05.1914

Quelle Abbildung 6-1 bis 6-19: Deutsches Literaturarchiv in Marbach, Karl Jaspers Nachlassverwaltung. Mit freundlicher Genehmigung des deutschen Literaturarchivs sowie der Karl Jaspers-Stiftung in Basel erfolgen diese Veröffentlichungen.

9 Danksagung

Ohne die Unterstützung von Sonja Peschutter und Christian Barth vom Schwabe Verlag wäre dieses Buch nicht zustande gekommen. Bei beiden möchte ich mich als Allererstes herzlich bedanken. Auch der Lektorin Anja Borkam sei bereits an dieser Stelle gedankt für ihre Korrekturen. Prof. Matthias Bormuth danke ich für die Einladungen ins Karl Jaspers-Haus sowie für zahlreiche weiterführende Gespräche, besonders aber für sein wohlwollendes Vorwort. Seine Bereitschaft, dieses zu schreiben, ehrt und freut mich besonders. 2019 promovierte ich mit der vorliegenden Arbeit an der Medizinischen Fakultät in Zürich. Prof. Paul Hoff, meinem Betreuer, danke ich für seine Offenheit und für die Ermöglichung der Dissertation. Prof. Erich Seifritz danke ich für die Genehmigung. Meinem Philosophielehrer und Mentor seit den Zeiten am Gymnasium, Alois Müller, fühle ich mich dankend verbunden für jegliche Art von Inspiration, für die erhaltenen Bücher wie auch für Korrekturen an meiner Arbeit. Bei Dr. Rudolf Widmer bedanke ich mich herzlich für die Begleitung meiner Arbeit in allen Zwischentappen mit Gesprächen und Korrekturen. Vielen Dank an Prof. Reinhard Schulz für seine Anregungen zum Aufbau und zur Struktur meiner Arbeit. Für dieselben Bemühungen sowie für die fachmännischen Korrekturen der Abschnitte 2.1 und 2.3 möchte ich mich bei Dr. Oliver Immel bedanken. Dr. Andreas Jung danke ich für die Revision des Kapitels 3 und für die Einladung in seine CF-Sprechstunde. Bedanken möchte ich mich bei Georg Hartmann für die Hilfe beim Auffinden und Transkribieren von Originalquellen im Deutschen Literaturarchiv in Marbach. Mein Dank gebührt auch Dr. Arash Najafi für seinen Beitrag bei den Befundungen der Röntgenbilder. Mehrere Freunde zeigten grosses Interesse an meiner Arbeit, lasen diese und gaben mir Inputs. Insbesondere bedanken möchte ich mich – alphabetisch geordnet – bei Max Kaestner, Kirill Karlin, Barbara Kloter, Karin Ley, Felicitas Müller, Mirjam Müller und Chantal Weissbaum.

Und vor allem sei meiner Familie gedankt für das grenzenlose Vertrauen sowie für ihre immerwährende Unterstützung: meiner Mutter Maryam Mahmoud, meinem Vater Mohamed Osman Abou Shoak und meiner Schwester Mandi Abou Shoak.



Das Signet des Schwabe Verlags ist die Druckermarke der 1488 in Basel gegründeten Offizin Petri, des Ursprungs des heutigen Verlags-
hauses. Das Signet verweist auf die Anfänge des Buchdrucks und stammt aus dem Umkreis von Hans Holbein. Es illustriert die Bibelstelle Jeremia 23,29:
«Ist mein Wort nicht wie Feuer, spricht der Herr, und wie ein Hammer, der Felsen zerschmeißt?»

JASPERS' KRANKHEIT UND DIE ARZT-PATIENTEN-BEZIEHUNG

Karl Jaspers litt an einer Erkrankung der oberen und unteren Atemwege. Aus heutiger Sicht handelte es sich vermutlich um eine Primäre Ziliäre Dyskinesie oder um eine atypische Form der Cystischen Fibrose. Obwohl es seinerzeit kaum Therapieoptionen gab, gelang ihm durch Disziplin und Umsicht ein erstaunlich produktives Leben. Als Arzt, Patient und Philosoph warf er ein neues Licht auf die Arzt-Patienten-Beziehung. Besonders wichtig war ihm die Einsicht, dass in jedem Kranken auch gesunde Anteile vorhanden sind. Er entwickelte für die Psychiatrie eine philosophisch fundierte Methodik des Verstehens und machte im Rahmen seiner Analyse der menschlichen Existenz auf die Grenzen der Medizin aufmerksam.

Mohannad Abou Shoak ist im Sudan geboren und lebt seit seinem 6. Lebensjahr im Kanton Zürich. Er studierte Medizin an der Universität Zürich. Anschliessend arbeitete er als Assistenzarzt und später als Oberarzt im Bereich Innere Medizin. 2019 promovierte er an der Universität Zürich über Jaspers.

SCHWABE VERLAG

www.schwabe.ch

ISBN 978-3-7965-4504-7



9 783796 545047