

# Fortschritte der Neurologie · Psychiatrie

---

**Mitteilungsblatt der  
Viktor von Weizsäcker  
Gesellschaft**

**Herausgegeben von**

U. H. Peters, Köln  
K. Heinrich, Düsseldorf  
J. Klosterkötter, Köln  
B. Neundörfer, Erlangen

**Begründet von**

A. Bostroem und J. Lange

**Georg Thieme Verlag**  
Rüdigerstraße 14  
D-70469 Stuttgart  
Postfach 30 11 20  
D-70451 Stuttgart

**Sonderdruck**

© Georg Thieme Verlag Stuttgart · New York  
*Nachdruck nur mit Genehmigung des Verlages*

## Mitteilungen der Viktor von Weizsäcker Gesellschaft e.V.

Verantwortlich für diese Rubrik:

Peter Hahn, Heidelberg

Redaktion:

Rainer-M. E. Jacobi, Essen

### Ethics codes in medicine and biotechnology

Wie bereits in den letzten Mitteilungen berichtet wurde, beteiligte sich die Viktor von Weizsäcker Gesellschaft mit dem Seminar „Gestaltkreis und Ethos. Zur ethischen Relevanz einer Anthropologie der Gegenseitigkeit“ am ersten Weltkongreß zur Ethik in der Medizin, der unter obigem Titel vom 12. bis 15. Oktober 1997 in Freiburg/Br. stattfand. Zu Beginn des von Rainer-M. E. Jacobi moderierten Seminars gaben die Herren Peter Achilles, Uwe Gerrens, Klaus Gahl und Jürgen Hübner einführende Statements, worauf dann eine breite Erörterung der Bedeutung des Weizsäcker'schen Werkes für den gegenwärtigen medizinethischen Diskurs folgte. Den beiden schon veröffentlichten Beiträgen von Peter Achilles und Uwe Gerrens folgen nun die Texte von Klaus Gahl, Chefarzt der Medizinischen Klinik im Städtischen Klinikum Braunschweig, und Jürgen Hübner, Leiter des Arbeitsbereiches Ethik an der Forschungsstätte der Evangelischen Studiengemeinschaft (FEST) Heidelberg.

Am Leitfaden des Weizsäcker'schen Werkes und auf der Grundlage seiner reichen ärztlichen Erfahrung unternimmt Klaus Gahl in diesem nochmals überarbeiteten Text den dankenswerten Versuch, jene von Viktor von Weizsäcker 1926 in seinem ersten Beitrag für die gemeinsam mit Martin Buber und Joseph Wittig herausgegebenen Zeitschrift „Die Kreatur“ formulierte Aufgabe der „Hinwendung zum kranken Menschen“ in ihrer ganzen Breite zu entfalten.<sup>1</sup> So gibt dieser Text

<sup>1</sup> Ihrer prägnanten Diktion wegen, sei diese Passage hier im Zusammenhang wiedergegeben: „Was also bedeutet jene auch von uns aufgenommene Redeweise von der so wünschenswerten Hinwendung zum ‚kranken Menschen‘? Jedenfalls nicht den Abbau der in einem sehr ernsten und wertenden Sinne zur Technik gewordenen Naturwissenschaftlichkeit der Medizin. Aber wo alles Instrument wird, was vorher zugleich Ziel war, da muß eben dieses Ziel fragwürdig werden. Hier liegt die Aufgabe. Die Undurchdringlichkeit, die Undurchschaubarkeit des kranken Menschen mit den rationalen Mitteln jener Wissenschaften ist kein Wunder, aber auch kein Schaden mehr, wenn wir einsehen gelernt haben, daß es zum Wesen der ärztlichen Sache gehört, die Grenze des rational Wißbaren und Vor-ausschubaren praktisch zu überschreiten, wesenhaft immer mehr zu unternehmen, als man objektiv wissenschaftlich verantworten kann, am Bett in dieser Hinsicht ein anderer zu sein als im Laboratorium. Ist dies der Fall, dann liegt hier eine neue Wirklichkeit vor, die wir zu kennen wünschen. Aber als Kinder einer Zeit, als Ergebnisse einer Tradition, Bildung und Schulung haben wir geistige Gewohnheiten und Prägungen, welche den Blick auf diese unsere Wirklichkeit erschweren. Hier liegt die Schwierigkeit.“ V. v. Weizsäcker, *Der Arzt und der Kranke* (1926), *Gesammelte Schriften*, Bd. 5, S. 9–26, hier S. 17 f. Suhrkamp, Frankfurt/M. 1987.

zugleich einen Eindruck von den vielfältigen Bezügen zwischen der Medizinischen Anthropologie Weizsäcker's und der medizinethischen Diskussion der Gegenwart. Angesichts der zunehmenden Unübersichtlichkeit dieser Diskussion mag es hilfreich sein, auf charakteristische Strukturen in der Tradition ethischen Denkens hinzuweisen, wie dies im Text von Jürgen Hübner geschieht; zumal dann auch erkennbar wird, daß Viktor von Weizsäcker's Werk im Ganzen einen genuinen Beitrag zu dieser Tradition leistet – womit ein Desiderat des medizinethischen Diskurses in den Blick kommt.

### Klaus Gahl (Braunschweig)<sup>2</sup>

#### 1. Einführung des Subjektes

Wenn überhaupt, dann ist Viktor von Weizsäcker mit dem programmatischen Stichwort *Einführung des Subjektes in die Medizin* unter Ärzten und Medizinstudenten bekannt. Was heißt das? Was wollte Weizsäcker (nach der und in gewissem Gegensatz zu der Psychoanalyse Sigmund Freuds) mit diesem Programm? Drei Aspekte können herausgestellt werden:

- a) die hermeneutische Absicht im Sinne der Erhellung des Krankseins auf seine biographische Funktion hin,
- b) die pragmatische Bedeutung im Blick auf die Arzt-Patienten-Interaktion, auf die (vielleicht erst im therapeutischen Prozeß zu befreiende) Selbständigkeit des Kranken und
- c) der im Hinblick auf mitmenschliche Kommunikation erkenntnistheoretische Aspekt.

#### Zur hermeneutischen Absicht

Mit der *Einführung der Subjektivität in die Krankheitslehre, des Subjektes in die Pathologie, ... in die Krankheit* ist der Gedanke der *biographischen Pathogenese* (VI, 382) eng verknüpft (als *strukturierte Zusammenhangslehre*; VI, 382). Der Kranke ist als Subjekt nicht nur seinem Kranksein unterworfen (sub-jectus), sondern auch *Krankheitsgestalter* (VI, 376), Akteur seines Krankseins. Dies ist er auch in der sich selbst verbal und non-

<sup>2</sup> Die enge Einbindung Weizsäcker'scher Zitate in den fortlaufenden Text ließ es den Autor angeraten erscheinen, diese in Abweichung von üblicher Praxis durch Kursivsatz zu kennzeichnen. Um weitere Hervorhebungen zu vermeiden, konnten die wenigen Kursiva in den Zitaten keine Berücksichtigung finden. Die Zitate aus den „Gesammelten Schriften“ (hrsg. von P. Achilles, D. Janz, M. Schrenk, C. F. v. Weizsäcker, Suhrkamp, Frankfurt/M. 1986 ff) werden durch römische Bandzahl und arabische Seitenzahl nachgewiesen, jene aus der „Pathosophie“ (Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen 1956) durch P und Seitenzahl.

verbal darstellenden Schilderung, der Konstruktion des Beschwerdebildes, mit dem er dem Arzt begegnet, ihm und sich selbst sein Anliegen begründet. Er ist Subjekt und zugleich Objekt seiner Selbstwahrnehmung und (oft auch) der Selbstdeutung, seiner Selbsterfahrung im Leib. In dieser Subjekthafteigkeits bleibt er einer ausschließlich naturwissenschaftlichen Sicht vom (kranken) Menschen verborgen. Aber auch der Kranke ist sich selbst verborgen. *Diese Selbstverborgenheit des Menschen, des eigenen Leibes, des eigenen Körpers und der Seele, wird in jeder Krankheit auf besondere Weise auf die Probe gestellt* (VIII, 265). *Die letzte Bestimmung des Menschen wird bei schwerer Krankheit ganz offenkundig zur Entscheidung herausgefordert* (VIII, 265). ... *jede Krankheit ist ein lebensgeschichtliches Problem, jede Krankheit betrifft auch ein Subjekt, jede Krankheit hat ihren wesenhaften Ausdruck in der seelischen Erscheinungsseite des lebendigen Organismus* (VI, 368). *Das Entstehen der Krankheit aus einer lebensgeschichtlichen Situation und das Eingehen der Krankheit in die Gestaltung des nächstfolgenden Stückes der Biographie ist ... nicht als Kausalität zu verstehen, sondern als ein vollständiges Drama. In ihm hat das somatische Geschehen einen psychischen Wert, das psychische Geschehen aber ganz ebenso einen körperlichen, es darstellenden Ausdruck* (VI, 364).

In der *Biographik*, der *biographischen Anamnese* wird die Krankheit als Werden und Geschehen und die Zeit in ihrer konstitutiven Bedeutung für das Kranksein gesehen. Die *anamnestische Bewegung* geht über den Rückblick in die Vergangenheit der Genese eines Krankseins hinaus in den Zukunftshorizont der Erwartung *als ein dauerndes Suchen nach einem Sinn* (IX, 392). *Es ist nicht die Frage, was der Mensch 'ist' oder was eine Lebensgeschichte 'war', sondern das 'Ist' und das 'War' ist das, als was es im Umgang damit genommen, gesehen und fortgesetzt wird* (P 246). *Das Problem des Menschen in der Medizin ... ist, daß er, der Mensch, seine Krankheit, die als Teil seiner ganzen Biographie zu verstehen ist, nicht nur hat, sondern auch macht, daß er die Krankheit, die Ausdrucksgebärde, die Sprache seines Körpers produziert* (VII, 370). Die *biographische Anamnese* berücksichtigt den Stellenwert, die lebensgeschichtliche Situation und (vielleicht) auch „Funktion“ der Krankheit. *Die Krankheit (ist) als ein wichtiges Teilstück seinem äußeren und inneren Leben eingefügt als Übergang ... als Krise! Ebenso muß der Beitrag der Anamnese zur Pathogenese den kranken Menschen selbst erreichen* (III, 146).

Unter dem ethischen Aspekt ist die Reduktion der Anamnese auf Krankheitsgeschichte zu hinterfragen bezüglich der Adäquanz der biographischen Funktion aktueller Krankheit, vielmehr des Krankseins in ihrer (seiner) Bedeutung, möglicher Ausdruck einer *lebensgeschichtlichen Krise* sein zu können. Die Reduktion ist einerseits nötig, zur exakten Diagnostik und zum Schutz der Person des Kranken unter Umständen auch unabdingbar, andererseits jedoch inadäquat. *Wenn es nun ein böses Verhalten ist, einen Menschen, auch einen Kranken, als Objekt zu behandeln, dann ist hier eine wahrhaftige Schuld entstanden ...* (VII, 245) ... *was hier offenbar in Gefahr geraten ist, das ist die zwischenmenschliche Beziehung, die Menschlichkeit in Begegnung und Umgang* (VII, 245).

Der pragmatische Aspekt der Einführung des Subjektes in die Medizin

Die Einführung des Subjektes verändert auch die Arzt-Patienten-Beziehung als personalen Akt. Diese Beziehung ist gekennzeichnet durch die *Doppelstruktur* der Not- und Hilfe-Grundkonstitution, *eine personale Entsprechung: Mensch in Not und Mensch als Helfer, und eine sachliche Entsprechung: Krankheit und Medizin* (V, 13). Als personale Beziehung vollzieht sie sich von Subjekt zu Subjekt. Besonders im Umgang mit Kranken gilt, daß wir *objektive Erkenntnis* nicht erlangen, *wenn wir sie vom Subjektiven völlig reinigen*. Die völlige Objektivierung, Versachlichung, Verdinglichung im Sinne einer (falsch verstandenen) naturwissenschaftlichen Medizin kann dem kranken Menschen nicht gerecht werden und ist deswegen *unmoralisch*. Arzt und Kranker haben aber Phasen ihrer Beziehung auszuhalten, in denen um einer (partiell) sachgemäßen Erkenntnis, der Diagnostik willen ein Reduktionismus auf das Objektive vorherrscht (siehe auch bildgebende Objektivierung von Krankheitssubstraten!). Auch ist zum Schutz des Kranken eine gewisse Beschränkung, eine behutsame Begrenzung auf „Objektives“ erforderlich; nicht darf eine adäquate Sachlichkeit einer Psychologisierung des Kranken in seinem Kranksein geopfert werden. *Die Hinwendung zum kranken Menschen bedeutet jedenfalls nicht den Abbau ... der Naturwissenschaftlichkeit der Medizin* (V, 17).

Der erkenntnistheoretische Aspekt der Einführung des Subjektes in die Medizin

Mit dem Gedanken, daß wir *objektive Erkenntnis* nicht erlangen, *wenn wir sie vom Subjektiven völlig reinigen*, ist die Frage aufgeworfen, wie wir im mitmenschlichen Bereich überhaupt zu einer adäquaten Erkenntnis des Gegenübers gelangen. Nicht nur dem kranken Menschen, auch dem gesunden wird eine *Verobjektung* nicht gerecht. *Das Objektive ist noch nicht das Wirkliche, ... wir verstehen die Krankheiten, aber wir verstehen dadurch nicht die Not der Krankheit und nicht, was dem Kranken nützt* (V, 16). *An der Wirklichkeit des kranken Menschen gemessen ist die streng naturwissenschaftliche Medizin nur eine Methode der Verbindlichkeiten, nicht ein Bild dessen, was ist* (V, 228). Ein objektives Verstehen des anderen ist nicht möglich. *Das Subjekt ist das Ich des anderen, nicht meines, und das Objekt ist sein Objekt, nicht meines. Ich weiß hier nicht mehr, ob ich dieses mein Verstehen eines anderen objektiv nennen soll oder subjektiv. Denn es zeigt sich, daß Jemand verstehen und Etwas verstehen zwei ganz unvergleichbare Fälle sind. Weil mein Verstehen gleichsam in den anderen hinüberschlüpft, so wollen wir, um einen Terminus technicus zu besitzen, dieses Jemand-Verstehen ein transjektives nennen* (V, 20). *Eine theoretische Erkenntnis kann als solche eine Gemeinschaft nicht stiften, es sei denn, daß mit ihr mehr gestiftet wird als Erkenntnis, nämlich überdies Vertrauen, Überzeugung und Interesse* (V, 99) und von *Gemeinschaftlichkeit einer Erkenntnis, nicht von ihrer objektiven Allgemeingültigkeit, hängt es ab, ob eine Gemeinschaft entsteht oder nicht* (V, 99). *Kausales, kategoriales, prinzipielles Denken, kurz Verstandesdenken und Objektivität bezeichnen Isolierung, Einengung, Abstraktion, entstaltende Gestaltung der Wirklichkeit* (V, 239).

Aus alledem wird deutlich, wie sehr Weizsäcker den Schwerpunkt der Erkenntnistheorie vom Objektbegriff auf den Umgangsbegriff verlagert (VII, 363). *Besonnenheit macht Erkennt-*

nis aus, und die ist auch die Quelle der sachlichen Objektivität im Denken, der objektiven Sachlichkeit im Handeln (V, 338).

## 2. Umgang, Gegenseitigkeit und Solidarität

Der Begriff des Umgangs beschreibt bei Weizsäcker nicht allein die zirkuläre Struktur, die *cyklomorphe Ordnung* (VII, 264) der *Verschränkung von Handeln und Erkennen* (IX, 557) im biologischen Akt des Subjektes, sondern auch den Umgang des (gesunden und kranken) Menschen mit sich selbst. Ist sich doch der Mensch in der *gegenseitigen Verborgenheit zwischen Körper und Seele* auch Partner seiner Selbstbegegnung. *Selbstbegegnung, Ich-Du-Begegnung und Ich-Ding-Begegnung – diese alle werden im Begriffe des Umgangs umfaßt und damit irgendwie gleichgestellt* (P 58). Der Mensch geht auch mit seiner Umwelt um. Gilt für den Bereich der Wissenschaft *die redliche Art des Umganges von Subjekten mit Objekten* (IV, 96), so ist dieser Umgang im Mitmenschlichen dialektisch zu ergänzen als Umgang mit Subjekten. Für die Arzt-Patient-Beziehung gilt in spezifischer Weise, daß sie *in Gefahr geraten kann, dort wo und wenn im Umgang mit einem Menschen dieser als materielles Objekt behandelt wird* (VII, 245). *Nun machen wir im Umgang mit Menschen, auch mit kranken Menschen, eine zweite Erfahrung. Sie begegnen uns nicht nur als Etwas, sondern als Jemand ... als Subjekte, die wollen, können, sollen, müssen und dürfen. Das Objekt (das ist das Subjekt des Kranken) enthält ein Subjekt, welches nicht ist, sondern das nicht ist, was es will, kann, soll, muß oder darf* (IX, 515). In den Modalitäten des Wollens, Könnens, Sollens, Müssens und Dürfens sind die pathischen Kategorien menschlicher Instabilität, menschlicher Fluktuation im Möglichen genannt. *Wir gehen miteinander so um, daß aus Etwas etwas Neues wird, nicht wie mit etwas, was da ist* (VII, 342), es wird Begegnung. In dem Begriff der Begegnung ist der empathisch-affektive Aspekt der von Weizsäcker konstitutiv anthropologisch und moralisch verstandenen Gegenseitigkeit zur Sprache gebracht. *Was aber Gegenseitigkeit ist, das ist nun allein moralisch nicht zulänglich zu bestimmen* (VII, 331); *die sittliche Gegenseitigkeit im Umgang kann nicht in einer Gleichmachung des Ungleichen, sondern in einer verwandelnden Gleichsetzung des Verschiedenen erreicht werden* (VIII, 266). *In der Gegenseitigkeit aber kommt es gerade darauf an, die andere Lage des anderen anzuerkennen, also die Allgemeingültigkeit der Norm zu durchbrechen* (VII, 331).

Indem Weizsäcker *Umgang, Gegenseitigkeit und Solidarität ... (als) drei Grundbegriffe einer Anthropologie* (VII, 265) bezeichnet, wird nicht nur die menschliche Grundkonstitution im Mitsein beschrieben, sondern damit zugleich eine Begründung, eine Fundierung des ärztlichen Ethos gegeben. *Die Gegenseitigkeit und die Solidarität sollen ärztliches Handeln leiten* (VII, 126). Damit ist nicht allein der Weg ärztlicher Erkenntnis gemeint, sondern eine ethische Maxime. In der *Gegenseitigkeit des Lebens und der Solidarität des Todes* (IX, 624) werden die primär interpersonellen Beziehungen auf das Grundverhältnis zu Leben und Tod bezogen. *Wenn der Sinn des Lebens der Tod ist und der Sinn des Todes das Leben, dann ist der Sinn der Krankheit beides, das Überleben sowohl als das Sterben, der Lebenswille sowohl wie der Todeswille. Darin steht der Mensch. Das ist sein Problem in der Medizin* (VII, 370). *Gemeinsam ist den Menschen aber der Tod, und die Solidarität des Todes ist daher ein Ordnungsprinzip für alle Lebenserscheinungen* (IX, 517).

## 3. Der Gestaltkreis

Die Figur des Gestaltkreises ist für Weizsäckers Denken ein zentraler Begriff. Aufgrund von optokinetischen Untersuchungen zu den Phänomenen der Gleichgewichtsstörung und des Drehschwindels wurde der Zusammenhang, das zirkuläre Wechselspiel, die *Einheit von Wahrnehmen und Bewegen* (Untertitel der Schrift „Der Gestaltkreis – Theorie der Einheit von Wahrnehmen und Bewegen“, 1940) als *biologischer Akt der Selbstintegration des Subjektes in seine Umwelt* deutlich. Analoge Phänomene zeigten sich in der sensomotorischen Propriozeption und „Reaktion“ z. B. beim Gang auf unebenem Boden wie auch im wahrnehmend-bewegenden Zusammenhalt (*Kohärenz*) von Bild und Bewegung bei der Beobachtung eines Schmetterlings. Für die *kreisartige Hin- und Her-Bewegung im Umgang von Subjekt und Objekt* hat Weizsäcker das Wort *Gestaltkreis* gewählt (VII, 259).

Die zirkuläre Struktur der Begegnung mit Umwelt i.w.S. gilt auch für den Umgang von Subjekten mit subjekthaften Objekten. Was Weizsäcker für den *Umgang mit den Dingen* als *‘richtigen Umgang’* fordert, nämlich *daß wir die Objektivität und die Subjektivität so beweglich sein lassen, daß der Gegenstand jeweils nur das ist, als was man mit ihm umgeht* (VII, 363), gilt in spezifischer Weise für den mitmenschlichen Umgang. Indem *die Realität des Menschen ... eine beständige Auseinandersetzung ... eine immer erneute Begegnung ... ein flüssiger Umgang von Ich mit Umwelt* ist (VII, 263), beschreibt der Gestaltkreis eine anthropologische Grundkonstitution. Der erkenntniskritische Gehalt der *Konzeption des Gestaltkreises* liegt darin, daß *der mögliche Widerspruch zwischen Aussage der Sinneswahrnehmung und Aussage über den objektiven Sachverhalt – die Täuschung – ... als integrierend für die Erkenntnis der Wirklichkeit anerkannt* wird (I, 82).

Mitmenschlicher Umgang *im Gestaltkreis* fundiert intersubjektivität und die Einstimmung von Subjekten aufeinander, die Konsensualität. Mensch-Sein ist Interpersonalität, ist Mit-Sein, ist Umgang. Der Mensch lebt in relationaler und intentionaler Beziehung auf ein Du. Paradigmatisch zeigt sich für Weizsäcker dieser Gestaltkreis in der Arzt-Patient-Beziehung. Der Umgang des Arztes mit dem Kranken, ihre Verhältnishaftigkeit zueinander fundiert die Dialogik von Person und Funktion, d. h. auch die intersubjektive Rolle des Einen für den Anderen. Diese zirkuläre Figur des anamnesticen und des diagnostischen Prozesses wiederholt sich im *therapeutischen Gestaltkreis*: *Der Untersuchte war Objekt im Gestaltkreis. Jetzt sprechen wir vom therapeutischen Gestaltkreis; er umschließt den Arzt und den Patienten, er ist ein zweisamer Mensch, ein bipersonaler Mensch. Das ist die ‘Ganzheit’ der ärztlichen Handlung, das steckt hinter der Phrase vom Behandeln des ‘ganzen Menschen’, daß ein therapeutischer Gestaltkreis zwischen Arzt und Patient gestaltet werde ... daß der Patient durch Umfassung des Arztes integriert werde* (V, 189).

## Jürgen Hübner (Heidelberg)

Aufgabe der Ethik ist es, menschliches Handeln zu begleiten. Es gehört zum Spezifischen menschlichen Lebens, über das eigene Verhalten und das anderer nachzudenken, es zu reflektieren. Ethik reflektiert über Motivation, Bedingungen, Richtung und Kriterien menschlichen Tuns. Nicht alles, was wir tun, ist gut. Das Urteil über Gut und Schlecht führt zu der

Frage, was wir tun *sollen*. Zur Beantwortung dieser Frage sind im Laufe der alten und neuen Geschichte verschiedene Typen von Ethik entwickelt worden. Im Rahmen eines kurzen Überblickes genügt es, an einige charakteristische Denkmuster zu erinnern. Sie dürfen trotz jeweils umfassender Ansprüche nicht isoliert werden; sie bedingen und ergänzen sich vielmehr gegenseitig auf spezifische Weise und sind deshalb gemeinsam zu betrachten. Ich nenne stichwortartig fünf Ansätze: Tugend- und Güterethik, Analytische Ethik, Pflichten- und Verantwortungsethik.

1. *Tugenden* sind bestimmte Verhaltensweisen, die menschliches Leben bestimmen und charakterisieren. Es sind Beziehungsgrößen, die für gelingendes Zusammenleben konstitutiv sind. Bekannt sind die „bürgerlichen“ Tugenden: Ordnungsliebe, Sparsamkeit, Pünktlichkeit, Fleiß, Selbstbeherrschung, Besonnenheit. In der klassischen Tugendlehre sind mit diesem Begriff bestimmte Grundhaltungen angesprochen, nach Platon „Kardinaltugenden“: Klugheit, Gerechtigkeit, Tapferkeit, Besonnenheit. In der bildenden Kunst sind sie oft figürlich dargestellt worden. Besonnenheit achtet auf das rechte Maß, der Klugheit entspricht nach Aristoteles das Prinzip der Mitte zwischen Übermaß und Mangel. Im christlichen Mittelalter sind die Kardinaltugenden durch die christlichen Tugenden von Glaube, Liebe und Hoffnung ergänzt, umgriffen und überhöht worden. Diese haben fundamentalen Charakter: Glaube ermöglicht und Hoffnung gestaltet Liebe, Liebe aber ermöglicht ihrerseits Tugend. Christlich ist nicht von den Fähigkeiten des Menschen und ihrer Vervollkommnung auszugehen, sondern gerade von Unvollkommenheit und Bedürftigkeit. Der Wille zum Guten kann nicht natürlich vorausgesetzt werden, es bedarf der Befreiung zur Liebe. Und Liebe impliziert Barmherzigkeit. Die Freiheit der Liebe ist Geschenk, Gnadengabe. Sie eröffnet wurzelhaft als Grundeinstellung und -ausrichtung Leben für andere und damit gedeihliches Miteinanderleben.

In modernen Entwürfen kann daher von den Grundprinzipien von Wohlwollen (beneficence), wozu auch Nicht-schaden gehört, und Gerechtigkeit gesprochen werden; Gerechtigkeit im Sinne des *Suum cuique*, daß jedem das zugestanden wird, was er braucht und was ihm entspricht. Gerechtigkeit, die dem Gegenüber entspricht, eben ihm gerecht wird, gilt im übrigen auch im Verhältnis zu Tieren, in gewisser Weise sogar auch für den Umgang mit der übrigen Schöpfung, Pflanzen und Landschaften (K. M. Meyer-Abich).

2. *Güter* existieren im Sinne einer Güterethik unabhängig von menschlichem Denken und Wollen. So sind sie unserem Handeln vorgegeben. In einer Wertethik gilt das gleiche von Werten. Exemplarisch für ethische Güter sind Rechtsgüter wie Leben von Menschen, leibliche Integrität, geistiges und materielles Eigentum, aber auch Freiheiten, Freiheit von Gewissen und Meinung, und institutionelle Größen wie Ehe, Familie und Staat. Vor allem die Grundrechte sind hier zu nennen (§ 1–19 GG). Zwischen den Gütern gibt es in der klassischen Ethik eine Hierarchie: Die Menschenwürde ist das höchste Gut. Die Güterhierarchie ermöglicht das Verfahren der Güterabwägung. Das erleichtert die ethische Entscheidungsfindung und gibt ihr eine rationale Begründung. Deren Plausibilität muß heute freilich diskutiert werden: Die Wurzeln der Güterhierarchie ebenso wie von kirchlichen und gesellschaftlichen Hierarchien liegen in der antiken und mittelalterlichen Kosmologie, einem Weltbild, das vergangen ist. Theologisch kann gesagt

werden, daß Gottes Güte auf die Welt zukommt und die Natur und Kultur als Lebensraum und Lebenszeit gibt und erhält – so sind die Güter im Guten selbst verankert (H. E. Tödt). Als höchstes Gut kann dann die Gemeinschaft mit Gott benannt werden, deren Wirklichkeit die Wirklichkeit der Welt umfaßt und durchdringt; gut ist dann das gelingende Zusammenspiel von Mensch und Natur, den Gütern der Welt.

Als besonderes Gut kann auch die Autonomie der menschlichen Person angesprochen werden – im medizinischen Bereich nicht nur die Patientenautonomie, sondern ebenso die der Ärzte, Pfleger, Schwestern und aller anderen Menschen, die miteinander zu tun haben. Nur unter wechselseitiger Wahrung der Autonomie wird echte Kommunikation gelingen. Wenn das Prinzip der Autonomie zu respektieren ist, reicht das hinüber in den Bereich der Tugenden: Jedem Menschen muß seine persönliche Freiheit eingeräumt werden, selbst zu entscheiden, was er will, unabhängig davon und doch im Blick auf das, was sich konkret realisieren läßt.

3. Die *Analytische Ethik*, die vor allem im angelsächsischen Bereich zu Hause ist, knüpft auch medizinisch-ethisch weitgehend an das Autonomieprinzip an, verbunden mit dem Prinzip des Wohlwollens (T. Engelhardt). Aber auch „Liebe“ kann hier genannt werden (W. F. Frankena). Die logische Abfolge analytisch-ethischer Argumentation erinnert auf dieser Basis an naturwissenschaftliche Urteilsbildung. Das ermöglicht stichhaltige rationale Begründungen, gerät aber leicht in die Nähe des Utilitarismus. Das hängt auch mit vorwissenschaftlichen Dispositionen zusammen. Ethik als immanent nach den Gesetzen der Logik strukturiertes System schließt sich leicht an bereits erschlossene wissenschaftliche und technische Möglichkeiten an und überläßt dem Einzelnen, sie zu nutzen oder anders auszuwählen. Dieser bleibt dann leicht mit seiner Entscheidung allein, zumal dort, wo rationale Argumente nicht mehr weiterhelfen.

4. Die *Pflichtethik*, von Kant entwickelt und minutiös im einzelnen ausgeführt, steht ihrerseits in der Gefahr, bei dem umfassenden Rekurs auf die Vernunft im Bereich des Rationalen zu verbleiben. Dennoch ist die Nähe des Kategorischen Imperativs zur Goldenen Regel in ihrer positiven Formulierung nicht zu verkennen: Alles, was ihr wollt, daß euch die Leute tun, das tut ihr ihnen auch. Alttestamentliche und christliche Ethik läßt sich in dieser Aufforderung zusammenfassen: „Das ist das Gesetz und die Propheten“ (Matth 7,12). Ein solcher Satz darf aber nicht isoliert werden („Du kannst, denn du sollst“): Zu bedenken sind die Folgen, die sich gerade auch aus einem so angeleiteten Handeln ergeben. Ein guter Wille muß sich in der Welt bewähren, die gut Gemeintes in Böses zu verkehren vermag. „Das tut man (nicht)“ ist die anzustrebende Option, doch das ist zur Geltung zu bringen angesichts dessen, was gegenläufig eben doch getan oder nicht getan wird.

5. Im Blick auf die Folgen des Handelns ist deshalb eine *Verantwortungsethik* (H. Jonas) gefordert worden, konzipiert als Antwort auf die Herausforderungen in der Welt, theologisch begründet als Antwort auf das vorausgehende, Freiheit stiftende Wort Gottes (D. Bonhoeffer). Hier können sich Tugend- und Güterethik mit Pflicht- und Analytischer Ethik verbinden: In bewußt übernommener Grundorientierung gilt es, unter Berücksichtigung faktischer und struktureller Gegebenheiten

Lebensverhältnisse und -wirklichkeiten lebensfördernd zu gestalten und Zerstörerisches abzuwehren. Dabei sind Motivation und vernünftig Regel- und Entscheidbares nüchtern zu unterscheiden: Liebe, das „Herz auf dem rechten Fleck“, führt zu Wohlwollen und dem Streben nach Gerechtigkeit, die den jeweiligen Adressaten und ihrer Lebensgeschichte entspricht; was das in Entscheidungssituationen konkret bedeutet und welche Folgerungen sich daraus ergeben, das muß in sorgfältiger Vernunft besprochen und entschieden werden.

Das jeweils Gute, das, was in spezifischen Lebenssituationen wirklich gut tut, herauszufinden, das bedarf des *Gesprächs* aller Beteiligten. Es kann und darf nicht deduziert und dekretiert, es muß in Dialog und Diskurs erarbeitet werden, auch wenn das Zeit kostet. Das ist der Ansatz einer *Gesprächsethik*. Hier ist alles sorgfältig wahrzunehmen, einzubringen und zu besprechen, was zu einem bestimmten „Fall“ gehört: Persönliche Geschichten, Bedürfnisse und Anforderungen, Dispositionen und Notwendigkeiten, hoffnungsvolle Perspektiven und deren Grenzen. Ethik in diesem Sinne braucht Zeit – das muß auch in der Ökonomie zum Beispiel des Gesundheitswesens wahrgenommen und berücksichtigt werden. Daß das keine bloß pragmatische Forderung ist, sondern die Lebenswirklichkeit selbst betrifft, das muß in einer *anthropologischen Fundierung der Ethik* herausgearbeitet werden. Der anthropologische Entwurf Viktor von Weizsäckers, der auf Gegenseitigkeit als Fundament von Ethik abzielt, dürfte hier einen wichtigen Beitrag zur Sache leisten.

#### Literatur

- Böckle, F.: *Fundamental-moral*. Kösel. München 1985.  
 Bonhoeffer, D.: *Ethik*. Dietrich Bonhoeffer Werke, Bd. 6. Kaiser. München 1992.  
 Engelhardt, H. T.: *The Foundations of Bioethics*. New York, Oxford 1986.  
 Frankena, W. K.: *Analytische Ethik*. Eine Einführung. dtv. München 1994.  
 Hübner, J.: *Medizinische Ethik*. In: *Theologische Realenzyklopädie*, Bd. XXII, 354–365. Walter de Gruyter. Berlin 1992.  
 Hübner, J.: *Zehn Jahre biomedizinischer Ethik*. Diskussionen und Konzepte. *Theologische Rundschau* 61 (1996) 388–412.  
 Jonas, H.: *Das Prinzip Verantwortung*. Versuch einer Ethik für die technologische Zivilisation. Insel. Frankfurt/M. 1979.  
 Jonas, H.: *Technik, Medizin und Ethik*. Praxis des Prinzips Verantwortung. Insel. Frankfurt/M. 1985.  
 Meyer-Abich, K. M.: *Praktische Naturphilosophie*. Erinnerung an einen vergessenen Traum. C. H. Beck. München 1997.  
 Stock, K.: *Grundlegung der protestantischen Tugendlehre*. Verlagshaus Gütersloh 1995.  
 Tödt, H. E.: *Perspektiven theologischer Ethik*. Kaiser. München 1988.  
 Weizsäcker, V. v.: „Euthanasie“ und Menschenversuche (1947), *Ges. Schriften*, Bd. 7, 91–134. Suhrkamp. Frankfurt/M. 1987.  
 Weizsäcker, V. v.: *Der Begriff sittlicher Wissenschaft* (1948), *Ges. Schriften*, Bd. 7, 233–254. Suhrkamp. Frankfurt/M. 1987.

#### Bibliographie (Nachtrag 1994)<sup>3</sup>

- Bräutigam, W.: *Zum Leben und Werk von Paul Christian*. In: P. Hahn, A. Werner et al. (Hrsg.). *Modell und Methode in der Psychosomatik*. Deutscher Studienverlag. Weinheim 1994, 54–59.  
 Hahn, P.: *Modell und Methode der Internistischen Psychosomatik*. In: P. Hahn, A. Werner et al. (Hrsg.). *Modell und Methode*, a.a.O., 42–53.  
 Hahn, P., Werner A. et al. (Hrsg.): *Modell und Methode in der Psychosomatik*. Eine Bestandsaufnahme gegenwärtiger psychosomatischer Forschungs- und Arbeitsansätze. Deutscher Studienverlag. Weinheim 1994.  
 Haltenhof, H., Schmoll, D.: *Frühe Sozialisation und unspezifische Wirkfaktoren der Psychotherapie aus Sicht des Salutogenese-Konzeptes*. In: F. Lamprecht, R. Johnen (Hrsg.). *Salutogenese*. Ein neues Konzept in der Psychosomatik? Verlag für Akademische Schriften. Frankfurt/M. 1994, 228–238.  
 Köhle, K., Olbiers, R., Faber, J.: *Das Salutogenese-Konzept in Theorie und Praxis*. In: F. Lamprecht, R. Johnen (Hrsg.). *Salutogenese*, a.a.O., 63–84.  
 Lamprecht, F.: *Vorwort und Einführung*. In: F. Lamprecht, R. Johnen (Hrsg.). *Salutogenese*, a.a.O., 7–9.  
 Lamprecht, F., Johnen, R. (Hrsg.): *Salutogenese*. Ein neues Konzept in der Psychosomatik? Verlag für Adademische Schriften. Frankfurt/M. 1994.  
 Ritschl, D.: *Modell und Methode – Implizite Axiome der Theorie-wahl in der Psychosomatischen Medizin?* In: P. Hahn, A. Werner et al. (Hrsg.). *Modell und Methode*, a.a.O., 11–23.  
 Uexküll, Th. von: *Rückmeldung als Modell interpersonaler Beziehungen: Psychosomatische Medizin als Beziehungsmedizin*. In: P. Hahn, A. Werner et al. (Hrsg.). *Modell und Methode*, a.a.O., 60–78.  
 Uexküll, Th. von: *Zur Diskussion des Salutogenese-Konzeptes von Antonovsky*. In: F. Lamprecht, R. Johnen (Hrsg.). *Salutogenese*, a.a.O., 32.  
 Uexküll, Th. von, Fuchs, M. et al. (Hrsg.): *Subjektive Anatomie*. Theorie und Praxis körperorientierter Psychotherapie. Kap. 11: *Die Methode der Funktionellen Entspannung*, S. 145–169. Schattauer. Stuttgart 1994.  
 Wesiack, W.: *Von der Psychoanalyse zur Psychosomatischen Medizin*. In: P. Hahn, A. Werner et al. (Hrsg.). *Modell und Methode*, a.a.O., 24–30.

<sup>3</sup> Bevor die Bibliographie mit Titeln aus dem Jahr 1995 fortgesetzt werden soll, seien zwei Publikationen zu Tagungen des Deutschen Kollegiums für Psychosomatische Medizin und eine zur „subjektiven Anatomie“ nachgetragen, die noch keine Berücksichtigung fanden. Die Leser sind eingeladen, fehlende einschlägige Arbeiten zu Person und Werk Viktor von Weizsäckers der Redaktion anzuzeigen (Kulturwissenschaftliches Institut, Goethestraße 31, D-45128 Essen, Tel. 0201/72040, Fax 0201/7204111).

### Budipin für alle Stadien des M. Parkinson geeignet

Die Therapie des M. Parkinson kommt zwar immer weiter voran, ist aber noch längst nicht optimal. Das ist damit zu erklären, daß außer dem dopaminergen auch das noradrenerge, serotonerge und glutamaterge System des Gehirns in Mitleidenschaft gezogen sind, sagte Prof. Horst Przuntek<sup>1</sup>, Bochum. Eine Bereicherung der therapeutischen Optionen ist daher von Substanzen wie Budipin<sup>2</sup> zu erwarten, die unterschiedliche Neurotransmittersysteme günstig beeinflussen.

Budipin bewirkt einen noradrenergen, serotonergen und indirekten dopaminergen Effekt, inhibiert die Wiederaufnahme von Dopamin und setzt aus präsynaptischen Vesikeln vermehrt Dopamin frei. Mittlerweile wurde anhand zahlreicher Studien gezeigt, daß Budipin den Patienten mit M. Parkinson als Mono- wie als Kombinationstherapeutikum zu helfen vermag. Das gilt zudem für alle Stadien der Parkinson-Krankheit.

In der doppelblinden und plazebo-kontrollierten Multicenterstudie FKF 004 erhielten die auf L-Dopa sowie Dopaminergika eingestellten Kranken zusätzlich über 16 Wochen Budipin. Das Resultat war eine rund 40%ige Besserung von Akinesie, Rigor und Tremor, den Kardinalsymptomen des Parkinsonismus. Der Unterschied zwischen Verum und Plazebo stellte sich als klinisch relevant heraus. Die Rückbildung der Symptome erfolgte unabhängig von Alter, Geschlecht, Ausgangsbefund und applizierter L-Dopa-Dosis.

Daß Budipin die Symptomatik auch bei Patienten ohne Vorbehandlung zurückdrängt, zeigte die plazebokontrollierte Studie 290191. Die Differenz zu Plazebo war allerdings nicht signifikant, weil aufgrund des Frühstadiums der UPDRS-Score noch sehr niedrig war. Die Patienten der Verumgruppe mußten indes deutlich später auf L-Dopa eingestellt werden als jene des Plazebokollektivs.

An der Studie BY 701/01 A nahmen 2962 Patienten teil, bei denen die vorausgegangene Therapie vor allem den Tremor unzureichend verringert hatte. Von diesen Kranken bekamen 665 vier Jahre und länger zusätzlich Budipin. Die Wirksamkeit wurde von 71% der Patienten und von 74% der Ärzte als sehr gut bis befriedigend beurteilt. In 27% der Fälle wurden Nebenwirkungen regi-

striert. Damit ist vor allem dann zu rechnen, wenn Budipin anfangs zu hoch dosiert und die Dosis zu rasch erhöht wird. Durch Budipin hervorgerufene laborchemische Veränderungen traten nicht auf, und es kam auch zu keinen nennenswerten kardiovaskulären Störungen. Nach dem derzeitigen Kenntnisstand „hat Budipin die Feuerprobe bestanden“, konstatierte Przuntek.

<sup>1</sup> Workshop "State-of-the-Art of Diagnosis and Treatment of Parkinson's Disease", Budapest, November 1997.

<sup>2</sup> Parkinsan®, Promonta Lundbeck.

### Acetylcholinesterase-Hemmung bei M. Alzheimer: Klinisch zur Zeit die bedeutendste Strategie

Das Prinzip der Acetylcholinesterase-Hemmung gilt derzeit als der vielversprechendste medikamentöse Ansatz für die Behandlung von Alzheimer-Patienten. Dies wurde anlässlich des XVI. World Congress of Neurology im September in Buenos Aires auf dem Symposium "The impact of a new treatment in Alzheimer's disease – Exelon®" mit der Vorstellung eines neuen Vertreters der Substanzklasse bestätigt.

Die Beteiligung cholinerg Bahnen an Lern- und Gedächtnisfunktionen wird durch experimentelle und klinische Untersuchungen gestützt, erklärte Prof. Bruno Dubois, Paris. Pharmakotherapeutische Konzepte müßten zu einem frühen Zeitpunkt eingesetzt werden. Man wisse heute, daß der Verlust kortikaler cholinerg Neurone mit der Abnahme der kognitiven Funktion korreliere.

Exelon ist ein neuer Acetylcholinesterase-Hemmer, der sich durch ein günstiges pharmakologisches Profil und durch eine besonders hohe ZNS-Selektivität auszeichnet, erklärte Dr. Ravi Anand, Klinische Forschung Novartis, New Jersey. Die zentrale Selektivität gewährleiste das weitgehende Fehlen unerwünschter peripherer Effekte auf kardialem oder respiratorischem Gebiet. Es werden keine hepatischen oder renalen unerwünschten Wirkungen und auch keine neuromuskulären Nebenwirkungen beobachtet. Die neue Substanz verfügt über eine Halbwertszeit von etwa einer Stunde, aber über einen langanhaltenden Effekt von etwa zehn Stunden, der auf einen besonderen, als „pseudo-irreversibel“ bezeichneten Wirkmechanismus zurückgeführt wird.

Exelon wird nicht hepatisch eliminiert, was Anand zufolge als Vorzug zu werten sei, da bei der Behandlung multimorbider Patienten Medikamenteninteraktionen im Zusammenhang mit dem Zytochrom P450-System nicht zu befürchten sind. Es konnte ein klinisches Studienprogramm durchgeführt werden, bei dem rund 4000 Patienten unselektioniert im Hinblick auf Co-Morbidität und Begleitmedikationen eingeschlossen waren. In den eingesetzten Tests zur Evaluierung der Response, im ADAS-cog, im CIBIC-Test und im PDS, ergaben sich gegenüber Plazebo statistisch signifikante Besserungsraten insbesondere unter den höheren Dosierungen. Bei Patienten, die in einer über 26 Wochen durchgeführten Studie die jeweils in bezug auf die Verträglichkeit maximale Dosis erhielten, fand sich im ADAS-cog eine Verbesserung um 3,8 Punkte, laut Prof. Martin Farlow, Indianapolis, der höchste bisher mit einem Acetylcholinesterase-Hemmer erreichte Punktwert. Die bei leichtem bis mittelschwerem Alzheimer normalerweise beobachtete Verschlechterung liegt bei jährlich sieben bis acht Punkten. Die Verbesserung um etwa vier Punkte wird einer Verzögerung der Progression um sechs Monate gleichgesetzt. Die Nebenwirkungen, in erster Linie Schwindelgefühl und gastrointestinale Symptome, wurden im allgemeinen als leicht bis mittelschwer und transient beschrieben.

Dr. med. Irmin Trieloff

### Fortbildungsreihe Morbus Parkinson interaktiv wird fortgesetzt

Die pharmazeutischen Neuentwicklungen der letzten Jahre haben die Therapiemöglichkeiten der Parkinsonschen Erkrankung wesentlich erweitert und verbessert, so z.B. die Einführung des ersten COMT-Hemmers 1997.<sup>1</sup> Auch in diesem Jahr wird das Fortbildungsprogramm Morbus Parkinson *interaktiv* fortgesetzt, in dem Neuentwicklungen vorgestellt werden und Ärzte im Dialog mit den Experten anhand von Fallbeispielen über Diagnose- und Therapiemöglichkeiten diskutieren können. Neu an diesem Fortbildungsprogramm ist auch der Einsatz von modernen Kommunikationstechniken. Durch die Vorstellung der Kasuistiken anhand digitaler Video-Sequenzen (CDi) wird die

Nach Angaben der Industrie.