

# Ethische Implikationen der Medizinischen Anthropologie Viktor von Weizsäckers<sup>1</sup>

## Zum Menschenbild der medizinischen Anthropologie – eine Einführung

**Rainer-M. E. Jacobi**

Die medizinische Anthropologie Viktor von Weizsäckers (1886 – 1957) gehört zur Konstellation jenes geistesgeschichtlichen Umbruchs im ersten Drittel des 20. Jahrhunderts, wie er zumeist mit der Existenzphilosophie, der Quantenmechanik und der modernen Kunst und Literatur verbunden wird.<sup>2</sup> Medizinethische Bedeutung erlangt dieser Umbruch im Horizont der Frage nach dem Menschen. Nicht nur wird das Subjekt sich selber zum Objekt, zu einem Objekt also, das zugleich auch Subjekt ist, mehr noch stellt sich überhaupt die Frage nach den leib-seelischen Bedingungen von Subjektivität und Objektivität im Umgang des Menschen mit sich und seiner Welt. Ihre methodologische Pointe erlangt diese Frage hinsichtlich bestimmter Zustände des Menschen, die sich herkömmlicher Erkenntnis insofern entziehen, als sich der erkennende Mensch selbst in ihnen befinden kann. Dies trifft schlechterdings für alle Grenzsituationen zu, also für all jene Zustände, durch und in denen der Mensch erst eigentlich seine Bestimmung als Mensch findet. Eine Bestimmung mithin, für die eine epistemologische Unbestimmbarkeit konstitutiv ist. Auf diese paradox anmutende Weise vermitteln die Grenzsituationen des Menschen zugleich ein Bild vom Menschen als einem von allem Anfang an unzulänglichen, unfertigen und ergänzungsbedürftigen Wesen.<sup>3</sup> Die Krankheit ist daher dem ‚Ganzen des Menschen‘ in genau dem Sinne näher, als in ihr das Unganze seines Wesens offenbar wird. Erst der Tod ist es, der das Leben des Menschen ‚vollständig‘ macht.<sup>4</sup>

Die elementaren menschlichen Erfahrungen der Schwäche, des Schmerzes und der Not gewinnen im Kontext jenes epochalen Umbruchs gleichsam paradigmatischen Wert für die Grundlegung jeder möglichen Wissenschaft vom Menschen. Für die Medizin führt dies zur Frage nach ihrem „epistemologischen Status“.<sup>5</sup> Auf diese dann später von Georges Canguilhem intensiv diskutierte Frage antwortete Weizsäcker bereits 1925 mit seinem Entwurf einer „medizinischen Anthropologie“, die als „allgemeine Lehre vom Menschen“ zugleich

---

<sup>1</sup> In Anlehnung an den seinerzeitigen Workshop folgen auf die einführenden Überlegungen von Rainer-M. E. Jacobi die Beiträge von Klaus Gahl und Hartwig Wiedebach. Der hier gebotenen Kürze der Darstellung wegen wird auf weiterführende Texte der Autoren verwiesen.

<sup>2</sup> Vgl. Link, Chr.: Die Einführung des Subjekts. Ein methodischer Umbruch in Medizin und Theologie. In: R.-M.E. Jacobi, D. Janz (Hrsg.): Zur Aktualität Viktor von Weizsäckers. Würzburg 2003, S. 227-245.

<sup>3</sup> Vgl. Weizsäcker, V. v.: Pathosophie (1956). In: Peter Achilles, Dieter Janz, Martin Schrenk und Carl Friedrich von Weizsäcker (Hrsg.): Viktor von Weizsäcker Gesammelte Schriften (GS). Frankfurt a. M.: Suhrkamp (1965 ff.), Bd. 10, S. 71.

<sup>4</sup> Vgl. Weizsäcker, V. v.: Die Medizin im Streite der Fakultäten (1947). GS, Bd. 7, S. 197-211, hier S. 210; ders.: Bilden und Helfen (Hippokrates und Paracelsus) (1926). GS, Bd. 5, S. 143-160, hier S. 159f.

<sup>5</sup> Vgl. Canguilhem, G.: Das Normale und das Pathologische (1943/1966). München 1974.

„Grundwissenschaft der Heilkunde sein“ könne.<sup>6</sup> Charakteristisch hierfür sind die „Erweiterung und Verschiebung des Heilzieles“, die „Einführung historischer Gedanken“ und eine neue „gemeinschaftliche“ Form der Objektivität.<sup>7</sup> Die systematische Entfaltung dieses Entwurfes erfolgt in der aus neurologischen Befunden erwachsenen *Theorie des Gestaltkreises*.<sup>8</sup> Hierbei handelt es sich nicht nur um den Versuch einer *klinischen Epistemologie*, mehr noch wird eine unhintergehbare Selbstverborgenheit des Menschen postuliert. Deren empirisches Fundament liegt in der eigentümlich pathischen Struktur der Krise: einem Konstitutivum allen Lebens.<sup>9</sup> Insofern jede Krankheit des Menschen von der Art einer Krise ist, impliziert das Menschenbild der Medizinischen Anthropologie sowohl eine bestimmte Form medizinischer Wissenschaft als auch ethischer Urteilsbildung. Die Besonderheit liegt in der Untrennbarkeit dieser beiden Implikationen, d. h. in der *sittlichen Normativität* anthropologischer Medizin.<sup>10</sup> Dies zu zeigen, sei in zwei Schritten versucht. Zunächst soll vor dem Hintergrund ärztlicher Erfahrung der epistemologische Status anthropologischer Medizin im Sinne einer „klinischen Wissenschaft“ etwas näher bestimmt werden. Sodann folgt die Skizze einer im Zentrum der medizinischen Anthropologie verborgenen „pathischen Ethik“.

---

<sup>6</sup> Weizsäcker, V. v.: Randbemerkungen über Aufgabe und Begriff der Nervenheilkunde (1925). GS, Bd. 3, S. 301-323, hier S. 320.

<sup>7</sup> Ebd., S. 307, 316, 322.

<sup>8</sup> Vgl. Weizsäcker, V. v.: Der Gestaltkreis. Theorie der Einheit von Wahrnehmen und Bewegen (1940). GS, Bd. 4, S. 77-337.

<sup>9</sup> Vgl. ebd., S. 295ff.

<sup>10</sup> Vgl. Jacobi, R.-M.E.: Gegenseitigkeit und Normativität. Eine problemgeschichtliche Skizze zu den Grundfragen medizinischer Ethik (2008). In: K. Gahl, P. Achilles, R.-M.E. Jacobi (Hrsg.): Gegenseitigkeit. Grundfragen medizinischer Ethik. Würzburg: Königshausen & Neumann 2008, S. 461-492.

## Anthropologische Medizin als klinische Wissenschaft

Klaus P. G. Gahl

Eine Medizin, die dem kranken Menschen gerecht werden will, berücksichtigt seine bio-psycho-soziale Situation, soweit sie für sein Kranksein und die Ermöglichung seiner Gesundheit relevant ist. Sie richtet ihr Augenmerk auf die *Krankheit* und auf das *Kranksein*, das den Menschen in seinem Befinden, in seiner Existenz betrifft. Anthropologisch ist eine solche Medizin, indem sie grundlegende Selbsterfahrungen des Menschen für den Umgang, die Gegenseitigkeit von Arzt und Krankem als zentral erachtet: so seine Leiblichkeit und Zeitlichkeit, seine Subjekthaftigkeit und Sozialität.

Die Kennzeichnung anthropologischer Medizin im Sinne Viktor von Weizsäckers stützt sich nicht auf die Annahme einer durchgängigen psychophysischen oder psychosomatischen Kausalität, ist aber offen für die möglichen Wechselbeziehungen der phänomenal und erlebnismäßig bewusst werdenden zwei Dimensionen; offen für das Erleben leiblich-seelischer Betroffenheit des Kranken, für Äquivalenz und Stellvertretung und die wechselseitige Verborgenheit des Physischen und Psychischen. Ihr Gegenstand ist der Mensch als Subjekt und als Objekt, das sich selbst zugleich Subjekt und Objekt ist. Der Kranke erlebt sein Kranksein, er erlebt sich (mindestens der Möglichkeit nach) in seiner Leiblichkeit, seiner Zeitlichkeit, in seiner im Kranksein veränderten Selbst- und Beziehungserfahrung, seiner Endlichkeit und Kontingenz. Der Arzt untersucht den Körper des Kranken, der sich selbst leiblich, als er selbst ambivalent in seinem Selbstempfinden berührt fühlt.

Mit dem Begriff *Umgangslehre*<sup>1</sup> entscheidet Weizsäcker das wissenschaftstheoretische Problem der Einordnung der Medizin in den Kanon der Wissenschaften zugunsten einer Handlungswissenschaft. Er stellt den Arzt und den Kranken in eine wechselseitige Subjekt-Objekt-Beziehung, in die zirkuläre (*zyklomorphe*) dynamische Ordnung des Gestaltkreises. Die *Doppelstruktur sachlicher und personaler Entsprechung von Mensch in Not und Mensch als Helfer bzw. von Krankheit und Medizin*<sup>2</sup> bindet klinische Wissenschaft an ihre naturwissenschaftlichen Grundlagen, gleichzeitig an individuelle, psychosoziale und soziokulturelle Wertorientierungen und an anthropologische Bestimmungen von Subjekthaftigkeit, Leiblichkeit, biographischer Zeitlichkeit, Endlichkeit und Geschichtlichkeit, von Individualität und Sozialität. Medizin als klinische Wissenschaft stützt sich auf „*objektive Wissenschaften*“. Ihr eigentlicher Gegenstand ist aber der kranke Mensch, der sich als solcher einer jeden dieser Wissenschaften

---

<sup>1</sup> Weizsäcker, V. v.: Pathosophie (1956). In: Achilles, P., Janz, D., Schrenk, M. & Weizsäcker, C. F. v. (Hrsg.): Viktor von Weizsäcker Gesammelte Schriften (GS), Frankfurt a. M.: Suhrkamp-Verlag (1986 – 2005), Bd. 10, S. 227.

<sup>2</sup> Vgl. ders.: Der Arzt und der Kranke (1926). GS Bd. 5, S. 2 - 26, hier S. 13.

entzieht. Indem der Arzt sie gebraucht, muss er gemäß der sachlichen Entsprechung von Krankheit und Medizin ihre methodischen und sachgegebenen Grenzen ebenso beachten wie ihre großen Möglichkeiten nutzen. Im Sinne der *sachlichen Entsprechung* dienen drei Schritte der Objektivierung, durch die die Krankheit des Patienten diagnostiziert und behandelt werden soll: (1) die Konzentration auf die Krankheitsgeschichte, auf die Symptomatik der aktuellen Krankheit als benennbare, definierbare, d. h. abgrenzbare „Entität“; (2) die Untersuchung des Körpers des Patienten, der zum krankheits-lokalisierenden Gegenstand, zum Objekt der Untersuchung wird; (3) die Beurteilung von Labordaten, Ergebnissen von Funktionsuntersuchungen und bildgebenden Diagnostikbefunden.

Es sind die „harten Daten“, die die Objektivität der Verfahren sachlich und logisch begründen. Auch die Daten der Krankheitsgeschichte bieten lediglich Aspekte der Krankheit, soweit sie sich in benennbaren Zeichen äußert und sich in einem nosologischen Krankheitsbild fassen lässt. Die Beschwerden lassen sich nur partiell objektivieren, ihr Erlebnisaspekt bleibt weithin unberücksichtigt. Die völlige Objektivierung oder Verdinglichung ist dem Kranken in seinem Kranksein unangemessen.

Dennoch ist um der *sachlichen Entsprechung* willen wie auch zum Schutz des Kranken eine behutsame Begrenzung auf „Objektives“ unumgänglich. Weder darf aber eine adäquate Sachlichkeit einer Psychologisierung des Kranken in seiner biographischen Situation seinem Kranksein geopfert noch umgekehrt der Blick für die biologischen Grundlagen der Krankheit durch das mehrdimensionale Verständnis für den Kranken getrübt werden. So spricht auch Weizsäcker davon, dass die „Hinwendung zum kranken Menschen ... jedenfalls nicht den Abbau der Naturwissenschaftlichkeit der Medizin“ bedeutet.<sup>3</sup> Aber: „Das Objektive ist noch nicht das Wirkliche, ... wir verstehen die Krankheiten, aber wir verstehen dadurch nicht die Not der Krankheit und nicht, was dem Kranken nottut.“<sup>4</sup>

Die Medizin wird mit einer ausschließlich naturwissenschaftlich verstandenen Objektivität und Sachlichkeit der existentiellen Erfahrung des Krankseins nicht gerecht. Weizsäcker stellt der *naturwissenschaftlichen* die *klinische Objektivität* gegenüber.<sup>5</sup> Auch sie stützt sich auf die in der Medizin erforderliche Sachwissenschaft, auf klinische Erfahrung, Wissen und Urteilskraft. Der Arzt muss aber zwischen der klinischen und der naturwissenschaftlichen Objektivität unterscheiden. Es geht nicht nur um vermeintlich objektive Daten einer Krankheit sondern auch um den biographischen Stellenwert, die lebensweltlichen und psychosozialen Faktoren, die das Kranksein mitprägen.

---

<sup>3</sup> Ders.: *Der Arzt und der Kranke* (1926). GS Bd. 5, S. 9 - 26, hier S. 17.

<sup>4</sup> Ebd. S.16.

<sup>5</sup> Vgl. ders.: *Psychotherapie und Klinik* (1926). GS Bd. 5, S. 161 - 176, hier S. 167 ff.

Mit der Verdinglichung des Leibes zur reinen Körperlichkeit wird die Kategorie der Leiblichkeit, des Leibes als „Organs“ der Selbstempfindung, des Erlebens von Selbst und Umwelt ignoriert. Mit der Offenheit für die Möglichkeit dieser Dimension kann über die *Krankheitsgeschichte* hinaus die Anamnese zur *Kranken-* und *Leidensgeschichte* und analog in der körperlichen Untersuchung der Kranke als Person, als Subjekt seiner leiblichen Selbstempfindung geachtet werden. Als *Umgangslehre* setzt anthropologisch-klinische Wissenschaft „an die Stelle der Objektivitätslehre der Erkenntnis eine personalistische, den Umgang also von Subjekt und Objekt meinende Erkenntnislehre“.<sup>6</sup> Umgang ist Manifestation, Ausgestaltung der anthropologisch fundamentalen Gegenseitigkeit und Solidarität, dieser Grundverfasstheiten des Menschen, die „ärztliches Handeln leiten“ sollen.<sup>7</sup>

Für die Arzt-Patient-Beziehung gilt in spezifischer Weise, dass sie *in Gefahr geraten* kann, wo und wenn der Kranke „als materielles Objekt behandelt wird ... Unbewusst [geschieht] es, dass ich, indem ich aus einem ‚nur‘ Erkennenden ein Handelnder [werde], nun mit dem Menschen wie mit einem Objekt umgehe. Zuerst haben wir, er und ich, gesprochen, gefühlt, sind uns wie ich und du begegnet; jetzt ist aus ihm ein Objekt, ein Es geworden und... habe auch ich mich in ein Es, ein Objekt verwandelt. Das ist dann die Sachlichkeit des zum Mediziner gewordenen Arztes.“<sup>8</sup>

Als Handlungswissenschaft reflektiert klinische Wissenschaft auch ihre handlungsleitenden Begriffe (z. B. Indikation, Diagnose), ihre Voraus- und Zielsetzungen, ihre methodischen, handlungslogischen Sach- und Wertbegründungen, ihre dem Kranken geschuldete Angemessenheit. Dazu gehört auch – gemäß der sachlichen Entsprechung – die statistische Überprüfung der im Sinne wissenschaftlicher Objektivität überprüfbarer Daten einschließlich der „Beurteilung der Heilerfolge, der Heilungsdauer ... der Erwerbsfähigkeit“<sup>9</sup>, die Prüfung der *Ermöglichung* der Reintegration des Kranken in seine Lebensordnung. Schließlich muss sich klinische Wissenschaft Struktur-, Verfahrens- und Inhaltsanalysen der Kommunikation zwischen dem Arzt und dem Kranken stellen. Insofern umfasst die Verpflichtung anthropologischer Medizin auch den Horizont naturwissenschaftlicher Medizin – auch wenn und wo sie sich einer hermeneutischen Methode individuellen Verstehens biographischer und psychosomatischer Beziehungen bedient und sich damit stringenter Verallgemeinerbarkeit zu entziehen scheint; sie verfolgt damit die „personale Entsprechung“ von Not und Hilfe.

---

<sup>6</sup> Weizsäcker, V. v. Pathosophie (1956), a. a. O., S. 227.

<sup>7</sup> Weizsäcker, V. v.: ‚Euthanasie‘ und Menschenversuche (1947). GS Bd. 7, S. 91 -134, hier S. 126.

<sup>8</sup> Ders.: Der Begriff sittlicher Wissenschaft (1948). GS Bd. 7, S. 233 - 254, hier S. 245.

<sup>9</sup> Ders.: Psychotherapie und Klinik (1926). GS Bd. 5, 161 - 176, hier S. 166 ff.

Ein kurzer Ausblick auf mögliche Brücken zwischen anthropologischer Medizin und dem gegenwärtigen Ethikdiskurs kann hier nur wenige Facetten ins Auge fassen:

1. Die Achtung anthropologischer Wesensmerkmale in der Arzt-Patient-Beziehung: der Leiblichkeit und der mit ihr gegebenen Zeitlichkeit, der erlebten und geachteten Leibzeitlichkeit, der reziproken Subjekt-Objekt-Beziehung in Gegenseitigkeit. Sofern der Ethikdiskurs den Wandel der Arzt-Patient-Beziehung ins Auge fasst, darf diese so skizzierte *conditio humana* nicht ausgeblendet werden.
2. Die ethische und anthropologische Reflexion humangenetischer Diagnostik macht deutlich, dass der in der anthropologischen Medizin Weizsäckers zentrale Begriff der Subjekthaftigkeit, des „Subjektes in der Medizin“, in der prädiktiven Medizin eine neue Doppeldeutigkeit gewinnt: der Mensch ist (wie im aktuellen Kranksein seiner Krankheit so) in der Gegebenheit seines Genoms seiner genetischen Bestimmung unterworfen (*sub-jectus*), und doch ist er zugleich der Gestalter, das Subjekt seiner Möglichkeiten. Er ist es aktuell als um sein mehr oder weniger wahrscheinliches Schicksal Wissender zugleich mit der Ungewissheit bezüglich der Zukunft: ob überhaupt und wann und wie sich die genetische Disposition manifestiert.
3. Zu beachten ist auch, dass die biologische Konstellation zu psychischer Stigmatisierung und Belastung oder gar zu versicherungsrechtlicher oder sozialer Ausgrenzung einer genetisch getesteten Person führen kann. „Die reduktionistische Sichtweise der molekularen Medizin [incl. der genetischen Diagnostik], die anstrebt, Krankheiten durch bestimmte Veränderungen in DNA-Sequenzen zu definieren, setzt die ... Vergegenständlichung des Menschen fort. Dieser sach- und nicht personenbezogene Zugang zu Krankheit und Leiden bedingt eine weitere Marginalisierung des Individuums in der Biomedizin, da seine subjektive Befindlichkeit zunehmend unwichtiger für Diagnostik und Therapie wird ... Von Krankheit sollte [aber] erst dann gesprochen werden, wenn jene molekularbiologischen Veränderungen und ihre physiologischen Folgen in die Lebenswelt eines Individuums transformiert Leiden und Hilfsbedürftigkeit hervorrufen.“<sup>10</sup>
4. Der Wandel im Krankheitsbegriff zeigt sich dort, wo „genetische Diagnostik nicht nur [seine] Ausweitung ... befördert, sondern darüber hinaus zu einer Entdifferenzierung von Gesundheit und Krankheit beiträgt.“<sup>11</sup> Es ist die Biologisierung mit dem ihr inhärenten Determinismus, der unser Menschenbild zunehmend prägen wird.

---

<sup>10</sup> Mergenthaler, D. (2003): Wird die molekulare Medizin die Auffassung von Krankheiten in der gegenwärtigen Medizin erneuern? *Zschr. Medizin. Ethik* 49: S. 151 - 162, hier S. 159 und 160.

<sup>11</sup> Kollek, R. (1999): Was heißt schon gesund? Zur Transformation des Krankheitsbegriffes durch genetische Diagnostik. In: Th. Braun & M. Elstner (Hrsg.): *Gene und Gesellschaft*. Deutsches Krebsforschungszentrum Heidelberg 1999, S. 95 - 106, hier S. 95.

## Skizze einer pathischen Ethik

Hartwig Wiedebach

Die Medizinische Anthropologie Viktor von Weizsäckers hat ihr zentrales Motiv in dem, was er das *Pathische* nannte. Das Wort „pathisch“ bezieht sich auf eine Haltung zum Leben. Das Leben gilt als etwas, dessen „Existenz weniger gesetzt als vielmehr *erlitten* wird“.<sup>1</sup> Wie kann diese Haltung der Reflexion zugänglich gemacht und schließlich praktisch werden?

Die Reflexion des Pathischen, so meine These, beginnt mit 1. einer ontologischen Feststellung, 2. einem Eingeständnis aus allgemeiner Lebenserfahrung und 3. einem persönlichen Verzicht. Das Pathische, dies 1. die ontologische Feststellung, ist zwar ein Thema des Fragens, aber kein Gegenstand. Die mit dem Pathischen aufgeworfene Frage erfasst nur, wer aus der Befangenheit seiner eigenen Lebensbewegung heraus von deren Gesetzlichkeit zu sprechen beginnt. Dazu gehört 2. das Eingeständnis, dass der Mensch Mächten unterliegt, über die er nicht verfügt. Unsicherheit, ob er sich überhaupt zu seiner Befangenheit wird ins Verhältnis setzen und ihr angemessen Ausdruck verleihen können, ist die notwendige Folge. Sie nimmt je nach momentaner Gestimmtheit alle Grade zwischen kraftvoller Skepsis und kindlicher Verzagtheit an. Gerade diese Unsicherheit gilt es festzuhalten und durchzustehen. Und so folgt 3. der persönliche Verzicht darauf, den Mächten mit allgemeinen Begriffen über das Zuträgliche und Richtige entgegenzutreten. Namentlich diese zunächst nur negative Geste ist der Eintritt in die pathische Betrachtungsweise. Zugleich führt sie an die Schwelle zum Praktischen.

Wie aber diese Schwelle überschreiten? Was wird aus dem Verzicht in positiver Bewertung? Lässt sich das Pathische methodisch als Ursprung und/oder als Leitlinie eines tätigen Verhaltens fassen? Nicht um eine Reaktion überhaupt auf die pathische Gestimmtheit geht es – auch Fatalismus und Zerstörung des Selbst oder eines anderen Menschen wären denkbar – sondern um hilfreiche Umgestaltung trotz der Herrschaft jener Mächte und trotz des Verzichts. Daraus folgt: Die Gestaltung ist nur als Freiwerden denkbar, als Wahl eines neuen Weges. Aber dies ist keine Wahl, deren Prinzip es wäre, zuvor zwei oder mehrere Alternativen auf ihre Wahrheit und Wahrhaftigkeit hin zu prüfen und dann auf eine von ihnen zu erkennen. Es ist vielmehr, wenn man so will, ein Erzeugen der Wahl selbst: ein Handeln gleichsam aus nichts heraus. Erst danach kommt ans Licht, ob man richtig gehandelt hat oder nicht. Das ist nicht immer ein Entweder-

---

<sup>1</sup> Weizsäcker, V. v.: Anonyma (1946). In: Peter Achilles, Dieter Janz, Martin Schrenk und Carl Friedrich von Weizsäcker (Hrsg.) Viktor von Weizsäcker Gesammelte Schriften (GS). Frankfurt a. M.: Suhrkamp GS Bd. 7, S. 41- 89, hier S. 48.

Oder von Gelingen oder Scheitern. Gelingen und Scheitern sind nur Grenzbegriffe für ein Feld des täglichen Tuns, auf dem man sich meist im Graubereich des nur halben Erfolges einrichten muss. Das Wahre ist nicht immer ein Erfolg, das Falsche nicht immer ein Scheitern. Es kann ein Scheitern geben, welches wahrer ist als ein großer Erfolg.

Zweifellos: Häufig hätte man anders handeln können, und man konnte es vorher wissen. Äußere Umstände, verschiedene Berater, fachliche Erwägungen haben sich mit Empfehlungen zu Wort gemeldet. Deren Für und Wider erwogen zu haben, gehört zur Gewissenhaftigkeit und zur Professionalität. Aber: Die Gegenwart lässt sich ihr manchmal ungeheures Recht nicht rauben. Der Augenblick kann alles ändern. Das pathische Urteil verlangt Gestaltung aus dem „Gebot der Stunde“; es folgt einem Zwang zu genuiner Neuschöpfung. Was an erworbenem Wissen um moralische Konventionen, juristische Vorgaben, Bedürfnisse Dritter, physiologische oder technische Möglichkeiten usw. vorhanden ist, muss mitspielen, aber unter Umständen auch zurücktreten. Unter dem Gesichtspunkt des pathischen Urteils ist all dies nicht die Sache selbst. Die wählende Spontaneität ist auf sich gestellt. Das ihr Notwendige hat keinen dingfest zu machenden Ursprung. Zum pathischen Urteil gehört daher die Angst. Dem entspricht unser Hang, die Spontaneität zu verraten. Wir überlassen, oft trotz besserer Einsicht, dem Kalkulierbaren, also dem Sekundären das Feld – ein zwar verständlicher, aber falscher Weg. Das Nichts selber muss ertragen und ihm eine Orientierung abgenötigt werden.

Wo immer wir einem Menschen in Not begegnen, treten wir, um einen Begriff des Soziologen Eugen Rosenstock zu verwenden, in ein *Amt* ein. Es ist das Amt dessen, der daran mitwirkt, eine not-wendende Ordnung zu finden. Dabei gibt es keine Indifferenz: Wir wenden uns entweder zu, oder wir wenden uns ab; tertium non datur. Das Amt, das uns zufällt, kann nicht abgelehnt, wohl aber durch Unaufmerksamkeit oder Gleichgültigkeit verraten werden. Immer aber, auch im Verrat, betreten wir „neue Räume der Erfahrung“.<sup>2</sup> Wenn wir das Amt annehmen, sind das Räume der Gegenseitigkeit, wo wir es verraten, sind es Räume der Isolation und der Verdinglichung. Wir verlassen eine Wirklichkeit und erfahren eine neue. Diesen Übergang muss eine pathische Ethik organisieren.

Das geistig-seelische Werkzeug, um die Wege im Übergang zu erhellen, ist die *Ahnung*. Dieser Begriff scheint an die Stelle präziser Erörterung vage Vermutungen zu setzen. In der Tat geht es um Vagheit, aber nicht anstelle präziser Erörterung, sondern ihrerseits in genauer Bestimmtheit. Weizsäcker hat sich mit seiner „Anthropologie der Nuance“ dieser Art des Erkennens zugewandt.<sup>3</sup> Diskursiv nicht fassbare Nuancen, der „Ton in der Musik“, feine

---

<sup>2</sup> Weizsäcker: „Kranker und Arzt“, GS V 243, zit. von Peter Achilles: „Ethos und Pathos“, in: *Gegenseitigkeit. Grundfragen medizinischer Ethik*, hg. von Klaus Gahl, Peter Achilles, Rainer-M. E. Jacobi. Würzburg: Königshausen + Neumann 2008 (*Beiträge zur Medizinischen Anthropologie* 5), S. 129-195, hier: 164.

<sup>3</sup> Vgl. Weizsäcker: *Pathosophie*, GS Bd. 10, S. 165 - 191, bes. S. 184 - 189.



Änderungen im Ausdruck lassen wie Haarrisse im großen Gebilde die Bitterkeiten und Schmerzen eines Lebens durchscheinen. Im pathischen Urteil zählt die Mikrologie. Das begrifflich Undeutliche und doch Präzise der Nuancen ist nicht „ein purer Minusbegriff [...], der einen Defekt und weiter nichts bezeichnet“. Vielmehr bedeutet Nuancen zu empfinden einen durchaus „erwünschten Zustand der Unklarheit“.<sup>4</sup>

Daneben braucht es eine kritische Instanz. Was damit gemeint ist, hat Sokrates mit seinem berühmten Daimonion angedeutet. Er kennt es als eine innere Stimme, die ihm anzeigt, wenn er etwas Falsches tut.<sup>5</sup> Das Daimonion ähnelt dem Gewissen. Hierzu gehört ein Großteil des Fachwissens über das Mögliche, das Kluge oder Unkluge, und über das schlechthin Schädliche. Die reflektierte Ahnung ist ein deutender Wink. Wer ihn prüft, tut das, grammatisch ausgedrückt, im Modus des Futur II: Wie wird, was jetzt zu tun ansteht, im Rückblick beurteilt werden, nachdem es getan ist? Auch hier kommt es zu keiner endgültigen Antwort, aber das pathische Urteil gewinnt Bodenhaftung. Seine erkenntnislogische Feinstruktur würde uns hier zu weit führen.<sup>6</sup> Stattdessen gebe ich ein Beispiel.

### *Sterbegleitung: Das Loslassen der Hand*

Ich spreche von jenem letzten Moment vieler Sterbebegleitungen, wo der Mensch, der am Bett eines Sterbenden ausharrt, schließlich dessen Hand loslässt und damit das Eintreten des Todes besiegelt. Ich wähle diesen Zeitpunkt, weil kein Messinstrument zur Feststellung von Herz- oder Hirnaktivität, keine chemische Reaktion und keine Mimik mehr als vollgültige Anzeige des Todes gelten. Begleitung in diesem Moment heißt, sich von solchen Wirklichkeiten abwenden. Der Sterbebegleiter kehrt ganz in die Zwei-Einheit mit dem Sterbenden ein. Und dennoch folgt dieser Abwendung der äußeren Wirklichkeit irgendwann eine erneute Rückwendung zu dieser Wirklichkeit. Der am Bettrand Sitzende wird die Hand loslassen: eine Wirklichkeit von der konkretesten, physisch sichtbaren und zeitlich genau bestimmten Art. Und es ist klar: Die Begleitung ist an ihr Ende gekommen. Der Mensch am Bettrand sitzt vor einer Leiche.

Der Ort der Entscheidung aber liegt *zwischen* der Abwendung von der Wirklichkeit der Gegenstände und der chronometrischen Zeitpunkte einerseits und der erneuten Rückwendung zu dieser Wirklichkeit andererseits. In diesem Zwischen, gleichsam in einer Nicht-Wirklichkeit, reift die Entscheidung. Hier ist auch der genaue Ort jener Ahnung. Ihr Ansatzpunkt ist das Zwischen, ihr Prüfstein aber ist das Ergebnis. Das Lösen der Hände belastet die Ahnung mit dem Gewicht einer verbindlichen Entscheidung. Nun erweist es sich, ob dieser Sterbende das Ziel seines

---

<sup>4</sup> *Pathosophie*, GS Bd. 10, S. 185 und 186.

<sup>5</sup> Vgl. Platon: *Apologie* 31d, u. ö.

Weges erreicht hat. Gelingt es nicht, so hat sich die Ahnung diesmal nur als das Mangel-Symptom einer doch überwiegenden Unwissenheit erwiesen. Wo jedoch die Aufgabe der Begleitung an ihr Ziel kommt, bedeutet das Lösen der Hände ein *Wissen*, dass der Tod vollbracht ist. Und es ist, ich wiederhole, niemals in erster Linie ein *sichtbares* Phänomen am Sterbenden, welches dieses Wissen induziert.

Gibt es aber ein Kriterium, das auch anderen Menschen einen solchen Erfolg anzeigt? Täuschungen und Einredungen gibt es gerade beim Tod in großer Zahl. Und in der Tat lässt sich – das folgt aus dem Gesagten – für die hier gesuchte Evidenz des Todes kein Kriterium benennen, das sich über eine diagnostische Prozedur objektivieren ließe.<sup>7</sup> Dennoch, so meine These, gibt es eines: Es ist der Ausdruck des Friedens in der Erscheinung dessen, der sich vom Betrand erhebt. Diesen Ausdruck bemerkt und versteht fast jeder Mensch, ob bewusst oder unbewusst; und fast jeder, der es erlebt hat, erinnert sich dessen als eines bedeutsamen Ereignisses. Wem es jedoch misslingt, wer den Moment, in dem sich die Hände wie von selbst lösen, nicht findet, wer zu früh oder zu spät die eigene Hand zurückzieht, steht friedlos auf. Und auch dies sehen die Anderen... In der pathischen Praxis geht es um „Begnadungen des Gelingens“.<sup>8</sup> Verfügbar ist hier das Wenigste, denn was verfügbar sein soll, muss der Wirklichkeit angehören. Von ihr aber wendet sich die pathische Einkehr gerade ab.

### *Die pathischen Kategorien*

Trotzdem gibt es Hilfsmittel, etwa für das Patientengespräch. Weizsäcker von seiner Seite formulierte das sog. „pathische Pentagramm“, ein Koordinatensystem von fünf lebensbestimmenden „Kategorien“: „Als Lebender [...] sage ich nicht ‚ich bin‘, sondern: ich *möchte*, oder ich *will*, oder ich *kann*, *muss*, *darf*, *soll*; oder ich *will*, *darf* usw. alles dieses *nicht*“.<sup>9</sup> Meist unauffällig umgeben wir die Zusammenhänge, in denen wir leben und von denen wir erzählen, mit Formulierungen darüber, was wir können, dürfen, sollen, müssen oder wollen. Ein Beispiel, wie grundsätzlich die pathischen Kategorien mit der menschlichen Existenz verknüpft sind, hat Weizsäcker schon dort gegeben, wo er sie erstmals einführte. Ich zitiere die Stelle mit einigen ergänzenden Bemerkungen.

---

<sup>6</sup> Eine Abhandlung hierzu unter dem Titel *Pathische Urteilskraft* ist in Vorbereitung.

<sup>7</sup> Vgl. zur kritischen Diskussion meinen Essay: *Hirntod als Wertverhalt. Medizinethische Bausteine aus Jonas Cohns Wertwissenschaft und Maimonides' Theologie*. Münster, LIT 2003.

<sup>8</sup> Viktor von Weizsäcker: „Kranker und Arzt“ (Anm. 2), ebd.; auch Achilles, ebd.

<sup>9</sup> Weizsäcker: „Anonyma“, GS Bd. 7, S. 48; vgl. auch *Pathosophie*, GS Bd. 10, S. 70 - 97.

„Das Leben“, so beginnt es, „fragt sich selbst, was es eigentlich sei. Zunächst: *Ich lebe*. Denn ich *will* leben, darum esse und trinke ich doch“.<sup>10</sup> Eine Tatsache also steht am Anfang: „Ich lebe“. Aber Weizsäcker lässt sie nicht einfach stehen, sondern er begründet sie durch eine pathische Kategorie, den Willen: „Denn ich *will* leben“. Mein Wille macht sich das Leben zum Ziel. Sogleich kommen daher auch die Lebens-Mittel zur Sprache, derer er sich bedient: „darum esse und trinke ich doch“. Essen und Trinken dienen dem Lebenswillen. Isst ein Mensch nicht mehr, dann kann dies ein Hinweis sein, dass er nicht mehr leben will. Nicht dass dies so sein muss! Aber die pathische Betrachtung lenkt den Blick hinter die funktionale Physiologie zurück auf den Lebenswillen. Das Zusammenspiel der pathischen Motive gibt den Funktionen Bedeutung, nicht umgekehrt.

Nun hat der Wille aber eine Grenze: Denn „*dass* ich lebe, verdanke ich doch nicht meinem Willen, denn mein Leben ist mir ja gegeben“. Wir finden uns immer schon vor. Wir haben weder den Willen noch das Leben gemacht. Darin liegt eine Unfreiheit, und für manchen wird sie zu einer Belastung, ja zur Qual. Das stellt uns plötzlich mitten in den Konflikt, den alle fünf pathischen Motive untereinander austragen: „Ich *kann* also leben, wenn ich eben will. Ich kann es aber auch abschneiden. Aber ich liebe mein Leben, betrachte es als Geschenk und sage daher, ich *darf* leben. Aber zuweilen hasse ich mein Leben, dann sage ich, ich *muss* leben. Warum muss ich denn leben? Weil mir mein Gewissen schlägt: ich *soll* leben.“ – Da keimt eine neue Frage: „Aber wenn ich soll, *wie* soll ich denn leben, wie muss ich, wie darf ich, wie kann ich, wie will ich denn leben?“ Hier braucht es eine konkrete Bestimmung. Denn „leben überhaupt, so im allgemeinen, kann ich nicht, es muss doch ein bestimmtes Leben sein“; also „muss ich wissen, wie man leben kann und *was* das Leben eigentlich ist“. Diese Fragen nach „wie“ und „was“ inhaltlich und methodisch zu reflektieren erzeugt die ärztlich-pathische Wissenschaft. Hier hat sie „eine Stelle im Leben, die notwendig ist, legal ist“, aber dies nur deshalb, weil wir „das Leben und nicht das Wissen hier regieren lassen“.

Wissenschaft wird Lebensform. Sie prägt einen bestimmten Typ des professionellen modernen Arztes. Nur wenige Patienten vermögen selbst ihrem Befinden abzuspüren, welchen Weg ihr „wie“ und „was“ einschlägt. In Gebaren und Sprechen jedoch lassen sie ihn mitunter erahnen. Im Hören auf die Hilfsverben haben wir ein trainierbares Handwerkszeug zur Wegleitung dieser Ahnung. Man kann die fünf pathischen Kategorien an den Fingern einer Hand abzählen und im Gespräch ständig mit sich führen.<sup>11</sup>

---

<sup>10</sup> Weizsäcker: *Am Anfang schuf Gott Himmel und Erde* [1919/20], GS Bd. 2, S. 263 - 349, hier S. 309; vgl. ebd. (S. 309 f.) auch die folgenden Zitate.

<sup>11</sup> Für inhaltliche und textliche Hinweise danke ich Dieter Janz und Wilhelm Rimpau.