

Rainer-M.E. Jacobi

„Ja, aber nicht so“

*Das Erzählen der Krankengeschichte bei Viktor von Weizsäcker**

Weder ist es ein Zufall noch eine Selbstverständlichkeit, dass es nach dem Ersten Weltkrieg, also nach dem katastrophalen Ende des „langen“ 19. Jahrhunderts, wie verborgen auch immer, zur Neuentdeckung des *Erzählens* kommt. Das Erzählen, nicht einfachhin als eine literarische Gattung neben anderen, sondern als der Versuch einer Antwort auf jene abgründige Erschütterung der Moderne, wie sie mit diesem Krieg einherging. Erzählen also im Sinne der Wiedergewinnung und Rettung von Verlorenem. Damit aber reagiert es allererst auf seine eigene Krise, die – wie es Walter Benjamin am eindrucksvollsten gezeigt hat – zugleich eine Krise der kulturellen und geistigen Situation anzeigt. War es für Benjamin zunächst und vor allem die Not des nicht mehr Erzählen-könnens, hervorgerufen durch die Entwertung und Zerstörung aller bisherigen Erfahrung im Verlaufe jenes ersten großen Krieges, so war es für seinen Zeitgenossen Franz Rosenzweig die existentielle Verarmung der Philosophie, also der Verlust des Menschen selbst, seiner elementarsten Erfahrungen, der ihn drängte, eine „Philosophie in der Form unserer Menschlichkeit“, mithin eine „erzählende Philosophie“ zu entwerfen. Benjamin und Rosenzweig, aber auch je auf ihre Weise Eugen Rosenstock und Martin Buber, Eberhard Grisebach und Martin Heidegger, stehen für einen epochalen Umbruch in der Art und Form des Denkens: nämlich für die Abkehr von der Konstitution der Welt aus einer gleichsam welt- und leblosen Subjektivität hin zu einer erfahrenden Philosophie im Horizont der Geschichtlichkeit konkreten menschlichen Daseins. Auch hierfür bildet der Erste Weltkrieg das paradigmatische Ereignis, insofern er zur lebensweltlichen Krise des Erfahrungsbegriffs transzendentaler Subjektivitätsphilosophie führte und in eins damit zur Erschütterung moderner Gewissheiten über-

* Dieter Janz, dem medizinischen Mentor und Freund, aus gegebenem Anlass in Verehrung und Dankbarkeit. Weiterführend sei auf die vom Verfasser mit herausgegebenen Bände „Zur Aktualität Viktor von Weizsäckers“ (2003) und „Gegenseitigkeit. Grundfragen medizinischer Ethik“ (2008) der im Verlag Königshausen & Neumann Würzburg erscheinenden Schriftenreihe der Viktor von Weizsäcker Gesellschaft „Beiträge zur Medizinischen Anthropologie“ verwiesen. Dort auch reichhaltige Quellen- und Literaturangaben.

haupt. Nie sind, wie Walter Benjamin in seiner eindringlichen Skizze *Erfahrung und Armut* schreibt,

Erfahrungen gründlicher Lügen gestraft worden als die strategischen, durch den Stellungskrieg, die wirtschaftlichen durch die Inflation, die körperlichen durch den Hunger, die sittlichen durch die Machthaber. Eine Generation, die noch mit der Pferdebahn zur Schule gefahren war, stand unter freiem Himmel in einer Landschaft, in der nichts unverändert geblieben war als die Wolken, und in der Mitte, in einem Kraftfeld zerstörender Ströme und Explosionen, der winzige gebrechliche Menschenkörper.

Für den philosophisch geschulten Internisten und Neurologen Viktor von Weizsäcker indes verband sich mit diesem Krieg, an dem er selbst als Lazarettarzt teilnahm, vor allem die Krise der Medizin. Genauer, die Krise einer Medizin, deren Naturbegriff im Gefolge der modernen Naturwissenschaften alle Anzeichen der „Entgottung, Entseelung und Entmenschung“ zeigt. So ist es wiederum kein Zufall, aber auch keine Selbstverständlichkeit, wenn Weizsäcker auf diese Krise, die auch eine Krise seiner eigenen experimentellen pathophysiologischen Arbeit war, nicht nur mit dem Verzicht auf jedwede Form von Tierexperimenten reagiert, sondern mit dem Entwurf einer Naturphilosophie, deren Vorbild eine Erzählung ist: die Erzählung der sieben Schöpfungstage aus dem ersten Kapitel der *Genesis*. Im Wintersemester 1919/20 vor Hörern aller Fakultäten im großen Hörsaal des Pharmakologischen Institutes der Heidelberger Universität vorgetragen, bildet die Vorlesung *Am Anfang schuf Gott Himmel und Erde. Grundfragen der Naturphilosophie* einen der frühesten Versuche zur Revision des neuzeitlich-idealistischen Denkens in den Wissenschaften. Als eine „Philosophie des Arztes“ stellt sie Franz Rosenzweig in die Reihe jener prominenten Versuche „erzählender Philosophie“, die sein eigenes großes Werk, den *Stern der Erlösung*, begleitet und beeinflusst haben. Gleich zu Beginn, in den Vorbemerkungen der ersten Vorlesung findet sich denn auch ein Verständnis von Philosophie, das uns als Charakteristikum des Erzählens noch beschäftigen wird, nämlich die *Verantwortung* als eine Rechenschaft im Handeln wie im Denken sich selbst und dem Anderen gegenüber.

In *Natur und Geist*, den 1944 geschriebenen Erinnerungen an den frühen Aufbruch hin zu einer „neuen Medizin“ gibt Weizsäcker für diese eigentümliche Verbindung zwischen Selbst und Anderem, wie ebenso zwischen Anderem und Selbst eine genauere Bestimmung. Es geht um die Frage nach der „richtigen Form der Therapie“. Als ein „Vorgang zwischenmenschlicher Art“ muss die Therapie „das Ich im

Du, nicht in sich selbst erfahren.“ Denn „was in einem Menschen seelisch vor sich geht, das erfährt man aus seinem Verhältnis zu einem anderen Menschen, und wenn der erste der Kranke und der zweite der Arzt ist, dann ist die Wahrheit weder nur im einen, noch nur im anderen beheimatet, sondern in ihrer zweisamen Einheit.“ Diese, der herkömmlichen Erkenntnistheorie gegenüber kritische Pointe, wonach „die Wahrheit nicht auf der Objektivität, sondern auf der Gemeinschaftlichkeit im Erkennen beruhe“, wird zum Leitfaden des Weizsäckerschen Denkens. Ob es um die „methodische Urszene“ der Medizin, also um die Frage nach Art und Form des ärztlichen Wissens angesichts von Not und Hilfe geht, oder um die häufig zitierten Grundbegriffe der „Gegenseitigkeit“, des „Pathischen“ und der „Einführung des Subjekts“, immer kommt jener erkenntniskritische Gestus zum Vorschein, wie er dann in der letzten, unvollendet gebliebenen Schrift, der *Pathosophie*, als Übergang vom transzendentalen zum „menschlichen Apriori“ näher ausgeführt wird. So gehört die Medizinische Anthropologie Viktor von Weizsäckers spätestens seit den grundlegenden Texten für die gemeinsam mit Martin Buber und Joseph Wittig herausgegebene Zeitschrift *Die Kreatur* (1926-1930) in die Tradition jener anthropologischen Wende der Philosophie nach dem Ersten Weltkrieg, wie sie heute in den Diskussionen um die „Rehabilitierung der praktischen Philosophie“ erneut Aktualität erlangt. Insofern dieser Rehabilitierung in medizinethischer Hinsicht eine besondere Bedeutung zukommt, mag es von nicht geringem Interesse sein, dass die therapeutische Kompetenz der Medizinischen Anthropologie – so unsere These – zunächst und vor allem aus dem *Erzählen der Krankengeschichte* erwächst, also aus einem „Vorgang zwischenmenschlicher Art“.

Noch abgesehen davon, was hier mit „Erzählen“ und mit „Krankengeschichte“ näherhin gemeint ist, führt diese These zu weitreichenden Konsequenzen. Allein die damit in den Blick gerückte *Epochenverwandtschaft* der geistesgeschichtlichen Situation im ersten Drittel des 20. Jahrhunderts mit der Zeit um 1800 wirft neues Licht auf Struktur und Form nicht nur des Denkens, sondern des Weizsäckerschen Werkes im Ganzen. Häufig gelten dessen sprachliche Eigentümlichkeiten und die mangelnde Systematik als Ausdruck gedanklicher Schwäche, zumindest aber als hinderlich für eine zeitgemäße Rezeption. Die Topoi *Erzählen* und *Krankengeschichte* geben indes allemal Anlass, in der besonderen Form der Medizinischen Anthropologie eine Antwort auf eben jenes epochenübergreifende Phänomen zu sehen, wie es Weizsäcker als „Spaltung der Vernunft“ beschreibt. Heute spricht man von der Trennung in eine epistemologische und eine ästhetische Subjektivität. Es scheint also, als ob sich hinter der vermeintlichen Schwäche eine Stärke verbirgt, insofern es Form und Gestalt des Denkens wie des Werkes ausmacht, genau dieser Spaltung

zu trotzen. Nebenher erinnert dies an die hermeneutische Tugend, ein Werk von den Fragen her zu verstehen, auf die es zu antworten versucht. So ist es mitnichten eine bloß rhetorische Geste, wenn Weizsäcker an schlechthin zentraler Stelle, also im Vorwort seiner theoretischen Grundlagenschrift *Der Gestaltkreis*, Geburt und Tod nicht nur als „logisch einander ausschließende Gegensätze“ betrachtet, sondern „wie Rückseite und Vorderseite des Lebens“ – denn „Leben ist: Geburt *und* Tod. Das ist eigentlich unser Thema.“ Nirgends aber kommt dieses Thema deutlicher zum Ausdruck als im Erzählen der Krankengeschichte.

Die moderne Medizin oder das Ende nachmetaphysischer Enthaltbarkeit

Bevor dem Erzählen und der Krankengeschichte etwas näher nachgegangen werden soll, lohnt der Blick auf die gegenwärtige Situation moderner Medizin. Deren biogenetische und neurophysiologische Ambitionen haben freilich zunächst nichts mit dem Erzählen der Krankengeschichte gemein. Wenn überhaupt, so sind es die vielfältigen Debatten um Nutzen und Nachteil dieser Ambitionen, die gelegentlich vom Verlust des Erzählens und der Krankengeschichte in der Medizin zeugen – aber selbst die Wahrnehmung dieses Verlustes scheint verloren zu gehen. Erneut drängt sich der Gedanke einer Epochenverwandtschaft auf: als ob es, vergleichbar der Zeit nach dem Ersten Weltkrieg, wiederum um eine Entwertung und Zerstörung von Erfahrungen geht. Doch was genau meint in diesem Zusammenhang die Rede von der Erfahrung?

Wolfgang Frühwald wies 2003 in seiner Münchener Abschiedsvorlesung darauf hin, dass sich die Konsequenzen der neueren biomedizinischen Innovationen tatsächlich erst im Horizont einer epochenübergreifenden Betrachtung genauer erfassen lassen. So brauche es den Blick zurück auf jenen wohl nachhaltigsten Umbruch der europäischen Geistesgeschichte – auf die von Reinhart Koselleck als „Sattelzeit“ beschriebene Epochenschwelle um 1800 – um etwas von der Bedeutung und dem Wandel der Erfahrung erkennen zu können.

Nun ist von der Erfahrung des Menschen als einem für sein Leben maßgeblichen und wirksamen Geschehen nicht zu reden ohne Bezug auf eine ‚leibhaftige Evidenz‘ – genauer, Erfahrung in unserem Sinne gründet immer schon in der von Helmuth Plessner prägnant beschriebenen „exzentrischen Positionalität“ des Menschen, d.h. in der Einheit von „Körper haben“ und „Leib sein“. Wobei das Haben eines Körpers gleichsam selbst schon der lebendige Vollzug des Leibseins *ist*. Die Wirksamkeit und Dauerhaftigkeit, aber auch die lebensgefährdende Kraft

der Erfahrung erwächst aus je bestimmten Modifikationen und Störungen dieses Vollzuges. Schmerz und Krankheit sind Beispiele hierfür. Wenn also – was wiederum Reinhart Koselleck überzeugend zeigen konnte –, die mit der Epochenschwelle um 1800 einsetzende Moderne im Zeichen eines markanten Erfahrungswandels steht, so korrespondiert diesem ein Wandel im Verhältnis des Menschen zu seinem Körper, den er hat, wie zu seinem Leib, der er ist. Wolfgang Frühwalds Hinweis auf eine epochenübergreifende Perspektive galt genau diesem Wandel: also dem „Körperdiskurs“ nicht nur als Indikator für kulturelle Veränderungen, sondern vor allem als einem privilegierten Zugang zum Verständnis dessen, was die neueren Entwicklungen der modernen Medizin eigentlich bedeuten.

Und in der Tat, die Orientierung am „Körperdiskurs“ führt nicht nur ins Zentrum dieser Verständnisbemühungen, wie sie zugleich auch deren Schwächen erkennen lässt, sie stützt obendrein unsere These vom Erzählen der Krankengeschichte als dem therapeutischen Kern der Medizinischen Anthropologie Viktor von Weizsäckers. Denn es sind die mit dem „Körperdiskurs“ verbundenen ideengeschichtlichen Paradigmenwechsel, die zur Etablierung *moderner* Medizin führen und in eins damit genau jene Fragen aufwerfen, auf die zu antworten, die Medizinische Anthropologie sich anschickt. Eine und wohl die zentralste dieser Fragen gilt dem sog. „epistemologischen Status“ der Medizin. Das Besondere dieser von dem französischen Arzt und renommierten Wissenschaftshistoriker Georges Canguilhem thematisierten Frage macht es aus, selbst wiederum auf einen bestimmten Wandel im „Körperdiskurs“ zu antworten, nämlich auf den schlechthin paradigmatischen Umbruch in der Geschichte der neuzeitlichen Medizin: *die Geburt der modernen Klinik aus dem Geist der Anatomie*. In seiner als frühes Meisterwerk vielfach gelobten und noch immer maßgebenden Studie zur „Archäologie des ärztlichen Blicks“ konnte Michel Foucault zeigen, dass sich mit diesem Umbruch nicht allein die Abkehr von der individuellen Lebensgeschichte des kranken Menschen hin zur Epistemologie der „stummen und zeitlosen Körper“ vollzieht, sondern vielmehr eine *methodische Wende* im Selbstverständnis der Medizin erfolgt, deren Tragweite erst allmählich sichtbar zu werden beginnt. War es seit der Antike das Eigentümliche der ärztlichen Kunst, wodurch die Medizin gleichsam zum methodischen Vorbild für andere Disziplinen wurde – bei Thukydides für die Historik, bei Aristoteles für die Ethik –, so gelangt mit der augenscheinlichen Präsenz des zerlegbaren *toten* Körpers die Epistemologie der klassischen Naturwissenschaften in den paradigmatischen Rang der ‚richtigen Methode‘ für die Medizin. Hier handelt es sich allerdings nicht, wie schon Foucault betont, um den „Konflikt zwischen einem jungen Wissen und

einem alten Glauben“, stattdessen geht es „um einen Konflikt zwischen zwei Gestalten des Wissens“ – von denen die eine unter dem Bann der „faszinierenden Topologie des Todes“ steht. Wenn nun für Weizsäcker „die Frage nach dem Ärztlich-Eigentümlichen zugleich eine Frage nach dem Wesen der Krankheit, nach dem Wesen des Krank-Seienden“ ist, ihm also an einer sehr bestimmten „Art und Form des ärztlichen Wissens“ liegt, zu dessen Erwerb es einer besonderen Methode des Umgangs mit dem Kranken bedarf, so schließt dieses, in seinem ersten Kreatur-Aufsatz formulierte Konzept der Medizinischen Anthropologie unmittelbar an die von Foucault rekonstruierte Geburt der modernen Klinik an. Dies freilich in kritischer Absicht, denn jetzt geht es um den *lebenden* Körper und dessen Geschichte. Bis heute ist es der Konflikt zwischen diesen beiden Gestalten des Wissens, der das Verhältnis von Medizinischer Anthropologie und moderner Klinik bestimmt. Die „Revision der Grundbegriffe der Naturwissenschaft“, wie sie Weizsäcker vor 75 Jahren in der Festrede zum Jubiläum der Heidelberger Akademie der Wissenschaften als ein zeitgemäßes Forschungsprogramm der Medizin entwarf, wird mehr denn je zu einer aktuellen Aufgabe.

Sollte es hierfür und also für die zentrale Bedeutung der Frage nach dem „epistemologischen Status“ der Medizin noch eines weiteren und grundsätzlicheren Hinweises bedürfen, so liefert ihn jene bemerkenswerte Einsicht, die sich für Jürgen Habermas mit den ethischen Herausforderungen moderner Medizin verbindet: nämlich die vom *Ende nachmetaphysischer Enthaltbarkeit*. Doch nicht dieser Einsicht, sondern der vagen Vermutung einer Hinwendung zur Religion gilt das gegenwärtige Interesse an Habermas. Mag dies vor allem mit seiner in der Frankfurter Friedenspreisrede geprägten Formel von der „postsäkularen Gesellschaft“ aber auch mit dem durchaus überraschenden schöpfungstheologischen Ausklang dieser Rede zu tun haben, so verbirgt sich hinter solcher Vermutung dennoch lediglich eine unzureichende Kenntnis der Habermasschen Denkwege. So sah er sich erst jüngst anlässlich der Diskussion seiner religionsphilosophischen Arbeiten bemüht, darauf hinzuweisen, dass ihn die Wertschätzung der geistig-kulturellen Ressourcen, wie sie religiöse Überlieferungen für gelingendes Leben auch in modernen Gesellschaften unverzichtbar machen, bereits seit seiner frühen Begegnung mit den Schriften Walter Benjamins begleite. Worin er aber in der Tat einen neuen Akzent seines Denkens sehe, sei die Sorge um die „selbstdestruktiven Tendenzen“ der Moderne, mit denen sich eine „Zerstörung ihrer eigenen normativen Gehalte“ verbinde. Für diese Sorge in den Entwicklungen der modernen Medizin einen exemplarischen Anlass zu sehen, macht die eigentliche Brisanz der

neueren Einlassungen von Jürgen Habermas aus. Die tatsächliche Tragweite der von Foucault beschriebenen *methodischen Wende* kommt nunmehr in den Blick. Denn es sind deren Konsequenzen für die Grundhaltungen im Umgang mit je bestimmten Formen gefährdeten menschlichen Lebens, die im Zentrum der im Jahr der Friedenspreisrede erschienenen Schrift *Die Zukunft der menschlichen Natur* stehen. Hier wird die Abkehr von eben jener begründeten Enthaltensamkeit erwogen, wie sie unter der Programmatik „nachmetaphysischen Denkens“ für ein aufgeklärtes Verständnis von Philosophie steht, ja mehr noch für das Projekt der Moderne schlechthin. So erschien es weithin als Fortschritt, wenn eine im Gefolge neuzeitlicher Denkbewegungen normativ entleerte Philosophie unter „dem moralischen Gesichtspunkt“ der Beschränkung „auf Fragen der Gerechtigkeit“ sich von „verbindlichen Stellungnahmen zu substantiellen Fragen des guten oder nicht verfehlten Lebens“ enthalten zu können meinte. Dass es nun just die Fortschritte einer sich dezidiert modern verstehenden Medizin sind, die zum Anlass werden, die „philosophische Ursprungsfrage nach dem ‚richtigen Leben‘ in anthropologischer Allgemeinheit zu erneuern“, darf als Ironie der jüngeren Geistesgeschichte gelten. Ihre Dringlichkeit gewinnt diese Frage aus den Erfahrungen angefochtenen und gefährdeten Lebens, aus Not, Schmerz und Krankheit – mithin aus den Störungen körperlicher Selbstvergewisserung im Leibsein. Als solche aber stellt sie sich, wie Habermas betont, immer im „Kontext einer *bestimmten* Lebensgeschichte oder einer *besonderen* Lebensform“. Sie stellt sich also „aus der Perspektive der ersten Person.“ Es geht um das je eigene Leben, den je eigenen Körper eines bestimmten Menschen, zu dessen Beurteilung es „offensichtlich keine vom jeweiligen Kontext unabhängige, also allgemeine, für alle Personen gleichermaßen verbindliche Antwort“ gibt.

Die Frage nach dem „epistemologischen Status“ der Medizin ist keine nur wissenschaftstheoretische, sondern eine im Kern ethische Frage. Nicht zufällig geht Habermas auf die Aristotelischen Unterscheidungen von *episteme* und *phronesis* bzw. *poiesis* und *praxis* zurück, um seinerseits vom Unterschied zwischen „technischer Herstellung“ und „klinischer Einstellung“ zu sprechen. In der Rede von der „klinischen Einstellung“ zeigt sich die Sorge, mit der methodischen Trennung von Krankheit und je individuellem Leben könne sich der humanitäre Anspruch moderner biomedizinischer Forschung in sein Gegenteil verkehren. Denn es macht gerade den „epistemologischen Status“ der Medizin als einer genuin *praktischen* Disziplin aus, dass die methodologische Entscheidung für ein bestimmtes Krankheitsverständnis nicht moralisch indifferent ist. Mehr noch, in der

methodischen Reflexivität erst läge die *eigentliche Modernität* moderner Medizin, die sie „über ihre eigenen Grenzen aufklärt.“

Für Viktor von Weizsäcker kam es mit den medizinischen Verbrechen des Nationalsozialismus zum Ernstfall des von ihm schon früh diskutierten Zusammenhangs von *Methode, Wissen und Ethos*. So macht es, wie er in seiner großen Studie zu „*Euthanasie*“ und *Menschenversuche* ausführt, einen ethischen Unterschied, ob die „Urteilsfindung (...) in Begegnung mit diesem bestimmten individuellen Kranken erfolgt,“ oder „von woanders her gefunden worden“ ist. Die Begegnung von Krankem und Arzt wird als „methodische Urszene“ zugleich auch Quelle der Normativität. Im *Erzählen der Krankengeschichte* realisiert sich etwas von der aus jenem Ernstfall erhobenen Forderung nach einer Medizin, die sich ihre „sittliche Norm“ nicht außerhalb ihrer selbst suchen dürfe.

Die methodische Urszene als Ausgang der Krankengeschichte

Jene *Naturphilosophische Vorlesung* aus dem Wintersemester 1919/20, von der Franz Rosenzweig als einer „Philosophie des Arztes“ sprach, gilt genau besehen bereits der Frage nach dem „epistemologischen Status“ nicht nur der Medizin, sondern der Rede von der Natur überhaupt. Von einer Natur freilich, die auch die Natur des von ihr sprechenden Menschen ist. Dies nun trifft für Weizsäcker in exemplarischer Weise für die ärztliche Situation zu, also für die Begegnung von Krankem und Arzt. Krank ist hier nicht allein „etwas, was man erkennen kann“, sondern „das, was man auch selbst *sein* kann.“ Eine nur erkannte und gewusste Krankheit verfehlt das *Kranksein* des kranken Menschen. Denn das „wirkliche Wesen des Krankseins ist eine *Not* und äußert sich als eine Bitte um Hilfe.“ Damit aber wird die ärztliche Situation „eine Art von methodischer Urszene“. Eine nähere Bestimmung dieser *methodischen Urszene* erfolgt im ersten der drei Texte, die Weizsäcker als „Stücke einer medizinischen Anthropologie“ zu der gemeinsam mit Martin Buber und Joseph Wittig herausgegebenen Zeitschrift *Die Kreatur* beigetragen hat. Es entspricht der inneren Logik dieser kleinen Trilogie von Kreatur-Texten, dass deren Abschluss der *Krankengeschichte* gilt. Die von Jürgen Habermas zunächst nur postulierte „klinische Einstellung“ findet in dieser Trilogie ihre eigentlich methodische Begründung – nämlich als eine dem wirklichen Wesen des Krankseins entsprechende Form des Umgangs von Arzt und Krankem. Nach der Skizze einer ärztlichen Erkenntnislehre, wie sie ausgehend von der methodischen Urszene im ersten Text unter dem Titel *Der Arzt und der Kranke* erfolgt, entwirft der mittlere Text eine

Phänomenologie der Not. Hier wird der Denkordnung des Seins eine *Schmerzordnung des Lebendigen* gegenübergestellt. Der Schmerz, so scheint es, bildet gleichsam das Paradigma für die Leibhaftigkeit der Selbsterfahrung menschlichen Daseins. Der letzte Text schließlich mündet in eine höchst bemerkenswerte, weil radikale Pointe: die tatsächliche Wirklichkeit des Kranken, die es in der *Krankengeschichte* zu erfahren gilt, erschließe sich gerade *nicht* „in den Gesetzen von Zeit und Raum, Ursache und Wirkung, Motiv und Entschluß, sondern hinter ihnen allen.“ Dies heißt zunächst, dass der Vollzug dieser Erfahrung in der „Weggenossenschaft von Arzt und Krankem (...) quer durch die Ordnungen des Staates, der Wissenschaft, der Erkenntnistheorie und der Logik gehen kann.“ Denn das Urphänomen der Not, das eine „Wegwendung von anderen Werten und Interessen fordert“ ist ein „unauflösbarer Widerspruch gegen Ordnungen anderer Herkunft!“ Andererseits folgt daraus, dass auch der Mensch selbst nicht im Raum als räumliches Gebilde und nicht in der Zeit als ablaufender Vorgang vorgestellt werden kann. Es entstünde sonst „eine falsche Lehre vom Menschen.“ Nach dieser, so führt Weizsäcker weiter aus,

wäre ein Mensch auch *ein* Wesen der Zahl nach, hätte ein Bewusstsein der Identität nach – als ob er nicht sich teilte und zeugte, als ob er nicht wüchse und zerging, als ob er sich nicht *wandelte*. Wie eine Möwe ist er zwischen den Elementen, bald in die Lüfte steigend, bald ins Wasser tauchend, eigentlich zwischen beiden nur den Spiegel streifend. Wie auch sie vielleicht, ist der Mensch Fleisch und Geist, *durch* beide, *in* keinem; überall ist eines durch das andere, nie ist eines allein. Hier also entsteht eine Lehre der Erfahrung, deren ‚Anfang‘ ein *immerwährender* in der Berührung von Hand und Auge, von Ohr und Seele sein muß; eine Lehre von der Weggenossenschaft von Arzt und Patient nicht trotz und gegen Technik und Rationalisierung, sondern durch und mit diesen.

Eine Medizin, deren Zentrum der erlebte und erlittene Umgang von Arzt und kranken Menschen ist, verliert ihre ontologische Naivität. Mehr noch, sie verliert ihre militante Abwehr gegen Krankheit und Tod. Die Krankheit erweist sich nicht nur als eine Ausdrucksform des Lebens neben anderen, sie wird vielmehr zu einem Schlüssel für das Verständnis, ja sogar für das Gelingen des Lebens. Insofern Leben eine Geschichte von Beziehungen ist, sollte es nicht verwundern, wenn auch das Verstehen und die Heilung von Krankheiten mit Beziehungen und Geschichten zu tun haben.

Unser Interesse an der Medizinischen Anthropologie Weizsäckers gilt deren therapeutischer Kompetenz, wie sie allererst in einer der kreativen Komplexität

menschlichen Lebens eigentümlichen Dialektik von Ganzheit und Unvollendbarkeit in den Blick kommt. Und zwar in genau der Weise, als auch die Krankheit als eine „Weise des Menschseins“ an dieser kreativen Komplexität teilhat – ja gleichsam selbst ein Akt des Schöpferischen sein kann. Nun mag dies ein weithin ungewohntes Verständnis von Krankheit sein, zumal es zu implizieren scheint, dass es „ganz offensichtlich (...) nicht der einzige Sinn der Krankheit (ist), beseitigt zu werden.“ Diese Vermutung eines noch anderen Sinns der Krankheit könnte sehr wohl eine Formulierung Viktor von Weizsäckers sein, aber es handelt sich um ein Zitat von Adolf Muschg. Es ist seiner vor fast schon 30 Jahren erschienenen Frankfurter Poetik-Vorlesung entnommen. Diese Vorlesung stellt einen der anspruchsvollsten Versuche dar, die Weizsäckerschen Intentionen neu zur Sprache zu bringen. Auch hier geht es um nichts anderes als um jenes spezielle Element der Medizinischen Anthropologie: nämlich die *Krankengeschichte*. Ja, es macht gar den Eindruck, als ob *in* der Krankheit selbst sich eine metaphorische Strategie des Lebens zeigt. Dann jedenfalls würde es in der Tat naheliegen, wenn das *Erzählen* der Krankengeschichte bereits als ein Schritt der Therapie sich erwiese.

Für den Zusammenhang von Erzählen und Krankengeschichte muss an den eingangs gegebenen Hinweis zu Walter Benjamin erinnert werden. In seinem letzten Lebensjahr sprach Benjamin in einem Brief an Gretel Adorno davon, dass er sich im thematischen Umfeld des Erzählens wie „bei keiner früheren Arbeit (...) des Fluchtpunktes gewiss“ sei, auf den seine „sämtlichen und von divergentesten Punkten ausgehenden Reflexionen zusammen laufen.“ Man denkt sogleich an seinen 1936 erschienenen großartigen Essay *Der Erzähler*, ebenso an seine lebenslange Beschäftigung mit Johann Peter Hebel, Marcel Proust und Franz Kafka – doch es muss auch jener kleine, fast schon aphoristisch anmutende Text genannt werden, den Benjamin 1932 in die Sammlung seiner „Denkbilder“ aufnimmt: *Erzählung und Heilung*. Schon der Titel macht auf eine Dimension des Erzählens aufmerksam, die hinter den literarischen und philosophischen Annäherungen zumeist verloren geht, nämlich die *therapeutische*. Nicht nur ist das Erzählen zur Darstellung einer Lebensgeschichte unverzichtbar, es trägt vielmehr wesentlich zu deren Gelingen bei. Damit aber kommt die Nähe zur Krankengeschichte in den Blick, genauer zu jener bestimmten Art von Krankengeschichte, die Weizsäcker als die *eigentliche* bezeichnet. Mag diese Nähe zunächst überraschen, so hat sie doch für das Erzählen wie auch für die Krankengeschichte mit der „Teilhabe des Todes am Leben“ zu tun. An jeweils zentralen Stellen formuliert, im Vorwort zum *Gestaltkreis* und im Erzähler-Essay, geht es für Weizsäcker wie für Benjamin um eine schlechthin elementare

anthropologische Einsicht. Wie das Erzählen der Krankengeschichte seine unhintergehbare Autorität erst aus der Antizipation des Todes, genauer des je eigenen Todes gewinnt, so sind es die literarischen und ästhetischen Implikationen der Medizinischen Anthropologie überhaupt, die von daher ihre Selbstverständlichkeit erlangen. Auch die Frage nach dem „epistemologischen Status“ der Medizin steht streng genommen schon immer im Horizont der Frage nach dem Tod. Wenn Weizsäcker zur Bestimmung des „epistemologischen Status“ anthropologischer Medizin von der „Einführung des Subjektes“ spricht – übrigens einer Konsequenz der methodischen Urszene –, dann meint dies, wie er es in seiner späten Einführung in die Medizinische Anthropologie *Der kranke Mensch* näher entfaltet, nichts anderes als die „Einführung des Todes“. Die Stellung zum Tod wird zur *differentia specifica* zwischen naturwissenschaftlicher und anthropologischer Medizin. Ein untrügliches Indiz hierfür ist die *Form* der Krankengeschichte. Sigmund Freud war wohl der erste, der herkommend von der modernen Medizin, bereits 1895 in der sogenannten Gründungsurkunde der Psychoanalyse, den gemeinsam mit Josef Breuer verfassten *Studien über Hysterie*, noch mit dem Ausdruck der Verwunderung auf den Wandel in der Form der Krankengeschichte hinwies:

Ich bin nicht immer Psychotherapeut gewesen, sondern bin bei Lokaldiagnosen und Elektroprognostik erzogen worden wie andere Neuropathologen, und es berührt mich selbst noch eigentümlich, dass die Krankengeschichten, die ich schreibe, wie Novellen zu lesen sind, und dass sie sozusagen des ernstesten Gepräges der Wissenschaftlichkeit entbehren. Ich muss mich damit trösten, dass für dieses Ergebnis die Natur des Gegenstandes offenbar eher verantwortlich zu machen ist als meine Vorliebe; Lokaldiagnostik und elektrische Reaktionen kommen bei dem Studium der Hysterie eben nicht zur Geltung, während eine eingehende Darstellung der seelischen Vorgänge, wie man sie vom Dichter zu erhalten gewohnt ist, mir gestattet, bei Anwendung einiger weniger psychologischer Formeln doch eine Art von Einsicht in den Hergang einer Hysterie zu gewinnen. Solche Krankengeschichten wollen beurteilt werden wie psychiatrische, haben aber vor letzteren *eines* voraus, nämlich die innige Beziehung zwischen Leidensgeschichte und Krankheitssymptomen, nach welcher wir in den Biographien anderer Psychosen noch vergebens suchen.

Diese eigentümliche Wendung zum Dichter, also zur Narrativität statt zur Diskursivität, lässt ihn einige Jahre später nach der Bedingung fragen, die erfüllt werden müsse, um der innigen Beziehung zwischen Leidensgeschichte und Krankheitssymptomen auf die Spur zu kommen. Als „eigentliche *Ars poetica*“ zwar ein Ge-

heimnis des Dichters, liege sie „in der Technik der Überwindung jener Abstossung, die gewiss mit den Schranken zu tun hat, welche sich zwischen jedem einzelnen Ich und den anderen erheben“.

Den Erinnerungen in *Natur und Geist* folgend, war es Sigmund Freud und dessen besondere Art der Untersuchung und Beschreibung der Neurosen, die für Weizsäcker zum maßgebenden Anlass wurde, auf grundsätzliche Weise nach dem „Ärztlich-Eigentümlichen“ zu fragen. Für dieses gilt jedoch, dass die Frage nach der „richtigen Form der Therapie“ von der nach „Art und Form des ärztlichen Wissens“ nicht zu trennen ist. Wenn nun aber, wie schon erwähnt, die „richtige Form der Therapie“ als ein „Vorgang zwischenmenschlicher Art (...) das Ich im Du, nicht in sich selbst erfahren“ muss, handelt es sich um genau die von Freud als ein Geheimnis des Dichters bezeichnete „Technik der Überwindung jener Abstossung“, wie sie in den Schranken zwischen Selbst und Anderem gründet. Weizäckers fundamentale Unterscheidung der äußeren und künstlichen Krankengeschichte von der *eigentlichen* Krankengeschichte gilt insofern dieser „Technik der Überwindung“ als sie gleichermaßen Bedingung der Möglichkeit von Therapie wie auch des Erzählens ist. Ihren Ausgang nimmt diese im dritten und abschließenden Text der Kreatur-Trilogie eingeführte Unterscheidung in der Frage nach „Art und Form des ärztlichen Wissens“. Wie Weizsäcker in seinem ersten Kreatur-Text zeigt, folgt dieses Wissen weder einer Idee, noch ist es eines von isolierten Objekten, vielmehr geht ihm eine Situation voraus, die er als „Urphänomen einer medizinischen Anthropologie“ bezeichnet: „der kranke Mensch, der eine Not hat, der Hilfe bedarf und dafür den Arzt ruft.“ Zunächst also bestimmen nicht Reflexion und Kritik das ärztliche Wissen, sondern die Not des kranken Menschen. Der Anfang dieses Wissens bildet für Weizsäcker insofern „eine Art von methodischer Urszene“, als er nämlich nicht vom Arzt „gemacht wird“, sondern „kommt – wie der Patient kommt.“ Mithin geht es um ein „Verstehen, welches nicht nur kein Denken ist, sondern auch kein Denken von Etwas“. Es geht also nicht um das Verstehen des Arztes, nicht um *sein* Verstehen, sondern darum, zu verstehen, „dass ein *anderer* das denkt, was er denkt.“ Das Subjekt dieses Verstehens „ist das Ich des anderen“ und „das Objekt ist sein Objekt“, nicht das des Arztes. Weizsäcker nennt dieses „Jemand-Verstehen“ im Unterschied zu allem „Etwas verstehen“ ein *transjektives*. Die methodische Urszene am Anfang des ärztlichen Wissens hat daher die Gestalt einer „biographischen Szene und ist zuerst ein Gespräch. (...) Der Anfang ist also nicht Wissen, sondern Fragen.“

Die Unterscheidung der eigentlichen von der künstlichen Krankengeschichte liegt in der Art dieses Fragens begründet. Sofern es seinen Ausgang nicht vom Arzt, sondern von der Klage des Kranken her nimmt, ist es genau genommen ein *antwortendes Fragen*. Als solches Fragen nimmt es nicht nur den theoretischen Anspruch der *Naturphilosophischen Vorlesung* auf, sondern wandelt diesen in eine praktisch-sittliche Haltung – nämlich die des Erzählens. So verwundert es nicht, wenn sich im Kapitel „Über die ärztliche Grundhaltung“ der *Vorlesungen über Allgemeine Therapie*, die Weizsäcker im Sommer 1933 in Heidelberg hielt, die wohl anschaulichste und überzeugendste Ausführung zu Sinn und Zweck solchen antwortenden Fragens findet. Wir beschränken uns auf eine kurze eindrucksvolle Passage:

Die Krankheit soll dem Arzt zuerst so erscheinen, wie sie dem Kranken selbst erscheint, nicht wie sie nach bekannten klinischen Bildern und nach Gesetzen der Pathologie vermutlich „ist“. Die Darstellung der Entstehung und des Wesens der Krankheit, wie sie ihm erscheinen, darf nicht gestört werden, weil dieses subjektive Bild des Kranken etwas zeigt, was in ihm vor sich geht: es hat somit einen objektiven Wert; ihm entspricht eine Realität im Kranken. Stellen wir dagegen Fragen, die sich der Kranke selbst nicht stellt, so verstummt diese Realität in ihm: er fängt an, auf unsere Frage zu reagieren wie eine Sehne bei der Reflexprüfung, also auf eine künstliche, in der Natur sonst nicht vorkommende Weise; so verscheuchen wir ein Stück Natur.

Die Art, wie der Kranke in seiner Selbstdarstellung z.B. sein *kausales Bedürfnis* befriedigt, hat mehr als nur psychologischen Wert, da ja sein psychologisches Verhalten ein Teil des Geschehens seiner Natur ist. Er betont nämlich in seiner Erzählung solche „Ursachen“ der Krankheit, welche in seinem Lebenssystem entweder wichtig sind oder geeignet sind, andere Ursachen zu verdecken und deren Verbergung für ihn wichtig ist. Seine Kausalurteile vermögen also den *Aufbau dieses Lebenssystems* zu enthüllen.

Mit der „Realität im Kranken“ ist jene Wirklichkeit der Krankheit bezeichnet, die allererst „Lebenswert“ für die Kranken, weniger „Erkenntniswert“ für den Arzt besitzt. Hinter der Unterscheidung von eigentlicher und künstlicher Krankengeschichte verbergen sich gleichsam zwei ‚Wirklichkeiten‘ der Krankheit: eine innere, erlebte und erlittene, sowie eine äußere, erkannte und konstruierte. Auch die von Jürgen Habermas eingeführte Unterscheidung von „klinischer Einstellung“ und „technischer Herstellung“ impliziert zwei ‚Wirklichkeiten‘ der Krankheit. Im Verhältnis dieser beiden ‚Wirklichkeiten‘, deren Unterscheidung immerwährend neu zu treffen ist, spiegelt sich die Besonderheit der ärztlichen Situation. Sie wird daher „selbst Quelle einer eigentümlichen Erkenntnis.“ Neben seinen neurologischen

Untersuchungen zur Einheit von Wahrnehmen und Bewegen war es die nähere Bestimmung dieser Erkenntnis, die Weizsäcker zur Idee des *Gestaltkreises* führte. Wie er in seinen Erinnerungen mitteilt, verband sich damit zunächst nichts anderes als eine „*theoretische Abstraktion von der Form des Lebensvorganges, die sich in der ärztlichen Beziehung zum Kranken dargestellt hatte.*“ Charakteristisch hierfür ist die gegenseitige Verborgenheit zusammengehöriger, sich einander aber widersprechender Perspektiven *eines* Geschehens. In der ärztlichen Situation entsprechen diesen Perspektiven die unterschiedlichen Formen, in denen die beiden ‚Wirklichkeiten‘ der Krankheit – je nach Art des Umgangs von Arzt und Kranken – zur Darstellung kommen. Für die erlebte Wirklichkeit der Krankheit, der die eigentliche Krankengeschichte gilt, ist dies die *Erzählung*, für die erkannte Wirklichkeit der Krankheit hingegen, wie sie sich in der künstlichen Krankengeschichte zeigt, ist es die *Erklärung*. Der Unterschied ist offenkundig: in der Erzählung der eigentlichen Krankengeschichte ist das Subjekt, der kranke Mensch also, zugleich auch Objekt der Erzählung. Anders in der Erklärung, hier kommt es zur Trennung von Subjekt und Objekt der Erklärung; übrigens nicht nur für den Arzt, sondern auch für den Kranken selbst, der dann – wie es Weizsäcker sagt – aus einer „Ich-Stellung“ in eine „Es-Stellung“ zur Krankheit gerät. Die Differenz zwischen naturwissenschaftlicher und anthropologischer Medizin hat hier ihren methodischen Grund: nämlich in der *Stellung* zur Wirklichkeit der Krankheit. Wie in der Es-Stellung, also der buchstäblichen Objektivierung der Krankheit, trotz aller Schlüssigkeit der Erklärungen und Befunde, die erlebte Wirklichkeit der Krankheit verloren geht, so macht die Ich-Stellung blind für äußere Realitäten, die sich nur objektiver Erklärung erschließen. Die Ausschließlichkeit dieser beiden Stellungen zur Krankheit überwunden zu haben, macht nicht den geringsten Verdienst Medizinischer Anthropologie aus.

„Ja, aber nicht so“ oder der Anfang des Erzählens

Wie schon der Hinweis auf die Frankfurter Poetik-Vorlesung von Adolf Muschg zeigte, verbindet sich mit der Unterscheidung von eigentlicher und künstlicher Krankengeschichte weit mehr als ‚nur‘ eine Neubestimmung des ärztlichen Umgangs mit dem kranken Menschen. Es geht – wie im ersten Kreatur-Text anklingt – um die „Frage nach dem Wesen der Krankheit“, ja mehr noch um die Frage nach dem „Sinn der Krankheit“, genauer nach dem, was hier mit „Sinn“ gemeint ist. Selbst für Weizsäcker nimmt diese weitreichende Bedeutung jener frühen methodischen Unterscheidung erst mit der Entfaltung seines Werkes allmählich genauere

Formen an – handelt es sich doch um den therapeutischen Kern seiner Medizinischen Anthropologie, um den er bis zum Ende ringt: die *biographische Methode*. Die Programmatik, mit der erstmals 1925 von einer „medizinischen Anthropologie“ die Rede war, ließ indes keinen Zweifel daran, dass es „um einen Wandel der Aufgabe des Arztes, aber auch der Medizin als Lehre“ gehen müsse. So war von einer allgemeinen Lehre vom Menschen als „Grundwissenschaft der Heilkunde“ ebenso die Rede, wie vom Ausbruch aus dem „Denksystem der Physik“ und der „Einführung historischer Gedanken“. Bereits in diesen frühen *Randbemerkungen über Aufgabe und Begriff der Nervenheilkunde* ging es um die „Erweiterung und Verschiebung des Heilzieles“, von dem es später heißen wird: „das Ziel der Medizin sei nicht, jemand gesund zu machen, vielmehr sei die ärztliche Therapie nur hineingestellt, nur ein Teil der Aufgabe, einem Menschen auf dem Wege zu seiner letzten Bestimmung Dienste zu leisten.“ Bevor wir auf diese 1947 formulierte therapeutische Aufgabenstellung zurückkommen, soll daran erinnert werden, dass jene programmatische Ankündigung der Medizinischen Anthropologie als einer „ganz neuen Medizin“ nicht zufällig in dem Jahr erfolgt, in welchem Franz Rosenzweig unter dem Titel *Das neue Denken* einen nachträglichen Kommentar zum *Stern der Erlösung* liefert, der seither zum Schlüsseltext eines epochalen Wandels geworden ist. Sowohl der von Weizsäcker skizzierte Wandel der Medizin, als auch Rosenzweigs Entwurf eines neuen Denkens gehören einer geistigen Konstellation an, die sich – wie bereits eingangs erwähnt – in Epochenverwandtschaft zur Zeit um 1800 befindet. Es ist genau diese Epochenverwandtschaft, die Weizsäcker immer dann aufruft, wenn es um eine nähere Bestimmung des Krankheitsverständnisses der Medizinischen Anthropologie als einer „neuen Medizin“ geht. Ohne dies hier näher ausführen zu können, gehören die methodische Unterscheidung von eigentlicher und künstlicher Krankengeschichte wie auch die gegenseitige Verborgenheit von Ich-Stellung und Es-Stellung im Verhältnis zur Krankheit in je bestimmter Weise als Antworten auf die „Spaltung der Vernunft“ in den Kontext dieser Epochenverwandtschaft.

In der soeben nicht ganz vollständig zitierten therapeutischen Aufgabenstellung Medizinischer Anthropologie aus dem Jahr 1947, wonach das Ziel der Medizin nicht sei, jemand gesund zu *machen*, kommt die Tragweite des epochalen Konnexes erst wirklich in den Blick. Gegen den naturwissenschaftlichen Optimismus des 19. Jahrhunderts, wie er neuerlich überwältigende Bestätigung zu erfahren scheint, bezeichnet Weizsäcker die Krankheit selbst als „ein Mittel (...), eine Gelegenheit mittwegs“, dem Menschen auf dem Weg zu seiner letzten Bestimmung Dienste zu leisten. „Die Krankheit bekommt so, statt des negativen, einen höchst *positiven* Wert; eben Gelegenheit, die menschliche Unzulänglichkeit anzugreifen, und Gelegenheit,

aus der Krankheit die Wandlung zu entwickeln.“ Den Titel der Schrift *Von den seelischen Ursachen der Krankheit* weit übergreifend, geht es hier nicht mehr nur um verschiedene *Stellungen* im Verhältnis zur Krankheit, sondern um einen fundamentalen Wandel in der *Einstellung* zur Krankheit, zum Krankhaften überhaupt. Der Mensch bekommt seine Krankheit nicht nur, er macht sie auch, sie wird nicht mehr nur abgelehnt, sondern auch gebraucht. Krankheiten können „an Wendepunkten biographischer Krisen stehen oder in die schleichende Krise eines ganzen Lebens eingeflochten“ sein, wie es Weizsäcker 1935 in seiner ersten Darstellung der „biographischen Methode“ in den *Studien zur Pathogenese* formuliert. Die ärztliche Therapie ist dann in der Tat „nur hingestellt, nur ein Teil der Aufgabe“, den kranken Menschen auf *seinem* Wege zu begleiten. Jede Vorwegnahme eines ‚äußeren‘ Therapiezieles kann „einen Raub am Kranken bedeuten, eine bloße Fremdherrschaft oder Selbstdarstellung des Arztes und seiner Wissenschaft, keine Erzeugung der eigentlichen Geschichte des Kranken“ – wie es schon im Kreatur-Text zur *Krankengeschichte* heißt.

Diese *Erzeugung* der eigentlichen Geschichte des Kranken – nicht als ein *Bewirken*, sondern als ein *Ermöglichen* – bezeichnet genau jene „richtige Form der Therapie“, der Weizäckers frühe Frage galt. Doch erst in seinen letzten (veröffentlichten) Klinischen Vorlesungen im Wintersemester 1949/50 vermag er die Antwort auf diese Leitfrage der Medizinischen Anthropologie in die formale Ordnung eines *Schemas* zu bringen, dessen logische Struktur es gleichwohl nicht verhindert als praktische Anleitung dienen zu können. Die erste Formel dieses Schemas lautet: „Ja, aber nicht so“. War die herkömmliche Einstellung zur Krankheit: „Weg damit“, so geht es nun um eine Bejahung der Krankheit. Freilich, auch dieser Bejahung geht zunächst ein „Nein“ voraus. Es macht die bestimmte Form dieser Bejahung aus, dass sie gleichsam unter einem Vorbehalt erfolgt – einem Vorbehalt nämlich, in den die anfängliche Erfahrung des „Nein“ aufgehoben wird: dem „aber nicht so“.

Mit der Wendung vom „Nein“ zum „Ja, aber nicht so“ macht bereits die erste Formel auf den modernen Irrtum aufmerksam, die „Gesundheit vor der Krankheit und die Gesundheit nach der Krankheit seien durchaus dasselbe.“ Folgt man dem Aufbau des Schemas mit den Formeln „Wenn nicht so, dann anders“ und „Also, so ist das“, kommt ein weiterer Irrtum zum Vorschein. Für Weizsäcker besteht er darin, dass die naturwissenschaftliche Medizin die letzte Formel dieses Schemas als erste nimmt. Die Betonung dieser Formel läge dann auf dem „So ist das“, während sie im Schema auf dem „Also, so ist das“ liegt. Hinter diesem geringfügig anmuten-

den Wechsel der Betonung verbirgt sich, wie schon im Fall des ersten Irrtums, nicht weniger als der anthropologische Zusammenhang von *Krankheit und Zeit*, mithin die geschichtliche Struktur menschlichen Lebens selbst. Es geht um einen gemeinschaftlichen Erfahrungs- und Wandlungsprozess von Arzt und Krankem, der die in der Formel „Wenn nicht so, dann anders“ enthaltene therapeutische Aufgabe mit der gelebten und erlittenen Einsicht in das „Also so ist das“ zu erfüllen verspricht. In Anlehnung an Sören Kierkegaards philosophischen Negativismus läge es nahe, die besondere Form dieses gemeinschaftlichen Prozesses als einen *therapeutischen Negativismus* zu bezeichnen. Von dorthier fiel neues Licht auf die noch immer befremdlich anmutende Rede vom „Sinn der Krankheit“ – zumal sich dieser, wie Weizsäcker selbst betont, nicht aus der Krankheit als solcher, sondern aus deren je individuellen *Verlauf* erschließt.

Die implizite Geschichtlichkeit und Negativität dieses Schemas, lässt nun nicht nur die Krankheit als eine besondere Zeitlichkeitserfahrung, gleichsam als *pathische Grunderfahrung* erkennen, vielmehr macht sie deutlich, dass es sich bei diesem Schema um nichts anderes als die logische Form *und* praktische Anleitung zur „biographischen Methode“ handelt. Man muss es bedauern, dass dieses fast beiläufig in einer der zahlreichen klinischen Fallvorstellungen eingeführte Schema von Weizsäcker selbst nicht mehr in die Position seiner Medizinischen Anthropologie gebracht werden konnte, in die es gehört: in die eines Schlusssteines. Damit aber kommt der Fragmentcharakter des Weizsäckerschen Werkes und die mit ihm verbundene wirkungsgeschichtliche Problematik wie an kaum einer anderen Stelle zum Vorschein. Es scheint, als müsse die Einheit des Werkes, die es dann auch erst wirklich wirksam werden ließe, noch geschaffen werden. So ist es nicht zufällig einer der bislang am wenigstens rezipierten Texte Weizsäckers, der zumindest die Skizze einer solchen Einheit liefert. Auch wenn Titel, Stil und Publikationsort dieser ‚logistischen Abhandlung‘ – um eine solche handelt es sich hier – zu deren rezeptiver Marginalität beigetragen haben mögen, machen gerade diese ‚Äußerlichkeiten‘ den Charakter der zu leistenden Aufgabe deutlich. Unter dem Titel *Medizin und Logik* 1951 in der philosophischen Fachzeitschrift „Dialectica“ erschienen, handelt es sich um einen der frühesten und grundlegendsten Beiträge zum epistemologischen und ethischen Status der Medizin. Dies vor allem des Versuchs wegen, von jenem Schema her die ontologische Struktur und zeitlogische Ordnung der Medizin als einer genuin praktisch-sittlichen Disziplin zu bestimmen.

Mit der Eingangsformel „Ja, aber nicht so“ den *Anfang des Erzählens*, genauer eines Erzählens in therapeutischer Absicht, zu verbinden, entspricht nicht nur Weizsä-

ckers eigener Maßgabe, die „sittliche Norm“ ärztlichen Handelns *in* der Medizin, also in deren methodischer Urszene zu verorten, weit mehr kommt darin der zu Beginn unseres Essays angedeutete Umbruch in Art und Form des Denkens zum Ausdruck. Wie schon Sigmund Freuds Rede von einer eigens zu findenden „Technik der Überwindung“ der Schranken zwischen Selbst und Anderem zeigte, führt die mit diesem Umbruch verbundene Wende vom transzendentalen zum „menschlichen Apriori“, die zugleich eine zur Teilhabe des Todes am Leben, auch am ‚Denken des Lebens‘ ist, zu genau den Bedingungen, die *Erzählen als Therapie* erst möglich werden lassen. Wie die Eingangsformel hierfür lediglich den Anfang markiert, würde eine nähere Untersuchung der Schrittfolge des Schemas, die noch über das von Weizsäcker in *Medizin und Logik* geleistete hinaus zu gehen hätte, auf eine Form ärztlicher Praxis führen, als deren Seitenstücke, nicht Vorbilder, sich die literarische Darstellung des Erzählens bei Walter Benjamin ebenso wie der philosophische Zugang zur „Methode des Erzählens“ bei Franz Rosenzweig erweisen. Für eine solche noch ausstehende Untersuchung mag es hilfreich sein, dass Paul Ricoeur mit seinen sowohl ästhetisch als auch psychoanalytisch imprägnierten philosophischen Studien *Zeit und Erzählung* und *Das Selbst als ein Anderer* inzwischen überzeugend zeigen konnte, wie im Erzählen als dem *anthropologischen Grundakt* schlechthin ein therapeutisch wirksamer Umgang mit den elementaren Alteritäten menschlicher Existenz erfolgt. Als pathische Aporien des *Anderen*, des *Leibes* und der *Zeit* korrespondieren diese nicht nur den in der Kreatur-Trilogie entfalteten Dimensionen Medizinischer Anthropologie, sie implizieren vielmehr genau jene epistemologischen und ethischen Konsequenzen, von denen her sich die Einheit des Weizsäcker'schen Werkes im Sinne des Schemas der biographischen Methode wohl erst erschließen ließe.

Im Anschluss an Ricoeurs „Aporetik der Zeitlichkeit“ lohnt es, nochmals an den wesentlichen Unterschied zwischen Erzählen und Erklären zu erinnern, der ja auch den zwischen eigentlicher und künstlicher Krankengeschichte bezeichnet: das *Verhältnis zur Zeit*, genauer das Verhältnis zu den verschiedenen Modi der Zeit. Im Gegensatz zum Erklären, nimmt es im Erzählen die „Ordnung der Geschichte“ an. Nicht zufällig kommt dieses Stichwort in den *Vorlesungen über Allgemeine Therapie* erstmals zur Sprache. Dort dient es Weizsäcker zur Charakterisierung der „ärztlichen Grundhaltung“. Denn nichts kennzeichnet Krankheit und Therapie genauer, als die *Ordnung der Geschichte*: insofern nämlich, als „in ihr die Zukunft unbekannt ist.“ Nun bedeutet dies nicht nur, „dass eine Vorhersage ungewiss, höchstens mit Wahrscheinlichkeit möglich sei“, es bedeutet vielmehr, „dass das Urteil über Vergangenes in einer anderen Seins- und Wesensordnung geschieht wie das Urteil über

Zukünftiges.“ Der „Respekt vor dem *zeitlichen* Element aller Geschichte“ schließt es aus, für die ärztliche Handlung ein „Idealbild des Endergebnisses vorschreiben“ zu können. Aber mehr noch ist diese Unvorhersehbarkeit, wie es Weizsäcker 1939 in seinen Überlegungen zu *Individualität und Subjektivität* ausführt, „reale Bedingung“ für jenes „Naturgeschehen, das wir Leben nennen.“ Hiervon zu abstrahieren, würde heißen, vom Leben selbst zu abstrahieren. Jede angemessene Rede vom Leben steht folglich schon immer im Zeichen eines „*methodischen Indeterminismus*“. Mit diesem Begriff kommt die Grundstruktur Medizinischer Anthropologie in den Blick: die *Geschichtlichkeit*. Es muss nicht verwundern, wenn wir die prägnantesten Ausführungen zum Verständnis der Geschichtlichkeit in Weizäckers Freiburger Vorlesung *Ärztliche Aufgaben* finden, zu der ihn Martin Heidegger 1933 einlud. Dort nennt er einen Zusammenhang geschichtlich, „in dem ein Zustand aus dem, welcher ihm vorherging, nicht kausal abgeleitet werden kann.“ Für die Erzählung der eigentlichen Krankengeschichte heisst dies nun, dass sie eine Lebensgeschichte zu wiederholen vermag, ohne dass deren vergangene Zukunft auf jene krisenhafte Ablenkung reduziert würde, die sich in der Krankheit vergegenwärtigt. Mit anderen Worten, in der Erzählung erfolgt die Wiedergewinnung einer verlorenen Zukunft der Vergangenheit. Lässt die Erklärung jede Gegenwart lediglich als kausale Folge der Vergangenheit erscheinen, so vermag eine gelingende Erzählung zu zeigen, dass die Zukunft der Vergangenheit, also das Potential gelebten Lebens sich *nicht* in der realen Gegenwart erschöpft. Dieser bemerkenswerte Gedanke, für den Weizsäcker die Formel von der „Wirksamkeit des ungelebten Lebens“ prägte, findet dann später eine geschichtsphilosophische Fortsetzung bei Reinhart Koselleck und Paul Ricoeur.

Im Kontext des Schemas der biographischen Methode zeigt sich in diesem narrativ erschlossenen ‚Überschuss‘ die therapeutische Wirksamkeit des Erzählens, also gleichsam die ‚Erfüllung‘ der durch die Formel „Wenn nicht so, dann anders“ gestellten Aufgabe im „Also, *so* ist das“. Hier allerdings geht es um eine nicht nur prospektive sondern auch retrospektive Wirksamkeit, insofern die erinnernde Rekonstruktion nicht verwirklichter Zukünfte der Vergangenheit diese auch selbst in neuem Licht erscheinen lässt. Daher müsse „man zuerst das Ereignis Krankheit in die Lebensgeschichte stellen“, um dann zu fragen, „wie die Lebensgeschichte von ihrem Ziel und Sinne abgelenkt wurde, welche Verluste und Gewinne im Blick auf die Bestimmung des Lebens die Krankheit bedeutet.“ Die eigentliche Krankengeschichte trägt dann zur Erhellung, wenn nicht gar zur Neuentdeckung der Lebensgeschichte bei. So vermag es verständlich werden, dass eine Krankheit „der Biogra-

phie als historisch-bedeutsamstes, als geistig-sinnvolles Stück eingefügt (ist), als ob sie dazu gehöre.“

Für Viktor von Weizsäcker beschränkt sich diese narrative Perspektive nicht nur auf die Krankheit, vielmehr ist ihm an einem neuen Verständnis der Wirklichkeit im Ganzen gelegen – wohl wissend, dass hierfür, wie er in der *Pathosophie* schreibt, eine „schwere Arbeit, eine Anstrengung und Überwindung von Denkgewohnheiten nötig“ sein wird. Unter den vielen Versuchen, diese ‚Überwindung‘ auf den Begriff zu bringen, findet sich die irritierende und ungenaue Metapher von der *Umkehr der Kausalität*. Gemeint ist näherhin die *Umkehr der Zeitordnung*: erst von der Zukunft her erschließt sich die Geschichtlichkeit eines Zustandes, auch und gerade von der nicht Gegenwart gewordenen Zukunft der Vergangenheit her. Diese Geschichtlichkeit geht verloren, sofern dieser Zustand lediglich als kausale Folge eines vergangenen erklärt wird. Mit der Geschichtlichkeit aber geht freilich auch die Lebendigkeit verloren. Eine Lebendigkeit, die der ‚Umkehr der Zeitordnung‘ gemäß, aus jener Zukünftigkeit der Herkunft erwächst, von der im Sinne Walter Benjamins das Erzählen erst seine Sanktionierung erhält: nämlich dem Tod. Der eigentliche Unterschied zwischen naturwissenschaftlicher und anthropologischer Medizin, zwischen Erklären und Erzählen, besteht also tatsächlich, worauf schon hingewiesen wurde, in nichts anderem, als in der „Einführung des Todes“. Im Gegensatz zur Todesvergessenheit der modernen biomedizinischen Forschung hat die Medizin im Sinne Viktor von Weizsäckers „in gleicher Kraft dem Leben und dem Tode zu dienen.“

Literatur:

Die im vorliegenden Essay erwähnten Schriften und Texte Viktor von Weizsäckers finden sich allesamt in der von Peter Achilles, Dieter Janz, Martin Schrenk und Carl Friedrich von Weizsäcker herausgegebenen Ausgabe der „Gesammelten Schriften“, Frankfurt a.M. 1986-2005.

Ein ausführlicher Sonderprospekt dieser Ausgabe kann beim Verfasser angefordert werden.

Adorno, Gretel und Benjamin, Walter: Briefwechsel 1930-1940. Hg. von Christoph Gödde und Henri Lonitz. Frankfurt a.M. 2005.

Benjamin, Walter: Erzählung und Heilung (1932). Gesammelte Schriften, Bd. IV/1. Frankfurt a.M. 1991, S. 430.

Benjamin, Walter: Erfahrung und Armut (1933). Gesammelte Schriften, Bd. II/1,

S. 213-219

- Benjamin, Walter: *Der Erzähler. Betrachtungen zum Werk Nikolai Lesskows* (1936). *Gesammelte Schriften*, Bd. II/2, S. 438-465.
- Canguilhem, Georges: *Das Normale und das Pathologische* (1943/1966). München 1974.
- Freud, Sigmund: *Studien über Hysterie* (1895). *Gesammelte Werke*, Bd. I. Frankfurt a.M. 1999, S. 75-312.
- Freud, Sigmund: *Der Dichter und das Phantasieren* (1908). *Gesammelte Werke*, Bd. VII, S. 213-223.
- Frühwald, Wolfgang: „Leib sein“ und „Körper haben“ oder Körperdiskurse in Geschichte und Gegenwart. Abschiedsvorlesung an der Universität München am 8. Juli 2003. In: *Literatur in Bayern*, Nr. 73. München 2003, S. 1-11.
- Görtz, Heinz-Jürgen: „Autobiographische Konfession“. *Franz Rosenzweigs Gedanke einer „erzählenden Philosophie“*. In: Rainer-M.E. Jacobi (Hg.): *Geschichte zwischen Erlebnis und Erkenntnis* (Jahrbuch Selbstorganisation, Bd. 10). Berlin 2000, S. 257-276.
- Habermas, Jürgen: *Glauben und Wissen*. In: *Friedenspreis des Deutschen Buchhandels 2001*. Frankfurt a.M. 2001, S. 37-56.
- Habermas, Jürgen: *Die Zukunft der menschlichen Natur. Auf dem Weg zu einer liberalen Eugenik?* Frankfurt a.M. 2001.
- Habermas, Jürgen: *Replik auf Einwände, Reaktion auf Anregungen*. In: Rudolf Langthaler, Herta Nagl-Docekal (Hg.): *Glauben und Wissen. Ein Symposium mit Jürgen Habermas*. Wien 2007, S. 366-414.
- Jacobi, Rainer-M.E.: *Hören auf den Anderen. Das Erzählen bei Walter Benjamin und Viktor von Weizsäcker – ein Versuch*. In: Rainer-M.E. Jacobi, Peter C. Claussen, Peter Wolf (Hg.): *Die Wahrheit der Begegnung. Anthropologische Perspektiven der Neurologie*. FS Dieter Janz. Würzburg 2001, S. 215-247.
- Jacobi, Rainer-M.E.: *Neues Denken und neue Medizin. Zum geistesgeschichtlichen Kontext der Medizinischen Anthropologie Viktor von Weizsäckers*. In: Eveline Goodman-Thau (Hg.): *Zeit und Welt. Denken zwischen Philosophie und Religion*. Heidelberg 2002, S. 215-230.
- Kierkegaard, Sören: *Die Krankheit zum Tode* (1849). Übersetzt von Emanuel Hirsch. Düsseldorf 1954.
- Koselleck, Reinhart: *Vergangene Zukunft. Zur Semantik geschichtlicher Zeiten*. Frankfurt a.M. 1979.
- Koselleck, Reinhart: *Erfahrungswandel und Methodenwechsel. Eine historisch-anthropologische Skizze*. In: Christian Meier, Jörn Rüsen (Hg.): *Historische Me-*

thode. München 1988, S. 13-61.

Muschg, Adolf: Literatur als Therapie? Ein Exkurs über das Heilsame und das Unheilbare. Frankfurter Vorlesungen. Frankfurt a.M. 1981.

Plessner, Helmuth: Die Stufen des Organischen und der Mensch. Einleitung in die philosophische Anthropologie (1928). Berlin, New York 1975.

Ricoeur, Paul: Zeit und Erzählung (1983-1985). 3 Bde. München 1988-1991.

Ricoeur, Paul: Das Selbst als ein Anderer (1990). München 1996.

Rosenzweig, Franz: Der Stern der Erlösung (1921). Gesammelte Schriften, Bd. II. Den Haag 1976.

Rosenzweig, Franz: Das neue Denken. Einige nachträgliche Bemerkungen zum „Stern der Erlösung“ (1925). Gesammelte Schriften, Bd. III. Den Haag 1984, S. 139-161.

Theunissen, Michael: Das Selbst auf dem Grund der Verzweiflung. Kierkegaards negativistische Methode. Frankfurt a.M. 1991.

Korrespondenzadresse:

Rainer-M. E. Jacobi

Medizinhistorisches Institut

Rheinische Friedrich-Wilhelms-Universität Bonn

Sigmund-Freud-Straße 25

D-53105 Bonn

rainer-m.e.jacobi@web.de