

Peter Uwe Henß

## Schmerz als interdisziplinärer Forschungsgegenstand Der Schmerz begriff in Viktor von Weizsäckers medizinischer Anthropologie und seine Bedeutung in der ärztlichen Praxis

KIT Scientific Publishing

---

### 4. Der Schmerz begriff bei Viktor von Weizsäcker

---

Publisher: KIT Scientific Publishing  
Place of publication: Karlsruhe  
Year of publication: 2015  
Published on OpenEdition Books: 13 septembre 2019  
Series: KIT Scientific Publishing  
Electronic EAN: 9791036538292



<http://books.openedition.org>

#### Electronic reference

HENSS, Peter Uwe. 4. Der Schmerz begriff bei Viktor von Weizsäcker In.: *Schmerz als interdisziplinärer Forschungsgegenstand: Der Schmerz begriff in Viktor von Weizsäckers medizinischer Anthropologie und seine Bedeutung in der ärztlichen Praxis* [Online]. Karlsruhe: KIT Scientific Publishing, 2015 (Erstellungsdatum: 08 septembre 2023). Online verfügbar: <<http://books.openedition.org/ksp/5032>>. ISBN: 9791036538292.

---

This text was automatically generated on 8 septembre 2023. It is the result of an OCR (optical character recognition) scanning.

---

## 4. Der Schmerz begriff bei Viktor von Weizsäcker

---

- 1 Für Viktor von WEIZSÄCKER (1886-1957) steht die subjektive Krankheits erfahrung, die körperliche Krankheitswahrnehmung des Kranken im Mittelpunkt seiner Schriften. Ausgangspunkt seines Denkens sind subjektiv erlebte körperliche Phänomene wie Schwindel, Schmerz oder Übelkeit.<sup>1</sup>
- 2 Diese körperlichen Phänomene sind objektiv nur unzureichend erfass- und verstehbar. Vielmehr lassen sich in der Kommunikation mit dem Patienten, in der Beachtung von verbalen und metakommunikativen Äußerungen des Patienten und in der Erfragung seiner Biographie diese Phänomene besser verstehen und erklären.

### 4.1 Viktor von Weizsäckers Aufsatz „Die Schmerzen“

- 3 Viktor von Weizsäckers Aufsatz „Die Schmerzen“<sup>2</sup> erschien 1926 in der gemeinsam mit Martin Buber und Joseph Wittig herausgegebenen Zeitschrift *Die Kreatur*.<sup>3</sup> Er ist ein grundlegender Text seiner medizinischen Anthropologie. Der Aufsatz gliedert sich in vier Kapitel.
- 4 Einleitend wird der Leser in der „Urszene“<sup>4</sup> mit dem Schmerz in einer Alltagssituation konfrontiert: Ein kleiner Junge, der Schmerzen hat, wird von seiner Schwester mit der Hand streichelnd dort berührt, wo es ihm weh tut mit der Wirkung, dass es ihm gut tut. Dieses Beispiel repräsentiert das Wesen der Heilhandlung und die „Doppelbewegung zweier Lebewesen“.<sup>5</sup> Es steht für die unmittelbar erlebte Taterfahrung im Unterschied zur phänomenologischen Geisterfahrung.
- 5 Im zweiten Kapitel „Geisterfahrung“<sup>6</sup> wird der Schmerz phänomenologisch-anthropologisch analysiert. Der Autor beschreibt den polaren Charakter des Schmerzes. Hier wird der Zerstörungsschmerz vom Werdeschmerz unterschieden. Die ärztliche Aufgabe besteht darin, den Zerstörungsschmerz zu lindern, den Werdeschmerz aber zu belassen.
- 6 Im dritten Kapitel „Erzählung in Begriffen“<sup>7</sup> führt der Autor den Begriff der Schmerz arbeit ein. Der Schmerz wird von den Begriffen Qual und Pein abgegrenzt.

Über den sinnlichen Zweifel und die Unterscheidung zwischen Dasein und Sollen leitet Viktor von Weizsäcker zum vierten Kapitel „Geboterfüllung“<sup>8</sup> über.

- 7 In diesem Kapitel wird der Schmerz unter ontischen Gesichtspunkten betrachtet. Schmerz ist auch etwas, „was nicht sein soll, was einer gebotenen Ordnung widerstrebt“.<sup>9</sup> Im „Widerspruch von Sollen und Dasein“<sup>10</sup> offenbart sich für Weizsäcker „die eigentliche Wirklichkeit des Menschen als Kreatur“.<sup>11</sup>
- 8 In seinem Aufsatz stellt Weizsäcker die Lebensordnung der Denkordnung gegenüber.<sup>12</sup> Über die Schmerzordnung, die Teil der Lebensordnung ist, entwickelt der Autor eine eigene ärztliche Ordnung, eine Ordnung der Gebote, die von Sachlichkeit geprägt ist. Sie leitet sich ontologisch aus dem So-sein-Sollen des Menschen ab und steht der Naturordnung gegenüber. Sachlichkeit ist gleichbedeutend mit Gebot-erfüllung.<sup>13</sup> Für den Patienten und den Arzt bedeutet dies, dass „nicht die Beseitigung der Schmerzempfindung, sondern die Bewältigung der Schmerzarbeit ärztliches Ziel ist“.<sup>14</sup>

## Die Urszene

- 9 Die berührende Hand kann den Schmerz beeinflussen, ihn lindern oder sogar ganz verdrängen. Sie ist zum einen Taterfahrung und kann vom Heilenden nur begriffen werden, indem er sie tut und vom Patienten nur in dem Augenblick erlebt werden, in dem sie an ihm ausgeübt wird. Diese erste Heilhandlung ist aber auch zugleich „richtung-weisend für spätere Verstandeserfahrung“.<sup>15</sup>
- 10 Schmerz zwingt zur Entscheidung. Man kann ihm nicht gleichgültig gegenüberstehen. Entweder man wendet sich ihm (und dem unter Schmerzen leidenden Menschen) zu, oder man wendet sich ab. „Arzt-werden ist also *Hinwendung* zum Akt des Schmerzes“.<sup>16</sup>
- 11 Tatsächlich zeigt ja die Erfahrung der Ebern, dass die Schmerzen der Kinder häufig durch Pusten „wie weggeblasen“ sein können. Im Arzt-Patienten-Verhältnis spielt die Erwartung des Patienten und die ärztliche und menschliche Zuwendung eine gewichtige Rolle. Die „Magie“ der schmerzlindernden Spritze, die Zuwendung bei der Akupunktur, die Empathie beim einführenden Gespräch und auch der Placebo-Effekt haben einen bedeutenden Anteil am Gelingen einer Schmerztherapie.
- 12 Im weiteren Verlauf dieses Kapitels betrachtet V. v. Weizsäcker den Heiltrieb unter dem phänomenologischen Gesichtspunkt. Der Heiltrieb wird als gegeben vorausgesetzt. Über die Betrachtung des Phänomens Heiltrieb wird das Phänomen Schmerz analysiert. Das Ergebnis dieser Analyse nennt V. v. Weizsäcker die Geisterfahrung des Schmerzes, die in einer weiteren Polarität der konkreten Taterfahrung gegenübersteht. Folgende Prädikate lassen sich diesen Polen zuordnen: *konkret-abstrakt, individuelles Erleben-abstrakte Analyse, subjektiv-objektiv, unmittelbarer Bezug zum Kranken-phänomenologische Erkenntnis*.

## Geisterfahrung

- 13 Der Schmerz ist gestaltlos. Er ist nur fassbar, solange er da ist. Sobald er weg ist, kann er nur undeutlich vorgestellt werden. Der Schmerz transformiert die Persönlichkeit. Man wird „durch seine Gegenwart ein Anderer“<sup>17</sup> und dies erklärt, warum „man in seiner Abwesenheit diesen Anderen kaum mehr begreifen [kann]“.<sup>18</sup>

- 14 Diese Textstelle gibt einem eine Vorstellung davon, warum chronische Schmerzen häufig zu Persönlichkeitsveränderungen und zu Depressionen führen. Durch den Schmerz als allgegenwärtigen Begleiter wird man tatsächlich ein Anderer.
- 15 Im weiteren Verlauf steht V. v. Weizsäcker die These auf, der Schmerz sei vergänglich. Dies trifft für den akuten Schmerz zu. Im chronischen Schmerz ist der Schmerz jedoch ein ständiger Begleiter des kranken Menschen. Irgendwann mag auch jener vergehen, durch die Chronizität zeigt sich aber eine neue Qualität der Auswirkung des Schmerzes auf den Patienten, besonders auf seine Psyche. Viele chronische Schmerzpatienten werden depressiv.
- 16 V.v. Weizsäcker geht es bei der Betrachtung nicht um die Frage, ob der Schmerz im Hinblick auf seine ontische Bestimmung etwas Körperliches oder etwas Geistiges ist. Das menschliche Verhalten im Schmerz (der Kranke) und im Angesicht des Schmerzes (Mittensch, Arzt) steht im Mittelpunkt seiner Überlegungen.<sup>19</sup>
- 17 Der Schmerz ist charakterisiert durch seine polare Struktur. Diese kann sich mannigfaltig ausdrücken, als Gegensatz, Ambivalenz oder Zweideutigkeit. So lassen sich bei Weizsäcker vier grundsätzliche polare charakteristische Eigenschaften des Schmerzes erkennen:
1. Kommunikativ, dialogisch vs. anti-kommunikativ, anti-dialogisch
  2. Individuell, individualisierend vs. allgemein, verallgemeinernd
  3. Ordnung, Struktur gebend vs. destruktiv, chaotisch
  4. gestalterisch, schöpferisch vs. zerstörerisch.

## Der kommunikative Charakter des Schmerzes

- 18 Untersucht man den Schmerz im Hinblick auf seine kommunikative Eigenschaft, so ist zunächst die Unterscheidung zwischen demjenigen, der Schmerzen hat, und demjenigen, der mitleidet, von Bedeutung. Kommunikation ist immer auf jemanden gerichtet. Nach dem meta-kommunikativen Axiom Paul Watzlawicks<sup>20</sup> ist es nicht möglich, nicht zu kommunizieren. Selbst wenn man sich in seine Kammer zurückzieht, das Gespräch meidet und sich von der Außenwelt abschottet, stellt dies ja auch gleichzeitig eine Mitteilung an die Umwelt dar. Kommunikation hat einen Inhalts- und einen Beziehungsaspekt, wobei der Beziehungsaspekt den Inhaltsaspekt bestimmt (vgl. a.a.O.).
- 19 Die Kommunikation kann aktiven oder passiven Charakter besitzen. Der Kranke kann sich aktiv der Umwelt mitteilen durch den Schmerz-ausdruck oder sich zurückziehen. Diese Mitteilung enthält ebenfalls einen Informationsaspekt und einen Beziehungsaspekt. Kommunikation kann auf verschiedenen Ebenen stattfinden: verbal, non-verbal mit Hilfe von Gestik und Mimik, metakommunikativ. Auch in der Sprache der Organe findet eine Kommunikation statt. Bei einer Entzündung der Gallenblase findet sich bei der körperlichen Untersuchung ein Druck-schmerz im rechten Oberbauch. Die Schmerzen können zwischen die Schulterblätter ausstrahlen. Es finden sich charakteristische klinische Zeichen wie das Murphy-Zeichen. Dem kundigen Arzt teilt der Körper eine Botschaft mit, die ihn neben der Anamneseerhebung zur richtigen Diagnose führt. Auch die Art der Schmerzen, die der Patient beschreibt oder die gezielt erfragt werden muss, weist dem Arzt den Weg bei der Diagnosefindung. In der

Psychoanalyse sind Übertragung und Gegenübertragung entscheidende kommunikative Vehikel bei der Exploration.

- 20 Konstituierend für das Verhalten im Schmerz sind die Omnipräsenz und die Herrschsucht des Schmerzes.<sup>21</sup>
- 21 Schmerz zwingt den Menschen zu aktivem oder passivem Verhalten. Er kann den unter ihm leidenden Menschen dazu bringen, unruhig umherzulaufen, er kann als *primum movens* dienen, um einen Arzt zu konsultieren; er kann seine Muskulatur bei schmerzhaften Krämpfen anspannen oder auch das Gegenteil bewirken wie Lethargie und sozialen Rückzug. Der Patient kann das Krankenbett hüten und so seine Beweglichkeit und seine Muskelanspannung reduzieren. In beiden Fällen ist der Schmerz ein „Umordner“. Auch der Therapeut kann von der umordnenden Kraft des Schmerzes erfasst und vom Patienten „angesteckt“ werden. Der Arzt kann den dringlichen Wunsch verspüren, den Schmerz möglichst zu beseitigen; auch ein Gefühl der Ohnmacht kann sich einstellen.<sup>22</sup>
- 22 V. v. Weizsäcker unterscheidet den Schmerz, den der Kranke unmittelbar erfährt und den sympathetisch empfundenen Schmerz. Der Schmerz des Mitleidenden beruht auf der Wahrnehmung des Schmerz-ausdruckes dessen, der den Schmerz direkt wahrnimmt. Es handelt sich hierbei um einen qualitativen Unterschied und keinen Intensitätsunterschied.
- 23 Die doppelte Schmerzerfahrung der Schwester und des Bruders in der Urszene nennt V. v. Weizsäcker die „Doppelbewegung zweier Lebewesen.“<sup>23</sup>
- 24 Während der Mitmensch im Angesicht des Schmerzes des Patienten zu einer Entscheidung gezwungen wird, ob er sich zum Schmerz hinwendet oder von ihm abwendet, hat der Erkrankte als vom Schmerz Befallener diese Entscheidung nicht. Er muss den Schmerz ertragen (*passio*). (Vgl. ebd., 30 f.)
- 25 Ein wesentliches Charakteristikum des Schmerzes ist seine *Omnipräsenz*, die die ganze Vielschichtigkeit des Menschen erfasst. Der Schmerz kann durch verschiedenste, zahlreiche Faktoren ausgelöst werden und sich im ganzen Körper konkretisieren. Er kann sich auf der Ebene der Organe, des Skeletts, der Muskulatur, der Gelenke, der Haut, oder im ganzen Körper zugleich manifestieren und heimisch machen. Er kann die Persönlichkeit befallen (und verändern) und sich in Erfahrungen, Gefühlen und allen Orten des kranken Menschen festsetzen. Die Unterscheidung, dass sich der Schmerz in der Seele und im Körper (oder auch körperlich-seelisch gemischt) manifestiert, steht nur eine erste Annäherung an die mannigfaltige Omnipräsenz des Schmerzes dar.<sup>24</sup>
- 26 Ein weiteres Kennzeichen des Schmerzes ist seine *Herrschsucht*. Er ist ein tyrannischer Begleiter, der das Denken und Fühlen beherrscht. Auch das Handeln wird von ihm insofern dominiert. Der Schmerz lässt Handeln nur zu, soweit es sich auf ihn selbst bezieht. Selbst wenn der Kranke versucht, den Schmerz loszuwerden, ist dieses Handeln auf ihn gerichtet, ordnet sich ihm gleichsam unter und dient ihm so in seiner Herrschsucht. Entsprechendes lässt sich für das Denken und Fühlen sagen. Der Schmerz ist ein Zerstörer der Lebensqualität und macht freies Denken, das Empfinden von Genuss und Arbeiten unmöglich.<sup>25</sup>

## Der Schmerz ist individuell, individualisierend und allgemein zugleich

- 27 Der Schmerz ist subjektiv. Er ist an ein Subjekt gebunden, den Träger des Schmerzes. Der Schmerz hat einen Sitz. Damit wird ihm ein Attribut verliehen, das diskriminiert. Der Schmerz trennt damit denjenigen, der Schmerzen hat von anderen Menschen. Er ist individuell und individualisiert.<sup>26</sup>
- 28 Der an Schmerzen leidende Kranke kann sich in seinem Leiden zurückziehen und passiv werden oder im Schmerzausdruck aktiv das Bedürfnis nach Kommunikation zeigen. Der Schmerzausdruck hängt von der Individualität, von der Persönlichkeit ab. In diesem Rahmen findet Kommunikation statt. Dem Schmerzausdruck kommt appellativer Charakter zu. Er fordert vom Mitmenschen und dem Arzt Anteilnahme und Sympathie ein und stellt einen Hilferuf dar.<sup>27</sup> Man möge doch behilflich dabei sein, den Schmerz so bald wie möglich zu vertreiben oder ihn wenigstens zu lindern. Somit stellt der Schmerzausdruck des Patienten eine Herausforderung für die Bezugspersonen dar. Er stellt eine Frage, er versucht zu motivieren. Motivieren ist hier im ursprünglichen Sinn des lateinischen Verbes 'movere' zu verstehen. Es soll sich der Mitmensch, der Arzt bewegen, damit sich etwas verändert, damit der Schmerz weggeht. Häufig findet man bei chronischen Schmerzpatienten einen Mangel an Motivation, sich körperlich ausreichend zu bewegen. Hinzu kommt oft ein Mangel an geistiger Beweglichkeit; die Einsicht, dass sich auch der Patient bewegen muss, damit sich etwas zum Besseren ändert, sei es z.B. durch die Bereitschaft mit Hilfe der Psychotherapie biographische Ereignisse zu explorieren und aufzuarbeiten, die für die Schmerzgenese von Bedeutung sind.
- 29 Der Schmerzausdruck wird geformt vom Schmerz des Patienten selbst und von der Auseinandersetzung des unter Schmerzen leidenden Menschen mit dem Schmerz. Diese hängt entscheidend ab von der individuellen Persönlichkeit (hier fließen auch biographische Faktoren ein). Deshalb erklärt es sich, dass der Schmerzausdruck individuell so verschiedenartig ist und auch missverständlich, rätselhaft wirken kann. So kann ein abweisendes, verschlossenes Verhalten ein versteckter Hilferuf sein.<sup>28</sup>
- 30 Es gibt ungezählte Arten des Schmerzausdrucks und des Umgangs mit dem Schmerz (wie mit anderen Affekten wie Freude, Wut, Angst, Sorge, Scham). Es gibt Menschen, die sich in den Schmerz flüchten, die ihm hilflos gegenüberstehen, die ihn akzeptieren (z.B. als Strafe), die aktiv mit ihm umgehen und alles dafür tun, dass er möglichst schnell verschwindet. In verschiedenen Situationen und zu verschiedenen Zeiten kann sich dieselbe Person unterschiedlich im Schmerz verhalten. Die Individualität des Patienten bestimmt das eigene Verhalten im Schmerz.<sup>29</sup>
- 31 Dadurch, dass der Schmerz ein individuelles Verhalten erzwingt, individualisiert<sup>30</sup> er auch. Auch der Schmerz als Manifestation an einem konkreten Ort in einer bestimmten Zeit ist individuell am Patienten. „Anders schmerzt der Zahn als die Zehe, anders das Messer als das Feuer, anders der Leib als die Seele. Ja sogar: verschieden schmerzt mein Daumen von meinem Zeigefinger, mein linkes und mein rechtes Auge“.<sup>31</sup>
- 32 So individualisiert der Schmerz gleich zweifach: einmal indem er ein individuelles Verhalten gegenüber dem Schmerz erzwingt und zum anderen, indem er ein individuelles raum-zeitliches biographisches Ereignis schafft. Wiehl folgert aus der polaren Struktur des Schmerzes im Hinblick auf seine Individualität und Individuation

aus dem Text von V. v. Weizsäcker, dass der Schmerz, indem er individuell und spezifisch ist, gerade auch ein allgemeiner Schmerz ist. Ein körperlicher Schmerz bzw. ein seelischer Schmerz im Speziellen ist zugleich auch ein körperlicher bzw. seelischer Schmerz im Allgemeinen,<sup>32</sup> ein Zahnschmerz im Speziellen auch ein Zahnschmerz im Allgemeinen. Indem sich die Schmerzen voneinander unterscheiden, generalisieren sie auch. Dadurch, dass man den Schmerz auch verallgemeinern kann, ist ein Verstehen zwischen Individuen, Mitleid und die Wissenschaft vom Schmerz erst möglich.<sup>33</sup>

## Der Schmerz als Ordnungsprinzip und Stifter von Unordnung zugleich

- 33 Viktor v. Weizsäcker setzt der Denkordnung (die „Ordnung der chemischen Verbindung, der molekularen Kohäsion, dynamischen Attraktion der Naturkräfte“<sup>34</sup>) die Lebensordnung entgegen. Teil der Lebensordnung ist die Schmerzordnung.
- 34 Jedes Organ hat seinen eigenen charakteristischen Schmerz, z.B. der Schmerz beim *Angina-pectoris*-Anfall oder der Vernichtungsschmerz beim akuten Myokardinfarkt, der gürtelförmige Schmerz bei der Pankreatitis, der Zahnschmerz, der kolikartige Schmerz bei der Nierenkolik, der Migräne-Kopfschmerz, der Schmerz bei Verbrennungen und zahlreiche andere organspezifische Schmerzen. V.v. Weizsäcker bezeichnet diese Organsprache als „Organdialekt“ (ebd., 34).
- 35 Die Lebensordnung ist die individuelle, charakteristische Ordnung jedes einzelnen. Sie wird beschrieben als „Ordnung der lebendigen Aneignung und Enteignung, der Ordnung der Wahrhaftigkeit des Zueigen-seins“ (ebd., 35). An anderer Stelle wird sie als „Ordnung des lebendigen Zusammenhanges alles Lebendigen“ (ebd., 35) definiert.
- 36 Schmerz kann, so V. v. Weizsäcker, nur da entstehen, „wo eine *echte* Zugehörigkeit bedroht“<sup>35</sup> wird. Verallgemeinernd führt er aus: „[W]o Seiendes schmerzfähig ist, da ist es wirklich gefügt, nicht nur ein mechanisches und räumliches Nebeneinander, sondern ein wirkliches, d.h. lebendiges Miteinander“ (a.a.O., 35). Der Schmerz zeigt an, was zum Menschen gehört, was er sich einverleibt hat und was von Wichtigkeit und Bedeutung für ihn ist und was nicht.<sup>36</sup> Erst mit dem Schmerz erkennt der Mensch, wie wertvoll ihm dieser Teil seines Körpers ist. Dass da ein Zahn im Mund ist, der täglich seine Aufgabe erfüllt, wird gemeinhin als selbstverständlich empfunden. Der Zahnschmerz ruft erst die Existenz des Zahnes in das Bewusstsein des Kranken. So hat der Schmerz die Fähigkeit, die menschliche Selbsterkenntnis zu befördern.
- 37 Der Antipode des Schmerzes unter dem Aspekt der Ordnung ist die Unordnung.<sup>37</sup> Sie wird in diesem Traktat nicht näher beschrieben. Man kann ihn aber wegen seiner polaren Struktur postulieren. Der Schmerz kann Unordnung<sup>38</sup> stiften. Menschen mit starken Schmerzen werden aus ihrem Lebenszusammenhang gerissen, die Ordnung des strukturierten Tages muss häufig verlassen werden. Der Patient kann meistens nicht seiner Arbeit nachgehen. Auch die Ordnung des Tag-Nacht-Rhythmus ist gestört, weil der Patient vor Schmerzen nachts nicht schlafen kann. Die von Schmerzen geplagte Person kann ihre gewohnte Rolle in der Familienordnung nicht aufrechterhalten. Das geordnete Denken wird durch die Tyrannei des Schmerzes stark eingeschränkt. Auch die physiologische Ordnung ist beeinträchtigt. So kann der Gallensaft bei Gallenwegsobstruktionen, z.B. infolge eines Steines oder eines Tumors, nicht mehr ablaufen, es kommt zu pathophysiologischen Mechanismen, die sich in klinischen Zeichen und Symptomen äußern (Entzündungszeichen, Ikterus, Juckreiz, Schmerzen etc.). Beide

polare Eigenschaften können bei einem Patienten zugleich auftreten. Die eine Qualität kann die andere überwiegen und umgekehrt.

### Der Schmerz ist gestaltend, schöpferisch und zerstörerisch zugleich

- 38 Der Schmerz gestaltet und formt. V. v. WEIZÄCKER (1926: GS 5, 33) beschreibt ihn als „*schwebende* Entscheidung zwischen Ich und Es“, ob nämlich beispielsweise bei einer Schnittverletzung das geschädigte Glied wieder anwächst, verheilt und also mein eigen bleibt oder ob es von mir abgetrennt wird, damit abstirbt und der Außenwelt anheimfällt. Wenn es stirbt, erleidet der Kranke gleichsam einen Teiltod. Dieses Beispiel repräsentiert den Zerstörungsschmerz.<sup>39</sup> Der Schmerz lehrt uns, was uns wichtig ist, was zu uns gehört.<sup>40</sup> Er fördert die Identität der Person und formt diese also auch. Der Schmerz verbindet also einen Teil (z.B. einen teilweise durchtrennten Finger) mit dem Körper zu einem Gefügten, Gelebten. Der Schmerz verbindet aber auch das Individuum mit seiner Umwelt:
- „[E]r verlötet mein Sein mit dem der Welt *ebenso* stark wie er mich von ihr trennt.“<sup>41</sup>
- 39 Indem er uns verbindet, formt er auch, inwieweit er trennt, zerstört er. Hier zeigt sich die aktive Komponente des Schmerzes.
- 40 Schmerz tritt nicht nur bei drohendem Teiltod auf. Vom Zerstörungsschmerz wird der Werdeschmerz unterschieden:
- „Nicht aus dem Chaos schafft ja der *Mensch* die Form, sondern von gestalteter alter Form löst er sich zu neuer Form, zwingt er sein Dasein zur Wandlung“.<sup>42</sup>
- 41 Der Prozess dieser Metamorphose finde unter Schmerzlust<sup>43</sup> statt:
- „Schöpferisch geschieht es ihm, der er, nicht selbst Erschaffender, sich doch im Wandel entscheiden muß. Nicht jeder Geschundene wird auch erzogen, aber jeder Erzogene ward auch geschunden“.<sup>44</sup>
- 42 Der Werdeschmerz findet sich beim Geburtsschmerz und Erziehungs-schmerz. Ergänzend können an dieser Stelle auch der „Wachstums-schmerz“ und der Schmerz beim Zahnen bei Kindern genannt werden.
- 43 Der Erziehungsschmerz zeigt eine Wandlung im Geistigen an und ist ein Hinweis auf das sich ankündigende baldige Erreichen eines höheren Reifestadiums, gleichzeitig Anzeichen des Zerbrechens der bisherigen geistigen Entwicklungsstufe oder der Vernichtung (vgl. ebd., 33). Letztere kann man so verstehen, dass eine entwickelte Form zerstört wird und sich wandelt in eine weniger geordnete Struktur. Nicht jede Erziehung gelingt, nicht jeder Zögling weist einen fruchtbaren Nährboden für Entwicklung auf. Vom Erziehungsschmerz wird ausgesagt, dass er auf beiden Seiten stattfindet, sowohl beim Erziehenden als auch beim Erzogenen.<sup>45</sup> Das Gleiche kann man auch für den Geburtsschmerz fordern. Geburtsschmerz tritt sowohl bei der Mutter als auch beim neugeborenen Kind auf. Ein weiteres Beispiel für den Werdeschmerz ist der Knochenschmerz während des Wachstums bei Jugendlichen. Entsprechend dieser Unterscheidung in Zerstörungsschmerz und Werde-schmerz fordert V. v. Weizsäcker einen differenzierten Umgang mit den Schmerzen. Der Arzt, der sich den Schmerzen hinwendet, soll sich an die Ordnung der Schmerzen halten, die keine der Werte und Größen ist. Er muss „den Zerstörungsschmerz lindern, den Werdeschmerz aber bestehen lassen“ (ebd., 36).

## Erzählung in Begriffen

- 44 V. v. Weizsäcker beschreibt zunächst die Komplexität des Mannigfaltigen, das Einfluss auf Krankheit und Genesung hat. Der Verlauf einer Erkrankung sei wesentlich unberechenbar und „nicht logisch“.<sup>46</sup> Mit der Verstandesordnung gelingt kein hinreichendes Verständnis vom Wesen der Krankheit im Allgemeinen und des Schmerzes im Speziellen.<sup>47</sup>
- 45 Woher kommt der Schmerz? Im Folgenden werden ontische Aspekte des Schmerzes aufgezeigt. Ein Nadelstich könne für eine Person Schmerzen auslösen, wenn sie dafür empfänglich sei. Unter dem Einfluss der Hypnose oder bei Ablenkung sei dies nicht notwendigerweise der Fall. Die „Gesamtperson“ könne andererseits auch Schmerzen ohne Nadelstich haben. Hier gibt es eine Beziehung zur Psychosomatik. Der Schmerz existiert nur in Beziehung auf den Zustand der Person. Es besteht eine wechselseitige Abhängigkeit von Schmerz und dem Subjekt (vgl. V. v. WEIZSÄCKER 1926: GS 5, 39; u. WIEHL 1990, 272). Im Alltäglichen kommt uns der Schmerz stärker vor, wenn unsere Stimmung getrübt ist, oder uns etwas Unangenehmes widerfahren ist. Ausgeprägter lässt sich das beschriebene Phänomen für den Depressiven beschreiben. Sind wir hingegen guter Dinge und voller Tatendrang, bemerken wir denselben Schmerz kaum. Hier wird ersichtlich, dass der Mensch eine Einheit von Körper und Seele bildet, was die Grundlage der Lehre der Psychosomatik bildet.
- 46 Der Schmerzausdruck des Patienten ist Ausdruck der Schmerzarbeit. Dem Schmerz kommt Ich-und Es-Qualität zu. Er ist der Ursprung der „Entwindung des Ichseins von einem Nichtich-Seienden“.<sup>48</sup> Durch die Schmerzarbeit findet eine Entscheidung über die Art der Entwindung statt. Nach V.v. Weizsäcker lassen sich drei Verhaltensweisen des kranken Subjekts gegenüber dem Schmerz beschreiben: die objektivierende (stoische) Haltung, die hingebende (leidenschaftlich-kämpferische) und die triebgewollte Haltung. „Schmerzarbeit ist [...] zugleich Entwindung von einem Es im Schmerz“.<sup>49</sup> „[D]as Ergebnis der Schmerzarbeit ist Entscheidung: Wiederherstellung der Einheit des Selbst mit sich nach Ausstoßung eines Es“.<sup>50</sup> Die Art dieses Es ist charakteristisch für das am Schmerz leidenden Individuum. Wie jemand mit dem Schmerz umgegangen ist, sei determinierend für seine Persönlichkeit. Das erlaubt uns, die Schmerzordnung aus einer anderen Perspektive zu erkennen. Analog zur Feststellung, dass Schmerz nur bei einem „lebendig-wahre[m] Gefüge“ (ebd., 41) auftreten kann, lässt sich auch sagen, dass der Schmerz, der vergeht, eine charakteristische „unauslöschbare Spur davon, wie er verging“, <sup>51</sup> hinterlässt. Der Kranke, an Schmerzen leidende Patient kann an seinen Schmerzen zerbrechen, er kann neuen Lebensmut fassen, er kann sich trotzig zu neuer Aktivität zwingen, hier sind zahlreiche weitere Alternativen zu nennen.
- 47 Der Schmerz zwingt nicht nur auf Seiten des Therapeuten und Mitmenschen zum Hinwenden oder Abwenden. Dieser Zwang zur Entscheidung findet sich auch beim Kranken. Er muss sich zeigen oder verbergen. Dieses kann auf mannigfaltige Art und Weise geschehen, in zahllosen Schattierungen. Ein und derselbe Patient kann sich bei demselben Schmerz zu verschiedenen Zeitpunkten unterschiedlich zu dieser Dichotomie verhalten. Das entsprechende Verhalten bildet einen Teil des Schmerzausdrucks.<sup>52</sup> Eine andere Art der Entscheidung, die der kranke Mensch treffen muss, liegt darin, ob er sich stark oder schwach gegenüber dem Schmerz verhält. Diese Entscheidung ist ein lebendiger Prozess, der sich in dem, was dem Patienten widerfährt

und dem, was er tut, entwickelt.<sup>53</sup> Sie ist eingebunden in die pathische Existenz des Menschen. Hier sehe ich eine Nähe zum Existenzialismus.

- 48 Qual wird bei V. v. Weizsäcker unterschieden vom Schmerz. Es wird von der Qual ausgesagt, dass sie älter und „göttlicher“ sei als der Schmerz. Der Schmerz werde zur Qual durch den Zwang zur Entscheidung. (vgl. ebd.)
- 49 Dem Schmerz werde man nicht gerecht, wenn man ihn nur als Affekt, Gefühl oder Empfindung versteht. „Nein, der Schmerz ist auch etwas, was nicht sein soll [...]“.<sup>54</sup> Es ist etwas Böses an ihm. Hier ist der Zerstörungsschmerz gemeint. Er hat also auch eine sittlich-moralische Dimension. Das Auftreten von Schmerz stellt in dieser Hinsicht eine sittlich-moralische Kritik am Ist-Zustand dar.
- 50 Analog zum Schwebезustand, ob eine Verletzung verheilt oder ob ein Teiltod (Amputation) erfolgt,<sup>55</sup> beschreibt der Arzt und Philosoph einen Schwebезustand, der die moralische Kategorie betrifft. Es gibt eine Phase, in der ein Schwebезustand besteht, auf welche Seite das Böse fällt, auf die Seite des Ichs (Individuum) oder des Es (Aussenwelt). Diesen Zustand definiert Viktor von Weizsäcker als Pein: „[...] so ist Pein also ein Böses in statu generandi: noch nicht ein Es, auch noch nicht nur ein Ich, aber auch noch nicht ein – Er. *Der Böse* [...]“.<sup>56</sup>
- 51 Den oben beschriebenen Schwebезustand bezeichnet Weizsäcker als „*sinnliche[n] Zweifel*“,<sup>57</sup> der sich außerdem bei den Gefühlen des Schwindels, der Schwäche und der geschlechtlichen Erregung und des Ekels<sup>58</sup> finde. Allen gemeinsam sei der Zweifel, der in einer „*peinvolle[n] Unentschiedenheit*“<sup>59</sup> in Bezug auf die moralisch-sittliche Kategorie bestehe. Letztere enthalte sowohl Böses als auch Gutes und werde auf die Person bezogen. (Vgl. ebd., 42 f.)
- 52 Der Kranke, der zum Arzt geht, weiß nicht, ob bei ihm eine gravierende Erkrankung besteht oder nicht. Im Prozess der Diagnosefindung gibt es auf Seiten des Patienten, aber auch von ärztlicher Seite, einen Zweifel, der dem sinnlichen Zweifel nahe kommt. Kommt nach Anamnese, körperlicher Untersuchung und dem Einsatz von technischen Untersuchungen z.B. der bösartige Tumor ans Tageslicht, fällt das Böse, was Arzt und Patient als Möglichkeit nur erahnten, auf die Seite des Patienten. Erst wenn die Diagnose ausgesprochen wird, ist der peinvolle Schwebезustand beendet. Auch hier wird über den Patienten verhängt, es widerfährt ihm das Böse.
- 53 Im Prozess der Diagnosefindung liegt auch etwas Geheimnisvolles. Es ist nicht nur das automatisierte Abarbeiten von Anamnese, körperlicher Untersuchung, standardisierten Diagnosealgorithmen, die zur Diagnose führen. Es ist auch etwas Gefügtes dabei, wenn die Lebenswege zweier Individuen sich kreuzen und man gemeinsam zur Diagnose kommt. Analoges lässt sich meines Erachtens auch zur Therapie sagen.
- 54 Der Gestaltkreis beschreibt die Einheit von Wahrnehmung und Bewegung. Für sie gilt, dass sie sich kreisförmig bestimmen. Für die Sinnestätigkeit und Bewegungstätigkeit des Nervensystems stellt er die elementarste Äußerung dar. Der dynamische Prozess bei Anamneseerhebung, klinischer Untersuchung und bei der Diagnosefindung in der Arzt-Patient-Beziehung lässt sich durch die Prinzipien des Gestaltkreises beschreiben und erklären.<sup>60</sup> Bei der Anamneseerhebung und auch bei der klinischen Untersuchung befragt der Arzt den Patienten. Die Frage stellt bereits „eine Reaktion zu dem, was er im Kranken wahrgenommen hat, dar; und was er im Kranken merkt, ist wiederum das Ergebnis dessen, was er mit dem Kranken bis zu diesem Zeitpunkt unternommen hat“.<sup>61</sup>

Im Prozess der klinischen Untersuchung, der Anamneseerhebung und Diagnosefindung lässt sich die Existenz eines Gestaltkreises darstellen, der bei jeder neuen Untersuchung des Patienten durch den Arzt aufbricht und sich neu bildet.<sup>62</sup> Analog lässt sich der psychoanalytische Prozess mit den Phänomenen der Übertragung und Gegenübertragung als Gestaltkreis darstellen. Auch im therapeutischen Prozess, sei es mit Hilfe von Medikamenten, Psychotherapie oder physikalischer Therapie, findet sich ein Gestaltkreis. Hier wird ebenso eine Frage an den Patienten gestellt. Bewirkt die Therapie eine Linderung der Beschwerden, eine Heilung oder eine Verschlechterung? Der behandelnde Arzt wird bei der nächsten Konsultation in Abhängigkeit vom Ansprechen der Behandlung das Therapiekonzept ggf. modifizieren oder ganz umstellen.<sup>63</sup> Weizsäcker beschreibt im Hinblick auf die moralische Dimension der Schmerzen, dass der Kranke seine Schmerzen als Strafe für eine Schuld empfindet. Auch wenn sich objektiv keine Schuldhaftigkeit feststellen lasse, sei diese Deutung des Patienten nicht minder real. Der Autor übt aufgrund dieser Tatsache Kritik an psychologischen Interpretationen, die dem subjektiven Erleben und dem Vollzug des Schuldbewusstseins des Kranken nicht gerecht werden. Analoges gelte für Schuld, Angst, Sorge, Not und Melancholie, die ob sie objektiv begründet seien oder nicht, für das Subjekt real existierten.<sup>64</sup>

- 55 Der „Arztphilosoph“<sup>65</sup> verallgemeinert das Prinzip der Unentschiedenheit auf die Krankheit selbst. Allein charakteristisch für die wirkliche menschliche Situation sei nun, dass die Unentschiedenheit zweifacher Art ist und in einer Person hege: die Unentschiedenheit einerseits über den Ausgang der Erkrankung, ob Teiltod oder Verheilung eintreten, andererseits über das Verhalten des Kranken zum Schmerz im Speziellen, zur Krankheit im Allgemeinen, ob Schwäche oder Stärke dominiert.<sup>66</sup> Vom sinnlichen Zweifel sagt Viktor von Weizsäcker, dass er

„[...] unsere Existenz nicht nur als Existenz sondern als Kreatur in Frage stellt. Nicht unser Vorhandensein unter den anderen vorhandenen Dingen der Natur wird erschüttert, wenn wir Schmerzen *haben* und also etwas haben, was wir sonst nicht haben, sondern wenn wir Schmerzen haben, so *leiden* wir, und wenn wir leiden, so ist etwas an und in uns, was nicht sein *soll*, was einer *gebotenen* Ordnung widerstrebt“.<sup>67</sup>

- 56 Das Sein als Kreatur werde im Leiden sichtbar. ‘Kreatur’ bezeichnet in seiner grammatischen Form schon etwas Passives. Der Mensch als Geschöpf in der pathischen Existenz ist hier gemeint. In der pathischen Existenz begreift sich der Mensch nicht primär als handelndes Wesen, vielmehr widerfährt ihm, geschieht ihm, wird über ihn verhängt.<sup>68</sup> ‘Kreatur’ verweist auf etwas Ursprüngliches. Mit der Schöpfung kommt der Mensch als leidendes Wesen in die Welt. ‘Kreatur’ bezeichnet auch die Stellung des Menschen zu Gott. Daher kann Weizsäcker schreiben:

„So ist das Leiden älter als der Schmerz, an dem wir leiden, der Schmerz älter als das Gefühl des Schmerzens-Habens, das Gefühl älter als sein empfindungsartiger Inhalt, wie ihn die Psychologie und die Physiologie schließlich abstrahiert haben.“<sup>69</sup>

- 57 Viktor von Weizsäcker kritisiert hier an der Physiologie und der Psychologie als Repräsentanten der Denkordnung, dass sie nur die abstrakte Dimension des Schmerzes erkennen. Gleichzeitig wird eine sittlich-moralische Kritik aufgeworfen. Da der Zustand des Schmerzes und des Leidens nicht da sein soll, „einer *gebotenen* Ordnung widerstrebt“, aber eben doch da ist, ist sein Vorhandensein auch eine Kritik an dem Gegebenen, Erlebten. Aus dem obigen Zitat lässt sich schließen, dass der Schmerz „eine

ursprünglich zur pathischen Existenz gehörige Bestimmung“ ist.<sup>70</sup> Er gehört zwangsläufig zum Leben.

- 58 V. v. Weizsäcker entwickelt hier und in den weiteren Ausführungen die Lebensordnung, die der Denkordnung gegenübergestellt wird.

## Geboterfüllung

- 59 Im Folgenden setzt er sich mit dem Erkenntnispotenzial der Psychoanalyse als Vertreter der Denkordnung auseinander. Die Psychoanalyse betrachte die Seele phänomenologisch. Dabei würden Dinge benannt (Gefühle, Triebe, Bewusstseinserebnisse, Komplexe, Empfindungen...) und in Form von Begriffen definiert. Durch diesen Prozess werde die Seele zu einem Ding. Weizsäcker kritisiert, dass bei dieser Verwandlung nur noch das Abstrahierte Gegenstand der Betrachtung werde und der Mensch selbst, die Liebe selbst, der Schmerz selbst darüber vergessen und auf „Ich“, „Trieb“ und „Empfindung“ reduziert würden. Der Schmerz sei eben nicht etwas Analytisches und Abstraktes, er ist konkret Erfahrenes und nur in Bezug auf das Subjekt zu begreifen.<sup>71</sup>
- 60 „[Der] Widerspruch von Sollen und Dasein“,<sup>72</sup> der im Schmerz vorhanden ist, soll nach Weizsäcker zu einem angemesseneren ontologischen Begriff vom Menschen und seiner Wirklichkeit führen:
- „Der Mensch als Kreatur hat nicht nur die kalte Existenz, sondern sein Dasein ist immer ein So-sein-Sollen: dies ist der richtige *ontologische* Begriff vom Menschen und seiner Wirklichkeit.“<sup>73</sup>
- 61 Daher sei die Ontologie des Menschen eine „Lehre von Geboten“:<sup>74</sup> Da die Existenz des Menschen im Spannungsfeld zwischen Sollen und Dasein stattfinde, sei sein „Dasein stets als ein In-Geboten-Stehen“<sup>75</sup> zu begreifen.
- 62 Viktor von Weizsäcker stellt der Naturordnung<sup>76</sup> die Ordnung der Gebote entgegen. In der Naturordnung herrsche das Gesetz des Stärkeren. Diese Ordnung bestimme, dass wir alle töten oder sterben müssen. Dieses Erfordernis erstrecke sich auf unsere Wesen als Natur, Seele und Geist. Grundsätzlich davon unterscheide sich die Ordnung der Gebote. Schmerzen seien als Aufgabe zu verstehen.<sup>77</sup> Der Arzt soll sich nach der Ordnung der Gebote sachlich den Schmerzen zuwenden. Sachlichkeit sei hier als Geboterfüllung zu verstehen und gegenüber dem Mitleid vorrangig und entscheidend. Die Aufgabe für den Kranken und den Arzt bestehe nicht in der „Beseitigung der Schmerzempfindung“, sondern in der „Bewältigung der Schmerzarbeit und ihrer Entscheidung“.<sup>78</sup>
- 63 Der Kranke, der selbst nicht die Schmerzarbeit bewältigen kann, wendet sich Hilfe suchend an den Arzt. Hierzu müsse der Arzt den Schmerz in all seinen Verknüpfungen erkennen. Das Ziel der Entscheidung sei das Ziel des menschlichen Lebens überhaupt und letztlich „der Gehorsam gegen den Vater“.<sup>79</sup> Dieser Passus lässt sich dahingehend interpretieren, dass der Gehorsam gegenüber Gott gemeint ist.
- 64 In seiner medizinischen Anthropologie fordert Viktor von Weizsäcker vom Arzt, dass er sich zu den Schmerzen des anderen hinwenden soll, um nach der Ordnung der Gebote die Schmerzarbeit und ihre Entscheidung zu bewältigen. Er soll das „bestimmte Gebotene“ (ebd., 47) hören. Hier ist impliziert, dass wir überhaupt imstande sind, das Gebotene zu erkennen. Hier zeigt sich ein Anklang an das „moralische Gesetz in uns“ bei Kant. Es entstammt der Welt des So-Sein-Sollens und kann in dem vom

Widerspruch zwischen Sein und Sollen geprägten Dasein vernommen werden. Wenn wir das Gebotene, „das Was des Sollens ist“<sup>80</sup> tun, erfüllen wir das moralische Gesetz in uns und sind gehorsam gegen den Schöpfer. Die Ordnung der Gebote wäre dann die göttliche Ordnung.

- 65 Rainer-M. E. Jacobi weist darauf hin, dass der Aufsatz „Die Schmerzen“ den Grundtext der Lehre vom Gestaltkreis darstellt.<sup>81</sup>
- 66 Ein besonderer Sprachduktus lässt sich in diesem Aufsatz erkennen: Er vermeidet klassische *termini technici* (s.u.) und dadurch das einschlägige Denken in diesen Begriffen mit allen dazugehörigen Konnotationen. Dies ist hilfreich, um einen eigenen Zugang zum Schmerz und zur Krankheit zu entwickeln, birgt jedoch die Gefahr der Abkapslung in sich. Sprache als *conditio sine qua non* für einen verbalen Dialog stellt eine grundsätzliche Voraussetzung für die Bildung eines diagnostischen und therapeutischen Gestaltkreises dar. Ihr kommt bei Weizsäcker wesentliche Bedeutung für die Arzt-Patienten-Beziehung zu.<sup>82</sup>
- 67 Für Viktor von Weizsäcker stehe indes die Sprache des Schmerzes im Fokus, d.h. die Verbindung zwischen Schmerz und Schmerzempfindung sowie die Verbindung von Schmerzempfindung und Schmerz Ausdruck. Der Arzt, Philosoph und Wissenschaftler beziehe sich in seinem Aufsatz nicht auf eine religiöse, philosophische, ärztliche oder kultur-wissenschaftliche Sprache. Er vermeide, so WIEHL (2008), die allgemeine und formale Begriffssprache, deren sich die europäische Philosophie bedient. Vielmehr verwende er eine eigene Mischung aus Alltags- und Wissenschaftssprache. Dabei kämen Begriffe mit erzählendem Charakter und Begriffe, die selbst Hypothesen artikulieren, zur Anwendung.

## 4.2. Medizinische Anthropologie

- 68 Zwischen 1926 und 1928 publizierte Viktor von Weizsäcker in der Zeitschrift *Die Kreatur* drei Aufsätze: „Der Arzt und der Kranke“ (1926), „Die Schmerzen“ (1926) und „Krankengeschichte“ (1928). Diese drei veröffentlichten Schriften wurden von ihm als „Stücke einer medizinischen Anthropologie“ zusammengefasst.<sup>83</sup> Allen drei Aufsätzen liegt thematisch die Beziehung zwischen Arzt und Kranken zugrunde. Diese Beziehung stellt das Leitmotiv der medizinischen Anthropologie dar.<sup>84</sup>
- 69 Die Arzt-Patient-Beziehung ist für Viktor von Weizsäcker der Ausgangspunkt, das Ärztlich-Eigentümliche und ist wesentlich durch die Anamneseerhebung gekennzeichnet. Die Frage nach dem „Ärztlich-Eigentümlichen“<sup>85</sup> wird zur Frage nach dem „Wesen der Krankheit“ und nach dem „Wesen des Krank-Seienden“.<sup>86</sup> Die „Lehre von der Weggenossenschaft von Arzt und Patient“ (ebd., 65) macht das „Urphänomen in allem pathologischem Geschehen“ (ebd., 65) deutlich: „die Verknüpfung von Krankheit und Wahrheit, von Leiden und Wissen“.<sup>87</sup> Viktor von Weizsäcker deutet an, dass Krankheit und Unwahrheit, bzw. Gesundheit und Wahrheit Zusammenhängen.<sup>88</sup>
- 70 Als Ergebnis entsteht eine anthropologisch begründete Krankheitslehre, deren zentrales Anliegen das Verstehen um den Sinn einer Erkrankung darstellt.<sup>89</sup> Weizsäcker schreibt dazu:
- „Der ‚Sinn der Krankheit‘ ist nur vom Kranken aus realisierbar, vom Arzt aus darf er nicht gefordert werden. Dem Kranken darf dieser Sinn *nur* ein Heil, dem Arzte *nur* eine Not sein“.<sup>90</sup>

71 Die biographische Methode versucht, die Entstehung und Ausbreitung einer Erkrankung „hinsichtlich ihrer leiblich-seelischen, moralischen und geistigen Dimensionen zu deuten“.<sup>91</sup> In der „Krankengeschichte“ eines Bauern steht Weizsäcker den Übergang einer Erkrankung aus der moralischen Dimension in die natürliche oder medizinische dar. Zu diesem Übergang oder Zusammenhang notiert er:

„Um ihn überall zu Enden ist nötig, daß man das Schicksal eines Menschen in allen seinen Beziehungen zur Umwelt und allen seinen Verkettungen in der Geschichte betrachtet.“<sup>92</sup>

72 Das Verhältnis der biographischen Methode zu naturwissenschaftlichen Methoden beurteilt er prinzipiell als komplementär. Er schreibt, dass „eine Lehre von der Weggenossenschaft von Arzt und Patient nicht trotz und gegen Technik und Rationalisierung, sondern durch und mit diesen“<sup>93</sup> erfolgen müsse. Wissen und Wissenschaft versteht er pragmatisch als Bestandteil der Medizin, „weil man die Krankheiten dann besser beherrschen kann“.<sup>94</sup> Eine einseitige Ausrichtung auf naturwissenschaftliche Methoden könne jedoch die Erkenntnisfähigkeit einschränken:

„Daß nämlich die Krankheit den Sinn habe, den Betroffenen zum Sinne seines Lebens zu führen – das einzusehen hat die naturwissenschaftliche Medizin gründlich verhindert.“<sup>95</sup>

#### 4.2.1 Viktor von Weizsäcker. „Der Arzt und, der Kranke“

73 Viktor von Weizsäcker geht der Frage nach den Aufgaben des Arztes nach. Drei Möglichkeiten kommen dabei für ihn in Betracht: die Idee einer Wissenschaft, die Idee einer Humanität und die Idee einer *Caritas*.

74 Die Normen und Prinzipien, die sich aus Wissenschaft, Humanität und Glaube ableiten lassen, könnten zwar nicht außer Betracht bleiben. Als Prinzipien, die von einem geschichtlichen, soziokulturellen Umfeld an den Arzt von außen herangetragen werden, können sie die Frage nach dem „Ärztlich-Eigentümlichen“ nicht beantworten. Mit dieser Frage sei auch die Frage nach dem „Wesen der Krankheit“ und dem „Wesen des Krank-Seienden“ verbunden.<sup>96</sup> Das Ärztlich-Eigentümliche hat die Eigenschaft, dass es ursprünglich, eigenständig ist und dass von ihr eine „sachliche und eigentliche Wesenhaftigkeit und Ordnung der ärztlichen Dinge ausstrahle“.<sup>97</sup> Dies ist für Viktor von Weizsäcker der Ausgangspunkt zur Beschreibung einer medizinischen Anthropologie.

75 Der Philosoph und Arzt kritisiert an der Medizin seiner Zeit, dass sie den kranken Menschen, das Subjekt, nicht in den Mittelpunkt stellt, sondern die Krankheit und damit den Kranken als Objekt wahrnimmt:

„Es ist eine erstaunliche, aber nicht zu leugnende Tatsache, daß die gegen-wärtige Medizin eine eigene Lehre vom kranken Menschen nicht besitzt. Sie lehrt Erscheinungen des Krankseins, Unterscheidungen von Ursachen, Folgen, Heilmitteln der Krankheiten, aber sie lehrt nicht den kranken Menschen.“<sup>98</sup>

76 Nicht sein Sein sei Gegenstand der Betrachtung, sondern das, was objektivierbar von ihm ist. Für eine neu zu begründende medizinische anthropologische Krankheitslehre müsse der eine Not leidende, hilfs-bedürftige kranke Mensch, der den Arzt ruft, konkreter Ausgangs-punkt sein. Dies nennt Weizsäcker das „Urphänomen einer medizinischen Anthropologie“; und diese neue Wissenschaft beinhalte auch „eine Lehre vom Arzt und eine Lehre von der Not“.<sup>99</sup>

- 77 Im folgenden analysiert Viktor von Weizsäcker einige sachlich wichtige Grundfragen der medizinischen Anthropologie. Zunächst geht es dabei um die Art und Form des ärztlichen Wissens. Dies geht mit einer Kritik an der Vorstellung, nur das Objektive sei das Wirkliche, einher:
- „Die wirkliche Welt, in der wir leben, ist nun von der Fiktion der objektiven Naturwissenschaft in der Tat grundverschieden. Sie hat die Eigenschaften nicht, welche die logisch-naturwissenschaftliche Weltanschauung diktierte, aber darum hat sie nicht – keine anderen Eigenschaften. Auch ist sie, wie sich zeigt, nicht irrational nur darum, weil sie nicht überall rational ist. In ihr herrscht nicht die Logik, sondern in ihr kämpft Logik mit Antilogik.“<sup>100</sup>
- 78 Für diese Behauptung steht die Erregung eines Schmerznerve Pate:
- „Es bleibt in der Pathologie völlig unverständlich, warum es eine Not wird, wenn ein Schmerznerve in physiologischen Erregungszustand versetzt wird. Wir gehen also weiter und versuchen, ob man ein Verständnis der Not gewinnen kann“.<sup>101</sup>
- 79 Dass die Erregung eines Schmerznerve beim Subjekt zu einem Schmerz führt, ist eine Tatsache. Man kann physiologisch die Schmerzfortleitung nachvollziehen, wie es aber zum subjektiven Bewusstseinsphänomen Schmerz kommt, ist auch heute immer noch ein Rätsel. Es lässt sich aber doch so viel sagen, dass die objektivierbare und messbare Erregung eines Schmerznerve ihr subjektives Pendant im Schmerz des Kranken findet. Viktor von Weizsäcker interessiert weniger die Frage, wie es von der Schmerzenerregung zum subjektiv erlebten Schmerz kommt; er stellt vielmehr das eine Not besitzende, einen Schmerz erleidende Subjekt in das Zentrum seiner Überlegungen. Das Subjekt, der kranke Mensch, empfindet einen Schmerz und eine Not und sucht einen Arzt auf. Hier wird die Beziehung des Schmerzes zur Not und zum Kranken deutlich. Der Schmerz wird dem Patienten eine Not und ist eine Not zugleich. Schmerz, Not und das kranke Subjekt stehen miteinander in Beziehung und sind in die Lehre der medizinischen Anthropologie eingebettet. Gelingt ein Verständnis der Not, kann man auch Erkenntnis über den Schmerz und das kranke Subjekt gewinnen.
- 80 Naturwissenschaft, so fährt Viktor von Weizsäcker fort, habe eine unbestreitbare Bedeutung als Technik und Methode, nicht als Wahrheit und Inhalt. Im Hinblick auf die Hinwendung zum kranken Menschen sei die Naturwissenschaft Instrument und nicht mehr zugleich Ziel. Also müsse das Ziel hinterfragt werden. Am Krankenbett stelle sich eine konkrete *neue* Wirklichkeit dar, die wesentlich zur ärztlichen Sache gehöre und das Objektivierbare übersteige.
- 81 Im Medizinstudium lerne der Student in Fächern wie Anatomie, Physiologie, Chemie, Physik, Biologie „von Dingen die ‚etwas‘ sind“, aber „nichts von Dingen, die ‚jemand‘ sind“.<sup>102</sup> In der Sprechstunde sei der Arzt aber mit dem Patienten konfrontiert, der sagt: „ich bin krank“.<sup>103</sup>
- 82 Über die Kritik an Descartes' berühmten Satz „*cogito ergo sum*“ entwickelt Viktor von Weizsäcker für die konkreten Aufgaben des Arztes, nämlich die Bestimmung des Wesens der ärztlichen Sache und das Verständnis des kranken Menschen den Satz „ich verstehe jemanden, also ist er“.<sup>104</sup> Das Verstehen findet nicht über das Denken statt. Der Arzt versteht, „daß ein *anderer* das denkt, was er denkt“.<sup>105</sup> Weizsäcker nennt diese Art des Jemand-Verstehens *transjektiv*. Das Subjekt stellt dabei das Ich des anderen dar. Es handelt sich dabei nicht um ein objektives Verstehen, da das Verstehen auf das Subjekt bezogen ist. Man kann *ihn* verstehen, aber nicht *es*.<sup>106</sup>

- 83 Es geht Viktor von Weizsäcker aber nicht um die logischen Voraussetzungen des Verstehens, sondern um die Bereicherung des Verstehens des kranken Menschen. Dazu sei eine antilogische Bewegung erforderlich. Antilogisch muss von unlogisch unterschieden werden. Es ist vielmehr als „Bewegungsrichtung in Beziehung auf Inhalt“<sup>107</sup> zu verstehen. „Wir müssen vom Anfang nicht zur Abstraktion, sondern zum Konkreten fortgehen, welches weniger Logizität zeigt als das Abstrakte“.<sup>108</sup> Wie der Arzt auf die Klage des Patienten „ich bin krank“ reagiert, ist für Weizsäcker kennzeichnend und unterscheidet den guten vom schlechten Arzt.
- 84 Der idealtypisch schlechte Arzt untersucht einzelne Organsysteme (z.B. durch Inspektion des Brustkorbes, Perkussion und Auskultation des Herzens und der Lunge, um klinische Zeichen einer organischen Erkrankung zu erkennen) und macht damit das Subjekt zum Objekt oder, um es mit Viktor von Weizsäcker auszudrücken: Er ersetzt das „Ich“ durch ein „Es“. Damit bewegt er sich vom Anfang (der Klage des Patienten) zum Abstrakten.
- 85 Der gute Arzt hingegen fragt den Patienten: „Wo fehlt es Dir?“<sup>109</sup> und begründet damit ein Gespräch.<sup>110</sup> Er belässt den Patienten als Subjekt und spricht gleichsam von „Ich“ zum „Ich“. Damit bewegt er sich antilogisch vom Anfang zum Konkreten. Diese Frage stellt ein zentrales Element für alle weiteren diagnostischen und therapeutischen Schritte dar. Mit ihr ist die „Sachlichkeit und das Urphänomen des Arztseins in die Wirklichkeit eingeführt“.<sup>111</sup>
- 86 An dieser Stelle führt Weizsäcker die biographische Methode ein und stellt sie der kritischen Methode (im Sinne von Immanuel KANTS *Kritik der reinen Vernunft*) gegenüber. Während die kritische Methode die logischen Prämissen der Erkenntnis zum Gegenstand habe, sei das Ziel der biographischen Methode das Verständnis des kranken Menschen.<sup>112</sup>
- 87 Wesentlich für die Bestimmung der ärztlichen Sache und für das ärztliche Handeln sei das Fragen und nicht das Wissen:  
 „Den Anfang der biographischen Szene, die wir betrachten, ist aber eine Klage, und die zweite Phase der Szene bringt eine Frage“.<sup>113</sup>
- 88 Somit ist ein Gespräch konstituiert, das sich auf etwas Konkretes bezieht. Die biographische Methode wird als Methode einer medizinischen Anthropologie bezeichnet. Wissen aus Psychologie, Chemie, Biologie, Physik, Anatomie, Pathologie, Physiologie oder Biochemie, diene als Mittel. Im Gespräch werde das Ich des Subjekts zum Du.<sup>114</sup>

#### 4.2.2 Viktor von Weizsäcker: „Krankengeschichte“

- 89 Im Folgenden werde ich diesen Aufsatz Weizsäckers referieren und seine Deutung mit meinen eigenen Anmerkungen versehen. Insbesondere werde ich die Krankengeschichte mit seinen nosologischen Begriffen (Neurose, Biose, Sklerose) darstellen und Analogien zur Traditionellen Chinesischen Medizin aufzeigen.
- 90 Ein Bauer sucht den Arzt auf. Er klagt über Leibschmerzen und will wissen „was das eigentlich ist“.<sup>115</sup> Für den Bauern ist der Wunsch zu wissen größer als der nach Hilfe. Intuitiv verhält er sich so, als ob das Wissen helfen könne und als ob er wüsste, „daß auch der Zweifel das sein kann, was ein Leiden ausmacht“.<sup>116</sup> Der junge, noch unerfahrene Doktor sagt ihm: „Es ist nichts da“<sup>117</sup> und hinterlässt im Bauern einen

tiefen Zweifel. Der Arzt konnte seinem Leiden keinen Namen geben. Unzufrieden sucht der Bauer einen zweiten, älteren Arzt auf. Dieser befindet den Patienten für organisch gesund und teilt dies dem Bauern auch mit. Er findet heraus, dass der Bauer um einen Acker einen Prozess führt und sagt ihm, seine Schmerzen kämen von der Aufregung. Auch diese ärztliche Konsultation ist für den Bauern nicht zufriedenstellend. Er kann sich nicht erklären, woher die Schmerzen kommen und wie er sich ob des Unrechts nicht über den Prozess aufregen soll. Also sucht er einen dritten Arzt auf, der analytisch geschult ist. Der Bauer hatte einen strengen Vater, der ihn in seiner Entwicklung unterdrückte. Symbolisch steckt jener im Prozessgegner. Der Acker symbolisiert die Mutter, um die er mit dem Vater konkurrierte. Der Arzt ermöglicht dem Patienten jedoch keine analytische Therapie und verschreibt ihm ein Medikament, das bestimmt helfen werde. Tatsächlich geht es dem Bauern, auf den der Arzt Eindruck gemacht hat, besser, jedoch nur eine Weile, bis die Schmerzen verstärkt wiederkommen. Beim ersten Arztbesuch wollte der Bauer wissen, woher seine Schmerzen kommen, er glaubte an das Wissen des Arztes, beim dritten Arzt hat er seine ursprüngliche Frage vergessen und glaubt nun an den Wissensträger Arzt. Schließlich zweifelt er auch an diesem Arzt und sucht einen vierten Heiler, einen Homöopathen, auf. Dem Landwirt geht es für Monate besser, er hat damals auch seinen Prozess endgültig verloren.<sup>118</sup> Der Patient wird schließlich wegen Gallenblasenentzündung bei Gallensteinen von einem fünften Heiler, einem Chirurgen, operiert. Ihm wird gesagt, seine Beschwerden hätten auch schon von den Gallensteinen hergerührt. Seine Eltern waren inzwischen verstorben. Er hat keine Schmerzen mehr zu beklagen, aber er war unzufrieden, von Widrigkeiten umgeben.<sup>119</sup>

- 91 Viktor von Weizsäcker beschreibt im weiteren Verlauf des Aufsatzes, dass ein vielseitig geschulter Arzt, der psychosomatische Faktoren der Krankheitsentstehung und -entwicklung miteinbezieht, alle Entwicklungsphasen der Krankengeschichte analysieren kann:

„Er weiß, daß Störungen und Schmerzen der Gallenwege von psychischen Faktoren abhängen. Er weiß, daß die neurotische Einstellung sich immer auf einer frühkindlichen Entwicklung der Psyche aufbaut.“<sup>120</sup>

- 92 Man kann die Krankengeschichte mit den Begriffen aus Weizäckers Pathosophie beschreiben. Am Anfang bewegten sich die Leibscherzen auf der funktionellen Ebene. Den funktionellen Beschwerden entsprach kein morphologisches (körperliches) Korrelat. Dies entspricht dem Weizäckerschen Begriff der *Neurose*. Später mag sich Gallenblasen-Sludge und eine vorübergehende Reizung der Gallenblasenwand entwickelt haben. Hier ist der Krankheitsprozess noch reversibel. Dieses Stadium entspricht der *Biose*. Schließlich mündet die Erkrankung in eine manifeste Gallenblasenentzündung bei Gallenblasensteinen. Es ist eine *Sklerose* eingetreten. Es kommt zur „Entscheidung über den Teiltod eines meiner Glieder“,<sup>121</sup> die mit dem Schmerz einhergeht und vom Schmerz erzwungen wird. Die Gallenblase wird schließlich entfernt.
- 93 Im Folgenden analysiert Viktor von Weizsäcker, wie es zu der gefährlichen Entwicklung kommen konnte: In der lehrreichen Geschichte ist ein Ariadnefaden zu finden, der sich erschließt, wenn man die biographische Methode einbezieht. Der Bauer ist sich selbst gegenüber untreu geworden, denn er vergaß seine ursprüngliche Frage. Er wollte ja zunächst wissen, „was es eigentlich ist“.<sup>122</sup> Der erste Arzt hätte dem Patienten helfen

können, wenn er den psychosomatischen Zusammenhang der Erkrankung erfasst und dies dem Patienten mitgeteilt hätte:

„Du weißt selbst was es ist, es ist der boshafte, törichte Trieb, zu prozessieren; und wenn du sofort aufhörst, bist du gesund.“<sup>123</sup>

94 Der zweite Arzt hatte einen falschen Namen für seine Beschwerden. Seine Beschwerden kamen nicht von der Aufregung des Prozesses. Der Prozess selbst regte ihn wegen seiner Ungerechtigkeit und Sinnlosigkeit auf. Der dritte Arzt hatte es viel schwerer als seine beiden Vorgänger, da der Patient den Ursprung seines Anliegens schon vergessen hatte (er wollte wissen, was es ist). Die Verschreibung eines Medikaments verstärkte sogar noch die Verdrängung, denn der Bauer war jetzt der Überzeugung, dass nur das Mittel helfen könne und nicht die Umkehr.<sup>124</sup>

95 Entscheidend für das Verständnis der Krankheitsentstehung sei nun der Übergang oder Zusammenhang von der moralischen Kategorie in die medizinische Kategorie. Die Krankengeschichte des Bauern steht hier nur stellvertretend für ein allgemeines Gesetz, das nach Viktor von Weizsäcker in allen Krankengeschichten gefunden werden kann. Dazu benötigt man die biographische Methode, die hier nicht *expressis verbis* aber inhaltlich genannt wird:

„Hier aber haben wir es mit einem wichtigen *Übergang* oder *Zusammenhang* zu tun, der, wie man bei tiefem Graben in einer Krankengeschichte bemerkt, zu jeder Krankengeschichte gehört. Um ihn überall zu finden ist nötig, daß man das Schicksal eines Menschen in allen seinen Beziehungen zur Umwelt und allen seinen Verkettungen in der Geschichte betrachtet. Man muß der *Fülle* des Wirklichen offen stehen, dann eröffnet sich dem Blick auch die sachliche und allgemeingültige Erkenntnis, daß jener Sonderfall des Bauern ein Beispiel eines Lebensgesetzes ist.“<sup>125</sup>

## Deutung

96 In dem Abschnitt „Deutung“ beschäftigt sich Viktor von Weizsäcker mit dem Zusammenhang zwischen Wahrheit und Gesundheit bzw. Unwahrheit und Krankheit.

97 Ein Mensch kann sich selbst im Wege stehen. Dies kann eine Quelle seiner Unruhe sein: Er tritt auf der Stelle und kommt dabei nicht voran. Dies kann sich auf der Ebene der Motorik abspielen, aber auch auf den Charakter beziehen. Am Beispiel eines Geisteskranken zeigt Viktor von Weizsäcker, dass Entscheidungen wie ein einfacher motorischer Akt (Willkürmotorik, z.B. das Heben eines Beines beim Versuch zu gehen) unter den Bedingungen des pathischen Pentagramms<sup>126</sup> stehen:

„[E]in so harmloser Entschluß geschieht ihm mehr, als daß er ihn faßte; aber er ist auch eine Entscheidung; [...] Um zu wollen, muß er wollen können, und so steht das Wollen *unter* einer Bedingung des Könnens. Er kann nicht alles wollen. Was er nicht wollen kann, tut er unter Zwang (sei es nun ein Etwas-tun oder ein Etwas-lassen). Unzweifelhaft ist der Bauer in solchen Zwang erst hineingeraten.“<sup>127</sup>

98 Entsprechendes gilt auch für den Bauern. In seiner Krankengeschichte gab es einen Zeitpunkt, ein Zeitfenster, worin er alleine den sinnlosen und rechthaberischen Prozess hätte aufgeben können, später schaffte er es nicht mehr alleine. Da suchte er einen Arzt auf, der ihm als Wissender die Heilung bringen sollte. Stattdessen fand er nur einen Helfenden; statt auf Wissen zu bauen, setzte er nun auf die Persönlichkeit. Der Bauer verlor den Faden, er vergaß, warum er den Arzt ursprünglich aufgesucht hatte. Er steht sich mit seinem Wissensverlust gleichsam selbst im Wege, tritt auf der Stehe. Die Krankheit mündet in eine Katastrophe, die Gallenblase entzündet sich, eine

lebensbedrohliche Krankheit hat sich entwickelt. Der Ausgang des Prozesses verändert auch die Persönlichkeit des Bauern. Die operative Entfernung der Gallenblase hat bewirkt, dass er keine körperlichen Schmerzen mehr hat. Das Symptom Schmerz<sup>128</sup> ist zwar verschwunden, die Verbitterung des Bauern bleibt. Sein Charakter tritt auf der Stehe. Die Möglichkeit der Veränderung des Charakters und damit eine Entwicklungsmöglichkeit ist mit dem Nicht-Mehr-Wissen-Wollen verschwunden.<sup>129</sup>

99 Der Wissensverlust verändert und modifiziert die Persönlichkeit. Die Art des Wissensverlustes sei die Determinante, die darüber bestimme, ob er zu einer Not für den Patienten werde. Entsteht eine Not, kann dies bewirken, den Arzt aufzusuchen. Auch in der biographischen Entwicklung des Arztes stellt sich ein Wissensverlust ein. Entscheidend dafür, ob die Therapie erfolgreich ist, d.h. ob der Arzt dem Patienten das verlorene Wissen wieder zugänglich machen kann, sei nun, ob der Arzt das dem Patienten verloren gegangene Wissen noch selbst besitzt bzw. ob er es wieder gewonnen hat.<sup>130</sup>

100 In diesem Kontext interpretiert Viktor von Weizsäcker die Bibelsteile:

„Wenn ihr nicht umkehret und werdet wie die Kinder, so werdet ihr nicht ins Himmelreich kommen.“ (Mt. 18, 3)

101 Er macht deutlich, dass hier nicht die Unwissenheit gemeint ist, sondern dass es darum geht, verlorenes (kindliches) Wissen zurückzugewinnen, um eine Not zu überwinden.<sup>131</sup> Da nach Weizsäcker das wirkliche Wesen des Krankseins eine Not ist,<sup>132</sup> lässt sich hier postulieren, dass Krankheit überwunden werden kann durch den Gewinn von verlorenem Wissen. Eine weitere Schlussfolgerung liegt darin, dass man dem Kind einen hohen Grad an Gesundheit zubilligen muss, der sich im Laufe der Jahre durch Wissensverlust reduziert.<sup>133</sup> Das Leben kann man unter diesem Aspekt als eine „Krankheit zum Tode“ auffassen.<sup>134</sup>

102 Durch den Wissensverlust verbaut sich der Mensch Entwicklungsmöglichkeiten seiner Persönlichkeit. Das meint Weizsäcker, wenn er schreibt, dass sich der Mensch selbst im Wege stehen kann.<sup>135</sup> Der Wissensverlust erzeuge im Menschen eine Unruhe,<sup>136</sup> die ihn auf der Stelle treten lasse, wirkliche Entwicklung finde nicht statt. Der Patient wisse zwar, was er wisse, aber nicht, was er nicht wisse. Diese Unruhe führe letztlich zur Krankheit. Deshalb müsse der Arzt ein *doctor* oder besser noch ein *docens* werden, um seinem Patienten zu helfen, indem er ihm hilft, verlorenes Wissen wieder-zu-gewinnen.<sup>137</sup>

103 Für Weizsäcker stellen „[d]er Drang und die Not, es *wieder* zu erfahren“,<sup>138</sup> die zu lindernde Krankheit des Daseins und eine mächtige Triebfeder der Wissenschaftler dar. Als Resümee hält er fest, dass es sein Wissensverlust sei, womit der Mensch sich selbst im Wege stehe.<sup>139</sup>

„Gewiß ist nur so viel, daß in der Not dies *Fragende* enthalten ist, daß im Wissen *Linderung* kommt und daß so in allem Leiden eine Frage an die Wahrheit, in allem Helfen eine Antwort darauf liegen kann. Unsere Krankheiten haben etwas mit unseren Wahrheiten zu schaffen.“<sup>140</sup>

### Die eigentliche Krankengeschichte

104 In der eigentlichen Krankengeschichte vertieft Viktor von Weizsäcker das Verständnis der Krankheit des Bauern und erarbeitet Grundlagen einer medizinischen Anthropologie.

- 105 Der Chirurg steht am Ende der Kette der Krankheitsentwicklung. Mit der Entfernung des Organs wird der Wissensverlust endgültig besiegelt. Der Kampf des Patienten um sein verloren gegangenes Wissen ist beendet, eine Chance zur Entwicklung der Persönlichkeit ist vertan. Immerhin versetzt der Chirurg den Landwirt durch die lebensrettende Operation in die Lage, dass er noch einmal neu entscheiden kann, wenn neue Entscheidungen anstehen. Die behandelnden Ärzte hätten dem Bauern am besten helfen können, wenn sie ihm das rechte Wort und den rechten Namen genannt hätten, d.h. wenn sie dem Bauern ein Wissender (*Doctor*) gewesen wären, statt ihm sein Leiden nur nehmen zu wollen. Viktor von Weizsäcker betont die Wirkung des Wortes in der Arzt-Patienten-Beziehung. Das Versagen des ersten Arztes hatte auf den Leidensweg des Bauern den größten Einfluss. Mit der Äußerung „Es ist nichts da“<sup>141</sup> provozierte er den Bauern zum Widerspruch. Vor der Konsultation war der Bauer noch offen dafür, dass der Fehler in ihm liege. Danach überträgt er seinen Hass auf den Arzt, der ihm wie sein Prozessgegner sein Recht (beim Arzt: das Recht auf Hilfe) versagt. Er leugnet in dieser Gegnerschaft auch die Äußerung des Arztes, dass ihm nicht Organisches fehle. So wird aus dem Innenleiden ein Außenleiden. Der Schmerz wird externalisiert. Prozess-Gegner, Arzt und sein Leiden werden äußere Gewalten. Die einseitige Behandlung des Außenleidens durch den dritten Arzt verstärkt diese Fixierung noch. Eine Umkehr zur Behandlung der wirklichen Ursache seiner Beschwerden wird dadurch immer schwieriger.<sup>142</sup>
- 106 Weizsäcker zeigt hier exemplarisch, dass hinter der naturwissenschaftlichen Beschreibung des Krankheitsverlaufs die „eigentliche“ Krankengeschichte steckt, in welche die Biographie des Patienten mit eingeht:
- „[H]inter dem Naturvorgang, der mit den Mitteln objektiver Erkenntnis wissenschaftlich erfaßt und (auch vom Kranken) gegenständlich gedacht wird, spielt sich jederzeit *die* Krankengeschichte ab, in welcher dieses Erfassen und Denken unabtrennbarer Bestandteil eben der Geschichte des Kranken ist; denn sein Erfassen und Denken trifft selbst als geschichtliche Macht der Krankheit auf, verschlimmernd oder heilend, je nach der Richtung, welche es nimmt.“<sup>143</sup>
- 107 Zur „eigentlichen Erfahrung“<sup>144</sup> gelangt man durch eine gelungene Arzt-Patienten-Beziehung, die einen Gestaltkreis<sup>145</sup> darstellt:
- „Ein solcher Weg ist die Weggenossenschaft von Arzt und Kranken, und in ihrer Monographie enthüllt sich, was man niemals objektiv darstellen kann, was vielmehr Werden bleibt.“<sup>146</sup>
- 108 Die Methode, welche zur eigentlichen Erfahrung führt, ist die biographische Methode. Sie muss die Wirklichkeit des Patienten zum Ausgangspunkt machen:
- „Sie ist nicht die Beschreibung des Krankhaften, das objektiv passiert ist – nicht Nosographie –, sondern sie ist die Betroffenheit des Lebens selbst in dem Kranksein.“<sup>147</sup>
- 109 Aufgabe für Arzt und Patient sei es, ein Wirkliches darzustellen, das sich zuletzt als ein Gebotenes erweise.
- 110 Weizsäcker fordert eine anthropologisch begründete Krankheitslehre, die auch die „eigentliche Krankengeschichte“<sup>148</sup> umfasst. Der eigentliche Kern der wirklichen Krankengeschichte hinter dem naturwissenschaftlich darstellbaren Phänomen soll durch Erfahrungen sichtbar gemacht werden:
- „Diese Erfahrung und ihre Stufen kann sich nicht in anderen Geboten und Gesetzen bewegen als das menschliche Leben überhaupt, und man kann Gesundheit wie

Krankheit nur von einer Erfahrung des Lebens aus verstehen, nicht aus sich selbst.“<sup>149</sup>

111 In dieser Krankheitslehre ist die Aufgabe des Arztes nicht nur negativ definiert als Bekämpfung von Krankheiten. Sie besitzt auch einen positiven Begriff der Gesundheit.

112 Den konkreten Gestalten der Not entsprechen konkrete Gestalten der ärztlichen Zuwendung. Konkrete Stufen der Not umfassen den Wissenszweifel, den Wissensverlust bis zur Lebensbeschränkung oder Lebensverneinung. Als Formen der ärztlichen Zuwendung führt Weizsäcker den Schutz, den Halt, den Gegensatz, die Ergänzung, die Liebe und die Bewährung auf. Mangel und Not seien die Quelle dieser Zuwendung. Damit stünden sie (wie auch der Schmerz) im Gegensatz zu allem, was aus der Fülle und der Lust entspringt.<sup>150</sup> Aus diesem vertieften Verständnis von Krankheit heraus, steht sich für Weizsäcker die „Wegwendungen von der *eigentlichen* Not und damit im gleichen Akt Zuwendungen zu *notfremden* Ordnungen, Werten oder Begriffen“<sup>151</sup> als Fehler der Ärzte, die den Bauern behandelten, heraus. Die Ärzte sind der Wirklichkeit des Subjekts nicht gerecht geworden, sie haben das Subjekt und dessen Wirklichkeit nicht in den Mittelpunkt ihres Denkens gestellt. Vielmehr flüchteten sie in *notfremde* Ordnungen. Mit der Diagnose „nichts Rechtes da“<sup>152</sup> wendeten sie sich der Ordnung der Anatomie zu, mit „nur nervös“<sup>153</sup> erfolgte eine Zuwendung zu einem Wertmaßstab und in die psychologische Kategorie, mit „bloße Einbildung“<sup>154</sup> fand eine Zuwendung zur erkenntnistheoretischen Ordnung statt. Zugleich wandten sie sich vom *Eigentlichen*, dem leidenden Subjekt, ab.<sup>155</sup>

113 Die Medizin als naturwissenschaftliches System und die Psychoanalyse hätten nur in der Berührung mit dem Menschen eine Legitimation:

„[S]innlicher Kontakt mit der Natur in Raum und Zeit, seelische Berührung mit dem Menschen in Empfinden und Tun legitimiert allein ihre Einsichten. Diese *Berührung in der Erfahrung* ist also die *via regia* zur wirklichen Welt, und durch sie, und *nur* durch sie haben jene Wissenschaften Anteil an der *eigentlichen* Krankengeschichte, an ihrem wirklichen Menschen.“<sup>156</sup>

114 Für Viktor von Weizsäcker besteht ein Primat des Empirischen vor dem Theoretischen. Pragmatisch urteilt er, dass Wissen und Wissenschaft zur Medizin gehörten, weil man die Krankheiten damit besser beherrschen kann.<sup>157</sup> Eine anthropologisch begründete Krankheitslehre entstehe aus der Erfahrung. Eine Lehre von der *Weggenossenschaft* von Arzt und Patient mache das *Urphänomen* in allem pathologischen Geschehen sichtbar:

„die Verknüpfung von Krankheit und Wahrheit, von Leiden und Wissen [...]. Krankheit ist wirklich die von Fall zu Fall geschehene Anerbietung eines Wissens um die Wahrheit [...] Krankheit ist erfahrbar als dies, daß durch ein Körpergeschehen eine Bewußtseinsentwicklung geschaffen wird. Aber man muß dazu sagen und sagt damit dasselbe, daß Krankheit als ein durch eine Bewußtseinsentwicklung geschaffenes Körpergeschehen erfahrbar sei.“<sup>158</sup>

115 Dass Wissen und Wissenschaft als Teil der Medizin überhaupt helfen können, Krankheiten zu beherrschen, liege daran, dass Krankheiten mit Wissen und Nichtwissen verwandt sind, weil Krankheit Bestandteil der Wissenswerdung, des Wahrheitsweges sei.<sup>159</sup> Auch der Zustand und Begriff des Arztes gehören *wesenhaft* zur Krankheit:

„[E]r ist ja nur Arzt, wenn er am Patienten krankt, wenn dessen Krankheit sich in ihn hinein fortsetzt und seine Organe mitergreift.“<sup>160</sup>

- 116 Für Viktor von Weizsäcker steckt in der Krankheit ein Sinn. Dieser sei nur vom Kranken aus realisierbar und dürfe vom Arzt nicht gefordert werden. Für den Arzt dürfe dieser Sinn nur eine Not, dem Kranken nur ein Heil sein.<sup>161</sup>

### 4.2.3 Schmerz und Krankheit

- 117 In Viktor von Weizsäckers Anthropologie spielen die Begriffe Krankheit und Schmerz eine zentrale Rolle. In diesem Abschnitt soll auf die Beziehung beider zueinander eingegangen werden.

- 118 In dem Aufsatz „Der Arzt und der Kranke“ wird die Not als wirkliches Wesen des Krankseins beschrieben:

„Das wirkliche Wesen des Krankseins ist eine *Not* und äußert sich als eine Bitte um Hilfe.“<sup>162</sup>

- 119 Dies trifft auch auf den Schmerz zu. Schmerz wird in Form eines Begriffspaares der Krankheit zugeordnet wie die Minorität dem Neurotiker und die Schuld dem Melancholiker. Ebenso wird ausgesagt, dass sowohl der Schmerz als auch die Krankheit letztlich nicht einfühlbar und verständlich seien:

„Ein kranker Mensch ist für den Arzt also *letzten* Endes weder einfühlbar noch verstehbar, und ich muß überhaupt bestreiten, daß man als schmerzfreier den *Schmerz*, den wirklichen Schmerz des Kranken selbst, die wirkliche Minorität des Neurotikers selbst, die wirkliche Schuld des Melancholikers selbst nachfühlen und verstehen kann. Wer dies behauptet, verfälscht ontologisch die Situation des Arztes zum Kranken.“<sup>163</sup>

- 120 Vom Schmerz ausgehend entwickelt Weizsäcker eine Schmerzordnung, die in die medizinische Anthropologie mündet:

„Nach der Ordnung der *Gebote* aber ist die Hinwendung zum Schmerz des Anderen die Sachlichkeit des ärztlichen Berufs.“<sup>164</sup>

- 121 Die Sachlichkeit bestehe in der „Geboterfüllung“. Die Aufgabe für Arzt und Kranken bestehe nicht in der Beseitigung der Schmerzempfindung, sondern in der Bewältigung der Schmerzarbeit und ihrer Entscheidung. Das Ergebnis der Schmerzarbeit sei Entscheidung. Darunter wird die „Wiederherstellung der Einheit des Selbst mit sich nach Ausstoßung eines Es“<sup>165</sup> verstanden. Ziel sei das menschliche Leben überhaupt,<sup>166</sup> zwei Sätze später ist die anthropologische Medizin Thema seiner Ausführungen.<sup>167</sup> – Schmerzen sind als „Aufgabe“<sup>168</sup> aufzufassen und als Chance, die die Persönlichkeit des Menschen weiterentwickeln kann.<sup>169</sup> Dies gilt ebenso für die Krankheiten:

„Krankheit ist wirklich die von Fall zu Fall geschene Anerbietung eines Wissens um die Wahrheit [...] Krankheit ist erfahrbar als dies, daß durch ein Körpergeschehen eine Bewußtseinsentwicklung geschaffen wird“,<sup>170</sup>

- 122 und

„Krankheit ist ein Examen, aber auch ein Unterricht; es wird geprüft, aber auch mitgeteilt.“<sup>171</sup>

- 123 Schmerz und Krankheit halten für Arzt und Patient eine Botschaft bereit, die es zu ergründen gilt. In der Lehre von der Weggenossenschaft von Arzt und Patienten werde das Urphänomen in allem pathologischen Geschehen deutlich, „die Verknüpfung von Krankheit und Wahrheit, von Leiden und Wissen.“<sup>172</sup> Auch im Schmerz findet sich die Unwahrheit:

„Im Schmerz ist aber das enthalten, daß etwas nicht sein *soll*, was doch ist, und dieser Widerspruch von Sollen und Dasein ist die eigentliche Wirklichkeit des Menschen als Kreatur.“<sup>173</sup>

124 Und:

„Gewiß ist nur so viel, daß in der Not dies *Fragende* enthalten ist, daß im Wissen *Linderung* kommt und daß so in allem Leiden eine Frage an die Wahrheit, in allem Helfen eine Antwort darauf liegen kann. Unsere Krankheiten haben etwas mit unseren Wahrheiten zu schaffen.“<sup>174</sup>

125 Die enge Beziehung zwischen Schmerz und Krankheit drückt sich auch in dem Verhältnis von Schmerzordnung und ärztlicher Ordnung aus. Von der Ordnung der Schmerzen wird in dem Aufsatz „Die Schmerzen“ gesagt, dass sie als Ordnung des Arztes keine Ordnung der Größen und Werte sei. Außerdem gehe die Schmerzordnung „quer durch die der Natur, des Geistes, der Werte hindurch.“<sup>175</sup> In dem zwei Jahre später verfassten Aufsatz „Krankengeschichte“ führt Weizsäcker aus, dass die ärztliche Ordnung „überall *quer* durch die Ordnungen des Staates, der Wissenschaft, der Erkenntnistheorie und der Logik gehen kann.“<sup>176</sup> Die Wahrheit einer Krankengeschichte könne nur in Form einer Deutung, aber nicht durch Beobachtung und Kausalität erfahren werden. – In „Die Schmerzen“ heißt es:

„Jeder Schmerz ist so vielleicht eine Vorahnung des Todes, aber lieber möchte man sagen, eine nahende Entscheidung über den Teiltod eines meiner Glieder.“<sup>177</sup>

#### 4.2.4 Viktor von Weizsäcker. „Über medizinische Anthropologie“

126 In diesem Vortrag, den Viktor von Weizsäcker 1927 vor der Kölner Kant-Gesellschaft hielt,<sup>178</sup> erläutert er sein Krankheitskonzept.

127 Ausgehend von der Krise in der Medizin seiner Zeit, sieht er die Psychotherapie am Beispiel der Neurose als Vorbild für einen Reformprozess, der aus der Krise führt. Die Neurose spiegle einen tiefen persönlichen Existenzkonflikt wider. Leiden an der Vereinsamung, der Entwertung, der Unheilbarkeit und des Konfliktes seien für organisch Kranke gleichermassen von Bedeutung:

„So sind wir heute in dem Falle, daß wir uns mit der *organischen* Erklärung der *Leiden* unserer Kranken, ihrer Schmerzen, ihrer Angst, ihrer Schwächen, Sensationen und Qualen nicht mehr zufrieden geben, nachdem wir begriffen haben, daß alles dies Ausdrucksformen der *Existenzbedrohung* sind; dieselben Symptome aber zeigen die Gefahr des eigenen Leibes ebensowohl an wie die Gefahr der Existenz als Mensch unter Menschen.“<sup>179</sup>

128 Viktor von Weizsäcker bemerkt eine partielle Übereinstimmung der Symptome bei organisch Kranken zum einen und bei Konfliktneurosen zum anderen und postuliert eine umfassende „*allgemeine Krankheitslehre*“<sup>180</sup>

129 In der ärztlichen Praxis muss der Arzt zwischen lebensbedrohlichen Brustschmerzen wie bei *Angina pectoris* oder einem Herzinfarkt einerseits und herzbezogenen Schmerzen bei Angststörungen und Herzneurosen andererseits unterscheiden. Es gibt partielle Überschneidungen in der Art der Schmerzen, aber auch charakteristische Unterschiede, was den Auslöser der Schmerzen, den Schmerzcharakter, die Ausstrahlung angeht.

130 Im weiteren Verlauf seines Vortrags kommt der Arzt und Philosoph auf das Arzt-Patient-Verhältnis zu sprechen. Die Psychotherapie habe erhellte, dass „die *Gesundheit*

eines Menschen etwas mit seiner *Wahrheit* zu tun hat, seine Krankheit etwas mit einer Unwahrheit“.<sup>181</sup> Damit weist er auf eine moralische Dimension von Krankheit hin.

- 131 Er stellt die These auf, dass der Zusammenhang von Wahrheit und Krankheit ein ontologisches Verhältnis anzeige, das sich logisch und phänomenologisch beschreiben lasse und, um das zu zeigen, geht er methodisch in mehreren Schritten vor:

„Zunächst versuche ich zu beschreiben, in welches *logische* Verhältnis der *untersuchende*, der den Kranken gleichsam *betastende* Arzt zu diesem Kranken als einem theoretischen Gegenstand, als einem *Objekt* zu stehen kommt, und entwickle dabei eine Theorie des Gestaltkreises. Alsdann versuche ich aus der Phänomenologie des Kranken einen Schluß auf die Struktur der Krankheit und des Heilvorganges zu ziehen und damit auf das Verhältnis von Arzt und Patient sowie den metaphysischen Ort ihrer Gemeinschaft.“<sup>182</sup>

- 132 Die Theorie des Gestaltkreises veranschaulicht er am Beispiel eines Subjekts, das bei geschlossenen Augen einen Schlüssel abtastet. Hier geht es um die Analogie zum Arzt, der (als Subjekt) ja auch, wie oben ausgeführt wurde, seinen Patienten (als Objekt) betastet:

„Wenn ich bei geschlossenen Augen einen *Schlüssel* abtaste, so hängt Form und Folge der Reize auf meine Tastorgane von Form und Folge meiner Tastbewegungen ab; die Reizgestalt ist also von zwei Seiten determiniert: vom Objekt und von der Reaktion. Den Gesamtvorgang können wir jetzt als *Kreisprozeß* verstehen, indem die Kette der Ursachen und Folgen in sich zurückläuft in Bezug auf das *Gestaltetsein* des Vorganges.“<sup>183</sup>

- 133 Diesen Kreis bezeichnet er als ‘Gestaltkreis’. Bei diesem Prozess sei von entscheidender Bedeutung, dass man nicht sagen kann, welche Kraft als die gelenkte und welche als die lenkende gelten könne. Man könne, um beim Beispiel zu bleiben, ebensogut sagen, die Tastbewegung lenke die Reizgestalt (den Schlüssel), als auch umgekehrt die Reizgestalt lenke die Tastgestalt (die tastende Hand). Der Gestaltkreis umfasse Organismusinnenwelt und -außenwelt in einer Ganzheit. Diese Ganzheit habe die Eigenschaft, dass sie unanschaulich und nicht normallogisch sei.<sup>184</sup> So erfüllt sie nicht die Bedingung, dass zwei Aussagen, die einander widersprechen, nicht beide zugleich wahr sein können.

- 134 Auch im Hinblick auf die Kategorie Kausalität zeige sich eine Mehrdeutigkeit. Die Reizgestalt könne als Ursache der Tastwahrnehmung und die Tastwahrnehmung als Ursache der Tastbewegung, die wiederum Ursache der Reizgestalt werde, aufgefasst werden. Auch hier ist der Satz vom Widerspruch nicht erfüllt. Dem Gestaltkreis kommt also das Attribut zu, antilogisch zu sein:

„Antilogisch ist also eine Erkenntnisstruktur, die gegenüber einem Vorgang von jener Wahlmöglichkeit nach kontradiktorischen Richtungen Gebrauch macht.“<sup>185</sup>

- 135 Weizsäcker führt Beispiele für das Vorliegen eines antilogischen Verhältnisses aus der Mathematik (Kreis) und Physiologie (Sehraum) an und nennt in diesem Zusammenhang auch die Ambivalenz der Gefühle und Affekte. Die Ambivalenz von Gefühlen und Affekten werde durch Leidensformen wie Schmerz, Schwindel, Schwäche, Brechreiz, Ausstoßungsdrang, Tenesmen, motorische Erregung, motorische Apathie, Angst, Sexualerregung, Verzweiflung aufgedeckt, was die Empirie zeige. Die Existenzform dieser Leidensphänomene, denen sowohl ein beharrendes als auch ein vergehendes Moment innewohne und die gleichzeitig eine Existenzkrise darstellten, bezeichnet Viktor von Weizsäcker mit dem terminologisch gebrauchten Ausdruck „*sinnliche[r]*“

Zweifel“.<sup>186</sup> Die sinnliche Ambivalenz lasse sich bis in die sinnlichen Empfindungen verfolgen.<sup>187</sup>

- 136 Der Schmerz zeigt also eine Existenzkrise an, er deckt die Ambivalenz der Affekte und Gefühle auf. In der Erfahrung des Schmerzes liege schon der sinnliche Zweifel, der unsere Existenz als Existenz und Kreatur in Frage stelle, schreibt Weizsäcker in seinem Aufsatz „Die Schmerzen“.<sup>188</sup> Es zeigt sich, dass das Leben des Menschen, ebenso wie der Schmerz polaren Charakter hat. Es stehe in der Kategorie der Entscheidung und nicht in der Kategorie der Substanz:

„So also ist der Mensch, könnte man jetzt sagen. Er steht nicht in der Kategorie der Substanz, sondern in der Kategorie der Ent-Scheidung; nicht nur der sittlichen oder moralischen, sondern nur *auch* der sittlichen und moralischen.“<sup>189</sup>

- 137 Die Polarität erstreckt sich auf alle Ebenen des menschlichen Lebens:

„So ist Degeneration und Regeneration, ist aber auch Bautrieb und Zerstörungstrieb, ist Gesundheitsstreben und Krankheitsstreben, ist Lebenswille und Todeswille schon in den ersten Akten der Zelle, der Organsysteme, der Funktionen [...]“.<sup>190</sup>

- 138 Dieselbe ursprüngliche Polarität sei auch im Leiden und Heilen vorhanden und charakterisiere auch die ärztliche Handlung, die eine Verlängerung dieser Vorgänge in den Arzt hinein sei. Deswegen gehe die Auffassung, Zweck ärztlichen Handelns sei die Wiederherstellung der Arbeits- und Genussfähigkeit des Kranken am Wesen der Heilbehandlung vorbei.<sup>191</sup> Sie sei vielmehr

„die Beschreibung eines *gesellschaftlichen Zustandes* und seiner Ideale“.<sup>192</sup>

- 139 Dieser Satz hat auch heute noch nichts von seiner Aktualität verloren.

- 140 Weizsäcker wendet sich dann der Struktur des Heilvorganges und damit dem Verhältnis von Arzt und Krankem zu. Echten therapeutischen Fortschritt gebe es nur dort, „wo der Arzt selbst den Kanon seiner Haltungen gemeinsam mit dem Kranken einer Umgestaltung preis gibt“.<sup>193</sup> Anhand einer ärztlichen Handlung, dem ärztlichen Rat, zeigt er, dass nicht nur im Prozess der Diagnose, sondern auch in der Therapie ein Gestaltkreis vorliegt. Ein ärztlicher Rat soll in seiner Dynamik eine Kraftübertragung auf den Patienten bewirken und den Patienten stärken. Gleichzeitig gehe damit aber auch eine Bewegung in die entgegengesetzte Richtung einher. Es sei also auch eine Kraftabgabe vom Patienten an den Arzt vorhanden. Dies wird dann besonders deutlich, wenn die Bindung des Patienten zum Arzt (z.B. durch Vertrauensverlust) erschöpft ist. Das Befehlen (der ärztliche Rat) sei das Geben beim Gehorchenden. So kann Weizsäcker sagen, Befehlen sei Nehmen.<sup>194</sup> An diesem Beispiel wird deutlich, dass mit der ärztlichen Verordnung ein dynamischer, ambivalenter und antilogischer Prozess stattfindet, der Geben und Nehmen zugleich ist. Es ist dies die Beschreibung eines therapeutischen Gestaltkreises:

„[E]r umschließt den Arzt und den Patienten, er ist ein zweiseitiger Mensch, ein bipersoneller Mensch. Das ist die ‚Ganzheit‘ der ärztlichen Handlung [...] daß der Patient durch Umfassung des Arztes integriert werde – wieder: nicht seines Arztes als ganzen Menschen, sondern als ganzen Arztes.“<sup>195</sup>

- 141 Das wechselseitige Geben und Nehmen bei Arzt und Krankem wird von den beiden Akteuren wahrgenommen:

„Und was als *Figur* im einen geschieht, das geschieht als *Hintergrund* im anderen.“<sup>196</sup>

- 142 In der Psychoanalyse ist das z.B. bei Übertragungen und Gegenübertragungen der Fall. Weizsäcker nennt in diesem Zusammenhang den Begriff der negativen Übertragung in

der Freud'schen Psychoanalyse. Er macht klar, dass erst das „Doppelspiel“<sup>197</sup> der Übertragungen die therapeutische Wirksamkeit der Psychotherapie ermöglicht.

- 143 Die Erfahrung zeige, dass Vorgänge, Erlebnisse, phänomenal Erlebbares und deskriptiv feststellbare Handlungen nicht entscheidend für die Dynamik und den Heilwert im therapeutischen Prozess seien:

„Diese Dynamik liegt vielmehr allein im personalen Gemeinschaftskreis verborgen und steht in der *Kategorie der Entscheidungen*. Was als psychisches oder somatisches Phänomen *erscheint*, ist bereits *Resultat* der Parteinahmen und hat sich aus Verdrängung und Entscheidung abgeschieden.“<sup>198</sup>

- 144 Der Kranke, der in physischer Hinsicht schwach sei, könne eine Wert-kompensation auf metaphysischer Ebene erlangen:

„Der Stolz des Kranken ist, daß er den Existenzkampf auf einer metaphysisch höheren Ebene kämpft und erledigt als *jeder* Gesunde.“<sup>199</sup>

- 145 Dieser Prozess gelingt nur, wenn der Arzt dem Patienten die neue Wert-position auch zugesteht und damit seine metaphysische Unterlegenheit zugibt:

„Ich glaube in der Tat, daß eine metaphysische *Ehrfurcht* vor dem Kranken eine der ersten, vornehmsten Qualitäten, ich möchte sagen, seiner stärksten Schwächen sein muß.“<sup>200</sup>

- 146 So kann der Arzt folgerichtig wenig später schreiben, dass psychisches Mitleid auf der Seite des Arztes eine Abwegigkeit und Unsachlichkeit sei und einen Verstoß gegen die Regel der Ehrfurcht darstelle.<sup>201</sup>

- 147 Im weiteren Verlauf dieses Vortrages gibt Weizsäcker einen kurzen geschichtlichen Überblick über die Wandlung des Verhältnisses zwischen Arzt und Patient von Hippokrates über Paracelsus bis zu seiner anthropologischen Medizin. Dieses Verhältnis hat auch Bedeutung für das Krankheits- und Schmerzverständnis und dessen therapeutische Implikationen:

„Physisch, psychisch oder sozial muß jeder Kranke als schwach gelten. Bleibt aber dieses abwertende Quantitätsurteil bestehen, dann muß eine Medizin entweder reparatorisch oder, wo sie nicht reparieren kann, resigniert verfahren. Dies ist auch die große Resignation des HIPPOKRATES, der warnt, unheilbar Kranke zu behandeln. Dieser Bann wird in der christlichen Ära nur äußerst langsam gebrochen. Bei PARACELUS ist er in der wunderbarsten Weise besiegt. Seine ärztliche Haltung liegt in der grossartigen Paradoxie, daß es auf den objektiven *Heilerfolg* des Arztes gar nicht ankommt. Nicht der Arzt heilt, sondern die organische Natur, nicht die Verordnung, sondern die Arznei. Nicht Reparation ist das letzte Ziel, sondern der Werdegang, der Stufengang des Kranken zu seinem metaphysischen Endziel, zu dem der Arzt aber als ein wahrer Sokratiker nicht hindeuten, nicht hinschieben, nicht hinzeigen darf. Denn er ist weder Führer noch Deuter, noch Weiser, sondern er ist ein Arzt, d. h. kein Bewirker, sondern ein Ermöglicher; er steht nicht über der Entscheidung, sondern mit dem Kranken *in* der Entscheidung.“<sup>202</sup>

- 148 Somit sei der metaphysische Ort des Arztes beschrieben. Er drücke sich darin aus, dass (als Geschehen im Gestaltkreis) sich der im Kranken reelle Krankheitsprozess in ihn existenziell verlängere.<sup>203</sup>

- 149 Die Tatsache, dass der Arzt denkt, was im anderen ist, lege Zeugnis für seine metaphysische Inferiorität ab und zeige die Ungleichheit der beiden Schicksale auf. Es ist ja nicht der Schmerz des Arztes, sondern der des Patienten. Entsprechendes gilt für das Gefühl der Schuld und das der Minorität, wodurch „ein kranker Mensch [...] *letzten*

Endes weder einfühlbar noch verstehbar“ wird.<sup>204</sup> Der Patient als Gegenstand der Erkenntnis befindet sich also in dieser Hinsicht in weiter Ferne.

„Als Patient aber andererseits rückt der Kranke in eine bis zur Identifizierung unendliche Nähe zum Arzt, wenn dieser die ärztliche Handlung als eine im Gestaltkreis verbundene Lebensgemeinschaft tut. Dies ist die ewige Nähe des Kranken und seines Arztes. In dieser ewigen Nähe des Gestaltens und jener ewigen Ferne des Erkennens bewegt sich das ärztliche Tun und der Prozeß von Erkranken und Gesunden, dessen Verlängerung auch das ärztliche Tun ist.“<sup>205</sup>

150 Tatsächlich bemerke ich in meinem ärztlichen Tun, dass zur Diagnosestellung und Behandlung des Patienten eine angemessene Distanz nötig ist. Das Fehlen einer solchen Distanz kann zu Fehldiagnosen, zur Bagatellisierung oder zur Katastrophisierung führen. Diese Gefahr ist bei der Behandlung von eigenen Familienangehörigen besonders gegeben. Auf der anderen Seite ist es für die Diagnosefindung und Therapiekontrolle erforderlich, sich auf das Erleben des Patienten einzulassen, ihn, wie man sagt, „da abzuholen, wo er gerade steht“.

151 Zum Schluss des Vortrags kommt Weizsäcker auf das Verhältnis von Wahrheit und Gesundheit zu sprechen:

„Wenn nämlich wirklich die Wahrheit des Bewußtseins erkranken kann, dann allerdings gewinnt der Begriff der Seelenkrankheit und Geisteskrankheit das völlig andere Gesicht, auch eine Pathologie der Wahrheit auszudrücken.“<sup>206</sup>

152 Der Arzt und Philosoph Weizsäcker sieht die Heilkunde hier an einer Schwelle. Diese könne für die Medizin eine Grenze darstellen oder das Tor zu einer neuen Heilkunde eröffnen.<sup>207</sup>

## 4.3. Der Leib: ein unbewusst beseeltes Körperliches Psychosomatische Medizin

### 4.3.1 Viktor von Weizsäcker. „Psychosomatische Medizin“

153 Zunächst stellt Viktor von Weizsäcker in seinem Vortrag, den er 1949 auf dem Kongress der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin in Wiesbaden hielt,<sup>208</sup> fest, der Leib sei die zuverlässigste Bewährung der Seele. Auch in diesem Vortrag macht er das Subjekt zum Ausgangspunkt seiner Überlegungen. Eine rein anatomische Beschreibung und rein physiologische Analyse sei fehlerhaft, „wenn sie Tun und Leiden des menschlichen Subjektes nicht enthält.“<sup>209</sup>

154 Im Mittelpunkt seines Interesses steht zunächst das Bezugsverhältnis und die Umgangsformen zwischen Leib und Seele:

„An die Stelle von Substanzen wie Lebendes, Totes, aber auch von Substanzen wie Körper, Seele, Geist sind Bezugsverhältnisse, Umgangsformen getreten. Als wahr soll nur gelten, was man entscheiden kann, indem man es verändert.“<sup>210</sup>

155 Wissenschaft sei eine menschliche Haltung unter vielen anderen. Analog zum Kantischen kritischen Denken im Hinblick auf Sinnlichkeit und Verstand (Logik) fordert er eine Kritik von Motiven und Zielen. An der wissenschaftlichen Objektivität kritisiert er, dass sie die Subjektivität zerstöre, die für die medizinische Anthropologie vielmehr der zentrale Ausgangspunkt sei.<sup>211</sup> Viktor von Weizsäcker ist der Auffassung, dass die psychosomatische Medizin in der Lage sei, die Medizin zu reformieren, wenn

sie es vermag „den Sinn einer Funktionsstörung, die Sprache des Organischen allmählich zu entziffern.“<sup>212</sup>

156 Er unterscheidet eine naturwissenschaftliche und eine anthropologische Psychosomatik. Die naturwissenschaftliche entspreche der Psychophysiologie. Das zeigt er am Beispiel der Emotionen Schreck und Freude. Wenn man künstlich Schreck oder Freude erzeuge und dann die vasomotorische Reaktion des Probanden messe, werde die Frage nach dem Motiv und dem Sinn außer Acht gelassen. Analog ließe sich prinzipiell ein psychophysiologisches Experiment für den Schmerz konstruieren.<sup>213</sup> Ein leichter Schmerz wird in einer Versuchsanordnung künstlich an einem Probanden erzeugt und die physiologischen Reaktionen (Puls, Blutdruck, vasomotorische Reaktionen) registriert. Im Unterschied zu dieser Psychophysiologie fragt die anthropologische Psychosomatik nach dem Motiv und dem Ziel des Ganzen, nach Sinn und Wert dieses Schmerzes (der sich natürlich in physiologischen Reaktionen äußert) und stellt damit das Subjekt in den Mittelpunkt. Nur der anthropologischen Psychosomatik gesteht Weizsäcker zu, dass sie die Medizin reformieren könne. Er fordert von ihr außerdem, dass sie den Umgang des Menschen mit sich selbst und den Menschen untereinander kultiviere. Krankheiten, wie das *Ulcus*, die *Angina pectoris*, die *Tonsillitis*,<sup>214</sup> die Tuberkulose seien Ausdruck einer Materialisierung eines äußeren und inneren Konflikts.<sup>215</sup> – Im Folgenden stellt er drei Kriterien für die anthropologische Psychosomatik auf.

1. „Die psychosomatische Medizin muß eine *tiefenpsychologische* sein [...].“<sup>216</sup> Seelische Vorgänge müssten daher ebenso analytisch und kritisch behandelt werden wie körperliche: „Sowohl die körperlichen Vorgänge wie die unbewußt-seelischen sind dem Bewusstsein verborgen. Daß nun das Körperliche *und* das Seelische aus solcher Verborgenheit wirkt, das macht die Tiefenpsychologie zur Schwester der Organmedizin; diese Verschwisterung ist unzertrennbar. Das heißt, das Seelisch-Unbewußte müsse mit gleicher Akkuratess und Kritik erforscht werden wie der Körpervorgang.“<sup>217</sup>

2. „Zweitens kann die Medizin an Psychosomatik nur genesen, wenn sie sich im Verhältnis der Subjekte zueinander bewegt, also auch den Forderungen der *sozialen*, kollektiven und gegenseitigen Wirklichkeiten genügt.“<sup>218</sup> Aufschlussreich für Weizäckers Bestimmung des Verhältnisses von Körper und Seele ist folgender Satz: „Körper und Seele *sind* keine Einheit, aber sie gehen miteinander *um*.“<sup>219</sup> Dieser Umgang bewegt sich zwischen den Polen Trennung–Einigung und Verdrängung–Begegnung. Krankheiten sind als Störung der Arten des Umgangs auf der Ebene der Zellen, der Organe, der Lebewesen, der Seelen, der interpersonellen Ebene, der Partner, der Familien, der Gruppen und der Völker aufzufassen.

220

3. „Drittens endlich wird diese Einführung der Subjekte also nicht nur besagen, daß Tiefenpsychologie erforderlich ist; sondern sie wird ganz ebenso besagen, daß die naturwissenschaftliche *Biologie* (allmählich oder revolutionär) verändert werde.“<sup>221</sup>

157 Viktor von Weizsäcker fordert eine „*experimentelle* Psychosomatik“<sup>222</sup> und verweist in diesem Kontext auf Arbeiten von ihm und seinen Mitarbeitern im Bereich des Funktionswandels und Gestaltkreises. Dadurch ließen sich gleichzeitig körperliche und seelische Vorgänge erforschen und „ein anschauliches Bild des psychophysischen Zusammenhangs gewinnen“.<sup>223</sup>

158 Damit leitet er zum Begriff der Psychogenie organischer Krankheit über. Gleichzeitig wird auch der Begriff der Somatogenie, wenn auch nicht *expressis verbis*, definiert:

„Seelisches drückt sich in der Körpersprache aus, Körperliches in der seelischen; das ist keine Kausalität, und wenn man schon von Psychogenie spricht, dann sollte

man nur ein geschichtliches Werden meinen, in dessen Verlauf *anstelle* seelischer Vorgänge körperliche Veränderungen auftraten und umgekehrt.“<sup>224</sup>

- 159 Das geschichtliche Werden steht einen Gestaltkreis dar. So wie man als Säugling in Form eines Gestaltkreises lernt, sich etwas in den Mund zu stecken, so kann man den Prozess der Psychogenie erlernen. Weizsäcker benennt klinische Beispiele für diese Stellvertretung. Aus der Klinik der Migräne, *Angina pectoris* und der Cholezystopathien ließe sich täglich beobachten, „daß statt eines in der Liebe, in der Fortpflanzung, in der Arbeit, im Geiste ungelebten Lebens ein körperliches Symptom auftritt“. <sup>225</sup> Die erwähnten Krankheitsbilder gehen mit typischen Schmerzen einher. Hier wird anschaulich dargelegt, wie der Schmerz aus einem Mangel entspringt.<sup>226</sup> Die Schwierigkeit bestehe darin, das in jedem konkreten Fall herauszuarbeiten, was aber kein Gegenargument darstelle. Zwar müsse man konstatieren und zugestehen, dass bei Epidemien die individuelle Pathogenese nicht ausreiche, dass es auch beim gleichen Krankheitsbild wie beispielsweise dem *Ulcus* die psychosomatische Genese in einem Fall gelinge, in einem anderen jedoch nicht, doch habe sich „die Grenze der Psychosomatik von den Konversionshysterien zu den Organneurosen, von da an zu den Infektions-, Stoffwechsel-, Kreislauf- und Hormonkrankheiten und so fort immer weiter vorgeschoben.“<sup>227</sup>
- 160 Ein Beleg für die Konsistenz des Prinzips der gegenseitigen Vertretbarkeit von Körper und Seele und für den „umstürzenden Charakter“<sup>228</sup> der psychosomatischen Medizin kann die Entwicklung eines von schwerer organischen Erkrankung geheilten Patienten darstellen, bei dem der ursprüngliche der organischen Erkrankung zugrunde liegenden Konflikt wieder neu entsteht:
- „Wenn die Organkrankheit ein Stellvertreter eines ungelösten Konfliktes ist, wenn auch sie eine Art Flucht aus dem Konflikt in die Krankheit sein kann [...], wenn sie also gleichsam eine Materialisierung des Konfliktes ist, dann ist mit ihrer Spiritualisierung auch der Konflikt wieder da.“<sup>229</sup>
- 161 Die Heilung kann dann mit erheblichen Störungen der Beziehung zum sozialen Beziehungsgefüge verbunden sein. In meinem Patientengut kann ich von einer Patientin mit stärksten chronischen Schmerzen im Bereich der Halswirbelsäule berichten. Während einer psychotischen Phase wurden die Schmerzen nicht mehr bemerkt. Nach dem Abklingen der psychotischen Episode traten die Schmerzen wieder unverändert heftig auf. Möglicherweise stehen die chronischen Schmerzen stellvertretend für einen Konflikt. Mit der Spiritualisierung des Konfliktes entstand eine Psychose, die man als ungelückte Verarbeitung des neu aufgeflammten Konfliktes interpretieren kann.
- 162 Aufgabe des Arztes sei es, sich am Krankheitsvorgang zu beteiligen, ihn (und den Patienten) zu begleiten, sich mit ihm zu vermischen und auf ihren Verlauf einzuwirken. Die psychosomatische Therapie habe etwas von einem Rundgang an sich. Dies beschreibt einen Gestaltkreis:
- „Mit der Spiritualisierung im einen Sinne ist die Materialisierung verknüpft und umgekehrt. FREUD (1933) sagt einmal: was Es war, soll Ich werden. Das sagt auch die Natur, das sagt die Krankheit, das sagt die Therapie. Aber alle Dreie sagen auch, was Ich war, soll Es werden. Die Materialisierung, die Ausdrucksweise in der Organsprache, die Vertretung des seelischen Konfliktes durch eine körperliche Auseinandersetzung, die Abschlagszahlung durch einen lokalen Entzündungsprozeß, durch einen partiellen Zelltod – das alles sind Hergänge, in denen aus Ich ein Es wird, und das sowohl bei dem, was wir Narbe, Chronizität, Schlaf, Altern, Abbau wie bei dem, was wir Heilung nennen.“<sup>230</sup>

- 163 Diese Doppelformel, aus Es soll Ich werden und umgekehrt, stellt für Weizsäcker die gültige Krankheitsbeschreibung und Therapieanweisung zugleich dar. Dazu gehören die beiden folgenden Aspekte:
1. „Jeder organische Vorgang, also etwa Entzündung, Hypertonie, Hyperglykämie, Abmagerung, Ödem, muß als Symbol, nicht als Funktion begriffen werden“,<sup>231</sup> was aber noch intensiver Forschungsarbeit bedürfe.
  2. „Jede Psychotherapie [...] muß, indem sie etwas Unbewußtes bewußt macht, auch ein Stück Bewußtsein verdrängen.“<sup>232</sup> Dies ergibt sich als Konsequenz des Drehtürprinzips.<sup>233</sup>
- 164 Viktor von Weizsäcker verknüpft mit der Einbeziehung der psychosomatischen Medizin in die Heilkunde die Hoffnung, dass die Heilkunde und Heilkunst wieder einfacher werde. Eine wichtige Aussage findet sich am Ende des Vortags. Hier stellt er fest, dass die Krankheit einen Sinn habe, nämlich den Kranken zum Sinn seines Lebens zu führen:
- „Daß nämlich die Krankheit den Sinn habe, den Betroffenen zum Sinne seines Lebens zu führen – das einzusehen hat die naturwissenschaftliche Medizin gründlich verhindert.“<sup>234</sup>
- 165 Viktor von Weizsäcker ist der Auffassung, dass beim modernen Menschen eine zunehmende Entfremdung von Körper und Seele stattgefunden habe, die das Entstehen von Krankheiten begünstige. Dies verleihe der Psychosomatik besondere Aktualität und Dringlichkeit.<sup>235</sup> Auch zur Sozialversicherung seiner Zeit äußert er sich. Sozialversicherung und Kassenarztwesen machten aus der Krankheit einen Rechtsanspruch, eine Sicherungsvorstellung. Die Sicherung selbst werde zum Krankheitsauslöser. Auch hier könne die psychosomatische Medizin einen neuen Weg zur Verbesserung der bestehenden Kassenarztverhältnisse aufzeigen.<sup>236</sup>
- 166 Tatsächlich spielt der sekundäre Krankheitsgewinn auch heute unverändert eine große Rolle. Chronische Schmerzpatienten wie Patienten, die ein chronisches Rückenleiden aufweisen, werden deswegen häufig erst einer Therapie in spezialisierten Kliniken zugeführt, wenn ein Rentenverfahren zu Ende geführt worden ist. Eine Therapie hätte nur wenig Aussicht auf Erfolg, wenn der Patient bei einer Besserung der Symptome seine Aussicht auf eine Rente aufgeben muss und gleichsam dafür bestraft wird. Er weist auch darauf hin, dass es nicht im Interesse der Pharmaindustrie liege, wenn durch die Einführung der psychosomatischen Medizin Krankheiten wirksam behandelt werden könnten. Dieser Aspekt hat auch heute nichts von seiner Aktualität verloren.

### 4.3.2 Viktor von Weizsäcker: „Über Psychosomatische Medizin“

- 167 In diesem Aufsatz grenzt Viktor von Weizsäcker die Psychosomatische Medizin von der Freudschen Psychoanalyse ab: Er stellt klar, dass sein Anliegen die „Erneuerung der Heilaufgabe“<sup>237</sup> darstellt, um die Krise der Medizin zu überwinden.
- 168 Der Arzt und Philosoph sieht in der Psychosomatischen Medizin einen Übergang zur Anthropologischen Medizin:
- „Ich betrachte also die Psychosomatische Medizin als einen unvermeidlichen Übergang zu dem, was ich – ebenfalls unvollkommen – als Anthropologische Medizin bezeichnet habe, nicht, um anzudeuten, [...] sondern um anzudeuten, daß Menschliches menschlich, das heißt in der menschlichen Begegnung, zu verstehen wäre.“<sup>238</sup>

- 169 In den „Grundfragen medizinischer Anthropologie“ führt Viktor von Weizsäcker im gleichen Sinne aus,

„Diese Überlegung zeigt also, [...] daß also solche psychosomatische Medizin höchstens eine Vorbereitung ist, die noch vor der Krise steht. Für die Krise selbst fanden wir zunächst nur einen politischen Ausdruck. Und sie erscheint hier als eine politische, nämlich in der Unzertrennlichkeit von Macht, Geld und Naturwissenschaft. So ernst ist also die Lage, daß man das System von keinem dieser drei ändern kann, ohne auch die beiden andern zu ändern. Und es ist auch klar, daß kein einzelner hoffen darf, durch eine individuelle Darbietung das Ganze zu verändern. Er kann ein Stückchen ändern und wird sich dabei immer einem historischen Gesamtprozeß gegenüber sehen. Aber das Ziel einer anthropologischen Medizin wird dadurch doch deutlicher. Sie umschließt eine politische, eine menschliche und eine wissenschaftliche Aufgabe und kann sich nur für Augenblicke auf eine dieser drei beschränkt wännen. Das politische Element ist mit dem Prinzip der Solidarität und Gegenseitigkeit erreicht worden, das menschliche mit dem Bilde der psychoanalytischen Übertragung und des Umgangs, das wissenschaftliche endlich mit der Veränderung der Grundlagenbegriffe und des Naturbildes. Daher kommt es, daß die Arbeit auf so verschieden aussehenden Strombahnen vorwärts bewegt werden muß.“<sup>239</sup>

- 170 Psychosomatische Medizin sei als Reformbestreben der Heilmedizin zu verstehen. Wesentliches Element der psychosomatischen Medizin stellen die Einführung des Subjekts und die gegenseitige Vertretbarkeit von Körper und Seele dar.

- 171 Bei seelischen und körperlichen Erscheinungen könne man nicht sagen, welche zuerst da gewesen ist, sie sind unzertrennlich. Wie in seinem Vortrag „Psychosomatische Medizin“ betont Weizsäcker, dass analog zur Freudschen Psychoanalyse, die einen Sinn in psychoneurotischen Erkrankungen suche<sup>240</sup>, die psychosomatische Medizin dieses Prinzip auf organische Erkrankungen ausgedehnt habe. Kritisch merkt er an, das Selbstverständnis der Psychoanalyse habe in deren Anfängen als Wissenschaft die Veränderlichkeit des Wissenschaftsbegriffes und des Sinns der Wissenschaft nicht mit einbeziehen können. Außerdem sei die Theorie zu einseitig auf die Person ihres Begründers, Sigmund Freud, ausgerichtet.<sup>241</sup> Weizsäcker bemerkt, es sei ein Gemeinplatz, dass Neurosen bei allen Menschen aufträten, was der Einteilung in Normale und Anormale entgegenstehe:

„Die Psychosomatische Medizin also zwingt dazu, Krankheit als Allerweltsphänomen und nicht nur als Pech, Unglück oder Schicksal aufzufassen, und sie also ein Stück darstellt, welches eingespannt ist in eine Verbesserungsabsicht der ganzen Welt.“<sup>242</sup>

- 172 Anders als in der Psychoanalyse erschienen körperliche und seelische Ereignisse im Lichte der Psychosomatik synchron. Der Kausalbegriff diene in der psychosomatischen Medizin nur dem subjektiven Bedürfnis nach Erklärung, während ihm in der Psychoanalyse ein objektiver Stellenwert zugebilligt werde.<sup>243</sup> Als Methode der Psychosomatik wird die Biographie genannt.<sup>244</sup>

### 4.3.3 Viktor von Weizsäcker. „Von den seelischen Ursachen der Krankheit“

- 173 In diesem Aufsatz legt Viktor von Weizsäcker seine grundsätzlichen Ideen zum Zusammenhang körperlicher und seelischer Faktoren bei der Krankheitsentstehung dar. Im letzten Abschnitt führt er die biographische Methode ein. Er kritisiert die

ärztliche Praxis konstruktiv und zeigt Prinzipien einer Medizin auf, die den Menschen in den Mittelpunkt stellt.<sup>245</sup> Der Vortrag wurde 1946 vor der Ärzteschaft Württembergs gehalten. Im Jahre 1947 wurde er zusammen mit einem Vortrag von Richard Siebeck in *Die Medizin in der Verantwortung* und 1950 in *Diesseits und jenseits der Medizin* publiziert.<sup>246</sup>

- 174 Einleitend stellt der Autor fest, alle in der Medizin hätten das Gefühl, dass die naturwissenschaftliche und technische Betrachtungsweise unzureichend sei und „daß der Mensch doch eine andere Bestimmung hat, als nur gesund zu sein, daß wir als Ärzte daran teilhaben, was aus einem Menschen in der Krankheit wird.“<sup>247</sup> Kurz darauf fährt er fort:

„Die Ordnung der Dinge und der Weg der Kreatur ist, *zuerst* das psychische Bild des Irdischen, *erst dann* das geistliche Bild des Himmlischen anzunehmen.“<sup>248</sup>

- 175 Eine Verkehrung dieser Reihenfolge habe negative ärztliche und geistliche Auswirkungen. – Im weiteren Verlauf benennt er drei Themen, die er dann weiter ausführt:

„*Erstens*: In *allgemeiner* Weise versuche ich, in drei Stufen zu gliedern, was unser *Denken* zu durchlaufen pflegt, wenn wir mit körperlich-seelischen Zusammenhängen zu tun haben. *Zweitens* nenne ich *klinische Beispiele*, wie uns in der Erfahrung dieses seelische Moment gegeben ist. *Drittens* versuche ich, die *ärztliche Haltung* zu charakterisieren, die sich ergibt, wenn wir die Krankheit des Menschen als eine Etappe auf dem Wege zu seiner letzten Bestimmung, als eine besondere Art und Weise seiner menschlichen Unzulänglichkeit, seiner Kreatürlichkeit betrachten.“<sup>249</sup>

- 176 Zunächst beschäftigt sich der Arzt und Philosoph mit der Stufe der kausalen Psychophysik. Er führt an, dass der Körper auf die Seele und die Seele auf den Körper wirkt. Im weiteren Verlauf stellt er den Kausalitätsbegriff für seelisch-körperliche Vorgänge in Frage, da man analog zum Henne-Ei-Prinzip nicht wisse, ob der Vorgang, z.B. Herzklopfen bei Angst, im Körperlichen oder im Seelischen angefangen habe.<sup>250</sup> Weizsäcker entwickelt nun die nächste Stufe, die unbewusste Beseelung des Leibes. Er würdigt das Unbewusste, das Einfluss auf den Körper habe, und nennt als ein Beispiel die unwillkürliche Bewegung der Beine beim Gehen. Das unbewusst beseelte Körperliche nennt er Leib. Jede Zelle des Körpers sei unbewusst beseelt.<sup>251</sup>

- 177 Schließlich arbeitet er über die wechselseitige Darstellungsfunktion von Leib und Seele die dritte Stufe des Leib-Seele-Verhältnisses heraus: die wechselseitige Vertretbarkeit von Leib und Seele. Der Arzt vergleicht das Verhältnis von Körper und Seele mit dem Bild von Ross und Reiter. Es besteht gleichzeitig eine Einheit und eine Zweierheit. Das Verhältnis von Körper und Seele wird vom selben Subjekt unterschiedlich erlebt, manchmal beglückend, manchmal (besonders bei Krankheiten) als feindselig,<sup>252</sup> manchmal wieder als hilfreich.<sup>253</sup>

- 178 Gedanken werden als Gehirnfunktion, als Selbstdenken aufgefasst.<sup>254</sup> In Analogie zur Freudschen Auffassung, dass Denken Probehandeln sei, definiert Viktor von Weizsäcker Gedanken wie folgt:

„Gedanken sind Darstellungen von Taten, die unvollständig sind; sie sind verstümmelte Endtaten, nicht fertige Schöpfungen des Leibes.“<sup>255</sup>

- 179 Über die wechselseitige Darstellungsfunktion von Leib und Seele – der Leib stellt die Seele dar und umgekehrt – entwickelt er das Prinzip der gegenseitigen Vertretbarkeit von Leib und Seele. Dies veranschaulicht er an Beispielen aus dem Alltag. Wenn wir z.B. unangenehme Gedanken hätten, entzögen wir uns ihnen durch Taten. Ein positives

Beispiel, das auch für den Schmerz Relevanz besitzt, stellt der Künstler dar, bei dem seelischer Schmerz zu einem (Kunst-) Werk führe:

„Diese wechselseitige Ersetzbarkeit von Körperlichem und Seelischem ist also ein höchst wichtiges Grundgesetz der Leib-seelischen Zweieinheit.“<sup>256</sup>

180 Er sieht darin eine Gesetzmäßigkeit der Lebewesen überhaupt, die uns in die Lage versetze, unser Verhalten und das unserer Mitmenschen besser zu verstehen.<sup>257</sup>

181 In dem nun folgenden Abschnitt gibt er klinische Beispiele auf allen drei Stufen des Leib-Seele-Verhältnisses an, die das seelische Moment in der Krankheit zeigen.

„Das höchste Ziel wäre in jedem Falle, zu verstehen, in welcher Weise diese Krankheit eigentlich nur ein verstümmelter Endgedanke, eine unzulänglich gebliebene Schöpfungstat ist. Denn beides würde uns den Menschen auf halbem Weg zu seiner letzten Bestimmung zeigen.“<sup>258</sup>

182 Die Frage nach der letzten Bestimmung sei eine geistliche Frage. Für das Geistliche sei aber zuerst das Natürliche Voraussetzung. Über den Sinn der letzten Bestimmung führt er aus:

„Und wir hoffen, darauf vorbereiteter zu sein, wenn wir selbst so weit sind, daß wir begriffen haben, 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, die Krankheit sei nur ein Mittel dazu, eine Gelegenheit mittwegs. 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.“<sup>259</sup>

183 Ein klinisches Beispiel auf der Stufe der psycho-physischen Kausalität stelle das Sehen dar, für das intakte Sehbahnen eine Voraussetzung sei. Krankheiten auf dieser Ebene seien als Unterbrechung des organischen Zusammenhanges aufzufassen.<sup>260</sup> Auf der zweiten Stufe – der Darstellungsfunktion seelischer Inhalte durch den Leib – führt er die Hysterie und die Neurose als Beispiele an. Freud habe erkannt, dass diese Erkrankungen eine moralische Genese hätten. Der Arzt und Philosoph bemerkt dazu, dass hier ein seelisches Moment die Krankheit verursache. Ein Gedanke oder Gefühl, ein Drang oder Wunsch werde aus dem Bewusstsein ins Unbewusst-Seelische verdrängt und führe so zu seelischen oder körperlichen Neubildungen. Auf der moralischen Ebene seien diese Erkrankungen einer Therapie (etwa durch Ermahnungen oder Belehrungen) nicht zugänglich. Hier ist die Psychotherapie das geeignete therapeutische Instrument.

<sup>261</sup>

184 Nun wendet sich Viktor von Weizsäcker der dritten Stufe des Leib-Seele-Verhältnisses, der wechselseitigen Darstellung und Vertretung von Körper und Seele, zu.<sup>262</sup> Er führt klinische Beispiele kurzer Lebenskrisen an, die zu kurzen Erkrankungen führen wie Nesselsucht, Migräne<sup>263</sup> oder einem epileptischen Anfall, und von langen Lebenskrisen, die eine lange Erkrankung nach sich ziehen, wie die Tuberkulose. (Man denke an Thomas Manns *Zauberberg*.) Weizsäcker ist der Auffassung, dass unter der Berücksichtigung der Biographie sich immer ein Mensch aus einer unerträglichen Situation unbewusst in die Krankheit flieht:

„Krankheit, das ist gar nichts anderes als ein Rückzug von unserem allgemeinen Bewußtsein auf unsere leibliche und unbewußte Existenz.“<sup>264</sup>

185 Auch bei akuten schmerzhaften Erkrankungen wie der akuten Appendizitis ließe sich mittels der biographischen Methode eine langfristige Vorbereitung finden.<sup>265</sup> Immerhin geht diese Erkrankung ja mit einem Teiltod des Organismus, dem Verlust eines Organs,

der Appendix, einher.<sup>266</sup> Weizsäcker dehnt die individuell-biographische Betrachtung auf Massenphänomene wie Krieg, Seuchen, Epidemien aus. Die Welt bestehe nicht aus lokalen Ereignissen, sondern sie sei ein kollektiver zusammenhängender Vorgang. Auch in seinem Aufsatz „Psychosomatische Medizin“ gab er zu verstehen, dass bei Epidemien die individuelle Pathogenese nicht ausreiche.<sup>267</sup> Bei der Magersucht, dem Bronchialasthma, dem *Morbus Basedow* und anderen Erkrankungen ergebe sich bei genauer Analyse ein unbewusster Zusammenhang zwischen Krankheit und Lebensschicksal:<sup>268</sup>

„Schicksal‘, das heißt doch immer: Auseinandersetzung eines Menschen mit der Einmaligkeit seines Lebens, also mit seinem individuellen Tode – nicht mehr. Und da jedes individuelle Schicksal in den großen Ablauf der Weltgeschichte eingebettet ist, so mag es uns vielleicht im Augenblick weniger interessieren, daß es sowohl Krankheiten gibt, die man besser individuell verstehen kann, als auch solche, die man nur aus dem allgemeinen Zusammenhang der historischen Zustände begreift.“<sup>269</sup>

186 Die Tatsache, dass es Krankheiten gibt, die man individuell nicht gut verstehen kann, könnte meiner Meinung auch darin begründet sein, dass hier andere Faktoren mitwirken, wie Genetik, Umweltfaktoren (z.B. Gifte), Lebensumstände (z.B. Arbeit) und der Zufall.

187 Für den Arzt sei die Unterscheidung von heilbaren und unheilbaren Erkrankungen von Wichtigkeit. Es gibt unheilbare Erkrankungen, die den Körper betreffen als auch unlösbare seelische Konflikte:

„Es gibt also sittliche oder religiöse Konflikte, aus denen uns der Tod befreit, wie es Krankheiten gibt, die nur mit dem Tode enden können, etwa *Carcinome*<sup>270</sup>, [Sklerosen. [...] die tödliche Krankheit ist nur eine andere Darstellung, ein Spiegelbild der Unentrinnbarkeit der Schuld, der, Krankheit zum Tode“, wie sie KIERKEGAARD (1849) nannte. Beide Arten des Schicksals laufen in die eine Allgemeinesetzlichkeit des Todes<sup>271</sup> zusammen: Der ‚Tod ist der Sünde Sold‘. Die Blickrichtung auf den Tod ist es also, welche die biologische und die pneumatische<sup>272</sup> Sehweise erst vollständig zusammenschließt. Wir haben hier endlich den Endgedanken, die Endtat gefunden, an der gemessen, auf die hin ausgerichtet jene verstümmelten, jene Teilgedanken und Teiltaten verständlich werden. Jede Krankheit ist eigentlich ein Teiltod, einem Stücke Vorbereitung auf jene ‚letzte Bestimmung‘ jener eigentlicheren Wandlung, die mit dem Tode kommt, vergleichbar.“<sup>273</sup>

188 Der Arzt und Philosoph legt dar, dass sich in jeder Krankheit ein Teil findet, der unheilbar sei, so z.B. bei der Amputation einer Extremität, auch bei einer Narbe. Auch der Prozess des Alterns führe uns dem Tode stetig näher. Jede dieser Erkrankungen und Schritte sei auch im positiven Sinn ein Angebot zur Besinnung auf das eigentliche Ziel. In jeder Krankheit, ob leicht oder schwer, akut oder chronisch, stecke eine Seite der Heilbarkeit und eine Seite der Unheilbarkeit. Die Schulmedizin sei nicht in der Lage, diesen Aspekt von Krankheit zu erkennen.<sup>274</sup>

189 Im letzten Abschnitt des Vortrags setzt sich der Arzt mit der ärztlichen Haltung in Bezug auf das von ihm entwickelte Krankheitsverständnis auseinander. Aufgabe des Arztes sei das Gesundmachen und Verwandeltwerden, vorletzte und letzte Aufgabe miteinander zu verbinden. Viktor von Weizsäcker macht praktische Vorschläge, mit welchen Methoden dies zu bewerkstelligen sei. In jedem wichtigen Fall soll die biographische Methode Anwendung finden:

„Wir werden alsbald die Krankheit als ein wichtiges Teilstück seinem äußeren und inneren Leben eingefügt sehen, eigentlich als Übergang, Gelenk oder Nahtstelle

zweier Lebensabschnitte, als Krise oder als Schlußsumme seiner bewußten Erlebnisse, seiner unbewußten Lebensweise verstehen.<sup>275</sup>

- 190 Die biographische Methode sei unersetzlich und häufig zwingend. Nach einer gründlichen und guten körperlichen Untersuchung soll eine Diagnose gestellt werden. Der Arzt soll ein Tagebuch führen, in dem er am Abend eines Arbeitstages den Fall, der ihn am meisten beschäftigt, schriftlich festhält und erörtert. Dabei seien die folgenden Fragen die wichtigsten:

„Wie stehe ich zu diesem Menschen? – ,Was erwartet er von mir, und was kann ich ihm bieten und was nicht?‘ Unter Meditation verstehe ich also eine Unterscheidung des heilbaren vom unheilbaren Elemente.“<sup>276</sup>

- 191 Um bei der Wahrheit zu bleiben, sei es auch die Aufgabe des Arztes zu enttäuschen, zu „ent-täuschen“ eine Illusion zu zerstören, „die Unheilbarkeit des Unzulänglichen im Menschen zu enthüllen.“<sup>277</sup>

- 192 „*Jenseits der Therapie*“<sup>278</sup> nennt Viktor von Weizsäcker eine weitere ärztliche Haltung. Sie dient der Wahrheitsfindung und betrifft den nicht heilbaren Anteil der Erkrankung. Er stellt zusammenfassend fest, dass alle Krankheiten seelisch bedingt seien, da das Seelische auch den Leib betreffe, das Beseelt-Körperliche. Der Mensch sei Fleisch aus Körper und Seele und damit unzulänglich. Bei der intellektuell so schwierigen Leib-Seele Frage komme es auf Folgendes an:

„Es ist nicht gefragt, woher die Krankheit kommt, sondern was bei ihr herauskommt, ans Licht tritt, welche Unzulänglichkeit, und damit die Unzulänglichkeit.“<sup>279</sup>

## 4.4 Schmerzordnung – die Funktion des Schmerzes

- 193 Am Beispiel der Schmerzen lässt sich zeigen, was die subjektive Neurologie einer rein naturwissenschaftlichen Betrachtungsweise voraus hat, indem sie zahlreiche paradoxe Schmerzphänomene verständlicher machen kann.<sup>280</sup>
- 194 Schmerz wird in der Medizin üblicherweise als Gegner gesehen, der lokalisiert und vernichtet werden muss.<sup>281</sup> Allerdings wird er auch als Indikator für Erkrankungen gesehen, der häufig am Anfang der Diagnosefindung steht. Am Ausmaß der Linderung oder am Kriterium des Beendens des Schmerzes werden bei Arzt und Patient häufig der Erfolg einer Therapie und die ärztliche Leistung gemessen. Viele paradox anmutende Schmerzzustände wie Schmerzen ohne körperliche Ursache, geringer Schmerz bzw. das Ausbleiben von Schmerz bei extensiver körperlicher Schädigung (z.B. Bronchial-Karzinom) oder Persistenz des Schmerzes nach Abschluss des Heilungsprozesses werden im medizinischen Alltag nur untergeordnet wahrgenommen und unzureichend erklärt.<sup>282</sup> In seinem Aufsatz „Die Schmerzen“ von 1926 beschreibt Viktor von Weizsäcker neue Bedeutungen und Funktionen des Schmerzes. Einerseits zeigt der Schmerz eine Schädigung oder Zerstörung an. Andererseits fungiert er aber auch „als Indikator, als Begleiter von Wachstum und Werden“,<sup>283</sup> wie es zum Beispiel bei Gebärenden oder beim Zahnen eines Kindes der Fall ist. In dieser Hinsicht weist der Schmerz einen positiven, Ordnung verleihenden Aspekt auf.<sup>284</sup> Auch hier lässt sich der polare Charakter des Schmerzes erkennen. Daneben beschreibt von Weizsäcker noch andere Schmerzformen, wie den Erziehungsschmerz, der auf Seiten der Eltern und der Kinder existiert.<sup>285</sup>

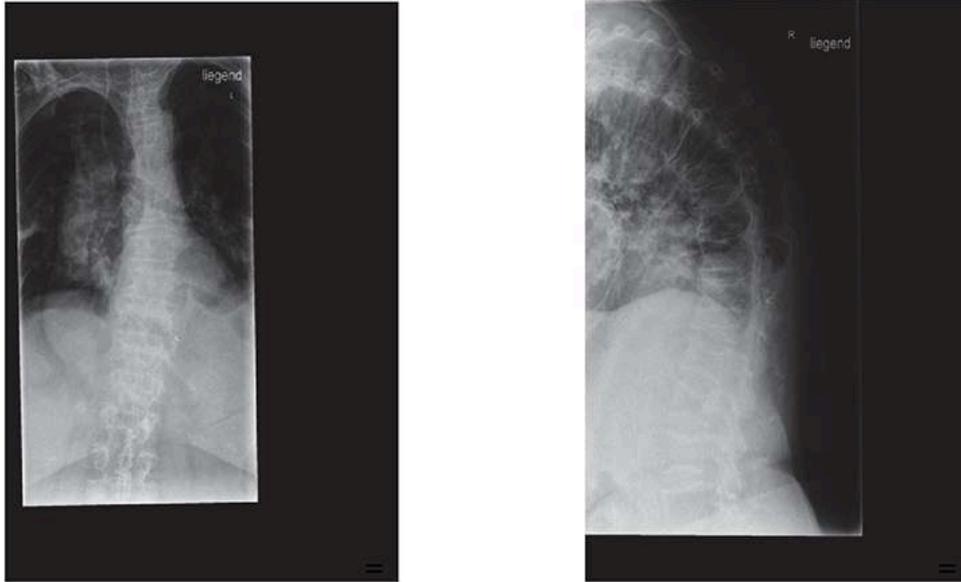
- 195 Viktor von Weizsäcker geht von der Erfahrung aus, dass die Intensität eines körperlichen Schmerzes oft nicht dem Grad der Schädigung eines Organs oder Körperteils entspricht. Die Schmerzantwort kann mehr oder weniger stark ausfallen oder sogar ganz ausbleiben. Ein Hypochonder<sup>286</sup> klagt über starke Schmerzen, ohne dass ein aktueller Schmerz auslösender Reiz identifizierbar ist, während ein Krebspatient bis zu einem fortgeschrittenen Stadium häufig kaum oder gar keine Schmerzen verspürt (was ja häufig leider auch zu einer späten Diagnosestellung führt).<sup>287</sup>
- 196 Subjektiv-phänomenologisch betrachtet gibt es hier keinen starren Reiz-Reaktions-Mechanismus. Schmerz wird bei Weizsäcker als „sinnlicher Zweifel“<sup>288</sup> charakterisiert, der durch den drohenden Verlust eines Organs oder Glieds aufkommt. Die Entstehungssituation des Schmerzes ist durch die Bedrohung der „Eigenheit durch Fremdheit“<sup>289</sup> bestimmt. Solange der Schmerz besteht, ist noch nicht entschieden, ob bei einem Organ oder Glied die Verbindung zum Körper aufgehoben wird oder ob die Schädigung überwunden werden kann. Der Schmerz ist nicht Folge eines Verlustes eines Gliedes oder Organs, sondern Ausdruck eines Prozesses, eines Kampfes zwischen den integrierenden heilenden Kräften einerseits und den trennenden destruktiven Kräften.<sup>290</sup> Ins Extreme gedacht sind die Antipoden dieses Widerstreites das Leben und der Tod.<sup>291</sup>
- 197 Für Weizsäcker setzt Schmerz voraus, dass es zuvor zu einer Einverleibung, einer intakten Integrität zwischen Körperteil und dem Menschen gekommen ist. Hier liegt nach KÜTEMEYER (2003) ein Schlüssel zur Erklärung von paradoxer Schmerzunempfindlichkeit. Abnorme Schmerz-unempfindlichkeit mache eine Selbstentfremdung sichtbar. Schmerz-fähigkeit hat bei Weizsäcker einen positiven Aspekt und ist Ausdruck einer Körperleistung und einer positiven Körperbesetzung. Hier ergeben sich auch therapeutische Ansätze.<sup>292</sup> Aus der Zusammenschau kann gefolgert werden, dass das Ziel ärztlicher Haltung zum Schmerz nicht die Zerstörung des Schmerzes *per se* sein kann, sondern eine Auseinandersetzung mit dem Schmerz, eine Differenzierung der Schmerzen (Werdeschmerz, Zerstörungsschmerz und andere Schmerzformen) und das Erlernen der Schmerzfähigkeit, was nach KÜTEMEYER (2003, 57) dem „Auffinden der jeweiligen Form der Selbstentfremdung“ entspricht.

## 4.5 Pathosophie und Schmerz: Neurose, Biose und Sklerose bei Viktor von Weizsäcker

- 198 Weizsäcker unterscheidet im zweiten Teil der „Pathosophie“ drei Arten von Krankheiten, die er zugleich auch ‘Stufen’ nennt: Neurose, Biose und Sklerose. Als Beispiele dafür werden eine Herzneurose, eine Pneumonie (Lungenentzündung) und die Arteriosklerose aufgeführt.<sup>293</sup> Bei diesen drei Kategorien von Erkrankungen könne es Übergänge geben. So kann aus einer Neurose eine Biose werden. Außerdem können mehrere Kategorien dieser Erkrankungen auch gleichzeitig auftreten, z.B. bei einem Lendenwirbelsyndrom (s. Abb. 18 u. Abb. 19 auf S. 218, 220).
- 199 Als Kriterien der Unterscheidung gibt Weizsäcker zeitliche und räumliche Erscheinungsweisen an.<sup>294</sup> Bei der Neurose können funktionelle Störungen unmittelbar auftreten und auch wieder verschwinden. Diese Funktionsänderungen sind nicht dauerhaft und reversibel. Sie sind in Weizsäckers Terminologie „zeitlos“.<sup>295</sup> Im

zeitlichen Verlauf von Erkrankungen stellen Neurosen den Beginn aller Erkrankungen dar.<sup>296</sup> Bei Biosen, wie der Pneumonie, lässt sich eine zeitliche Bindung an einen Krankheitsverlauf feststellen.<sup>297</sup> Im Unterschied zur Neurose ist eine sofortige Genesung nicht mehr möglich. Die Erkrankung findet jetzt nicht auf funktioneller Ebene statt, sondern auf der strukturellen.<sup>298</sup> Wenn primär oder sekundär im Verlauf einer Biose eine Strukturveränderung auftritt, wie Narben, Verkalkungen, die unumkehrbar und permanent sind, dann spricht man von Sklerosen. In zeitlicher Hinsicht ist die Sklerose durch die Irreversibilität gekennzeichnet. Weizsäcker erwähnt in diesem Zusammenhang den Begriff der Geschichtlichkeit. Bei der Sklerose ist das Ergebnis der „partielle, individuelle oder gruppenhafte Tod“.<sup>299</sup>

- 200 Neurosen sind in räumlicher Hinsicht dadurch gekennzeichnet, dass funktionelle Störungen sich nicht an anatomische Strukturen halten. Bei Biosen ist eine Lokalisierbarkeit gegeben. Biosen nehmen zwischen Neurosen und Sklerosen eine Mittelstellung ein. Bei der irreversiblen Strukturveränderung, wie sie bei Sklerosen auftritt, ist „alles lokalisiert und nichts unlokalisierbar“.<sup>300</sup>
- 201 Weizsäcker fasst die Begriffe Neurose, Biose und Sklerose als Entwicklungsstufen auf dem Lebensweg zwischen Leben und Tod in ein umfassenderes Konzept ein.<sup>301</sup>
- 202 KÜTEMEYER (2003) beschreibt, wie durch die Anwendung der Krankheitseinteilung in Neurosen, Biosen und Sklerosen tieferes Verständnis von Schmerzphänomenen ermöglicht wird. Bei einer Sklerose<sup>302</sup> tritt kein Schmerz auf, da hier kein „*sinnlicher Zweifel*“<sup>303</sup> mehr besteht. Die Entscheidung darüber, ob der Teiltod eingetreten ist, ist bereits gefallen. Heilungsprozesse weisen Übergänge vom Stadium der Biose in das Stadium der Sklerose auf. Bei einer Narbe handelt es sich um einen Zustand, bei dem Parenchym-Gewebe (z.B. Hautgewebe) teilweise zugrunde gegangen ist. Letzteres wird dann durch Narbengewebe ersetzt. Es ist also ein Teiltod eingetreten. Die Narbe steht für eine Sklerose. Schmerzt eine Narbe, dann kann der Schmerz durch biotische oder neurotische Vorgänge entstanden sein. In der Narbe bildet sich z.B. ein Keloid (narbige Wucherung) als Ausdruck einer Biose oder der Patient verspürt dort subjektive Befindlichkeitsstörungen (z.B. eine „Wetterempfindlichkeit“) als Ausdruck einer Neurose.<sup>304</sup>
- 203 Ein Beispiel für Schmerzen auf biotischer Grundlage stellen Bandscheibenvorfälle dar. Hier gibt es „Entzündungs-, Wucherungs-, Resorptionsvorgänge“.<sup>305</sup> Bei Lumbalgien (vgl. Abb. 19 u. Abb. 20) treten häufig auch neurotische Vorgänge alleine oder in Kombination auf.<sup>306</sup>
- „Für die Genese eines psychogenen Schmerzes spielen eine biographisch bedingte latente Schmerzneigung die entscheidende, aktuelle oder frühere körperliche Schmerzempfindungen (Biose) allenfalls eine bahnende Rolle.“<sup>307</sup>



**ABB. 18:** Röntgenuntersuchung der Brustwirbelsäule in 2 Ebenen  
Freundliche Überlassung der Röntgenbilder und des Befundes von Rüdiger Riegel, Orthopäde, Wald-Michelbach

204 Bei dieser Patientin (s. Abb. 18 u. Abb. 19) sind röntgenologisch ausgeprägte osteoarthrotische und osteoporotische Veränderungen zu sehen.

205 Röntgenuntersuchung der Brustwirbelsäule in zwei Ebenen vom 16. März 2009 (Befund Rüdiger RIEGEL, Orthopäde, Wald-Michelbach):

Es finden sich Keilwirbelbildungen T2/3/4 bei stehender Hinterkante, ebenfalls zentral und ventral Höhenminderung T7, zentrale Höhenminderung T6, Plattwirbel T12, zentrale Eindellung Deckplatte T11.

206 MRT der LWS vom 27. Oktober 2010 (Befundauszug: von R. ZECH, Radiologische Kooperation: Dr. med. T. BÖKENFELD, Dr. med. S. SCHNEIDER und R. ZECH, Mörlenbach, Bensheim):

Hyperlordose der LWS und vermehrte Kyphose des thorakolumbalen Überganges. Ausgeprägte Höhenminderung (Fischwirbelbildung) von BWK 12, im Vergleich in geringerem Umfang von LWK 1 bis 3. Eine leichte Höhenminderung weist auch BWK 11 auf. Das Signalverhalten der ossären Strukturen in T1- und T2-Wichtung ist sehr ähnlich, was als Korrelat einer Osteoporose zu werten ist.

Th11/12: Hier besteht aufgrund der stattgehabten Kompressionsfraktur eine knöchern bedingte Einengung des Spinalkanales um etwa 4 mm. Geringere diesbezügliche Veränderungen sind auch bei LWK 2 und 3 zu erkennen.

L3/4: Keine nennenswerte Vorwölbung der dorsalen Bandscheibenkontur. Spondylarthrosen. Keine relevante Einengung des Spinalkanales oder der Neuroforamina.

L3/4: Geringe breitflächige Protrusion der dorsalen Bandscheibenkontur. Keine Einengung des Spinalkanales oder der Neuroforamina. Spondylarthrosen und etwas verdickte *Ligamenta flava*.

L5/S1: Leichter Ventralversatz von LWK 5 gegenüber S1. Keine nennenswerte Vorwölbung der dorsalen Bandscheibenkontur. Spondylarthrosen. Geringe Kaliberreduktion des Spinalkanales. Normale Weite der Neuroforamina.

*Beurteilung:* Frische Fraktur/Sinterung von LWK 3, gut vereinbar mit der seit einigen Tagen verstärkten Schmerzsymptomatik. Im übrigen Zeichen der Osteoporose mit mehreren höhengeminderten Wirbelkörpern. Pseudospondylolisthesis bei L5/S1.

- 207 Klinisch berichtete die Patientin nur über starke Schmerzepisoden, wenn es zu einem Deckplatteneinbruch kam. In den Intervallen zwischen Deckplatteneinbrüchen war die Patientin beschwerdefrei. Bei einem Deckplatteneinbruch kommt es zu biotischen Prozessen, wie Resorptionsprozessen und ggf. auch zu einem kyphotischen oder skoliotischen Umbau. Nach Ende dieser Vorgänge hat die Sklerose begonnen, es besteht kein „sinnlicher Zweifel“ mehr, der Teiltod ist eingetreten. Es treten keine Schmerzen mehr auf. Persistieren die Schmerzen nach abgeschlossenem Umbau, müssen eine Neurose oder ein psychogener Schmerz in die differenzialdiagnostischen Überlegungen mit einbezogen werden.<sup>308</sup>



**ABB. 19:** MRT der Lendenwirbelsäule derselben Patientin (s. Abb. 18)  
Freundliche Überlassung der Bilder und des Befundes von R. Zech, Radiologische Kooperation: Dr. med. T. Bökenfeld, Dr. med. S. Schneider und R. Zech, Mörlenbach, Bensheim.

## NOTES

1. Hierzu wie zum folgenden Absatz vgl. KÜTEMEYER 2003, 55.
2. WEIZSÄCKER, V. v.: Die Schmerzen (1926), *Gesammelte Schriften* [GS] 5, 27-47.
3. Vgl. ACHILLES 1987, 345.
4. WEIZSÄCKER, V. v., ebd., 27 ff.
5. Ebd., 31.
6. Ebd., 30 ff.
7. Ebd., 37 ff.

8. Ebd., 44 ff.
9. Ebd., 44.
10. Ebd., 45.
11. Ebd. – Vgl. dazu auch Ankündigung der Viktor-von-Weizsäcker-Gesellschaft zur 13. Jahrestagung vom 4.-6.10.2007; URL: [http://www.viktor-von-weizsaecker-qesellschaft.de/ver\\_sub.php?id=13&a=0&sID=9](http://www.viktor-von-weizsaecker-qesellschaft.de/ver_sub.php?id=13&a=0&sID=9)
12. Vgl. WEIZSÄCKER, V. v. ebd., 34-35. Vgl. auch die in Fn.<sup>11</sup> erwähnte Ankündigung der Viktor-von-Weizsäcker-Gesellschaft.
13. Vgl. WEIZSÄCKER, V. v. 1926: GS 5, 46.
14. WEIZSÄCKER, V. v., ebd.
15. Ebd., 28.
16. Ebd.
17. Ebd., 30.
18. Ebd.
19. Vgl. WIEHL 1990, 269. – Auch in der anschließenden Darstellung der polaren Eigenschaften des Schmerzes folge ich WIEHL 1990, 269 ff.
20. Vgl. WATZLAWICK & al. 2007.
21. Vgl. WIEHL 1990, 269 f.
22. Vgl. WEIZSÄCKER, V. v. 1926: GS 5, 30 f.
23. Ebd., 31.
24. Vgl. WIEHL 1990, 269 f.
25. Vgl. ebd., 270.
26. Vgl. ebd., 270 ff.
27. Vgl. ebd., 270.
28. Bei der Interpretation missverständlichen Verhaltens kann die Unterscheidung in einen Inhalts- und einen Beziehungsaspekt hilfreich sein (WATZLAWICK & al. 2007). – Vgl. auch WIEHL 1990, 270.
29. Vgl. WIEHL 1990, 271.
30. Der Schmerz stellt ein wesentliches Prinzip der Individuation dar. Schmerzen ließen den Mensch nicht abstumpfen, der Leib entwickle ein Gedächtnis seiner Verletzlichkeit. Der Schmerz stelle die intensivste Form des Selbsterlebnisses für den Leib dar. Schmerzerinnerungen können eine Eigendynamik entfalten, sich verselbständigen und Teil des Selbst werden. Als solches sei kein Auslöser für ihr Auftreten erforderlich. Dies gelte auch für das Trauma. Nietzsches Erkenntnis, „nur was nicht aufhört, weh zu tun, bleibt im Gedächtnis“ (NIETZSCHE, *GdM* II.3: KSA 5, 295) zeige sich praktisch im Initiationsritus, wo Gesetze der Gemeinschaft dem Leib eingepägt werden und in Form der Strafe (Einübung leiblich vermittelter Selbstkontrolle). FUCHS (2008) vertritt die Auffassung, dass Schmerz mitteilbar ist. Über die appellative und kommunikative Funktion des Schmerzes und die „sympathetische Komponente des Schmerzerlebens und Schmerzgedächtnisses“ sei Mitgefühl möglich. Vgl. FUCHS 2008.
31. WEIZSÄCKER, V. v. 1926: GS 5, 34. – Viktor von Weizsäcker merkt an dieser Stelle an, dass es zutreffender sei, von den Schmerzen zu sprechen als vom Schmerz. Vgl. auch WIEHL 1990, 271.
32. Analoges gilt für körperlich und seelisch gemischte Schmerzen.
33. So WIEHL 1990, 270 f.
34. WEIZSÄCKER, V.v. 1926: GS 5, 34 f.
35. Ebd., 35.
36. Vgl. WIEHL 1990, 271 f.
37. Vgl. ebd., 269, 271 f.
38. Die Entropie stellt ein Maß für die Unordnung dar. Nach dem 2. Hauptsatz der Thermodynamik nimmt die Entropie (und damit die Unordnung) in unserer Welt ständig zu.

Unordnung ist also das vorherrschende naturwissenschaftliche Prinzip. Der menschliche Organismus muss ständig Energie (in Form von Nahrung) zuführen, um seine Ordnung aufrechtzuerhalten. Dabei handelt es sich um einen aktiven Prozess. Betrachtet man die Entropiebilanz (Mensch und Umwelt) insgesamt, nimmt diese zu, obwohl es lokal (z.B. im menschlichen Organismus) zu einer Abnahme der Entropie kommen kann.

39. Weitere Beispiele für den Zerstörungsschmerz und die zerstörerische Qualität des Schmerzes sind der Tumorschmerz und der „Vernichtungsschmerz“ beim Herzinfarkt.

40. Vgl. WIEHL 1990, 271.

41. WEIZSÄCKER, V. v. 1926: GS 5, 32.

42. Ebd., 33

43. Ebd. – Zum Verhältnis zwischen Lust und Schmerz heißt es im „Nachtwandler-Lied“ in NIETZSCHES *Zarathustra* (KSA 4, 402 f.): „Schmerz ist auch eine Lust, Fluch ist auch ein Segen [...] Denn alle Lust will sich selber, drum will sie auch Herzeleid!“ Und (ebd., 404): „Die Welt ist tief, / Und tiefer als der Tag gedacht. / Tief ist ihr Weh –, / Lust – tiefer noch als Herzeleid: / Weh spricht: Vergeh! / Doch alle Lust will Ewigkeit –, / – will tiefe, tiefe Ewigkeit!“ (Vgl. auch ebd., 286)

44. WEIZSÄCKER, V. v. 1926: GS 5, 33. – Mit der letzten Bemerkung spielt Weizsäcker auf den aus Menander (LIDDELL & SCOTT <sup>10</sup>1992, 880<sup>a</sup>) bekannten Satz an: „ὁ μὴ δαρεῖς ἄνθρωπος οὐ παιδεύεται“, der Goethes *Dichtung und Wahrheit* als Motto vorangestellt ist (GOETHE, HA 9, 7; vgl. ebd., 641).

45. Vielleicht lässt sich auch allgemein sagen, dass der Schmerz, wenn er inter-individuell auftritt, immer auf beiden Seiten stattfindet, bei dem der Schmerzen zufügt und bei dem, der den Schmerz direkt erfährt. Bei dem zuerst genannten kann Schmerz in Form von seelischem Schmerz auftreten, er kann verrohen oder es kann ihm *Leid tun*. Auch in körperlicher Hinsicht schmerzt ja nicht nur der geschlagene Körper, sondern auch die schlagende Faust.

46. Vgl. WEIZSÄCKER, V. v. 1926: GS 5, 38 f. – Vgl. WIEHL 1990, 272 ff., ebd., 278: „Schmerzen sind – wie übrigens auch Freuden – und überhaupt alle menschlichen Affekte und Leidenschaften antilogisch.“

47. Vgl. RIMPAU 2008, 113.

48. WEIZSÄCKER, V. v. 1926: GS 5, 32.

49. Ebd., 39 f.

50. Ebd., 41. – Das Ergebnis der Schmerzarbeit kann Verheilung, Teiltod oder der Tod sein. Im Tod gibt es keine Entwindung von einem Es mehr, der ganze Körper wird gleichsam als Es ausgestoßen und Teil der Außenwelt.

51. WEIZSÄCKER, V. v. 1926: GS 5, 41.

52. Vgl. WIEHL 1990, 271.

53. WEIZSÄCKER, V. v. 1926: GS 5, 41.

54. Ebd.

55. „Entwindung von einem Es im Schmerz“, so WEIZSÄCKER, V. v. 1926: GS 5, 39 f.

56. WEIZSÄCKER, V. v. 1926: GS 5, 42.

57. Ebd., 42.

58. Wie in dem Roman *La nausée* des Existentialisten Jean-Paul SARTRE.

59. WEIZSÄCKER, V. v. 1926: GS 5, 42

60. Vgl. LAÍN-ENTRALGO 1987, 33.

61. Ebd., 33.

62. Vgl. ebd.

63. Eng verknüpft mit dem Gestaltkreis ist der Begriff der *Verdeckung*. Nach dem von V. v. Weizsäcker so genannten *Drehtürprinzip* ist unsere Erkenntnisfähigkeit prinzipiell eingeschränkt. Das Verhältnis zwischen Subjekt und Objekt im Allgemeinen und zwischen Arzt und Patient im

Speziellen ist dynamisch und kreisförmig strukturiert. Sobald wir etwas wahrnehmen, das wir vorher nicht sahen, wird das, was bisher sichtbar und augenscheinlich war, plötzlich verdeckt. Vgl. LAÍN-ENTRALGO 1987, 34.

64. Vgl. WEIZSÄCKER, V. v. 1926: GS 5, 42 f.

65. So BENZEHÖFER 2007.

66. Vgl. WEIZSÄCKER, V. v. 1926: GS 5, 43.

67. WEIZSÄCKER, V. v. 1926: GS 5, 43 f.

68. Vgl. WIEHL 1990, 268 f.

69. WEIZSÄCKER, V. v. 1926: GS 5, 44.

70. WIEHL 1990, 269.

71. Vgl. WEIZSÄCKER, V. v. 1926: GS 5, 44.

72. WEIZSÄCKER, V. v. 1926: GS 5,45.

73. Ebd.

74. Ebd.

75. Ebd.

76. Über die Natur bemerkt Viktor von WEIZSÄCKER (1947: GS 6, 412) in seinem Vortrag „Von den seelischen Ursachen der Krankheit“: „Wir anerkennen, daß es bei jeder Krankheit etwas gibt, was wir *nicht tun* können; aber wir sprechen dann von der Heilkraft der Natur und bedenken nicht, daß auf diese Natur kein Verlaß ist; daß die Natur mit Gesundheit und Krankheit, mit Leben und Tod nur spielt; daß gerade diese Natur also uns das Unzulängliche unseres Daseins am allermeisten vorhält.“

77. Zum Verhältnis von Schmerz und Strafe sagt V. v. WEIZSÄCKER (1926: GS 5, 45), dass Schmerzen keine objektive Strafe sind, obwohl objektive Strafen Schmerzen sein könnten.

78. Ebd., 46.

79. Ebd., 47

80. Ebd., 47.

81. Vgl. JACOBI 1996, zit. n. RIMPAU 2008, 197.

82. Vgl. auch WIEHL 2008.

83. Vgl. RIMPAU 2008,113, sowie ACHILLES 1987, in: WEIZSÄCKER, V. v., GS 5, 345.

84. Vgl. RIMPAU 2008, ebd.

85. WEIZSÄCKER, V. v. : Der Arzt und der Kranke (1926a): GS 5,11.

86. Vgl. ebd.

87. WEIZSÄCKER, V. v. : Krankengeschichte (1928): GS 5, 65

88. RIMPAU 2008, 113.

89. Vgl. RIMPAU 2008, 113 f.

90. WEIZSÄCKER, V. v. 1928: GS 5,66.

91. Vgl. RIMPAU 2008, 114.

92. WEIZSÄCKER, V. v. 1928: GS 5, 52.

93. Ebd., 65.

94. WEIZSÄCKER, V. v. 1928: GS 5,66.

95. WEIZSÄCKER, V. v.: Psychosomatische Medizin (1949): GS 6, 464.

96. WEIZSÄCKER, V. v. 1926a: GS 5, 11.

97. Ebd.

98. Ebd., 12.

99. WEIZSÄCKER, V. v. 1926a: GS 5, 13 f.

100. Ebd., 16

101. Ebd., 16 f.

102. WEIZSÄCKER, V. v. 1926a: GS 5, 18.

103. Ebd. – Entsprechendes gilt für die Klage: „Ich habe Schmerzen“ oder „Mich schmerzt es“.
104. WEIZSÄCKER, V. v. 1926a: GS 5, 19.
105. Ebd., 20.
106. Vgl. ebd.
107. WEIZSÄCKER, V. v. 1926a: GS 5, 23.
108. Ebd., 24.
109. Ebd. – Bezogen auf den Schmerz fragt der gute Arzt: „Wo schmerzt es Dir?“
110. Mit dem Gespräch (sowohl bezogen auf die Krankheit als auch auf den Schmerz) wird ein Gestaltkreis begründet.
111. WEIZSÄCKER, V. v. 1926 a: GS 5, 24. – Sicher wird der gute Arzt im Anschluss an die Anamneseerhebung auch eine körperliche Untersuchung vornehmen. Wichtig ist, auf welche Grundlage diese Untersuchung gestellt ist. Mit der Wahrung des Patienten als Subjekt durch die vorangegangene Anamnese befindet sich die nachfolgende körperliche Untersuchung meines Erachtens nicht im Konflikt mit dem Gespräch, sondern sie ist dazu eine notwendige Ergänzung. Die körperliche Untersuchung bekräftigt im Patienten auch das Gefühl, ernstgenommen zu werden. In der Psychosomatik gilt der Grundsatz: „Was nicht berührt worden ist, ist nicht untersucht worden“ (Curriculum Psychosomatische Grundversorgung 2006/07 und Balintgruppe, Heidelberger Institut für Tiefenpsychologie, Dr. Uta Sonneborn, Leiter: Dr. med. Dipl.-Psych. M. Schwab). Die körperliche Untersuchung, z. B. in Form des Abklopfens der Wirbelsäule bei Wirbelsäulenschmerzen, festigt die Arzt-Patienten-Beziehung.
112. WEIZSÄCKER, V. v. 1926a: GS 5, 25.
113. Ebd., 24 f.
114. Vgl. ebd., 25 f.
115. WEIZSÄCKER, V. v. 1928: GS 5, 48.
116. Ebd.
117. WEIZSÄCKER, V. v. 1928: GS 5, 48.
118. Man beachte die Analogie zwischen juristischem Prozess und dem Krankheitsprozess.
119. Für die ganze Krankengeschichte vgl. WEIZSÄCKER, ebd., 48-50. – In der Tat gibt es Analogien zur Traditionellen Chinesischen Medizin: Der an den Leber-meridian gekoppelte Meridian ist der Gallenblasenmeridian. Dem Funktions-kreis Leber ist in der Traditionellen Chinesischen Medizin die Emotion Wut zugeordnet und der Geschmack bitter. Am Ende der Krankengeschichte ist der Bauer ja verbittert.
120. WEIZSÄCKER, ebd., 50.
121. WEIZSÄCKER, V. v. 1926: GS 5, 33.
122. WEIZSÄCKER, V. v. 1928:GS 5, 51.
123. Ebd., 51.
124. Vgl. ebd.
125. Ebd., 52.
126. Die Wirklichkeit des Menschen sei nicht nur objektiv beobachtbar, sie werde vielmehr von ihm erlitten. Seinem Wesen nach sei der Mensch nicht ontisch (wie man einen Gegenstand beschreiben kann), sondern pathisch: Die fünf Kategorien *wollen, sollen, können, müssen, dürfen* bilden das „pathische Pentagramm“. Die Beziehung des Subjekts zu seiner Umwelt finde seine Bestimmung innerhalb des „pathischen Pentagramms“. Das Leben, auch unter dem Gesichtspunkt von Freiheit und Notwendigkeit, entfalte sich innerhalb dieser Modalitäten. Die pathische Beziehung von Subjekt und Umwelt spiegele sich besonders in Lebens-krise wider. So LAÍN-ENTRALGO 1987, 39.
127. WEIZSÄCKER, V. v. 1928: GS 5, 53. – An dieser Stelle wird auch die Polarität des menschlichen Lebens zwischen Freiheit und Notwendigkeit deutlich. Unter der Bedingung des Krankseins eröffnet sich diese Realität deutlicher als im Gesundsein.

128. Die Schmerzen, die der Bauer zu verschiedenen Stadien seiner Erkrankung hatte, können als Aufforderung verstanden werden, umzukehren.

129. Vgl. WEIZSÄCKER, V. v. 1928: GS 5, 53 f.

130. Vgl. ebd., 54.

131. Vgl. ebd.

132. WEIZSÄCKER, V. v. 1926a: GS 5, 13.

133. Eine anschauliche Form des Wissensverlustes, dem wir alle unterliegen, liegt z. B. in der im Erwachsenenalter im Allgemeinen schwindenden Fähigkeit über die Natur, etwa Tiere, zu staunen. Hier sind wir doch im Begriff ein Wissen um das Lebendige zu verlieren. Es gibt jedoch Möglichkeiten, sich dafür wieder zu öffnen und zu sensibilisieren; dies ist ein aktiver Prozess.

134. Ein Sinn von Gebeten und Meditationen könnte darin liegen, dass man in einer biographischen Krise durch die Beschäftigung mit problematischen Themen den Wissensverlust verzögert oder aufhält und die Überwindung der Krise beschleunigt. Glaube, Hoffnung und Liebe (vgl. 1. Cor 13,13) können auch als Ressourcen betrachtet werden, die im Sinne der Salutogenese und Resilienz bei der Überwindung einer Krise helfen. – Der Ausdruck „Krankheit zum Tode“, der durch die so betitelte, 1849 erschienene Schrift von Soren Kierkegaard (*Sygdommen til døden*) prominent geworden ist, spielt an auf ein Jesuswort aus dem Johannes-Evangelium: „Die Krankheit ist nicht zum Tode (ἡ ἀσθενεία οὐκ ἔστιν πρὸς θάνατον).“ (Jo 11, 4)

135. Vgl. WEIZSÄCKER, V. v. 1928: GS 5, 54.

136. Bei psychiatrischen Erkrankungen – z.B. Psychosen, Paranoia, hirnorganisches Psychosyndrom (HOPS) – und bei Demenzpatienten tritt oft eine psychomotorische Unruhe auf. Auch Schlafstörungen bei Angst-, Anpassungs- oder depressiven Störungen lassen sich in diesem Zusammenhang als Unruhe auffassen. Die Hyperaktivitätsstörung oder Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung (ADHS) mit den Leitsymptomen Aufmerksamkeitsstörung, erhöhte Ablenkbarkeit, Hyperaktivität geht zumindest mit einem geringeren Erwerb von Wissen und vielleicht auch mit einer verminderten Aufmerksamkeit (und Zugriffsmöglichkeit) gegenüber dem eigenen Wissen einher. Erwähnenswert ist in dem Zusammenhang auch, dass beim *M. Parkinson* mit dem Tremor (einer speziellen Form der motorischen Unruhe) als Leitsymptom gehäuft Demenzen auftreten.

137. Vgl. WEIZSÄCKER, V. v. 1928: GS 5, 54.

138. Ebd.

139. Vgl. ebd.

140. Ebd., 55. – Das Gesagte gilt auch für die Leidensform Schmerz.

141. Ebd., 57.

142. Vgl. ebd., 56-5 8.

143. Ebd., 58.

144. Ebd.

145. Gestaltkreis – Situationskreis: Thore v. Uexküll (vgl. UEXKÜLL 1987) geht von der These aus, das Ganze sei mehr als die Summe seiner Teile. Es entstehen so genannte Emergenzen. Wendet man diese Überlegung auf die Interaktion unseres Wahrnehmens mit unserem Bewegen an, resultiert etwas Neues – der von uns wahrgenommene Raum. Diesen Prozess der Interaktion nennt V. v. Weizsäcker 'Gestaltkreis'. Analog entsteht der Situationskreis durch die Interaktion von uns als Subjekten mit den uns umgebenden Objekten. Der Situationskreis spiegelt unsere Wirklichkeit wider. Bei V. v. Weizsäcker wird durch die Einführung des Subjektes der Anteil des Subjektes an der Erzeugung der Wirklichkeit gewürdigt. WEIZSÄCKER, V. v. : Vorwort zur 4. Aufl. von *Der Gestaltkreis*: GS 4, 96: „Sodann hat die Einführung des Subjektes nicht etwa die Bedeutung, daß die Objektivität damit eingeschränkt würde. Es handelt sich weder um Subjektivität allein noch um Objektivität allein, sondern um die Verbindung beider. Eben darum ist nun hier doch eine Veränderung des Wissenschaftsbegriffes zu bemerken. Wissenschaft gilt nämlich hier nicht als ‚objektive Erkenntnis‘ schlechthin, sondern Wissenschaft gilt als eine *redliche Art des Umganges*

von *Subjekten mit Objekten*. Die Begegnung, der Umgang ist also zum Kernbegriff der Wissenschaft erhoben.“ Vgl. CHRISTIAN 1987, 75.

146. WEIZSÄCKER, V. v. 1928: GS 5, 58 f.

147. Ebd., 59.

148. Ebd.

149. WEIZSÄCKER, V. v. 1928: GS 5, 62.

150. In der Traditionellen Chinesischen Medizin wird ein Fülle-Schmerz von einem Leere-Schmerz unterschieden. Diese Begriffe dienen hierbei zur Beschreibung des Schmerzcharakters und des energetischen Status des betreffenden Meridians bzw. Funktionskreises.

151. Ebd., 63.

152. Ebd.

153. Ebd.

154. Ebd., 64.

155. Vgl. WEIZSÄCKER, V. v. 1928: GS 5, 63 f.

156. Ebd., 64.

157. Vgl. ebd., 66.

158. Ebd., 65.

159. Vgl. ebd., 66.

160. WEIZSÄCKER, V. v. 1928: GS 5, 66.

161. Vgl. ebd.

162. WEIZSÄCKER, V. v. 1926a: GS 5, 13.

163. WEIZSÄCKER, V. v., *Über medizinische Anthropologie* (1927): GS 5, 192 f.

164. WEIZSÄCKER, V. v. 1926: GS 5, 46. – In der „Krankengeschichte“ fordert V. v. WEIZSÄCKER (1928: GS 5, 60), ein Wirkliches darzustellen, das letztlich auch das Gebotene sei. Das Wirkliche entstehe und entschleierte sich am deutlichsten – in Form eines Gestaltkreises, kann man hinzufügen – in einer „Genossenschaft“ von Arzt und Kranken.

165. WEIZSÄCKER, V. v. 1926: GS 5, 41.

166. Vgl. ebd., 46.

167. Vgl. ebd., 47.

168. Ebd., 45: „Schmerzen sind nicht objektive Strafen [...], sondern sie sind lediglich Aufgabe“.

169. Es ist ja ein Gemeinplatz, wenn man sagt, dass man gereifter aus einer Krise herauskommt, als man in sie hineingegangen ist.

170. WEIZSÄCKER, V. v. 1928: GS 5, 65.

171. Ebd., 66.

172. WEIZSÄCKER, V. v. 1928: GS 5, 65.

173. WEIZSÄCKER, V. v. 1926: GS 5, 45.

174. Ebd., 55.

175. Ebd., 36 f.

176. WEIZSÄCKER, V. v. 1928: GS 5, 64.

177. WEIZSÄCKER, V. v. 1926: GS 5, 33.

178. Vgl. RIMPAU 2008, 115 u. ACHILLES 1987, 374.

179. WEIZSÄCKER, V. v., *Über medizinische Anthropologie* (1927): GS 5, 178.

180. Ebd., 178 f.

181. Ebd., 179. – Vgl. hierzu auch den Aufsatz „Krankengeschichte“: Der Schmerz hat zusammen mit der Erkrankung etwas mit der Unwahrheit zu tun. Beide treten zusammen auf. Der Schmerz kann als ein Symptom der Krankheit und die Krankheit als ein Symptom dafür angesehen werden, dass in Bezug auf die Wahrheit etwas nicht in Ordnung ist.

182. WEIZSÄCKER, V. v. 1927: GS 5, 181.

183. Ebd., 184.

184. Vgl. WEIZSÄCKER, V. v. 1927: GS 5, 185.
185. Ebd., 185.
186. Ebd., 186.
187. Vgl. ebd.
188. WEIZSÄCKER, V. v. 1926: GS 5, 43.
189. WEIZSÄCKER, V. v. 1927: GS 5, 186.
190. Ebd., 187.
191. Dies gilt analog auch für das bloße Abstellen des Schmerzes.
192. WEIZSÄCKER, V. v. 1927:GS 5, 187.
193. WEIZSÄCKER, V. v. 1927:GS 5, 188.
194. Ebd. Im Idealfall bewirke der Rat eine Kräftigung des Patienten, z.B. durch gesundheitsbewusstes Verhalten oder eine Schmerzlinderung (z.B. als Placebo) und beim Arzt eine Zunahme seines Selbstbewusstseins.
195. WEIZSÄCKER, V. v. 1927: GS 5, 189.
196. Ebd., 190.
197. Ebd., 191.
198. WEIZSÄCKER, V. v. 1927: GS 5, 190.
199. Ebd., 191.
200. Ebd., 191 f.
201. Vgl. ebd., 192.
202. WEIZSÄCKER, V. v. 1927: GS 5, 192.
203. Vgl. ebd.
204. Ebd., 192. – Zum Kontext s.o., S. 187, das ausführlichere Zitat dieser Stelle.
205. WEIZSÄCKER, V. v. 1927: GS 5, 193.
206. WEIZSÄCKER, V. v. 1927: GS 5, 194.
207. Vgl. ebd.
208. Vgl. ACHILLES 1986, 577 u. RIMPAU 2008, 227.
209. WEIZSÄCKER, V. v., Psychosomatische Medizin (1949): GS 6, 451.
210. WEIZSÄCKER, V. v. 1949: GS 6, 452.
211. Vgl. ebd., 453.
212. Ebd., 453.
213. Eine andere Frage ist selbstverständlich, ob ein solcher Versuch von der ethischen Seite her vertretbar ist. Hier soll nur gezeigt werden, dass dieselben Überlegungen, die hier für die Emotionen Freude und Schreck angestellt werden, sich auch auf den Schmerz anwenden lassen.
214. Diese Erkrankungen gehen mit Schmerzen einher.
215. WEIZSÄCKER, V. v. 1949: GS 6, 454.
216. Ebd., 455.
217. Ebd., 456.
218. Ebd.
219. Ebd.
220. Vgl. WEIZSÄCKER, V. v. 1949: GS 6, 456.
221. Ebd., 457.
222. Ebd.
223. Ebd.
224. Ebd., 459 f.
225. WEIZSÄCKER, V. v. 1949: GS 6, 460.
226. Man vergleiche damit den Aufsatz „Krankengeschichte“ von 1928.
227. WEIZSÄCKER, V. v. 1949: GS 6, 460.
228. Ebd., 461.

229. Ebd.
230. WEIZSÄCKER, V. v. 1949: GS 6, 462.
231. Ebd., 464.
232. Ebd.
233. Nach Carl Friedrich VON WEIZSÄCKER (1987, 17) versinnbildlicht das Drehtürprinzip den Gestaltkreis: Es bestehe eine wechselseitige Abhängigkeit von Wahrnehmung und Bewegung: Wahrnehmung werde durch Bewegung erzeugt, Bewegung aber durch Wahrnehmung gelenkt. Beide Vorgänge, die Wahrnehmung und die Bewegung (welche die Wahrnehmung ermöglicht) seien für das Subjekt nicht gleichzeitig präsent. Das Subjekt widme seine Aufmerksamkeit der einen oder anderen in einem Kreise gegenseitiger Interdependenz. Dieser Kreis heiße 'Gestaltkreis', weil die Wahrnehmung in Form von Gestalten erfolge. Er weist zudem darauf hin, dass nicht nur das Denken, sondern auch die Wahrnehmung prädikativen Charakter aufweist.
234. WEIZSÄCKER, V. v. 1949: GS 6, 464.
235. Vgl. ebd., 462.
236. Vgl. ebd., 463.
237. WEIZSÄCKER, V. v., Über Psychosomatische Medizin (1952): GS 6, 517.
238. Ebd., 517 h
239. WEIZSÄCKER, V. v., Grundfragen medizinischer Anthropologie (1948): GS 7, 270 f. – Vgl. RIMPAU 2008, 225 f.
240. In seiner Vorlesung „Der Sinn der Symptome“ bemerkt FREUD (2010, 246): „Die neurotischen Symptome haben also ihren Sinn wie die Fehlleistungen, wie die Träume und so wie diese ihren Zusammenhang mit dem Leben der Personen, die sie zeigen.“
241. Vgl. WEIZSÄCKER, V. v. 1952: GS 6, 519.
242. Ebd., 520.
243. Vgl. ebd., 520 f.
244. Hier folgte in der eingereichten Dissertation ein Abschnitt zu V. v. WEIZSÄCKERS Arbeit „Das Mißliche am Schmerz“, der separat publiziert ist als HENSS 2014.
245. Vgl. RIMPAU 2008, 223.
246. Vgl. ACHILLES 1986 in: GS 6, 571, sowie RIMPAU 2008, 227.
247. WEIZSÄCKER, V. v., Von den seelischen Ursachen der Krankheit (1947): GS 6, 399.
248. WEIZSÄCKER, V. v. 1947: GS 6, 400.
249. WEIZSÄCKER, V. v. 1947: GS 6, 401.
250. Vgl. ebd., 401 f.
251. Vgl. ebd., 403.
252. Dies gilt auch für Schmerzen.
253. WEIZSÄCKER, V. v. 1947: GS 6, 403.
254. Vgl. ebd., 404.
255. Vgl. ebd.
256. Ebd., 405.
257. Vgl. ebd., 406.
258. Ebd., 406.
259. WEIZSÄCKER, V. v. 1947: GS 6, 406.
260. An diesem Beispiel wäre das etwa die traumatische Verletzung der Sehbahnen.
261. Vgl. WEIZSÄCKER, V. v. 1947: GS 5, 406-408.
262. Vgl. ebd., 408 f.
263. Eigentlich ist hier der Migräneanfall gemeint.
264. WEIZSÄCKER, V. v.: GS 5, 409.
265. Vgl. ebd.
266. Vgl. dazu WEIZSÄCKER, V. v. 1928: GS 5, 33 ff.

267. Vgl. WEIZSÄCKER, V. v., Psychosomatische Medizin (1949): GS 6, 460.
268. Vgl. WEIZSÄCKER, V. v. 1947: GS 6, 410.
269. Ebd.
270. In der aktuellen Medizin sind manche Karzinome in Abhängigkeit vom Stadium, in dem sie entdeckt werden, einer kurativen Therapie zugänglich. Häufig tritt hier jedoch auch ein Teiltod des Organismus auf, wie die chirurgische Entfernung eines Teiles des Dickdarms beim Kolon-Karzinom.
271. Tod und Schmerzen weisen Ähnlichkeiten auf. Beide sind große Bewirker und beide haben polare Eigenschaften.
272. Hier ist die „geistliche“ Sehweise gemeint.
273. WEIZSÄCKER, V. v. 1947: GS 6, 411. – Erkrankungen gehen im Allgemeinen mit Schmerzen einher. Sie können den Erkrankten wachrütteln und zum Handeln bewegen, das Angebot zur Besinnung, zur Weiterentwicklung der Persönlichkeit anzunehmen.
274. Vgl. WEIZSÄCKER, V. v. 1947: GS 6, 411 f.
275. WEIZSÄCKER, V. v., Psychosomatische Medizin (1949): GS 6, 413.
276. Ebd., 414.
277. Ebd., 415.
278. Ebd.
279. Ebd., 416 – Hier folgte in der eingereichten Dissertation ein Abschnitt zu: Schmerzphysiologie und Psychogenie – Viktor von WEIZSÄCKER, „Zur Klinik der Schmerzen“. Auch dieser Abschnitt ist separat publiziert in HENSS 2014.
280. Vgl. KÜTEMEYER 2003, 55-57. Im ganzen Kapitel folge ich KÜTEMEYER 2003.
281. Vgl. ebd.
282. Vgl. ebd.
283. Ebd.
284. Vgl. ebd., 56 f.
285. Diese Schmerzform kann ich als Vater von inzwischen vier Kindern gut nachvollziehen; vgl. HENSS 2005.
286. Inhaltlich abzugrenzen ist in dem Kontext das Problem des Schmerzgedächtnisses: Hier ist der Reiz nicht mehr vorhanden, der Schmerz persistiert jedoch.
287. Vgl. KÜTEMEYER 2003, 56. – Der evolutionäre Nutzen des Schmerzes und die Funktion des Schmerzes liegen in der Warnung des Organismus, dass eine Krankheit vorliegt. Bei fehlenden Schmerzempfinden, wie es beim diabetischen Fußsyndrom mit Polyneuropathie der Fall ist, treten Fuß-Ulzera auf, die, wenn nicht bemerkt, zum Verlust des Fußes führen können.
288. S.o., S. 192.
289. KÜTEMEYER 2003, 56, u. WEIZSÄCKER, V. v.: GS 5, 32.
290. Vgl. KÜTEMEYER 2003, 56 f.
291. Während des Sterbens ist das Schmerzempfinden relativ gering ausgeprägt (auch wegen der Ausschüttung von Endorphinen). Eine extreme Schmerzreaktion wäre biologisch für das Individuum nicht von Nutzen. In evolutionärer Hinsicht ergibt sich andererseits kein Selektionsvorteil. Es ist erstaunlich, dass im Sterbevorgang Mechanismen auftreten, die eine extreme Schmerzreaktion verhindern.
292. Vgl. KÜTEMEYER 2003, 56 f., 69.
293. Vgl. WEIZSÄCKER, V. v.: Pathosophie (1956): GS 10, 118.
294. Vgl. ebd., 119-121.
295. Ebd., 119.
296. Vgl. LAÍN-ENTRALGO 1987, 35 f.
297. Vgl. WEIZSÄCKER, V. v. 1956: GS 10, 119 f.
298. Vgl. LAÍN-ENTRALGO 1987, 35 f.

**299.** WEIZSÄCKER, V. v. 1956: GS 10, 120.

**300.** Ebd., 121. – Vgl. auch KÜTEMEYER 2003, 59.

**301.** Vgl. KÜTEMEYER, ebd.

**302.** Der Begriff Sklerose ist missverständlich. Bei einer koronaren Herzerkrankung liegt eine Arteriosklerose der Koronararterien vor. Bei einer bestimmten Ausprägung dieser Sklerose (Stenose) tritt ein Herzinfarkt auf, in dessen Folge es zu Gewebsuntergängen (Nekrosen) kommt. Das untergegangene Gewebe ist dann Ausdruck einer Sklerose; ein Teiltod des Organs Herz ist eingetreten. Im Randbezirk des Nekroseareals können geschädigte Myokardbezirke vorhanden sein, die nach einer Intervention (Bypass-Operation, PTCA) wieder zu normalem Herzgewebe werden können. Diese Areale befinden sich im Stadium der Biose.

**303.** WEIZSÄCKER, V. v., Die Schmerzen (1926): GS 5, 42.

**304.** Vgl. KÜTEMEYER 2003, 59.

**305.** Ebd., 60.

**306.** Vgl. ebd., 60-62.

**307.** Ebd., 63.

**308.** Vgl. KÜTEMEYER 2003, 63.